

I. Komunitně-terapeutické vzdělávací minimum	Drogy, závislosti	Léčebné modality	Studijní stáže, pobyty	TK
II. Specifické vzdělávání	Psychoterapie	Týmová spolupráce	Komunikace	Management a supervize
III. Další vzdělávání	a) vzdělávání ve specifických, aktuálních tématech	b) vzdělávací kurzy dle své původní profese	c) vzdělávací kurzy dle své funkce a působení v TK	d) účast na odborných setkáních, konferencích a kongresech

I. úroveň – Komunitně-terapeutické vzdělávací minimum

by se mělo týkat 4 oblastí

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

Léčebné modality s vhodným typem klientely, koordinace služeb

Studijní stáže a pobyty v jiném protidrogovém komunitním zařízení, vypracování zprávy z nich – každý pracovník TK by měl mít možnost navštívit jiné komunitní zařízení a referovat ústně či písemně o svých zkušenosti s odlišným přístupem ke klientům a umět s touto odlišností adekvátně, bez předsudků a zbytečné řevnosti, zacházet

Terapeutická komunita	Terapeutické faktory a jejich konkrétní modality v TK	Pedagogické působení v TK	Terapeutické versus reálné společenství s ohledem na léčbu v TK	Intervenční úrovně v TK – individuální, skupinová, rodinná, komunitní
	Režim terapeutické komunity a jeho jednotlivé prvky	Terapeutický tým, role pracovníků v něm – dle profese, role, funkce, pracovního zaměření	Práce s dokumentací v TK, zprávy, projekty	Vzdělávání a osobnostní růst, psycho-terapeutický výcvik, prevence sy burnout, supervize

II. úroveň - Specifické vzdělávání (prohloubení I. úrovně)

Specifické vzdělávání se týká dovedností, které jsou v TK zvláště potřebné a které prohlubují první úroveň terapeuticko-komunitního minima. Mělo by se týkat 4 oblastí:

Psychoterapie			
Specifika psychoterapie v TK a její návaznost na jiné léčebné modalitty	Možnosti ovlivňování jedince na různých intervenčních úrovních TK v oblastech: <ul style="list-style-type: none">– Postoj k droze a ke své závislosti– Motivace k léčbě– Postoj k nabízené pomoci a kvalita terapeutického vztahu– Self-koncept a typické druhy vztahovosti k druhým– Komunikační modus jedince– Psychická krize klienta– Budování zdravého životního stylu– Budování nedrogové sociální sítě	Prevence relapsu – teorie, techniky a jejich specifické nacvičování v různých terapeutických fázích TK	Techniky skupinové a komunitní psychoterapie v TK

Týmová spolupráce			
vhodné osobnostní charakteristiky pro práci v týmu, prvky spolupracujícího chování a jejich podpora	funkce a role v týmu TK a jejich efektivní fungování z hlediska stability a z hlediska dynamického vývoje týmu	řešení konfliktních a krizových vztahů v terapeutickém týmu	typický vývoj terapeutického týmu, a algoritmy vhodného zasahování do něho

Komunikace			
Zdravá a nezdravá komunikace mezi klienty v TK	Nonverbální komunikace v TK a její význam pro diagnostiku atmosféry v TK	Druhy komunikace v terapeutickém týmu v TK a jejich funkce	Základní komunikační dovednosti – asertivita, vyjednávání, řešení konfliktu, telefonické poskytnutí pomoci v psychické krizi, emailové intervence

Management a supervize v TK

Filosofie léčby v TK, její koncepce a z toho vyplývající klientela a způsob práce s ní	Organizační a terapeutická struktura TK a z toho vyplývající skutečnosti pro terapeutický proces v TK	Problematika vztahů klientů TK s vnějšími subjekty (např. jiné terapeutické, sociálně-právní instituce) a vhodné zasahování terapeutů	Prezentace TK jako instituce klientům a jejich blízkým, vnější odborné i veřejné komunitě, vhodné využití kontaktů s „opinion-makers“ a „decision-makers“
Problematika supervize v TK, její možnosti a meze ve srovnání s výcvikovou psychoterapií; supervizní kontrakt a jeho sledování, etika přístupu	Úrovně supervize v TK – individuální, skupinová, programová, týmová apod. – a její nejvhodnější aplikace	Supervizní modely vhodné pro použití v TK	Vnitřní a vnější supervize a intervize jako nástroj osobnostního i odborného růstu

I po absolvování potřebných vzdělávacích prvků prvních dvou úrovní je jasné, že ti, kteří chtějí v terapeutických komunitách pracovat, musí přijmout koncept celoživotního vzdělávání, které podporuje schopnost pružně reagovat a komunikovat, schopnost učit se a schopnost osobnostního růstu. Jestliže terapeutické společenství přijme fakt, že některý z pracovníků se v některé své životní fázi ve svém růstu zastavil a snaží se jeho fungování v komunitě trvale kompenzovat, oslabuje výrazně svůj terapeutický potenciál. Je proto potřebné, aby se takovým situacím předcházelo. Udržovat se v terapeutické kondici pomáhají následující formy celoživotního vzdělávání:

- vzdělávání ve specifických, **aktuálních** tématech
- vzdělávací kurzy dle své původní **profese**
- vzdělávací kurzy dle **své funkce** a působení v TK
- účast na odborných setkáních, **konferencích** a kongresech

Metodologicky by tyto kurzy měly vycházet ze zkušenostní i vzdělanostní úrovně účastníků samotných a proto by lektori kurzu měli přibližně dodržovat určitý **postup v zacházení s informacemi a případným nácvikem nových dovedností**. Jednotlivé složky kurzu by přitom měly být na místě upraveny dle požadavků účastníků. Jde o následující postup:

- představení vedoucích a účastníků kurzu
- možnosti práce s oznámeným tématem a očekávání účastníků kurzu
- vzájemná výměna zkušeností z této oblasti
- didaktické sdělení lektora(ů) kurzu
 - historie zacházení s touto problematikou
 - současná praxe
 - nové informace, týkající se problematiky

- diskuse – zpracovávání nových informací
- výběr potřebných dovedností z nabídky lektorského týmu samotnými účastníky kurzu a jejich nácvik
- diskuse o možnostech použití nacvičených dovedností ve své terapeutické komunitě
- hodnocení kurzu, návrhy na zlepšení

III. úroveň - Další vzdělávání pracovníků TK

a) vzdělávání ve specifických, aktuálních tématech			
Metadonoví klienti v TK	Problematika vytváření sexuálních a partnerských vztahů mezi klienty během léčby v TK	Problematika žen v TK	Problematika zneužívání u klientů v TK a vhodné terapeutické strategie
Specifika přístupu k narcistickým a hraničním poruchám osobnosti v TK	Specifika přístupu k dysociálnímu chování v TK	Para-profesionálové a specifika jejich fungování v terapeutickém týmu TK	Práce s rodinnými členy v TK
b) vzdělávací kurzy dle své původní profese			
lékaři: Léčba a problematika HIV, AIDS a hepatitis C v TK Předepisování psychofarmak u klientů TK Farmakoterapie u depresivních klientů TK Specifický přístup ke klientům TK se závažným tělesným handicapem nebo chronickou závažnou chorobou	zdravotní sestry obvyklé zdravotní problémy klientů TK, postup a úroveň jejich řešení v TK vedení klientů TK k odpovědnosti a péči o zdravotní stav vedení zdravotní dokumentace v TK vztah lékaře – zdravotní sestry v medicínském modelu a v modelu TK vedení těhotných žen a matek v programu TK k péči o své	sociální pracovníci: možnosti finančního zabezpečení klientů během léčby v TK právní problematika klientů v TK - soudní řízení, ochranné protidrogové léčby a vykonávání obecně prospěšných prací příprava klienta na doléčovací program ze sociálního hlediska práce sociálního pracovníka na možnostech klientovy kvalifikace v programu TK	speciální pedagogové a pedagogové: pedagogické a psychoterapeutické vedení klientů v TK problematika volnočasových aktivit v TK prevence drogového životního stylu, prvky zdravého životního stylu a jeho podpora výchova k práci a k celoživotnímu vzdělávání v TK
psychologové: psychologické standardní vyšetření při přijetí a odchodu klienta TK způsob interpretace projektivních metod ve skupinové a komunitní léčbě specifika poškození procesu psychologického zrání užíváním drog a zacházení s ním v TK dysociální faktory rozvíjející se toxikomanickým životním stylem, jejich specifické ohrožování TK adekvátní přístup k nim specifické možnosti psychologa přispět k budování funkčního terapeutického týmu		para-profesionálové: specifika funkce laického terapeuta a jeho postavení v TK specifika funkce externího dobrovolného terapeuta v TK specifické přístupy a intervenční techniky laického terapeuta v TK možnosti spolupráce laického terapeuta TK s nevládními protidrogovými organizacemi a hnutími a možnosti jejich pomoci terapeutickým komunitám problematika působení laického terapeuta na různých úrovních protidrogové prevence	

c) vzdělávací kurzy dle své funkce a působení v TK

Dle práce v různých fázích TK:
detoxifikační fáze
doléčování
chráněné bydlení
ambulantní pracoviště

Speciální služby v TK:
zvláštnosti pastorační práce v TK
arteterapie v TK
použití dramaterapie a encounteru v TK a její vliv na dynamiku dlouhodobého terapeutického společenství
využití sportovních a jiných volnočasových aktivit v zdravějšího self-konceptu u klientů
terapeutické prvky pracovní terapie v TK a jejich praktická aplikace v konkrétních situacích

d) účast na odborných setkáních, konferencích a kongresech

Kurzy, které se zabývají **specifickými, často aktuálními problémovými tématy** lze nabízet těm pracovníkům terapeutických komunity, kteří o taková témata mají zájem. V současné době by např. šlo pravděpodobně o následující témata:

Ad III. d)

Účast na odborných setkáních, **konferencích** a kongresech

Velmi efektivní vzdělávací aktivitou je pasivní, ještě lépe aktivní účast na podobných aktivitách. Právě proto je třeba, aby taková setkání byla členěna tak, aby zde každý našel svou platformu, kde se bude moci aktivně podílet o své zkušenosti ze své práce. Je velmi dobré, když se na takových setkáních mohou nějak podílet i sami současní klienti TK.

Tato setkání slouží také jako prevence před sektářským uzavřením se komunikaci s druhými terapeutickými subjekty, a možným patologickým vývojem svého společenství. Je např. zajímavé, jak může podpořit jednotlivé členy týmová supervize či týmová porada, jejíž náplní je přemýšlení o tématu prezentace své vlastní práce, případně o bodech svého sdělení a důležitého poselství ze své práce druhým.

Terapeutická komunita je natolik komplexní a složitý mechanismus, že každý, kdo zde začne pracovat, narazí na oblast, kterou ještě nezná a ke své práci ji přitom potřebuje. V této práci jsem se pokusila navrhnout tři standardní úrovně vzdělávacího procesu, s kterými by se ale mělo pružně pracovat. Tak, jak člen týmu v TK postupuje ve svém profesním i osobnostním růstu, potřebuje i jiné vzdělávací programy a jsou pro něj atraktivnější i jiné způsoby získávání těchto znalostí a dovedností. V těchto vzdělávacích programech obvykle zaujímá stále aktivnější roli. Měli bychom proto průběžně sledovat

proces vzdělávání jednotlivých členů terapeutického týmu tak, aby konvenoval jak jemu, tak i terapeutické komunitě, v které pracuje. Harmonizace ve vzdělávání dosáhneme podobně, jako dosahujeme kvalitního terapeutického procesu v TK: prací na cílech, neustálou reflexí procesu a společným rozhodováním o dalším postupu.

Terapeutická komunita je jako karavana táhnoucí pouští. Správně připravená karavana se dostane do cíle, dobře fungující komunita s dobře připravenými a vzdělanými terapeuty pomůže klientovi dostat se do oblasti zdraví, osobní svobody a autonomie.

Poznámka

Číslo v závorce odkazuje na použitou literaturu.

Literatura

1. Akreditační standardy. In: *Studijní a informativní materiály – Školení členů akreditačních týmů pro akreditace zařízení poskytující odborné služby osobám závislým na návykových látkách*. Praha: IPVZ, 2002.
2. Deitch, D.: Knowledge, skills and attitudes of addictologic counselor. Předneseno v rámci IEDATTP v Římě 1995.
3. Deitch, D. A., Susie A. Carleton: *Education and training of clinical personnel*. Chap. 73. pp. 970–982.
4. Etický kodex Evropské federace TK. In: *Studijní a informativní materiály – Školení členů akreditačních týmů pro akreditace zařízení poskytující odborné služby osobám závislým na návykových látkách*. Praha: IPVZ, 2002.
5. Frouzová, M.: Training in Psychotherapy of Dependency in Czech Republic. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 31, 1996, 1, s. 33–35.
6. Frouzová, M.: Nejčastější podoby zastavení v osobnostním růstu psychoterapeutů dle věku. Předneseno na schůzi Společnosti pro návykové nemoci v Praze dne 2. 12. 1998
7. Kooyman, M.: *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement, and Treatment Success*. Rotterdam: Erasmus University, 1993.
8. Kratochvíl, S.: *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979.
9. Kvalifikačné predpoklady poradenstva pro drogové závislosti: Poznatky, zručnosti a postoje ako súčasť spôsobilosti pre vykonávanie odbornej praxe. Sestavil kol. pod vedením D. A. Deitche. DHHS Publication No (SMA) 98–3171 z r. 1998. Přel. A. Nociar. In: Nociar, A.: *Kvalifikácia a spôsobilosť pre poradenstvo a liečbu drogovu závislých*. Bratislava, ÚU DIS 1999. Str. 7–130.
10. Nevšimal, P.: *Původ TK pro drogové závislé a její vývoj*. Seminární práce k nástavbové atestaci v oboru léčení alkoholismu a jiných toxikománií. Praha, 2003.
11. *Role Delineation Study of Alcohol and other Drug Abuse Counselors*. National Certification Reciprocity Consortium / Alcohol and Other Drug Abuse, Inc. North Carolina, Columbia Assessment Services, 1991. 99 s.
12. Rubeš, J., Skála, J., Urban, E.: Praktický výcvik v psychoterapii. *Československá psychiatrie* 1970; 66(2):110–2.

Manuál supervize TK

Magdalena Frouzová

↑ V současné době většina terapeutických komunit v České republice používá při léčbě terapeutický manuál, který je základní maticí pracovního týmu. Protože terapeutická komunita je velmi složitý psychoterapeutický systém a supervize je zde standardem, je otázkou, zda by neměl existovat v terapeutické komunitě i manuál supervizní, kterým by se tento proces mohl řídit. Protože většina těchto programů používá ve své psychoterapii eklektický či integrativní směr, je možné, aby existoval jakýsi společný základ manuálu, který by pak ulehčoval vypracování kontraktu a vzájemné vyjednávání o cíli, způsobu a psychodynamické úrovni práce supervize. Tento supervizní manuál by mohl být i součástí celkového terapeutického manuálu. Dovoluji si předložit jen základní teze, které snad budou inspirovat další supervizory terapeutických komunit.

218

■ Základní složky Supervizního manuálu:

1. **teze na vypracování supervizního kontraktu, jeho pravidelného hodnocení a re-kontraktování**
2. **způsob přítomnosti supervizora v komunitě**
3. **základní sestavy účastníků supervize**
4. **spolupráce členů terapeutického týmu na supervizním procesu**
5. **supervizní modus – přístup k předkládanému problému**
6. **objekt supervize**
7. **základní supervizní techniky**

■ ad 1. Supervizní kontrakt by měl obsahovat:

1. **základní subjekty**, které smlouvu uzavírají
2. **doba**, na jakou se smlouva uzavírá a může vypovědět, za jakých podmínek
3. **počet hodin v konkrétních úrovních působení s finanční odměnou** v určitém časovém úseku

4. jasná formulace toho, **na čem** má supervizor **pracovat**, a **způsob** jeho supervizní práce
5. jasná formulace vyžadované úrovně **spolupráce členů týmu**
6. jasná formulace **zodpovědnosti supervizora**
 - a. zda má i kontrolní funkci, která ho případně zbavuje mlčenlivosti v případě zásadního pochybení člena týmu, vůči komu
 - b. zda se od něho bude vyžadovat podpis na projekt v žádosti o dotaci na něj s jeho doporučením, za jakých podmínek
7. častost a způsob **hodnocení supervizního procesu**
 - a. **ústní či písemné**
 - b. **vzájemné, či dohoda pouze o hodnocení jedné ze stran** (např. pouze supervizor dává zprávu)
 - c. **veřejné** (vydává se v publikované roční zprávě, může si ho žádat i správní instituce komunity) **či interní** (zůstává jen pro vnitřní potřebu, probíhá pouze s vedoucím komunity nebo se všemi členy)
 - d. může obsahovat návrhy na zlepšení supervizního procesu

■ **ad 2. Způsob přítomnosti supervizora v komunitě** – hranice působení supervizora v komunitě by měly být popsány v kontraktu a dle nich by měl být supervizor do komunity uveden a zúčastněným tak představován

1. supervizor se v komunitě **pohybuje v dohodnutém čase bezhraničně**, je na něm, zda tráví čas s klienty či členy týmu, s kterými vede ad hock rozhovory, které nemusí být nutně jen supervizní
2. supervizor se v komunitě pohybuje hlavně mezi členy terapeutického týmu, **s klienty nenavazuje vztahy** a terapeutických programů se účastní jenom jako **pozorovatel**
3. supervizor **neposkytuje živou supervizi** – programů se neúčastní, supervize se může konat i mimo prostory samotné komunity
4. supervizor poskytuje **supervizi pouze určitému jednotlivci komunity** (obvykle vedoucímu týmu), aniž by se setkával s jinými členy komunity

■ **ad 3. Základní sestavy účastníků supervize – supervizor v terapeutické komunitě může vykonávat supervizi**

1. **individuální** – supervizor se věnuje pouze jedinému členu týmu, a ten přináší téma, které je v rámci supervizního kontraktu povoleno. V některých komunitách je např. povoleno, aby se supervidovaný zabýval svými osobními, rodinnými či partnerskými problémy, jinde je požadováno, aby na supervizi přinášel pouze pracovní či profesionální problémy. Specifickou individuální supervizi je supervize vedoucího týmu
2. **supervize vedoucího týmu** – na rozdíl od druhých členů týmu se daleko častěji zabývá celkovou filosofií a koncepcí programu, jeho rozvoje

a větší spoluprací s dalšími institucemi či pro komunitu významnými jedinci. Další specifikou je supervize vedení jeho podřízených (vhodná je k tomu přítomnost supervizora na poradě týmu), případně supervidování jeho manažerské neboli vnitřní supervize svých podřízených.

3. **supervize terapeutického programu** – obvykle jde o určitý psychoterapeutický program, na který může být *ad hock* najímán i další supervizor, který by však měl spolupracovat s hlavním supervizorem komunity. Nejčastějším objektem supervize v tomto bodě je supervize psychoterapeutické skupiny, která je poskytována obvykle terapeutickému páru (jestliže je skupina vedena dvěma terapeuty) najednou. V případě, že v komunitě existuje víc terapeutických párů či terapeutická skupina je vedena terapeuty, kteří jsou právě ve službě, je možné vést supervizní sezení, na kterém jsou všichni, kteří takový program někdy vedou.

4. **týmová supervize** – supervize probíhá ve skupině členů týmu. Téma může být předem určeno buď samotným vedoucím komunity (často po předchozí domluvě se svým týmem), nebo je domluveno, že členové týmu si témata, které přinesly na supervizi, vyberou sami v procesu supervizního procesu dle naléhavosti či důležitosti pro celý tým. Je také možné, že supervizor nabídne některá témata na základě svých pozorování. Zvláštní podobou týmové supervize je supervize top managementu terapeutické komunity.

5. **supervize top-managementového týmu**

a) supervizor pracuje na konkrétní zakázce, kvůli které tým podstoupil supervizi – problémem může být např. způsob vzájemné komunikace, problémové vztahy mezi jednotlivými členy, větší sladění a funkční navazování programů, strategie rozvoje a koncepční problémové záležitosti.

b) supervizor se účastní porady top managementu s určitým předem dohodnutým supervizním úkolem. Obvykle jde o poradenskou funkci.

■ **ad 4. Spolupráce členů terapeutického týmu na supervizním procesu -**

1. . zda je pro členy týmu supervize **povinná** či **fakultativní**

2. zda je vyžadováno, aby se tým či jednotlivec dohodnutým způsobem na supervizi **připravil** (audio/video záznamy, poznámky k případu, připravená formulace supervizní zakázky)

3. **postup** v případě, že se dohodnutá forma spolupráce chronicky či zásadně **neděje**

■ **ad 5. Supervizní modus – přístup k předloženému problému** – supervizor může problém pomáhat řešit třemi základními způsoby:

didaktický – supervizor dodává informace, učí dovednosti a upozorňuje na další formy profesionálního růstu

psychodynamický – supervizor si všímá psychodynamiky terapeutického procesu, upozorňuje na nevědomé faktory a ve svém supervizím jednání se snaží jednat dle vývojové fáze profesionálního růstu členů týmu

poradenský – supervizor vytváří vhodný prostor pro hledání a zkoumání, nabízí různé směry a alternativy řešení a pomáhá při hypotetizování a konceptualizaci na všech úrovních svého působení

■ **ad 6. Objekt supervize**, zaměření supervizorovy pozornosti z hlediska objektu – supervizor vychází z požadavku samotného supervidovaného, je však možno v případě, že se to supervizorovi zdá vhodnější, upozornit na jiný objekt zkoumání. V zásadě může jít v supervizi o následující zaměření pozornosti:

1. klient, jeho rodina či jiní významní blízcí
2. terapeutický proces a vztah mezi klientem a terapeutem, přenos a protipřenos
3. klientská terapeutická skupina či jinak vytvořená skupina klientů, s kterými terapeut pracuje
4. terapeutické techniky a strategie
5. toxikomanická klientela jako taková, postoj k ní, k drogám a k závislostem
6. terapeut – jeho místo v týmu a možnosti jeho profesionálního růstu, osobní krize zasahující do jeho práce
7. spolupracovníci týmu včetně nadřízených i podřízených, vztah k týmu jako celku
8. terapeutická komunita jako společenství klientů a členů týmu
9. supervizní proces a vztah mezi supervizorem a terapeutem; paralelní proces, vztah k supervizi jako takové

■ **ad 7. Základní supervizní techniky**

Při kontraktu by měl být tým s technikami obeznámen, aby mohl případně o použití určitých technik se supervizorem diskutovat, případně je i odmítnout. Supervize používá následující základní techniky:

- **naslouchání**, pozorování, čtení (např. zápisy skupin, videozáznamy), emoční podpora
- **reflektování**, pozitivní i negativní zpětná vazba
- **zvědomování** nevědomých procesů i obranných mechanismů, je-li potřeba
- **pojmenovávání** jevů, procesů i konceptů, pomoc při diagnostice
- poskytování vhodných konkrétních **informací** k supervidované záležitosti, učení konkrétním technikám, které chybí, **nácvik rolí**

- **sebe-otevření** tam, kde je to funkční (např. sdělování svých zkušeností v poradenské supervizi), diskuse o problému z hlediska osobního postoje k širším otázkám psychotherapeutického milieu
- v případě supervize týmu využití **psychodynamiky skupiny a skupinových poradenských i manažerských technik** (např. psychodrama, škálování, akvárium)
- **předpovídání** – sdělování pravděpodobného vývoje při určitém postupu terapeuta
- **snění** – supervizor sděluje svůj názor na ideální řešení problému

Supervizní manuál lze nejlépe použít při kontraktování a re-kontraktování supervize a vždy čas od času si v celém týmu dohodnuté složky kontraktu připomenout, případně o nich diskutovat a řešit v případě, že některá ze složek nevyhovuje, či nefunguje.

Literatura

Holloway, Elizabeth, Michael Carroll: *Training Counselling Supervisors. Strategies, Methods and Techniques*. London, SAGE Publications 1999. *Counselling Supervision series* 1999. 256 s.

Úvod do supervize. Cyklický model. Praktická příručka v rámci projektu Česko-irské horizontály (CŽIRHO), vedeného Thomasem Larkinem a Johnem Lundbergem (Dublin, Irsko). Za použití knihy: Steve Patge a Val Wosket. *Supervising the Counsellor / (A Cyclical Model)*. Tišnov, Sdružení SCAN, 2002.

Watkins, Edward, C.: *Handbook of psychotherapy supervision*. NY, John Wiley and Sons 1997.

Supervize TK – případová studie supervize TK

Magdalena Frouzová

Cíl studie

V r. 1998 jsem byla požádána o supervizi psychoterapeutického týmu, který pracoval na projektu vybudování psychoterapeutické protidrogové komunity. Za 8 let tato supervize prošla mnohými proměnami. Protože jsem již supervidovala jinou začínající terapeutickou komunitu na začátku 90. let, uvědomovala jsem si, že některé změny supervizního působení a problémů jsou obecnějšího charakteru. Navíc samotnou specifičnost supervize protidrogové terapeutické komunity jsem si začala výrazně uvědomovat při samotném výcviku v supervizi na začátku r. 2000 a myslím, že mi v tom pomohla i supervizní práce v oblasti skupinové a rodinné terapie. Z těchto všech důvodů se domnívám, že sdělení mé zkušenosti může být inspirací i pro jiné supervizo-ry terapeutických komunit. Navíc se domnívám, že popis může být zajímavý i z hlediska zachycení vývoje supervize v adiktologii na konci 90. let, kdy profesionální supervize v České republice byla stále ještě v začátcích. Otázka míry zobecnění těchto zkušeností je však na dalších supervizorech a jejich zkušenostech s terapeutickou komunitou.

Celkový kontext supervizního kontraktu

Tato protidrogová komunita měla vzniknout na místě bývalého vojenského raketového prostoru a bylo počítáno s tím, že obecně-prospěšná společnost – OPS, která by měla terapeutickou komunitu provozovat, se postará taktéž o postupnou úpravu celého prostoru s technickým a hospodářským zázemím, které by zpětně mělo pomáhat terapeutické komunitě rozvíjet samoživitelské aktivity, kterými by přispívali i sami klienti.

Tento program vznikl v době, kdy se v léčebném prostoru České republiky budovaly terapeutické protidrogové programy s velmi různou kvalitou, na které byly žádány prostřednictvím projektů finanční státní dotace. Kvali-

ta programu proto byla zaručována garantem programu. Dalším nezbytným požadavkem možnosti žádat o dotace bylo mít v programu supervizora, který taktéž projekt písemně doporučoval.

Vznik terapeutického týmu

Terapeutický tým vznikl tak, že manažer projektu mne požádal o vytypování vhodných vedoucích takového programu a jednoho z nich si vybral. Šlo o začínajícího psychiatra, který právě prodělával psychoterapeutický výcvik a připravoval se na I. atestaci. Pracoval v psychiatrické léčebně, a proto si v ní vybral své budoucí spolupracovníky, kteří s ním odešli terapeutickou komunitu asi 30 km za Prahou vybudovat. V týmu byl další psychiatr a dvě zdravotní sestry, z nichž jedna pracovala na protidrogovém oddělení Psychiatrické léčebny. Vedoucí psychiatr prodělal 10tídní zahraniční stáž v protidrogové oblasti, ostatní zatím v závislostech nepracovali. V České republice šlo o první terapeutický tým protidrogové komunity z prostředí jednoznačně zdravotnického a psychiatrického. Postupně se tým rozrostl na 10 členů a většina z nich přišla z oblasti zdravotnictví.

Supervizní kontrakt

Manažer OPS po dohodě s vedoucím psychoterapeutického týmu se mnou uzavřel písemný kontrakt o provádění individuální a týmové supervize. Protože ani jeden z těchto lidí neměl s vnější supervizí žádnou zkušenost, vysvětlila jsem jim možné podoby supervize a po krátkém vyjednávání jsme se dohodli na úkolech a podobě mé supervizní role. Tyto podrobnosti byly již kontraktem pouze ústním. Nejprve jsem měla pomoci za měsíc připravit tým, koncepci programu a jeho základní pravidla a režim tak, aby bylo možno léčebný program spustit. Podle toho, jak se tato první fáze podaří a jak sám vedoucí a členové týmu budou cítit potřebu, domluvíme se dále na další podobě supervize.

Toto se stalo a smlouva byla obnovována od té doby každý rok s dodatky, které se spíše týkaly počtu hodin v jednotlivých podobách supervize a mzdy. Hodiny nebyly prvních 5 let nijak administrativně omezovány, pouze týmová supervize byla dohodnuta na 5-ti až 7-mi hodinová setkání každý měsíc. Konkrétní podrobná podoba supervize byla nechávána na ústní dohodě, která byla vždy oznámena celému týmu. Měla jsem pocit, že ústní dohoda o podrobnější podobě supervize je pružnější a adekvátněji reaguje na okamžitou potřebu týmu i jednotlivců. S odstupem času toto vidím jako svou zásadní chybu, dnes bych určitě trvala na písemném podrobném kontraktování a rekontraktování supervizní dohody.

Vývoj supervizních kontraktů ve fázích

Vývoj supervizních kontraktů začínající komunity lze popsat ve třech základních fázích. Aby byl popis úplný, zmiňuji se i o přípravné, specifické fázi týmu, která bývá ve spojení s již přítomným supervizorem poměrně obvyklá a hraje taktéž z hlediska postavení supervize v začínající komunitě důležitou roli. Poslední fáze, o které se zmiňuji, pak již nelze nazvat supervizí terapeutické komunity, i když se terapeutické komunity úzce týká :

0. Příprava týmu a programu, v které jsem se měla týmu věnovat v tom smyslu, že bude schopen na jejím konci přijmout první klienty a adekvátně v tomto terapeutickém programu působit

1. Didakticko-podpůrná, v které jsem měla poskytovat hlavně následující:

- pomoc při postupném vybudování kvalitního programu a kvalitního týmu
- budu iniciativně upozorňovat na základní teze protidrogového programu, pakliže se proces bude dostávat s nimi nějak do rozporu
- pomoc jednotlivcům najít své místo v týmu i ve svém psychoterapeutickém působení

2. Poradensko-psychoterapeutická, v které jsem se měla věnovat individuální, skupinové i týmové supervizi v následujících oblastech:

- řešení koncepčních otázek programu
- jednotlivé terapeutické programy, např. supervize skupin
- psychodynamika terapeutického týmu
- pomoc při vedení jednotlivých případů
- krizové situace jednotlivých členů týmu (v rámci prevence sy burnout),

3. Poradenská, v které jsem se měla věnovat hlavně týmové supervizi a kde bylo ode mne kromě pozornosti oblastem z minulé fáze zvláště požadováno:

- navrhovat a řešit některá témata k supervizi, která vyplývala z mých pozorování léčebného programu
- pojmenovávat a navrhovat a řešit některá témata k týmové supervizi, která vyplývala z různých individuálních problémů sdělených před či na začátku supervizního programu
- upozorňovat a pomoci řešit některé koncepční otázky vyplývající z růstu terapeutického programu

4. Supervize manažerské supervize, v které jsem byla požádána

- poskytovat individuální *ad hoc* supervizi vedoucímu terapeutických týmů
- o supervizi manažerské supervize

Ad 0. fáze) Příprava programu a týmu (listopad 1998)

V prvních dvou týdnech nešlo o klasickou roli supervizora, neboť tým potřeboval základní **informace o problematice protidrogové léčby**. Na druhé straně spolu s tím, jak informovanost členů týmu rostla, se moje role spíše přelévávala do **supervizně vhodné koordinace diskusí**, které byly členy týmu vedeny **nad určitými problémy**. Já jsem obvykle jejich hledání zrcadlila, komentovala a v případě nutnosti jsem upozorňovala na některé základní typické chyby v uvažování začátečníků – adiktologů. Supervidovala jsem tedy jejich způsob uvažování o procesu, jejich postoj k zásadním otázkám adiktologie.

Hlavní témata, která byla při týmové supervizi probírána:

- **drogy** a postoj jednotlivých členů týmu k nim
- základní psychoterapeutické **přístupy v léčbě** drogové závislosti
- úloha **léčebného režimu** v protidrogové léčbě, postoj týmových členů k prvkům léčebného protidrogového režimu
- úloha **hospodářsko-technické složky** léčby (zvířata, zahradnictví, práce na budově), možnosti dalších pracovních aktivit a místo terapeutů v této struktuře, jejich pocity z toho
- **standardní léčebné programy** v protidrogové léčbě a možnosti jednotlivých členů je realizovat
- perspektivy a možnosti dalšího **vzdělávání** jednotlivců v některé z vhodných psychoterapeutických metod v budoucnosti – sladování zájmů jednotlivců s ostatními členy týmu

Dalším mým úkolem, který vyplýval z kontraktu (tým by měl být schopen vést program), bylo pomoci jednotlivcům **vytvořit a cítit se jako tým**. K tomuto procesu docházelo jednak při diskusích nad problémy, jednak jsem upozorňovala na některé společné či komplementární postoje jednotlivých členů. Nabízela jsem i proces zvědomění jejich místa v týmu a možnosti jejich jedinečného a pozitivního přínosu do něj.

Třetím úkolem v této fázi byla moje **pomoc při vytváření základního léčebného programu** s režimem, pravidly a nastavením náročnosti programu tak, aby vyhovoval klientele, která se pravděpodobně bude o léčbu zajímat. V neposlední řadě bylo mým úkolem pomoci nastavit náročnost programu odpovídající možnostem týmu a pomoci vytvořit příjmová kritéria, která by takové náročnosti odpovídala.

Asi po 14ti dnech členové týmu začali být aktivnější, iniciativnější a zvláště v části týmové spolupráce a vytváření léčebného programu se již sami chápali vytváření jednotlivých prvků programu. Byli velmi tvořiví a mnohé věci, o kterých v této fázi mluvili a snili, se uskutečnily někdy později.

Nálada, která v prvních dnech pod tíhou záplavy informací byla spíše stísněná až úzkostná, se postupně s jejich příspěvky do diskusí zlepšovala, neboť jejich příspěvky byly ostatními brány jako dostatečně dobré na to, aby se o nich uvažovalo. Při vytváření vlastní celkové koncepce a konkrétního programu již převládala nálada „natěšenosti“ a nadšení z možností, které jim celková situace nabízela.

Ad I. fáze) Didakticko-podpůrná (prosinec 1998–léto 2001)

Léčebný program začal fungovat přesně po měsíci, začátkem prosince 1998. Tato fáze trvala déle než dva roky. Bylo domluveno, že v supervizi budeme pokračovat, že však 2–3 měsíce necháme supervizním kontaktům zcela volný průběh a členové mne budou kontaktovat v případě potřeby. V prvním měsíci – prosinci 1998 – po otevření instituce prvním klientům, mne vedoucí kontaktoval pouze telefonicky s konkrétními dotazy informační povahy. Těsně po Vánocích mi vedoucí terapeut zatelefonoval, že všichni 4 klienti, s kterými byl celý program otevřen, se podíleli na kouření marihuany v době pobytu, a byli proto všichni propuštěni s tím, že se mohou, budou-li chtít, do léčby po měsíci vrátit. Toto rozhodnutí týmu bylo zcela samostatné, pouze mi bylo oznámeno a já jsem to viděla jako důkaz zvládnutí I. fáze mého supervizního působení. Tři klienti z těchto čtyř se do programu v lednu vrátili a dále již potíže v této komunitě s recidivami v léčbě téměř nebyly.

Otevřením programu supervize nabývaly didakticko-podpůrnou formu. Jednak byly ode mne stále žádány **odborné informace týkající se problematiky léčebného programu a jednotlivých případů**. Na druhé straně se výrazně uplatňoval trend **potřeby ohodnocení, potvrzení** (co je správně?, udělal jsem to správně?) a **přijetí** (jsem dost dobrý?). Často se stávalo, že supervize probíhala v atmosféře jakéhosi testování supervizora, jakou nejistotu, nevědomost supervidovaného přijme. V té době jsem se ocitla svoji vlastní chybou v uzavřeném systému:

- ve snaze jim pomoci co nejrychleji získat potřebné informace jsem svými ucelenými přehledy u nich vyvolávala pocit méněcennosti až devalvace
- ve snaze jim pomoci z těchto pocitů, které jsem viděla, ale neuvědomovala si svůj podíl na nich, jsem se chovala někdy až terapeuticky, jindy jsem volila techniku „sebeotevření“ ve smyslu – „Já jsem dělala či dělám podobné boty.“ – obojí bylo nevhodné, vyvolávala jsem v nich zmatek až nedůvěru
- jejich nedůvěra a zmatek mne vedla ke snaze být ještě informativnější a „terapeutičtější“

Později jsem si uvědomila, že jsem to i já, která s nimi hraje **hru na sebepotvrzení** (oni jako terapeuti, já jako jejich supervizor) a dokonalost, která

v mé supervizi měla podobu „starosti o kvalitu tak trochu mého týmu, mého programu, mé koncepce.“ Na sebepotvrzování není nic špatného do té doby, než tento jev začne být brzdou vývoje. Uvědomila jsem si to v situaci, kdy mne zamrzelo, že nefiguruji na nějakém neoficiálním seznamu instituce (šlo myslím o fotografii, snad PF rozesílané všem ostatním protidrogovým centrům) a neuměla jsem své přání adekvátně vyjádřit, protože jsem se za ně styděla. Dalším faktorem, který mne na tuto situaci upozornil, bylo chování vedoucího komunity, které ve mne vyvolávalo pocit, že o některých věcech, které dle mého názoru byly problematické, nechce na supervizních sezeních mluvit a já neuměla problém klidně pojmenovat a nechat na něm, zda on chce tuto záležitost udělat tématem svého supervizního sezení či ne. Jako kdybychom se o komunitu tahali. Trvalo pak ještě pár měsíců, než jsem toto neúměrné přebírání zodpovědnosti za kvalitu práce týmu i programu v sobě samotné vyřešila do žádoucího supervizního postoje a situace se v supervizích následně zklidnila.

Začátkem roku 1999 se postupně nabírala klientela. Způsob náboru a mechanismu přijetí se vytvářel dosti dlouho. Nakonec touto funkcí byl pověřen jeden z členů týmu, který nikdy tento jev jako problém na svou individuální supervizi nepřinesl, byl však v průběhu vývoje oddělení řešen týmově na průběžných poradách. Začátkem r. 2001 jsem se zúčastnila výjezdu týmu, který byl pojat supervizně a tento problém byl zde mimo jiné probírán na žádost vedoucího komunity, který nebyl spokojen s některými typy klientely, které se postupně v programu kumulovaly. Řešení tohoto problému probíhalo obvyklým **standardním supervizím postupem**, proto jej zde uvedu.

1. **Vyjádření členů k závažnosti problému** – všichni členové týmu se vyjádřili k tomu, jak oni tento problém cítí a zda pociťují potřebu změny
2. **Subjektivní postoj k řešení problému**
 - a. vzájemně si sdělili subjektivní představy o sobě samých v tom smyslu, na který typ klientely je jak kdo „dobrý“ a v čem
 - b. brainstormingovou technikou si vymýšleli, jakou že by klientelu si přáli nejvíce
3. **Řešení problému z hlediska týmu a hlediska celkového týmu** hledali nějaké společné klientské charakteristiky, které by tomuto týmu ideálně nejvíce vyhovovaly – tato klientská skupina pak byla pojmenována
4. **Řešení problému z hlediska vnějších podmínek** – byla vedena diskuse o tom, jaký druh klientely vyvolává jakou poptávku po léčbě a to bylo srovnáváno s předešlou vygenerovanou představou týmu
5. **Hledání kompromisu mezi vnitřními a vnějšími podmínkami** – byla vedena diskuse o tom, jak v realitě vybudovat postupnou cestu k tomu, aby do komunity přicházela výše uvedená „pro tým ideální“ klientela
6. **Vyjádření supervizora** – byly vyslechnuty mé poznámky k procesu i tématu

7. **Očekávané následky změny** – členové týmu se vyjádřili k představě, co by taková změna klientely udělala s nimi jako takovými a co by udělala s celkovou atmosférou týmu a pracoviště
8. **Souhrn a rozhodnutí vedoucího týmu** – vedoucí týmu vyslovil závěr v podobě shrnutí procesu a jeho prozatímního výsledku, oznámil rozhodnutí změny v této otázce
9. **Vyjádření supervizora k dalšímu vývoji** – zabývala jsem se pravděpodobným vývojem této změny, její možnou novou problémovostí a vyzvala jsem členy týmu, aby byli pozorní k objevení se těchto symptomů

V té době se při týmové supervizi vyvinul **pravidelný postup a podoba mé přítomnosti v komunitě**, který fungoval víceméně po celou tuto fázi a konal se jednou za měsíc. Den předtím mi vždy zavolal vedoucí programu, který mne informoval o problémech, s kterými se členové týmu právě potýkají. Já jsem proto měla dost času věc promyslet z hlediska nejvhodnějšího supervizního postupu, případně si k problému ještě něco prostudovat. V této fázi jsem se stále ještě snažila dodávat informace o povaze nemoci a vhodném terapeutickém přístupu.

Supervizní den týmové supervize jsem obvykle začínala přítomností na ranní poradě týmu a ranní komunitě s klienty. Poté jsem již v týmu terapeutů dávala **zpětnou vazbu** z mých dojmů a pozorování během těchto dvou programů. Dále jsem odpovídala na otázky psychoterapeutů–protagonistů tohoto programu. Upozorňovala jsem taktéž iniciativně na věci, o kterých jsem se domnívala, že by bylo dobré o nich v týmu mluvit. Sám tým se pak rozhodl, zda akceptovat můj návrh tématu či ne. Přítomnost při programu mi velmi pomáhala orientovat se v situaci komunity, jednotlivých terapeutů i klientů. Měla jsem pocit, že mohu reagovat adekvátněji na situace a problémy, které na individuální i týmovou supervizi přinášeli členové týmu. Některé z ranních terapeutických komunit byly natočeny na kameru a při týmové supervizi bylo dohodnuto, která část z ní bude rozebírána – to vše se konalo samozřejmě se souhlasem terapeutů–protagonistů. Ukázkou rozboru jsem buď navrhovala já, protagonisté či vyplynul z rozhovoru a tým se chtěl podívat, co se vlastně skutečně dělo. Moje přítomnost na ranní komunitě také dle mého názoru u členů týmu zvyšovala pocit, že probírané situaci více rozumím, a jejich důvěra ve smysluplnost diskuse se tím zvyšovala.

Tak, jak postupně během prvních dvou let tým získával základní znalosti a dovednosti v psychoterapii, supervizní postup přestával být didaktický. Terapeuti si začínali v bezpečném rámci uvědomovat daleko více, co se při psychoterapii děje s nimi samotnými, jak to zasahuje jejich osobnostní strukturu a zkoušeli při supervizích pracovat i na ní. Při takovém hlubším ponoru do problémů ale některé mé informace stále více iniciovaly místo pocitu obyčejné

pomoci v nesnázích jejich vlastní obranné mechanismy. **Převážně jednosměrný didaktický přístup založený na zpětné vazbě přestával být funkční.** Bylo třeba, aby při supervizi byl brán daleko větší ohled na postoj a psychický stav terapeutů i týmu a informace poskytovat způsobem, který se velmi podobal psychoterapeutickým intervencím. Nový přístup jsem si pro sebe nazvala poradensko-psychoterapeutickým.

Ad II. fáze) Poradensko-psychoterapeutická (2001–2003)

Tato nová supervizní fáze byla jakýmsi předělem mého působení v komunitě. V nulté a první fázi šlo hlavně o vybudování koncepce, jejího konkrétního programu a funkčního týmu. V této nové fázi jsem **ve svých intervencích vycházela výrazně již ze situace terapeutů samotných a z požadavků terapeutického týmu.** Stále jsem ale v této fázi dávala důraz na konstruktivnost jejich jednání. Jejich problémy jsem zrcadlila tak, abych upozorňovala na potřebu profesionálního vývoje jich samotných. Byla to pro mne doba obtížná, neboť jsem si byla vědoma toho, že **supervize není psychoterapie** a že se mohu modulací psychoterapeutického přístupu dostat do problémů, které budou přesahovat možnosti řešení v supervizím rámci. Současně jsem si ale nedovedla představit, jak pomoci začínajícím psychoterapeutům bez psychoterapeutického výcviku tam, kde pouhý didaktický model byl již nepoužitelný a poradenský narážel na nepružnost jejich dosavadních představ, někdy až rigidnost osobnostní struktury. S postupem let je řeším i v jiných supervizních případech snad elegantněji, otázka určité taktosti až psychoterapeutického intervenování u supervidovaného jedince mne ale stále trápí. Často se v mých vlastních supervizích touto záležitostí zabývám a domnívám se, že jde o obecnější supervizní problém v této fázi profesionálního vývoje supervidovaného.

Psychoterapeuti programu se v prvních dvou letech, tak jak do programu přicházeli, ocitali **v první fázi profesionálního vývoje psychoterapeuta**, kterou jsem před 25 lety označila za **naivně narcistickou**. Byli fascinováni programem i vývojem vzájemných vztahů v týmu, ochotně zůstávali v práci přesčas a hodně o klientech diskutovali. To jim pomáhalo se přenášet přes některé dosti závažné problémy.

Při supervizích reagovali hodně citlivě na moje poznámky a zvláště na individuální supervize si přicházeli hlavně pro hodnocení či potvrzení své činnosti. Byl cítit **skrytý kontrakt žádosti o přijetí**.

Dle mé zkušenosti terapeuti, kteří začínají v terapeutických komunitách pracovat, mají často z nejrůznějších důvodů specificky modulovaný postoj k drogám a lze tedy říci, že **důležitým supervizím úkolem je se jejich postoji k drogám zvýšeně věnovat**. Jednou ze zátěžových situací, která pomohla te-

rapeutům v náhledu na cíl své práce, byl odchod jednoho klienta z léčby bez náležitého doléčování a jeho brzké úmrtí. Tato událost vyvolala u všech z týmu **proces reálnějšího přístupu k této nemoci**. Všichni členové týmu byli v té době mladí a k drogám měli spíše ambivalentní než negativní postoj. Ostatní měli sklon spíše k filosofii alternativního životního stylu; pomáhalo jim to lépe klientům rozumět. Na druhé straně jim ale tato podobnost bránila vidět jasně osobní tragédii svých klientů a nutnost je od světa drog a prodrogového životního stylu odvádět. Klientovou smrtí nastal určitý obrat. Při supervizích začala být přinášena témata o možnostech další následné péče a byly znovu diskutovány možnosti ambulantní péče a lepšího kontaktu s rodinnými členy klientů.

Velký energetický výdej se v týmu začal projevovat dosti brzy. Největším problémem z tohoto hlediska se staly individuální rozhovory, které terapeuti poskytovali dokonce i v nočních hodinách, možná i proto, že jim to dovolovalo učit se lépe rozumět drogovým procesům i psychotherapeutickému vztahu. Při mých opakovaných upozorněních na rozvoj tohoto problému a zvědomění jejich hranic si postupně každý z nich vytvářel dlouhodobě realizovatelnější pracovní režim. Jeden z členů týmu se rozhodl tento problém řešit odchodem zpět do psychiatrické léčebny. I tento odchod byl pobídkou k tomu, že členové týmu vzali tento problém vážně a začali jej na supervize přinášet. Doporučila jsem jim vstup do **sebezkušenostního výcviku v psychoterapii**. Vedoucí, který byl v té době ve druhé polovině pětiletého výcviku, se tohoto doporučení držel a nabídl po domluvě s manažerem programu ostatním členům týmu částečnou finanční výpomoc zaměstnavatele. Současně vedoucí týmu absolvoval dvouletý kurz IPVZ v léčbě závislostí.

Psychotherapeutický výcvik rozdělil tým na ty, kteří z něho měli, tak jak do něj postupně během let vstupovali, **jednoznačný prospěch**, a bezprostředně po výcviku jevíli známky jakéhosi dobytí své energie a nárůst pracovní motivace. To zpětně ovlivnilo jejich pohled na supervizní proces, začali v něm být iniciativnější a přicházeli na supervizní konzultace připraveni – věděli o čem chtějí hovořit, jak dlouho se tomu chtějí věnovat v rámci svého supervizního sezení a co ode mne očekávají. Vnímali příjemně svůj profesionální růst a snažili se jeho podobu v supervizních sezeních charakterizovat.

Jiní hlavně z počátku výcviku přijížděli z **výcviku vyčerpání**, zahlceni sami sebou a trvalo nějakou dobu, než byli schopni se věnovat plně své práci. Postupně se však i v tomto ohledu učili zacházet se sebou v tom smyslu, že se jim stále lépe dařilo využívat výcviku bezprostředně ku prospěchu sebe i svých klientů. Ve své supervizní praxi jsem však poznala i neúspěšný vývoj spojený s tímto problémem. Šlo o **případy terapeutů s depresivními symptomy**, kteří vstupovali do protidrogových programů s velkou chutí zabývat se touto oblastí. Drogami energeticky zcela vyprahlí klienti však vyžadují často

tolik jejich pozornosti a tak naléhavě, že někteří jedinci nebyli schopni v procesu zůstat déle než 2 roky. Moje doporučení k individuálním psychoterapiím a většímu odstupu od terapeutického procesu v léčebném programu spíše ignorovali, většinou ale nakonec stejně protidrogový program opustili.

Jak se tým rozrůstal, rostly i **rozdíly jednotlivých členů v psychoterapeutickém přístupu** a s vedoucím programu bylo dohodnuto, že se budu snažit při týmové supervizi tato hlediska zvědomovat jim samotným i ostatním členům týmu a přístupy **sladovat k lepší funkčnosti týmu**. Používala jsem přitom nejčastěji následující **techniky**:

a. Technika „případ z mnoha stran“ – při rozboru případu klienta jsem pomáhala jednotlivým členům týmu vyjádřit a pojmenovávat jejich přístup a strategii s tím, že jsem říkala pravděpodobný krátkodobý i dlouhodobý výsledek takové strategie. Cílem této techniky bylo naučit pracovníky efektivně propojovat své přístupy v různých fázích léčby a klientova vývoje.

b. „Seznámení s vlastní prací, technikou“ – členové týmu mluvili o některé své technice a vysvětlovali ji druhým, ostatní na oplátku sdělovali bezprostřední reakce klientů, tak jak je od nich znali.

c. „Škálování“ – při diskusi nad určitým postojem jsem je nechala se umístit na ose řešeného problému s krajními řešeními, např.: „Vyhodil bych ho z léčby“ versus „ubral bych mu léčebné povinnosti a více se mu individuálně věnoval“, nebo „mám-li uvažovat nad léčebnými prioritami ve smyslu léčebný režim versus psychoterapie, hlídám si více při své práci nebo cítím se kompetentnější spíše v“ Tato technika se ukazovala zvláště v některých citlivých tématech jako nekonstruktivní vzhledem k tomu, že pracovníci velmi citlivě reagovali na situace, kdy se ocitali na opačných koncích škál, a měli sklon hledat potvrzení správnosti svého postavení. Zbytečné emoční problémy vyvolával u členů týmu fakt, že stáli na opačném konci některé škály než vedoucí terapeut.

Tak, jak tým i skladba jeho programové nabídky rostly, byla v týmové supervizi stále více oblíbenější technika „případ z mnoha stran“. Na jedné straně rostla konkrétnost záležitostí, které členové na supervizi přinášeli; na druhé straně se nebáli mluvit o svých přístupech, které jim osobnostně vyhovovaly a které si přáli zkoumat dále a prohlubovat jejich kvalitu. Cítila jsem v týmu i v sobě tenzi, když se snažili prosadit některé postupy, které jsem vnímala jako něco, co tým i celkový koncept léčby rozkládá, a snažila jsem se, aby terapeuti byli schopni tento úhel pohledu nahlédnout. Byla jsem však stále méně úspěšná. Čím více jsem byla osobnější, tím spíše jsem narážela na jejich obranné mechanismy. Moje opakované pokusy změnit přístup terapeuta k jednomu z velmi důležitých programů vyústily nakonec k odmítnutí supervize jedním z členů týmu, které bylo vedoucím akceptováno. Situace dospěla do bodu, v kterém jsem si uvědomila, že **není v mých možnostech usilovat**

o změnu fungování v konkrétním programu, jestliže je jednoznačně odmítnuta a není podpořena náhledem vedoucího na ní. Bylo jasné, že způsob mé supervize musí být re-kontraktován.

Ad III. fáze) Poradenská (2003–2006)

Při jedné z týmových supervizí jsem nabídla koncept vývojových fází růstu týmu v procesu supervize a navrhla **svůj ústup z ochranné a kontrolní role a nabídla roli supervizora–konzultanta**. V této roli jsem měla čekat na vyslovení požadavku supervidovaného, pomoci při přesnější formulaci kontraktu a snažit se v hranicích takto jasně definovaného kontraktu při své supervizi působit. Současně jsem upozornila na **jejich větší zodpovědnost za celkový léčebný proces i jejich práci na sobě**. Navržená podoba supervize byla členy týmu přijata s uspokojením, neboť členové cítili potřebu, jak se vyjádřili, samostatného hledání a poohlížení se po vlastní supervizi i jinde. Mnou navržený způsob jim vedle toho poskytoval potvrzení jejich profesionálního růstu dostatečného pro již zcela samostatné vedení svých programů.

Přesto, že já sama jsem navrhla novou formu supervize, **zmocňovaly se mne rozporuplné pocity**. Na jedné straně jsem věděla, že tým dozrál skutečně do bodu, kdy mohl plně převzít do svých rukou vedení svých programů i svého profesionálního růstu, aby terapeutická komunita dost dobře přežila. **Cítila jsem touhu po jejich „samostatnosti“ a to, že na supervizora reaguji jako dospívající na svého rodiče**. Protipřenosově jsem se přistihovala při úzkosti typické pro rodiče dospívajícího, který si uvědomuje, jak mnoho by mohl svému dítěti ještě pomoci, to však jeho pomoc odmítá a volí raději „bolestné zkušenosti“ z následků svých vlastních chybných rozhodnutí. Jak mnoho se nyní podobali „mí klienti“ svým klientům–toxikomanům. Přemýšlela jsem v této souvislosti o vnějším psychologicko-sociálním kontextu, kde se dospívání a hledání sebe sama v posledním desetiletí prodloužilo. Bylo mi líto, že se „dospívající“ tak brzy chce osamostatnit, neboť vím, že prodloužené dospívání velmi zkvalitňuje další životní i profesionální fáze. Když jsem měla špatné dny, zabývala jsem se myšlenkou nafouknutého ega členů týmu, katastrofickými alternativami vývoje komunity a měla jsem chuť celý tým v tomto smyslu varovat. Jak mnoho dospívajících se ocitlo v mé ordinaci jenom proto, že jejich osamostatnění bylo spíše potřebou potvrdit si svou dospělost, která byla předčasná a za níž nesli někdy celoživotní následky. Ve své praxi jsem ale také viděla mnoho nekvalitních rodičů, kteří již neměli svým dospívajícím dětem mnoho co dát a spíše je v jejich růstu brzdili a mrzčili. Co když je to „můj případ“? Co když já jsem právě ta, která nemá prst na tepu doby, oni to cítí a nemají již chuť v mé přítomnosti reflektovat své profesionální chování a hledat lepší alternativy?

Další supervizní problém nastal v okamžiku, kdy při diskusi o dalším vývoji jsme se s manažerem programu zabývali **požadavkem členů týmu vybrat si svého supervizora ad hock dle svého**. Uvědomuji si, že určité psychoterapeutické směry přinášejí přístupy a techniky, které jsou pro terapeutickou komunitu přímo škodlivé. Mám se tedy ještě podepisovat pod projekty jako supervizor, když vlastně už vůbec nemohu za takovou supervizi a její následky nést zodpovědnost?

Přirovnání k vývojové fázi dospívajícího dítěte mi nakonec pomohlo při mém rozhodování. Na jedné straně jsem chtěla odpovědně reflektovat na určité kritické hlasy vůči mé supervizi od některých členů týmu a ukončit supervizní kontrakt s celou komunitou (naše přístupy se rozcházejí). Na druhé straně jsem chtěla zůstat. Emocionálně můj vztah ke komunitě byl také vztahem spoluzakladatele této komunity. Racionálně jsem tuto druhou incentivu podporovala v sobě poučkou „nesejít svému pacientovi–klientovi z cesty“, jak učil doyen naší atologie – adiktologie Jaroslav Skála a být mu k dispozici, dokud o to on sám žádá. Rozhodla jsem se v zásadě pro zmírněnou Skálovu alternativu – ustoupit z cesty, ale nesejít z ní. Dodnes nevím, jestli jsem udělala dobře.

V této poradenské fázi supervize, která trvala **další tři roky jsem „byla k dispozici“, aniž bych měla celkový přehled o dění v komunitě, jejich programech a znala klienty komunity**. Také vedoucí komunity se někdy týmové supervize neúčastnil a cítila jsem, že postavení supervizora se v očích členů týmu snižuje. Mé obavy z dalšího vývoje byly utiňovány na mé vlastní supervizi zdůrazňováním nestrannosti a klasickým literárním požadavkem jasněho dodržování hranic supervizního kontraktu. Problém byl, že jsem nebyla schopna vyvolat dostatečnou reflexi skutečné praxe supervizního kontraktu. Je možné, že bych jasným a dostatečně zřejmým omezením svého supervizního působení vyvolala jasnější formulaci potřeb členů týmu. Já sama jsem měla zato, že je na mně, abych všechny složitosti supervizního kontraktu řešila i tehdy, kdy kontrakt je poněkud problematicky naplňován. Netrvala jsem na písemné podrobné formulaci mých supervizních úloh, a to znemožňovalo jasnou kontrolu možnosti jejich naplňování. Jasně bylo jenom to, že mé **supervizní působení bylo zredukováno do dvou oblastí:**

- týmová supervize – **harmonizovat určitý přístup jednotlivých členů týmu v záležitostech, v kterých jejich rozdílný přístup někdo pocítuje jako problém**
- individuální supervize – ty měly podobu **krátkodobých krizových intervencí** v některých zátěžových situacích profesního, ale i ryze osobního života

V této fázi se členové terapeutického týmu se rozeběhli ve svém hledání do všech možných směrů. Prodělávali a někteří dokončili v průběhu této fáze své psychoterapeutické výcviky, začali studovat, rozjeli se na nějaký čas na zkušenou do světa. Vedoucí terapeutické komunity udělal II. atestaci v oboru atologie a stal se významným členem v sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací, zúčastnil se světového kongresu terapeutických komunit a navázal mezinárodní spolupráci. **Mnohá témata, která byla předmětem týmové supervize, se nyní řešila na poradách týmu, kde vedoucí působil stále výrazněji a kompetentněji jako vnitřní supervizor.** Současně se ale stále více vzdaloval svými manažerskými povinnostmi členům týmu právě v okamžiku, kdy i supervizor v jejich očích nebyl tak úplně „někým, kdo by jim mohl pomoci“.

Moje vzdání od členů týmu podtrhl ještě jeden nešťastný fakt, který souvisel s financemi. Manažer projektu vyjadřoval nespokojenost nad finanční náročností supervize. Já jsem z toho měla velmi nepříjemný pocit nedocenenosti mé role na celém procesu. Navíc mi připadalo, že manažer si není vědom toho, že členové týmu supervizi skutečně potřebují, a tak jsem navrhla, aby si část individuálních supervizí platili oni sami. Myslela jsem, že terapeuti si potřebu supervize uvědomují víc než manažer, ale velmi jsem svou roli v tomto ohledu přecenila. Následkem bylo **značné zredukování supervize**, neboť členové týmu vlastně dostali od vedení nešťastné tiché poselství, že jejich účast na supervizi není pro chod terapeutické komunity nutná. Myslím, že i toto přispělo k postupné nespokojenosti a pocitu osamocení u některých terapeutů a vedlo k únikovým tendencím na všech možných úrovních.

Projekt, v kterém fungovala terapeutická komunita, se rozrůstal a vyžadoval kariérní postup jednotlivých členů terapeutického týmu na vyšší úroveň vedení a odpovědnosti. Členové však byli příliš zaujati svými vlastními růstovými projekty, které často nesouvisely s komunitou a **prokrastinace s rozvojem jednotlivých programů nabývala stále zjevnější podoby.** Supervize byla účinná ve chvílích, kdy se na mne členové obraceli, ale častost těchto supervizí byla tak řídká, že nedokázala jednání členů týmu výrazně podpořit.

Na své vlastní supervizi této supervize jsem zkoumala motivaci k dalšímu setrvávání v pozici supervizora. Na jedné straně jsem se viděla jako disciplinovaný a pokorný „trapný rodič, který to s dospívajícím všechno vydrží“ a bude v případě jeho krize k dispozici. Na druhé straně jsem si přiznávala, že je pro mne těžké opustit program, u jehož zrodu jsem stála a na jehož prosperitě mi stále záleželo. **Co je vlastně v této situaci etičtější? Odejít v pravý čas nebo nechat se pokorně opustit, když už nás není, ať už z jakéhokoli důvodu, třeba?**

Postupně jsem měla ze své role stále výraznější **pocit pouhé formálnosti mé funkce.** Přestože tým podstupoval výrazné programové změny, moje

supervize byla stále méně vyžadována. Problémy jednotlivých členů i celého týmu narůstaly do takové míry, že bylo možno mluvit o jasných krizích. Atmosféra v terapeutické komunitě postupně zrála k další fázi, a tím i k další fázi supervize. Ukončení mého supervizního působení vyplynulo z personálních změn v celém týmu. Projekt se rozrostl natolik, že **vedoucí komunity se stal vedoucím programů**, členové týmu většinou převzali vedení dalších programů v instituci a **místo vedoucího terapeutické komunity postupně přebral nový vedoucí**. Spolu s touto změnou mi bylo vedoucím programů oznámeno, že si přeje, abych byla jeho individuálním supervizorem s tím, že **terapeutický tým komunity se rozhodl pro změnu supervizora**.

Ad IV. fáze) Supervize interní supervize

Supervizi interní supervize nelze již počítat do supervize terapeutické komunity, neboť je pouze její velmi malou součástí. Tato fáze je zatím pouze plánovaná a možná mám o ní neadekvátní představy. Domnívám se však, že funkce supervizora je z hlediska etického v této fázi nejméně problémová. Jak jednoduchá je dle mých zkušeností individuální terapie ve srovnání s párovou či rodinnou, jak jednoduchá je individuální supervize se supervizí skupinovou, týmovou či supervizí terapeutické komunity. Je to jako supervizní zlatý padák, jako trafiká vojenského veterána, jako vejmínek po letech práce. **Ať žije individuální supervize. Škoda, že se nedá vždy použít.**

Závěr

Supervize terapeutických komunit se od sebe velmi liší pojetím celkového terapeutického konceptu konkrétní komunity a je závislá na úrovni klientely, terapeutického týmu i na socioekonomickém i společensko-psychologickém kontextu, v kterém celý tento systém funguje. Dobrý supervizor si všechny tyto faktory při svém supervizním působení uvědomuje a bere na ně ohled. Tato případová studie popisuje běžnou supervizi standardní terapeutické protidrogové komunity na přelomu r. 2000 v České republice. I zde jako ve většině protidrogových komunit se používala integrativní více či méně systémová psychoterapie.

Případ je zajímavý tím, že od začátku působení komunity zde začínající terapeuti prodělávali v postoji k supervizi vývoj, který lze v otevřeném a dobře zavedeném týmu jen stěží v plné podobě pozorovat. Zde je popsán plný rozvoj **obecného vývoje supervizního kontraktu ve třech základních fázích:**

1. fáze didakticko-podpůrná

2. fáze poradensko-psychoterapeutická

3. poradenská

Jednotlivé fáze lze charakterizovat problémy, kterými prochází jedinci na obou stranách supervizního pole a který ústí do určitého postoje a chování:

V didakticko-podpůrné fázi by měl supervizor nabízet základní znalosti a dovednosti, které u jedince či v týmu jsou nedostatečné.

Ve fázi poradensko-psychoterapeutické by měl supervizor primárně vycházet z psychoterapeutické situace i z požadavků psychoterapeuta a v případě potřeby psychoterapeuta, ale i klienta, citlivě zasahovat.

V poradenské fázi by měl supervizor unést a zpracovávat případně se objevující ambivalenci obou stran supervizního pole. Na straně supervidovaného jde o ambivalenci k supervizi, plynoucí z touhy po samostatnosti a nezávislém svobodném vlastním hledání. Na straně supervizora jde o ambivalenci plynoucí z jeho aspirací, úzkosti a lidské odpovědnosti za jiné tak, jak se s ní setkáváme často v pomáhajících profesích. Příklad terapeutické komunity nezachytil pomalé rozptylování ambivalence, ke které v dalším vývoji obecně dochází a které dovoluje supervizorovi nabídnout své zkušenosti v bezprostřednější a partnerské rovině.

Výše popsaný **koncept tří základních supervizních fází** lze podle mých zkušeností použít i při individuální supervizi dle profesionálního i osobnostního vývoje supervidovaného. Tam ovšem zdaleka z hlediska systému nehraje tak významnou roli jako u supervize terapeutické komunity.

Supervize psychoterapie se považuje za efektivní způsob učení se psychoterapii. Při provádění supervize se lze učit nejen psychoterapii, ale i supervizi. Ve světě ohrožujících technických možností je pravděpodobně schopnost reflexe, supervize a spolupráce v ní tím nejdůležitějším, co může přinést změnu ve vývoji lidstva.

**VI.
Terapeutická
komunita
ve specifických
podmínkách
↗**

TK v podmínkách psychiatrické léčebny

Jiří Dvořáček

↑ Tradice terapeutické komunity, resp. léčebného společenství, na psychiatrickém oddělení pro závislé byla v Čechách založena Jaroslavem Skálou. Apolinářský model tak stál v základech téměř všech léčebenských terapeutických komunit, byť v následujícím vývoji se některé prvky tohoto specifického léčebného společenství pozměnily.

Principy terapeutické komunity jsou dnes již samozřejmou součástí institucí, které tradičně vycházely z vesměs odlišných koncepčních modelů než je tomu u klasických terapeutických komunit. V péči o závislé (ale i jiné psychiatrické diagnózy) se tyto principy užívají vcelku standardně v psychiatrických léčebnách, tedy v institucích, které vyrostly na spíše paternalistickém chápání vztahu pacient – terapeut. Na psychiatrická oddělení nemocnic terapeutická komunita již nepronikla (až na úplné výjimky, jakou je například místo vůbec první podobné komunity – Apolinář), neboť na rozdíl od léčeben jsou tato oddělení primárně určena pro krátkodobé hospitalizace akutních stavů (hospitalizace v nemocnicích trvá řádově dny, v léčebnách týdny a měsíce).

Obecně lze říci, že terapeutická komunita je aplikována v závislostní ústavní péči psychiatrických léčeben na dvou možných úrovních. Základní úroveň je užití terapeutické komunity jako formy organizace péče na oddělení pro závislé, druhou úroveň je pak užití terapeutické komunity jako terapeutického nástroje (v širším spektru možností od komunity jako jednoho z několika nástrojů, které v dané léčebně jsou k dispozici, až po snahu o užívání terapeutické komunity jako nástroje hlavního). Samozřejmě užití komunity jako nástroje změny vyžaduje zavedení více komunitních principů, než je tomu u pouhé komunitní organizace léčebenského oddělení.

Psychiatrická léčebna jako zdravotnická instituce s mnoha pravidly a podmínkami sdílenými s ostatní medicínou má několik oblastí omezení, které plnou aplikaci všech komunitních principů ztěžují až znemožňují. Zmíňme několik z nich:

1. **Plný důraz na práva pacientů.** Pro pacienty v psychiatrické léčebně na oddělení pracujícím jako terapeutická komunita se vztahují stejná práva jako pro ostatní psychiatrické diagnózy, resp. pro všechny pacienty. Práva pacientů byla vydefinována v kontextu individualizované zdravotnické péče, tedy v kontextu, který je dosti odlišný od komunitního, a tak některé principy terapeutické komunity na některá práva narážejí. Plnou aplikaci principů terapeutické komunity může komplikovat právo na soukromí, diskrétnost, důvěrnost při podávání informací, právo na odmítnutí kterékoli části terapie atd. Postavení pacienta jako člena komunity je tak dosti odlišné od klienta klasických komunit, o kterých byla řeč v předchozích kapitolách. Zjednodušeně řečeno, užití terapeutické komunity v prostředí zdravotnické instituce se vždy pohybuje na hranici respektu k obecným právům pacienta.

2. **Legislativa upravující zdravotnickou péči a vztah zdravotníků k pacientovi.** Na rozdíl od péče v klasických terapeutických komunitách je péče ve zdravotnické instituci upravena speciálními vyhláškami a zákony – mnoho bodů z těchto zákonných pravidel znemožňuje plnou aplikaci principů terapeutické komunity v psychiatrické léčebně. Příklad: pravidla jasně definují způsob přijímání pacienta do léčebny i způsob jeho propuštění – tento postup znemožňuje, aby se na takovém rozhodování podílel jinak než formálně kdokoli další z komunity.

3. **Legislativa upravující složení a kompetence pracovníků.** Tato pravidla vytváří odlišnost od terapeutického týmu klasické komunity ve dvou směrech – definují specializaci jednotlivých pracovníků na jednotlivé dílčí oblasti (a komplikují tak univerzální zodpovědnosti běžné u terapeutů komunit) a definují jednotlivé zodpovědnosti konkrétních profesí (a komplikují tak vytváření minimálně hierarchizovaného terapeutického týmu jako předobrazu celé komunity) atd. Současně také tyto předpisy například komplikují zapojení některých terapeutických profesí do týmového rozhodování či do sdílení informací o pacientovi vůbec (pracovní terapeut, sociální pracovník, psycho-terapeut nezdravotník atd.)

4. **Klasické zdravotnické vzdělávání.** Tento způsob vzdělávání většinově připravuje lékaře i sestry vesměs k paternalistickému postoji ve vztahu k pacientovi (či lépe řečeno, k expertské roli v tomto vztahu) a vychovává terapeutky k hierarchické zodpovědnosti za svou dílčí specializaci, jak bylo zmíněno v předchozím bodě. Budiž v tuto chvíli připomenuto, že u většiny jiných nemocí je takový postoj lékaře i sestry většinou žádoucí.

5. **Přísné provozní normy.** Psychiatrické léčebny musí naplňovat mnohdy jiné a přísnější normy pro provoz než klasické komunity, tyto normy pak komplikují plnou aplikaci principů terapeutické komunity. Příklad – normy pro stravování komplikují až znemožňují zapojení členů komunity (pacientů léčebny) do přípravy společné stravy atd.

6. **Medicínské pojetí problému.** Byť se může tým konkrétního zařízení hlásit k širšímu než pouze medicínskému pojetí závislosti, zůstává pacientovi plný status nemocného, zdravotník je nadále povinen formulovat i dílčí problémy pacienta standardním medicínským jazykem a následně k těmto problémům přistupovat zcela standardními medicínskými způsoby. Toto vše zužuje spektrum nástrojů, které v rámci terapeutické komunity jsou k dispozici.

7. **Hrazení ze zdravotního pojištění.** Některé prvky terapeutické komunity by z důvodů zmíněných u předchozího bodu neobstály ani při kontrole revizních lékařů zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny vycházejí také zcela samozřejmě z legislativy o zdravotním pojištění, která ovšem minimálně zohledňuje zvláštnosti adiktologie a už vůbec nezná nic takového, jako je terapeutická komunita.

Zvláštnosti některých momentů terapeutické komunity v léčebně

Bylo již zmíněno, že léčebenská terapeutická komunita může mít v principu dvě podoby: komunita jako forma organizace oddělení a komunita jako terapeutický nástroj. V našem textu ponecháme stranou první případ, tedy spíše formální využití terapeutické komunity – pacienti spolu sdílejí jen základní informace o životě oddělení, ale základní terapeutický nástroj je někde jinde, než využívání vztahů v komunitě k růstu zodpovědnosti a zralější osobnosti. Léčebenskou terapeutickou komunitu nazýváme spíše ta léčebná společenství, která mají ambice se blížit co nejvíce klasické terapeutické komunitě s maximem jejich terapeutických možností. Taková léčebenská komunita se ovšem liší od klasické komunity v následujících bodech:

Léčebenská komunita má více členů: Obvyklé oddělení psychiatrické léčebny má průměrně 20–30 pacientů. Komunitu pak představuje celé toto oddělení a terapeuti, kteří vykonávají práci na tomto oddělení, dohromady tedy přibližně 35 lidí.

Léčba v léčebenské komunitě je více omezena časem: Délka léčby závislých pacientů v léčebně trvá v průměru od 3 do 6 měsíců, je tedy přibližně čtvrtinová (resp. poloviční) ve srovnání s klasickou komunitou. Tento časový faktor je samozřejmě velmi významný z hlediska utváření koheze celé komunity.

Velká fluktuace členů komunity: Při výše zmíněné kapacitě léčebenské komunity, při zmíněné délce léčby, při snaze o maximální využití lůžek a při relativně velkém procentu předčasně odcházejících pacientů (členové léčebenské komunity neprochází tak silným motivačním filtrem jako členové komunity klasické) přicházejí do komunity přibližně dva nováčci týdně (a stejný

počet členů odchází). Tento velký pohyb ve složení komunity je spolu s kratší dobou terapie a s odlišnou úrovní motivace k terapii hlavním důvodem, proč se v léčebně hůře daří vytvořit plně kohezní terapeutickou komunitu.

Koheze není stabilní: K výkyvům v kohezi dochází i v klasické terapeutické komunitě, ovšem v prostředí léčebny jsou tyto výkyvy pravidelnější a výraznější – přirovnáme-li vývoj koheze k sinusoidě, má tato křivka v případě léčebenské komunity kratší frekvenci a vyšší amplitudu. V praktickém životě takové komunity se pak střídají období solidní koheze a v podstatě tedy dobře pracující terapeutické komunity, která si své věci více rozhoduje sama a ve které pokročilí členové intenzivně motivují k terapii pacienty na začátku pobytu, s obdobími, kdy strukturu životu komunity musí více dávat terapeuti a kdy se komunita teprve vytváří. V průměru bývá frekvence takových výkyvů kratší než délka hospitalizace, takže každý pacient by měl mít solidní pravděpodobnost, že velkou část své léčby absolvuje v relativně slušně pracujícím léčebném společenství.

Terapeuti klasické komunity pravděpodobně drobné poklesy koheze nepotřebují razantněji řešit, nicméně terapeuti komunity léčebenské se snaží období slabě fungující komunity zkrátit preferováním technik, které kohezi zvyšují.

Komunitní dění je ochuzováno rozdělením komunity na skupiny: Vzhledem k relativně velkému počtu členů komunity a k omezené době hospitalizace, je léčebná komunita často rozdělena do skupin a důležitá část terapie tak probíhá po skupinách. V léčebné komunitě sice existují pravidla pro to, co patří na komunitu a nikoli na skupinu, a také nástroje na vracení informací zpět do komunity, přesto je komunita o část informací ochuzena na rozdíl od klasické komunity, kde skupinová psychoterapie se kryje s komunitní.

Komunita je jen částí celého zařízení: Psychiatrická léčebna se skládá většinou z více oddělení, ovšem nikoli všechna oddělení bývají organizována jako terapeutická komunita. V maximální podobě se léčebna skládá z několika komunit (oddělení) nebo komunity představují jen několik částí (případně i jednu) z celé organizace. Důležitým důsledkem pro život komunity je pak to, že část personálu je sdílena s ostatními částmi zařízení a že komunita sdílí provozní starosti i s ostatními odděleními, případně je provozními starostmi zatížena jen minimálně.

Terapeutický tým je jen obtížně kompaktní součástí komunity: Z předchozího bodu plyne, že někdy část zdravotních sester, pracovních terapeutů, lékařů sloužících noční služby atd. není pracovníky jen léčebné komunity, ale vykonávají práci i na dalších oddělení (či v dalších komunitách). I přes veškerou snahu o maximální jejich zapojení do života komunity zůstávají tito pracovníci stranou života komunity.

Existují limity pro diskuse o pravidlech: Zejména vzhledem k měnící se úrovni koheze většinou nediskutují členové komunity o některých klíčových pravidlech, zejména týkajících se abstinence či způsobu organizace dané komunity (v období nízké koheze a s většinou nových členů, kteří ještě dostatečně nesdílejí normy daného společenství, by podobná diskuse pravděpodobně končila razantním vstupem terapeuta). Tento cenný prvek komunity, podporující růst zodpovědnosti jednotlivých členů, je také omezen i pro významně kratší délku pobytu pacientů v komunitě – relativně krátká délka léčby neumožní věnovat příliš velké množství času organizačním věcem. Vliv členů komunity na její základní uspořádání je tak obecně menší než v klasické komunitě, byť se na jejím provozu a udržování mohou podílet podobně významně.

Větší dohled týmu nad udržením bezdrogovosti: Členové léčebenské komunity se velmi významně podílejí na udržení bezdrogovosti zařízení, nicméně z několika důvodů zmíněných již výše, je nezbytné, aby si personál ponechal klíčové nástroje ke kontrole takové bezdrogovosti, resp. aby takové nástroje byly pravidlem mimo komunitní diskusi. Podobně je tomu i v klasické komunitě a lze jen spekulovat, zda v tomto bodě jsou mezi oběma prostředími významnější rozdíly.

V léčebné komunitě jsou možné vesměs jen abstraktní sankce: Vzhledem k institucionálnímu charakteru prostředí pro léčebnou komunitu a vzhledem k stávající obecné úrovni práv pacientů nemá vesměs léčebná komunita takové spektrum konkrétních sankcí za porušení pravidel a norem společenství, jaké má klasická komunita. Většina léčebných komunit si proto ponechala nějakou dobu původního „bodovacího systému“, který roli abstraktních sankcí plní. Větší potřeba takových sankcí plyne i z menších možností členů komunity poskytovat si bezprostřední a pružné zpětné vazby, které by chování člena komunity na hranici norem zcela přirozeně měly normalizovat i bez užití sankcí. Konkrétní sankce jsou až součtem či nastřádáním více sankcí abstraktních, jejich aplikace pak stejně zůstává z hlediska práv pacientů relativně komplikovaná a musí být přesně dohodnuta v domácím řádu a důkladně předem odsouhlasena každým pacientem.

Léčebné komunity postrádají 3. fázi: Jedním z hlavních nedostatků léčebných komunit je zhoršená možnost uspořádat 3. fázi léčby tak, aby docházelo k pravidelnému kontaktu s vnějším prostředím. Většinou se tak 3. fáze omezuje jen na změnu témat, na která se má pacient soustředit – orientuje se na návrat do původního či jiného prostředí, zajišťuje si konkrétní pevné body tohoto prostředí. Bohužel z institucionálních důvodů není možné v této fázi v mimoléčebném prostředí déle a pravidelně setrávat.

Léčebná komunita má menší míru provozní soběstačnosti: Vzhledem k již zmíněné skutečnosti, že taková komunita (=oddělení) je většinou jen částí zařízení, není provozně soběstačná, provozní úkoly zajišťují jiné úseky či

je s jinými úseky sdílí. Míra zapojení členů do podílení se na plném udržení chodu komunity je tak nutně nižší. Dalším důvodem je pak přísné posuzování případného vykonávání provozních pracovních úkolů pacienty z pohledu práv pacientů – lze předpokládat, že v budoucnosti budou jen narůstat tlaky na minimalizaci možností spolupodílení se pacientů léčebenské komunity na udržení vlastního provozu.

Výhody léčebné komunity: Odhlédněme v tuto chvíli od srovnání oddělení pracujícího jako terapeutická komunita s odděleními organizovanými řekněme nemocničně – výhody komunitně pracujícího oddělení by měly jednoznačně plynout z ostatních kapitol této knihy. Srovnajme ovšem několik dalších zvláštností, které mohou být výhodou ve srovnání s klasickou terapeutickou komunitou:

- Komunitu v podmínkách léčebny zajišťuje vesměs zdravotnický personál s vysokou kvalifikací. Typická role týmu v klasické komunitě není sice expertská a vyžaduje tudíž jiný typ kvalifikace než je specializované zdravotnické vzdělání, nicméně právě tato kompletní zdravotnická kvalifikovanost umožňuje léčebným komunitám nabídnout péči i těm závislým, kteří v rámci duální diagnózy mají vážnější psychické problémy či mají vážné somatické důsledky dlouhodobého užívání drog.
- Celé institucionální zázemí léčebné komunity poskytuje větší možnosti současné další odborné péče – interní, neurologické, chirurgické, rehabilitační atd. Ve srovnání s klasickou komunitou je tak snazší dostupnost konsiliárních vyšetření, případné překlady k řešení akutních zdravotních problémů atd. Z tohoto důvodu a z důvodu předchozího by teoreticky neměla existovat zdravotní komplikace, pro kterou by závislý pacient nemohl dostat péči v léčebné komunitě (vyjma těch poruch, které znemožňují pacientovi smysl komunity dostatečně chápat a aktivně se do ní zapojovat).
- Častá výměna pacientů, celkově relativně velký počet pacientů procházející léčebnou komunitou a kratší doba léčby mohou usnadnit využívání více nástrojů pro udržování historické kontinuity komunity – např. v některých komunitách jezdí pacienti v prvním roce remise na tzv. opakovací pobyty, týdenní pobyty po cca 3 měsících pobytu v původním prostředí, a díky tomu téměř v každou chvíli může být v léčebné komunitě přítomen někdo z odléčených pacientů a být reálným vzorem pro nové pacienty. Některé léčebné komunity si také z původního apolinářského modelu ponechali další podobné nástroje pro podporu historické kontinuity, např. patrony skupin (úspěšné ex-pacienty, kteří i po letech udržují se svoji skupinou kontakt a příležitostně ji v léčebně navštěvují) nebo sjezdy úspěšných pacientů atd.

Závěr

Výše zmíněná specifika terapeutické komunity v léčebně mají představovat momenty, ke kterým by tým takové komunity měl přistupovat se zvýšenou pozorností, neboť při jejich opomíjení by mohlo dojít jen k malému naplnění klíčových principů terapeutické komunity v prostředí psychiatrické léčebny. I přes komplikace působené těmito momenty je léčebné společenství velmi efektivním nástrojem i v institucionálně vyhraněnějším zařízení než bývají klasické terapeutické komunity.

Literatura

- Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union*. Luxemburg, E.M.C.D.D.A., 1999.
- Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003.
- Nevšímal, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Středočeský kraj, Magdaléna o.p.s., 2004.
- Skála, J. a kol.: *Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi*. Praha, Avicenum, 1982.
- Skála, J. a kol.: *Žávislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987.

Úvod

Mladiství uživatelé návykových látek si podle výzkumů vydobyli své pevné místo na drogové scéně. Zpráva MPK hovoří o věkové skupině 15 – 19-ti letých, kteří v roce 2001 tvořili 47,5% všech uživatelů návykových látek v ČR (MPK, 2002). 14% uživatelů uvedlo, že užili drogu poprvé před 15. rokem věku. Studie ESPAD z roku 2003 podává obraz o situaci ve věkové kohortě 15 až 16-ti letých: 95% pilo v posledním roce alkohol, 80% již někdy kouřilo tabák, 44% má zkušenost s konopím, 12% s nekonopnými drogami, 9% s rozpuštědly, 11% se sedativy.

Mladiství evidentně tvoří skupinu, kterou je nutno se v systému péče o uživatele návykových látek zabývat. Pomoc poskytovaná této klientele má svá specifika, která vycházejí z charakteristik dospívání.

Dospívání

Dospívání je období biologických, psychických a sociálních změn směřujících k větší zralosti a soběstačnosti jedince. Období biologického zrání – dosahování pohlavní zralosti – je označováno jako puberta (zhruba od 11 až 12 let do 14 až 16 let). Období psychického a sociálního dospívání je označováno jako adolescence (časově navazuje na pubertu a končí zhruba kolem 20. roku – v posledních letech je tendence tuto hranici spíše posouvat výše a to někdy i výrazně).

V literatuře nalezneme mnoho charakteristik dospívání, jejich společným rysem je konstatování, že dospívání je provázeno mnohými nároky, konflikty a frustracemi. Úkolem dospívajícího je osamostatnění se z primární rodiny, v tomto období se objevuje ambivalence („už nechci být s nimi, ale ještě nedokážu být sám“). Pro dospívajícího začíná být vrstevnický kolektiv důležitější

než rodina, má potřebu být kolektivem přijat, ceněn, snadno podléhá skupinovému tlaku. Zároveň musí ale být sám sebou, úkolem dospívání je dobrat se svého Já, identity, objevit je a vybudovat. Reálné sebehodnocení a sebe-prezentace jsou však ještě příliš vzdáleny, často vidíme spíše zaměření na budování vnější image, která odráží sebepojetí adolescenta stejně jako jeho příslušnost k určité subkulturě. Vlastní cíle, hodnoty si dospívající nezřídka vymezuje negací cílů a hodnot společnosti, starší generace. Tato negace jako by byla mezistupněm mezi fází přijatých hodnot a cílů v dětství a zevnitřněných pozitivně formulovaných vlastních hodnot a cílů v dospělosti. Vzpor vůči generaci rodičů, autoritám je v tomto období výrazný a zdá se, že i vývojově zdravý. Napomáhá boření dětské role a nutí dospívajícího přehodnotit svůj život vlastním rozumem a cítěním. V dospívání se také většinou začíná sexuální život. K tomu je ještě nutno připočítat „osudovost“ tohoto období pro další volbu studia a povolání, nárok na vybudování sociální kompetence. To vše vyvíjí na dospívajícího obrovský tlak, který přichází nejen zevnějšku (možnosti, mezi kterými je nutno volit, kritika okolí, aj.), ale také zevnitř (nejistota, zmatenost, úzkosti, agrese). Tento tlak je zdravý, nutí jedince k vývoji. Působí však v době, kdy staré, „dětské Já“, je již k nepotřebě, ale nové, „dospělé Já“, ještě není ustaveno. Já dospívajícího je oslabené, nehotové, někteří autoři jej trefně přirovnávají k Já člověka s hraniční poruchou osobnosti. Není divu, že oslabené já někdy neuneso tíhu vývojových úkolů a má tendenci si nějak ulevit.

Některé typy návykových látek mohou zvyšovat výkon, porozumění sobě či ostatním a mohou tak v počátcích jejich užívání sloužit jako pomocná berlička k vývoji vpřed. Jindy může návyková látka mírnit psychické napětí, pod jejím vlivem se vývojové úkoly nezdaří tak naléhavé a lze je s klidem odložit. Dospívající tak může regredovat zpět do dětského, závislého chování. Setkání dospívajícího s drogou napomáhají i další charakteristiky jeho věku jako je zvědavost, touha po intenzivních prožitcích, potřeba experimentovat, ochota riskovat, pocit beztrestnosti, jednání bez následků či důsledků („mně se nemůže nic stát“), snížená schopnost tlumit impulzy – nejprve přemýšlet, pak teprve konat (způsobená již zmíněným oslabením Já), velká ovlivnitelnost prostředím, a další.

Zaměřenost na drogy odklání dospívajícího od skutečných vývojových úkolů (řešit konflikty s rodinou, osamostatnit se, dostudovat, aj.), zároveň ale alibisticky dopřává jakousi náhradní formu vývoje (získání pozice ve skupině uživatelů drog, sociální kompetence získané v oblasti trestné činnosti, osamostatnění se – je-li dospívající vyhozen rodiči z bytu, apod.). Tyto náhradní vývojové činnosti bohužel přinášejí mnoho problémů (viz dále).

Dospívající uživatelé návykových látek

Pro skupinu dospívajících je charakteristické spektrum vzorců užívání drog od experimentů a rekreačního užívání přes pravidelné, škodlivé užívání po počínající závislost. Přestože věk prvního užití nelegální drogy může být i velmi nízký, adolescenti zpravidla nejsou závislí v plném rozsahu udaném MKN-10 – kritéria pro diagnostiku závislosti. Objektivně pozorované zdravotní a sociální důsledky užívání drog nejsou tak výrazné jako u starších uživatelů (trestní stíhání, dluhy, aj.), přesto ale devastace dospívajících nemusí být o nic menší. Dopady je totiž nutno hodnotit v poněkud jiných ukazatelích.

Pokud je, jak jsme výše zmínili, osobnost dospívajícího nehotová a nehotové je i jeho ukotvení ve společnosti, potom je velmi snadné dospívajícího někam nasměrovat a je také velmi snadné „zapsat“ do jeho osobnosti nějaký rys (nejvulnerabilnější je citová a motivační složka psychiky). Dospívající jsou tak velmi zranitelní vůči možným následkům užívání návykových látek. U predisponovaných osobností může dojít k rozvoji toxické psychózy, která může spustit latentní sklon k celoživotnímu psychotickému onemocnění, nebo může alespoň na dlouhou dobu vykojet psychiku dospívajícího a zabrzdit vývojové procesy. Procento mladistvých nakažených nějakým typem virové hepatitidy (nejčastěji HCV, HBV) není zanedbatelné. Pohyb v prostředí nelegálních drog na sebe často nabaluje trestnou činnost, je narušeno morální cítění, dospívající se staví proti společnosti namísto toho, aby se do ní zařazoval. Může být uložena ústavní výchova, dlouhodobý pobyt ve výchovném ústavu pak mívá podobné důsledky jako výkon trestu odnětí svobody u dospělých delikventů (osobnostní a sociální devastace). Přátelství i sexuální vztahy jsou zkreslené užíváním drog. Lhaní, manipulace, využívání ostatních, zastrasování, vydírání aj. se stávají běžnými nástroji komunikace. Běžná je i přetvářka se svou dvojí pastí – prohlubuje propast mezi jedincem a jeho okolím a poznenáhlu zamlžuje i samotnému jedinci jeho skutečné Já. Snížená schopnost nehotového Já čelit realitě (sociální dovednosti, vyrovnávání se s frustrací, aj.) vede k většímu stažení do umělého drogového světa a nárůstu problémů (v rodině, škole, dluhy, aj.). Dopady „závislostního“ jednání adolescentů zhoršuje i jejich tendence nadužívat nejen drogy, ale i jiné „prožitky“ (gambling, sexuální nezdrženlivost, nezdrženlivost v jídle, sebepoškození, aj.).

Fakt, že užívá návykové látky, většina dospívajících skrývá. Pokud nejbližší sociální okolí dlouhou dobu nereaguje, nezachytí varovné signály a nepřiměje adolescenta k přiznání, všechny výše zmíněné rysy se v jednání stabilizují a hlouběji se vrývají do osobnosti mladistvého.

Rodina

Přestože úkolem dospívání je z rodiny se vymanit, je to právě rodina, která do velké míry určuje, jak úspěšně tento „sociální porod“ proběhne. Je velmi důležité, zda je rodina úplná/neúplná, kdo o adolescenta pečoval a pečuje, jaké jsou vztahy a kontakty v rámci rodiny, kolik je sourozenců, jaká je historie rodiny (zejména s ohledem na možnou závislost, traumata, ale i výrazné příběhy v rodině tradované, rodinná tabu, atd.), zda se jedná o původní biologickou rodinu či rodinu náhradní (adoptivní), jaký je sociální statut rodiny, zda se jedná o rodinu rasově smíšenou, jaké hodnoty a nároky rodina má, a další.

I v dobře fungující rodině je dospívání a odchod dětí náročným obdobím pro všechny její členy a může s sebou přinášet problémy. Rodinný systém uživatelů je ale často narušen ještě než začnou s užíváním návykových látek (viz např. Hajný, 2003). Užívání drog pak patologii systému udržuje či ještě prohlubuje. Osamostatnění se, které bylo obtížné již předtím, se stává ještě obtížnějším. Dospívající uživatel může ustrnout v závislosti na rodiči (rodičích) – neosamostatňuje se vůbec, nebo dochází ke vztahovému kolapsu (je přerušen kontakt), k „osamostatnění“ dítěte dojde příliš rychle a spíše ze strany rodičů, než z jeho iniciativy. Vypuzené dítě si s takto rychle nabytým „osamostatněním“ nedokáže konstruktivně poradit. V obou případech jsou vztahy v rodině plné výčitek a pocitů viny, bezmocnosti, beznaděje, hněvu a snadno se rozvíjí patologický bludný kruh udržující závislost. Specifikou některých rodin uživatelů drog je mechanismus udržování závislosti některého člena – závislost udržuje rovnováhu rodinného systému (tzv. spoluzávislé rodinné systémy – viz Hajný, 2003).

Léčba dospívajících uživatelů

Náprava problémového chování adolescentů (a tím užívání návykových látek bezesporu je) musí odrážet různé stupně zasažení jedince a jeho sociálního okolí. Jiná pomoc musí být nabídnuta víkendovému uživateli se zhoršujícím se prospěchem ve škole a drobnými krádežemi doma, jiná zase problémovému uživateli se zvolna se rozvíjející závislostí, kterého vyloučili ze školy, hrozí mu soud za krádeže, má uloženu ústavní výchovu, za sebou několik útěků z výchovného ústavu.

Čím mladší je dítě, tím více musíme do léčby zapojit jeho primární rodinu – iniciovat změnu současně u dítěte i v rodině, aby byla změna vůbec možná a udržitelná. Zapojení rodiny dospívajícího do procesu léčby je nutné i vzhledem k narušenému procesu separace a časté dysfunkčnosti rodin mla-

distvých uživatelů. Zejména v případech, kdy máme podezření, že jsme narazili na „spoluzávislý rodinný systém“, není bez intenzivní práce s rodinou téměř žádná naděje na změnu a lepší budoucnost pro adolescenta. Bohužel je mnoho rodin, které nejsou ochotné spolupracovat i rodin pseudospolupracujících. (Jsou ovšem i rodiny vytvářející tak destruktivní prostředí, že je lépe je z účasti na léčbě co možná nejvíce vyloučit.)

V ČR zatím není stabilizována dostatečná síť zařízení, které by pomáhaly adolescentům a jejich rodinám na všech potřebných úrovních. Tak jako i v jiných oblastech je velký rozdíl mezi středočeským krajem a ostatními regiony, mezi většími a menšími městy. Některá zařízení zanikají (TK domov Agapé), jiná vznikají (TK Medvědí Kámen přeorientovává svůj program na adolescentní klientelu). Přesto existuje řada zařízení, která se zaměřují na adolescenty v různých fázích užívání (experiment, škodlivé užívání, závislost) a na různých úrovních péče (primární, sekundární, terciární prevence, ambulantní, stacionární, rezidenční péče, terénní práce, skupinová i rodinná terapie). Jmenujme např. Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (dětská detoxifikace), Středisko pro mládež Klíčov zastřešující řadu na sebe navazujících ambulantních, stacionárních i pobytových programů – nejznámější je asi Alternativa, Cesta Řevnice (dvouměsíční pobytový výchovně-terapeutický program), dále např. Husův dům (výchovný ústav se speciálním programem pro uživatele návykových látek).

Mnoho TK pracuje s adolescentní klientelou v rámci programu pro dospělé – na počátku jsme zmínili, že horní hranice adolescence (20 let) se posouvá vzhůru. Proto je třeba odlišit komunitní programy pro nezletilé adolescenty (pod 18 let věku), tam už je situace odlišná. Specializované programy pro nezletilé nabízejí TK Karlov (provozovaná o.s. SANANIM), TK White Light I., TK Krok a TK Monar (křesťansky orientované zařízení s filosofií a léčebnými prostředky převzatými z Polského Monaru odlišující se od ostatních českých TK). Mladistvé přijímá i TK Pastor Bonus, zcela výjimečně i některé další komunity. TK domov Agapé provozovaný Charitou Opava, jediná TK v ČR nabízející komunitní práci s dětmi (od 11–ti let věku), musel být bohužel pro nedostatek finančních prostředků uzavřen. Někdy se jako specifická TK prezentuje i Husův dům, jedná se ale o výchovný ústav s oddělením pro uživatele návykových látek s minimem komunitních prvků. Za jistou formu TK lze považovat i Cestu Řevnice – výchovně pobytový program s komunitními prvky.

TK je u nás spíše menšinovou formou práce s nezletilými. Příčinou je fakt, že mnoho z nich ještě TK nepotřebuje, pro nápravu jejich zatím ne tak vážných potíží postačují jiné formy péče, a pravděpodobně i fakt, že komunitní práce s nimi je poměrně obtížná (z hlediska organizace, odbornosti i osobního nasazení).

Cílová skupina

Věkové rozpětí klientely TK pro adolescenty se většinou pohybuje od 15., 16. roku do 25. roku. Jsou přijímáni chlapci i dívky. Klienty TK se stávají problémoví uživatelé návykových látek (škodlivé užívání) nebo osoby s rozvíjející se závislostí. Hlavní drogou je většinou pervitin, dále marihuana, taneční drogy. U mnoha klientů se jedná o první léčbu vůbec, téměř nikdo z nich nemá za sebou zkušenost s léčbou komunitní. Často nacházíme řadu dalších problémů – duální diagnózy, nařízená ústavní výchova, dysfunkční rodiny, aj.

Složení skupiny

Počet klientů ve skupině se různí dle zařízení. Vzhledem k rodinné povaze práce s adolescenty a vyšším nárokům na práci terapeutického týmu se jako výhodnější jeví spíše menší skupina (cca 12 členů). Skupina je průběžně doplňována (skupina otevřená).

Dospívající snadno podléhají skupinovému tlaku, což napomáhá léčbě skupinovou terapií, pokud ovšem skupina nezačne být „protiléčebně“ nastavená. Je např. riskantní zařadit do skupiny větší počet klientů s nařízenou ústavní výchovou, zkušeností s pobytem ve výchovných ústavech, příp. výkonu trestu odnětí svobody. Tato klientela snadno ovládne pozice neformálních vůdců a vybuduje tzv. stínová pravidla komunity, která jsou v rozporu s komunitními principy (systém úplatků a protislužeb, krytí porušování pravidel, zastrašování, aj.), což spolu s obvyklou rezistencí těchto klientů vůči léčebným změnám může paralyzovat celou skupinu a učinit ji spíše destruktivní, než léčebnou. Podobné rysy bohužel vykazují i adolescenti z dětských domovů.

Na počátku léčby se Leoš (17 let) snažil zavděčit ostatním a rozdával jim cigarety. Dokázal udržet tajemství, a tak se mu ostatní svěřovali. Nikdy nikoho „nepráskl“, a tak mu ostatní opláceli stejně – neupozorňovali ho na chyby, neřekli na něj, pokud něco porušil. Byl oblíbený – z ničeho si nedělal hlavu, pořád ochotný vtipkovat, přidat se ke každé zábavě. Na kuřárně dával k dobru drsné historky z pobytu ve výchovném ústavu, což mu vyneslo respekt těch, kteří nic podobného nezažili, a přátelství Davida a Šárky, kteří také prošli výchovnými ústavami. Dával najevo, že má vše srovnané, že nemá problémy. Na konfrontace týmu reagoval „Nerozumím vám, nevím, co po mě chcete,“ a mezi ostatními šikovně vzbuzoval pocit, že si na něj terapeuti iracionálně zasedli. V pracovních blocích si někdy chodil lehnout, vždy však s sebou vzal některého ze svých oblíbenců, když vařil v kuchyni, pořádal pro ně tajné večeře, věděl o porušování výjezdů... Postupně měli téměř všichni ono pověstné „máslo na hlavě“. Leošova pozice neformálního vůdce byla neotřesitelná, skupina byla nejprve příliš slabá na to, aby jeho intriky prohlédla, a pak už měli strach (na každého něco věděl). Nakonec mu-

sel být Leoš vyloučen týmem a byla mu nabídnuta jiná léčba ve skupině starších klientů, u nichž je pravděpodobné, že jeho manipulace prohlédnou a nepodlehnu jim.

Vhodné se ukazuje mít ve skupině nejen nezletilé, ale i několik starších, zrajších klientů (spíše setrvávají v léčbě, jsou více schopni dodržovat pravidla, snáze chápou komunitní principy, nedají se tak snadno zmanipulovat, atd.).

Je možné do skupiny přijímat i klienty s duálními diagnózami. Zvyšujeme tím však už tak dost velkou dynamiku skupinových dějů a je nutno počítat s tím, že dospívajícími už tak zle zkoušená struktura a řád budou ještě ohroženější.

Dynamika skupiny

Pro adolescenty je členství ve skupině vrstevníků jeden z nejdůležitějších prvků léčby. Záleží jim na tom, aby je ostatní přijímali a oceňovali. Důležitá je pohoda ve skupině, celkové dění tak mnohdy připomíná spíše dětský tábor plný her než léčbu naplněnou vážnou prací. Adolescentní klienti se na skupinách neradi konfrontují se svými chybami, v jejich jazyce jde o „práskání“. Málo se vzájemně reflektují a reflexe jsou častěji řízeny momentálními sympatiemi/antipatiemi, než objektivními pokroky v léčbě. Dívky se chtějí líbit chlapcům a naopak, často se zamilují. Svě vztahy berou vážně a jsou ochotní kvůli nim i odejít z léčby (pravidla TK většinou partnerské vztahy mezi klienty nepovolují). Takový vztah se v realitě mimo TK rychle rozpadá, dospívající ale odmítají tato varování slyšet, a tak jich značná část odchází z léčby kvůli sexuálnímu vztahu.

Se svou neujasněnou rolí (ani dítě, ani dospělý) projevují dospívající klienti velké rozdíly mezi chováním „na skupině“ a „mimo skupinu“. Velká část dění tak běží „v zákulisí“. Adolescenti jsou k léčbě obvykle kritičtí. Mají tendence narušovat řád spíše než řád vytvářet. Jejich dodržování pravidel má spíše formu ochutnávky možného přístupu k životu, než procesu zvnitřňování zásad a principů. Přidáme-li k tomu jejich silnou ovlivnitelnost vrstevníky, můžeme často sledovat, že porušuje-li někdo pravidla, ostatní se přidají („když on může, tak já taky“), místo aby dotyčného „zlobivce“ konfrontovali a nutili k nápravě („když já nemůžu, tak ty taky ne“). Pokud tým včas nezareaguje, může se anarchie rychle šířit. Vytvoření samoregulace má u mladistvé klientely výrazné limity, nelze s ní příliš počítat.

Adolescenti jsou impulzivní, velmi často dělají unáhlená rozhodnutí. Mají také sníženou frustrační toleranci a jsou velmi vztahovační. Každodenní rytmus je tak neustále narušován nějakými nepochopeními, hádkami, urážením se, výhrůžkami odchodem, apod.

Rekordmankou v počtu výhrůžek odchodem byla Klára (17 let). Za první dva měsíce své léčby odcházela 11x, z toho 6x už měla sbaleno. Poté co ostatní pochopili, že jde o demonstrační jednání, přestali na její odchody reagovat. Klára si musela najít jiný způsob, jak upoutat pozornost a řešit potíže.

Dospívající klienti často necítí potřebu se měnit, spíše je chtějí měnit ostatní. Vinu za své problémy přikládají okolí („sice jsem kradl a byl na mámu agresivní, ale kdyby mě nedala do pastáku, tak bych dneska tyhle problémy neměl“). Adolescent očekává, že terapeuti za něj budou řešit jeho problémy, budou mu pomáhat a kontrolovat ho. Protože dospívající ještě nemají některé potřebné zkušenosti, musí tým na tuto potřebu částečně přistoupit (např. v jednání s úřady). Současně je ale nutné jasně vytýčit hranice pomoci.

Vztahy dospívajících klientů s terapeutickým týmem jsou do velké míry repetitivní vztahů mezi dětmi a jejich rodiči. Osamostatňování se z rodiny je tak vypjaté životní období, že by byl div, kdyby se to neprojevalo v léčbě. Klienti potřebují blízkost a podporu týmu, někdy ke svým terapeutům velmi přilnou a hodně jim důvěřují. Jsou jimi často velmi ovlivnitelní. Zároveň se jim ale musejí vzpoutet a pokoušet se žít vlastním životem. Tyto procesy jsou tím silnější, čím méně je primární rodina klienta schopna mu poskytnout zázemí pro dospívání (zanedbávající rodiče, rodiče užívající návykové látky, aj.). Klient si v léčbě tzv. „odžívá“ to, co si nemůže odžít doma. Rodičovskou roli týmu podporuje i to, že k práci s mladistvými patří výchova.

Přenosové a protipřenosové vztahy jsou někdy velmi intenzivní. Čím extrémnější případ, tím více je nutná supervize a zpětná vazba členů týmu mezi sebou.

Agátě (16 let) zemřela maminka, když jí bylo 12 let. Zemřela na následky dlouhodobého nadměrného pití alkoholu. Otec Agáty byl stále v depresi, únik hledal v práci a sexuálních vztazích. Agáta k nám přišla s problémy s drogami, jídlem, hraním automatů, sexuální nezdrcenlivostí, problémech v mezilidských vztazích. Psychiatrické vyšetření potvrdilo hraniční symptomatiku, doporučen byl intenzivnější individuální kontakt.

Vzhledem ke smrti Agátiny maminky a jejímu stesku po ní byla Agátě přidělena žena jako osobní terapeutka (garant). Hodně energie zpočátku věnovala Agáta testování bezpečnosti vztahu – provokovala, kritizovala... Poměrně rychle se ale na terapeutku navázala. Když mluvila o předčasném odchodu, což bylo poměrně často, říkala: „Chtěla jsem odejít, ale co by sis asi myslela, kdybys přišla do práce a já jsem tu nebyla?“ Když porušila pravidla, říkala: „Mě to hrozně mrzí, že jsem tě zklamala...“ Se svou terapeutkou si ráda povídala, měla tendenci jí nosit dárky, před ostatními klienty ráda dávala najevo, že ona má výsadní vztah. Postupně začala víc tlačit na terapeutčiny hranice (např. jí sebrala klíče, aby nemohla odejít domů), občas ji oslovila „Mami...“ To otevřelo prostor pro reflexi jejich vztahu, pro téma, zda terapeutka je

nebo není jako máma, a Agáta konečně začala víc mluvit i o své matce, plakat. Toto období bylo provázeno ambivalencí, na jedné straně Agáta občas žádala obejmout a pusu, na druhé straně byla schopná svou terapeutku při hře povalit a poměrně agresivně se s ní prát. Postupně byl do léčby víc zapojován otec Agáty a posléze i jeho poslední a našťástí stabilnější přítelkyně. Spolu s tím se Agátě její terapeutka začala věnovat méně intenzivně, směřovala ji více na otce a vrstevnickou skupinu (klientů i Agátiných kamarádů mimo léčbu). Agáta nakonec začala hodně „zlobit“, protože ji ale tým odmítl vyloučit, odešla z léčby předčasně na vlastní žádost. Odešla k otci.

Motivace k léčbě

Motivace k léčbě bývá u adolescentů dosti sporná a hraje v ní obrovskou roli rodina. Často se objevuje „negativní“ motivace – klient se nechá umístit v TK na nátlak rodiny nebo má nařízenou ústavní výchovu a pobyt v TK je pro něj příjemnější než pobyt ve výchovném ústavu (hezčí prostředí, lepší vztahy...). Je pak sice motivován k setrvání v léčbě, ale není motivován ke změně a projevuje nezřídka velkou rezistenci vůči léčebným vlivům. I pokud je motivace „pozitivní“, tzn. klient sám chce nějak změnit svou situaci k lepšímu a doufá, že mu léčba pomůže, není situace snadná. Adolescent většinou nechápe, že musí přestat užívat návykové látky, změnit přátele, životní styl. Nechce se ničeho vzdát, léčba mu připadá příliš dlouhá a složitá, může se mu hodně stýskat po rodině (a rodině po něm), špatně snáší frustraci a často reaguje tendencí utéct ze stresové situace – tj. z léčby. Adolescenti také bývají netrpěliví, dlouhodobé cíle a horizonty není nic pro ně. Motivovat 16-ti letou dívku tím, že si v budoucnu dodělá školu, bude cestovat, že jí jednou maminka odpustí, může být naprosto neúčinné tváří v tvář tomu, že v TK přibrala 7 kg, její bývalý přítel asi chodí s její kamarádkou a maminka jí už tři dny nezavolala.

Pro motivaci dospívajících platí, že je nutné najít každý den nějaká pozitiva, důvody, proč být v léčbě. Motivování klientů k léčbě, ke změně vzhledu, postoju, chování, je velmi podstatnou složkou léčby dospívajících. Motivační trénink zabere často většinu léčby a tým musí tuto složku své práce dobře znát.

Práce s motivací může mít i velmi neobvyklé formy: *Mirek (16 let) si po příchodu do TK vůbec nevybalil, protože, jak sám říkal, několikrát denně přemýšlí, jestli v léčbě vůbec zůstane, tak aby s tím odchodem neměl takovou práci. Přemlouvání Mirka, aby si vybalil, se stalo celokomunitní hrou, která skončila v útečném po 6-ti týdnech. Celá skupina se v té době velmi zdokonalila v hledání pro a proti léčbě a mnoho klientů si díky tomu ujasnilo svou vlastní motivaci.*

Dobrovolnost léčby

Princip dobrovolnosti léčby má svá specifika u nezletilých. I nezletilý klient pobývá v TK na základě svého svobodného rozhodnutí (to je u této klien-

tely velmi psychologicky důležité), ale souhlas s jeho pobytem musí dát zákonný zástupce (většinou rodič či výchovný ústav). Rodič také musí dát souhlas např. s tím, aby nezletilý mohl v TK kouřit tabák, výchovné ústavy schvalují žádosti o samostatné výjezdy klienta mimo objekt komunity – návštěvy rodiny. Pokud chce nezletilý klient z TK odejít, musí si ho vyzvednout zákonný zástupce. Ve své praxi tak zažíváme případy, kdy musíme velmi naléhat na neochotné rodiče, aby si vyzvedli nezletilého, jehož pobyt v TK je neudržitelný. Opačně někdy apelujeme na rodiče, aby klienta, který by mohl z programu dále profitovat, neodváželi.

Cíle léčby

Výsledky zahraničních výzkumů (Pompi, 1994) i naše zkušenosti ukazují, že „úspěšnější“ adolescentní klienti po léčbě pijí alkohol, kouří cigarety a někteří příležitostně užívají marihuanu (o dalších látkách nemáme přehled). Cílem léčby dospívajících tak nemůže být trvalá a důsledná abstinence. Léčba by měla napomoci tomu, aby dospívající nemuseli návykové látky nadužívat, nestali se závislí. Klient by se měl naučit vyrovnat s nároky života bez toho, aby k tomu potřeboval drogu. U každého klienta je nutné identifikovat, jakou roli droga v jeho životě hraje, a pokusit se nalézt východisko, alternativu. U dospívajících je však stejně důležité rozpoznat, jakou roli droga hraje v životě jeho primární rodiny a nejbližšího sociálního okolí. Obecně platí, že každý klient má své limity, kam až může v léčbě dojít, u adolescentů, zejména mladistvých, jsou však tyto limity nastaveny také rodinou a vývojovým obdobím.

Sára (16 let) se v léčbě cítila dobře, zejména poté, co skupině odhalila, že se pokouje a že někdy myslí na sebevraždu. Byla přijata, nikdo ji neoznačil za blázna (přestože přijala nabízenou medikaci). Její maminka (z kontaktů s ní jsme usuzovali na hraniční osobnost) jí však denně telefonovala s tím, že se jí stýská a že by si ji přála mít doma. Sára zpočátku tlaku odolávala, postupně ale pro ni citové vydírání matky začalo být neúnosné. Dynamická skupina ukázala, že Sára je na maminku velmi těsně navázaná, přestože ji jejich vztah dusí a touží z něj uniknout, zatím toho však není schopna. Situace vygradovala poté, co matka Sáry měla konflikt s terapeutem, kterým také velmi často telefonovala (konflikt se týkal pravidel, která nechtěla respektovat). Sára měla pocit, že se musí rozhodnout mezi týmem a svou matkou a volba byla přirozeně jasná. Sára z léčby odešla s doporučením do intenzivní ambulantní péče.

Cíle verbalizované samotnými dospívajícími se často vůbec netýkají drog. Nejčastěji zahrnují přání urovnat vztahy s rodinou, dodělat si školu, vrátit se ke svým koníčkům, víc se poznat, dosáhnout zrušení ústavní výchovy. Klienti samotní většinou netouží přestat brát drogy, jejich přáním je spíše dokázat své brání kontrolovat.

Délka léčby, retence

Délka programů pro adolescenty v TK má poměrně velký rozptyl – od 6-ti měsíců (TK Karlov) po téměř dva roky (TK Monar, léčba včetně doléčování). Doporučit lze spíše kratší programy, zejména u nezletilých (bývají silně fixováni v rodině, do rodiny se často vrací, a proto není žádoucí je zcela osamostatnit, jsou časově limitováni přerušáním studia a znovunástupem do školy, vzhledem k menší závažnosti drogové kariéry nepotřebují tak dlouze izolovat od vnějšího prostředí).

Adolescentní klientela vykazuje velký počet časných vypadnutí z léčby (tzv. „drop out“) i předčasných ukončení léčby. Výzkumy v amerických TK udávají až 30% časných vypadnutí a naproti tomu cca 15% řádných dokončení léčby (Pompi, 1994). Naše zkušenosti tomu zhruba odpovídají. Nižší věk byl identifikován jako rizikový faktor pro předčasné ukončení léčby spolu s např. nízkou motivací a prvoléčbou (viz např. Kalina, 2003). Naprostá většina předčasných odchodů je na vlastní žádost klienta, malá část je evokována týmem. Vzhledem k počtu předčasných odchodů je harm reduction běžnou součástí práce s dospívajícími uživateli v TK.

TK pro adolescenty musejí neustále doplňovat stav, dochází k velkému „obratu“ klientů. Delší období (řádově týdny), kdy složení skupiny je stejné, je spíše výjimkou. Skupina je nestabilní, těžko se vytvářejí bezpečné vztahy, které by umožňovaly otevřít se, poznat se navzájem a reflektovat si pokrok (je nutné zařazovat stimulační psychoterapeutické techniky či zátěžové programy). Na setrvávající členy se navalují pracovní povinnosti těch, kteří odešli (práce v kuchyni, úklidy), a jsou tak „potrestáni“ za to, že zůstali. Předčasné odchody vždy nahlodají mnoho dalších členů skupiny, jeden odchod tak pravidelně spouští lavinovou reakci – naštěstí většinou pouze verbalizovanou, nedokonanou. I tak je ale téma odchodu, nepotřebnosti léčby, bagatelizace drogových aj. problémů více než časté, což setrvávší klienty dále demotivuje. Vyšších fází léčby dosahuje pouze malá část klientů. Jádrem skupiny tvořené těmito staršími klienty, kteří již zažili pocit užitečnosti léčby a radost z dosažených pokroků, je malé a zranitelné. Vytváří se v něm často velká koheze, která je pochopitelná a do jisté míry i nutná, která ale blokuje zpětnovazebné procesy pro léčbu tak důležité. Zcela specifický fenomén často pozorujeme v poslední fázi léčby, kdy klient, který má všechny předpoklady ke zdárnému ukončení léčby náhle začne „zlobit“ a přitvrzuje tak dlouho, až je týmem TK sankcionován, příp. vyloučen. Zdá se, že toto chování může souviset s rodinným charakterem vztahů klienta s terapeutem, resp. celou komunitou. Pro adolescentního klienta je těžké opouštět TK stejně jako je pro něj těžké opouštět rodinu, vznikají při tom podobné tlaky a stejně jako „sociální porod“ z rodiny se „porod z komunity“ nemusí povést hladce. Adolescentům, pro něž jsou tak důležité vzory, se kterými by se mohli identifikovat, chybí pak v TK vzory těch, kteří by léčbu úspěšně dokončili.

Předčasná ukončení léčby velmi nutkavě nabízí otázku, jak tomuto fenoménu čelit. Bylo by řešením léčbu pro adolescenty zkrátit? Mnozí mladiství jsou ale doporučováni do TK právě proto, že je pro ně krátkodobější léčba nedostačující. Je možné udělat něco pro to, aby byla léčba pro adolescenty přitažlivější? Jistě ano a naplňování této potřeby dále v textu ještě zmíníme. Obecně se zřejmě musíme smířit s tím, že délka a fázování léčby nemohou být v případě mladistvých univerzálně závazné – každý klient si „vezme jen tolik, kolik je schopen“ (s tím úzce souvisí cíle léčby adolescentů).

Nada (16 let) chtěla z léčby odejít už po týdnu. Stýskalo se jí po rodičích a po příteli, chtěla raději nastoupit do ambulantního programu. Vzhledem k Nadině drogové anamnéze (předávkování s několikadenním bezvědomím, hospitalizace na JIP) a její velké impulzivitě nebylo možné ambulantní program doporučit. Nada však byla zároveň nesmírně tvrdohlavá a naprosto nesnesla, aby někdo nerespektoval její rozhodnutí. Nepřistoupit na diskusi o odchodu a ambulantní léčbě znamenalo nesmiřitelný konflikt. Spolu s rodiči, s nimiž jsme byli v intenzivním telefonickém kontaktu, se podařilo Nadin odchod oddálit s tím, že rodiče jsou ochotni ji vzít domů pokud prokáže, že je schopna změnit své chování. Jednou ze změn měla být i Nadina tvrdohlavost a sobeckost, s níž stavěla rodiče před hotovou věc a nebyla ochotna ke kompromisům. Nada tedy v TK zůstala, aby rodičům dokázala, že může odejít. Stále však trvala na tom, že pracuje na odchodu. Dohodli jsme se s ní tedy, že budeme pracovat na připraveném, plánovaném, předčasném odchodu, který rodiče budou moci akceptovat. Pod zástěrkou odchodového plánu se Nada naučila lépe komunikovat s rodiči i lidmi ve skupině, začala vnímat pocity ostatních, uvědomila si, že se často chová bezohledně, přiznala nám, že její přítel je uživatel návykových látek, který ji zasvětil do trestné činnosti, a začala pochybovat o jejich společné budoucnosti... Nada nakonec odcházela/léčila se dva měsíce, během kterých v některých směrech hodně dozrála.

Předčasnými odchody je zatěžována nejen klientská skupina, ale i terapeutický tým. Jen s malou částí klientů lze soustavně pracovat, vidět jejich pokroky. Úsilí vydané v počátcích léčby adolescenta, kdy ho tým motivuje, nabízí mu vztah, vysvětluje principy léčby atd. se jeho odchodem „promrhá“ a vše začíná znovu s příchodem dalšího klienta. Terapeut si nevyhnutelně klade otázku: „Co dělám špatně, že mi pořád odcházejí?“ a může začít hodně pochybovat o svých kompetencích. Je nutné mít profesionální nadhled – připomínat si charakteristiky dospívání a vnímat léčbu adolescenta spíše jako jednu ze zkušeností, která ho může významně ovlivnit, než jako jedinou možnost, která se bezpodmínečně musí podařit. Vzhledem k tomu, že adolescenti mají zatím tak málo zkušeností s důsledky svých rozhodnutí, může i unáhlený odchod z léčby pro ně být velmi důležitou životní zkušeností. Potřebná je také

kvalitní supervize, zejména s ohledem na silné přenosy a protipřenosy dopro-
vázající vztahy s adolescenty.

Kromě odchodů klientů z léčby je v poslední době možné sledovat i nárůst
nástupů na několikátý pokus. TK pro mladistvé jsou nuceny snižovat práh
dostupnosti služeb, to s sebou někdy ale přináší řadu zmatků a zbytečných
zátěží pro stávající skupinu. Ukazuje se, že není dobré snižovat práh příliš,
a pokud klient žádající o léčbu není schopen dostat požadavkům příjmu do
TK, je lépe jeho nástup odložit na pozdější dobu či jej přesměrovat na jiný
druh péče.

*Leona (18 let) přijela k nástupu v domluvený den. Přiznala, že odešla z detoxu
o den dříve, proto jí bylo uděláno toxikologické vyšetření, které prokázalo přítomnost
návykových látek. Vzhledem k tomu, že oba rodiče Leony byli těžcí alkoholici a neměla
žádné zázemí, jí byl nabídnut druhý pokus – druhý termín nástupu. V domluveném
termínu Leona nepřijela, ale omluvila se telefonicky, že má chřipku. Dostala tedy třetí
možný termín nástupu – nastoupila řádně, aby po třech dnech odešla s tím, že se jí
nesnesitelně stýská po přáteli.*

Program, personální zabezpečení

Programy pro adolescentní klientelu se ve většině bodů shodují s progra-
my pro starší klienty, mají však jistá specifika, která je užitečné respektovat.

Dospívající ještě hodně potřebují vnější strukturu. Strukturovaný každo-
denní program jim velmi prospívá, ale je pro ně obtížnější ho zvládat (uklidit
si, vyprat, uvařit pro ostatní, pracovat bez dozoru, komunikovat, řešit konflik-
ty, apod.). Nemají pracovní návyky, znalosti, dovednosti a zkušenosti – vše si
teprve budují. Proto musí mnoho oblastí provozu komunity více pokrýt perso-
nál, klienty zaučovat, dozorovat. V programu je také klientům nutné vyhradit
dostatek volného času na odpočinek.

Program by měl dospívajícím umožňovat další vzdělávání (dodělávají si
základní školu, připravují se na přijímací či rozdílové zkoušky). Na soustavné
vzdělávání všech klientů však v TK není dostatek prostoru, proto je nutné po-
třebným klientům individuálně vyhradit čas na učení, příp. jim umožnit konzul-
tace přímo v jejich škole. Součástí programu by také mělo být poradenství
ve věci výběru vhodné školy (může být zajištěno externě).

Dospívající nemají dostatek životních prožitků, na které by bylo možno
odkazovat, a radám cizích příliš nevěří. TK jim proto musí zážitky poskytovat
a pomáhat jim si z nich odvodit zkušenost. V programu tedy nesmí chybět
„aktivity“ – ať už terapeutické techniky (psychodrama, arteterapie, apod.),
nebo reálné činnosti (keramika, sport, návštěva kina, zátěžové programy, aj.).
Osvědčují se i akce v okolí komunity s kontaktem s „normálními lidmi“ venku
(brigády, sportovní utkání, divadlo pro veřejnost). Tyto aktivity současně zvy-

šují přitažlivost programu pro adolescenty. Z terapeutických směrů se osvědčuje KBT přístup a neverbální prožitkové metody.

Adolescenti více než starší klientela potřebují zpětnou vazbu, ta musí být převážně pochvalná, někdy také konfrontační, především ale důsledná, bezprostřední a „hmatatelná“. Vyplatí se mít k dispozici dostatečný soubor „odměn a trestů“ (zpětná vazba je často výchovná spíše než terapeutická). Reflexe musí vzhledem k dynamice skupiny adolescentů zvýšenou měrou obstarávat tým.

Personální zajištění programu pro dospívající je tedy náročnější než personální zajištění programu pro starší klientelu (větší objem práce, požadavek na větší všestrannost). Tým musí kromě problematiky závislostí také dobře znát specifika adolescence, motivační trénink a práci s rodinou, osobnostně ho pak musí tvořit zralí jedinci schopní unést každodenní vymezování se klientů vůči nim.

Práce s rodinou

Práce s rodinou je nezbytnou součástí léčby mladistvých. Spolupráce rodiny je jeden z faktorů podporující setrvání klienta v léčbě (např. Pompei, 1994). Pokud je rodina dysfunkční, úspěch léčby je velmi ohrožen a klientovi téměř chybí perspektiva (bezpečné bydlení, placení školného, nemá se pro koho léčit, atd.). Adolescenti, zejména nezletilí, se po léčbě často vracejí do rodin. Že to bývá jejich první léčba jsme již zmínili. Stejně tak je to ovšem první léčba i pro jejich rodiny. Rodina v tomto stadiu bývá často nedotčena informacemi (o návykových látkách, léčbě), teprve se začíná vyrovnávat s tím, že jeden z jejích členů bere drogy (setkáváme se s bagatelizací či tabuizací problému, bezmocnou neschopností jakékoli reakce, aj.). Rodina pak potřebuje stejnou péči, jako klient. Rodinou zde myslíme nejen rodiče, ale i sourozence, sourozenci bývají nezřídka zasaženi více než rodiče, někdy mohou také užívat návykové látky, apod. S rodinami musíme spolupracovat i na základě legislativně dané povinnosti poskytovat informace zákonnému zástupci nezletilého (týká se např. medikace, hospitalizace, vážné krize v léčbě – hrozícího vyloučení).

Komunity volí různé modely práce s rodinou – víkendové návštěvy s terapeutickým sezením, skupiny pro rodiče, rodičovské víkendy, telefonáty rodinám klientů. Cílem je vždy co nejintenzivnější spolupráce s rodinou. Tým musí zvážit, nakolik je s rodinou schopen spolupracovat sám, příp. rodinu směřovat na další péči (středisko pro rodinnou terapii, psychiatrickou či terapeutickou péči). Jen naprosto výjimečně, pokud je rodinný systém silně destruktivní, je vhodnější adolescenta od rodiny separovat a s rodinou spolupracovat jen v naprosto minimální míře. TK tým ale na sebe částečně přebírá zodpovědnost za klientovu budoucnost.

Při práci s rodinami adolescentů dochází někdy k situacím, kdy se posunuje hranice toho, na čí straně terapeut stojí. Přestože stojí vždy na straně klienta, někdy domlouvá s rodinou „za jeho zády“ určitý postup (nejčastěji se jedná

o podporu udržení hranic rodičů vůči manipulacím dítěte). Stojí tak spíše na straně celé rodiny, než jejích jednotlivých partií (rodičů nebo dítěte). Systemický přístup se vzhledem k povaze dospívání a úloze, kterou droga a problémové chování sehrávají v rodině, v práci s touto klientelou osvědčuje.

Pro úplnost dodejme, že většinou nemá smysl do léčby dospívajících více angažovat prarodiče, přestože bezradní rodiče k tomu někdy mívají tendenci. Spolupracovat s partnery mladistvých se také nejeví nijak přínosné, přestože do léčby zasahují, někdy i výrazně.

Závěr

Přestože se v péči o mladistvé často osvědčují nekomunitní programy, část této klientely potřebuje léčbu v TK a profituje z ní. Některé z nástrojů komunity mají pro mladistvé mnohem větší potenciál než pro starší klientelu. Program a celé zabezpečení komunity je ovšem nutné přizpůsobit charakteristikám této klientely. Nedílnou součástí musí být motivační trénink a práce s rodinou.

K další diskusi o TK programech pro adolescenty zůstává mnoho otázek: Nakolik snižovat práh přijetí do TK? Jak čelit předčasným odchodům? Je vhodné míchat chlapce a dívky? Jak získat spolupráci všech rodin? Nakolik v léčbě připouštět možnost užívání konopí po léčbě? A další.

Užité zkratky

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (mezinárodní projekt zaměřený na průzkum užívání návykových látek mezi mládeží ve věku 15 – 16 let)

HCV – virová hepatitida typu C

HBV – virová hepatitida typu B

MKN -10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.

MPK – Meziřezortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR (resp. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky)

TK – terapeutická komunita

Literatura

Hajný, M.: Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. 1. díl. Úřad vlády ČR 2003.

Hibell, B. et al. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN.

Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2000.

- Kalina, K.: Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. 2. díl. Úřad vlády ČR 2003.
- Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. 1. a 2. díl. Úřad vlády ČR 2003.
- Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přel. z angl.orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992.
- MPK: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2001*. Praha, Úřad vlády ČR 2002.
- Pompi, K. F.: Adolescents in Therapeutic Communities: Retention and Posttreatment Outcome. In: *NIDA Research Monograph 144*, Therapeutic Community: Advances in Research and Application, 1994.
- Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Středočeský kraj/Magdaléna o.p.s., 2004.

Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v TK Karlov

Pavel Hanzal

➤ V poslední době rostl na naší drogové scéně počet mladých matek závislých na návykových látkách (dále již jen NL). Zvýšila se tak i jejich poptávka po léčbě. V minulosti bylo často bohužel i překážkou k nastoupení léčby, pokud neměla matka pro dítě zajištěnu přechodnou péči. Bylo třeba vytvořit podmínky těmto klientkám, ideálně jim umožnit souběžně péči o dítě i léčbu. Postupně vznikl celý systém péče v ambulantní nebo rezidenční formě pro tuto cílovou skupinu.

A proto i v roce 1999 ve stávající terapeutické komunitě Karlov Sananim vznikl program pro léčbu závislých matek. Komunita se tak stala střednědobým psychoterapeutickým pracovištěm pro léčbu závislostí na NL nejen pro mladistvé a mladé dospělé klienty, ale i pro deset matek se stejným problémem. Celková koncepce léčby je tvořena jako společný prostor a jako jeden celek, s ohledem na specifika cílové klientely. Multidisciplinární tým sestává kromě osmi terapeutů i ze dvou vychovatelek-terapeutek – kvalifikovaných pedagožek, které se zaměřují na péči matek o své děti a na vývoj dětí obecně.

Klientky-matky jsou, podobně jako klienti jiných komunit, podrobovány dynamické psychoterapii, režimové a pracovní terapii. Učí se nekonfliktně komunikovat, využívat aktivně volný čas a zvládnout i další dovednosti, které by jim po léčení závislosti měly usnadnit opětovné plnohodnotné zapojení do života bez drog. Vzhledem k tomu, že tu maminky pobývají spolu se svými dětmi, je nedílnou součástí jejich programu i osvojování si rodičovských dovedností, kde zájem klientky je stejně prioritní jako zájem dítěte.

Celkové těžiště terapeutické práce s klienty spočívá ve skupinové terapii. Na matky je při společné terapii prioritně pohlíženo jako na klientky, které se chtějí zbavit své závislosti. Uvědomujeme si, že soužití matky a dítěte není optimální, protože matka díky účasti v terapii nemá možnost plnohodnotného soužití se svým dítětem, jako je tomu normálně u matek, které se neléčí ze závislosti. Ale přednější je vyřešit u matky její závislost, aby se dokázala postarat sama o sebe, a pak teprve může dobře vychovávat své dítě.

Délka a rozdělení léčby

Matky s dětmi jsou přijímány bez věkového omezení, proto je jejich celkové délka léčby variabilnější – 6 až 10 měsíců. Tato doba je zvolena tak, aby vyhovovala klientkám s různou mírou poškození abusem NL. Doba léčby může být individuálně prodloužena. U matek s dětmi je základní indikací pro přijetí do léčby zneužívání NL s výjimkou alkoholu, přičemž nerozhoduje délka drogové kariéry, věk klientky ani míra klientčina poškození. Otázkou zůstává věk dítěte. Jako ne příliš šťastné se jeví dítě ve školním věku, které potřebuje vrstevníky a rozvíjí své sociální učení. V komunitě by se tak ostatní klienti stali na čas touto skupinou od které by dítě přebíralo jejich zvyky, způsob mluvy, životního stylu a hodnot.

Celá léčba je rozdělena do 4 fází:

0. fáze – slouží k zabydlení se v programu a upevnění rozhodnutí zůstat v komunitě. Doba trvání 0. fáze je 2 týdny.

1. fáze – soustředění se na vytvoření blízkého vztahu mezi matkou a dítětem. Doba trvání je 2–3 měsíce. V první fázi se klientky učí pečovat o své děti. Vytvářejí si vzorce chování nutné ke zdravému vývoji jejich dítěte. Samy se učí najít hranice, aby své nabyté zkušenosti mohly použít při výchově. Adaptace matek na nové prostředí komunity a zároveň získání základních dovedností při výchově a péči o dítě vyžadují prodlouženou první fázi.

2. fáze – Klientky se věnují plynulému chodu komunity, nesou za něj zodpovědnost prostřednictvím jednotlivých funkcí (šéfová domu, zdravotní rada, zahradnice, pomocná vychovatelka, pomocnice v kuchyni, barákovka). Mají osvojeny základní výchovné, hygienické a zdravotní návyky svých dětí, nadále si je prohlubují a vzdělávají se. Mají možnost si vyzkoušet pobyt mimo chráněné prostředí terapeutické komunity. Se zkušenostmi z těchto pobytů pracují na skupině. Délka fáze je 3–4 měsíce.

3. fáze – Je určena zejména k přípravě matek na návrat do života. Tato fáze je spojena s definitivním zajištěním bezpečného zázemí venku a následné péče. Klientky, které mají děti ve školce, jsou brigádně zaměstnány v regionu komunity. Třetí fáze je individuální vzhledem k rozdílnému věku dětí i potřebám matek. Fáze trvá maximálně 6 týdnů.

Program, jeho specifika pro matky s dětmi

Režim, pracovní terapie, skupiny

Dům pro matky s dětmi je koncipován, jak již bylo uvedeno výše, společně se stávající komunitou pro mladistvé, proto probíhá většina režimových akti-

vit společně. Matky některé aktivity mají zkrácené a některé vůbec neabsolvují, aby se mohly věnovat dětem.

Pracovní terapie je kratší, protože matky potřebují před prací zaopatřit své děti – pracovní blok jim tedy začíná později než mladistvým klientům. Pracovní blok mají pouze jeden, trvá dvě hodiny a končí hodinu před obědem, aby matky mohli své děti v klidu nakrmit před odpoledním spánkem.

Společný program se vztahuje na veškeré komunity (ranní kom., výjezdová kom., hodnotící kom., a velká přestupová komunita), které jsou zakomponovány do programu, a na některé skupiny (oddělené, dynamické, společné interakční, prevenci relapsu a otevřenou skupinu). Základní cíle pro léčbu závislosti na NL u skupiny matek s dětmi jsou tedy převážně totožné s cílovou skupinou mladistvých. Aby se matky mohly účastnit programu, tzn. jak pracovní terapie, tak skupin, jsou děti hlídány klientkami, které mají funkci vychovatelek. Společně s nimi na děti dohlíží vychovatelka-terapeutka. Specifický režim mají matky těhotné, kojící a matky, jejichž dítě si zvyká na nové prostředí, nebo je nemocné. V těchto případech preferujeme, aby se o dítě starala výhradně matka.

Mezi specifické cíle této skupiny patří především vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem, osvojení si základních dovedností v péči o dítě, výchova k rodičovství, celková nebo alespoň částečná náprava zdravotního poškození dětí a jejich psychomotorického vývoje.

Za tímto účelem mají matky speciální skupiny: *skupinu matek s dětmi*. Na této skupině se učí pomocí her rozvíjet psychomotorický vývoj dítěte, dostávají informace o jeho vývojových stádiích. Lépe pak akceptují a rozumí chování svého dítěte, učí se o ně pečovat, komunikovat se svým potomkem.

Filosofii celé komunity je, že za každé dítě odpovídá matka sama, neexistuje, aby přenášela zodpovědnost za své dítě na členy skupiny. Ve výjimečných případech se stává, že tým může částečně přebrat výchovné kompetence matky, pokud má dítě velké poruchy chování či jiné závažné potíže. Toto opatření však může pomoci jen dočasně.

Tematická skupina o mateřství reaguje především na skutečnost, že vztah matka – dítě bývá u závislých matek často narušen, hrozí zvýšené nebezpečí týrání a zanedbávání dítěte, nízká stimulace dítěte, nečitelná a bezhraniční výchova. Dítě v důsledku dosavadní výchovy často reaguje na matku podrážděně, odmítavě, je bázlivé, agresivní k okolí apod., což vyvolává v matce negativní emoce, pochybnosti o sobě a smyslu abstinence vůbec.

Individuálně je také matkám pro zlepšení výchovy a vzájemného vztahu s dítětem nabídnutý *video trénink interakcí*.

Je nutné pracovat s matkou na pocitech viny, že selhala jako matka. Ženy obecně hůře než muži nesou svou drogovou kariéru, trpívají většími pocity viny, o to více matky, které užíváním NL nezřídká přivodily svým dětem zdra-

votní a vývojové problémy. Matky se buď snaží dítěti vynahrazovat utrpení, které muselo zažívat, a nedokáží ve výchově stanovovat jasné hranice, nebo naopak nemůžou najít k dítěti vztah, protože je zpřítomněním všech pocitů viny. Je důležité pomoci matce vinu nezpřítomňovat, nechat ji jen jako jisté memento, které může pomoci ve chvílích, kdy matka zapomíná na to, co vše drogy v jejím životě zapříčinily.

Důležité je také pomoci matce přijmout dítě takové, jaké je, vidět ho reálně s jeho klady i zápory. Matka si často soužití s dítětem idealizuje. Očekává, že když kvůli němu přestala brát drogy, bude „vděčné“ a pomůže jí vyřešit problémy se závislostí.

Kromě teoretických vědomostí poskytujeme matkám možnost osvojit si určité dovednosti i ve zcela praktických věcech. Matky pomáhají v kuchyni, aby se naučily základy vaření pod dohledem zkušené kuchařky. Dále se starají o chod domu a svého pokoje – své provizorní domácnosti. Chceme jim tak co nejvíce přiblížit obyčejný denní život, na který se připravují.

Práce s rodinou a blízkými klientky-matky

K dalším specifickým cílům v léčbě závislých matek patří zapojení partnera (pokud není uživatel NL) do rodinného systému, a udržení či obnovení fungujících vztahů nejen v primární rodině, ale i v rodině otce dítěte popř. partnera.

U této problematiky vycházíme ze systémového přístupu a pojmáme závislou matku v kontextu jejího sociálního okolí, zejména rodiny. Narušený rodinný systém přispívá ke vzniku a rozvoji závislosti právě tak, jako zdravý systém může napomoci léčení, abstinenci a rozvoji plnohodnotného způsobu života matky a jejího dítěte. Naším cílem je napomoci rodině k celkovému uzdravení, stabilizaci, k vytvoření zdravých vztahů a interakcí.

Vzhledem k tomu, že příbuzenské a citové vazby se v případě matky s dítětem netýkají pouze klientky, ale i jejího dítěte, resp. dětí, přihlížíme při spolupráci s nejbližším okolím i k právům (a potřebám) dítěte, jeho otce a prarodičů na vzájemný styk. Proto umožňujeme jednodenní návštěvu v komunitě již v první fázi klientky po šesti nedělích. Není problém, aby po dohodě děti byly v telefonickém kontaktu se svými otci a prarodiči.

S blízkými dítěte máme možnost spolupracovat prostřednictvím tří hlavních aktivit – úvodního rozhovoru při příjmu, během návštěv v TK a na skupinách pro rodiče a blízké v Praze. Protože často naše klientky pocházejí z různých míst republiky a rodiče se nemohou dostavit na skupinu, některé vídáme bohužel jen sporadicky. Snažíme se tak už při úvodním rozhovoru navázat spolupráci, seznámit se s rodinou, sdělit informace o průběhu a pravidlech léčby.

Skupiny pro rodiče a blízké, které se konají jednou do měsíce, umožňují kontakt rodin s podobnými problémy za přítomnosti členů týmu. Skupina slučuje edukativní, poradenské a emočně-podpůrné prvky.

Během návštěv v komunitě při sezení s rodiči či partnery, které probíhá za přítomnosti sloužících terapeutů, řešíme konkrétní situaci rodiny, a to jak její současné problémy, tak otázky budoucího soužití partnerů, jejich rolí, stanovení pravidel apod. Tyto kontakty umožňují náhled a zapojení rodiny (partnerů) do terapeutického procesu, obnovení kontaktů a postupné ozdravení často narušených vztahů. Zajišťují styk klientčina dítěte se zbytkem rodiny, otcem, popř. styk klientky s dětmi, které nemá s sebou v TK. Z druhé strany tým má možnost získat aktuální informace o klientčině blízkém okolí, vzájemných vztazích, komunikaci, interakcích, jejich vývoji atd. Je třeba vždy jasně stanovit, kdy jsou partner či rodiče vnímáni jako podpůrný element, a kdy naopak. Samozřejmostí je oboustranný zájem zúčastněných.

Návštěvy se řídí danými pravidly. V první řadě je nezbytné, aby byla dodržena základní pravidla komunity a platná právní ustanovení ČR. Je nutné dbát na bezpečí a čistotu komunity, proto po dohodě se zúčastněnými, kteří mají s drogami významnější zkušenost, vyžadujeme potvrzení o tom, že aktuálně neužívají žádnou návykovou látku.

Volnočasové aktivity

Péče o dítě spojená s léčbou je velmi náročná, proto by se matky v TK Karlov měly naučit i bezpečně relaxovat, odpočívat a aktivně využívat volný čas s dětmi i bez nich.

Trávení volného času v komunitě by mělo co nejvíce odpovídat možností, které bude matka mít i po odchodu, s důrazem na zajištění řádné péče o dítě. Matka se má naučit orientovat se v tom, jak si volný čas naplánovat, a aktivně ho tak využít pro svůj odpočinek, osobnostní růst svůj i dítěte a zintenzivnění jejich vzájemného vztahu.

Matky s dětmi se účastní zátěžových programů pro mladistvé pouze bez dětí. Děti jsou v té době u prarodičů či sourozenců klientky. Účast matek v zátěžových programech je posuzována individuálně, podle typu zátěžového programu, po důkladném zvážení možných rizik a přínosů pro léčbu, vždy s ohledem na prospěch dítěte (na zřetel je brán zejména věk a vývoj dítěte, potřeba lékařské péče apod.). Do budoucna uvažujeme o vytvoření alternativy těchto programů uzpůsobené pro matky i s dětmi.

Předčasné odchody a vyloučení

Chce-li matka opustit komunitu předčasně, tuto skutečnost nejprve oznámí skupině. Celá skupina se snaží zjistit příčinu jejího rozhodnutí a v ideálním případě příčinu odstranit. Matka má možnost třítydenní odchodové lhůty, během které může vzít své rozhodnutí zpět. V okamžiku, kdy se defi-

nitivně rozhodne k odchodu, snažíme se domluvit na podobě odchodového plánu, ve kterém si stihne připravit bezpečný odchod pro sebe i dítě. Tým ji nejenom vybaví, ale i pomůže zprostředkovat kontakt na zařízení provádějící následnou péči pro závislé matky (doléčovací programy s chráněným bydlením, ambulantní následná péče, individuální následná péče), popřípadě alternativní léčbu (např. azylový dům Koňákov se speciálním programem pro závislé matky, DS Sananim) či je-li třeba jiné formy speciální pomoci (kontakt na psychiatra, speciální lékařská nebo terapeutická zařízení např. Bílý kruh bezpečí).

Pokud má matka dítě ve své péči, měla by kontaktovat rodiče a otce dítěte (popř. partnera), uvědomit je a dohodnout bezprostřední i vzdálenou budoucnost. V ideálním případě si dohodnout pravidla platná pro nejbližší čas. O svém plánu klientka informuje skupinu. Pokud je matce na základě předběžného či soudního rozhodnutí dítě odebráno z péče, musí o svém úmyslu odejít informovat orgán péče o dítě a s pomocí týmu domluvit další osud dítěte. Bez souhlasu sociální péče nesmí matka opustit komunitu s dítětem.

Vyloučení klientů může nastat v případě porušení základního pravidla. Bezdětní klienti v tomto případě odcházejí okamžitě. U matek je rozhodování mnohem složitější. Protože jsme jediná komunita tohoto druhu, nemůžeme matce nabídnout, aby s dítětem pokračovala v léčbě v jiné komunitě. Snažíme se hledat hranici mezi poskytnutím, co nejdelšího prostoru pro dozrání, dořešení problémů a resocializaci v komunitě a okamžikem, kdy matka se léčit nechce a zodpovědnost za bezpečí svého dítěte přenáší na své okolí.

Stejně tak ale jako v případě předčasného odchodu je nutno dopřát matce dostatek času na přípravu odchodu svého i odchodu dítěte a komunikovat se sociální péčí. V případě, že matka přijde do domu intoxikovaná, umístíme ji v ideálním případě na několik dní mimo komunitu k detoxikaci, poté se vrátí zpět a připraví svůj odchod i odchod dítěte. Toto se týká matky, která má dítě ve své péči. Matka, u které to tak není, o dítěti prakticky nerozhoduje. Jsme pak nuceni jednat se zákonným zástupcem dítěte.

Opustí-li matka komunitu dobrovolně, smí se (i s dítětem, má-li ho v péči) do 24 hodin vrátit, samozřejmě je zdržení se užití NL či alkoholu. O znovupřijetí a nastoupení druhé a poslední léčby na Karlově může požádat až po dvou měsících. O jejich možném návratu rozhoduje tým.

Následná péče

Následná péče nejčastěji probíhá v sananimském doléčovacím centru v Praze, ale spolupracujeme i s jinými doléčovacími centry například v Brně, Děčíně a Českých Budějovicích. Následná péče může probíhat s podporou

chráněného bydlení, protože matky mají problémy s nalezením bezpečného místa pro pobyt s dítětem.

Ze zkušenosti víme, že kvalitní následnou péči může poskytnout i individuální nebo ambulantní forma následné péče. V případě sociálních komplikací (např. soud o dítě, ukončené mateřské dávky, odmítání podpory otcem atd.) by měla klientce pomoci nalézt východisko sociální pracovnice.

Léčba jako resocializace

Matka má v komunitě pomoci externí spolupráce zajištěn sociální, sociálně právní, pediatrický a psychiatrický servis. Zvýšený servis probíhá i na úrovni psychoterapie a výchovy.

Jednou ze základních potřeb je ověřovat si svou mateřskou, ženskou a obecně lidskou kompetenci – být v kontaktu. Tým poskytuje matkám větší míru individuální péče. Terapeutický vztah je tu stěžejní pro schopnost matek pracovat na svých změnách. Pocit velké nekompetence, umocněný velkými pocity viny, často zapříčiňuje neschopnost vnímat kritiku a reflexe skupiny jako zdroj k možné změně. Matky rychle podléhají pocitu, že nejsou schopny abstinovat, vychovat své dítě (děti) a postarat se o ně. Potřebují vědět, že vše, co se s nimi v komunitě odehrává a co slyší, je děláno a vyřčeno v jejich prospěch. Podaří-li se navázat vztah mezi matkou a členy/em týmu, je pravděpodobnější, že tuto jistotu bude sdílet.

Zdravotní servis poskytuje obecní praktická lékařka a pediatrička. Speciální odborné zdravotnické výkony provádějí specialisté v nedalekém městě. Sociálně právní problematiku nám pomáhá řešit právní poradna A.N.O. Základní sociální servis poskytuje sociální pracovnice, která je členem týmu. Sociální pracovnice společně s matkou zmapují celkovou sociální situaci, tzn. převedou písemnou žádostí rodičovský příspěvek, přídavek na dítě, popř. sociální příspěvek na adresu komunity po celou dobu léčby. Pokud matka tyto sociální záležitosti nemá vyřešené, soc. pracovnice společně s ní zažádá příslušné úřady (dle trvalého pobytu klientky) o změnu. Dále matka za pomoci sociální pracovnice řeší problémy vzniklé užíváním NL v minulosti (dluhy, soudy, chybějící doklady, popřípadě nástupy výkonu trestu). Po celou dobu léčby jsou inkriminované matky v kontaktu se svou sociální pracovnicí. Spolupráce většinou probíhá formou telefonického kontaktu a návštěv sociální pracovnice v komunitě. Matka i tým se sociální pracovnicí konzultují průběh léčby a způsob následné péče.

Matky se léčí ze své závislosti, ale potřebují také vstřebat řadu informací, aby byly schopny se kvalitně starat o své děti a lépe jim rozumět. Tyto informace v komunitě získávají prostřednictvím zkušeností ostatních matek, lidí z týmu a v neposlední řadě z doporučené literatury a od externího pediatra.

Motivace léčících se matek s dětmi a faktory, které podporují a ohrožují jejich setrvání v léčbě

Závislé matky s dětmi vyhledávající léčebnou pomoc dávají v rámci možností (hlídání dětí, bydlení, finanční zajištění, funkční partner, rodina...) přednost ambulantním programům a programům krátkodobým. Rezidenční léčbu v terapeutické komunitě proto vyhledává jen určitá část těchto klientek. Jsou to klientky méně zralé, s nízkým pocitem zodpovědnosti za svůj život, často v kombinaci s hyperprotektivními rodiči (nebo jedním rodičem). Matky s méně funkčním rodinným zázemím, nebo s narušeným partnerským vztahem. Matky v důsledku dlouhého brání NL nesocializované bez možnosti bydlení, bez finančních prostředků. Matky se soudně nařízenou léčbou v důsledku abúzu NL a následné kriminální činnosti, matky jimž odbor péče o dítě hrozí odebráním dítěte z péče, tzn. uvalil na matku a dítě předběžné opatření. A nebo matky jimž bylo jedno či více dětí již odebráno z péče, přičemž dokončení léčby zvýší jejich naději na získání dětí zpět do péče.

Motivací pro vstup do rezidenční léčby v TK tedy často je:

- hrozba odebrání dítěte z péče či naděje na získání dítěte zpět do péče
- zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro péči o dítě
- tlak rodiny, příp. partnera
- selhání v ambulantním programu
- snaha změnit život, začít pečovat o dítě
- soudně nařízená léčba, hrozící výkon trestu

Motivace léčících se matek je tedy většinou „pasivní“ (toto označení je bez jakékoliv pejorativního zabarvení), je daná vnějšími sekundárními dopady abúzu NL („musím, jsem donucena, toto už nechci zažívat“), chybí tak vnitřní odhodlání skončit se závislostí na drogách jako takovou. Často zpočátku matka touží například jen po tom, dostat dítě zpět do vlastní péče, uniknout výkonu trestu, ale primární problém – tedy přestat brát drogy – řešit nechce. Stává se, že v léčbě pak vystupuje jako člověk, který už s drogami nemá nic společného z toho prostého důvodu, že má dítě (a tomu by „to“ – začít brát drogy- neudělala). Dítě je chápáno jako samospasitelné, spojení „mít chuť na drogy, toužit po nich“ a zároveň mít dítě je považováno za společensky nepřipustné. Sociální tlak zapříčiňuje, že klientka se nedokáže otevřeně a upřímně léčit. Tento sociální tlak má však zároveň i pozitivní efekt, kdy ze statistiky vyplývá, že pro prvorodičku je dítě o něco větší motivací než pro vícenásobnou matku, pro kterou užívání drog s dítětem je již známá skutečnost.

I „pasivní“ motivace však účinně napomáhá vstupu do léčby a setrvání v ní. Avšak často nestačí na překonávání překážek v komunitě, dodržování

pravidel a uskutečňování změn. Dochází k obcházení a zamlčování přestupků proti pravidlům. Důvodem takového jednání je často právě pocit ohrožení ve chvíli, kdy přestoupení pravidel přiznají. Bojí se důsledků – ztráty podpory rodiny, odebrání dítěte z péče (nebo nenavrácení do péče matky). Ve „vyšším zájmu“ nepřijít o dítě začne léčba konkrétní klientky stagnovat – naruší se terapeutický vztah, klientka není schopna objektivně reflektovat chování ostatních, lidé ze skupiny často neunesou takovou míru zodpovědnosti („...když to řekneš, vezmou mi dítě...“) a raději „nevidí a neslyší“. Skupina se tak stává svázanou a ztrácí na životaschopnosti.“

Úkolem léčby je tak do značné míry objevení pozitivních zdrojů. Mezi faktory, které ukazují abstinenci pro matky jako výhodnou, patří především způsob soužití s dítětem. Je nutné vybudovat úzký vztah mezi matkou a dítětem, kdy matka dokáže svou výchovou jasně stimulovat chování svého potomka. Dítě pak získá jistoty, dobře reaguje na matku, na prostředí komunity a matka postupně může porovnávat pozitiva a negativa života na drogách a bez nich. Připojí-li se k tomu podpora rodiny popřípadě partnera, motivace matky se zvnitřňuje, a klientka tak má předpoklady projít úspěšně léčbou.

Pokud se matka odhodlá k léčbě kvůli dítěti a setrvá v ní první týdny, pak to svědčí o tom, že vztah s dítětem není narušen extrémně – patologicky a lze na něm konstruktivně pracovat. Výuka péče o dítě a podpora vztahu matky s dítětem je nutnou součástí léčby, stejně jako dozor nad tím, jak kvalitně se matka o dítě stará. Tato výuka probíhá co možná nejpozitivnějším způsobem (ne „děláš to špatně“, ale spíše „dobře, že na to myslíš, ale co to zkusit jinak“), neboť příliš striktní zasahování do mateřských kompetencí může některé matky od spolupráce spíše odradit. Stejně tak se může stát konfrontační formou, umocňuje již tak dosti velký pocit viny. Snažíme se tak v léčbě oddělit atmosféru i přístup ve věcech týkajících se klientky osobně, její závislosti, a týkajících se jejího mateřství.

Daří-li se matce pečovat dobře o dítě, je to pro ni také zdrojem sebevědomí, plynoucího z vlastní kompetence.

U části případů je ale stále důležité motivaci posilovat vnějším tlakem (uvažovat o navrácení dítěte do péče matky jen v případě aktivnějšího postoje k léčbě, až po následné péči apod.)

Pokud má matka dětí víc, je nutné zvážit, kolik z nich lze umístit spolu s ní do léčby. Pokud má matka zájem o styk s těmito dětmi, zejména je-li reálná možnost získání dětí zpět do péče a povolí to příslušný orgán péče o dítě, umožňujeme i dlouhodobější návštěvy těchto dětí v komunitě. Tento kontakt je pro matku dalším motivačním faktorem působícím ve prospěch léčby a abstinence.

Závěrem

Téma léčby matek závislých na návykových látkách s dětmi je u nás poměrně nové, proto se celý program neustále vyvíjí. Je potřeba matky v komunitě ještě více přibližovat reálnému životu, kde se o své dítě musí starat převážně samy. Je potřeba hledat hranici mezi tím, kdy komunita svým zázemím pomáhá, a kdy matce umožňuje své problémy přenášet na okolí, zříkat se odpovědnosti. Přesto je léčba matek s dětmi velmi pozitivním krokem v rámci komplexního přístupu léčby závislosti a přináší nezanedbatelný efekt nejen pro samotné matky-klientky a jejich děti, ale pro celou společnost.

Duální diagnózy

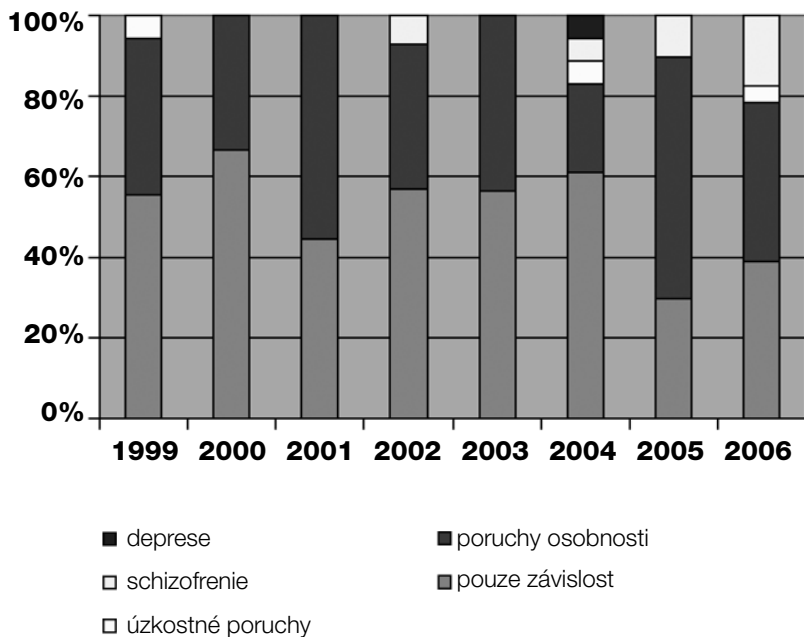
Petr Nevšímal

➤ Problematika léčby klientů s duální diagnózou (dále DD) se v poslední době objevuje stále častěji. Svědčí o tom odborné diskuse v rámci setkání terapeutů TK při setkáních sekce TK A.N.O. i příspěvky na adiktologických konferencích (např. Měřín 06). V zahraničí se této problematice věnovali autoři v posledních dekáдах také poměrně často (Franey).

Pojmem duální diagnóza se míní souběh dvou a více duševních poruch u klienta (Abdurahim, Nešpor). Není přitom řečeno, která z diagnóz je primární (v příčinné souvislosti s druhou), či zda vnikly nezávisle na sobě, ani zda obě vznikly v příčinné souvislosti s diagnózou třetí (např. posttraumatická stressová porucha). Za DD se tedy v tomto textu uvažuje souběh závislosti /závislostí/ na návykových látkách a další duševní poruchy. V programech terapeutických komunit se však léčí převážně klienti s primární dg. závislosti pouze na nealkoholových drogách (v naprosté většině pervitin a opioidy, okrajově THC), proto se dále v textu abstrahuje od jiných závislostí.

Nejčastější komorbiditou z oblasti duševních poruch (Smolík) jsou dle literatury úzkostné poruchy, poruchy nálady, schizofrenie (dále SCH) a poruchy osobnosti (Nešpor, Bayer). Dle našich osmiletých zkušeností z TK ve většině převažují poruchy osobnosti typu emočně nestabilní dle MKN 10, event. narcistická dle DSM IV. a dissociální. Často se vyskytuje psychotická porucha a schizofrenie (přechod v klasifikaci mezi nimi je dán hlavně charakteristikou průběhu a délkou trvání symptomatologie).¹ Poruchy nálady (bipolární afektivní porucha, deprese), poruchy příjmu potravy a úzkostné poruchy (OCD, sociální fobie) se vyskytovaly nejméně, výjimečně bylo přítomno organické poškození mozku s funkčním poškozením potvrzeným EEG nálezem (přehled výskytu v našem zařízení viz. graf 1). Častý výskyt patologického hráčství, zejména u závislých na pervitinu, jako návykové chování v rámci této statistiky samostatně nevykazujeme.

Graf 1: Podíl klientů s DD v TK Magdaléna (1999–2006)



Pozn. ke grafu: Počet klientů se ročně pohybuje mezi 14 – 23 klienty, průměrný počet je 18 klientů; poruchy příjmu potravy byly mezi výše uvedenými případy třetí dg., vyskytovaly se u klientek s DD poruchy osobnosti ve frekvenci cca 1x ročně. Klinikou diagnostiku prováděl autor kapitoly.

Podobný výskyt DD v ostatních TK v Česku je velmi pravděpodobný, i když se zatím přesné sledování jinde rutinně neprovádí. Např. v TK Sejřek bude výskyt SCH onemocnění ještě vyšší, neboť se již řadu let na léčbu klientů s DD specializuje. Pouze malá část TK odmítá přijetí klientů s DD, většinou se přitom řídí diagnostikou z psychiatrických léčeben a nutností farmakoterapie. Při standardní detoxifikaci v psychiatrické léčebně ovšem nelze plně diagnostikovat DD v důsledku odvykacího stavu a relativní krátké doby abstinence (Nešpor) a k manifestaci symptomatologie s možností přesného určení diagnózy dojde až po přijetí do TK.

Modely léčby

Léčba klientů s DD může v zásadě probíhat třemi způsoby (Abdurahim): 1) následným řešením – kdy jsou klienti překládáni na specializovaná pracoviště dle momentální závažnosti dané poruchy (klient s SCH onemocněním je nejprve stabilizován v PL, poté přeložen do TK k léčbě závislosti, při exacerbaci obtíží opět přeložen do PL, a tak dále); 2) paralelním řešením – kdy klient v TK souběžně dochází na programy do zařízení specializovaných na léčbu ostatních dg. (klient s SCH onemocněním např. může docházet 1x týdně na skupinu pro psychotiky do denního stacionáře a na psychiatrické kontroly tamtéž); 3) integrovaným řešením – kdy je klient léčen pro obě dg. stejným týmem jednoho zařízení (klient s SCH je medikován lékařem TK a má individuálně upraven léčebný plán dle průběhu onemocnění). Všechny tři způsoby jsou v současné době užívány v rámci našich TK a každý z nich má své výhody i nevýhody. V literatuře se uvádí, že nejefektivnější je posledně jmenovaný model (Franey).

Výhodám a nevýhodám jednotlivých modelů je zapotřebí věnovat větší pozornost. Nejenom z hlediska klienta, ale i z hlediska ostatních klientů v TK, terapeutického týmu a celkového procesu léčby v TK.

V případě **následného řešení** bude obvykle celková délka léčby mnohem delší a zvyšuje se riziko přerušování návaznosti a vypadnutí z léčby. Pro klienta a terapeutické programy se zjednodušuje zaměření na určitou oblast léčby a umožňuje se jim zaměřit na danou specifickou problematiku. Pokud se ovšem přidružená diagnóza nezohledňuje, dochází snadno k recidivám na obou stranách, a dokonce i k nejasnosti v přístupu k některým symptomům onemocnění (klasickým příkladem může být úzkost nebo vztahovačnost klienta – zatímco pacient v PL očekává odstranění svých obtíží prostřednictvím medikace, od klienta v TK se očekává aktivní účast v skupinové terapii a ústup obtíží prostřednictvím navázání vztahů s ostatními klienty).

Kazuistika I. – klient P. přišel do léčby v TK pro mnohaletou závislost na pervitinu po tříměsíční léčbě v PL. Během prvních 2 měsíců se vyhýbal aktivitě v terapeutickém dění a působil jako opatrný pozorovatel, který má obtíže s navazováním mezilidských vztahů. Při pohovoru s garantem posléze uvedl, že má obavy z ostatních klientů. Měl pocit, že mu chtějí ublížit, že si o něm povídají v jeho nepřítomnosti a vždy, když mezi ně přijde, mění téma hovoru. Chvillemi slyšel, jak se o něm baví v negativních souvislostech, nebo na něho posměšně volají. Vytušil, že celá komunita má za úkol ho takto zkoušet, asi proto aby byl vytrestán za špatné chování v minulosti, nebo aby jej přiměli k abstinenci. Podobné stavy prožíval již nejméně 2 roky. S farmakoterapií souhlasil pro příslib úlevy od silné doprovodné úzkosti. Po krátké době dospěl k náhledu na iracionalitu svých úvah a referoval odeznění sluchových halucinací. Nicméně po dalších 3 měsících došlo znovu k rozvoji paranoidního syndromu pravděpodobně

v důsledku zvýšení nároků před přestupem do II. fáze a emočnímu vypětí souvisejícímu s víkendovou návštěvou matky v TK – klient málem fyzicky napadl jiného klienta, protože jej podezíral z osnování úkladů proti sobě. Tento fakt fyzické agrese vedl po dohodě týmu k překladi klienta do PL. V PL se opět velmi rychle stabilizoval a po měsíci se vrátil do TK. Zde se ovšem opět rozvinula paranoidní symptomatika a po několika dnech byl klient po vzájemné dohodě propuštěn domů s plánem na docházku do denního stacionáře pro závislé. Denní stacionář později skutečně absolvoval i díky úpravě medikace a za dalšího 0,5 roku byl klient schopen dávky farmak postupně snižovat a posléze i zcela vysadit. Tou dobou již bydlel ¾ roku zcela sám, pracoval jako skladník a abstinovat téměř 2 roky od primární drogy s jednou recidivou a občasnou konzumací marihuany nebo alkoholu.

V případě **paralelního řešení** se zvyšují nároky na klienta i spolupracující programy ve schopnosti vzájemné komunikace a v zohlednění přidružené symptomatologie klienta. Pro všechny účastníky léčby musí být jasné, co se má řešit zde a co v druhém zařízení. Klientovi tento přístup umožní jasnější chápání své odlišnosti a asi nejvíce zdůrazní potřebu věnovat se i v budoucí prevenci recidivy oběma oblastem vyváženě. Velkou předností tohoto modelu je, že klient najde porozumění pro svá specifika v obou programech, nachází v obou možnosti řešení svých obtíží a nemusí se přitom vystavovat neporozumění a „zdržovat a zatěžovat“ ostatní nároky na pochopení celého kontextu. Celková doba léčby se zkracuje a je srovnatelná s integrovaným řešením. Komplikací jsou hlavně nároky na dostupnost a komplexnost programu (např. pouhé periodické kontroly u psychiatra nemusí být dostatečné – u závislých by oba kooperující programy měly mít bio-psycho-sociální charakter) a flexibilitu programu v TK umožňující individuální režim (výjezdy, farmakologická léčba, úprava nároků na klienta s ohledem na jeho vývoj, atp.)

Kazuistika II. – klient S. přišel do TK po pobytu v PL s diagnózami závislosti na pervitinu a toxickou psychózou. Paranoidně persekující symptomy byly přítomny od počátku pobytu a se zvyšujícími se dávkami farmak ustupovala velmi pomalu. Během první fáze bylo nutno antipsychotikum zaměnit za jiné s lepším efektem v podobě menších nežádoucích účinků. Přesto po dosažení stavu bez SCH pozitivních příznaků (např. halucinace) byl přítomen deficit v oblasti emočního prožívání a klient nebyl schopen plnohodnotného zapojení do života komunity. Ve vztazích s druhými byl odtažitý, měl výrazné obtíže v oblasti introspekce a stereotypně přinášel na skupiny tatáž „povrchní“ témata. Ve skupině nenašel porozumění pro svá specifika a proto od druhé fáze docházel souběžně do denního stacionáře na skupinu pro psychotiky, kde bylo dostatek prostoru a mírnější tempo skupinové dynamiky. Do stejného zařízení docházel na psychiatrické kontroly. V důsledku obtíží s autenticitou a autoritou u ostatních klientů v TK byl po dohodě s týmem zproštěn některých odpovědností funkcí během II. fáze pobytu. Přesto zdárně dokončil celý pobyt v TK se závěrečným rituálem v celkové

době léčby jen mírně delší než byl obvyklý průměr. Po léčbě docházel dál do denního stacionáře na určité programy, abstinoval od drog, bydlel samostatně nedaleko rodičů a pracoval jako administrativní pracovník.

Integrovaný model představuje nejnáročnější formu léčby jak pro klienta, tak pro ostatní klienty i pro program samotný. Vyžaduje aktuální průběžné zohlednění obtíží klienta během programu a okamžitou reakci na objevující se symptomy. Předností modelu je citlivé vyvažování terapeutických intervencí podle typu obtíží a znalost souvisejících událostí v TK. Intervence mohou být přesněji cíleny (vztahovačnost nebo úzkost může souviset jak s projevem SCH onemocnění tak s realitou vztahů v TK). Na klienta pohlížejí ostatní klienti více jako na sobě rovného a mají na něj i větší nároky. Klient proto nachází oporu častěji v osobě individuálního garanta (terapeuta), nebo v klientech s podobnými obtížemi (koalice nebo tvorba podskupin může být ovšem zároveň brzdou celkového procesu v TK). Garant se dostává často do složité situace vůči ostatním kolegům, musí-li obhajovat individuální přístup vůči klientovi. Výjimky nebo nestandardní postupy mohou být vnímány jako nedostatečná profesionalita a komplikace chodu komunity.

Kazuistika III. – Klientka T. přišla do TK po léčbě v PL s dg. závislost na pervitinu a heroinu. V léčbě velmi dlouho stagnovala, byla pasivní v terapeutických programech, „jakoby si nerozuměla“, obtížně se zařazovala mezi ostatní klienty. Potýkala se s častými chutěmi, bránila se radám nebo později i nátlaku skupiny. Přes nepřítomnost typických symptomů SCH kromě prchavých flashbacků nebo strachu z tmy, byla s tímto podezřením vyšetřena psychologem s následným jasným závěrem SCH procesu. Při dalších vyšetřeních vyšlo najevo, že dissimuluje občas se vyskytující sluchové halucinace. Přestože již dávno přesáhla časové hranice obvyklé pro postup do další fáze, byl jí pobyt prodloužen, nasazeny psychofarmaka a zintenzivněna individuální péče. Záhy došlo k posunu v mnoha oblastech léčby, k ústupu SCH symptomů a posunu v její aktivitě. Zvládla absolvovat odpovědnostní funkce komunity a začala pracovat v chráněné dílně. Během pobytu na chráněném bydlení opět více osaměla, ubylo individuální podpory a klientka nakonec zrecidivovala. Po krátké detoxifikaci nastoupila do komunity ke stabilizačnímu pobytu a zpracování relapsu. Po ukončení léčby si našla zaměstnání v nechráněném prostředí a pokračovala v individuální terapii s již minimálními dávkami psychofarmak.

277

Komplikace léčby klientů s DD

Úskalí léčby pro klienta

- Riziko nepřiměřených nároků, a tím neúměrné zátěže
- Možnost zhoršení stavu a event. jeho chronifikace

- Vyčlenění z kolektivu, přílišná výjimečnost
- Riziko relapsu

Úskalí léčby pro komunitu

- Vyšší nárok na energii (pochopení, pozornost)
- Rozptyl měřítek pro hodnocení, individuální přístup
- Menší prostor pro ostatní a pro psychoterapii
- Rozpad koheze skupiny (přílišná různorodost a obtíže v navazování vztahů)
- Nedostatek tzv. „pozitivních rolí“ (jasně úspěšných klientů ve vyšších fázích léčby)
- Rezignace klientů na možnost ovlivnění chodu TK (individualizace terapie snižuje rozhodovací pravomoci komunity)
- Snížení kvality léčby (prodloužení léčby, relapsy)

Úskalí léčby pro terapeutický tým

- Individualizace práce
- Diverzifikace postojů
- Ztráta jednotící linie programu
- Zpochybnění kompetencí
- Nároky na energii
- Vyčerpání až vyhoření (nároky x realita)

Předpoklady léčby klientů s DD

Jak je výše uvedeno, komplikací či těžkostí integrovaného i paralelního modelu je celá řada. Aby mohl být model úspěšně aplikován vyžaduje 3 základní předpoklady: individuální přístup, úpravu programu léčby TK a kvalifikaci personálu. Samozřejmostí je přijetí farmakoterapie jako součást léčby. K zachování efektivity všech terapeutických procesů v TK by přitom neměl dle našich zkušeností počet klientů s DD přesahovat $\frac{1}{4}$ z celkového počtu klientů.

Individuální péče by měla mít tyto aspekty

- detailní provádění programem a silná individuální podpora
- vyšší míra paternalistického postoje ke klientovi (větší podíl garanta na tvorbě individuálního léčebného plánu, aktuálních priorit a cílů léčby)
- individuální terapie v objemu cca 1 hodina týdně
- intenzivní spolupráce s rodinou klienta (rodina se v dalším životě klienta po léčbě bude angažovat více než obvykle)

- Vše z individuální práce se přitom musí sdílet se skupinou (jak pro informaci, tak ke korekci)

Terapeutické cíle programu pro klientelu s DD je nezbytné upravit dle jejich možností a v pravidlech léčby a v programu je nutno tyto úpravy jasně vyjádřit. Úprava obvyklých požadavků na klienta v jednotlivých fázích programu (pro srovnání viz. kapitola Fáze léčby) může vypadat následovně:

Tabulka 1: Terapeutické cíle programu

Fáze programu	Obvyklé cíle klienta	Možná modifikace cílů klienta s DD
I. fáze	Režim, práce s emocemi, zvládání afektů, učení, introspekce, adaptace	Režim, stabilita, adaptace, přijetí vedení
II. fáze	Iniciativa, sebereflexe, plánování, zodpovědnost, vzor, vedení druhých	Stabilita, sebereflexe, učení, vyrovnání se s odlišností, zvládání afektů
III. fáze	Samostatnost, vytrvalost, sebeaktualizace, sociálně plnohodnotné začlenění	Stabilita, zodpovědnost, pozvolný přechod k samostatnosti a plánování

Pro řádné ukončení léčby tak mají klienti různé požadavky a u klientů s DD nejsou některé úkoly či funkce v rámci komunity nezbytné (např. funkce šéfa domu má přílišné nároky na osobnostní stabilitu a přirozený respekt u ostatních klientů na to, aby jí mohl úspěšně zvládnout klient s SCH). Cílem pobytu klienta v TK také nemusí být absolvování celého programu, ale pouze jeho části s pozdějším přechodem do chráněného bydlení.

Při léčbě klientů s DD je třeba počítat s celkově delší dobou – u paralelního i integrovaného modelu je prodloužení standardní léčby zhruba o třetinu až polovinu obvyklé. Třetí fáze může s výhodou přecházet do chráněného bydlení s podporovaným zaměstnáváním, kde v horizontu dalšího 0,5 roku dojde k ukotvení klienta v návycích zdravého životního stylu i v adekvátním sociálním prostředí (TK, které se léčbě klientů s DD věnují mají většinou vlastní chráněné dílny, v kterých nabízejí plnohodnotný pracovní poměr).

Personální obsazení TK s ambicí léčby klientů s DD vyžaduje u většiny týmu zkušenost z léčby klientů s přidruženou diagnózou (např. stáže, či předchozí působení v PL – výhodou je zde zdravotnické vzdělání). Nezbytná je dostupnost psychiatra a klinického psychologa se znalostí programu TK – u integrovaného modelu jsou oba součástí širšího týmu TK. Rozdělení kom-

petenci mezi jednotlivými odbornostmi pracovníků musí být velmi zřetelné, aby se předešlo vyhýbání se odpovědnosti za jednotlivé léčebné intervence a u klienta odpovědnosti za vlastní léčbu. Nutná je pečlivá vzájemná informovanost o procesu léčby, což nejlépe zajistí účast všech zainteresovaných na pravidelných poradách o klientech.

Farmakoterapie nabízí jako součást léčby velmi dobré možnosti ovlivnění klientova stavu zejména za přispění moderních psychofarmak. Současná anti-depresiva třídy SSRI a další (např. citalopram, fluoxetin, paroxetin, sertralin, venlafaxin, tianeptin) poskytují velmi dobré výsledky u depresivních klientů, nebo u klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti a přidruženým depresivním syndromem. Podporují návrat nálady k normě a tím pomáhají klientovi v zvládnání běžného programu a umožňují mu aktivitu v psychotherapeutickém procesu. Podobně moderní atypická antipsychotika (např. olanzapin, quetiapin, zotepin, risperidon) umožňují s minimálními vedlejšími účinky plnohodnotnou účast klientů s SCH v programu. Dávky antipsychotik je přitom zapotřebí nastavovat velmi citlivě, aby na jedné straně nedošlo k přílišnému útlumu emotivity a na druhé straně k příliš zatěžujícímu výskytu SCH symptomů. Optimálního vyváženého stavu lze přitom většinou dosáhnout během prvních měsíců léčby. Užívání nízké dávky antipsychotik je často ku prospěchu klientům s hraniční poruchou osobnosti, kdy opět umožňuje plnohodnotnou účast v programu TK. Rozhodnutí o užití farmakoterapeutické podpory musí být přitom v co největší možné míře ponecháno na klientovi stejně jako v případě hledání optimální dávky léčiva.

Naopak vyhýbání se farmakoterapii v některých TK vede fakticky k poškození klientů, kteří by jinak z celé léčby měli větší užitek, nebo vede a priori k odmítání takových klientů. Důraz na co největší užitek klienta z léčebného procesu v TK je přitom naprosto zásadní – mnoho klientů již další podobnou možnost léčby v TK mít nebude a selhání v léčbě a opakované recidivy ještě zhoršují průběh souvisejících onemocnění.

Závěrem

Počet klientů s DD v posledních letech bezesporu přibývá a lze očekávat, že tomu tak bude i v budoucnosti. Integrovaný model se bude pravděpodobně nadále více uplatňovat u DD typu osobnostní poruchy a následný nebo paralelní u onemocnění SCH. Zvyšují se tak soustavně nároky na terapeutický repertoár týmu TK. Dochází přitom k prodloužení léčby a někdy i k její nižší úspěšnosti. Do oblasti hodnocení efektivity léčby bude proto nutno vzít další faktory, které by objektivizovaly typ klientely, která se v dané TK léčí. Stejně tak je nutno přehodnotit financování léčby v TK a zvážit, jaké zdroje by měly

být standardní. Přesto je nutno zdůraznit, že pobyt v TK je pro mnoho takových klientů velkou šancí na plnou resocializaci a variantou k životu v ústavu.

Poznámka

1. Toxické psychotické poruchy odeznívají při abstinenci od drog v horizontu do 6 měsíců. Dle MKN 10 je při delším průběhu nutno překlasifikovat tuto poruchu na dg. schizofrenie. Dlouhodobé užívání drog vede ovšem často k neobvyklým průběhům psychotických atak, vymizení sympt. tak můžeme pozorovat i do jednoho roku po vysazení drog. V takovém případě může být nastolena diskuse, zda se jedná o úspěšnou remisi první ataky schizofrenie, či prolongovanou toxickou psychózu.

Literatura

- Abdurahim, D.: Substance misuse and mental health co-morbidity (Dual diagnosis), Standards for mental health services, *The Health Advisory Service*, London 2001
- Bayer, D.: Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit in *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Úřad vlády České republiky, Praha 2003
- Franey C., Quirk A.: Dual diagnosis. Executive summary No. 51. *Centre for Research on Drugs and Health Behaviour*, Imperial College, London 1996
- Nešpor, K.: Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“ in *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Úřad vlády České republiky, Praha 2003
- Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*, Maxdorf, Praha 1996

VII. Efektivita a budoucnost TK



1. Úspěšná léčba v terapeutických komunitách pro drogově závislé a její předpoklady – kvantitativní a kvalitativní hlediska

Kamil Kalina

1. Výsledky léčby

Výsledky léčby v TK se hodnotí v různých časových intervalech po jejím skončení: 6 měsíců, 1 rok, 2 roky, případně 3 roky. Doba 6 měsíců není příliš relevantní pro dlouhodobý výsledek, zatímco mezi jedním a třemi roky už se výsledky nijak dramaticky neliší. Úspěšnost léčby, hodnocená v tomto období, se podle různých studií pohybuje mezi 30% (Vidjak, 2003) a 73% (Verachai, 2003). Nejčastěji udávané hodnoty jsou 50–60% (Buehringer a Platt, 1992; Tims et al., 1997; NIDA, 2002). Jde o poměrně rozsáhlé (několikatisícové) vzorky klientů z různých TK, především z USA, v první studii také z Německa, ve druhé z Velké Británie. Nejvyšší procento úspěšnosti jsme v literatuře našli ve studii Fernandez-Hermida (2002) – udávaných 89,7% však bylo zjišťováno ve velkém časovém rozptylu od 73 dní do 8 let. Obdobný problém existuje u údajů některých českých TK, které sledují kumulativní úspěšnost svých klientů s odstupem od 3 měsíců do 7 let po léčbě; uváděné procento úspěšnosti je dle výročních zpráv 62–78%.¹

Ve srovnání s výsledky jiných léčebných programů pro drogově závislé (např. metadonová substituce, ambulantní léčba, nemocniční léčba) je úspěšnost léčby v TK významně vyšší (viz např. Moos et al., 1999; Simpson et al., 1999; Prendergast et al., 2000; Hawke et al., 2000; Vidjak, 2003).

Některé zahraniční studie (Keen et al., 2000 a jiní) tvrdí, že mezi úspěšnými a neúspěšnými klienty TK nebyly nalezeny významné rozdíly ve věku, vzdělání, manželském stavu,² charakteristikách závislosti, údajích o předchozím léčení a IQ. Jiné studie dospívají k definování prediktorů úspěchu (viz Kalina, 2000), mezi které patří zejména:

1. **Vyšší věk při začátku závislosti:** závislost, která vznikne až po 20. roce věku, má až trojnásobně příznivější prognózu než závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče. U klientů, kteří se stali závislými až v rané dospělosti, drogová kariéra tolik nezabzdila osobnostní zrání a zvládání důležitých vývojových úkolů v dospívání. Tento poznatek plně opodstatňuje formulaci cílů primární prevence: nejen od spotřeby drog odvrátit, ale aspoň spotřebu odložit.

2. **Délka drogové kariéry:** čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně. Toto zjištění je podstatným argumentem pro včasnou intervenci a včasný začátek léčení, což sice může narážet na nedostatek klientovy motivace, moderní trendy však kladou důraz právě na zvyšování dovednosti terapeutů v práci s motivací a v individualizování přístupu ke klientům. Včasný začátek léčení může sociální a vztahové „ztráty“ odvrátit nebo omezit aspoň částečně, a zvýšit tak vyhlídky na dosažení a upevnění léčebného efektu, i když třeba první léčba trvalý efekt nemá (Kalina, 2003).

3. **Nepřítomnost výrazných emočních a osobnostních komplikací:** „neúspěšní“ klienti se častěji vyznačují přídatnou psychopatologií, jako jsou deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti. Protože tzv. duální diagnózy se vyskytují přibližně u 35% drogově závislých (Mravčík a spol., 2003; Miovská a spol., 2005) očekává se od současných TK, že jsou schopné pracovat aspoň se středně závažnými komplikacemi.³

Hodnocení výsledků léčby po určité době po skončení pobytu v TK je obvykle výzkumnou záležitostí a neprovádí se rutinně. Řada TK se pokouší o určité katamnestické sledování svých klientů u příležitosti různých ritualizovaných setkání („absolventské komunity“), údaje takto získané však nemusí mít přesvědčivou výpovědní hodnotu. Především zjevně neplatí, že ti bývalí klienti, kteří na taková setkání nepřijíždějí, jsou neúspěšní. Absolventi komunit se vyznačují poměrně značnou sociální mobilitou ve smyslu změn bydliště: stěhují se za doléčováním, za prací nebo prostě proto, aby unikli rizikovému sociálnímu prostředí ve svém původním bydlišti. Ukazuje se, že „změna adresy“ může být dokonce řazena k indikátorům změny. Druhým důvodem je, že část úspěšných klientů pokládá svou drogovou minulost včetně léčby za překonané životní období, ke kterému se nechce vracet ani formou návštěv v léčebném zařízení, a nechtějí se k tomu vracet ani jejich příbuzní, na jejichž adresu třeba pozvánka na setkání v TK přijde. V obou charakteristikách se bývalí uživatelé nelegálních drog odlišují od bývalých alkoholiků, kteří jsou (spíše z důvodů věku) méně ochotní se někam přestěhovat, kvůli všudypřítomnosti alkoholu ve společnosti vlastně nemají kam uniknout, a naopak kontakt s jakýmkoliv abstinujícím prostředím včetně „jejich“ léčebny má pro ně významnou hodnotu podpory v pijícím světě.

2. Co je úspěch?

2.1. Význam abstinence

Studie zaměřené na dlouhodobé výsledky léčby drogově závislých často používají různá kritéria pro úspěch a jsou různě náročné na definování kritéria „abstinence“.

Význam abstinence je klíčový, a to i tehdy, nejde-li o abstinenci úplnou a/nebo trvalou. Sickinger a Kindermann (in Buehringer a Platt, 1992) např. uvádějí, že 50% klientů z jejich studie aktuálně abstinovalo po třech letech po vstupu do léčby, ale 2/3 z nich udávalo jednorázové nebo epizodické relapsy k původní droze. Kolem takových výsledků se nutně vedou diskuse, protože při přísném kritériu by pouhých 16% úspěšných klientů nebylo žádným skvělým efektem. Ukazuje se, že tyto jednorázové nebo epizodické relapsy jsou nejčastější v prvních 6 měsících po ukončení léčby (viz tabulka 1) a při jinak příznivých okolnostech nemusí ohrozit dlouhodobé udržení léčebného výsledku.

Jiným problémem je užívání alkoholu a marihuany ve sledovaném období. Podle různých studií se vyskytuje u 30–80% klientů předtím léčených pro závislost na heroinu, kokainu nebo amfetaminech. Pohled na tyto látky jako na „náhradní drogu“ není ovšem jednoznačný a riziko je značně individuální. U některých exuserů je užívání alkoholu a marihuany spouštěčem relapsů k původní droze nebo vede ke vzniku nové závislosti, u jiných nemá v tomto smyslu negativní dopad a nepřekračuje rámec obvyklého způsobu života jejich vrstevníků, kteří „tvrdé drogy“ neakceptují. V prvních 6. měsících po ukončení léčby ovšem kouření marihuany a pití alkoholu patří k negativním prognostickým faktorům.

„Abstinence“ udávaná jako dlouhodobý výsledek léčby v TK často znamená abstinenci od původní drogy s tím, že případné užívání alkoholu nebo marihuany nepřekračuje společensky tolerovaný rámec (viz např. Vidjak, 2003). V obdobném smyslu je třeba vykládat pojem „podstatné zlepšení v užívání drog“, který navíc připouští ojedinělé relapsy k původní droze bez recidivy závislosti a návratu k drogové kariéře. Tady vyvstává důležitost dalších ukazatelů změny. Aktuální abstinování od drog není samo o sobě spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, není-li doprovázeno dalšími změnami ve způsobu života. Léčebné výsledky, jak připomíná De Leon (2000), se musí zakotvit v celkové změně životního stylu. Rovněž u nás se v posledních letech více uplatňuje teze, že cílem léčby v TK je především změna životního stylu, pro kterou je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující (viz Adameček a spol., 2003).

2.2. Životní změny

Jako oblasti změny, které jsou pro udržení léčebného výsledku podstatné, se uvádějí zejména (viz např. Kalina, 2000):

1. **Přátelské a intimní vztahy:** Nacházení přátel a partnerů mimo drogovou scénu je důležitým ukazatelem změny, protože znamená obnovu či získání přirozených zdrojů sociální podpory. Jainchil et al. (2000) to ve své studii pokládají za významný prediktor dlouhodobého udržení léčebných výsledků. Sickinger a Kindermann ve výše citované studii zjišťují následující vývoj: (1) 75% klientů v jejich vzorku bylo před léčbou dobře integrované na drogové scéně a jenom 25% mělo přátelské a vrstevnické vztahy mimo drogovou scénu. Po 3 letech se poměr obrátil: 75% bylo integrováno v nedrogových skupinách a přátelských vztazích a jen 25% setrvalo ve vazbách na drogovou scénu. (2) Intimní vztahy s partnery, kteří nebrali drogy, vzrostly ve sledovaném tříletém období z 24% na 53%, zatímco partnerství s uživateli kleslo z 35% na 7%. – Navázání nového a silného vztahu k trvale neužívajícímu partnerovi je často příznivým bodem obratu v drogové kariéře.⁴ Pokud však partner abstinuje pouze aktuálně, je riziko společného relapsu vysoké. Vysoce rizikový je vztah dvou závislých, z nichž pouze jeden absolvoval léčbu a pokouší se abstinovat. Ale ani tam, kde léčbu absolvovali oba, není perspektiva nijak nadějná a vztah častěji vyústí do společného relapsu (nebo skončí rozchodem). Na druhé straně osamělost, sociální izolace, je jednoznačně nepříznivým prognostickým faktorem.⁵ V tom lze spatřovat další argument ve prospěch zajištění podpůrného sociálního prostředí (doléčovací program) aspoň v prvním období po léčbě.

2. **Vztahy k původní rodině:** Vztahy s původní rodinou jsou obvykle při nástupu léčby v různém stupni rozvratu. Vývojovým úkolem sice je „získat emoční autonomii na původní rodině,“ rozvrat však pro to vhodné podmínky nevytváří. Čím je klient mladší, tím je důležitější vztahy k původní rodině restaurovat a získat možnost návratu – z tohoto východiska je pak dosahování autonomie přirozenější. U starších klientů, u nichž již separace pokročila, je příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření, dohoda o řešení případných dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory. Zapojit původní rodinu již do léčby v TK je proto takřka vždy užitečné a někdy nezbytné (viz Kooyman, 1993). Zejména u osob mladších než 18 let nebo výrazně nezralých léčba jednotlivce bez zapojení rodiny nebývá efektivní.

3. **Práce a příprava na povolání:** Získat kvalifikaci pro budoucí povolání a osvojit si pracovní návyky patří velmi často ke „zmeškaným“ vývojovým úkolům, protože intenzivní užívání drog obvykle člověka dříve či později vyřadí ze vzdělávacího nebo pracovního procesu. „Dohonit zmeškané“ je v této oblasti obtížnější než v jiných. K tomu přistupují specifické problémy, které exuseři s hledáním zaměstnání mohou mít (diskriminace, záznam v trestním

rejstříku). Resocializaci může rovněž komplikovat obecně svízelná situace na trhu práce (vyšší míra nezaměstnanosti). Obecně platí, že život na sociálních dávkách není pro vytrvání v abstinenci příznivý, zatímco studium, pracovní trénink, rekvalifikace a vše, co vede k lepší pracovní kvalifikaci, je vhodnou strategií, jak zlepšit šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog. Také v tomto případě se jednoznačně požaduje, aby nácvik pracovních dovedností a návyků měl pevné místo v programu léčby v TK (De Leon, 2000).

3. Průběh a výstupy léčby

3.1. Udržení v léčbě

Zdůraznili jsme výše, že sledování dlouhodobých výsledků léčby v TK se vymyká rutinním možnostem. Existuje ale několik ukazatelů, jejichž vztah k dlouhodobé úspěšnosti léčby je dostatečně ověřený a které v TK sledovat lze – a nejen to, je možné je i ovlivnit. Z nich na prvním místě uvádíme retenci, tj. udržení klienta v léčbě. Protože se za minimální účinnou léčbu pokládá léčba v trvání aspoň 3 měsíce (Buehringer a Platt, 1992; Simpson et al., 1999; NIDA, 2002), sleduje řada studií indikátor „retence delší než 3 měsíce“. Jeho hodnoty (v % všech klientů, kteří léčbu nastoupili) se pohybují v nalezené zahraniční literatuře od 25% (Keen et al., 2001) do 60% (Toumbourou et al., 1998). V ČR se bohužel tento indikátor nesleduje.

Prerušeni léčby v prvním období je mimořádně nepříznivé pro vytrvání v abstinenci a k trvalejšímu užívání drog se vrací až 90% klientů. Existuje však celá řada postupů, jak četnost „časných vypadnutí“ snížit (Kalina, 2000 a 2003b,c).

Jiným pohledem na retenci je její vyjádření v průměrné době pobytu klientů v TK v poměru k době plánované, event. ke „zlatému standardu“ doby v délce 1 rok nebo k době minimálně účinné. Za přijatelné se pokládají hodnoty 30–40% plánované doby, pokud jsou vyšší než 3 měsíce (SCODA, 1997 a 1998; Gossop et al., 1998). V citované studii Keen et al. z Phoenix House ve Velké Británii byla průměrná doba pobytu 80,2 dne při plánované délce programu 1 rok, což představuje 22% a je nižší než „minimálně účinné“ 3 měsíce. Guydish et al. (1995) uvádějí průměr 126 dní (34%), což již vypovídá o určité dispozici programu udržet klienty v léčbě aspoň po dobu delší než minimálně účinnou.

TK pro závislé v ČR (TK-A.N.O., 2004) se svým průměrem 202 dnů, tj. 55% z 1 roku, jsou z tohoto pohledu velmi úspěšné.⁶ O jejich schopnosti udržet klienty v léčbě vypovídají i údaje Mravčíka a kol. (2005), z nichž vyplývá, že se 67,8% klientů udrželo v léčbě po dobu delší než 2/3 plánovaného pobytu.

Délka léčby sama o sobě je důležitý prediktor úspěšnosti (viz tabulka 1). Uvádí se, že standardní programy v délce 12 měsíců mají lepší výsledky než programy šestiměsíční se srovnatelným obsahem. Zavedení obsahových inovací a navazování různých forem léčby (TK, denní stacionář, následná péče) však pomáhají výsledky kratších programů vyrovnat (Guydish et al., 1995, Nemes et al., 1999). Prodlužování léčby nad 1 rok již nepřináší významné zlepšení, které by odpovídalo nákladům, stejně jako příliš dlouhý kumulovaný pobyt v chráněném prostředí (vězení, léčebna, komunita). Resocializace klientů tím může utrpět (Kalina, 2000 a 2003b,c).

Tabulka 1: Vliv délky léčby na „přežití bez relapsu“

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Skončení před řádným termínem	Skončení v řádném termínu		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992

3.2. Dokončení léčby

Dokončení léčby (naplnění plánované doby trvání programu TK) se pokládá za nejpřesvědčivější prediktor dlouhodobé úspěšnosti (viz Van der Velde et al., 1998; Hawke et al., 2000; Jainchill et al., 2000; Mesina et al., 2000). U těch, kteří léčbu nedokončili, je pravděpodobnost relapsu 60–90% (Buehringer a Platt, 1992). Hodnoty tohoto prediktoru (v % dokončených léčeb z celku nastoupených) ovšem vykazují obrovský rozptyl, jak to ilustrují následující údaje z různých studií:

- 9,6% (Verachai et al., 2003)
- 13% (Keen et al., 2001)⁷
- 25% (Ravndal a Vaglum, 1994)
- 42,1% (TK-A.N.O., 2004)
- 47% (Llorente et al., 2000)
- 78% (Fernandez-Hermida, 2002)

V zahraničí se pokládá za přiměřený úspěch, jestliže léčbu dokončí 1/3, tj. 33% přijatých klientů (SCODA, 1997 a 1998; Gossop et al., 1998).⁸ TK pro závislé v ČR (TK-A.N.O., 2004) tedy i z tohoto porovnání vycházejí jako nadprůměrně úspěšné.⁹

3.3. Kontinuita péče a jiné prediktory úspěšnosti

V literatuře se opakovaně setkáváme se zjištěním, že následná péče (zejména v prvních 6 měsících po končení léčby v TK) významně zvyšuje dlouhodobé léčebné výsledky. Počet klientů, kteří „přežívají bez relapsu“ po dobu 1 roku (ve smyslu tabulky 1) se může zvýšit až o 15% – systematická následná péče tudíž může do jisté míry kompenzovat délku léčby. Bez vlivu není ani předléčebné poradenství, které může zlepšit schopnost a motivaci klienta se do léčby v TK zapojit a vytrvat v ní.

Značný význam pro dlouhodobou úspěšnost léčby má i zlepšení klienta během léčby. Pozornosti si zaslouží ústup depresivních příznaků se souběžným zvyšováním míry problémů, které v léčbě zpracovává (například získávání sebedůvěry, učení se pozornosti k vlastním pocitům, nabývání přiměřené asertivity, zacházení s autoritami, vyjasňování vztahových a sexuálních problémů, organizace času apod. – viz Buehringer a Platt, 1992, Ravndal a Vaglum, 1994; Kressel et al., 2000). Podobně Newcombe (2000) a SCODA (1997) uvádějí celou řadu „indikátorů procesu“, které jsou relevantní pro další život klienta po skončení léčby: zlepšování fyzického zdraví, úprava vnějších sociálních podmínek a především zlepšování duševního zdraví (zvyšování sebeúcty a interpersonálních schopností, jako je komunikace, asertivita, empatie a otevřenost; růst náhledu a motivace; posun od pasivity k aktivitě; ústup deprese a zlepšování kvality emočního života a v neposlední řadě indikátory, které se týkají systému hodnot a životního stylu.¹⁰

Na otázku, „jaká léčba splňuje předpoklady účinnosti“, můžeme tedy odpovédět takto: (1) léčba, která je uvedena přípravným poradenstvím, (2) ve které se klient udrží, (3) která vede ke zlepšení jeho problémů a (4) na kterou bezprostředně navazuje následná péče (Kalina, 2000).

Konečně zde existuje skupina studií, které hledají prediktory dlouhodobé úspěšnosti léčby ve vlastním **obsahu léčebného programu** TK. Některé z nich shrnujeme v jedné předchozí publikaci (Kalina, 2000):

- práce s motivací,
- podpora zapojení klienta do léčby (s určitou mírou individualizovaného přístupu),
- prevence předčasného ukončení léčby,
- prevence relapsu,
- zdravotní výchova ve smyslu harm reduction.

Další autoři (např. Toumbourou et al., 1993 a 1998; Van der Velde et al., 1998; Messina et al., 2001) věnují pozornost intenzitě programu, fázím léčby, zastoupení skupinových terapií a pracovního tréninku.

Zabývání se obsahem léčebného programu však nutně vede k otázce, zda a do jaké míry lze přičíst úspěšnost jeho jednotlivým složkám anebo svébytnému systému TK v jeho celistvosti a vnitřní logice. Existuje cosi jako „účinný

profil” terapeutické komunity? Tomuto tématu je v této publikaci věnována zvláštní kapitola (viz též Kalina, 2006a).

Poznámky

1. Přes tento časový rozptyl hodnotícího intervalu je mnoho důvodů se domnívat, že TK pro drogově závislé v ČR mají lepší výsledky než je mezinárodní průměr (klientela je stále ještě poněkud odlišná, méně sociálně a kriminálně poznamenaná; nejsou administrativní bariéry proti opakovanému léčení v TK; týmy mají vyšší profesionální úroveň). Souborná studie s jednotnou metodikou však zatím u nás nebyla provedena.
2. Jiní autoři (Greenwood et al., 2001) ovšem zjišťují, že manželství nebo trvalý heterosexuální partnerský vztah je prediktorem úspěchu léčby.
3. Přirozeně existuje tendence některých TK zlepšovat své léčebné výsledky selekcí klientů s prediktory úspěšnosti („cream skimming“). To bývá kritizováno a kontrolní orgány v některých zemích již dbají na vyváženou případovou směs (viz diskuse na internetových stránkách www.therapeutic-communities.uk).
4. Za rizikový se ovšem pokládá vztah závislého muže k neužívající dívce s ambicemi zachránkyně (často vyústí do společné drogové kariéry). Z hlediska vzniku závislosti u žen se hovoří o riziku „3D“ – Doctors, Dealers, Darlings (Vobořil, 2003). Co se týče prvního D – „Doctors“ – je prokázáno, že lékaři předepisují léky vyvolávající závislost (zejm. benzodiazepinová anxiolytika a hypnotika) daleko častěji ženám než mužům.
5. Nepříznivým prediktorem je ale i promiskuita a střídání partnerů, zejména u gayů, ale i u heterosexuálů (Greenwood et al., 2001).
6. Přitom je třeba mít na paměti, že některé TK mají dobu léčby 6–8 měsíců.
7. Obě studie s nejnižším ukazatelem „ukončení léčby“ ovšem zároveň udávají úctyhodnou úspěšnost u klientů, kteří léčbu absolvovali (73 a 66%).
8. Tato hodnota se kupodivu blíží aritmetickému průměru uváděných zahraničních studií – 34,5% (s českými TK 35,7%). – Ukazatel dokončených léčeb je brán natolik vážně, že se promítá i do ekonomických evaluací – „náklady na 1 klienta, který léčbu dokončil“, jsou směrodatnější pro efektivitu zařízení než prostě „náklady na 1 klienta v léčbě“. Tento ekonomický ukazatel se sleduje i v ČR.
9. Mravčík a kol. (2005 (ve zpráva za rok 2004 uvádějí: „Léčbu úspěšně dokončilo 134 (25 %) klientů po uplynutí 1 roku léčby. Předčasně léčbu ukončilo 252 (46 %) klientů.“ Z toho je nutné vyvodit, že dalších 161 (29%) klientů v léčbě pokračuje, jinak jsou údaje nesrozumitelné.
10. Tyto indikátory souvisejí do značné míry s dynamikou psychoterapeutického procesu v TK a založením „adaptivní spirály“, což jsou témata jiné autorovy kapitoly v této publikaci.

Literatura

- Adameček, D., Richterová-Těminová, M., Kalina, K. (2003): Reзиденční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 6/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Bleiberg, J. L., Devlin, P. et al. (1994): Relationship between treatment length and outcome in a therapeutic community. *Int-J-Addict.*, 29(6): 729–40.
- Buehringer, G., Platt, J. J. (eds., 1992): *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Krieger Publishing Co., Malabar, Florida.
- De Leon, G., Melnick, G. (1993): *Therapeutic Community: Survey of Essential Elements Questionnaire (SEQ)*. Community Studies Institute, Inc., New York.
- De Leon, G. (2000): *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company, New York.

- Fernandez-Hermida, J. R. et al. (2002): Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study. *Eur-Addict-Res.*, 8(1): 22–9.
- Gossop, M. et al. (1998): *NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study*. Dept. Of Health, London.
- Greenwood, G., L., Woods, W. J., Gudyish, J., Bein, E. (2001): Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *J-Subst-Abuse-Treat.*, 20(1): 15–23.
- Gudyish, J., Werdegar, D. et al. (1995): A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes. The Walden House Day Treatment Program. *J-Subst-Abuse-Treat.*, 12(6): 441–7.
- Gudyish, J., Sorensen, J. L. et al. (1999): A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *J-Consult-Clin-Psychol.*, 67(3): 428–34.
- Hawke, J. M., Jainchill, N., De Leon, G.: Adolescent amphetamine users in treatment: client profiles and treatment outcomes. *J-Psychoactive-Drugs*. 2000 Jan-Mar; 32(1): 95–105.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G. (2000): Adolescents in therapeutic communities: one-year posttreatment outcomes. *J-Psychoactive-Drugs*, 32(1): 81–94.
- Kalina, K. (1997): Guidelines for Health Care Practice in the Czech Republic – Making Consensus in the Pluralistic System. In: J. Selbstmann (ed.): *Guidelines for Health Care Practice*. WHO/EURO, Copenhagen.
- 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. (2003a): Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 2. díl, kapitola 7/2. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, K. (2003b): Rozšiřování terapeutických možností. Tamtéž, kapitola 7/3.
- Kalina, K. (2003c): Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. Tamtéž, kapitola 7/4.
- 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 Univerzitu Palackého v Olomouci.
- Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., Mathers, N. (2001): Residential rehabilitation for drug users: a review of 13 months' intake to a therapeutic community. *Fam-Pract.*, 18(5): 545–8.
- 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 .
- Kressel, D., De Leon, G. et al. (2000): Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment. SO: *J-Subst-Abuse-Treat.*, 19(3): 267–72.
- Llorente, J. M., Fernandez, C., Gutierrez, M. (2000): Prediction of relapse among heroin users treated in Spanish therapeutic communities. A comparison of different models. *Subst-Use-Misuse*, 35(11): 1537–50.
- 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.
- Moos, R. H. et al. (1999): Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders. *Psychiatr-Serv.*, 50(12): 1577–83.

- Mravčík, V. a kol.: (2005): *Zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2004*. NMC-Úřad vlády ČR.
- NIDA (2002): National Institute for Drug Abuse – NIDA Research Report – Therapeutic Community. NIH Publication No. 02-4877, August 2002, <http://www.nida.nih.gov>.
- Nemes, S. et al. (1999): Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. *J-Subst-Abuse-Treat.* 1999 Dec; 17(4): 339-47
- Newcombe, R. (2000): Performance Indikators. *CAP /SHHS/* No. 10. University of Liverpool.
- Prendergast, M. L. et al. (2000): Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Subst-Use-Misuse*, 35(12-14): 1931-65.
- Purchasing (1997): Purchasing Effective Treatment and Care for Drug Misusers. Guidance for Health Authorities and Social Services Departments.* Department of Health, London.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (1994): Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community. *J-Subst-Abuse-Treat.*, 11(5): 471-9.
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina K. (2003): Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogová závislost – mezioborový přístup*. Část 6/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., De Leon, G. (1999): Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC. *J-Psychoactive-Drugs*, 31(1): 19-30.
- SCODA (1997): Standing Conference on Drug Abuse: Enhancing Drug Services – A management handbook for quality and effectiveness.* SCODA, London.
- SCODA (1998): Standing Conference on Drug Abuse: Guidelines for Service Evaluation.* SCODA, London.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. et al. (1999): A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch-Gen-Psychiatry*, 56(6): 507-14
- 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.
- Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., McNeill Horton, A. (1997): *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse.* Greenwood Press, Westport, Conn.-London.
- TK-A.N.O. (2004): Statistika sekce terapeutických komunit A.N.O. ČR za rok 2003.* Zpracoval D. Adameček. Nepublikováno.
- 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.
- Verachai, V., Punjawanun, J., Perfas, F. (2003): The results of drug dependence treatment by therapeutic community in Thanarak Institute on Drug Abuse. *J-Med-Assoc-Thai.*, 86(5): 407-14.
- Vidjak, N. (2003): Treating heroin addiction: comparison of methadone therapy, hospital therapy without methadone, and therapeutic community. *Croat-Med-J.*, 44(1): 59-64.

Budoucnost protidrogových terapeutických komunit

Magdalena Frouzová

↑ Budoucnost protidrogových terapeutických komunit v každém státě závisí na postoji jak k drogové závislosti, tak i k léčebné metodě terapeutické komunity samotné. Drogová závislost i terapeutická komunita patří mezi pojmy, které vyvolávají nesmírně širokou škálu postojů. Na jedné straně je drogová závislost nazírána jako nemoc, kterou je třeba léčit na „státní útraty“, na druhé straně je brána jako součást určitého životního stylu, který si každý jedinec volí, a měl by proto za něj nést plnou zodpovědnost. Terapeutická komunita vyvolává podobnou ambivalentní atmosféru. Na jedné straně je při sociálně-psychologické funkční regresi toxikomana považována za nejvhodnější metodu, jak jedince vrátit do společnosti; na druhé straně se určité, původně terapeutické společenství může vymknout společenské poptávce natolik, že se stane nejen parazitičtější než samotní drogoví jedinci, ale i semenišťem nejruznější sociálně psychologické patologie včetně podpory primitivních dysociaálních či totalistických struktur.

Uvažování o budoucnosti protidrogových terapeutických komunit je tedy úzce svázáno s úvahami o společensko-politickém vývoji této země. Při nich se opírám pouze o svoji 35-letou klinickou terapeutickou a 15-tiletou supervizorskou zkušenost s protidrogovými programy v naší zemi i v zahraničí. Prosim, aby tato vizionářská úvaha byla takto přijata.

Ideální pravicová alternativa

- V případě, že by se v naší zemi stále více liberalizoval životní styl, za který by ale každý jedinec nesl stále větší zodpovědnost, dostávaly by terapeutické komunity velmi jasné, a specificky vyhraněné podoby na základě svých zdrojů a motivací vzniku. Podle toho by vedoucí těchto komunit skládali účty svým donátorům, kteří by při svém vlivu jasně formulovali své požadavky a cíle léčby, které by byly ostře sledovány,

a tudíž více dosahovány. Jednotlivé terapeutické komunity by se od sebe někdy až zásadně lišily jak klientelou, tak i svým průběhem a svými cíli.

- Lze říci, že větší tlak na vlastní zodpovědnost za svůj život by určitě vytvářel větší ochotu spolupracovat, a to nejen v případě, že by drogový jedinec sledoval návrat do společnosti. Ti, kteří nejsou schopni se o sebe postarat či žít samostatně, by v terapeutických společenstvích nacházeli alespoň útočiště. Po úpravě drogových návyků by hledali možnost, jak se v tomto nebo podobném společenství nějak reálně uchytit a pro ně samotné i ostatní žít přijatelný a důstojný život. Schopnost a ochota pracovat by byla i zde pro životní úroveň stále důležitějším kritériem, tak jako v běžném životě. Právě tato okolnost by však byla často ze strany toxikomanů kritizována jako zneužívání jejich postavení v situaci, kdy jsou „nemocní“.

Ideální sociálně-demokratická alternativa

- V případě sociálně-demokratického politického vývoje v naší zemi by snaha podchytit nejhroší případy drogové závislosti vedly k úsilí udržovat několik terapeutických komunit, které by byly postupně včleněny akreditačním postupem do pravidelné dotace státem či zdravotní pojišťovnou. Nastala by postupná přeměna v administrativně běžné instituce, které by spolupracovaly bez větších výkyvů ve výsledcích své práce. Jednotlivé komunity by se postupně specializovaly, a vytvořily tak základní nabídku různým skupinám toxikomanů. U jedinců by se v programu počítalo s navrácením do společnosti, či hledáním adekvátního sociálně existenčního prostoru pro každého jedince. Velká pozornost by se proto v komunitních programech věnovala způsobu doléčování.
- Vzhledem k tomu, že by se klient podílel finančně na léčbě zanedbatelně, možnost neustále přecházet z jedné komunity do druhé by byla administrativními zákroky postupně omezována. Samotnými toxikomany by to bylo percipováno a kritizováno jako nedostatečná protidrogová péče.

Nejpravděpodobnější vývoj protidrogových terapeutických komunit ve světě

Vzhledem k faktu, že protidrogové terapeutické komunity jsou většinou nesmírně finančně náročnými programy (přestože z hlediska celoživotní perspektivy jde o nejefektivnější program), nelze počítat s jejich nárůstem a ob-

libou veřejnosti. Jak politika, tak i snahy odborné veřejnosti jsou nasměrovány do příštích let hlavně na prevenci závislosti, tedy snižování poptávky i nabídky. Úspěšný způsob tažení proti kouření navíc efektivitu těchto snah jednoznačně podporuje. Terapeutické komunity se tak jeví vedle preventivního hnutí jako brontosauri z 60. let minulého století nostalgicky pěstovaných v lidské ZOO sociálně podpůrných sítí, aby udržovaly víru v sílu kolektivního encounteru v lidské psychice.

Postoj k terapeutické komunitě je také jenom vyhraněnějším postojem k psychice obecně. Ten je rozporuplný a v obou případech vyznívá pro terapeutickou komunitu spíše negativně.

- Na jedné straně se psychika v posledních desetiletích stává stále více předmětem sebereflexe a sebezkoumání a iracionalita nejrůznějších doporučení a psychického vedení ke štěstí nabývá ohromných rozměrů. Jejich podoba naneštěstí často připomíná některé terapeutické praktiky a rituály terapeutických komunit. To jí z hlediska jejího přijetí jako léčebné metody v očích veřejnosti neprospívá.
- Na druhé straně se psychika stává stále častěji předmětem solidních zkoumání a výsledky mají podobu dobře popsatelných algoritmů. Určitá ztráta psychického soukromí se projevuje např. v tom, že pacienti i klienti přistupují daleko pružněji na skupinové sebezkušenostní výukové i psychoterapeutické programy. Není proto nutné je kvůli tomu odvážet na vzdálená místa a vytvářet mysteriozní zážitky kolem opravy psychické matrice získané z původní rodiny. Pravdivý argument, že hospitalizace pomůže člověku spíše se drogy zbavit, je z hlediska alergie na omezování svobody tak nepopulární, že je lépe ho nezdůrazňovat. Ani v tomto racionálně-vědeckém přístupu tedy s oblibou terapeutické komunity nemůžeme do budoucnosti počítat.

Přesto existují specifické oblasti, kde metoda protidrogové terapeutické komunity je výhodná, a lze proto počítat dokonce s jejím postupným rozšiřováním. Nejdříve se budeme zabývat pravděpodobným vývojem terapeutických komunit ve světě a potom se zamyslíme nad situací v České republice.

První oblastí, kde se budou terapeutické komunity pravděpodobně nejlépe rozvíjet, je **vězeňství**, kde je třeba se o jedince stejně zcela postarat a kde škody, které jedinec páchá v případě pokračování užívání drog, jsou nedozírné. Metoda terapeutické protidrogové komunity je v takovém případě dokonce levnější, neboť samospráva a spolupráce vězňů programy v určitém smyslu zlevňují.

- Protože závislí lidé, kteří se dostali do věznic, se chovají dysociálně většinou jenom kvůli droze, je pro ně terapeutická komunita nadějným prostředím, které umožňuje plně se navrátit zpět do společnosti. Úroveň je-

jich životního stylu je často velmi podobná, včetně způsobu myšlení, deficitů na úrovni prožívání a specifické egocentrické sebereflexe; je proto možné léčbu zaměřit na tyto problémy. Skupinové společenství s podobným životním osudem vytváří filosofii, která většinu z těchto lidí může oslovit a je přijatelná i do budoucnosti. Tito lidé také vnímají metodu terapeutické komunity jako lepší alternativu k vězeňskému společenství, kde vládou „kápa“ a kde se oni sami ocitají na posledních pozicích se všemi negativními důsledky. Lze proto předpokládat vyšší úroveň spolupráce při léčbě.

- Primitivní úroveň fungování, na kterou se toxikoman před uvězněním často dostává, je dobře ovlivnitelná převýchovou a podporou osobnostního růstu v bezdrogové terapeutické komunitě. V ní se obvykle používají kognitivně behaviorální metody, které s úpravou denního režimu jsou ideální pro výcvik zdravého životního stylu, který pomáhá jedincům obstát po propuštění ve společnosti. Skupinová dynamika komunity dovoluje skupinové, tedy levnější působení profesionálů, a navíc nahrazuje individuální přístup vzájemným působením samotných vězňů. Není proto divu, že tyto programy získávají stále větší oblibu a lze do budoucnosti počítat s jejich rozšiřováním. Jejich vývoj se bude pravděpodobně ubírat dvěma směry. Jeden z nich bude zaměřen výcvikově, bude zde důraz na režim a osvojení si nějaké kvalifikace použitelné po propuštění k obživě. Druhý směr bude zaměřen spíše psychoterapeuticky, důraz bude na osobnostní schopnost fungovat na vyšší úrovni zralosti a méně závislostním způsobem. Do něho budou pravděpodobně zařazováni výrazně problémoví jedinci s duální diagnózou, čímž ušetří práci personálu v běžných vězeňských programech.

Druhou oblastí, kde lze počítat s rostoucím vývojem protidrogových terapeutických komunit, jsou určité **specifické skupiny klientů**, které potřebují zvláštní péči. Pravděpodobně v příštích letech půjde o následující skupiny:

- **Mladé rodiny s dětmi**, kde jeden nebo oba dva rodiče mají problémy s drogami. U těchto rodin se tato péče vyplatí proto, že stát by se stejně musel postarat o děti. Důraz při léčbě je kladen vedle abstinence na výchovu péče o dítě a na rodinnou terapii.
- **Dlouhodobě nezaměstnaní či „těžko zaměstnatelní“** se zájmem o chráněné bydlení či jiný azyl – půjde o dlouhodobé až celoživotní komunity, kde lidé budou žít a pracovat dle svých možností s tím, že některý subjekt je bude částečně dotovat a pomáhat jim v životních problémech. Programy budou mít různé odstupňovaná soukromí, práva, povinnosti a odpovědnost. Takové komunity vlastně působí jako společenství různě problematických jedinců, kde jejich vzájemná znalost a určitý

druh tolerance s nadstandardní péčí, ale i kontrolou dovoluje společné, více či méně pohodové, soužití. Mezi takové terapeutické komunity patří např. jedinci s AIDS, nebo závislí fyzicky traumatizovaní váleční veteráni. Často v těchto případech půjde o komunity zařazené do některého charitativního programu a náboženských institucí.

- **Kulturálně neadaptovaní – Imigranti nebo re-emigrant, národnostní menšiny** – v některých komunitách může být používán i jejich jazyk – nejčastěji půjde o dospívající děti imigrantů, kteří mají problémy se svou identitou, s přijetím jiné kultury a zaujmutím uspokojivého postavení v některém společenství, kde hodlají žít.

Třetí oblast rozvoje protidrogových terapeutických komunit lze specifikovat **dle pečujících subjektů** o tyto problémové jedince. Pravděpodobně půjde o následující subjekty:

- **Charitativní organizace**, které v této oblasti budou pravděpodobně vytvářet program vzájemné pomoci mezi potřebnými. Některé z nich budou fungovat jako součást významné firmy, která bude navíc nabízet pracovní místa, případně budovat s pomocí klientů komunity další rekreační areály či aktivity pro zaměstnance firmy. Tyto programy porostou v případě, že si firma bude moci odepsat finanční podporu z daní.
- **Náboženské organizace**, které vedle protidrogového programu nabízí víru a dle svého náboženství adekvátní životní styl a životní kulturu. Lze očekávat, že některé terapeutické komunity budou společností vnímány kvůli určitému náboženství velmi problémově. V zemích, které jsou hodně s náboženstvím provázána, se však terapeutické protidrogové komunity budou rozvíjet hlavně v této oblasti.
- **Sektářské organizace**, které zneužívají protidrogovou léčbu k získání nového člena do své organizace. Protože sekta je vlastně obdobou závislostního funkčního systému, je poměrně úspěšná v získávání toxikomanů. Jde o nežádoucí a velmi problémový, přesto však i v budoucnosti poměrně častý jev. V budoucnu lze počítat i s takovými komunitami, které budou podporovány podsvětím či mezinárodním organizovaným zločinem a které budou zástěrkou pro jiné zločinné aktivity. Některá taková odhalení budou mediálně zneužita k útokům na solidní léčebné programy.
- Samostatnou a svébytnou oblastí rozvoje budou ty protidrogové terapeutické komunity, které si vybudují samy lokální politicko-společenské instituce. Tyto **spádové protidrogové komunity** budou provázány finančně i místně s různě velkým společenstvím z určitého území. Obvykle půjde o obecný protidrogový program se standardním programem, jindy se program přizpůsobí specifickému problému kraje. Lokální autority

budou mít možnost kontrolovat efektivitu programu díky dobré znalosti jedinců a dlouhodobých výsledků jejich léčby. Určitou nevýhodou bude velká provázanost členů komunit s lokálními veřejně-právními a politickými autoritami, která může sklouznout ke zneužití veřejné moci.

Nejpravděpodobnější vývoj protidrogových terapeutických komunit v České republice

- Vývoj **terapeutických komunit** v České republice podporovaných hlavně státními financemi pravděpodobně půjde velmi málo cestou další specifikace, přestože by byla pro další rozvoj terapeutických komunit tak potřebná. Současné problémy v terapeutických komunitách jsou např. způsobovány často koedukací programů, přesto však ani v budoucnu tento problém nebude řešen oddělením mužů a žen. V rozvoji komunit nepůjde o faktor zvyšování kvality, ale bude při něm záležet nejspíše na manažerských a PR dovednostech jejich vedoucích. Pravděpodobně lze v blízké budoucnosti očekávat zavření některých programů. U těch, které zůstanou, lze počítat s větší angažovaností, dotacemi, jakož i kontrolou efektivit ze strany lokálních autorit.
- V běžné **praxi psychiatrických léčeben** budou nadále probíhat programy, které obsahují prvky terapeutické komunity (ranní komunity se skupinovými psychoterapeutickými, relaxačně-rekreačními a pracovními programy) a které pravděpodobně i nadále budou sloužit pro toxikomaničskou populaci jako početně nejčastější a nejstandartnější záchyt s detoxifikačním programem, základní rehabilitací a vhodnou přípravou na pobyt v terapeutické protidrogové komunitě.
- Jejich protipólem budou v budoucnu zcela privátní **Rehabilitační protidrogová střediska**, kde 5 až 8 pacientů bude vytvářet malé terapeutické společenství s individuálně a rozmanitě plánovaným pobytem. Součástí programu bude možnost si některé léčebné procedury odpracovat v pracovní terapii, či každodenní samostatná práce klientů pro své firmy včetně umožnění pracovních kontaktů. Kontakty se svými blízkými budou každodenní samozřejmostí a budou přijímány personálem pozitivně, ať už půjde o výpomoc bližních na zvládnání stresových situací klientů či možnost personálu provádět edukaci příbuzných či rodinou terapii. Finanční krytí programu bude zcela nebo téměř zcela na jedinci a plán léčby bude záležitostí častého vyjednávání, kterého se budou účastnit i blízcí či ti, kteří léčbu budou platit (např. firmy). Pohyblivý a otevřený program bude disponovat individuálním léčebným plánem každého pacienta, přesto ale v rámci společných psychoterapeutických a relaxačně-

rekrečních programů budou spolu klienti vytvářet pohyblivé a pružné léčebné společenství, které bude emoční i kognitivní podporou jedinci i pro další léta rehabilitace.

- **Ve vězeňství** bohužel nemáme dostatečný počet vychovatelů přípravných vzděláním i osobnostně pro takový program. Proto s největší pravděpodobností opět (v posledním půlstoletí bylo asi pět takových pokusů) půjde o malý, jasně ohraničený, zato značně vystavovaný projekt několika málo programů s prvky terapeutické komunity. Program bude ale narážet na zcela jinak fungující strukturu základní správy věznice a tak k většímu rozvoji tohoto programu v blízké budoucnosti ve vězeňství pravděpodobně nedojde.

Daleko nadějnějším programem, hlavně z hlediska efektivity zvládnutí drogové závislosti ve věznicích budou tzv. bezdrogové zóny, které již fungují a jsou přijímány většinou zaměstnanců vězeňské služby kladně a kde určité prvky terapeutické komunity zbytečně nerozvrcejí funkční vnější organizační strukturu.

- V oblasti **náboženských hnutí** budou v budoucnosti vznikat malá terapeutická společenství, v nichž toxikomani budou přítomni vedle jiných problémových jedinců. Obvykle půjde o toxikomany, kteří z nějakého důvodu nebudou schopni či ochotni absolvovat plný protidrogový program a bude zde kladen důraz na spiritualitu či přijetí víry. Někteří z nich budou pak v těchto terapeutických společenstvích opět sami nositeli myšlenky abstinence a víry
- V oblasti **školských programů** týkající se psychologicky nebo sociálně patologických jevů můžeme mluvit o stálé snaze zavádět do nich komunitní prvky. Snaha má a bude i v budoucnu mít kolísající charakter, což je velká škoda, protože metoda terapeutické komunity je u dospívajících zvláště vhodná. V daleké budoucnosti se zpětně bude hodnotit zanedbání rozvoje terapeutických společenství pro dospívající jako největší chyba v práci se závislostmi.

Závěrem lze tedy shrnout, že v příštích deseti letech nedojde k výraznému rozvoji v oblasti terapeutických protidrogových komunit kromě oblasti vězeňství, kde pokusy s terapeutickou komunitou nakonec vyústí v bezdrogová pásma. Ta budou obsahovat program s prvky terapeutické komunity, větší péčí a skupinovou psychoterapií a budou velkou pomocí v protidrogovém programu.

Terapeutické komunity budou poněkud redukovány a začnou být více hlídány lokálními donátory. Doba pobytu v komunitě bude zkrácena a důraz bude v příštích letech kladen na doléčování. Jedinou výraznější změnou bude vznik malých privátních protidrogových terapeutických komunit, které svou

specifičností i flexibilitou budou experimentální dílnou nových vztahů a postojů k této problematice. Řadu let však tento přístup bude zůstávat mimo hlavní proud vývoje a obvyklý kontakt s ostatní odbornou veřejností, takže bude trvat dosti dlouho, než dojde k významnějším posunům v celkovém postoji k práci.

Terapeutické protidrogové komunity se během posledních let v naší republice etablovaly. Cesta za jejich cíli má cyklický charakter a může se zdát, že se vše v těchto programech jenom opakuje; není to spravedlivé. Lze spíše říci, že terapeutická komunita je malým zrcadlem společnosti.

Kdybychom si pustili film z 50. let z protialkoholního programu s prvky terapeutické komunity, měli bychom laskavě úsměvný postoj podobný tomu, když se díváme na filmy ze 30. let minulého století. Lze proto říci, že za posledních 50 let se vývoj péče o závislé v protidrogové terapeutické komunitě velmi radikálně změnil spolu s tím, jak se mění chování a sebereflexe ve společnosti. Tento pozitivní nález nám dovoluje doufat, že touha postavit se životu čelem bez krutých pozlátek drog se ve společnosti bude trvale prohlubovat, a to se odrazí i v našich protidrogových terapeutických komunitách.

Přílohy



Pravidla terapeutické komunity užívané v TK Magdaléna

Program – účast na všech aktivitách je povinná.

Abstinence – zákaz držení, manipulace a užití drog včetně alkoholu a hazardních her.

Násilí – fyzická i psychická forma násilí je nepřijatelná.

Sex – navazování milostných vztahů či sexuálních kontaktů v komunitě je zakázáno.

Rozhodování – společná rozhodnutí komunity jsou závazná, v odůvodněných případech rozhoduje terapeutický tým samostatně.

Porušení výše uvedených pravidel je důvodem k vyloučení z komunity.

Porušování pravidel – řeší se individuálně v rámci komunity, může vést k udělení sankcí, úpravě individuálního léčebného plánu nebo k vyloučení z komunity.

Sankce – obvykle pracovní, vymezené časově nebo úkolově. V případě obdržení vyššího počtu sankcí může dojít k sestupu do nižší fáze.

Individuální plán, kontrakty, elaboráty – jsou specifické a individuálně stanovené doplňky léčebného programu či pravidel, jsou přidělovány týmem či celou komunitou a pro klienta jsou závazná.

Měsíční plány – jsou hodnoceny jedenkrát za měsíc na hodnotící skupině.

Mimořádná skupina – právo svolat mimořádnou skupinu má každý člen komunity v případě, že cítí potřebu neodkladně řešit osobně naléhavou situaci (ohrožení sebe, komunity či jejich společných zájmů).

Opuštění komunity – klient by měl ohlásit alespoň jeden den předem svůj úmysl opustit komunitu, tento jednodenní odklad slouží k nezbytnému zvážení takového kroku.

Den volna – v případě vážné osobní krize s momentální neschopností pokračovat v programu může komunita uvolnit jednotlivce z programu na nejnutnější dobu (zpravidla max. 1 den). Po uplynutí dohodnutého času následuje mimořádná společná skupina.

Osobní prohlídka – při nástupu a eventuálně kdykoli během pobytu může být klient podroben kontrole svých věcí, došlé pošty (drogy, peníze) či toxikologickému vyšetření (nedoporučuje se ani konzumace makových výrobků).

Peníze a doklady – jsou uloženy v kanceláři, vydávány jsou účelově po dohodě s terapeutem, evidence je kdykoli k nahlédnutí. Od II. fáze je mohou mít klienti u sebe.

Telefony – klienti mohou telefonovat z kartového telefonního automatu mezi 18.30 – 20.00 hod., klienti v o. fázi z kanceláře v odůvodněných případech. Mobilní telefon mohou užívat klienti od II. fáze ve stejnou dobu.

Pošta – příjem dopisů na ranní komunitě.

Nemoc – nemocný se žádných společných aktivit neúčastní a leží v posteli, nekouří, o nemoci i zdraví rozhoduje obvodní lékař.

Léky – držení a užívání jakýchkoli léčiv je možné pouze s vědomím týmu.

Soukromí – nejsou povoleny vzájemné návštěvy na pokojích.

Večerka – po večerce jsou klienti na svých pokojích a dodržují noční klid.

TV, hudba, atp. – pouze v době osobního volna (vyjma kuchaře), hlasitost v intenzitě, která neruší okolí.

Kouření – je možné pouze na kuřárně, nebo venku, během aktivit a od večerky do snídaně se nekouří.

Toxické řeči – hovory o drogách se odehrávají pouze na skupině.

Návštěvy – schvalování návštěv probíhá na čtvrtelní ranní komunitě.

Vycházky, výjezdy, návštěvy – viz níže.

Obsah léčebných fází a přestupy

Náplň 0. fáze

1. Je určena k seznámení se s komunitou a jejím programem a pro klienta k rozhodnutí zda chce do komunity vstoupit a pokračovat zde v práci na sobě.
2. Stejně tak je na druhou stranu pro terapeutický tým prostředkem k seznámení se s klientem a k zvážení, zda může být pro klienta pobyt přínosem, či by pro něho nebyl jiný druh léčby účelnější.
3. Časově je ohraničena příjezdem klienta do komunity a jeho přestupem do I. f na nejbližší možné Velké komunitě (po splnění bodu 4).
4. Během o. f klient
 - a) absolvuje všechna potřebná vstupní vyšetření či odběry, je zaregistrován u obvodního lékaře.
 - b) seznámí skupinu se svým životem při autobiografické skupině.
 - c) vypracuje nejméně desetistránkový životopis.
 - d) je schopen obstát v režimu a zodpovědně pracovat v terapeutickém procesu, tedy i připraven podepsat standardní kontrakt o léčbě.
 - e) prokazuje znalost pravidel komunity.
5. Průvodcem klienta komunitou a jejím programem je jeho patron.
- 6 Klient není za pochybení v režimu sankcionován.

Přestup do I. fáze:

Úmysl přestoupit se oznamuje nejpozději 3 všední dny před Velkou komunitou, po absolvování autobiografické skupiny a sepsání desetistránkového životopisu.

Náplň I. fáze

Klient

1. Prokazuje schopnost iniciativního postoje k práci na sobě v psychologické skupině.
2. Bezproblémově funguje v režimu a je schopen dobře obstávat ve funkcích v rámci komunity.
3. Společně se svým garantem zpracovává průběžně individuální plán.
4. V rámci rodinné terapie absolvuje skupinu o rodinných vztazích a event. se účastní společných setkání s rodiči. Rodiče jsou požádáni o sepsání klientova životopisu z jejich pohledu.

Přestup do II. fáze:

Úmysl přestoupit se oznamuje týden před Velkou komunitou – vyvěšením žádosti, celý týden s sebou klient nosí věc symbolizující to čeho by se chtěl zbavit. Poslední den před přestupem má bobříka mlčení a vypracuje týmem uložená témata.

Náplň II. fáze

Klient

1. Prokazuje dlouhodobou schopnost iniciativního a zodpovědného přístupu k práci na sobě.
2. Zvládá významné odpovědnostní funkce, účastní se na řízení chodu komunity. Pomáhá ostatním (patron).
3. Zvládá výjezdy mimo komunitu.
4. Společně se svým garantem zpracovává průběžně individuální plán.
5. Připravuje si plán hledání zaměstnání.
6. Má uspořádány občansko-právní záležitosti (doklady, pojištění, atp.).

Přestup do III. fáze:

V závěru druhé fáze po splnění předchozích odpovědnostních funkcí klient přechází do režimu tzv. „mezifáze“ s pracovní dobou 6,5 hod. denně a s menším podílem terapeutického programu (ten zůstává zachován v původní podobě denně v době od 16.00 hod.). Navíc absolvuje klient skupiny III.F. Během tohoto období má klient nárok na 4 dny sociálního volna za účelem nalezení zaměstnání a seznámení se s možnostmi následné péče.

Součástí vlastního přestupu na Velké komunitě je předání „Daru komunitě“ do rukou šéfa domu.

Náplň III. fáze

Klient

1. Po přestupu do III. f je klient uschopněn.
2. Nastupuje do takového zaměstnání, aby nekolidovalo s terapeutickým programem. Druhou alternativou je zaměstnání přímo v rámci TK (tzv. obecně prospěšné práce financované pracovním úřadem).
3. Absolvuje stanovený léčebný program, jehož náplň, včetně pravidel pobytu, upravuje samostatný manuál a individuální plán klienta.
4. Zařizuje si bydlení mimo komunitu a připravuje plán následné péče.

Ukončení pobytu

Klient je stabilizován v pracovním procesu, bez větších problémů zvládá pobyt mimo komunitu, má s týmem projednaný a komunitou schválený plán doléčování. Doporučená délka III.F je alespoň 3 měsíce, ve výjimečných případech lze ukončit pobyt dříve přechodem do doléčovacího centra v místě trvalého bydliště.

Vycházky, výjezdy, návštěvy v jednotlivých fázích

fáze 0 – zcela bez kontaktu se světem mimo komunitu, vycházky pouze v doprovodu týmu.

fáze I. – vycházky v doprovodu vyšší fáze, bez výjezdů, návštěvy (tzn. příbuzní ev.partner/ka)

neděle 14 – 18 hod., 1x za 14 dní, je třeba informovat všechny na čtvrtiční komunitě předcházející návštěvě. S návštěvou není možné opouštět areál.

fáze II. – samostatné vycházky pouze do blízkého okolí, návštěvy každou neděli – kdokoli, kdo je schválen komunitou o návštěvě někoho jiného než člena rodiny je třeba informovat všechny na čtvrtiční komunitě předcházející návštěvě, první samostatný jednodenní nedělní výjezd po přestupu do II. fáze, celovíkendové výjezdy dále po 3 týdnech. V přestupovém měsíci jsou výjezdy 1x za 14 dní. Plán výjezdu se vždy předkládá ke schválení na středeční ranní komunitě, návrat z nedělních výjezdů nejpozději do 18 hod.

fáze III. – dle individuálního léčebného plánu.

Odpovědnostní funkce

Rozdělují se na samořídící skupině s platností od pondělí, o víkendu se předávají služby.

Všechny funkce jsou vždy po ukončení řádně předány novému nástupci.

Šéf domu

klient II. fáze, jeden měsíc

- vede ranní komunitu a samořídící skupinu
- organizuje, řídí a kontroluje pracovní činnosti v komunitě
- plánuje práci spolu s Frantou a týmem před ranní komunitou
- zodpovídá za dodržování režimu, kontroluje kvalitu práce, pořádek v domě a na pracovištích a dle možnosti se zapojuje do prací
- dbá na úklid pokojů a společných prostor nejen v době k tomu určené
- při zjištění nedostatků navrhuje sankce a konzultuje je s týmem, udělené sankce eviduje
- během svého funkčního období připraví program jednoho výletu a úterních programů, které vede
- dvakrát týdně (úterý – čtvrtek) jede nakupovat, vyúčtování provádí službukonajícimu terapeutovi
- oznamuje gongem večerku. zhasíná světla (5 minut předem)
- má na starosti kancelářské potřeby klientů, ručí za jejich stav, doplňování a předávání

Šéfkuchař

klient II. fáze, jeden měsíc

- plánuje jídelníček vč. počtu obědů a samostatně se stará o provoz kuchyně ve spolupráci s pracovním terapeutem
- vaří jídla, kuchtík pomáhá
- neúčastní se rozcviček, režim volna a práce si řídí podle vlastních potřeb
- dbá na kulturu a hygienu přípravy jídel a stolování
- zodpovídá za pořádek v jídelně, kuchyni a skladu
- sleduje a doplňuje společně s pracovním terapeutem příruční sklad potravin
- zvonem svolává k jídelní tabuli, vydává jídlo
- pátek je vždy vegetariánským dnem, na neděli je zvykem péci buchtu

Hospodář

klient II. fáze, jeden měsíc

- zodpovídá za prosperitu zvířat, živočišnou produkci a pořádek ve chlévech, kotcích a výbězích
- konzultuje s pracovním terapeutem situace, se kterými nemá zkušenost
- o víkendu dodržuje v péči o zvířata stejný pracovní rytmus jako ve všední den

Následující funkce plní klienti o. a I. fází, střídají se vždy po týdnu:

Rozcvičkář – je první na rozcvičce a vede ji. (má vždy u sebe hodinky)

Žvoník – zvonem oznamuje přípravy, začátky a konce aktivit vyjma jídel

Kuchtík – pomáhá s vařením, myje nádobí, vytírá kuchyň a jídelnu, zodpovídá se šéfkuchaři

Úklíďář – po komunitě, obědě a večeři uklízí kuřárnu, uklízí dům a dbá na dodržování pořádku, dohlíží na to, aby po sobě ostatní nenechávali nepořádek nebo uklízí za ně, eviduje a doplňuje stav hygienických potřeb v koupelnách, WC atd. pod kompetencí odpovědného terapeuta. Stará se o likvidaci odpadu, jeho třídění a čistotu prostor kolem popelnice a kontejnerů

Pradlena – stará se o pračku, pere a suší, žehlí, dbá na distribuci vypraného prádla, udržuje v čistotě prádelnu a sušárnu, nejméně jednou za dva týdny pere lůžkoviny, pod kompetencí odpovědného terapeuta

Pomocník hospodáře – pomáhá u zvířat, sbližuje se s nimi, zodpovídá se hospodáři

Pomocník zahradníka – ve vegetačním období denně zalévá plodiny venku, ve skleníku

Dojič – denně dle instrukcí pracovního terapeuta dojí, vede evidenci, myje nádoby a stará se o údržbu dojičky

Následující funkce plní klienti o. a I. fáze, střídají se po měsíci:

Kotelník – vstává první, budí ostatní, stará se o teplo v domě, dbá na čistotu a pořádek v kotelně a okolí

Následující funkce jsou určeny na delší období bez rozdílu fází:

Cyklosprávce – zodpovídá za dobrý technický stav kol, dbá na jejich řádné vypůjčování, čistotu, řídí jejich opravy svépomocí uživateli nebo je sám opravuje

Sportsman – pečuje o sklad sportovního náčiní

Kulturista – dbá na stav zařízení posilovny, jeho údržbu a úklid celé místnosti

Dílnský – pracuje v dílně, stará se o úklid a údržbu dílny a pracovního nářadí

Plavčík – stará se o kvalitu vody v požární nádrži a její hygienický provoz

Květinářka – pečuje o květiny v domě

Rybář – stará se o želvy a rybičky v domě

Keramík – dbá na údržbu a úklid keramické dílny a obsluhuje pec

Kronikář – vede kroniku komunitních akcí a velkých komunit

Švadlenka – má na starosti šicí stroj a další potřeby, opravy společného prádla

Program týdne

	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
6.30	Budiček						
6.40	Rozcvička – Hygiena					7.30 Budiček	
7.00	Snídaně					7.45 Rozcvička	9.00
7.30	Pracovní blok					8.00 Snídaně	Snídaně
8.45	Komunita					komunita 10.00–12.00	
9.45	Pracovní blok					Úklid 12.15 – Oběd	
10.00	Oběd					Kontrola úklidu 13.00	
12.45	Oběd					Kontrola úklidu 13.00	
14.00	Program šéfa baráku	Arteterapie	Sport	Neverbální techniky	Hodnotící skupina	Výlet	Návštěvy do 17.30h
15.30	Skupina	Skupina	Keramika	Skupina	Samoordící		
16.00	Relaxace	16.30–18.30 skup. Chrpa		Relaxace			
17.40	Večeře						
18.00	Večeře						
18.30	Telefony Kontrola úklidu: út, čt 19.30			Skup NP Praha	Telefony		18.15–19.15 skup. Chrpa
20.00	Tematická klientů	Prevence relapsu	Vzdělávací tematická 19.30–20.30	Pastorace			19.30–21.00 Hodnotící
21.00	Deníky + noční klid						
22.00	Večerka				24.00 Večerka		22.30

Nabídka programu pro příbuzné (partnery atd.)

Individuální konzultace – s terapeutickým týmem (většinou garantem klienta) je možno sjednat na nedělní odpoledne, doporučená frekvence je cca 1x měsíčně.

Rodičovská skupina – se koná 1x týdně

Víkendové pobyty – dle dohody s týmem je možno absolvovat prodlouženou návštěvu s účastí na společném programu s klienty od pátečního večera do nedělního odpoledne. Součástí pobytu je rodinná terapie.

Autoři

MUDr. David Adameček

Nar. 1970. Pracoviště: Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi u Liberce (ADVAITA, o. s., www.advaitaliberec.cz). Působnost, zaměření: psychoterapie, skupinová terapie, terapeutická komunita, sociální práce, supervize.

Kontakt: adamecek@advaitaliberec.cz

Ing. Martina Berdychová

Nar. 18. 2. 1950. Pracoviště: Magdaléna, o.p.s., Mníšek pod Brdy. Spoluautorka první projektové studie před vznikem Magdalény, o.p.s. v r. 1997, od 1.12.1997 její ředitelka. Absolventka VŠE, nadstavbové vzdělání v oblasti managementu a informatiky. Profesionální zaměření před příchodem do oboru adiktologie: makroekonomika, mezinárodní ekonomické a humanitární organizace (např. WHO, UNICEF), zdravotní a sociální politika státu, vzdělávání manažerů a developerské projekty.

Kontakt: berdychova@magdalena-ops.cz

PhDr. Jiří Broža

Nar. 18. 9. 1960. Vystudoval speciální pedagogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci, doktorát na UK. Výcviky: SUR, systemická psychoterapie, neverbální techniky, mezinárodní výcvik v léčbě a prevenci drogových závislostí, psychoanalytická psychoterapie, supervizní výcvik. Pracoval v diagnostickém stavu, výchovném ústavu, středisku pro mládež - preventivním oddělení, v pedagogicko-psychologické poradně, založil a vedl Locus Liberec, ambulantní a pobytové zařízení pro pomoc dospívajícím uživatelům OPL. V současnosti působí především v oblasti supervize, psychoterapie a vzdělávání.

Kontakt: jirka.broza@volny.cz

Mgr. Štěpánka Čtrnáctá

Nar. 11. 1. 1967. Absolvovala FF UK obor Sociální práce, s drogově závislými pracuje od r. 1988 – Středisko drogových závislostí FN Praha 2, Drop-in, SANANIM. Nyní zaměstnána v Poradně pro rodiče o.s. SANANIM (stěžejní oblast zájmu - poradenství a psychoterapie s rodiči a rodinami závislých)

Kontakt: ctrnacta@sananim.cz

Mgr. Pavla Makovská Dolanská

Nar. 21. 6. 1974. V oboru závislostí pracuje od roku 1996, praxe v nízkoprahovém kontaktním centru, terapeutické komunitě, nyní od roku 2004 vedoucí Doléčovacího centra SANANIM.

Kontakt: dolanska@sananim.cz

PhDr. Pavla Doležalová

Nar. 6. 3. 1968. Pracoviště: Středočeský kraj, oblast působnosti: koordinace protidrogové politiky ve Střed. kraji, psychoterapeut - arteterapie a systémový psychomotorický systém - PBSP, imaginativní techniky aj., poradenství a lektorská činnost.

Kontakt: pdolezalova@volny.cz

MUDr. Jiří Dvořáček

Nar. 23. 12. 1969. Ředitel a primář Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Stežejní oblastí působnosti je léčba návykových nemocí.

Kontakt: cervenydvur@iol.cz

PhDr. Magdalena Frouzová

Klinický psycholog (atestace), manželský a předmanželský poradce (od r. 1995), psychoterapeut (akreditace od r. 1998), interní lektor IPVZ - subkatedra Návykových nemocí a SVZ, externí lektor katedry psychologie FFUK Praha, vede komunitní výcviky v psychoterapii, soukromá klinická praxe – Institut pro výzkum rodiny.

Kontakt: magdalena.frouzova@cmail.cz

Mgr. Pavel Hanzal

Nar. 30. 10. 1972. Pracoviště: TK Karlov Sananim. Působím jako terapeut od počátku Karlova tzn. od r. 1998, v týmu patřím ke skupině, která se stará v garantské práci o matky s dětmi. S klienty mám na starosti kromě běžné práce v komunitě také terapii divadlem, zátěžové programy a rodinou terapii. Dříve jsem pracoval jako učitel na ZDŠ, jako vychovatel v ÚSP a jako psychoterapeut ve SPOD Kladno.

Kontakt: karlov@sananim.cz

MUDr. Petr Jeřábek, Ph.D.

Nar. 18. 10. 1957 v Brně. Od roku 1982 pracuje jako psychiatr, 1989-dosud Psychiatrická léčebna Bílá Voda u Javorníka, od roku 1993 ředitel, primář. 1996 zde otevřel terapeutickou komunitu pro drogově závislé „Fides“.

Kontakt: jerabek@olu.cz

Mgr. Petra Kabátková

Nar. 1974. Pracoviště: o.s. SANANIM – terapeutická komunita Karlov, léčba drogových závislostí (mladiství a matky s dětmi).

Kontakt: karlov@sananim.cz

Kamil Kalina, MUDr. PhDr. CSc.

Nar. 5. 7. 1945 v Praze. Působí jako lékařský ředitel sdružení SANANIM a jako vedoucí výuky bakalářského oboru adiktologie v Centru adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK. Oblast zájmů: psychoterapie u obtížných diagnostických okruhů (psychózy, poruchy osobnosti, závislosti), výcvik v psychoterapii, komplexní léčba závislostí, terapeutické komunity.

Kontakt: kalina@adiktologie.cz

Mgr. Michael Kostka

Nar. 30. 8. 1976 v Praze. Pracoviště: TK Magdaléna, profesní zájmy: léčba drogových závislostí, pedagogika zážitku.

Kontakt: kostka@magdalena-ops.cz

MgA. Václava Křesadlová

Nar. 2. 7. 1977 v Rokycanech. V současné době pracuje jako arteterapeutka v TK Magdaléna, jako pedagožka dramatu na taneční konzervatoři Duncan Centre a asistuje Dialogické jednání na katedře Autorské tvorby a pedagogiky - DAMU. Vystudovala Střední Pedagogickou školu v Berouně a Divadelní fakultu Akademie múzických umění v Praze.

Kontakt: vaclavkaka@seznam.cz

Mgr. Aleš Kuda

Nar. 1972. Vystudoval pedagogiku a psychologii na FF UK. Od roku pracuje v o. s. SANANIM. Založil a vedl několi let Doléčovací centrum SANANIM a podílel se na založení TK Karlov. V současné době pracuje jako odborný ředitel pro léčbu a doléčování. Zabývá se především problematikou TK, následné péče a prevence relapsu.

Kontakt: kuda@sananim.cz

MUDr. Stanislav Kudrle

Nar. 27. 6. 1953. Psychiatr a psychoterapeut. Převážná část profesní kariéry věnovaná léčbě návykových nemocí. V této oblasti prosazující principy transpersonální psychologie a významu spirituálního otevření v léčbě závislostí. Žák prof. Stanislava Grofa, M.D., absolvent výcviku v Holotropním dýchání. V současné době v soukromé praxi s přístupem převážně psychoterapeutickým. Poskytuje též supervize individuální i týmové jako absolvent výcviku v integrované supervizi ČIS.

Kontakt: doorway@seznam.cz

Mgr. Gabriela Mahrová

Nar. 6. 6. 1971 v Ostravě. Vystudovala sociologii a andragogiku na FF Palackého Univerzity v Olomouci, absolvovala psychoterapeutický výcvik v dynamicky orientované psychoterapii. Vede terapeutickou komunitu Fides Bílá Voda, zabývá se především léčbou drogově závislých a problematikou sociální práce v psychiatrii.

Kontakt: gabriela.mahrova@seznam.cz

MUDr. Petr Nevšimal

Nar. 4. 8. 1968 v Praze. Absolvent 1. LFUK, od r. 1995 působí jako psychiatr a psychoterapeut (výcvik ve Skálově Institutu). V r. 1998 založil a dále vedl Terapeutickou komunitu Magdaléna, v současnosti je programovým ředitelem Magdalénina o.p.s. Vedle adiktologické praxe se věnuje psychoterapii v Institutu pro výzkum rodiny a supervizi.

Kontakt: nevsimal@magdalena-ops.cz

Mgr. Josef Radimecký, MSc.

Nar. v roce 1963. Absolvoval speciální pedagogiku na PeF UK v Praze a postgraduální studium sociologie ve vztahu k užívání drog na Imperial College v Londýně. V r. 1993 založil a do r. 1998 vedl terapeutickou komunitu pro mladé lidi se závislým chováním WHITE LIGHT I. V letech 1998-2004 vedl sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dnes působí v Centru adiktologie Psychiatrické kliniky 1. Lékařské fakulty UK v Praze jako vědecký pracovník a vedoucí pro mezinárodní spolupráci a projekty. Publikuje a přednáší v ČR i v zahraničí.

Kontakt: josef.radimecky@mail.com

PaedDr. Martina Richterová-Těmínová

Absolvovala Pedagogickou fakultu UK, Psychoterapeutický výcvik ve skupinové psychoterapii SUR a Psychoterapeutický výcvik v Rogersovské psychoterapii. Od roku 2000 pracuje jako odborná ředitelka o.s. SANANIM a předsedkyně o.s. SANANIM a působí jako lektorka Katedry návykových nemocí IPVZ.

Kontakt: teminova@sananim.cz

RNDr. Martin Rataj

Nar. 11. 6. 1964. Pracuje v o.p.s. Magdaléna jako terapeut a vedoucí zátěžových programů v Terapeutické komunitě, je vedoucím programu následné péče tamtéž, stál u zrodu koncepce zážitkových a zátěžových programů v TK Němčice a na současném pracovišti, pět let pracoval jako průvodce poznávacích expedičních zájezdů v cestovním ruchu, prošel woodcrafterským oddílem, absolvoval PT výcvik SUR.

Kontakt: martinarataje@seznam.cz

Jan Sobotka

Nar. 2. 3. 1975. Terapeutická komunita Sejřek/Kolpingovo dílo ČR. V r. 1999 založil a později vedl TK, od r. 2003 se zajímá o problematiku tzv. duálních diagnóz, resp. problematiku lidí s psychotickým onemocněním v TK pro drogově závislé.

Kontakt: jansobotka@volny.cz

Adresář

1. Josef Radimecký – předseda Sekce TK A. N. O.

radimecky@adiktologie.cz
fax: 224 965 035, 724 240 778
www.adiktologie.cz
Centrum adiktologie
PK a VFN 1. LF UK
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

2. TK Bílá Voda – Gabriela Mahrová

gabriela.mahrova@seznam.cz
584 414 156
724 727 465, 469, 468
www.pl.bila.voda.jesenicko.com
TK Fides
PL Bílá Voda, 790 69 Bílá Voda

3. TK Krok – Hana Čamlíková, Milan Čamlík

krok_os@seznam.cz
518 616 801
732 200 106
Komenského 2124, 697 01 Kyjov

4. TK Magdaléna – Petr Nevšimal (ředitel), Michael Kostka (vedoucí TK)

info@magdalena-ops.cz
318 599 125 – kancelář terapeutů
318 592 596 – fax, účtárna
www.magdalena-ops.cz
Včelník 1070, 252 10 Mníšek pod Brdy

5. TK Podcestný Mlýn – Jan Bartošek

komunita@podaneruce.cz
384 420 172, 777 916 273
www.podaneruce.cz
Kostelní Vydří 64, 380 01 Dačice

6. TK Renarkon – Pavel Ramík

tkrenarkon@seznam.cz

558 684 334 – kancelář, 731 572 543 – vedoucí

www.renarkon.cz

739 12 Čeladná – Podolánky 383, okr. Frýdek-Místek

7. TK SANANIM Karlov – Petr Vácha

karlov@sananim.cz

382 229 655, fax. 382 229 694

382 229 692 – matky s dětmi

TK Karlov, 398 04 Čimelice, okres Písek

8. TK SANANIM Němčice – Martin Hulík

nemcice@sananim.cz

383 396 120

777 196 120 – mobil TK

Zámek 1, Němčice u Volyně, 387 19 Čestice

9. TK Sejřek – Jan Sobotka, Patrik Folíř (příjem klientů)

tksejrek@volny.cz, jansobotka@volny.cz

566 566 039, 608 816 719

Sejřek 13, 592 62 Nedvědice

10. TK WHITE LIGHT I. – Martin Zahálka (vedoucí TK),

Ivana Radimecká (ředitelka OS WL)

tk@whitelight1.cz, ivana.radimecka@whitelight1.cz

416 797 069 – TK

602 145 461 – TK

Mukařov 53, 411 45 pošta Ústěk

11. TKDZ Nová Ves – David Adámeček (ředitel Advaita, o. s.),

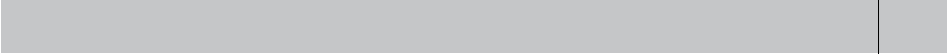
Irena Habrová (vedoucí TKDZ)

komunita@advaitaliberec.cz

485 146 988

www.advaitaliberec.cz/terapeuticka-komunita/

Nová Ves 55, 463 31 Chrastava



The page is otherwise blank, with a vertical line on the right side and a light grey background.

Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe

Editor MUDr. Petr Nevšímal

Odborná revize MUDr. Petr Nevšímal

Foto na obálce Jan Bezucha

Obálka a grafická úprava Tomáš Didunyk

V roce 2007 vydal Středočeský kraj, Zborovská 11, Praha 5

a Magistrát hl. m. Prahy, Mariánské náměstí 2, Praha 1

ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s.

Dobříšská 56, 252 10 Mníšek pod Brdy

Produkce NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny,

Dykova 15, 101 00 Praha 10

Vydání první

Tisk Střední škola polygrafická Praha, s. r. o.

NEPRODEJNÉ

■ Závislost vykořenila člověka z běžných vztahových rámců a učinila jej jediným klíčovým vztahem vztah k jeho droze a k sebeuspokojení nezávisle na okolním světě. Úkolem společenství terapeutické komunity je zviditelnit sociální potřeby závislého člověka a umožnit mu docílovat sebeuspokojení jinými mechanismy - v přímé konfrontující závislosti na druhých. Terapeutická komunita tak vytváří tlak na jednotlivce a jeho příslušnost k celku – na identifikaci se společenstvím a jeho filozofií – tedy na identifikaci s abstinenčním životním stylem jako s životním údělem či dokonce posláním.

PETR NEVŠÍMAL



STŘEDOČESKÝ KRAJ

Krajský úřad Středočeského kraje
Zborovská 11, 150 21 Praha 5
www.stredocech.cz



Magistrát hl. m. Praha
Mariánské náměstí 2, Praha 1
www.magistrat.praha-mesto.cz



Magdaléna, o.p.s.
Dobříšská 56, 252 10
Mníšek pod Brdy
www.magdalena-ops.cz

NEPRODEJNÉ