

Souhrnně můžeme tyto aktivity nazvat metodou, která umožňuje svépomočí dosáhnout vlastního rozvoje. Učení a růst se objevují prostřednictvím přijetí povinností a daných postupů v práci klienta, na kterém jsou ostatní členové komunity závislí. Komunitní role vyžadují změnu chování a postojů a rovněž vytváření vztahu k ostatním lidem.⁴ (George De Leon, 2002)

Opomíjeny nejsou ani pomocné práce, které mají stejnou důležitost a význam jako funkce. Dobře provedený běžný úklid, nebo pečlivě umyté nádobí je stejně důležité, jako výborně uvařený oběd. I při pomocné práci se střídají všichni členové komunity bez rozdílu. Jen ti v řídicích funkcích se jim věnují naplno.

Významnou složkou péče o běžný chod komunity je plánování. Tým i klienti se společně snaží myslet na zítřek. Organizují si práci, povinnosti i zábavu, tak aby plnila svůj účel a nedošlo k ohrožení fungování domu a hospodářství. Plánuje se na den dopředu, je rozpis práce na měsíc a jsou i sezónní práce, které musí být v ročním plánu (seno, dřevo, brambory). Drogově závislí schopnost plánovat většinou ztratili, ale mají možnost ji obnovit. Dům a hospodářství jsou přitom jakýmsi vyšším principem. Když je potřeba postarat se o nemocná zvířata, tak nezáleží na tom, co je zrovna v programu a všichni jdou pomáhat do hospodářské budovy.

V komunitní terapii se nezapomíná ani na individuální zodpovědnost. Klient je veden ke zlepšení základní péče sám o sebe. Někdy se musí znovu učit uklízet si po sobě věci denní potřeby, neházet odpadky a nedopalky na zem, stlát si postel, udržovat pořádek na pokoji, dodržovat hygienu. Rovněž vybavení komunity, tedy její majetek, vyžaduje zodpovědný přístup. Proto platí, že kdo v komunitě něco poškodí, opraví to nebo se postará o plnohodnotnou náhradu. Tento přístup vyžaduje hodně terapeutického prostoru a důslednosti jak od týmu, tak od klientů. Ke zlepšení v oblasti přijetí individuální zodpovědnosti dochází v době, kdy si klient uvědomí, že vším co dělá, ovlivňuje život celé komunity.

Cílem zapojení klientů do každodenní péče o chod komunity, je získání vlastních kompetencí a uvědomění si svých schopností. Je to prostor pro spolupráci, která vede k identifikaci s komunitou, přijetí jejich hodnot. Cíleně je klientovi nabízena možnost naučit se překonat krize, stres, únavu. To je pak cesta k přijetí zodpovědnosti za své jednání a získání důvěry od ostatních. Komunitní funkce přispívají ke zvýšení sebedůvěry a nalezení sebehodnoty. Nejvyšším cílem je přijetí vlastních životních rolí, které odpovídají reálným možnostem klienta a vedou k jeho spokojenosti.

Poznámky

1. Kooyman, M.: Terapeutická komunita pro závislé, In: *Terapeutická komunita pro závislé I.-Vznik a vývoj*, str. 12.
2. Tamtéž, str. 33
3. Tamtéž, str. 33
4. De Leon, G.: Terapeutická komunita pro závislé: vývoj v Severní Americe, In: *Terapeutická komunita pro závislé I.-Vznik a vývoj*, str. 136-137.

Porozumění sobě, smyslu života a světa, stejně jako konkrétní způsoby ovlivňování poruch zdraví se děly a dodnes dějí cestou racionální, citovou a mystickou.

Vymětal, 1997

➤ Příčiny vzniku a rozvoje drogové závislosti jsou velmi různorodé a zahrnují zpravidla kombinaci faktorů a vlivů biologické, psychologické, sociální i **spirituální** povahy. Aby léčebný proces mohl být úspěšný, musí reflektovat toto komplexní pojetí. Má-li být u klientů cílem léčby dosažení trvalé změny životního stylu a zvýšení jejich osobní spokojenosti, není to myslitelné bez uspokojení spirituálních potřeb. Ty mohou být různé, nicméně touha po transcendentnu je přítomna vždy, neboť je v lidském pokolení hluboce zakořeněna. Některé klienty ostatně právě tato nenaplněná potřeba přivedla do područí drog.

Jedním z mnoha způsobů, jak se transcendentna dotknout, je rituál. V celé historii lidstva hrály rituály významnou úlohu. Svým posvátným charakterem dávaly událostem hlubší smysl, svou daností a opakováním poskytovaly bezpečí a zbavovaly nejistoty. Zpravidla probíhaly v rámci společenství, a plnily tak výrazně tmelící funkci. Byly symbolickým vyjádřením určitých potřeb člověka i prostředkem jejich naplnění. V moderní společnosti bohužel význam rituálu obecně oslabuje, nebo je jeho role výrazně transformována. Ztráta duchovní tradice, povrchnost a nestálost prostředí i vztahů, nelaskavý vztah člověka k Zemi, přírodě i sobě samotnému je patrně důsledkem všeobecné redukce duchovního a posvátného v moderní materiálně orientované společnosti. Drogová závislost je jen jednou z mnoha civilizačních chorob a obtíží psychogenní resp. sociogenní povahy, k jejichž rozvoji přispívá vnitřní i vnější nejistota člověka.

Ze základní typologie rituálů vyplývá, že tyto specifické formy konání pokrývají hlavní kritické oblasti lidského soužití: 1) v případě vyhocených situací skupinu stmelují rituály nebezpečí, 2) rituály přechodu mají zajistit plynulost sociálně významné změny, 3) semknutí spravedlivých a posílení platnosti

ustanovených norem je mimo jiné účelem rituálů trestání, 4) ceremoniálním vyjádřením úspěšnosti a superiority vlastní skupiny jsou oslavné rituály, 5) vztahy nadřizovanosti a podřizovanosti vymezují rituály úcty (*Velký sociologický slovník*).

Většina terapeutických komunit pro závislé pracuje, více či méně vědomě, nějakým způsobem s rituály. V TK nalezneme všechny výše zmiňované typy rituálního chování, klíčový význam však hrají rity přechodu a rity ceremoniální.

Rituály přechodu

Specifickou roli v životě člověka, v procesu jeho individuace plnily v minulosti a plní do určité míry i dnes tzv. rituály „přechodové“. Usnadňovaly přechod z jednoho stavu do jiného, od jedné role ke druhé, od jednoho období k jinému. Frakcionováním děje nebo události a pozvolností napomáhaly přechodu k posoupně vyšší fázi života, svou daností bránily dezorientaci a napomáhaly optimálnímu naplnění nové role, posvátným charakterem dávaly událostem hlubší smysl. Často je provázely zkoušky. Pro rity přechodu je typické členění na tři základní stadia: stadium odloučení, stadium pomezí a stadium přijetí (A. v. Gennep). V prvním stadiu je individuum vytrženo ze svého původního prostředí, druhé stadium je určeno především k tomu, aby připravilo transformaci jedince, a třetí slouží přijetí jedince do nového prostředí. Podobnost těchto stadií s jednotlivými fázemi léčebného procesu v TK je patrná. Můžeme je nalézt při vstupním rituálu do léčby – klient přichází do komunity a odevzdává vše, co jej spojuje s vnějším světem – doklady, peníze, léky, mobilní telefon atd. a odchází na klauzuru (zpravidla trvající 24 hodin). Odluka tedy probíhá v rovině materiální (zbavení se zmiňovaných předmětů), fyzické – odchod na klauzuru – i v podobě spirituální, na úrovni myšlenek – na klauzuře klient bilancuje svůj dosavadní život a důvody, které jej vedly ke vstupu do léčby, zpracovává životopis. Po klauzuře se zpravidla představí skupině a skupina jemu, seznamuje se s domem a je zařazen do nulové fáze léčby – období pomezí (cca 14 dní). Toto období slouží vzájemnému poznávání a postupnému přibližování klienta a skupiny. Klient ještě není jejím plnoprávným členem. Teprve poté následuje poslední část vstupního rituálu – přijetí do nového prostředí, které opět může probíhat odlišnými způsoby, ale podstata bývá stejná. Klient se musí během fáze pomezí „osvědčit“, aby jej skupina přijala mezi sebe. Někdy se musí v závěru této fáze i fyzicky „probojovat“ mezi členy skupiny, zpravidla také podepisuje závazný kontrakt o léčbě apod. Období pomezí chrání skupinu, je velmi podobné rituálům přijetí cizince. Zároveň ale chrání i klienta, neboť v tomto stadiu ještě nemá běž-

né povinnosti, je z něj snadnější cesta zpět (některé komunity, teprve první fázi považuje léčbu za zahájenou). Léčba v TK je obdobím významných změn v klientově životě. Pokud je úspěšná, je skutečným přechodem z jednoho stavu do jiného, od užívání drog k abstinenci, od neodpovědného, sebedestruujícího jednání k odpovědnému vztahu k sobě i okolí a svým způsobem i od „dětství“ k dospělosti. Z tohoto pohledu je členění léčby do tří fází podstatou velkého přechodového rituálu. Náplní první fáze je odpoutání se od původního prostředí, druhá fáze by měla obrátit klienta k sobě samotnému, k načerpání sil k novému způsobu života a třetí fáze slouží postupnému odpoutávání do komunity a přechodu do nového prostředí, k novému způsobu života. Klient v této fázi již zpravidla pracuje mimo komunitu a účastní se jen některých jejích aktivit. V některých zařízeních je proces postupné odluky podpořen i fyzickým přestěhováním klienta do jiné části objektu či zcela mimo hlavní objekt komunity, samostatným hospodařením a vyšší mírou odpovědnosti i volnosti. Při přestupech jsou tyto tři fáze nahuštěny do krátkého časového rozmezí a jsou velmi výrazné a zřetelné. První stadium odloučení – klauzura, druhé stadium rituálu obhajoba přestupu do vyšší fáze, třetí stadium přijetí – hlasování, předání daru, blahopřání.

Rituály ceremoniální

Rituály ceremoniální slouží především k upevnění nastolených změn. Patří k nim veškeré oslavné rituály a obřady spojené s postupem a úspěšností klienta v léčbě jako např. slavnostní komunity spojené s hodnocením přestupu do dalších fází léčby, závěrečný rituál výstupu z léčby a absolventské rituály oceňující klienty s odstupem několika let. Formou ceremoniálního rituálu také může být oslava výročí vzniku komunity, obřady spojené s církevním rokem, či se dnem narození jednotlivých klientů. Ceremoniální rity jsou rovněž velmi důležitou součástí léčby, neboť jsou vyjádřením a oceněním úspěšnosti a jedinečnosti individua, skupiny nebo události. Jejich průběh je vždy stejný, daný a liší se komunitu od komunity tak, jak se vyvíjel v průběhu jejího vzniku. Rituály jsou často vázány a probíhají za přítomnosti rituálních osob (např. zakladatelé či patroni komunity, nebo jiné pro ni důležité osoby), často se v nich objevují symboly životních hodnot (zdraví, dobro, láska, odpovědnost, moudrost, důvěra, abstinence). Někde jsou používány rituální předměty (předměty důležité pro tu kterou komunitu a klienty v ní – např. svícný, keramické dlaždice s otisky klientů apod.), jinde se pracuje se symbolikou čtyř živlů (oheň, voda, země, vzduch). Důležité je i místo a atmosféra těchto událostí (např. hudba či oblečení členů). Kromě toho, že v jejich průběhu je potvrzována úspěšnost klienta a potažmo i komunity (platnost jejího léčebného programu)

a jsou důležitým jednotčícím prvkem, jsou pro klienty ještě důležitě tím, že „učí slavit“. V naší kultuře, kde je synonymem pro oslavovat, „popíjet“, mohou být pro klienty první zkušeností slavnosti bez požití návykových látek.

V komunitě však nalezneme i řadu drobných každodenních rituálů či ritualizovaných činností: za mnohé uveďme alespoň: rituály společného jídla, v některých komunitách je podporou sounáležitosti každodenní společná modlitba, jinde je den či činnost zahajována společným pokřikem, či provoláním. Za rituál lze považovat i rozhodování o společných záležitostech komunity, či rituály zajišťující bezpečí – např. očištění klienta při vstupu do komunity, či očištění komunity v případě, že se zde objeví drogy – komunita se semkne a společně provede fyzické (1) i psychologické (2) očištění od drog (1. např. úklid a umytí domu, 2. např. formou skupiny, kde se o záležitosti hovoří). Své rituály mává i terapeutický tým (např. rituál odcházejícího šéfa a přijetí nového).

Co je tedy podstatou rituálu a v čem spočívá jeho výjimečnost? Je to standardizované chování, které má hlubší smysl, nebo smysly (někdy odlišné pro jednotlivé účastníky), které probíhá v určitých neměnných podmínkách – rituálním prostředí (místo, situace, čas) za účasti určitých osob – rituální osoby, event. za použití rituálních předmětů (předměty nějak pro komunitu důležité, svou historií, symbolikou apod.). **Rituál obsahuje významy, které přesahují realitu rituálem znázorňovanou. Je to symbolická akce reprezentující jednu realitu, ale na určité úrovni korespondující s realitou jinou.**

Při společných hlubokých prožitcích (kromě rituálu např. také další obřady a jiné mimořádné zážitky v přírodě či při společném sportu nebo kultuře) se objevují okamžiky, kdy komunita společně „dýchá“, cítí, její členové vyjadřují společné myšlenky. Tehdy je přítomna jakási vnitřní síla, která boří bariéry mezi členy skupiny, je stmelující a zároveň naplňuje jednotlivé členy skupiny. Tyto aktivity a s nimi spojené prožitky, navozující mírně změněný stav vědomí, umožňují člověku vyjít ze sebe samotného, být spontánní a svobodný a tím objevit novou, tolik potřebnou dimenzi svého života a to bez použití návykové látky.

Rituály se zpravidla vytvářejí postupně a jaksi mimoděk společně s vývojem a zráním té které komunity. Na počátku, kdy je často třeba bojovat o samu existenci, vznikají především drobné rituály všedního života spojené s každodenními aktivitami a s uspokojováním základních lidských potřeb jednotlivce i komunity. Každodenní nudné povinnosti se tak proměňují v malé obřady jejichž působením jedinec zvnitřňuje obsah těchto činností a snáze je přijímá za své. Tzv. velké, nebo chcete-li pravé rituály se formují později, tak jako duchovní potřeby člověka jsou satureovány až v situaci, kdy je zajištěno jeho přežití.

Zajímavý je fakt, že v koncepcích a operačních manuálech jednotlivých zařízení zpravidla zmínku o rituálech nenajdeme a pokud ano, převažují popisy vnějších projevů, ale chybí zmínky o jejich významu pro život komunity. Jaký význam rituálům obecně tedy jednotlivé komunity a terapeuti v nich připisují, jaké myšlenkové obsahy pro klienty i tým tyto aktivity mají? Jaké jsou vědomé i nevědomé motivy rituálního konání v komunitě a jaký je (pokud existuje) vztah rituálu, či rituálů k procesu individuace klienta. To jsou otázky, které by si měla klást každá komunita, která usiluje o holistický (celostní) přístup léčby drogových závislostí.

Principy TK jsou založeny především na léčbě prostředím a vztahy a je proto nezbytné vytvořit v jejím rámci atmosféru bezpečí, sounáležitosti, soudržnosti a vzájemné ochoty si pomáhat. Pocit, že patřím ke skupině je podporován právě v průběhu kolektivních obřadů, chcete-li rituálů, kdy se mezi jedinci vytváří cosi jako „kolektivní vědomí“, kde mohou být všemi zúčastněnými sdíleny společné obsahy a pocity a kdy se posilují emotivní pouta mezi členy společenství. Výše uvedené se vztahuje jak na tzv. „pravé rituály“, tak na celou řadu ritualizovaných činností.

Literatura

- Gennep, A. v.: *Přechodové rituály*, NLN, Praha 1997.
Velký sociologický slovník, Karolinum, Praha, 1996.
Vymětal, J.: *Obecná psychoterapie*, PN, Praha, 1997.

Terapeutické programy

a Skupinová terapie Petr Nevšimal

Skupinová terapie je jednou z účinných terapeutických technik v terapeutické komunitě. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakce jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Slouží přitom k dosažení náhledu a pochopení postojů, změně maladaptivních vzorců chování, zprostředkování znalostí o interpersonálních procesech, podpoře zrání osobnosti a k odstranění některých symptomů onemocnění (ať už nácvikem, nebo vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů) (Kratochvíl). Standardy péče v terapeutické komunitě pro drogově závislé vyžadují nejméně 20 hodin strukturovaných skupinových terapeutických aktivit týdně (*Standardy služeb pro uživatele drog*). Tento objem je poměrně vysoký, a obnáší tak zhruba 3- až 4 hodiny skupinové terapie denně. Pokud jej ovšem srovnáme s objemem ostatních společných aktivit komunity, je zřejmé, že na klienta programu působí daleko více vlivů a že tyto aktivity ovlivňují terapeutické procesy ve skupinové terapii. Program TK běží 24 hodin denně, klienti jsou ve vzájemné interakci prakticky nepřetržitě a platí postulát, že „vše, co se děje v TK, je terapie“ (Kooyman). Řada obecných cílů skupinového procesu se tak může odehrávat i v rámci jiného programu. Společný život komunity tedy významně ovlivňuje vlastní skupinové procesy – terapeutická skupina v komunitě se charakterem značně odlišuje od skupiny v ambulancích i v ústavních podmínkách.

Charakter skupinové terapie

Skupiny v TK pro závislé jsou ovlivněny řadou skutečností, jež jsou specifické jen pro tuto klientelu (Nešpor, Csemy) a jen pro komunitní zázemí.

První z nich je velké zastoupení klientů s duální diagnózou. Běžně se uvádí, že ve funkční skupině lze mít jen 1 až 2 klienty s touto diagnózou, jejich

reálné zastoupení v TK je ovšem mnohonásobně vyšší. Složení skupiny tím určuje její tempo, schopnost sebeotevření a charakter obran, s nimiž se musí skupina a terapeut vypořádat.

Klasická skupinová pravidla jsou podřízena celokomunitním pravidlům, a mají tak modifikovanou platnost. Např. pravidlo „nevynášet témata a neřešit je mimo skupinu“ zde neplatí, resp. není možno udržet. Striktní dodržování tohoto pravidla ani není žádoucí, naopak klient, který se nemohl účastnit skupiny, má právo na informace z jejího průběhu, což je zajištěno všeobecnou dostupností zápisů z terapeutických programů. Pravidlo nenavazovat vztahy mimo skupinu též neplatí, naopak vytváření blízkých vztahů v komunitě je nezbytné (na úrovni jakoby sourozenecké). Mezi klienty tak často vznikají koalice a přátelství, z nichž některá jsou pro ně důležitá pro celý další život. Někdy také klienti přestupují klíčová komunitní pravidla, která omezují vznik sexuálních a partnerských vztahů, a mohou být z komunity vyloučeni. Proto je velmi důležité o vzájemných vztazích otevřeně hovořit, mít na zřeteli vznikající koalice a erotické dvojice (které brzdí terapeutický proces) a průběžně tato témata otevírat na základě všech poznatků i mimo vlastní skupinové sezení.

Bezpečí a intimita – klíčový pojem pro podmínky psychoterapie, nachází v prostředí TK zvláštní uplatnění. Bezpečný prostor, který v skupinové psychoterapii umožňuje klientům sebeotevření a experimentování se sebou samým, musí být v TK přítomen i mimo terapeutickou skupinu. Terapeutická skupina celkový pocit bezpečí a přijetí posiluje a podtrhuje vzájemnou rovnost a stejnou důležitost všech členů komunity a poskytovanou emoční podporou. Není-li ovšem v komunitě dostatek bezpečí a otevřenosti (např. když sdílí klienti nebo jejich část skupinové tajemství, nebo když je komunita ovládnuta skrytě v rámci tzv. druhého života komunity), jsou i terapeutické skupiny formální a neaktuální. Nebo se na nich mlčí. Nároky na bezpečí a intimitu skupinového prostoru některých klientů jsou tak veliké, že ani nemohou být ostatními saturovány (zejména zpočátku pobytu). Na druhou stranu fakt, že nemohou z komunity odejít (hrozí relaps, není kam jít), zvyšuje odhodlání v terapii setrvat a umožňuje momentální frustraci překonat. V každém případě není prostor skupiny natolik volným experimentálním prostorem, v kterém lze objevovat sebe sama a zkoumat vztah s druhými jako v případě skupiny v jiných podmínkách. Pro klienty je nejdůležitější kvalita vztahů v rámci celého komunitního života, při kterém často nikdo z terapeutického týmu není. Terapeutická skupina obvykle slouží víc k zrcadlení, ke konfrontaci a k hledání potřebných změn, než k získání intimity a bezpečí, které zprostředkuje sebeotevření ve standardní skupině ambulantní.

Koheze skupiny se stejně tak posiluje i mimo vlastní terapeutickou skupinu během společných aktivit (práce, sportu, volného času, zátěžové terapie). Tyto ostatní aktivity sehrávají v nastolení a udržení koheze skupiny dokonce větší roli. Oproti tomu v ambulantních podmínkách vzniká koheze pouze vlastní činností skupiny.

Otevřenost skupinového procesu je akcelerována vzájemnou hlubší znalostí z dějů mimo skupinovou terapii. Kritika se opírá o reálné chování a jeho znalost je okamžitě k dispozici. Orientace skupiny na téma „tady a teď“ je velmi aktuální a postihuje nutně „tady“ v celé šíři komunity. Skupina se často soustředí na pojmenování dějů a skutečností existujících a viditelných v běžném životě komunity a na práci s nimi. Otevřenost klientů a intenzitu interpersonálních dějů ve skupině na jedné straně podporuje to, že jsou mezi klienty daleko menší konvenční sociální zábrany díky spolužití a vzájemné blízkosti. Skupiny tak bývají výrazně emotivnější, osobní angažovanost klientů i terapeutů je často maximální. Aspekt společného života klientů a terapeutů může na druhé straně vést zároveň k brždění otevřenosti skupinového procesu, kdy klienti musí více zohledňovat své bezprostřední zájmy o uspokojivé „reálné“ vztahy s ostatními. Navíc se terapeut musí vypořádat s běžnými tendencemi klientů zavést skupinový proces do mocenských pŕetek a vyřizování ŕctů z jiných oblastí komunitního života, a s destruktivními tendencemi klientů v oblasti pravidel komunity či abstinence (např. skupinové bažení).

Obranné intrapsychické mechanismy chránící před ŕzkostí a konfliktem jsou ve své maladaptivní formě (např. štěpení, popírání, vytěsnění, regrese atp.) u klientů TK pro závislé velmi časté a strach ze zranění v důsledku minulých životních zkušeností veliký. K problematickým tématům je často třeba se opakovaně vracet, trpělivě čekat na vhodný čas k intervenci, podporovat klienta individuální terapií a využívat všech dalších forem terapeutických intervencí (např. rodinné terapie nebo neverbálních technik). Zařazování různých neverbálních technik do vedení skupiny často pomáhá v rozkrytí těchto konfliktů, akceleruje skupinový proces a přispívá k získání korektivní emoční zkušenosti. Terapeut v TK si obecně může dovolit být mnohem invazivnější než v případě vedení skupiny v jiném zázemí (k zpracování zážitku může dojít během další doby nebo dalšího programu, nehrozí takové riziko odchodu klienta z programu).

Témata jsou v důsledku podobného složení klientů relativně omezená a opakují se – např. autobiografie, rodina v dětství a teď, návrat domů či ne, vztahy s partnery, sexualita, vztahy s ostatními v komunitě, zneužití, potřeba pozornosti, vztah k autoritě, strach z odmítnutí, osamělost, témata z oblasti preven-

ce relapsu, lenost a motivace, budoucí profese. Pro klienty je obtížné se koncentrovat na více témat najednou, nebo střídát zaměření pozornosti na různé protagonisty. Proto se terapeutické skupiny věnují v drtivé většině jen jednomu tématu/protagonistovi. Z ambulantní praxe běžné posouvání pozornosti od jednoho tématu k druhému, nebo zpracování více témat několika protagonistů během jedné skupiny je v TK vzácné.

Vedení terapeutické skupiny

Vedení terapeutické skupiny v terapeutické komunitě pro drogově závislé přináší obzvláštní nároky na terapeuty a jejich integritu. Vzhledem k tomu, že jsou v komunitě přítomni často několik dní v týdnu nepřetržitě během své služby, je permanentně atakována jejich profesionální role. Účastní se více typů programů, které vyžadují střídání postav a střídání rolí (individuální garantství, empatické vedení skupiny, reprezentace řádu a restriktivní úloha, výchovné autoritativní jednání, společná manuální práce, hraní fotbalu, táboření v přírodě...). Zužuje se tím prostor pro event. expertní či analyzující terapeutické postoje, terapeut je klienty více vnímán jako reálná osoba a vystupuje i při vedení skupiny jako aktivní vůdce, nebo dokonce jako autentická osoba (dle členění Kratochvíla). Jako jinde platí, že čím autentičtější terapeutovy reakce jsou, tím větší mají pozitivní dopad. Při vedení skupiny mladých toxikomanů je tedy nutné pevnější držení struktury skupiny, určování směru úvah, objasňování, režírování psychodramat, podpora a neustálá aktivace všech zúčastněných (Miovský, Bartošíková).

To vyžaduje od terapeuta v TK vysokou úroveň terapeutických dovedností, výcvik ve skupinové psychoterapii je nezbytnou součástí jeho kvalifikace. V některých komunitách je absolvování takového výcviku podmínkou práce v komunitě (komunity také běžně na profesní vzdělávání členů týmu finančně přispívají).

Dělené skupiny

Při vyšším počtu klientů ve skupině (přes 10) je udržení pozornosti všech členů obtížné (zejména v důsledku četnosti duálních diagnóz), část klientů má tendenci upadat do pasivity a dění ve skupině se řídí podle podskupiny aktivnějších. Jednotlivec dostane prostor na skupině k řešení vlastního tématu méně často a jeho témata se snadno stávají neaktuálními – mezitím se je snaží řešit sám, nebo pouze s někým mimo skupinový čas. Výsledkem je, že přichází na skupinu s již usazeným názorem a skupina pak sklouzává spíše k informová-

ní než k řešení. Omezený prostor k prosazení vede také k plánování témat na skupinu – pokud jsou tato témata součástí individuálního plánu a jejich absolvování je povinné, může dojít ve skutečnosti k odsouvání aktuálních skupinových témat. Terapeutické procesy jsou pak příliš řízené a vzdalují se skutečným potřebám komunity. Účelnější může být dělit základní skupinu na dvě. A to i v případech, že je pak ve skupinách jen po min. 5 účastnících. Skupiny mohou běžet paralelně, každá vedená jedním terapeutem. Výhodné je pak zajistit vzájemnou informovanost členů skupin sloučením obou skupin na závěr a podáním stručné informace o jejich průběhu. Tento postup zajišťuje dostatek skupinového prostoru pro všechny, zaručuje přinášení aktuálních témat a aktivizuje rovnoměrně všechny členy skupiny (což v malé skupině není problém).

Typy terapeutických skupin

Ranní komunita – je základní a nejdůležitější terapeutickou skupinou v TK. Zaměřuje se na zhodnocení důležitých událostí včerejšího dne, na reflexi momentálního naladění, na podávání aktuálních informací, na naplánování činností pro dnešní den, řešení organizačních a provozních záležitostí, udělování pochval a sankcí, podávání vzájemných reflexí, uzavírá se často společným skupinovým rituálem. Ranní komunitu může vést na rozdíl od terapeutické skupiny klient, většinou šéf domu. Příklad průběhu ranní komunity může být následující: Přivítání, nejdůležitější událost včerejšího dne, citát na dnešní den, reflexe momentální nálady či cravingu, rozbor snů, individuální hodnocení prožitých událostí, reflexe k druhým, rozpis pracovních činností, udělení sankcí a pochval, žádosti o výjimky, atp. Do programu TK je ranní komunita zařazena prakticky každodenně, někdy je doplňována i večerní komunitou s obdobným hodnotícím obsahem. Různě modifikovaná ranní komunita je na programu i při mimořádných událostech v komunitě, při výjezdech celé skupiny mimo TK atd. Zachovává kontinuitu dění v TK, zprostředkuje sdílení a zpětné vazby, které jsou základem fungování terapeutické komunity.

Autobiografická – během prvních dnů pobytu klienta v komunitě (nejpozději do jeho řádného přestupu do I. fáze) proběhne podrobnější popisná autobiografická skupina. Protagonista do ní obvykle vstupuje s obavami stran přijetí, z neznámého prostoru, s obavou z kritiky a s touhou zaujmout a zařadit se mezi ostatní. Cíl je velmi prostý a omezuje se na poskytnutí základních informací o jeho životě, tak aby se k němu druzí mohli snáze vztahovat. Není zde prostor na podrobnější rozbor jednotlivých životních témat, často postačí jejich pojmenování. Mnohdy je třeba omezovat tendenci klientů vypovídat dopodrobna o okolnostech braní drog, kdy se zároveň snaží zaujmout a ve stylu předchozího

života „vychloubat”. Důležitější je se věnovat klíčovým vztahům a zlomovým událostem života, mnohdy i ve velmi útlém dětství (a nastartovat tak psychodynamické uvažování o příčinách závislosti). Ostatní členy skupiny je třeba podporovat ve sdílení osobní zkušenosti a v reflektování podobnosti event. odlišností s vlastním osudem. Klienti obvykle prožívají bezprostředně po skupině velkou úlevu a začlenění do kolektivu je v následujících dnech velmi akcelerováno. V řadě komunit jsou používány k podpoře biografické skupiny různé neverbální techniky (nakreslení řeky života, životní osy, sochání...). Snáze se tak udrží koncentrace a načasování průběhu skupiny.

Interakční – jedná se o skupinu zaměřenou na konfrontaci dvou nebo více členů komunity. Tato konfrontace obvykle vychází z předchozích konfliktů a postojových rozdílů mezi aktéry. Je výhodné tyto rozpory průběžně monitorovat a skupinu podporovat v jejich objevování a odhalování. Konfrontace by měla být přímá, orientovaná na klientovo chování, konkrétní a podepřená konkrétními příklady. Po (často ostré) výměně názorů následuje pohled ostatních členů komunity na konkrétní téma, a posléze v ideálním případě i pokus o psychodynamický vhled podstaty problému. Téma by mělo být uzavřeno vzájemným pochopením aktérů, nebo alespoň tolerancí k odlišnému názoru. Klienti by měli být schopni po skupině normálně spolupracovat, podání ruky nebo objetí tento fakt často stvrzuje. Potenciál, který taková skupina nabízí, je ohromný (náhled, sebereflexe, odpuštění, přijetí...) a pro terapeutický tým je zpravidla její vedení nejobtížnější.

Dynamická – jedná se o skupinu vymezenou tématem jednoho protagonisty s cílem předestřít určitý problém v maximální šíři a souvislostech. Zájemců o skupinu bývá obvykle víc, a tak se na počátku skupiny často hlasuje o tom, kdo protagonistou bude. Někdy může samozřejmě rozhodnout tým. Plánování témat na skupinu s předstihem v rámci individuální garantské spolupráce bývá časté, snižuje ovšem aktuálnost přinášeného materiálu, a tím intenzitu skupinového dění. Některá témata na dynamickou skupinu mohou být i povinná (např. vztahy v rodině) v souvislosti s přestupem z jedné fáze do druhé. Často vycházejí téma i řešení přímo ze společných zážitků členů komunity, méně často se zpracovávají témata v souvislosti s individuální historií klienta – paralely mezi osobní historií a současným projevem v TK jsou cenným doplňkem pro budoucí návrat do rodiny a pro plné pochopení souvislostí. Velmi zřídka dochází k situaci, kdy se o skupinu nikdo hned v počátku nehlásí a v tichém napětí se čeká na něčí iniciativu ve skupině (situace běžná z ambulantní praxe). V TK k takové situaci dochází spíše v důsledku skupinové tendence blokovat terapeutický proces a skrývat skutečná témata běžící pod povrchem komunitního dění (manipulace skupiny několika jedinci mimo rámec pravidel, vědomí jejich porušování,

strach z důsledků otevření „rizikových témat“). V rámci dynamické skupiny se také často používají nejrůznější techniky k akceleraci skupinového procesu – vzhledem k různému typu psychoterapeutického výcviku členů terapeutického týmu bývá jejich repertoár pestrý i v rámci jedné TK.

Mimořádná – každý člen komunity má právo svolat mimořádnou skupinu v případě, že cítí ohrožení sebe nebo komunity, a v případě, že mu např. jeho emoční stav nedovoluje normálně fungovat v programu. Mimořádná skupina vyžaduje zastavit aktuální program a účast všech přítomných členů komunity je nezbytná. Poskytuje časově velmi omezený prostor v řádu minut na zpracování krizového tématu a buď dojde k okamžitému řešení, nebo k odkazu do prostoru obvyklého k řešení takové situace. Například se může jednat o konflikt mezi klienty, oznámení porušení některých pravidel nebo nalezení drogy v komunitě. Frekvence mimořádných skupin vypovídá o otevřenosti dění ve skupině. Pokud delší dobu chybí dochází pravděpodobně k řešení řady problémů skrytě v kuloárech (v rámci druhého života komunity), protože vše v řádném běhu programu zpracovat nelze.

Další variantou mimořádně svolané skupiny jsou skupiny určené k vítání hostů, přijetí nových členů komunity nebo třeba ke společné oslavě narozenin. Podobně se mimořádnou skupinou zahajuje a ukončuje „krizová 24“ (individuální den volna určený k rozhodování o setrvání v programu) nebo vícedenní pobyt rodinného příslušníka v komunitě.

Tematická – jedná se o skupinu s předem určeným tématem, na jehož zpracování pak pracuje celá skupina. Téma buď přináší terapeut (např. systematická prevence relapsu), nebo je vybíráno klienty z aktuálního dění v komunitě (např. význam některých pravidel, skryté chutě nebo jak naložit s dluhy vůči rodičům). Může být z části didaktická (ať už vedená terapeutem nebo klientem) a z části diskusní, obvykle se klíčová slova zaznamenávají na tabuli a závěry se zobecňují a pracuje se na jejich přijetí členy komunity.

Vzdělávací – takové skupiny se zaměřují na obecnější, filosofická, historická, politická, kulturní, či náboženská témata a slouží k porozumění vztahu klientů k světu, práci na vlastní hodnotové orientaci nebo prostému zařazení událostí dnešního světa do souvislostí. Jejich témata zpravidla přináší terapeutický tým, v některých TK je zpracována podrobnější koncepce vzdělávání klientů k zmírnění jejich handicapu vzhledem k vrstevníkům.

Gender skupiny – do programu některých TK se zařazují dělené mužsko-ženské skupiny, mohou být periodicky 1x za měsíc, nebo *ad hoc* dle potřeby. Ve většině komunit nejsou pohlaví zastoupena rovnoměrně, mužů bývá min.

dvojnásobek. Už jen to by mohlo vést k odsouvání mnoha potřebných témat pro ženy na okraj zájmu. Hlavním smyslem takových skupin je, že na řadě témat z této oblasti se zpočátku pracuje snáze odděleně, protože pro klienty je obtížné hovořit před druhým pohlavím o řadě traumatických nebo intimních témat (zneužívání, incest, prostituce, domácí násilí, sex na drogách a bez nich). Další témata se probírají odděleně, abychom se vyhnuli vlivu bezprostřední erotické přitažlivosti nebo event. přenosovým dějům, a aby se omezilo sexuálně podmíněné chování na skupině, či zmenšil stud aktérů. Je pak možno jít v rozboru témat více do hloubky, což platí i pro témata více specifická pro jednotlivá pohlaví. Může se tak jednat o vztah k tělu, volba vhodného partnera a partnerské vztahy, rodičovství, mužská a ženská role v komunitě a v životě, vztahy žen/mužů v komunitě, poruchy příjmu potravy. Posiluje se tak i mužsko-ženská dynamika v komunitě a zčásti se eliminují způsoby manipulací a agování související s pohlavím. Dalším přínosem je posílení vztahu mezi ženami v komunitě a v ideálním případě vznik ženské koalice. Předběžné zpracování pak pomáhá při práci v běžných terapeutických skupinách, na kterých se tato témata pochopitelně vyskytují také. Pro chod komunity je také důležité, že tyto programy brzdí vznik erotických dvojic v rámci komunity.

Hodnotící – pravidelné skupiny zaměřené na zhodnocení určité oblasti života v komunitě – buď individuální prezentaci dosažených výsledků v terapeutickém procesu (hodnocení vztahu k řádu, zvládnání funkcí v TK, pokroky v terapii, specifické kontrakty, plnění léčebného plánu, finanční plánování), nebo např. na posouzení zvládnutí víkendových výjezdů mimo komunitu a nakládání s volným časem v komunitě. Protagonista většinou nejprve prezentuje svůj pohled na danou oblast a pak dostane od ostatních členů komunity zhodnocení ve formě zpětné vazby. Z hodnotících skupin obvykle vycházejí zásadnější skupinová doporučení a event. úpravy individuálního léčebného plánu. Mohou být spojeny s přestupy do jednotlivých fází v komunitě.

Skupiny bez terapeuta – tzv. samořídící skupiny slouží k vyřizování organizačních záležitostí, plánování aktivit (výjezdů, doprovodů, funkcí), hodnocení některých okruhů činností (např. náplň volnočasových aktivit) a vzájemnému poskytování reflexí. Skupinu v tomto případě vede šéf domu a vůdčí roli mají obecně klienti ve vyšších fázích.

Velká komunita – zpravidla jednou za 14 dní až jednou za měsíc jsou společná setkání všech členů komunity (klientů v různých fázích i terapeutů). Řeší se na nich záležitosti významné pro celou komunitu (příchod nových členů, ukončení pobytu, přestupy klientů mezi fázemi, úpravy pravidel komunity, atp.) Všechny součásti Velké komunity jsou výrazně ritualizovány, její struk-

tura je pevná a místy má až charakter ceremoniálu. Je to jediné místo, kde dochází k společnému hlasování všech členů komunity o projednávaných záležitostech, přičemž hlasy všech zúčastněných si jsou rovné (jen ve výjimečných případech může tým užít práva veta). Rituály nabývají různé podoby (viz Kapitola III.) a vesměs se snaží postihnout komunitní hodnoty, filosofii, proces změny klientů atp. Klienti se tak v rámci rituálů např. zbavují reálně či symbolicky věcí a postojů spojených s drogovou minulostí, slavnostně slibují přijetí komunitní filosofie, prezentují své výsledky nebo elaboráty na daná témata, dostávají talismany a komunitní poselství, obdarovávají komunitu, loučí se s ostatními. Svátečnost a významnost Velké komunity je podtržena slavnostním oblečením účastníků, atmosférou výjimečnosti, prožitky silných emocí a mnoha rituály.

Specifické skupinové techniky (např. arteterapie, neverbální techniky, atp.)
Viz dále.

Závěrem

Intenzivní roční pobyt v komunitě může způsobit osobnostní změnu srovnatelnou s několikaletou ambulantní psychoterapeutickou zkušeností. V jaké míře se na této změně podílí jednotlivé programy, nelze určit, některé prvky skupinové terapie ovšem zřejmě hrají určující roli (dle výzkumů v této oblasti). Jsou to zejména sebeotevření, sdílení a poskytování a přijímání reflexí. Klient, který dokáže během pobytu otevřeně hovořit ve skupině o svých pocitech a prožívání, dokáže se najít v chování a prožívání druhých, dokáže přijímat a zpracovávat zpětné vazby od komunity a zejména dokáže otevřené reflexe poskytovat, má velkou naději na trvalou a osobně prospěšnou změnu. To se neobejde bez silných emocí, krizí či napětí. Proto o dobré skupině můžeme s jistotou mluvit tehdy, když je na ní křik nebo pláč, napětí a smích, když se zapojí všichni, když se někdo chytne za nos a když se někteří vzájemně pochopí.

Literatura

- Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*, Galén, Praha 2001.
Kolektiv autorů: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*, RVKPP.
Kooyman, M.: *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*, Erasmus University, Rotterdam 1992.
Nešpor, K., Csemy, L.: *Léčba a prevence závislosti*, Psychiatrické centrum Praha, Praha 1999.
Miovský, M., Bartošíková, I.: *Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti in Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Úřad vlády České republiky, Praha 2003.

b Specifické skupinové techniky

1. Neverbální techniky Václava Křesadlová

Název neverbální techniky vznikl původně z pojmu neverbální komunikace. Je to taková lidská komunikace, která není slovní. Ale je třeba si uvědomit, že neverbální komunikace neznamená vše, co je němé. Když si povšimneme něměho člověka i ten má přece komunikaci rozdělenou na tyto dvě složky – verbální a neverbální, i když slovo není slyšet. V jeho projevu je možné sledovat pasáže, které nesou přímé symboly (znakovou řeč), a části, které dodávají například dynamiku projevu nebo emocionální zabarvení či vnitřní napětí. U lidí, kteří mají možnost plného projevu, tedy i používat hlas, se tyto dvě složky projevují v obou rovinách. Neverbální komunikaci je možné slyšet v hlase i vidět v tělovém jednání, stejně tak i verbální komunikaci. Slyšíme slova a známe jejich obsah, i určitá gesta mají již smluvené významy a jednáme s nimi jako se slovem. Tedy neverbální komunikace je taková, která přímo ukazuje vnitřní svět člověka jeho tělové napětí, city a sentimenty, způsob zpracovávání informací, sympatie a antipatie atd. i tento svět je námi nabízen ke sdílení. Neverbální komunikace je však z větší části nevědomá a chceme-li ji uchopit, je třeba pracovat na jejím zvědomování. Právě s tímto záměrem jsou zařazeny do terapie neverbální techniky. Kladou si za cíl prozkoumání a uvědomování si neverbální komunikace, která je přímou cestou do prožívání a emocionality lidské bytosti.

Pojmem **neverbální techniky** zahrnuje velkou škálu činností – arteterapií či muzikoterapií počínaje a drobnými technikami při skupinách konče. Některé komunity, pro hlubší sebepoznání klientů, zařadily neverbální techniky jako samostatný program v rámci komunitní psychoterapie. Takto je vymezen prostor, kde se klient má zabývat především svým mimoslovním projevem a reflektovat jej. Setkání jsou většinou inspirována dramatickou hrou, improvizací, psychodramatem, výchovnou dramatikou či dialogického jednání. Dramatické umění je jako inspirace pro neverbální techniky nejuvhodnější, protože jediné pracuje s lidskou bytostí a jeho schopností fantazie, prožitku, jednání a člověk je jeho základním tvůrčím materiálem. Tedy dramatická kondice je nejvíce propojená s kondicí bytostně lidskou a schopností komunikovat či být ve vztahu s druhými i se sebou samým.

Program (u nás nazývaný „neverbálky“) má v různých komunitách také různou podobu. Tato podoba je závislá na tom, z jakého dramatického pojetí

vychází. Je-li výchozí oblastí **psychodrama** většinou se na těchto setkání pracuje s konkrétními příběhy, které se odehrály v minulosti. Klientovi je umožněno znovu si projít určitou situaci a to tak, že si volí aktéry svého příběhu (např. role rodičů či přátel i na také sebe sama). Klient kromě toho, že vidí mimo sebe svou vlastní situaci také se později dozvídá, jak se kdo v dané roli cítil. Psychodrama pomáhá znovu prožít dosud nezpracované situace jednotlivého klienta a dramatické umění se tu objevuje ve své iluzivní formě (forma činoherního herectví).

Inspirace **výchovnou dramatikou** nemá jednoznačné určení, protože tento obor sám vychází z mnoha pramenů. Zde je možné se setkat například se strukturováním dramatu nebo s různými cvičeními či scénkami. Co se týká strukturování dramatu většinou je předem dáno téma a nějaký literární či historický příběh. Terapeut vytvoří strukturu (jednotlivé situace, ve kterých se téma zrcadlí) a provází klienty tímto postupně tvořícím se příběhem. Jde o to uchopit téma (např. rasismus, šikana, domácí násilí) a umožnit klientům základní vhléd přes osobní prožitek. Strukturované drama nabízí vstoupit do umělých situací a vytvořit si nový úsudek na např. společenský jev. Výchovná dramatika také s oblibou používá různé hry a cvičení s tématy aspektů mezilidské komunikace nebo osobnostního rozvoje. Jsou to cvičení pro rozvoj vzájemné citlivosti (vodění slepého), cvičení pro rozvoj smyslů (analyzovat sluchem různé prostory, nebo poznávání hmatem...), pro prohloubení důvěry (jeden padá, ostatní ho chytají), pro fantazii a představivost (co bych byl, kdybych nebyl člověk) a spousta dalších oblastí z mezilidského kontaktu. Neverbální techniky inspirované výchovnou dramatikou jsou velmi časté – nabízejí velké pole možností a poměrně pevné vedení. V oblasti těchto dramatických aktivit vyšlo také mnoho literatury nebo sborníků her a cvičení.

Již méně časté až ojedinělé jsou neverbální techniky inspirované „dialogickým jednáním“ nebo volnou dramatickou hrou a hereckou improvizací. Pro tyto aktivity je totiž nutné mít speciální výcvik. Jsou to aktivity, které přímo pracují s přítomnou chvílí a osobním jednáním v situaci, do detailů realizují divadelní rčení „teď a tady“. Dialogické jednání aneb rozhovor s vnitřním partnerem (vytvořeno prof. Ivanem Vyskočilem) se odehrává v základech velmi jednoduché herní situace. Místnost je rozdělena na dvě části, v jedné sedí aktéři a asistent na židličkách, do volného prostoru přicházejí účastníci jeden po druhém a mají za úkol zveřejňovat svůj vnitřní dialog a pokud možno nic nezamlčovat. Ostatní se dívají a nabízejí svou vstřícnou pozornost a asistent dává reflexi po skončení výstupu (výstup trvá maximálně 5 minut). Asistent potřebuje kondici, aby byl schopen odhalit okamžiky pravé autenticity (skutečné jednání bez předpřípravy), a proto pokud sám přestane docházet na vlastní kondiční skupinu, ztratí možnost vést skupinu ostatních. Ivan Vyskočil toto setkávání koncipoval spíše pro kondici terapeutů než pro aplikaci na

klientech, jeho asistenti pracují také na možných filiacích, které z tohoto způsobu vycházejí a nejsou tak náročné.

S čistou přítomnou chvílí pracují také dramatické hry a herecká improvizace, jejich použití je jednodušší než u dialogického jednání a přitom sledují podobné principy. Pokud pracujeme s těmito možnostmi, je zadána pouze výchozí situace a pravidla hry. Jak se hra sama dál rozvine, je závislé pouze na účastnících. Zde se také pracuje s velkou svobodou a klient se musí sám vlastním postojem projevit a hrát hru, o které neví, jak dopadne. Pro přesnější pochopení – např. klienti dostanou větu, která spouští vyprávění a oni po kruhu vyprávějí tak, že musejí na sebe navázat. Dramatické hry a herecké improvizace také mapují jednotlivé aspekty mezilidské komunikace a zároveň podporují situaci hry, bez které by nemohly existovat. Herecká improvizace má několik stupňů, které klient může dosáhnout. Prakticky to vypadá tak, že v určitém období klient některou z her vůbec není schopen udělat a za měsíc už mu nedělá žádné potíže. Tyto případy dramatických aktivit velmi podněcují tvořivost, vnímání partnera v jiných rovinách, hodně pracují s dynamikou a proměnou tělového napětí. Tato cvičení umožňují objevovat vlastní schopnost jednat v přítomnosti a nebát se neznáma.

Za zmínku ještě stojí aktivity, které jsou opakem volných her a improvizací. V některých komunitách také při neverbálních technikách probíhají **nácviky rolí**. Tyto jsou většinou propojeny s prevencí relapsu (jak se zachováš, když ti někdo nabídne drogu...) nebo k opravě chybných vztahových návyků. V těchto aktivitách už nejde o hru, nebo o uvědomování si vlastní neverbální komunikace. Je to výcvik, klient je více řízen vnějšími instrukcemi než hledáním vlastní cesty. Úskalí této aktivity vnímám v případě, když se klientovi nepodaří tyto návody autenticky prožít, potom tato technika spíše překrývá nežádoucí stereotypy, než aby je proměňovala v jejich základnu. Klient však také získává informace, jak se může zachovat jinak než je zvyklý, vyzkoušet si různé možnosti. Nabude tedy alespoň nějakou zkušenost s jinými vzorci chování. I tato aktivita může klientovi velmi pomoci především v ohrožujících situacích.

Neverbální techniky pomáhají v terapii především proto, že pracují s osobními tématy na jiných rovinách než slovních. Díky těmto technikám se mnohem snadněji můžeme dotknout nevědomé stránky osobnosti. Témata, která se takto nejčastěji pročechrávají, jsou vztah k prostoru, vztah k sobě samému, vztah k partnerovi, schopnost jednání v přítomnosti, minimalizace strachu, vstoupení do vzájemné komunikace, vytváření vlastní kondice pro existenci ve společnosti. V terapeutické komunitě bývají tato setkání velmi potřebná a u klientů buď hodně oblíbená, a nebo přímo nenáviděná, protože se jim dostávají hluboko pod kůži. Neverbální techniky jako pravidelná setkání spolu s verbální terapií nabízejí klientovi celostní pohled na strukturu jeho vlastní osobnosti, a tak je umocněn léčebný proces v těchto zařízeních.

Pojetí arteterapie v terapeutických komunitách

Pojetí arteterapie v terapeutických komunitách je různé, může být vnímána jako psychoterapie spojená s verbalizací procesu nebo artefaktu, která kladé vysoké nároky na znalosti a dovednosti arteterapeuta z oblasti psychologie, psychoterapie i psychiatrie, nebo je vnímána jako umění, je více založena na samotné tvorbě a arteterapeut je spíše výtvarníkem se znalostmi z psychoterapie. Občasně je považována za pouhou doplňkovou metodu a je používána zjednodušeně, bez speciálního výcviku terapeuta, bez dalšího využití arteterapeutických možností a s ochuzenou návazností na další psychoterapeutické intervence.

Arteterapie používá expresivní aktivity k osobnímu symbolickému vyjadřování, těmito aktivitami jsou výtvarné produkty, ale i tanec, hudba, drama a další. V terapeutických komunitách se arteterapeutické aktivity buď oddělují a zaměřují pouze na výtvarnou expresi, nebo se vhodně kombinují s dalšími vhodnými technikami. Skupinová arteterapie v TK může být součástí povinného programu pro klienty určité fáze a bývá většinou v pravidelném čase a frekvenci. Arteterapeutická skupina bývá z časových důvodů strukturovaná, část skupin je zaměřena na proces a druhá na verbalizaci pomocí asociací a sebe-reflexe, případně se kombinuje s dalšími technikami, např. autogenní trénink, relaxace, imaginace, volné asociace, cvičení PBSP. Pravidelně za určitou dobu je dobré realizovat retrospektivní skupinu zabývající se reflexemi nad artefakty jako by to byl jeden artefakt, který vznikl po určité době.

Význam a možnosti arteterapeutické skupiny

Expresivní tvorba má významný léčebný vliv na osobnost klienta i celou skupinu. Při spolubytí na skupině se vytváří empatický prostor, který umožňuje vzájemné sdílení vzpomínek a prožitků jednotlivých klientů, které vznikají při rozboru tvorby, vytváří se arteterapeutické – léčebné sdílení pocitů a reflexí. Arteterapeutická skupina umožňuje zapojení se do skupinové práce pomocí skupinových témat, ale umožňuje také seberozvoj a sebepoznání pomocí hlubších vhledů. Poskytuje bezpečnou sféru možností k porozumění, podpoře sobě i druhým, ke svobodné a senzitivní komunikaci. Skupina je otevřená k čemukoliv, co se stane, takže i přes sílu, jež artefakt vyzařuje, může skupina přejít k verbální skupině nebo například k neverbálnímu cvičení z Pesso–Boyden psychomotorického systému (PBSP) a tak pomoci verbálně či neverbálně klientovi nahlédnout na své tělové i psychické pocity, stavy a projevy chování.

Arteterapeutická skupina výrazně rozvíjí spontaneitu, hravost i humor, motivaci k objevování sebe sama, svobodně a bezpečně experimentuje s vlastními emocemi a konflikty. Arteterapeutická skupina umožňuje odkrytí a odplavení traumatických nánosů na duši, umožňuje uvolnění a postupné zahojení životních těžkostí pomocí tvorby a výsledku, který má pro autora vysokou osobní hodnotu, i když je symbolika artefaktu mnohdy stejně děsivá jako samotné znovuotevření traumatického zážitku. Procesy arteterapeutické skupiny výrazně podporují fantazii a estetické vnímání, vztah k umění jako takovému a podněcují k vlastní tvorbě. Pro naplnění těchto cílů je nezbytný podporující a nehodnotící přístup arteterapeuta k procesu i jednotlivým artefaktům. Klienti bývají determinováni školním známkováním ve výtvarné výchově a předpokládají, že jejich výtvor bude hodnocen i na arteterapeutické skupině. Často se omlouvají, že neumějí kreslit, neumějí míchat barvy apod. Těmto klientům je třeba dát čas a prostor k tomu, aby se rozmalovali a sami poznali, že nezáleží na výsledku z uměleckého i estetického hlediska a že nedojde k hodnocení artefaktu. Naproti tomu mají někteří klienti TK vztah k umění a tvořivosti, sami často přirozeně tvoří nebo jsou již nějak ve výtvarné činnosti vzděláni, což ovšem při arteterapii může být i určitou bariérou k odkrytí nezkreslené osobní symboliky, která mnohdy bývá dlouho zahalena za oponou naučených výtvarných technik.

Dialog se symboly, interpretace

Individuální symbolika artefaktu vyvěrá z obecné symboliky spojené s existenční zkušeností gratifikování potřeb. Tyto existenční zážitky bývají skryty v nevědomí a pomocí jednoduchých symbolů nebo v zašifrovaných obrázcích artefaktu může klient pomocí volných asociací s ostatními členy skupiny objevovat podstatu sama sebe v úrovni tělesné, duševní i duchovní. Jednotlivé části duševních, tělesných a duchovních aspektů osobnosti klienta jsou obsaženy v symbolech expresivního díla. Symboly reprezentují nevědomé vnitřní světy, fantazie i patologie a jsou dynamické, mění se s procesem léčby. Některé nevědomé obrazy jsou skryty pro klienta i terapeuta a neporozumím jim a ani to není nezbytné, aby vždy „věděl“. Mnohem významnější je, aby klient i arteterapeut „vnímal a viděl“ a byl schopný sdílet. S tímto souvisí otázka interpretace artefaktu. Interpretace mohou být do jisté míry používány, ale vždy uvážlivě. Samotný artefakt již sám promlouvá ke svému tvůrci i ostatním členům skupiny i terapeutovi. Někdy má pokorný a tichý dialog větší význam, než interpretace verbální. Zdrženlivost v interpretacích expresivního díla je vždy na místě, často interpretace více vypovídá o mluvčím, než o samotném díle.

Odrazy osobnosti v artefaktech

Arteterapie u drogově závislých umožňuje snadněji odkrýt nevyzrálé osobnosti s prodlouženým a nedokončeným dospíváním a usnadňuje rozkrýt neurotické, psychotické nebo depresivní obrany a osobnostní rysy, které mohou souviset s individuální náchylností k závislostem. Artefakty klientů TK vyjadřují určité rysy osobnosti, jako je osamělost, prázdnota, nízká sebeúcta a ztráta víry ve svou hodnotu, bezmocnost a beznaděj, nezpůsobilost nebo neschopnost komunikovat upřímným způsobem, ztráta nebo nedostatek citu pro sebekontrolu, vztahová plochost a závislý vztah.

V artefaktech klientů TK se může objevovat např.:

- nedostatek životní síly a bytí přítomností, pasivita a ztráta smyslu života,
- znamení smrti – některé artefakty vyjadřují více puzení ke smrti než k životu,
- nedostatek nebo ztráta svého místa na světě; v artefaktech se objevuje směřování do jiné země, na magickou planetu, kde bude všemi přijat, stejně jako byl přijat do magického světa drog,
- pocity viny nebo pocit oběti, poznamenané traumaty,
- sebedestruktivní i represivní tendence ve vztahu k tělu a pudům,
- omnipotence a megalomanie, idealizace vztahů a vnějšího světa,
- vnímání sebe sama bez vlastní hodnoty a raně narušená sebeúcta s poškozeným vývojem ega, která bývá hluboko ukryta v nevědomí.

Například o ztrátě vztahu se klient vyjadřuje jako o pocitu hlubokého smutku a nejistotě, která je podobná nejistotě dítěte při nepřítomnosti matky nebo pečující osoby v raném dětství. Nad svým obrázkem prožívá silné emoce, dochází k vyplavení dlouho potlačovaného pláče se střídáním vzteku. Těžce hovoří o rodičovském odmítnutí, přehnaných zákazech a nedostatku fyzických kontaktů, které by mu dávaly laskavé a přitom důsledné mantinely. Zážitky neadekvátních hranic klienta jsou uloženy do dětského ega, v průběhu vývoje ega se posilují a klient si vytváří všeobecné zákazy, jako zákazy vyjádření agrese nebo potlačení spontaneity. Ve vývoji, ve kterém chybí dostatečné limity a containment, dítě nemůže psychicky prožít, ovládat, integrovat a vyjádřit vlastní fyzickou i psychickou sílu. To se může projevit i v dospělosti, kdy podobně není schopen ovládat své „síly“ a používat self-limity. Mívá pocity omnipotence a nelimitované agrese. Klient se například vyjadřoval o mřížích v části svého obrázku, ve smyslu, že se musel omezovat a nesměl zlobit, později si stanovoval vlastní zákazy, aby byl dobrým pro svou matku i babičku. Neměl dostatek místa pro vývoj pudových a tvořivých sil. Skrz represi a splitting může být agrese skrytou neznámou silou. Strach, stud a pocity viny mohou mít destruktivní důsledky, které bývají vyjádřené nevědomě přes sebedestruktivní chování (Perquin, 1996). V arteterapii bývá toto prožívání a vidění reality promítnuto do artefaktů nebo se zobrazí v jiných projektivních metodách.

Formy a fáze arteterapeutické skupiny

Arteterapeutická skupina TK bývá pojata jako polootevřená, vzhledem ke střídání se klientů v TK. Arteterapeutická skupina se zčásti zaměřuje na skupinovou dynamiku, zčásti na jednotlivce. Každá forma uzavřená, otevřená nebo polootevřená má svá pozitiva, ale i negativa. Členové skupiny, kteří jsou již déle na arteterapeutických skupinách, umožňují rychlejší zapojení nově příchozích členům skupiny. Starší členové skupiny rychleji reflektují dění na skupině a tvořivě přistupují k artefaktům. Využívaná forma polootevřené skupiny klade na nově příchozí klienty určité sociální tlaky, ale také inspiruje k změně dynamiky skupiny. Skupinová „nováčky“ se někdy zprvu necítí ve skupině bezpečně. Arteterapeutická skupina mívá svá specifika – nebývá tolik strukturovaná, pracuje se převážně na zemi, každý si nachází své místo a prostor. Což není snadné pro člověka, který neměl dostatečně saturovanou potřebu místa a necítil se mezi lidmi bezpečně. Arteterapeutická skupina dynamicky zpracovává i témata a projevy od začátku přípravy na arteterapii, protože i zdánlivě nevýznamné projevy klienta při přípravě mohou zásadně zasahovat do terapeutického procesu na skupině. Při arteterapii dochází ke zklidnění a klient může být jen sám se sebou a se svým vnitřním světem, který mu poskytuje cennou možnost nacházet ztracené střípky, které může skládat do nové kvality svého života při úzdravném procesu.

V průběhu arteterapeutických skupin v TK klient prochází určitými fázemi, první bychom mohli nazvat jako fázi **vzájemného přizpůsobování**. Klient postupně získává důvěru v možnost svobodného a bezpečného sebevyjádření prostřednictvím výtvarného artefaktu nebo jiné umělecké exprese (psaní příběhu, pohybovou expresí, hraním rolí apod.). Mnohé vyvěrající pocity a silné emoce klient slovy spíše v této fázi nevyjadřuje a ani toho není mnohdy schopen. Pokud klientova důvěra narůstá, dochází k regresi a pomocí verbálních metafor se eventuálně dokáže postupně vyrovnávat se silnými emocemi a afekty. V této **asimilační** fázi klient směřuje k obrácení pozornosti ke svým emocím i ke splývání s emocemi druhých členů skupiny a uvědomování si vlastního zrcadlení ve výtvarné práci. Později bývá klient ve fázi **sebereflexe** schopen konkrétního vyjadřování, syntézy emocí, náhledu, pokory a osobnostního růstu. Průběžně dochází u klienta k rozvoji osobnostních dispozic za podpory skupiny a terapeuta. Není vždy pravidlem, že klienti projdou všemi fázemi, mnohé osobnostní, vývojové i sociální limity jim to neumožňují.

Funkce arteterapie v terapeutické komunitě

Arteterapie poskytuje jedinečnou cestou k mozgovým strukturám, které zpřístupňují a zpracovávají paměťové, vizuální a motorické informace. Vztahy

mezi mozkovými procesy a procesy zapojenými při expresi nebo vztahy mezi mozkovými funkcemi spojenými s emocemi a jejich vizuální expresí jsou podpořeny mnohými vědeckými studiemi (Lusenbrik, 2004). Funkce arteterapie v terapeutické komunitě pro závislé bývá směřována do několika oblastí, které se týkají například těžkostí v expresi a emoční sféře. Jedno ze zaměření je podpora sebevyjádření a rozvoje osobnosti, jež může umožnit používání různých výtvarných materiálů, imaginace, relaxace a dalších technik, které pomáhají klientům uvědomit si své pocity a pomáhají kontaktovat nevědomí. Ilustrací kontaktování nevědomí může být příklad klienta, který při imaginaci najednou opustil místnost, gestikuloval, že musí rychle odejít – nechtěl rušit ostatní, po svém návratu se zapojil do malby hořící budovy. Pak komentoval svůj obrázek, tak že se mu zřetelně vybavilo hořící divadlo (další osobní významy zde neuvádím), probudilo se jeho tělo, které bylo puzeno k akci, uvědomil si, že zapomněl přiložit do kotle – měl tuto činnost na starost a byl za ni zodpovědný. Kdyby oheň vyhasl, byla by komunita bez tepla. Byl spokojený, že něco mohlo být dokončeno a uzavřeno, pomocí signálů z nevědomí.

Klienti TK někdy nemají potřebu používat různé materiály, zvláště ve fázi přizpůsobování, později zkouší, jak na ně např. působí barvy, pastely, písek, hlína a co vše mohou vyjádřit pomocí materiálu bez verbalizace. Výtvarná exprese je efektivní, když verbální selhává a klient si jen těžko může dovolit uvědomit své pocity, které pro něj mohou být zraňující a slova často užívá pro jejich ukrytí. Arteterapie poskytuje klientům senzitivní nástroj při zpracovávání komplikovaných emocí. Může se tak zvětšit kvalita komunikace i redukce zmatku. Arteterapie u klientů prolamuje obranné mechanismy, umožňuje méně ohrožujícím způsobem zkoumat svá traumata. I když se klient nekontaktuje se svým egem a nemůže silné zážitky verbalizovat, artefakt promlouvá za něj a členové ve skupině podporují pomocí metafor hledání podprahového vzkazu. Asociace a metafory jsou určitým přemostěním do jejich osobnosti a vytvářejí paralelní obrazy. V artefaktech se klient často dostává do regrese a v obrázcích se objevují například „hovínka“. Klient prožívá silné emoce zahanbení a studu, ale má možnost si v „ochranném prostředí skupiny“ (containmentu) prožít to, co v dětství nemohlo být přijato a pravdivě externalizováno. Při arteterapii bývá klient TK schopen tyto silné emoce (stud, agresi, bolest) externalizovat a zcela je při samotném procesu tvorby uvolnit a verbalizovat, pokud vnímá containment jako dostatečný. Skupina bývá schopna dočasně poskytnout attachment a klient si ve skupině zkouší a zažívá to, co v dětství neprožil a může si tento nový léčivý obraz vložit do své paměti.

Klienti mívají často strach z toho, že je zneužívání drog přemohlo takovou silou a zmatením emocí, že ztratili kontrolu nad sebou samými. Arteterapie může diferencovat a pročišťovat různé pocity a zvyšovat cit pro získávání porozumění a ovládnutí emocí. Klienti při arteterapeutické práci experimentují se

svými emocemi neohrožujícím způsobem, lépe je rozpoznávají a získávají objektivnější pohled na své konflikty. Mnohdy dochází k „aha“ zážitkům a klient začne verbálně zpracovávat své uvědomění. Arteterapie poskytuje klientovi kontrolované uvolnění silných emocí. Albert-Puelo (1980) popisuje, že impulzivní akce a chování může být přeměrováno do obrazové exprese (In: Waller, Mahony, 1999) a Ulman (1953) se zmiňuje, že intuitivně neverbální exprese v kreslení poskytuje cit být schopen pravdivého cítění (In: Waller, Mahony, 1999).

Arteterapie poskytuje rozvoj sebeúcty a sebevědomí, jednak rozvojem dovedností při samotné arteterapeutické práci, ale především podporou a oceněním dalších členů skupiny. Zvláště v začátku arteterapeutických skupin potřebuje klient výraznou podporu terapeuta povzbuzováním a chválením. V artefaktech se jako nízká sebeúcta objevuje perfekcionismus, pasivita, pocity zahanbení, stud, zranění (psychické trauma), nekompetence být něčeho schopen, odmítnutí (nepřijali mne mezi sebe), pocit oběti, selhání sebeovládání, sociální izolace a vyvrženosti. Prostředkem rozvoje sebeúcty v arteterapii v TK je prostředí – nejenom arteterapeutické místnosti, plenéru a skupiny, kde je možno testovat obávané emoce a rozvíjet potlačené emoce, ale i prostředí komunity jako celku, které zpětně působí na klienta svými tvary, barvami, vůní či pachem, teplotou apod.

Jednou z funkcí arteterapie u klientů, kteří vyjadřují v artefaktech hlubokou sociální izolaci, je pomocí symbolů rozvinout interakci, zmenšit pocity izolace a rozehrávat na symbolické úrovni možnosti vztahů v životě mimo komunitu. Kreativní proces umožňuje zažívat pocit sdílení a potvrzení zážitků a vytváření koheze skupiny jako určitého sociálního modelu společenství. Potocek a Wilder (1989) popisují, že prostřednictvím arteterapie bez potřeby verbalizace mohou závislí přeměrovat důvěru v přiměřené vztahy pro emoční potřeby (In: Waller, Mahony, 1999).

Role arteterapeuta v terapeutické komunitě

Role arteterapeuta při arteterapii bývá ovlivněna jeho osobním přístupem a vzděláním v určitém druhu psychoterapeutické školy. Na arteterapeuta jsou kladeny požadavky na znalosti a dovednosti v psychoterapii i v oblasti umění především výtvarného. Jestliže při arteterapeutickém procesu je kladen důraz na léčebný a diagnostický aspekt skupin, není nezbytné, aby arteterapeut byl výtvarníkem, ale musí mít značné znalosti z psychopatologie, psychologie, psychoterapie a mít silný vztah a porozumění k umění. Arteterapie v TK, pokud je pojata jako psychoterapie, velmi podporuje změny osobnosti, urychluje léčebný proces a odráží se v dalších navazujících intervencích. Významným přemostěním arteterapeutické skupiny a efektivním využitím produktů vzniklých při arteterapii v ná-

sledných intervencích je týmová spolupráce psychoterapeutů a přenos informací (formou rozhovoru, písemných záznamů, fotografií apod.). Při arteterapeutické práci v terapeutické komunitě pro drogově závislé je výhodné, aby osobnost arteterapeuta souzněla s psychoterapeutickou školou a technikami, které komunita používá a byla vyladěna na osobnost klientů, kteří se léčí z drogové závislosti.

Literatura

- Francis, D., Kaiser, D., Deaver, S. P. (2003): Representations of attachment security in the bird's nest drawing of clients with substance abuse disorders: *Journal of the AATA*, 20(3), pp 125-137.
- Liebmann, M. (1986): *Art Therapy For Groups – A Handbook Of Themes, Games and Exercises*. Brookline Books.
- Lusebrik, V. B. (2004): Art Therapy and the brain: An Attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy: *Journal of the AATA* 21(3), pp. 125-135.
- Koblicová, A. (2000): Arteterapie a psychoterapie v období dospívání. *Současná arteterapie v ČR a zahraničí*. UK v Praze PF.
- Kramer, E., Edited by Gerity, L. A. (2001): *Art As Therapy: The Collected Papers*. Jessica Kingsley Pub.
- Malchiodi, C. A. (1998): *The Art Therapy Sourcebook*. Lowell House.
- McNiff, S. (2000): *Art-Based Research*. London: Jessica Kingsley Pub.
- Perquin, L. (1996): Omnipotence and Limits in Pessó Boyden System Psychomotor: Guidelines for Limit Structures. <http://www.pbsp.com/limits.htm>.
- Riley, S. (2004): The creative mind. Art therapy: *Journal of the AATA*, 21(4), pp.184-190.
- Slavík, J. (2000) Utváření a interpretace symbolu v arteterapii. *Současná arteterapie v ČR a zahraničí*. UK v Praze PF
- Waller, D., Mahony, J. (1999): *Introduction. Treatment of addiction. Current issues forwards therapies*, London: Routledge, pp 8-11.

3. Holotropní dýchání™ Stanislav Kudrle

Co je to holotropní dýchání™?

Metodu a techniku Holotropního dýchání™ (dále jen HD) vytvořili spolu Stanislav a Christina Grofovi na počátku 70. let 20. století. Zavedení této techniky navazuje na Grofovův výzkum psychedelických látek z let šedesátých. Při pečlivě vedených pozorováních si všiml častého spontánního jevu na konci LSD sezení. Lidé počínali spontánně zrychleně dýchat (hyperventilovat) a tato hyperventilace obyčejně prohloubila jejich zážitek, případně aktivizovala symptomy neúplně vyjádřené. Později se instrukce k intenzivnímu dýchání stala součástí metodiky terapeutické práce s LSD k prohloubení a dynamizaci sezení. V 70. letech, když přišly všeobecné zákonné restriktce pro práci s psychedeliky, začal dr. Grof přemýšlet o technice a metodě, která by uváděla experimentujícího do stavu změněného vědomí bez pomoci nezákonných látek a dýchání se zdálo být klíčovým elementem.

Intenzivní dýchání je hybnou silou holotropního procesu. Vytváří při zaměřenosti myslí dovnitř předpoklady pro zážitky změněného stavu vědomí – *tranzovní zážitky*. Na psychologické úrovni jsou to různorodé vize, emocionální stavy, aktivace energetických jevů, zážitky extatické vzrušenosti apod. Šíře spektra prožitků je ale tak široká a tak individuální, že není vysvětlitelná klasickou medicínskou terminologií. Prožitky bývají individuálně velmi významné, jejich integrace a zpracování pak zásadní pro další psychologickou práci. Sled prožitků není ve vědomé režii experimentujícího, ani v režii facilitátora. Dýchání aktivuje vnitřní sebeuzravující tendenci, jakousi hlubší moudrost v nás. Princip, který reorganizuje naši psychosomatickou rovnováhu a pracuje ku prospěchu dýchajícího, k dosažení celistvějšího sebeprožívání. Slovo *holotropní*, v překladu znamená směřující k celistvosti.

Zážitkový proces dále podporuje reprodukováná hudba, která je volena tak, aby podporovala rozvíjení tranzu a projevů klienta. Volíme takovou hudbu, aby nebyla běžně známa a neasociovala příliš konkrétní vzpomínky. Jde o široké spektrum hudby etnické z domorodých tradic, využívané v rituálech, posvátných obřadech a mystériích, o hudbu monumentální, vážnou, orchestrální, meditační apod. Úkolem hudby je umocnění prožitku.

Třetí součástí procedury HD je zaměřená práce s tělem – *focused body work*. Té je někdy zapotřebí v situacích, kdy je zážitek výrazně fyzické povahy. Emocionální vypětí se projevuje fyzickou tenzí, nebo energetickou blokádou, která vyvolává psychosomatické projevy. Práce s tělem napomáhá uvolnění takových blokad a podporuje proudění energie v celém organismu.

Stav tranzu takto navozený umožňuje regresi k traumatickým zážitkům, které v minulosti zůstaly emocionálně nezpracovány. **Znovuprožití**, *abreakce* potlačených emocí a **integrace** prožitku jsou cestou k uvolnění a prohloubení náhledu. Zážitky mohou přicházet z jednotlivých úrovní – **biografické, perinatální** či **transpersonální**, obvykle ve smysluplném propojení. Nezřídka mívají mystický charakter smrti a znovuzrození, a zejména u závislých lidí mohou být klíčovým místem obratu v jejich sebedestruktivní kariéře.

Důležitou součástí holotropní procedury je zpracovávání prožitého. Jak na neverbální úrovni – malováním tzv. *mandaly*, obrázku, který znázorňuje podstatné obsahy, pocity a souvislosti z holotropního sezení. Tak na verbální úrovni – společným sdílením zážitku s ostatními ve skupině, hledáním souvislostí s úrovní každodenního života nebo s mýtickými symboly s archetypálními významy. Výsledkem obvykle bývá amplifikace – rozšíření vnímání obrazu a pochopení významu prožitého v holotropním sezení.

Na proceduře HD je nejdůležitější **individuální „ustrojení“** prožitku a jeho hluboká vztažnost k životu daného jedince. Proto prožitím a následnou integrací často dochází ke snížení jinak pocítovaného napětí, symptomů, a k pozitivnímu náhledu na vlastní odpovědnost v životě. HD je jakýmsi rituálem,

zasvěcenému ukazuje spíše novou životní cestu, než že by okouzlovalo jednotlivými zážitky. Na významu nabývá v opakovaných sezeních a cílevědomé vnitřní práci.

Rituál holotropního dýchání™ v TK

TK vnímám jako místo přechodného spočinutí, jako útočiště pro člověka v krizi, jako bezpečné prostředí, které si své bezpečí zajišťuje přehledným a strukturovaným řádem. Akcentována je otevřenost, pravdivost, zájem o druhé, podpora terapeutického procesu. Velkou pomoc k vytváření onoho bezpečí vidím v ritualizovaných sekvencích každodenního komunitního života. Tím se lidé zcitlivují pro význam rituálu jako k okamžiku prolomení každodennosti, kdy je ve hře více úrovní, než jen ta každodenní. Kdy se dotýkáme skutečností archetypální povahy – například při přechodu z fáze do fáze, při výstupním rituálu, ale také při vyjádření díky za připravený pokrm. Takto prožívaná událost nabývá pak mimořádného, orientujícího významu.

Proto může být HD, jako skupinový rituál v komunitě tak dobře přijímáno. V holotropní situaci je přítomno vše již zmíněné – otevřenost, pravdivost, vycházející z hluboké vnitřní dynamiky psychologických procesů, součinnost s partnerem–sitterem a podpora jeho procesu. Zejména ve vzájemné podpoře účastníků vidáme zaujetí a zájem o druhého, které přesahují zkušenost z „civilních“ víkendových seminářů. Zúročuje se tu akcentovaná vzájemnost komunitního života. Navíc celý rituál přináší vysoce spirituální zaujetí a atmosféru. Má zkušenost s prováděním HD v TK Němčice jen potvrzuje již zmíněné. Klienti s velkou otevřeností a vnitřním zaujetím k dýchání přistupují, vnímají je jako jakousi slavnost. Díky dlouhodobému soužití v komunitě je řada témat již odtabuizována a snadněji se stávají součástí holotropního procesu, zejména v jeho sdílené části.

HD je v komunitě uspořádáno jako dvoudenní setkání 5x do roka, takže klienti, kteří mají o tuto práci zájem absolvují 3 i více zkušeností s touto metodou. Možnost účasti je nabízena klientům, kteří jsou v komunitě minimálně dva měsíce. Tato doba je potřebná pro kvalitní zhodnocení stavu klienta a zvážení případných kontraindikací účasti na holotropním dýchání. Účast na této práci je podmíněna dobrovolností. Klient se rozhoduje na základě podrobné úvodní přednášky o teorii a praxi holotropního dýchání a po vyloučení eventuálních kontraindikací plynoucích ze závažného somatického, či duševního postižení jedince.

Zážitky z HD nejsou jen vlastnictvím jedince, ale zůstávají vlastnictvím v komunitě i nadále, a mohou tak dál orientovat dění v komunitě, transformovat vzájemné nastavení jedinců k sobě i ke komunitnímu životu, k jeho hodnotám. Daleko více se tedy prolíná individuální s kolektivním. Domnívám se,

že každý silně působící rituál v komunitě je i výzvou pro terapeutický tým. Zážitky „dobíhají“, objevují se dál v kontextu každodenního života a vyžadují třeba i následně zpracovávání.

Zajímavý dynamický vliv na soužití poskytují také interakce těch, kteří o víkendů „dýchají“, a těch, kteří přebírají jejich úkoly v komunitě během víkendů a zajišťují „servis“ pro celou komunitu. Je to příležitost druhým nezištně poskytnout prostor k vnitřní práci a počkat si, až přijde „můj čas“, ale je to také někdy příležitost k závisti nebo smutku, když se pro kontraindikace nemohu zúčastnit „a tolik bych chtěl“. Nebo k reflexi svých nejistot, obav a strachu z „neznáma v holotropním tranzu“, které mohou poodhalit něco o nepřiznaném strachu z neznámého světa plného nástrah tam venku za plotem bezpečné komunity, nebo někde v hloubce uvnitř sebe.

Obecně vzato se holotropní zážitky toxikomanů nijak specificky neliší od zážitků ostatní populace. U toxikomanů, díky abuzu, je velkým problémem popření a vytěsnění pro dlouhodobě nežité autentické prožívání, které vychází naopak z prožívání ovlivněného drogou. Holotropní prožitky proto mohou být průlomové zejména v oblasti vztahové a citové. Namátkou vzpomínám na něžný kontakt s vnitřním dítětem u klienta – „hory svalů a gest z bojových umění“, nebo na prožitý stesk po dítěti, které jako nemanželské již klient neměl nikdy vídat a z této zkušenosti podpořil motivaci si k dítěti ještě cestu hledat. Nebo v případě dvojčat toxikomanů na zcela nové náhledy na jejich vztah, či na nalezení nových obrazů sebeucty u klientky, která se mohla v holotropním stavu vědomí ztotožnit s královnou, které jsou vzdávány pocty a úcta.

Materiál, který se objevuje v průběhu holotropního sezení, je využíván pro další terapeutickou práci s klientem. Dosavadní zkušenost s touto metodou v TK Němčice ukazuje, že klienti jsou schopni uvedené zážitky zasadit do probíhajícího procesu léčby a dále je využívat. Při holotropním dýchání je přítomen člen týmu TK v roli „pomocníka“. Tato přítomnost umožňuje sdílet atmosféru zážitků jednotlivých klientů a zvyšuje pocit bezpečí klientů. Díky účasti terapeuta týmu TK je zajištěna i případná kontinuita následné práce s tématy, jež se objevily v průběhu sezení. Tento terapeut předává důležité momenty zbytku týmu tak, aby ostatní kolegové byli informováni a mohli v případě potřeby s klientem pracovat.

V praxi se ukázalo, že je vhodné po proběhlém holotropním sezení následující den zařadit odpočinkový režim. Ukazuje se, že není dobré, aby klient po absolvovaném dýchání odjel na víkendový výjezd mimo komunitu. Sami klienti uvádějí, že je pro ně příjemnější a bezpečnější prožít následující dny v bezpečí TK.

Chtěl bych poděkovat Terapeutické komunitě Němčice, že HD připojila k svému programu. Specifikem této komunity je „starší klientela“. Jedinci, kteří toho mají hodně za sebou a nerezignovali. Možná, že si uvědomují, že do-

sáhli na jednu z posledních šancí, jak se vrátit do života bez drog. Zdá se mi, že díky tomu jsou více otevření i pro změnu, pro přesah ze zajetých kolejí.

Buď teď, nebo už asi nikdy!

C Individuální terapie Petr Nevšímal

V počátcích terapeutických komunit pro závislé se individuální terapeutická sezení nerealizovala a jednoznačně se dávala přednost skupinovému řešení, které je základním léčebným prvkem TK. „Skupinové programy a setkání komunity byly jedinými povinnými programy... a klienti a tým o všem rozhodovali společně” (Kooyman). Později byly do programu zařazeny individuální terapeutické prvky jako práce s deníkem, nebo vzdělávací programy vedené učitelem. Po cca deseti letech vývoje první kontinentální komunity Emilieho-ve je již „za nové klienty zodpovědný jeden člen týmu a může s nimi hovořit individuálně, pokud to uzná on nebo klient za potřebné” (Kooyman), stejně tak se staly individuální pohovory s členem týmu součástí přestupu do vyšší fáze. I v českých komunitách se v současné době „v odborně vedených TK klade stále větší důraz i na souběžnou individuální terapii (alespoň podpůrnou a poradenskou)...” (Kalina).

Vývoj směrem k zavedení individuální (psycho)terapie ovlivnilo několik hlavních faktorů: 1) bylo třeba rovnoměrně monitorovat vývoj klientů v terapii, a tak si je terapeuti mezi sebou rozdělili (zprvu aniž by se o tom klienti dozvěděli – 90. léta TK Němčice); 2) začalo být zřejmé, že určitá citlivá témata je jednodušší s klientem před otevřením ve skupině připravit v rámci individuálních pohovorů (např. zneužívání, násilí, prostituce, atd.); 3) někteří klienti díky své komorbiditě vyžadovali více péče a větší intimitu terapeutického vztahu a bez ní z léčby odpadávali; 4) tlak donorů finančních prostředků na efektivitu léčby a tedy i na její zkracování (během posledních deseti let zkrácení průměrné léčby, z 1,5 roku až 2 roky na méně než jeden rok).

Základní rámec individuální péče v TK pak v Česku určily v r. 2001 *Standardy služeb pro uživatele drog*, které definují potřebu individuálního přístupu ke klientovi včetně institutu „garanta”, vyžadují tvorbu individuálního léčebného plánu a kvantifikují minimální četnost jeho revize (tedy garantské práce) jednou za 14 dní. Individuální terapie zahrnuje tedy v současnosti hlavně tuto spolupráci s garantem, práci s deníkem a výše uvedené obecné výchovné prvky obsažené v modelu TK.

Individuální plánování

Základním obsahem individuální terapeutické práce klienta TK je rekapitulace současného stavu a individuální plánování nezbytných kroků v procesu léčby. Jedná se o nezbytný prvek léčebného procesu, který pomáhá klientovi v orientaci v sobě samém, ve vztazích s druhými, ve své životní situaci, ve svých schopnostech a možnostech, a který monitoruje postupné dílčí kroky, jež je třeba podniknout k uzdravě a resocializaci. Možná podoba individuálního plánu zahrnuje tyto oblasti (vzor měsíčního plánu viz Příloha 1):

- zdraví, dieta, kondice, lékařská péče (současný stav a plán dalšího postupu)
- emoce a nálada (mapování nálady a vlivů na její stav, porozumění vlastním emocím a nakládání s nimi, schopnost jejich volní korekce s ohledem na prevenci relapsu)
- vztahy, jejich vývoj a konflikty (rekapitulace stávajících vztahů v rámci komunity i mimo ni, vlivy a události, jež je ovlivňují a související interpersonální konflikty a způsoby jejich řešení)
- aktivita v terapii (proces sebeobjevování a vlastní témata k řešení v komunitě, účast na skupinách a přínos ze skupin druhých, samostatná práce s deníkem, prospěch komunitě)
- abstinence, prevence relapsu (vnímání abstinence, chutě, rizikové stavy, činnosti a osoby, témata vhodná pro skupinové řešení)
- pracovní dovednosti, zaměstnání (objevené schopnosti a získané dovednosti, plán profesního zaměření)
- sociálně právní otázky (finanční situace, dluhy a jejich splácení, jednání s institucemi)
- volný čas (pocity nudy, nakládání s volným časem, aktivita v jeho trávení a její vliv na duševní stav)
- vzdělávání, kultura (stávající stav a mezery ve vzdělání, možnosti jeho doplnění, duchovní otázky, kulturní rozhled)
- finanční plán (detailní finanční plánování, rozpočet na dané období včetně darů od blízkých, půjček či dluhů a splátek, finanční osamostatnění od rodiny, založení vlastního účtu)
- cíle na další měsíc (hlavní dosažitelné cíle v příštím období, konkrétně hodnotitelné před celou komunitou)

Klient obvykle reviduje individuální plán samostatně a výstupy konzultuje se svým garantem a skupinou. Revize individuálního plánu dle Standard 1x za 14 dní je možná pouze ve stručnější formě a je chápána jako alespoň jeden pohovor s garantem během 14 dní a konzultace vývoje klienta na týmové poradě také alespoň 1x za 14 dní.

Spolupráce s garantem

Každý klient má přidělen svého garanta z terapeutického týmu zpravidla na celou dobu pobytu. Garant se klientovi určuje při jeho příchodu do komunity s přihlédnutím k potřebám klienta a možností týmu, někdy až při přestupu klienta do první fáze (aby bylo možno tyto potřeby lépe určit). Na volbě klienti mohou participovat vyjádřením svých preferencí a mají obvykle právo zažádat o jeho změnu, která je pak diskutována jak v rámci komunity, tak v rámci týmu. V některých komunitách mohou být garanty jen zkušenější členové terapeutického týmu, nebo jsou zásadně přidělováni jen terapeuti stejného pohlaví.

Garant provází klienta celou léčbou v komunitě, pomáhá mu s orientací v léčbě a jejích prioritách, udržuje na zřeteli všechny potřebné aspekty procesu změny, může mít na starosti i rodinné terapie, referuje o klientovi na poradách týmu a „garantuje“ kvalitu procesu léčby (viz Příloha 2). Ve většině komunit je hlavní činností garanta vedení a/nebo korekce klienta v hlavních bodech individuálního plánování, garant je tak částečně průvodcem klienta programem a částečně sociálním poradcem či vychovatelem. V některých komunitách s intenzivnějším působením garanta zahrnuje i komplexnější individuální poradenství na pomezí psychoterapie. Garant se pak stává hlavní blízkou osobou klienta v komunitě, pomáhá mu s mapováním emocí i v jejich porozumění, angažuje se v hledání intrapsychických konfliktů klienta, v hledání psychodynamických souvislostí, přispívá k jejich řešení při rodinné terapii, poskytuje klientovi přijetí a bezpečnou oporu v prostředí komunity i vnějším světě, pomáhá v hledání podobností s druhými, nabízí možná řešení jeho potíží. Garant tak současně pracuje na zvědomění intrapsychických konfliktů a obran a nalezení konstruktivnějších možností nakládání s vnitřními konflikty. Intenzita takového vztahu může přinášet také komplikace, zejména pokud není dostatek informací o obsahu společných sezení. Problém obvykle nevzniká v rámci tohoto vztahu ale mezi jeho protagonisty a ostatními členy komunity. Klienti i terapeutický tým ztrácejí pocit vlivu na osud klienta a dostávají se do sporu s některými řešeními. Základním pravidlem individuálních intervencí je proto co nejvíce o nich informovat na nejbližší společné komunitě. Problematice terapeutického vztahu v psychoterapii se věnují mnozí autoři, a proto odkazují zájemce na práce zaměřené přímo na toto téma. Přes možnost akcelerace léčebného procesu u klienta a vyšší míru udržení v léčbě by měla být individuální (psycho)terapie nad základní rámec individuálního plánování poskytována jen terapeutu s dokončným psychoterapeutickým výcvikem a zkušeností z individuální psychoterapie v ambulantních podmínkách.

Intenzivní (psycho)terapeutická práce s klientem vyžaduje ovšem alespoň 1 hodinu týdně. Dobrý garant má představu o klientových možnostech, aktualizuje vizi jeho budoucnosti, je mu nakloněn, má klienta rád a přítom je schopen

jej neprotěžovat na úkor ostatních klientů. Dokáže také nabízet důvěrnost, bezpečí a znalosti jako dobrý rodič.

Individuální terapie mimo rámec garantské spolupráce se využívá v TK pro řešení specifických potíží klienta výjimečně, v případech, že určité terapeutické dovednosti nejsou dostupné (ať už u garanta, nebo terapeutického týmu). Klienti pak mohou být delegováni ke zpracování obtížnějších témat do specializovaného programu, nebo k jinému terapeutovi TK.

Práce s deníkem

Deník se může stát velmi důležitým nástrojem sebereflexe klienta a doplňkovým prostředkem komunikace s terapeutickým týmem (Knobloch). Klient může deník používat k mapování svých emocí, nálad a chutí, k monitorování vytčených cílů, hodnocení svého fungování v komunitě a terapii, nebo třeba ke sledování financí. Je pro něj prostorem ke sdělení a shrnutí hlavních myšlenek a úvah a tím pádem přípravou na pozdější verbalizaci na ranní komunitě druhý den. Terapeutům (kteří dostávají deníky k nahlédnutí večer) pomáhají zápisy v orientaci v komunitním životě a v získání informací o prožívání klientů, z nichž vyvozují potřebné intervence na terapeutických programech. Drobné reflexe terapeutů do deníků jako projev individuální péče mohou být pro řadu klientů velmi cenné. Mohou je posilovat, uklidňovat, či povzbuzovat ke sdílení svých pocitů s celou skupinou.

Deníky mohou mít zcela volnou formu, nebo jsou nastaveny nejrůznější požadavky na kvalitu či kvantitu psaní deníků. Dle našich zkušeností je výhodnější užívat strukturovanou osnovu psaní deníku alespoň v první fázi pobytu. Osnova přispěje ke konkrétnosti a obsažnosti zápisů a pomůže klientovi v nastartování sebereflexe v nejdůležitějších oblastech. Příklad takové osnovy může vypadat takto:

- Co bylo pro mne nej (lepší, důležitější, významnější, hezčí, těžší)?
- Kdo mi dnes udělal radost a čím, kdo mě naštvál a čím?
- Co mi dnes šlo a nešlo a co s tím?
- Jak se mám a na co myslím?

Do rámce individuální terapie patří také **krizová intervence** nebo **rodinná terapie**. Rodinné terapii je věnována samostatná kapitola a krizová intervence se nevymyká běžným postupům mimo TK. Klienti v TK se často (díky situaci v komunitě, nebo v důsledku zpráv zvenčí) dostávají do emočně vypjatých situací, kdy pro ně může být obtížné sdílet momentální psychickou krizi s celou komunitou. I když je v zásadě vždy lepší řešit situaci mimořádnou skupinou s celou komunitou, pokud to situace nedovolí a volíme individuální pohovor, je nutné opět o události informovat celou skupinu.

S ohledem na výše uvedené lze shrnout, že role individuální terapeutické intervence má v TK nezastupitelné místo. Základním prvkem funkční komunity jsou různé role jejích členů (v rámci kterých individuálně ovlivňují chod komunity a chování druhých), pozice staršího člena komunity jako vzoru pro druhé i funkce personálu jako přirozené autority a průvodce (De Leon). Podstata takových intervencí spočívá přirozeně daleko více ve výchovném působení, než v psychoterapii. Místo individuální psychoterapie v terapeutické komunitě je v čisté podobě nadále složitou otázkou a její začlenění do programu je vzácné. V TK se ovšem standardně uplatňují dílčí prvky individuální psychoterapie ve vztahu klient – garant.

Literatura

- Kooyman, M.: *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*, Erasmus University, Rotterdam 1992.
- Kalina, K.: Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogově závislých, *Konfrontace* 1999; 3:15-19.
- De Leon, G.: *The therapeutic community: Theory, Model and Method*, Springer Publishing co., New York 2000.
- Kolektiv autorů: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*, RVKPP.
- Knobloch, F. – Knoblochová, J.: *Integrovaná psychoterapie v akci*, Grada Publishing, Praha 1999.

Příloha 1:

MĚSÍČNÍ PLÁN

<p>Jak pečuješ o své zdraví? Jak se ti daří držet dietu? Pojednej o svém spaní a stravovacích vzorcích.</p>	<p>Zdraví, dieta, kondice, lékařská péče</p>	<p>Jaká odborná vyšetření hodláš absolvovat a kdy?</p>
<p>Rekapituluj své pozitivní emoce v uplynulém období (kdy a proč). Popiš své nepříjemné pocity, úzkosti, deprese, pojednej o způsobech jejich zvládnutí.</p>	<p>Emoce a nálada</p>	
<p>Jaká jsou nejdůležitější zjištění, která jsi učinil ve svém sebeobjevování, čím jsi prospěl komunitě v minulém období? Jak si vedeš v arteetrii a neverbálních technikách? Jak se ti daří pracovat s deníkem?</p>	<p>Aktivita v terapii</p>	<p>Co chceš zlepšit v následujícím období? Připravuješ si svoje téma na skupinu, čím se zabýváš? Čím chceš být prospěšný či užitečný pro komunitu?</p>
<p>Jak se cítíš čistý, na jaké potíže narážíš (sny, pochybnosti, recidiva přátel, chutě)? V čem jsi cítil nejistotu, která témata jsou pro tebe důležitá?</p>	<p>Abstinence, prevence relapsu, tématické skupiny</p>	<p>S jakým tématem se hodláš srovnat, o čem bys chtěl hovořit?</p>

<p>Jakým aktivitám ses věnoval, které tě naplňují a proč? Rekapituluj své periody nudy, jak jsou časté, jak dlouho trvají a jak se ti daří se s nimi vypořádávat?</p>	<p>Volný čas</p>	<p>Jak plánuješ rozšířit své obzory ve volnočasových aktivitách, čemu se chceš věnovat v příštím období?</p>
<p>Jaké máš aktuální vztahy s komunitou, s jednotlivými jejími členy, s teamem? Jak se změnila kvalita těchto vztahů? Jaké máš potíže v navazování nových vztahů? Pojedej o vztazích s lidmi mimo komunitu (rodiče, sourozenci, přátelé, partner). Koho považuješ za podpůrnou osobu (z komunity i zvenčí) a proč?</p>	<p>Vztahy a jejich vývoj, konflikty</p>	<p>Co plánuješ řešit ve vztazích v příštím období?</p>
<p>Jakých dovedností jsi nabyl v práci a komunikaci s druhými? Co jsi v minulém období zvládl a jak? Čím a jak zvyšuješ svou duchovní úroveň? (obzory, cíl a smysl života)</p>	<p>Pracovní dovednosti, vzdělávání, zaměstnání, kultura</p>	<p>Jak konkrétně hodláš zvyšovat kvalitu svého života? Na čem chceš pracovat, v čem se zdokonalit – kursy, jazyky, dokončení vzdělání, rekvalifikace?</p>
<p>Jak se ti daří jednat s institucemi, na co narážíš a jak to řešíš?</p>	<p>Sociálně – právní servis</p>	<p>Jaké pohledávky a kdy hodláš vyřídit?</p>
	<p>Cíle na další měsíc</p>	<p>Konkretizuj je, jaké kroky budeš činit k jejich dosažení? Máš představu o svém dalším postupu v léčbě (přestup do vyšší fáze, časový plán, bydlení mimo komunitu, práce, ukončení léčby)?</p>

Příloha 1:

Důraz na jednotlivé prvky plánování v garantské spolupráci

■ Garantování před vytvořením 1. plánu

Úvodní pohovor garantství – charakter spolupráce, frekvence, účel, zapojení rodiny, instrukce k technice spolupráce (plány) – 1 hodina.

Seznámení se s životopisem – Předškolní věk, školní věk, dospívání, zaměstnání, partnerské vztahy, vytvoření tezí proč dotyčný bral (výhodné vzít na týmovou poradou nebo supervizi).

Vstupní vyšetření – doplnění z dalších dostupných materiálů (vstupní vyšetření od službumajícího terapeuta, propouštěcí zpráva, sociální karta, zdravotní karta, doplňující pohovor s klientem viz. výše).

První informativní schůzka s rodiči (klidně bez klienta, osvětlení principů léčby, motivace do rodičovské skupiny a k individuálům, požádání o sepsání klientova životopisu u jejich hlediska).

■ Garantování v rámci měsíčního plánování

1. Vztahy v komunitě, začlenění do kolektivu, konflikty, akutní sociální a zdravotní problémy k řešení – vytvoření finančního dlouhodobého plánu krytí výdajů na pobyt, motivace do léčby.

2. Objevující se problémy v komunitním soužití, schopnost zvládat režim a pracovní povinnosti, chutě, prodrogové chování, image, vytvoření finančního plánu sanace dluhů a restů, reflexe vnitřního prožívání – otevřenost ke skupině, zájmové aktivity v komunitě, vztah s garantem.
3. Vztahy s příbuznými a zázemí z hlediska výjezdů a drogové kultury doma, reflexe komunitního dění – otevřenost ke skupině, vztah k týmu.
4. Zásady zvládnání výjezdů, práce pro komunitu – přebírání odpovědnosti.
5. Kontakt s rodiči a realita oproti plánům a pohovorům, další podpůrné osoby zvenci ke společnému trávení času na výjezdech, problematika šéfování, vztah k týmu.
6. Zvládnání výjezdů, posuny v rodině, budoucí zaměstnání, zájmové aktivity venku, zažívání čistoty venku.
7. Ověření teze závislosti, navazování nových vztahů experimenty, příprava na rozvolnění spolupráce, realita zaměstnání jako tréninku, odložení spotřeby.
8. Předání do následné péče, pojmenování restů, klíčových úkolů v horizontu měsíců, další vzdělávání, strádání v mezifázi – osamění a spokojenost s budoucími cíli.
9. Následná péče – monitorování abstinence, domluvených cílů, práce s rodinou, atp.

136 **Programy pro rodinné příslušníky**

Úvod

V ČR v současnosti pracuje 15 terapeutických komunit pro uživatele drog se závislým chováním (De Leon 1995, 2000), z nichž většina vznikla po roce 1995. Faktory, jež ovlivňovaly jejich současnou podobu, jsou diskutovány jinde (viz Kapitola I., str. 1 a 101). I z dalších částí této knihy je zřejmé, že v důsledku vlivů specifických historických, kulturních, sociálních a politických podmínek, v nichž vznikaly a rozvíjely se, vycházejí spíše z evropských zkušeností (Hesta 1984; Broekaert 1999), než z původního amerického modelu (Casriel 1963). I v porovnání s evropskými programy lze nalézt řadu specifíků, jež české komunity od evropských odlišují. Jedním z takových výrazných znaků je intenzivní zapojování blízkých osob do procesu léčby klientů terapeutických komunit.

Ne snad, že by význam zapojení blízkých osob uživatelů alkoholu a drog do jejich léčby nebyl ve světě rozpoznán, výzkumem ověřen a uplatňován v praxi. Ale to, že je v českých podmínkách běžnou součástí práce většiny terapeutických komunit patrně nemá ve světě obdoby. Jeden z hlavních důvodů lze zřejmě hledat ve výrazném rozdílu v průměrném věku uživatelů drog

žadajících o léčbu. V r. 2003 byl průměrný věk klientů českých komunit 24,5 let (NMS 2004), v zemích západní Evropy nastupují uživatelé drog do léčby později. Např. v r. 2002 byl jejich průměrný věk v zemích EU a v Norsku 29,8 let (EMCDDA 2003).

To má pravděpodobně vliv i na rozdílné potřeby klientů co do zapojování jejich blízkých do programů komunit. Další možná vysvětlení nabízí velká míra horizontální otevřenosti českých komunit, jejich zkušenosti z bohaté historie léčby uživatelů alkoholu, vliv místních psychoterapeutických škol, tlak na poskytovatele služeb od institucí poskytujících dotace či snaha komunit dosahovat co nejlepší výsledky s cílem dosáhnout veřejného uznání, a tím i stabilnějšího financování (Nevšímal 2004).

Význam zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby

Poznatky z řady výzkumů podporují význam zapojení blízkých osob uživatelů alkoholu a drog do procesu jejich léčby nejméně ze tří důvodů: 1) blízké osoby mohou hrát významnou roli ve vývoji a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek (Kaufman 1992). 2) významní osoby jsou významným zdrojem podpory a pomoci uživatelům drog v průběhu jejich léčby i po ní (Kooyman 1993). 3) blízké osoby strádají v důsledku různých forem chování uživatelů drog jako jsou např. násilí, krádeže, lhaní, manipulace, náladovost, nedostatečná komunikace atd. (Orford 1994).

Přes tyto výzkumem ověřené skutečnosti se blízkým osobám uživatelů drog od léčebných programů často nedostává podpory, kterou potřebují (Radimecká a Radimecký 2001). Pro to nabízejí výzkumníci několik vysvětlení: 1) Některé léčebné programy se zdají být orientovány výhradně na uživatele drog a nerozpoznávají roli, již mohou významní osoby v užívání drog jejich blízkými hrát (Yandoli 1990). 2) Někteří pracovníci drogových služeb mohou blízké osoby vnímat jako „nepřátele“ svých klientů, patrně v důsledku negativních odsuzujících teorií o jejich roli na užívání drog klienty služeb (Orford 1998). 3) Bariérou může být i to, že blízké osoby klientů mohou žít daleko od léčebných center (Kooyman, 1993). To je případ naprosté většiny českých tzv. „vesnických“ komunit, jež byly vybudovány mimo velká města a dosah jejich drogových scén. Nevýhoda spočívající ve vzdálenosti terapeutických komunit od míst, kde významní osoby jejich klientů bydlí, může být překonána efektivním využitím příležitostí, jež se v průběhu léčby uživatelů drog v komunitách nabízejí. 4) Překážky mohou představovat i obavy pracovníků z velkého pracovního zatížení členů týmu nebo z finanční náročnosti práce s blízkými osobami rezidentů. Dosavadní zkušenosti však naznačují, že zapo-

jení blízkých osob do programu komunit sice zvyšuje nároky na pracovníky programu, ale může za relativně nízké finanční náklady významně přispívat ke zlepšení kvality života jak uživatelů drog, tak i jejich blízkých v míře, jež vložené investice vysoce převyšují.

Politický kontext

Základní rámec pro uskutečňování opatření směřujících k mírnění nepříznivých dopadů spojených s užíváním drog pro jednotlivce i pro společnost definuje česká vláda již od roku 1993 (Radimecký 2005). Posledním vládním dokumentem o budoucí podobě drogové politiky je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009. Ta mj. zdůrazňuje i nezbytnost poskytovat podporu nejen uživatelům drog, ale i jejich rodinám a blízkým. Jedním ze specifických cílů současné drogové politiky vlády je – „zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace” (RV-KPP 2005). Vzhledem k přetrvávajícím problémům v oblasti financování drogových služeb jde však spíše u politickou rétoriku než o praktické systémové kroky, jež by komunitám v dosahování tohoto cíle napomáhaly.

138

Odborný kontext

Závislost jako bio-psycho-sociální model

Převážná většina českých terapeutických komunit pro uživatele drog vychází z bio-psycho-sociálního (spirituálního) modelu pojetí závislosti, jak jej definovala Světová zdravotnická organizace (Edwards 1981). Tato teorie naznačuje, že vývoj a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek je determinováno komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se faktorů biologické, psychologické a sociální povahy. Podle tohoto modelu je proto při práci s uživateli drog rozhodující, zaměřit se na jejich sociální prostředí a vztahy. A to nejenom mezi klienty navzájem či klienty s jejich blízkými, ale i mezi signifikantními osobami klientů navzájem.

Podobně Uchtenhagen a Zimmer-Hofler (1981) považují za příčinu vzniku závislosti narušenou rovnováhu mezi vnějším tlakem, vnější podporou a autonomií jedince. Když jeden z těchto faktorů dlouhodobě převládne nebo není dostatečně přítomen, prožívá člověk stres, jenž může překonávat např. opakovaným užíváním drog a tak zdánlivě nachází dočasné řešení svých problémů. Pod vlivem drog se cítí dobře i přes zneklidňující, nudné nebo bolestivé prožitky osobního, sociálního nebo interpersonálního původu. Tak i aplikace

tohoto modelu implikuje zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby závislého chování.

Systémově orientované teorie závislosti

I tyto teorie závislosti zdůrazňují potřebu zapojovat rodiny a přátele uživatelů drog do jejich léčby. Vycházejí ze základního předpokladu, že závislost může být důsledkem patologické rovnováhy ve vztazích nebo v rodinném systému uživatele drog. Přitom různí autoři indikují celou škálu rodinných faktorů, jež mohou být s problémy užívání návykových látek spojovány (Waldron 1998). Může jít např. o jejich užívání dalšími členy rodiny nebo o jejich postoje vůči drogám (Stanton 1979). Roli mohou hrát i vágní hranice mezi generacemi (Kaufman 1981), kvalita vztahů mezi dospělými a dospívajícími členy rodiny, nedostatek oceňování dětí v rodině či hostilita (Toumbourou 1994), nedůsledná a slabá disciplína v rodině či nedostatečné zapojení do jejího života zejména ze strany otců (Minuchin 1984). Tyto teorie se v praxi terapeutických komunit potvrzují, nelze je však aplikovat obecně. Při práci s klienty a jejich blízkými je vždy třeba vycházet z jejich individuální situace a potřeb.

Zapojení signifikantních osob

Současné poznatky z výzkumů naznačují, že zapojení rodin a blízkých uživatelů drog může mít významný vliv na úspěšnost všech typů léčebných programů (Institute of Medicine 1990) a že rodinná terapie je efektivní formou léčby jak pro dospělé, tak pro dospívající, kteří mají problémy s užíváním alkoholu a nezákonných drog (Stanton 1997). Zapojení signifikantních osob uživatelů všech typů drog do procesu léčby je spojováno s vyhledáním odborné pomoci v raném stadiu užívání drog (Yates 1988), s vyšší mírou angažovanosti uživatelů drog v procesu léčby a s vyšší retencí (De Leon 1984), s výrazným snížením užívání drog po léčbě (Simpson 1986) a se zlepšením fungování uživatelů drog v řadě behaviorálních ukazatelů – např. ve snížení míry jejich zapojování do páčání trestné činnosti, zlepšování jejich situace v oblastech vzdělávání a zaměstnanosti či při budování a/nebo při obnovování jejich vztahů s dalšími blízkými osobami (Yandoli 1990).

Tyto závěry z řady výzkumů se vztahují jak na léčebné programy pro uživatele alkoholu a ilegálních drog, tak na různé typy služeb, ať už jde o ambulantní (Yates 1988) nebo rezidenční léčbu (Simpson 1997), redukční substituční (Yandoli 1990) či udržovací substituční léčebné programy pro dospělé uživatele heroinu (McLellan 1993). Přitom, aby bylo v léčbě uživatelů drog dosahováno pozitivních výsledků, zdá se, že i zapojení části členů rodiny uživatele drog či jeho blízkých do procesu léčby je výhodou. Jako nezbytně nutná se tedy nejvíce účast všech blízkých z okruhu klienta.

Zvláštní význam je připisován zejména počátečnímu dojmu, jaký na klientovy blízké osoby daný léčebný program učiní (Stanton 1982) a jejich zapojení v raném stadiu po nástupu uživatele drog do léčby (De Leon 1984). Tyto faktory mají podle řady autorů výrazný dopad zejména na přístup klientů k léčbě i na jejich setrvání v ní.

Kvůli nepříznivým důsledkům, jež užívání drog jednotlivce na kvalitu života rodiny má, doporučují někteří autoři, že by měla být členům rodiny, kteří drogy neužívají, nabídnuta pomoc i v případě, že uživatel drog do léčby dosud nenastoupil (Straussner 1994). Proto je přikládán velký význam dostupnosti svépomocných nebo vrstevnických skupin pro rodinné příslušníky uživatelů drog, jako jsou např. Anonymní rodiče. I když o efektivitě svépomocných skupin neexistuje mnoho publikovaných informací, mohou blízkým osobám uživatelů drog poskytovat potřebnou psychologickou podporu (pocit sdílení) a rady od jejich vrstevníků (Toumbourou, 1994), a tím napomáhat ke zvýšení jejich informovanosti a kompetencí stejně jako ke zvyšování kvality jejich života.

Závěry z řady semistrukturovaných interview a fokusních skupin s blízkými osobami uživatelů drog v jedné terapeutické komunitě (Radimecká & Radimecký 2001) podporují výše uvedené hypotézy o příznivém vlivu, které aktivní zapojování signifikantních osob do procesu léčby závislého chování v celé řadě faktorů má. Jedná se zejména o:

- zvýšení retence a motivace klientů k aktivní účasti na procesu léčby;
- stimulace zájmu blízkých osob uživatelů drog zapojovat se do svépomocných skupin v místě jejich bydliště a porozumět otázkám spojeným s užíváním drog;
- stimulace zájmu nerozhodnutých či rezistentních signifikantních osob klientů o zapojení do programu nabízeného terapeutickou komunitou;
- zvýšení míry vzájemné podpory mezi blízkými osobami navzájem i mezi blízkými osobami a uživateli drog;
- zvýšení skupinové koheze mezi rezidenty programu;
- zvýšení vzájemné důvěry mezi rezidenty programu, jejich blízkými osobami a terapeutu.

Přístupy rodinné terapie

Řada autorů z oblasti rodinné terapie informuje o uplatňování celé škály různých přístupů v léčbě závislého chování. Přitom tři z nich se zdají být nejvíce studovány a proto i podloženy dostatečným empirickým výzkumem: **behaviorální rodinné modely**, **systémové rodinné modely** a **sociálně-ekologické** nebo též **integrativní modely** (Waldron 1998).

Behaviorální rodinná teorie vnímá užívání drog jako chování determinované enviromentálními faktory (tj. vlivy prostředí), a proto se zaměřuje na posílení signifikantních osob prostřednictvím nabídky repertoáru modelů chování, jak se vyrovnávat s problémy v rodině (Bry 1988). Perspektiva **rodiny jako systému** se zaměřuje na charakteristiky vzájemné interakce mezi členy rodiny a procesy jako jsou pravidla, role a komunikace (Stanton 1982). Léčebné strategie proto směřují k restrukturalizaci a změně vzorců interakcí spojených s užíváním drog s cílem vytvořit a upevnit nový model chování v systému rodiny. **Integrativní** nebo také **sociálně-ekologický přístup** v rodinné terapii vnímá užívání drog jako formu chování, jež vzniká v kontextu rodiny a má v rodinném systému svůj specifický význam (Liddle 1992). Rodinná terapie se pak zaměřuje na odhalení těch vztahových vzorců, jež užívání drog podporují, aby mohla specifickými intervencemi přispět ke změně dosud používaného maladaptivního rámce chování a nefunkčního systému rodičovské kontroly, jež chování uživatele drog ovlivňuje.

Závěry z dosud dostupných výzkumů nepreferují jeden z uvedených terapeutických přístupů více než jiný. Co více, podobnosti ve výsledcích dosažovaných napříč uvedenými přístupy naznačují, že změn v rodině může být dosaženou celou škálou metod (Waldron 1998).

Modality a formy práce s uživateli drog a s jejich signifikantními osobami

Má-li být program práce s klienty a jejich blízkými efektivní, musí vycházet ze znalosti jejich potřeb. Proto jsou rezidenti komunity a jejich blízcí cenným zdrojem informací pro zvyšování kvality a efektivity programu. Informace lze získávat různými způsoby, od interview přes fokusní skupiny až po dotazníkové průzkumy. V odborné literatuře je indikována celá řada možných modalit pro práci s uživateli drog, členy jejich rodin a dalšími blízkými osobami. Při rozhodování, kterou z nich použít (tj. jak je párovat s potřebami), je vždy důležité vycházet z toho, jaký cíl práce s těmito cílovými skupinami si pracovníci komunity stanoví.

Pro zprostředkování pocitu sdílení zkušeností a/nebo informací se jako nejprůměrnější jeví **vrstevnické skupiny** (Earley 2000), v daném případě skupiny rodičů nebo lépe skupiny signifikantních osob, mezi něž vedle rodičů zpravidla patří sourozenci či další příbuzní, přátelé nebo partneři klientů komunity. Tzv. **smíšené skupiny**, v nichž se společně setkávají signifikantní osoby s rezidenty komunity, se zdají být neefektivnější pro umožnění mezigeneračních „konfrontací“ a pro stimulaci procesů sociálního učení ve vztahu k interakcím v rodině (Knobloch 1999). Pro detailnější zmapování rodinných interakcí, jejich stereotypů a pro dosahování behaviorálních změn jsou za neúčinnější považována

rodinná sezení (Waldron 1998), jichž se dle možnosti účastní všechny signifikantní osoby klienta. Jako další možnost, jak zapojit signifikantní osoby do procesu léčby v terapeutické komunitě, jsou doporučovány jejich **pobyty v komunitě** (Kooyman 1993). Ty jim, prostřednictvím osobní zkušenosti a zážitku struktury programu a jeho jednotlivých komponent, poskytují příležitost získat odpovídající informace o procesu léčby. Při takových pobytech je blízkým některého z klientů doporučována aktivní účast na všech součástech programu léčby, zejména pak na skupinových sezeních rezidentů.

Možné příklady párování modalit pro práci s různými cílovými skupinami ve vztahu k cílům uplatňovaných intervencí uvádí následující tabulka podle Yaloma (1999):

Tabulka 1: Souhrn nejčastějších potřeb signifikantních osob v pořadí podle jimi individuálně vnímaného významu ve vztahu k odpovídajícím modalitám práce s uživateli drog a jejich blízkými (Radimecká a Radimecký, 2001)

Poř.	Charakter potřeb	Kategorie	Odpovídající modalita
1.	Můžu mu/jí pomoci a pokud ano, jak?	<i>sdílení, podpora</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
2.	Jak řešili podobný problém druzí?	<i>sdílení, podpora</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
3.	Jak bude vypadat jeho/její návrat z léčby?	<i>problémy ve vztazích, konfrontace</i>	<i>smíšená skupina, rodinné sezení</i>
4.	Jak účinná je léčba závislosti?	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
5.	Zjistit, proč začal/la užívat drogy.	<i>problémy ve vztazích, konfrontace</i>	<i>smíšená skupina, rodinné sezení</i>
6.	Přispěl/-a jsem k tomu, že začal/-a užívat drogy?	<i>problémy ve vztazích, konfrontace</i>	<i>skupina signifikantních osob, rodinné sezení</i>
7.	Zjistit, kde jsem udělal/la chybu.	<i>problémy ve vztazích</i>	<i>smíšená skupina, rodinné sezení</i>
8.	Vyřešit můj vlastní problém.	<i>vlastní problém</i>	<i>rodinné sezení</i>
9.	Zjistit více informací o závislosti.	<i>informace</i>	<i>smíšená skupina, rodinné sezení</i>
10.	Jak je terapeutická komunita financována?	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
11.	Získat kontakt na poradenství v místě mého bydliště.	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
12.	Získat více informací o terapeutické komunitě.	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob, pobyt v terapeutické komunitě</i>
13.	Získat více informací o dalších léčebných programech.	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob</i>
14.	Praktické otázky (kapesné pro klienty, zdravotní pojištění, sociální dávky apod.)	<i>informace</i>	<i>skupina signifikantních osob, rodinné sezení</i>

Potřeby uživatelů drog i jejich blízkých se v průběhu programu léčby v terapeutické komunitě vyvíjejí a mění. Zpravidla se posouvají od obecných ke konkrétnějším, např. od obav o uživatele drog k obavám o další, dosud potlačované a při terapii identifikované rodinné problémy (Kooyman 1993). Proto je nezbytné proces spolupráce s klienty programu a jejich blízkými průběžně monitorovat a vyhodnocovat jejich potřeby jako základ pro hodnocení efektivity programu či pro jeho případné modifikace.

Na základě definování potřeb signifikantních osob klientů terapeutické komunity lze specifikovat i formy práce, jež mohou k uspokojování jejich potřeby přispívat. Matoušek (1993) uvádí jako nejvýhodnější kombinaci tří základních modů, jež by měly být uplatňovány podle potřeb rodiny a schopností pracovníka vždy pod průběžnou supervizí:

Poradenský modus – pracovník vystupuje vůči rodině jako ten, kdo ví. Svou instrukcí přebírá odpovědnost za řešení rodinných těžkostí na sebe. Tato poloha vyhovuje zejména externě závislým rodinám.

Terapeutický modus – pracovník se soustřeďuje zejména na rodinné interakční vzorce a proto vytváří prostor pro jejich společný zážitek a reflexi. V tomto případě má terapeut dvě možnosti. Buď zůstane neutrální nebo může zvolit alternativu kontrolovaného stranění.

Podpůrný/edukativní modus – pracovník se snaží kompenzovat rodinný handicap přímou pomocí (např. poskytováním informací, obstaráváním finanční pomoci aj.) a snaží se podporovat všechny rodinné síly, které dávají naději na zvládnutí aktuálních potíží.

Tyto mody jsou při práci s rodinami závislých obvykle používány smíšeně, jeden z nich však zpravidla převládá podle schopností a dovedností odborného pracovníka. Přitom nesmí být opomenuta skutečnost, že pracovník je při své práci s rodinným systémem ovlivněn i zkušenostmi, které si přinesl ze své původní rodiny. Měl by proto projít odpovídajícím výcvikem, který zahrnuje reflexi osobního vzoru rodiny a pracovat pod supervizí.

Programy pro rodinné příslušníky v českých terapeutických komunitách

Informace, které české terapeutické komunity o svých programech formou lektorských přednášek, nabídky na internetu nebo v různých katalozích služeb (např. MPK 2000) zveřejňují, potvrzují, že zapojování blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby je všemi komunitami vnímána jako nedílná součást jejich práce. Přesto se způsoby naplňování této součásti jejich programů co do organizace, používaných metod a forem práce s blízkými osobami jejich klientů v jednotlivých zařízeních liší. To je ovlivněno mnoha faktory. K těm hlavním patrně patří rozdílné potřeby

různých věkových skupin jejich klientů, filosofie a délka různých programů, ubytovací kapacita jednotlivých komunit a kapacita terapeutických týmů.

Není náhodou, že první terapeutická komunita, jež české odborné veřejnosti prezentovala ucelený model práce s blízkými uživateli drog (Radimecká a Radimecký 2001), se od svého vzniku v r. 1997 zaměřuje na práci s klienty ve věku od 15 let, kde zapojení rodinných příslušníků klientů do programu hraje významnou roli (Patton 1995). Jak takový model práce s blízkými uživateli drog vypadá v praxi, tj. jaké příležitosti a jaké formy práce jsou pro zapojení blízkých využívány, znázorňuje tab. 2. Zařízení využívá kromě návštěv blízkých svých klientů, jež se uskutečňují 1x za měsíc i tzv. rodičovské víkendy (MacGregor 1964). Ty probíhají v blízkém rekreačním zařízení, kam se vejdou klienti i jejich blízcí (to objekt komunity neumožňuje), a kam si klienti pozvou vybrané blízké osoby, s nimiž je pracováno od pátku do neděle za využití tří základních forem práce – tj. skupin signifikantních osob, smíšených skupin a rodinných sezení. V průběhu pobytu klienta v komunitě jsou jeho blízcí zváni k účasti na jednorázových sezeních rezidentů programu i k několikadennímu pobytu v zařízení, před ukončením programu klient, jeho blízcí a člen týmu společně zformulují tzv. tripartitní smlouvu, jež definuje další postup spolupráce po odchodu klienta z komunity a stanoví vzájemná pravidla jednání mezi zúčastněnými stranami (White Light I. 2004).

Tabulka 2: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě v průběhu roku a pobytu klienta v TK

leden	únor	březen	duben	květen	červen
návštěvy	návštěvy	rodičovský víkend	návštěvy	návštěvy	rodičovský víkend
- skupiny signifikantních osob - smíšené skupiny - rodinná sezení po dohodě		skupiny oddělené/ smíšené, - rodinná sezení všichni	- skupiny signifikantních osob - smíšené skupiny - rodinná sezení po dohodě		skupiny oddělené/ smíšené, - rodinná sezení všichni
Př. Nástup klienta vstupní pohovor, úvodní skupina s rodiči v TK	→	- účast blízkých na skupině po výjezdu klienta domů	→	- pobyt blízkých v TK	

Podobně, i když jak už bylo zmíněno pracují s blízkými osobami svých klientů i další české terapeutické komunity. Jejich přístup se liší zejména co do délky počátečního zákazu kontaktu (telefonického, písemného či osobního) s blízkými osobami po nástupu klienta do programu, který se podle filosofie a délky programu pohybuje od žádného zákazu až po tři měsíce. Odlišné jsou i používané metody a formy práce. Některé komunity nepoužívají smíšené skupiny klientů a jejich blízkých, některé kladou největší důraz na rodinnou resp. vztahovou terapii mezi klientem a jeho blízkými, některé pracují s blízkými osobami klientů formou měsíčních jednodenních respektive dvoudenních setkání 1x za tři měsíce. Většina komunit umožňuje blízkým osobám svých klientů několikadenní pobyt v zařízení a doporučuje blízkým osobám klientů navštěvovat svépomocné skupiny v místě jejich bydliště provozované jinými poskytovateli služeb, některé komunity takové paralelní podpůrné skupiny pro blízké klientů svých komunit poskytují samy. Jak naznačují poznatky z výše citovaných výzkumů, není ani tak podstatné, jakými formami komunity s blízkými osobami svých klientů pracují či jaké volí terapeutické přístupy. Podstatné je, že je do programu léčby uživatelů drog zapojují a tím vytvářejí předpoklad nejenom pro zvýšení efektivity léčby svých klientů, ale pomáhají i jejich blízkým.

Etické aspekty

Zapojení blízkých osob do léčby uživatelů drog s sebou nese řadu etických otázek. Prioritou programu léčby závislého chování by vždy měl být osobní

červenec	srpen	září	říjen	listop.	prosín.
návštěvy	návštěvy		návštěvy	návštěvy	rodičovský víkend
<ul style="list-style-type: none"> - skupiny signifikantních osob - smíšené skupiny - rodinná sezení po dohodě 		skupiny oddělené/ smíšené, - rodinná sezení všichni	<ul style="list-style-type: none"> - skupiny signifikantních osob - smíšené skupiny - rodinná sezení po dohodě 		skupiny oddělené/ smíšené, - rodinná sezení všichni
	→ - sestavení tripartitní smlouvy / ukončení programu				

růst jeho klientů (EFTC 2005). To je velmi důležité proto, že uživatelé drog se při nástupu léčby střetávají s různými problémy ve vztahu k léčebnému programu. Ty mohou pramenit především z toho, že o něm nemají odpovídající informace a představy a je pro ně obtížné své potřeby jasně formulovat a prosazovat.

Je proto důležité, aby programy léčby uživatelů drog důsledně dodržovaly základní etické principy (Kitchener 1986). Mezi ty patří zejména: a) **autonomie** – tj. svoboda jednotlivce uskutečnit jakoukoli akci či myšlenku, která neohroží práva ostatních; b) **nepáchat zlo** – tj. nepůsobit škody sobě ani druhým; c) **prospěch** – veškeré aktivity mají být činěny ve prospěch všech zúčastněných; d) **loajalita** – tj. respektování práv druhých, dodržování dohod a věrohodnosti; e) **spravedlnost** – tj. záruka rovného zacházení se všemi zúčastněnými.

Navíc vyvstává řada praktických otázek, jako kdo je „klient“ neboli v čím zájmu má terapeut jednat, jak a v jakém rozsahu má terapeut zachovávat mlčenlivost (např. tajemství jednoho z členů dané sociální sítě) či zda má být program povinný pro všechny členy rodiny respektive sociálního okruhu uživatele drog. S cílem předejít možným nedorozuměním, měly by být cíle terapie společně diskutovány a schváleny všemi zapojenými osobami. Odborný pracovník by měl všem účastníkům vysvětlit procesy a pravidla vzájemné spolupráce a prodiskutovat s nimi jejich potencionální rizika včetně možných nepříznivých důsledků. Na základě těchto vstupních informací a souhlasu by měl být pořízen písemný poučený souhlas všech osob zapojených do spolupráce (Barker 1998).

Konečně, protože jsou uživatelé drog primárními klienty léčby v terapeutické komunitě, oni by měli rozhodovat o tom, kdo jsou jejich signifikantními osobami; tj. kdo z jejich sociální sítě by měl být pozván, aby se programu pro blízké osoby klientů účastnil.

Diskuse

V této podkapitole jsou diskutovány možnosti zapojení rodinných příslušníků a přátel uživatelů drog do procesu jejich léčby v podmínkách českých terapeutických komunit. V různých komunitách jsou používány podobné postupy, jejich organizační rámec se však může v kontextu řady místních specifik lišit. Jako podstatné se však jeví to, že české terapeutické komunity potřebu zapojení signifikantních osob uživatelů drog do léčby reflektují a aplikují v praxi. I to je pravděpodobně jedním z faktorů, který přispívá k dobrým, mezinárodně srovnatelným výsledkům jejich práce při léčbě uživatelů drog.

Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu jejich léčby podporuje řada výzkumů, které naznačují jeho pozitivní přínos jak pro uživatele drog, tak i pro jejich blízké. Tento postup velmi pravděpodobně pomáhá zvyšovat informovanost signifikantních osob o závislém chování a o programu, navazovat kvalitativně hodnotnější vztahy mezi rodinnými příslušníky a pracovníky komunit a sdílet cíle klientů v programu jejich blízkými. To se pak může příznivě promítat zejména do nižší míry drop-outů (předčasného ukončení programu) a do aktivnějšího přístupu rezidentů k programu jejich léčby.

Některé z blízkých osob klientů mohou být k zapojení do léčebného programu rezistentní, protože mohou čelit řadě problémů a vědí jen velmi málo o závislém chování či o terapii. Je proto důležité, aby se je pracovníci komunit snažili ke spolupráci a k zapojení do programu léčby motivovat při každé příležitosti, nejlépe již od počáteční fáze. Jako vhodná příležitost pro to se jeví vstupní pohovor před nebo při nástupu klienta do programu. Vyplatí se i motivovat blízké osoby klientů, aby absolvovaly celý program, nikoli jen jeho část. Např. s těmi signifikantními osobami, které absolvují program pro signifikantní osoby v celé jeho délce se daří snáze navázat vztah vzájemné důvěry nezbytné pro vzájemnou spolupráci.

Účast v programu by měla být dobrovolná. Proto by pracovníci programu neměli trvat na přítomnosti všech pro klienta významných osob z jejich sociálního okolí za každou cenu. Některé z blízkých osob klientů komunity mohou potřebovat více času, aby se rozhodly, zda se do spolupráce zapojit. Při takovém rozhodování mohou pozitivní informace a zkušenosti od jiných, již zapojených rodinných příslušníků či přátel klientů programu hrát klíčovou roli. Vedle toho poznatky z řady výzkumů naznačují, že účast všech členů rodiny není pro úspěch rodinné terapie naprosto nezbytná.

Protože byly uvedeny i některé specifické modality, modely a možná témata práce s klienty a jejich blízkými, je třeba zdůraznit, že se nejedná o vyčerpávající přehled a vždy je třeba – vůči uživatelům drog a jejich blízkým – zachovávat individuální přístup. Jde zejména o to, diferencovat práci s klienty a jejich rodinami podle jejich individuálních potřeb, např. v jaké fázi programu se rezident nachází a jaká je aktuální situace v rodině. Proto je také nezbytné program průběžně hodnotit a získávat zpětnou vazbu od všech jeho účastníků, jež umožní hodnotit efektivitu či provést případnou modifikaci programu tak, aby reagoval na aktuální potřeby jednotlivých rezidentů a členů jejich sociální sítě. Některé zmíněné modality, např. tzv. rodičovský víkend, jsou velmi náročné na organizaci a zapojení členů terapeutického týmu. Kvalitní a včasná příprava, jasná a srozumitelná pravidla pro všechny účastníky programu a jejich informování proto hrají klíčovou roli v předcházení případným nedorozuměním a nepříjemnostem. Program by měl být dobře naplánován i s ohledem na klienty, jejichž blízké osoby se z nějakého důvodu nemohou aktivně zúčastnit.

Hrozí i riziko nevyřešených mezigeneračních konfliktů zejména ze strany mladších pracovníků komunit nebo zaujímání odsuzujících postojů vůči rodičům některých rezidentů, jež mohou být negativním způsobem promítány do vzájemné spolupráce. Proto by pracovníci komunity měli absolvovat odpovídající psychoterapeutický výcvik a pracovat pod externí supervizí. Protože tým pracuje s nejméně dvěma odlišnými cílovými skupinami, jež mohou být v konfrontačním vztahu, je třeba důsledně dodržovat etické principy. Průběžné hodnocení realizace programu a jeho dopadů s účastí externího supervizora by mělo být jeho nedílnou součástí, aby zabránilo případným organizačním nebo individuálním nedostatkům a chybám.

Jako nejpřínosnější formy práce jsou klienty a jejich blízkými hodnocena rodinná sezení a vrstevnické skupiny. Vzhledem ke střídání klientů a jejich blízkých v programu by měl rovněž být průběžně zařazován vzdělávací blok, např. jako součást skupiny pro blízké osoby. Ten může signifikantním osobám pomoci přiblížit etiologii závislého chování a tím i pochopit chování jejich blízkých-uživatelů drog, odpovědět na některé jejich obavy a nejistoty či účinně předcházet relapsu.

Literatura

- Barker, P. (1998). *Basic Family Therapy*. USA: Blackwell Science & Oxford University Press, Inc.
- Broekaert, E., Van der Straten, G., Kooyman, M. (1999). The therapeutic community for ex-addicts: A View from Europe. *Therapeutic Communities*, 20(4), p.255-265.
- Bry, B. H. & Krinsley, K. E. (1988). Family-based approaches to reducing adolescent substance use. In: *Theories, techniques and findings*. Rahdert, E. R. & Rahdert, G. J. (Eds.), *Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research. (National Institute on Drug Abuse Research Monograph No. 77 ed., pp. 39-68)*. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services.
- Casriel, D. (1963). *So Fair a House: The Story of Synanon*. New York: Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs.
- De Leon, G. (1984). The therapeutic communities: What are the retention rates? *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 267-284.
- De Leon, G. (1995). Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1) p.3-15.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community, Theory, Model and Method*. New York, Springer Publishing.
- Earley, J. (2000). Specialized Groups. J. Earley *Interactive Group Therapy – Integrating Interpersonal, Action-Oriented, and Psycho-Dynamic Approaches* (pp. 296-342). USA: Taylor & Francis.
- Edwards, G., Arif, A. & Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug use and alcohol related problems. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, 225-242.
- EFTC – European Federation of Therapeutic Communities (2005) <http://www.eftc-europe.com>
- EMCDDA. (2004) 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Hesta, H. (1984). The third generation of concept therapeutic communities: A change of the concept from self-help to more professionalism. *Proceedings of the First European Conference on Milieu Therapy*. Katrineholm, Sweden: Vallmotorp Foundation.
- Institute of Medicine. (1990). Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotic addicts. *Int. J. of Addiction*, 16, 273-282.
- Kaufman, E. & Kaufman, P. (1992). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Needham Height, MA: Allyn & Bacon.
- Kitchener, K. S. (1986). Teaching ethics in counselling education: an integration of philosophical processes and philosophical analysis. *Journal of Counselling Development*, 64, 306-310.
- Knobloch, F.: *Integrovaná psychoterapie v akci*; Grada Publishing, 1999.
- Kooyman, M.: *The Therapeutic community for addicts, Parents involvement and treatment success*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993.
- Liddle, H. A., Diamond, G. & Dakof, G.A. (1992). Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action . E. & K. P. Kauramn (Eds.), *Family therapy of drug and alcohol abuse* (2nd ed., pp. 120-171). Boston: Allyn & Bacon.
- Lloyd, C., O'Callaghan, F. (1999). Hierarchical therapeutic communities: The jewel in the crown or the poor relation among treatment approaches to chronic addiction? *Therapeutic Communities*, 20 (4), p.266-279.
- MacGregor, R., Ritchie, A.M., Serrano, A.C., & Schuster, F.P. (1964). *Multiple Impact Therapy with Families*. New York: McGraw-Hill.
- Matoušek, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*; Slon, Praha 1993.
- McLellan, A., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
- Minuchin, S. (1984). *Family Kaleidoscope*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MPK (2000) Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci; Mezirezortní protidrogová komise, Praha.
- Nevšimal, P. (Ed.), Kooyman, M. a De Leon, G. (2004). *Terapeutická komunita pro závislé I. – Vznik a vývoj*, ISBN 80-7106-876-4, Středočeský kraj/ Magdaléna, o.p.s.
- NMS (2004) Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v ČR v roce 2003, Praha: Úřad vlády ČR.
- Orford, J. (1994). Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13, 417-429.
- Orford, J., Guillermina, N., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K. et al. (1998). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: Findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6(5), 395-420.
- Page, R.C. (1983). Social change in a therapeutic community. *The International Journal of the Addictions*, p.769-776.
- Patton, L. H. (1995) Adolescent Substance Abuse – Risk Factors and Protective Factors, In *Pediatric Clinics of North America*, vol. 42, No. 2, , p. 284.
- Prochaska, J. O. a Norcross, J. C. (1999) Eds. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*; Psýché, Praha.
- Radimecká, I. a Radimecký, J. (2001) Komplexní model práce s rodinnými příslušníky drogově závislých v podmínkách terapeutické komunity, *Konfrontace – časopis pro psychoterapii* 12/3.
- Radimecký, J. (2005) Česká drogová politika 1993-2004: Analýza vývoj, předloženo do *International Journal of Drug Issues*.

- Roldan, G. (2001). Treatment of drug addicts by a professional staff team using a therapeutic community and group psychotherapy. *Therapeutic Communities*, 22(1), p.29-40.
- RVKPP (2005) Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2012. Úřad vlády ČR.
- Simpson, D., Joe, G., Rowan-Szal, G., Greener, J. (1997). Drug Abuse Process Components that Improve Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(6), p.567-572.
- Stanton, M. D. (1979). Drug abuse in family: A review of recent literature. *Marriage and Family Review*, 2, 1-10.
- Stanton, M. D. & Shadish, W.R. (1997). Outcome attrition and family/couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stanton, M. D. & Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse addiction*. New York: Guilford Press.
- Straussner, S. L. A. (1994). The impact of alcohol and other drug abuse on the American Family. *Drug and Alcohol Review*, 13, 393-99.
- Toumbourou, J. W. (1994). Family involvement in illicit drug treatment? *Drug and Alcohol Review*, 13, 385-392.
- Waldron, H. B. & Slesnick, N. (1998). *Treating the Family*. 271-283.
- White Light I. (2004) *Operační manuál terapeutické komunity pro mladé závislé lidi White Light I.*, Mukařov-Verneřice, Ústí n.L.
- Yalom, I. D.: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*; 4. vydání, New York, Basic Books 1995, (česky : *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Konfrontace, Hradec Králové 1999).
- Yandoli, D., Mulleady, G. & Robbins, C. (1990). Family therapy and addiction. G. Bennett (Ed.), *Treating drug abusers* (pp. 48-66). New York: Routledge.
- Yates, F. E. (1988). *The Evaluation of a „Co-operative Counselling“ Alcohol Services Which Uses Family and Affected Others to Reach and Influence Problem Drinkers*. Vol. 83, 1309-1319.

e Zdravotní péče Petr Nevšimal

Klientela TK pro závislé trpí vzhledem k dosavadnímu životnímu stylu řadou zdravotních obtíží. Hlavním důvodem je, že klientem TK se většinou stává závislý na návykových látkách s vyšší mírou nebezpečnosti, s nitrožilní aplikací a s dobou užívání těchto látek v průměru 5 let.

V důsledku užívání těchto návykových látek může vzniknout **řada zdravotních komplikací** (Hobstová a Minařík), některé přímo v souvislosti se způsobem aplikace (např. abscesy, poškození cévních stěn, žilní insuficience, poškození nosní sliznice či přepážky, pneumonie), další v souvislosti se zavlečením infekce při aplikaci drog (např. endokarditidy, sepse, infekční hepatitidy, HIV), některé mohou souviset s riziky plynoucími z dalších užívaných návykových látek (alkohol, nikotin), s promiskuitou (venerologická onemocnění) nebo jsou způsobeny pouhým zanedbáváním obvyklé zdravotní péče

(gynekologické obtíže, zubní kazy, atp.). Řada zdravotních potíží je z oblasti psychiatrické komorbidity (viz Kapitola VI., str. 289 ad.).

Během pobytu klienta v TK se většinou nesetkáváme s akutním průběhem výše uvedených onemocnění, protože je téměř pravidlem příjem klientů přes zdravotnické zařízení – psychiatrické léčebny a detoxifikační jednotky, kde je prováděna komplexní diagnostika a léčba. Časté jsou naopak jejich následky a onemocnění chronického rázu. Většinu z nich lze úspěšně léčit během pobytu v komunitě a dále je třeba s časovým odstupem odpovídajícím inkubační době závažných infekcí provést kontrolní vyšetření. Kromě toho je podle našich zkušeností nemocnost klientů během pobytu vyšší oproti vrstevníkům, zejména co do respiračních onemocnění nebo četných úrazů (např. kloubní poranění v důsledku nepřiměřené sportovní zátěže po dlouhodobé fyzické nečinnosti). Proto je i součástí Standard pro komunitní léčbu (Standardy služeb pro uživatele drog) podmínka dostupnosti a zabezpečení zdravotní péče.

Zdravotní péče v TK se zabezpečuje jednak přímým poskytováním některých zdravotnických úkonů zaměstnanci s příslušným vzděláním, jednak zprostředkováním odborné zdravotní péče v jiných zařízeních. Současně mohou být klienti během prvních fází pobytu vedeni v pracovní neschopnosti, a pobírat tak nemocenské nebo sociální dávky. Každá TK má pro tyto potřeby uzavřenou smlouvu se zdravotnickými zařízeními v okolí, minimálně s praktickým lékařem a s psychiatrem. Do dobré praxe patří i dohody se zubařskou, gynekologickou, alergologickou, hepatologickou a chirurgickou ambulancí.

Obvyklou praxí je pověření jednoho člena týmu odpovědností za **sledování zdravotního stavu** klientů a plánování potřebných kroků ve spolupráci s příslušnou ambulancí. Do rutinní schopnosti terapeuta v TK přitom patří komplexní sběr anamnestických dat v rámci vstupního vyšetření a základní orientace v běžných zdravotních komplikacích klientů. Léčba v komunitě má dále určitá specifika, na která je třeba brát zřetel a dílčí zdravotní úkony koordinovat. Jednak je to zpočátku omezení výjezdů klientů mimo komunitu bez doprovodu klientů ve vyšších fázích, proto se plánují některá vyšetření, je-li to možné, až na dobu, kdy je klient ve vyšší fázi. Jednak je nutné zohledňovat aktuální psychický stav klienta, proto se např. léčba hepatitidy C interferonem doporučuje až v závěrečné fázi pobytu (v tomto konkrétním případě dlouhodobé interferonové léčby s rizikem depresivních rozlad, únavy a nespecifických chřipkových příznaků je nejvýhodnější ji realizovat v podmínkách chráněného bydlení s šetřícím pracovním režimem). Dále je potřebné, aby klient neopouštěl příliš často komunitní program, zůstal v těsném kontaktu s každodenním dnem v komunitě a neměl příliš mnoho možností úniku ze skupinového procesu.

Stejně tak je na druhou stranu často nezbytné pro klienty individuálně **upravovat podmínky pobytu v komunitě**. Může se jednat o uvolnění z někte-

rých typů programů (nejčastěji zátěžové programy a sportovní aktivity), přecházení na méně náročné pracovní terapii, nebo zajištění dietního stravování (nejčastěji z důvodu infekční hepatitidy). Handicap, který s sebou vyčlenění z kolektivu přináší, je pro některé klienty obtížný a výjimečně může vést k dohodě o dočasném přerušeni pobytu. Velmi složitý je pro komunitu i klienta jeho pobyt v případě vážného trvalého handicapu (na jedné straně máme zkušenosti s klientem, který se dokázal plnohodnotně bez jedné ruky nejenom věnovat pracovním činnostem, ale i jezdit na kole a lézt po skalách; na druhou stranu klient s HIV a hemofilií musel mít tak atypický program, že nebylo možné jej do komunity začlenit a po 3 měsících odešel).

Užívání léků v komunitě podléhá přesným pravidlům. Důvodem je jak riziko jejich zneužívání, tak riziko nedbalosti v jejich užívání. Klienti v nižších fázích u sebe mít léky vůbec nemohou a jejich podávání má na starosti starší člen komunity (tzv. zdravotní rada), který také eviduje cesty k lékařům a plán prohlídek, nebo člen terapeutického týmu. Užívání jakýchkoli volně prodejných léčiv je také možné pouze s vědomím týmu.

S léky ovlivňujícími psychiku je v TK různá praxe, v některých se vůbec nedoporučuje a více se v ovlivnění psychického stavu spoléhá na komunitní terapii. V dalších je jejich užívání samozřejmou součástí léčby a je indikováno psychiatrem, který prostředí komunity dobře zná a v nejlepším případě tam klienty i navštěvuje. Tento postoj charakterizuje filosofii komunity, limituje její schopnost péče o klienty s vážnějšími duševními potížemi a ovlivňuje nezbytnou délku pobytu i efektivitu programu. Užívání substitučních látek (metadon, buprenorfin) v TK zatím v Česku není možné, i když v zahraničí již takové programy existují.

K základní zdravotní péči v TK patří i namátkové **toxikologické odběry** moče k testování přítomnosti drog. Testování tzv. papírkovou metodou se provádí na místě a pouze v případě sporného nebo pozitivního výsledku se vzorky odesílají do specializované toxikologické laboratoře k vyloučení falešné positivity testu.

Specifický je v TK také „**statut nemocného**“ klienta. Pro možnost přehlednutí onemocnění, dissimulací, manipulace či úniku do nemoci musí o „nemoci a zdraví“ rozhodovat nezávislá autorita – nejlépe praktický lékař. Nemocný má obvykle zvláštní režim, neúčastní se společných programů, musí trávit čas v posteli na pokoji, nesmí se zdržovat ve společných prostorách, nemůže kouřit atp. Tento statut nemocného zároveň učí potřebě zvýšené péče o sebe v nemoci a zároveň ho motivuje se zařadit mezi zdravé členy komunity.

Do zdravotní péče o klienty TK patří také **výchova ke zdravému životnímu stylu** a zdravotnická osvěta – přednášky a tematické skupiny na hlavní rizika spojená s užíváním drog, nebo souvisejícím životním stylem. Občas jsou nutné i intervence v oblasti základní osobní hygieny a prevence (mytí, čištění zubů atd.)

Souhrn všech zmíněných aktivit komunity v oblasti zdravotní péče vede u klientů k rozšiřování povědomí o vztahu těla a psychiky, vědomí potřeby péče o sebe sama a k přijetí odpovědnosti za své jednání i za své zdraví.

Literatura

Hobstová, J., Minařík, J.: Somatické komplikace a komorbidita, in *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Úřad vlády České republiky, Praha 2003.
Kolektiv autorů: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*, RVKPP.

f Sociální práce Pavla Makovská-Dolanská

Pohledy na sociální práci v terapeutické komunitě

Mezi odborníky na léčbu závislosti na návykových látkách panuje shoda v tom, že sociální práce je nedílnou součástí léčebného procesu. Otázkou ale jistě zůstává, jak sociální práci definovat, jakým způsobem ji do procesu léčby v terapeutické komunitě integrovat, jaké konkrétní aktivity realizovat. V neposlední řadě se musíme zabývat také požadavky na profesionální dovednosti sociálního pracovníka.

Je velmi obtížné definovat jednotnou podobu a úlohu sociální práce. V dalších částech textu vymezím konkrétní cíle a aktivity, nyní se ale pokusím popsat dva možné pohledy na podobu a realizaci sociální práce spolu s jejich výhodami a nevýhodami.

Jednou z možností je vidět **sociální práci skutečně jako nedílnou součást léčebného procesu v komunitě**. Ve své podstatě se pak sociální práce stává součástí každodenního dění v komunitě, potažmo tedy i součástí individuálního vývoje klienta. V odborném týmu pak velmi často chybí profesionální sociální pracovník, jehož základní či jedinou náplní práce je řešení sociálních problémů klientů komunity. To se samozřejmě může odrazit na kvalitě sociální práce a na efektivitě řešení sociálních problémů klientů.

Dále narážíme na jinou nevýhodu tohoto pohledu. Musíme si klást otázku, do jaké míry je klient schopen vnímat zásadní důležitost řešení problémů spadajících do oblasti sociální práce ve chvílích, kdy např. velmi obtížně zvládá osobní krizi, rozhoduje se o další abstinenci apod. V těchto obdobích se pravděpodobně i pozornost členů odborného týmu soustředí na tato témata a sociální problematika zůstává stranou. Pokud je pobyt klienta v komunitě plný takovýchto obtížných a krizových situací vyžadujících velkou míru pozornosti v terapeutickém procesu, pak může být klient po dokončení léčby postaven

do velmi obtížné situace. Musí řešit řadu sociálních problémů komplikujících doléčování, dokončení procesu resocializace a zapojení do normálního života.

Na druhé straně má tento pohled a přístup k sociální práci i své výhody. Pokud je sociální práce nedílnou součástí léčebného procesu a je tak i odborným týmem vnímána, pak tento přístup může mít velmi dobrý vliv i na motivaci klientů své sociální problémy řešit. Stejně tak nenastane situace, že sociální problematika bude vyloučena ze zorného pole odborného týmu a jako téma bude pravidelně přinášena do dění v komunitě.

Druhý z možných pohledů sice začleňuje sociální práci do léčebného procesu, nicméně ji vnímá jako **samostatnou aktivitu vyžadující jisté oddělení od léčebných, terapeutických a jiných aktivit**. V praxi to může znamenat následující:

Součástí týmu je profesionální sociální pracovník, jehož náplní práce je převážně nebo výhradně sociální práce, tzn. že se přímo neúčastní jiných terapeutických aktivit jako je účast na skupinovém programu, garance klientů apod. Jeho povinností je zpracovat sociální anamnézy klientů a společně s nimi se pak zabývat definováním konkrétních problémů a kroků k jejich řešení.

Jednoznačnou výhodou je již uvedená profesionalita sociálního pracovníka. Ve srovnání s předchozím pohledem na sociální práci, kde se jí pravděpodobně zabývá každý člen odborného týmu tak, jak to vyžaduje aktuální situace, má profesionální sociální pracovník díky svým znalostem množství nástrojů k řešení problémů klienta. Další výhodou je i to, že vzhledem ke svému postavení v týmu se může sociální pracovník zabývat řešením sociálních problémů i v případě, kdy je obsahem terapeutického procesu zcela jiné téma. Díky tomu řešení nestagnuje a je více efektivní.

Jako v předchozím případě i v tomto přístupu můžeme najít jisté nedostatky. Ne v každém týmu lze pravděpodobně na 100% zajistit rovnoprávné postavení sociální a terapeutické práce, respektive vnímání jejich důležitosti jednotlivými členy odborného týmu. Pokud by byla terapeutická práce (případně i jiné činnosti) nadřazována, mohlo by se to následně projevit na snížené motivaci klientů své sociální problémy řešit a vnímat je jako nedůležité.

Charakteristika cílové populace se zaměřením na sociální problematiku

Pokud chceme definovat cíle sociální práce v terapeutických komunitách, musíme na populaci klientů nazírat z hlediska jejich sociálního postavení, sociálních dovedností a možností a samozřejmě i z hlediska nejčastěji se vyskytujících problémů.

Výchozí **sociální postavení** klientů terapeutických komunit je v mnoha případech krajní a aktuálně obtížně řešitelné. Mnoho klientů nastupuje léčbu ve chvíli, kdy nemá žádné sociální zázemí a finance, nejsou tedy schopni uspokojit ani základní životní potřeby.

Z tohoto pohledu jim terapeutická komunita nabízí okamžité vylepšení sociálního postavení, klienti žijí v prostředí, kde jsou jejich základní potřeby zajištěny. V tomto okamžiku může dojít k prvnímu rizikovému poklesu klientovy motivace se svým sociálním postavením zabývat. Tato reakce na zásadní vylepšení situace je jistě pochopitelná a také ji lze v počátcích léčby do určité míry tolerovat vzhledem k náročnosti počáteční fáze léčby. V žádném případě však nelze zapomínat na témata jako bydlení po dokončení léčby, možnosti zaměstnání, finanční zabezpečení apod.

Někdo jistě může namítat, že konečným řešením těchto témat se klient bude zabývat v doléčovacím programu. Jejich nepřehlížení v průběhu léčby může ale klientovi zajistit větší sebedůvěru a jistotu po dokončení léčby. Samozřejmě nemůžeme opominout ani fakt, že zdaleka ne každý klient po dokončení léčby služeb doléčovacích center bude chtít nebo bude mít možnost využít.

Téma **sociálních dovedností** klientů jednoznačně patří do celého procesu léčby, souvisí i s terapeutickým procesem a osobnostním růstem a vývojem klienta. Z hlediska sociální práce v terapeutické komunitě můžeme sociální dovednosti chápat jako schopnost klienta využít nabídku formálních i neformálních institucí, schopnost zorientovat se ve svých problémech a za pomoci těchto institucí je efektivně řešit. Můžeme předpokládat, že u většiny klientů po nástupu do léčby lze takto pojaté sociální dovednosti považovat za minimální nebo dokonce za zcela chybějící.

Nejčastěji se vyskytujícími **sociálními problémy** u klientů terapeutických komunit je celá řada. Mezi základní oblasti problémů patří:

- Chybějící nutné osobní doklady – občanský průkaz, průkaz pojištěnce, případně pas.
- Neplacení zdravotního pojištění – aktuálně se řeší např. registrací na úřadu práce. Běžné jsou v minulosti vzniklé dluhy u zdravotní pojišťovny.
- Zajištění příjmu, obvykle formou sociálních dávek.
- Chybějící zápočtový list z minulých zaměstnání.
- Trestně právní problematika – aktuální trestní stíhání, výpis z rejstříku trestů, výkon obecně prospěšných prací, nařízená ochranná léčba, exekuce apod.
- Možnost bydlení a zaměstnání po ukončení léčby.
- Nedokončení studia a hledání možností dalšího vzdělávání.
- Ostatní zbývající dluhy např. vůči institucím, rodině apod.

Z uvedených sociálních charakteristik klientů terapeutických komunit jednoznačně vyplývá, že se jedná o handicapovanou skupinu vyžadující velkou péči a pozornost právě v sociální oblasti.

Dále jsou nezbytné úvahy o tom, jaké komunita pro klienta nastaví nástupní podmínky. Opět vzhledem k výše uvedeným charakteristikám je zřejmé, že by nástupní podmínky neměly zvyšovat práh dostupnosti a znevýhodňovat tak klienty, jejichž sociální situace je aktuálně debaklová.

Základní cíle sociální práce v terapeutických komunitách

Obecně za základní cíl sociální práce můžeme považovat maximální možnou míru **sociální stabilizace klienta** ve smyslu nastolení takové životní situace, která v budoucnu nebude komplikovat, nebo dokonce neznemožní udržení a rozvoj již dosažených pozitivních změn a abstinenci od návykových látek.

Lze jistě namítat, že pojem sociální stabilizace je natolik široký, že ho není možné použít jako vodítko pro konkrétní práci v terapeutických komunitách. Konkrétní naplnění tohoto pojmu lze ale hledat ve vymezení cílové populace z hlediska pro ně typické sociální problematiky.

Vzhledem k závažnosti problémů a nutnosti se jimi během léčby zabývat za cíl sociální práce považují i **motivaci klienta** k jejich řešení. Práce na motivaci je dlouhodobý proces, který můžeme podpořit vhodně zvoleným přístupem.

Bez ohledu na oblast a množství sociálních problémů se sociální pracovník musí zabývat přístupem klientů k jejich řešení. Ten následně ovlivňuje způsob a zaměření konkrétní práce s klientem. U části klientely můžeme zaznamenat „nechuť“ se těmito problémy zabývat a to nejen v počátečních fázích léčby, ale může přetrvávat i v průběhu dalšího období. Důvody jsou jistě individuální, svou roli může hrát např. tendence nezabývat se reálným životem a snaha nepřipustit si závažnost problémů, jejichž řešení bude pravděpodobně dlouhodobé a bude vyžadovat trpělivost a vlastní aktivitu.

Zcela konkrétním cílem sociální práce je **definování** jednotlivých problémů a vytvoření **plánu řešení**. Naplnění tohoto cíle se v mnohých směrech může zdát obtížné vzhledem k okolnosti, že sami klienti mají často velmi malý přehled o skutečném stavu své sociální situace. K naplnění tohoto cíle je potřeba kontinuální spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem s návazností na spolupráci s potřebnými institucemi.

Neméně důležitým cílem sociální práce je podpora **sociálních dovedností** tak, jak jsou popsány výše. Naplňování tohoto cíle opět vychází z dlouhodobé a pravidelné spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem. Klient by měl být schopen zorientovat se ve svých problémech a na základě znalosti sociálních institucí a jejich nabídky hledat vhodná řešení. Mezi dovednosti so-

ciálního pracovníka pak nezbytně musí patřit schopnost vedení klienta k samostatnosti a schopnost odhadnout míru asistence a vlastní angažovanosti během řešení konkrétních záležitostí.

Časový harmonogram a míra asistence sociálního pracovníka

Na základě výše uvedených problémů se můžeme zabývat i časovým harmonogramem jejich řešení. Nelze ho zcela zobecnit a aplikovat na každého konkrétního klienta, lze ho ale považovat za jisté vodítko při vytváření individuálního plánu řešení.

Jak jsem již uvedla v předchozích částech textu, na **počátku pobytu** klienta v komunitě lze očekávat určitý pokles motivace k řešení sociálních problémů, respektive chybějící aktivní přístup k řešení. Tzn. klient si pravděpodobně je schopen své problémy v sociální oblasti uvědomit, nicméně sám aktivně nevyhledává možnosti řešení. Z těchto důvodů je v prvních měsících pobytu klienta v komunitě nezbytný aktivní přístup sociálního pracovníka.

V ideálním případě jsou definovány jednotné mechanismy platné pro každého klienta. Za dobrou praxi považuji zpracování podrobné sociální anamnézy v prvním měsíci pobytu klienta. Jejím výsledkem by mělo být určení problematických oblastí a stanovení postupu jejich řešení.

Za prioritní považuji vyřízení osobních dokladů a zdravotního pojištění, dále pak registraci na úřadu práce a zajištění alespoň minimálního příjmu ze sociálních dávek. Již v počátcích léčby nesmíme opomenout ani trestně právní problematiku. Mapování této oblasti je velmi obtížné vzhledem k tomu, že sami klienti mají malý přehled o tom, jaká řízení proti nim právě probíhají. Je výhodné zkontaktovat rodinu či jiné osoby v místě trvalého pobytu klienta a zajistit přeposílání doporučených zásilek do komunity. Stejně tak se můžeme společně s klientem pokusit získat co největší počet úředních dokumentů, které se konkrétních událostí týkají.

V tomto období je u řady klientů potřebná větší míra asistence sociálního pracovníka. Je vhodné klienta doprovázet do institucí, pomoci mu při vyřizování telefonátů a psaní dopisů. Stále ale se zřetelem na to, že cílem je postupné zvyšování schopností klienta k samostatné komunikaci a řešením bez asistence.

V první a druhé fázi léčby jsou opět aktuální témata trestně právní, u řady klientů se začne postupem doby vyjasňovat množství a podoba těchto událostí, např. trestní stíhání, probíhající soudní jednání, výslechy, znalecké posudky apod. Sociální pracovník by neměl tuto oblast pouštět ze zřetele převážně proto, že tato oblast je pro klienty velmi citlivá. Jsou ve většině případů rozhodnutí žít jiný život a abstinovat a je velmi těžké přijmout hrozbu např.

výkonu trestu. Proto mohou mít tendenci řešení odkládat nebo se mu zcela vyhýbat.

Po několika měsících má většina klientů zajištěn pravidelný příjem. Přichází tedy na řadu téma dluhů, komu dlužím, jakou částku, do kdy a jakým způsobem je nezbytné ji zaplatit. Za pomoci sociálního pracovníka je vhodné opět sestavit priority s ohledem na hrozbu exekucí.

Klient by měl být postupem času schopen s institucemi komunikovat samostatně (ať osobně, telefonicky nebo písemně). Míru asistence by měl být sociální pracovník schopen zvážit s ohledem na schopnosti klienta. Nelze ale zapomínat na to, že po opuštění komunity bude muset klient jednat samostatně.

Ve druhé a ve třetí fázi přicházejí postupně na řadu i otázky bydlení a zaměstnání po dokončení léčby. Je vhodné otevírat témata jako další vzdělávání, rekvalifikace, možnosti zaměstnání a bydlení. Tato témata by měla být řešena již ve spolupráci s doléčovací centrem.

Před dokončením léčby musí mít klient zajištěno bydlení, a pokud je to možné, tak předjednanou možnost zaměstnání. Dále musí mít přehled o probíhajících trestních řízeních a možný plán řešení. Do doléčování by měl také vstupovat s jasným přehledem o výši dluhů a harmonogramem jejich splátek. To vše pak přispívá k usnadnění vstupu do doléčovacího centra a „normálního“ života vůbec.

Oblasti sociálního zabezpečení

Sociální pojištění (skládá se z nemocenského pojištění, pojištění v nezaměstnanosti a důchodového pojištění)

- Zákon č. 589/1992 Sb. O pojistném na soc. zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- Zákon č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění a zákon č. 54/1956 Sb. O nemocenském pojištění zaměstnanců
- Zákon č. 88/1968 Sb. O prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, prováděcí vyhlášky č. 518/2004 Sb., 519/2004 Sb. a 524/2004 Sb.
- Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, v platném znění.

Státní sociální podpora (zahrnuje přídavky na děti, příspěvek na bydlení, sociální příspěvek, rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče, příspěvek na péči o dítě vyžadující okamžitou pomoc, porodné, pohřebné)

- Zákon č. 117/1995 Sb. O státní sociální podpoře.

Sociální pomoc (zahrnuje péči o rodiny s dětmi, o občany s nedostatečným příjmem a o občany nacházející se přechodně v mimořádně obtížných poměrech a o občany tzv. společensky nepřízpůsobené)

- Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o zabezpečení a zákon o působnosti orgánů v soc. zabezpečení
- Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti zákona
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení

Od r. 2007 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, který mění řadu předchozích zákonných norem.

g Volný čas Michael Kostka

Jak definovat volný čas?

Nejšířěji můžeme volný čas definovat jako veškerý čas strávený mimo zaměstnání. Dále z něj můžeme vyjmout obvyklou dobu strávenou spánkem a činnostmi souvisejícími s uspokojováním základních, především fyziologických, potřeb (zde se však již můžeme dostat do problémů – cesta do práce na kole, štípání dříví, nakupování či vaření může být pro leckoho zábavou, spaní pak „zabíjením“ volného času).

Oproti práci, většinou poměrně dobře strukturované časem i náplní, poskytuje volný čas svobodný, nestrukturovaný a jasně nevymezený prostor. Způsob jeho naplnění je zcela na dotyčném jedinci. Dává jedinci mnoho možností voleb a tím je pro mnohé složitý.

Z hlediska náplně volného času bývá odlišováno jeho aktivní a pasivní trávení. Hranice jsou opět nezřetelné, vodítkem může být míra zapojení jedince do činnosti. Při pasivním trávení volného času je dotyčný v roli konzumenta, diváka, prostor pro vlastní účast v dění je malý. Naproti tomu při aktivním způsobu je v roli účastníka – často hlavního, bez jeho aktivity není možno činnost realizovat. Toto členění má někdy aspekt až hodnotící (pasivní = špatný). U pasivního trávení volného času (kam, mimo pověstného gauče a videa od rána do večera, patří i návštěva divadla, filmového klubu či přednášek) je menší prostor pro seberealizaci, neznamená však že se jedná **neprospěšný** způsob.

V kontextu terapie závislosti se hodnotícímu hledisku nevyhneme, jako užitečnější se mi jeví kritérium smysluplnosti – naplňování potřeb a přínosu pro jedince (případně i pro jeho okolí).

Dalším, v této souvislosti používaným, a stejně tak nejasně ukotveným termínem je zdravý životní styl. Životní styl bývá definován jako individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností odrážející se v činnosti člověka¹. Adler pak termín používá pro jedinečný způsob chování jedince, který vychází z celku jeho motivů, rysů, zájmů a hodnot². Za zdravé pak můžeme považovat ty druhy činnosti, které jsou přínosem pro rozvoj osobnosti (maximalistický pohled) či alespoň nepůsobí nepříznivě. Když budeme hledat osobnostní charakteristiky související se schopností a způsobem naplnění volného času, budeme mluvit např. o zodpovědnosti, tvořivosti, cílevědomosti jedince, zájmech.

Funkci volného času můžeme spatřovat v odpočinku a změně vůči běžným pracovním povinnostem (relaxace, regenerace, kompenzace jednostranné pracovní zátěže), uspokojování dalších, převážně vyšších, lidských potřeb (např. rozvoj osobnosti, potřeba uplatnění, potřeba vyniknout, seberealizovat se, rozvíjet osobní potenciál, získávat nové impulzy apod.). Velice důležité jsou jeho funkce sociální (rozšiřování a udržování sociálních vazeb, společná náplň volného času, potřeba náležitosti apod.).

Přesnou funkci a smysl dostává volný čas až konkrétním naplněním daným jedincem, není to „vlastnost“ automaticky spojená s určitou činností.

Význam volného času pro závislého

Volný čas tvoří podstatnou část lidského života, v současné době to může být u zaměstnaného téměř polovina bdělého času, u nezaměstnaného pak dokonce většina. Zároveň je jeho naplnění, pro svou nestrukturovanost a šíři možností, náročné na vůli a rozhodování, potažmo klade nároky na vyspělost osobnosti a schopnost samoregulace. Bylo by proto chybou tuto oblast v terapii závislostí opomíjet, jak to občas pro naléhavější problémy děláme.

U velké části našich klientů nacházíme anamnesticky neuspokojivý (či přímo znepokojivý) způsob trávení volného času v období, kdy s drogami začali, často již od období mladšího školního věku, v době užívání drog a především pak závislosti bylo jeho trávení většinou až patologické. Měli bychom mít na paměti, že s volným časem se musí naši klienti učit nakládat téměř od začátku. V případech, kdy navazují na činnost v minulosti vykonávanou, bychom měli zohlednit časový odstup i to, že činnost může být s drogovým životním stylem souviset.

Volný čas způsobuje při jeho nezvládnutí klientovi řadu potíží – pokud nemá plán na jeho využití, tak ho znejišťuje a zneklidňuje, pokud ho naplňuje neuspokojivě, přináší mu rozmrzelost, rozlady a napětí. Prázdný prostor a nečinnost vede k intenzivnímu uvědomování si vlastních nálad, pochybností,

nejistot i výčitek. To vše může vést k zažitému způsobu nakládání se stresem (případně volným časem vůbec) za pomoci drogy.

Na druhou stranu můžeme nahlížet na volný čas jako na adaptivní způsob, jak zažít pozitivní emoce, rozvíjet osobnost a sociální vztahy, naučit se novým znalostem a dovednostem či způsob, jak dělat něco naplňujícího a smysluplného (zvláště pokud to klientovi jeho běžná práce neumožňuje).

Význam volného času z hlediska léčby závislosti

Z hlediska léčby závislosti, jak jsme nastínili výše, je volný čas významný především ve třech oblastech: osobnostním rozvoji závislého, resocializaci a prevenci relapsu. Tato hlediska můžeme použít jako vodítka při volbě vhodné volnočasové aktivity. Dalšími vodítky by pak měly být zájmy, vloh, schopnosti a další osobnostní charakteristiky klienta.

Osobnostní rozvoj

Způsob trávení volného času odráží osobnostní charakteristiky (zájmy, vloh, schopnosti, povahové rysy, charakter), zároveň pak osobnost dále rozvíjí a spoluutváří. To platí především u aktivit vyžadujících aktivní podíl jedince (tj. při aktivním trávení volného času).

Podle typu aktivity, respektive podle složek osobnosti které se v ní aktivně uplatňují a na něž klade nároky, se rozvíjí rozličné oblasti. V celé škále možných činností se mohou uplatnit a rozvíjet snad téměř všechny složky osobnosti (ve své struktuře i dynamice) s výjimkou temperamentu³, proto zde jen výčtem nastíníme hlavní:

- Kognitivní schopnosti jsou rozvíjeny při veškerých aktivitách které kladou nárok na myšlení, učení, soustředění či tvořivost.
- Senzomotorické schopnosti jsou rozvíjeny v činnostech vyžadujících spojení smyslů a motoriky (sport, řemeslná či výtvarná činnost).
- Charakterové vlastnosti jsou ovlivňovány především v prostředí, které má výchovný či normativní potenciál – např. klub, oddíl či spolek vyznávající a vyžadující určité normy. Podobným způsobem může mít vliv i (identifikační) vzor – osoba, s kterou je činnost vykonávána. V některých případech to pak může být i činnost samotná (např. pokud dotyčný na vlastní kůži pocítí následky lajdáckosti při výrobě lodě či stavbě stanu a na vlastní kůži pak ponese tyto následky). Mezi ovlivňované charakterové vlastnosti patří např.: prosociální chování, čestnost, smysl pro fair-play.

- Motivy a zájmy – náplň volného času otvírá zájem o předmět činnosti, podněcuje k aktivnímu přístupu, nabízí krátkodobé i dlouhodobé směřování a cíle. Ideálně pak působí šířeji – podněcuje další rozvoj osobnosti (objevení se vývojově vyšších potřeb a metapotřeb) i zájem o svět kolem – např. prostřednictvím sociálního působení, podněty způsobe-
nými činnostmi.
- Volní vlastnosti jsou rozvíjeny v činnosti vyžadující vynaložení úsilí pro dosažení cíle. Označujeme je např. jako cílevědomost, sebeovládání, vytrvalost, odolnost, houževnatost.
- Postoje, hodnoty, názory – na okolí i sebe sama, jsou formovány jednak sociálním prostředím ale i činností samou. Jedinec si váží nových věcí, poznává hodnotu sebe sama, utváří si představu o svých možnostech a schopnostech. Činnost, zvláště pak úspěšná a poutavá, dává prostor pro identifikování se, přijetí role a pozitivnímu vymezení (jsem celkem slušný fotbalista, šikovný řezbář, horolezec).

Resocializace a sociální rozměr volného času

Trávení volného času společně s dalšími lidmi je výbornou příležitostí pro vytváření nových sociálních vazeb, tato setkání mohou být inspirativní, motivující i naplňující. Začlenění se do skupiny, jejíž členové nemají společnou drogovou minulost, která (více či méně) sdílí obvyklé společenské normy, pravidla a hodnoty, bývá, zvláště po letech braní a léčení, objevnou sondou do fungování „normálního“ světa, běžných měřítek a starostí. Prostřednictvím takovýchto skupin dochází k znovuzачlenění do širší společnosti, přijetí jejích hodnot a norem.

Členství ve skupině může sytit různé psychické potřeby např. někam patřit, být vážen a respektován, spolupracovat či naopak soutěžit ap. Setkání s ostatními jsou příležitostí pro sdílení zkušeností a prožitků i sociální učení. Z tohoto hlediska jsou vhodné aktivity ve stálejší skupině (sportovní oddíl, výtvarný kroužek, jazykový kurz).

Společné trávení volného času je dobrým prostředkem pro udržování stávajících sociálních vazeb, „dělat něco dohromady“ je dobrou záminkou pro setkávání.

Prevence relapsu

Zatímco předchozí dva body souvisí především s dalším osobnostním a sociálním růstem (případně rehabilitací) klienta, můžeme na některé funkce

volného času pohlížet jako na přímou, téměř nevyhnutelnou, podmínku ke zvládnutí dlouhodobé abstinence.

Na prvním místě by pravděpodobně byla nutnost zaplnit čas, který byl v minulosti tráven užíváním drog. Nečinnost a nuda jsou bezesporu významným rizikovým faktorem. Na tomto místě je vhodné připomenout, že řada klientů má v období po léčbě tendenci zaplnit i velkou část mimopracovního času prací, někdy proto, že je to nejsnazší řešení, jindy kvůli touze po úspěchu. To však v dlouhodobějším horizontu často vede k dalším potížím – únavě a přepracování, při neúspěších v práci pak ke zjištění, že kromě ní nic nemá. Zároveň pak bývá zpomalen další (mimopracovní) osobnostní růst a budování sociálních vazeb. K fiasku pak může snadno dojít po kolapsu toho jediného co klient vybudoval – ať již má formu vyhoření, výpovědi ze strany zaměstnavatele, či „jen“ neshodami v práci a pocity nedocenění.

Další důležitou podmínkou pro udržení abstinence je dovednost dosahovat libých pocitů adaptivním způsobem, z tohoto hlediska poskytuje volný čas mnoho možností – jak na úrovni uspokojení nižších i vyšších (růstových) psychologických potřeb, tak na úrovni fyziologické odezvy na sportovní zátěž či zábavnou činnost.

Volný čas je prostředkem pro odpočinek, relaxaci, kompenzaci jednostranné pracovní zátěže, uvolňování napětí, duševnímu přeladění, které jsou nezbytnými dovednostmi pro adekvátní zvládnutí stresu běžného života.

Činnost či skupina s ní spojená může být oporou v obdobích kdy se v ostatních oblastech, ať již pracovní či mezilidských, přilíš nedaří. Poskytuje další bod o který je možno se v případě potřeby opřít.

Při výběru vhodné volnočasové aktivity je užitečné mít na paměti především tato kritéria:

- osobní charakteristiky klienta – především jeho zájmy, schopnosti a omezení včetně zdravotních;
- dostupnost aktivity – prostorovou i finanční;
- časové hledisko – vhodnější jsou pravidelné a dlouhodobé aktivity, zaplňující přiměřenou část volného času;
- sociální (a resocializační) rozměr – vhodnější jsou aktivity ve stálé skupině, je důležité s kým se bude klient setkávat;
- možnost dalšího rozvoje klienta a jeho seberealizace v dané oblasti.

Volný čas v programu terapeutické komunity

Komunitní programy se snaží působit celostně. Jak ve smyslu působení na celou osobnost tak i postihnout co nejkomplexněji všechny podstatné aspekty života, ke kterým náplň volného času bezesporu patří. V TK se objevuje téma

volného času ve dvou základních podobách, které jsem označil jako **strukturovanou** – včleněnou do programu TK a různým způsobem organizovanou, dále pak **nestrukturovanou** formu – neorganizovanou, její náplň závisí na každém klientovi. Oba typy mají přesah do terapeutického programu např. skupinové terapie, tematických skupin či individuálních terapeutických plánů.

Strukturovaný volný čas⁴ dává klientům možnost zakusit různé aktivity, z kterých si mohou v budoucnu vybrat, a dále se jim věnovat. Sleduje i další cíle: utváří návyk naplňovat volný čas, má vliv na skupinovou dynamiku (viz dále), fyzickou kondici jedince apod.

Do programu TK Magdalena jsou zařazeny následující typy aktivit: pravidelné společné aktivity volnočasového charakteru v rozvrhu týdne; zátěžové programy; příležitostné a nárazové akce. Pro účel popisu přiřazuji do této části i psychoterapeutické či tematické skupiny v nichž se téma trávení volného času objevuje a individuální plány.

V rozvrhu týdne TK Magdalena je několik hodin týdně vyhrazeno na společné trávení volného času:

- sport (1,5h týdně) – většinou kolektivní míčová hra (fotbal, volejbal, nohejbal, softbal),
- keramika (1,5h týdně),
- program šéfa domu (1,5h týdně),
- společný sobotní výlet (4–10h) – většinou pěší turistika či cykloturistika, někdy bývá cílem kulturní či přírodní památka, výstava ap.

V průběhu roku klienti připravují a zkoušejí divadelní představení, které pak hrají na divadelním festivalu terapeutických komunit – Kulturfestu, i při dalších příležitostech (každoroční divadelní festival v Plzni, představení v Mníšku pod Brdy).

Mezi příležitostné akce patří především účast na akcích našeho regionu. Z části pasivní – návštěvy kulturních či společenských akcí – divadelní, hudební, filmová představení, přednášky, výstavy, účast na mši, místní slavnosti (např. pouť). Na organizaci některých místních akcí se podílíme – připravujeme program pro místní předškolní a školní děti, pro děti z dětského domova, každý rok nacvičujeme a hrajeme Pašijové hry na Mníšeckém zámku.

Několikrát za rok se klienti účastní několikadenních zátěžových programů (viz samostatná kapitola knihy), u kterých je jedním z hlavních cílů zkušenost s různými možnými způsoby trávení volného času. Součástí jsou aktivity sportovní (běžecké lyžování, turistiku, pobyt v přírodě a táboření, cykloturistiku, skalní lezení), zájem o kulturu, historii a přírodu.

Nestrukturované volno – individuální volný čas klientů

Nestrukturovaného volného času v pracovních dnech příliš není. Od pondělí do čtvrtka je to jen několik hodin – často navíc částečně zaplněných dalšími povinnostmi, v pátek a v sobotu je volný podvečer a večer. V neděli je volné celé dopoledne, a pokud nemá klient návštěvu tak i větší část odpoledne. Trávení tohoto času je z větší části ponecháno na klientovi.

Plán způsobu trávení volného času přednáší klient každý týden na samořídící skupině, někdy bývá i součástí individuálních měsíčních plánů. V nich se klient často zavazuje k systematické aktivitě – zpravidla několikrát týdně. Při plánování víkendových výjezdů je program na volný čas automatickou součástí. Způsob trávení volného času, spokojenosti s ním a jeho smysluplnosti je (vedle návštěv a výjezdů) jedním z témat nedělní hodnotící skupiny. Několikrát za rok (dle potřeby) bývá volný čas tématem skupiny zaměřené na prevenci relapsu, zajímavé impulzy pro nové zájmy může přinášet též vzdělávací tematická skupina.

Potíže s volným časem – příklady z praxe

Běžně se stává, že se klient vyhýbá volnému času, který by musel aktivně naplnit. Typicky ho prosedí u počítače, prospí, tráví koukáním na televizi, někdy si hledá práci navíc.

Nejčastější, ale většinou poměrně dobře řešitelné, bývá neproduktivní trávení volného času u počítače – hrami, bezcílným brouzdáním po internetu a hodinami prosezenými na chatu. Užívání PC je řádem omezeno na dobu večerního a víkendového volna, hraní her je pak dovoleno jen o víkendu. V naprosté většině případů tyto problémy řeší skupina – reaguje na to, že jediný klientský počítač je obsazen stále tím samým člověkem i na to, že dotyčný opomíjí další věci. Výjimečně bývá někomu na popud skupiny čas trávený u počítače časově omezen či na několik týdnů úplně zakázán. Spíše než stanovovat hranice mocensky se snažíme dotyčného vést k tomu, aby si je naučil stanovovat sám.

Naproti tomu prospávání volna a povalování se před televizí bývá problémem, jehož řešení je obvykle na bedrech terapeutického týmu – toto chování bývá klienty vnímáno jako norma. Zčásti mu předcházíme plánováním volného času (týdenní a měsíční plány), někdy však musíme sáhnout k restriktivním opatřením. V naší komunitě je pověstný „kontrakt s postelí“ – zákaz vyskytovat se v posteli jindy než od konce programu do budíčku. Uvalení tohoto kontraktu vyvolá převážně smích – na jedné straně proti týmu, že zakazuje takovouto oficiální formou prkotiny, na druhé pak vůči postiženému – že není schopen tak obyčejnou věc zvládnout bez vnějšího limitu. Ve většině případů

mělo toto opatření dopad nejen na trávení volna, ale i na terapii, kde klient nemohl unikat před nelibostí do spánku a byl nucen problémy řešit.

Zajímavou bývá situace, kdy klient řeší potíže s naplněním volna, nejistou ve vztazích či nelibé pocity únikem do práce. Paradoxnost situace (podstatnou část klientů je třeba naopak k pracovitosti vést či je přímo tlačit) působí mezi klienty veselí a rádi na tento problém upozorňují. Tým pak musí především ujasňovat a vybalancovat přiměřené nasazení v této oblasti a zamezit nastolení lenosti jako kýženeho cílového stavu. Řešení této potíže sice obvykle nějakou dobu trvá, nebývá však závažnějším problémem.

U klientů následné péče, kteří nemají výraznou motivaci k osamostatňování se a vykročení do reálného světa, se nám stává, že tráví veškerý volný čas na chráněném bydlení (někdy stejným způsobem, jako byli zvyklí v komunitě, jindy ho spíše jen „zabíjí“). Opakovaně jsme měli velmi dobrou zkušenost, když jsme setrvání v následné péči podmínili dodatkem k terapeutickému kontraktu, jehož obsahem bylo nalezení a pravidelné trávení volného času v Praze či Mníšku (obvykle klubová aktivita nejméně 1x týdně). V souvislosti s tím pak docházelo k překvapivě velké změně i u motivace pro vykročení do světa včetně hledání nechráněného zaměstnání či bydlení.

Dalšími potížemi pak bývá jednostranné trávení volného času (u nás nejčastěji v posilovně) či jeho pasivní – konzumní trávení. To se snažíme měnit vysvětlováním výhod všestrannosti (např. tematické skupiny), povinnou účastí na aktivitách které se mohou stát koníčkem (v rámci zátěžových programů, keramika atd.). V případě jednostranného sportovního zaměření pak bývají užitečným impulzem zdravotní komplikace či nemoc které tuto činnost omezují či zcela znemožňují.

Význam volného času pro komunitu

Společné trávení volného času má vliv na vztahy v terapeutické komunitě. Za nejvýznamnější považují vliv společného zážitku na skupinovou kohezi – ten bývá obzvláště výrazný u náročných zátěžových programů. Dále pak pomáhá odbourání bariér, jak mezi klienty navzájem, tak i ve vztahu k terapeutům. V takovýchto situacích dostávají klienti možnost zažít terapeuta jako člověka což (v ideálním případě) napomáhá tomu aby ho přijali i jako vzor a inspiraci. Terapeutům pak dává prostor pro širší, především výchovné, působení a bezprostřední odezvu na chování klienta ve skupině.

Tyto neformální a reálné situace odbourávají běžně užívané obrany a umožňují širší poznání klientů ve skupině i sběr podnětů pro psychoterapii formou pozorování. Aktivity mají též významný vliv na atmosféru skupiny – můžeme je cíleně využívat např. na přeladění a odreagování skupiny po vleklém řešení konfliktů či problémů.

Vedení klientů k způsobu trávení volného času, snad ještě více než jiné činnosti terapeutické komunity, záleží na konkrétním složení týmu komunity a charakteristikách jeho jednotlivých členů. Zdá se užitečné, aby tým byl ve svých zájmech různorodý, a umožnil klientům zakusit co nejširší paletu možností, z kterých pak mohou vybrat tu, jež jejich zájmům a schopnostem nejlépe vyhovuje.

Poznámky

1. Hartl, 1996.
2. tamtéž
3. Temperament je ze své definice (téměř) neměnný – tedy aktivitou ve volném čase či jindy přímo neovlivnitelný. Nepřímo jsou však jeho projevy ovlivňovány složkami jako vůle, motivace atd.
4. Kritici mohou namítnout, že to žádný volný čas není, když je „naordinován“ terapie a je při něm povinná účast. Možná by bylo možné najít adekvátnější termíny např. výchova k volnému času, terapeutický program zaměřený na volný čas apod. Pro jednoduchost a srozumitelnost používám termín z praxe doplněný o adjektivum strukturovaný.

Literatura

- Hartl, P.: *Psychologický slovník*, Academia, Praha 2001.
ed. Kuda, A.: *Tematické skupiny prevence relapsu*. P centrum, Olomouc 2000
Nakonečný, M.: *Psychologie osobnosti*, Academia, Praha 2001.
Nakonečný, M.: *Lexikon psychologie*, Academia, Praha 1996.

h Zátěžové programy Martin Rataj

Zátěžová terapie je v českých komunitách již tradičním programem, který se vedle dalších metod a přístupů nemalou měrou podílí na procesu integrace klienta do společnosti, jeho zpevnění, profilace a přispívá k jeho osobnostnímu a sociálnímu rozvoji. Realizuje se především ve formě několikadenních výprav sportovně-turisticko-poznávacího charakteru, míra fyzické náročnosti a náplň záleží na osobitosti či tradici jednotlivých komunit či nasazení vedoucího programu.

Co přináší?

Fyzickou a psychickou zátěž. Zpravidla jde o programy, kde je podáván sportovní výkon. Klient si může ověřit, jaké jsou jeho limity, jak se vypořádává s nepohodou, únavou, vyčerpáním, nejistotou z budoucího, fyzickým, psychickým a klimatickým diskomfortem. Obtížné a vypjaté situace nabízejí

konfrontaci se sebou samým, klienti se po absolvování programu cítí pevnější, mají lepší kondici, mohou být inspirováni k sportovním činnostem ve volném čase. Sportovní složka je však spíše prostředkem, jak se pohybovat krajinou, intenzivně prožívat a vnímat svět.

Zázitek a motivaci. Zázitek sebezpřekonání má pozitivní vliv na sebedůvěru a sebeúctu, schopnost rozvrhnout síly, být samostatný a nezávislý, pěstovat vůli a sebezapření. Zázitek krajiny, přírody či kultury stimuluje zájem o okolí, pestrobarevnost života, obohacuje o jinakost a občerstvující různorodost, o vzdělání, nabízí inspiraci pro volný čas. Navzdory náročnosti mají programy relaxační funkci, nabízejí vybočení ze stereotypu, přeladění, jsou vítanou změnou, zábavou. Zakoušení a překonávání strastí spojených s dobrodružstvím probouzí žádoucí zvědavost, trénink vůle.

Dynamiku ve skupině. Vypjaté situace konfrontují klienta s jeho schopností solidarity, tolerance, poskytnutí podpory, péče o slabší, koordinace s druhými, orientace, zodpovědnosti ve vykonávání svěřeného úkolu. Snadněji mizí mezigenerační hranice mezi klienty i terapeuty, katalyzuje se integrace nováčků a identifikace se skupinou, vztah mezi terapeutem a klientem získává neformálnější rozměr. Pro klienta je příjemně objektivní zjištění, že terapeut je také člověk potýkající se se svými limity.

Interakci. Nepředvídatelné situace v terénu, určitá míra improvizace, pohyb mimo prostor vymezený řádem, minimální soukromí, to vše je ideální půda pro zprůhlednění jednotlivých vzorců chování, přetvářek a image. Exponované podmínky dávají příležitost k přehodnocování předsudků a stereotypů mezi klienty, terapeuty nevyjímaje, při řešení vypjatých situací ustupují momentální konflikty a animozity. Snadněji krystalizují vztahy mezi členy skupiny, chování a vnímání se oprostuje od balastu stylizací a póz. Utužení.

O překonání sebe sama již byla řeč. Velmi důležitou složkou programu je navázání na skautské a woodcrafterské myšlenky, např. schopnost osvědčit určitou míru soběstačnosti, nezávislosti na civilizaci, přežít v přírodě (zajištění vody a ohně, přespání a vaření v přírodě). Rozvoj tábornických dovedností může být užitečný pro užší skupinu klientů, kteří pobyt v přírodě hodlají zařadit do svého budoucího života.

Výchovu. Programy jsou zásadně ekologicky šetrné, s akcentem na předání ekologického smýšlení klientům. Náplň programu je vedle sportu zařazení do místopisných, historických a přírodních souvislostí co nejvíce přijatelnou formou (zpravidla kvízy, informativní zastávky). Pobyt v přírodě nutně vede k šetrnosti v zacházení se zdroji, skromné podmínky spojené se spokojeným fungováním bývají novou zkušeností především pro klienty zvyklé na konzumní způsob života ve velkoměstě, kde je plýtvání normou, nabízí zamyšlení nad vztahem člověka, přírody a civilizace.

V českých terapeutických komunitách se nejfrekventovaněji uskutečňují programy postavené na pěší turistice, vysokohorské turistice, cykloturistice, běžeckém lyžování, vodáctví či skalním lezení.

Organizace, materiální zabezpečení, příprava a způsob vedení se již odvíjejí v duchu možností a tradic jednotlivých terapeutických komunit. Pro názornost můžeme uvést detaily obecného zátěžového programu naší komunity.

Přípravu a vedení programu mívá na starosti zpravidla sladěná dvojice terapeutů, kteří mají rozdělené role. Je jasné, kdo program garantuje a kdo vede který úsek: vůdce se stará o mapy, trasu, náplň, vhodná místa k táboření, harmonický průběh akce atd. a zodpovídá za program, správce finanční hotovosti a zúčtovatel drží kasu a schraňuje účty, zdravotník drží lékárnu a pečuje o zdravotní stav zúčastněných. Další funkce, např. technik (stará se o sportovní vybavení a jeho údržbu), poradce pro stravování (konzultuje s klientem-kuchařem nákupy potravin na akci a vaření) může již být z řad klientů. O klientské samosprávě byla již řeč výše. Vyvážená míra spolurozhodování během programu je pro klienty motivující, jsou bráni více jako partneři, více se s programem identifikují.

Před odjezdem na program proběhne několik schůzek všech aktérů, kde je vedoucí programu motivačně informuje o smyslu programu jako součásti terapeutického rámce, o trase, míře náročnosti programu, potřebném vybavení, rozdělí odpovědnost za jednotlivé věci, zkontroluje nezbytné společné i osobní vybavení. Vedoucí v průběhu akce vede skupinu co průvodce a současně sleduje skupinovou dynamiku a usměrňuje ji žádoucím směrem, udržuje křehkou rovnováhu mezi pohodou, spokojeností, rekreací, zábavou, bezpečím na straně jedné, a zátěží, dobrodružstvím, diskomfortem, dynamikou a zdravým rizikem na straně druhé. Udrzet tuto rovnováhu se zdá být nejtěžším úkolem týmu vedení.

Zátěžový program je vybočením ze stereotypu komunitní léčby a uvolněním, zůstávají na něm však striktně dodržována zásadní komunitní pravidla, je upraven režim kouření, nakládání se soukromými penězi u klientů nižších fází, je ritualizováno společné stravování, večerní autorské čtení expedičního deníku, dlouhodobá soutěž ve znalostním kvízu orientovaném na ten který zátěžový program. Dodržována jsou kromě toho ekologická pravidla a etika jednotlivých sportovních odvětví (zejména v horolezectví).

Zátěžový program je i společným zážitkem celé komunity, do jisté míry supluje či motivuje prázdniny či dovolené. Pročítání starých deníků, listování fotoalby a prohlížení tabel s fotografiemi, která zhotovují klienti a zdobí jimi stěny komunity, bývá populární zábavou všech pamětníků.

Optimální zátěžový program je přiměřeně sportovně exponovaný, nejde v něm o lámání sportovních rekordů, ale o rekondiční a zdravý sportovní výkon korunovaný spokojeností, společný sportovní zážitek spojený s přemožením

sebe sama. Je výhodné jej realizovat v relativně neporušené, *turisticky zajímavé či malebné krajině*, s možností co nejvolnějšího pohybu a volného táboření. Pro potřeby terapeutické skupiny je výhodná méně turisticky frekventovaná oblast, nedostatek intimity při táboření může být značnou komplikací (ataky civilizačních svodů). Společné *táboření a vaření* v improvizovaných podmínkách navozuje atmosféru vzájemnosti, společné potřeby obstat. *Přírodní, historické či kulturní pozoruhodnosti* spolu s *kontakty se starousedlíky* jsou nejen zpestřením, ale i náplní edukační části programu, umožňují pochopit klientům historické či kulturní souvislosti, nacházet kořeny, vztah k místu, patriotismus. *S neovlivnitelnými faktory (počasí, mimořádné události)*, které mohou měnit plány programu, lze počítat spíše jako terapeuticky přínosnými s potenciálem potřeby překonání potíží, schopnosti improvizace. Dynamiku běhu událostí a okolností lze navíc jen obtížně vtěsnat do předem připraveného plánu. *Klientská samospráva* na programu se stará o funkčnost programu podobně jako doma v komunitě, tzn. jsou jasné role některých klientů (ten, kdo vaří, kdo opravuje poruchy na výzbroji a výstroji, kdo se stará o ohniště, o odpadky při opuštění tábořiště atd.). Pozitivní výchovný efekt má *finanční nenáročnost* programu, stravovací náklady bývají výrazně nižší než v residenčním programu v mateřské komunitě. Finančně náročné exkluzivní či exotické programy jsou pro klienty sice velkým zážitkem, ale v jejich následujícím životě nedosažitelné a spíše demotivující.

Optimální zátěžový program obsahuje pot, slzy, smích, rozedřenou kůži, pohodu, zimu, déšť, vedro, žízeň, bloudění, bláznivý nápad, krásnou krajinu, nečekané setkání a milé překvapení.

ch Keramika Václava Křesadlová

Keramika jako součást terapie drogově závislých není žádnou novinkou. Vyskytuje se v běžné praxi a má mnoho podob. Může být například součástí arteterapie, kde je jednou z výtvarných technik. Keramika do tohoto programu přináší výtvarnou trojrozměrnost a nabízí jiné vyjádření než malování na plochu. Keramika může být také vnímána jako součást pracovní terapie a výtvořů se potom prodávají. Nabízí se tu především práce s formami, jejich plnění a začišťování výrobků, nebo výroba užité keramiky z plátu. I keramika jako samostatný program může mít několik podob. Klienti mohou pracovat na úkolech týkajících se terapie (vymodeluj sebe, jak se cítíš, kolegu, jak ho vidíš...) a tyto výtvořů jsou potom v úzkém propojení s verbální terapií. Nebo v druhém extrému, klienti se zabývají uchopením řemesla a celá skupina pak vytváří a učí se stejnou věc (hrnek, misku, postavu...). Samozřejmě tyto podoby se dají různě kombinovat

a propojovat. Ve své praxi jsem si kladla otázku, co to znamená fungující keramická dílna v komunitě a jak ji využít v její celistvosti.

Po šestileté zkušenosti s vedením programu keramika, jsem vybrala podobu, která vypadá následovně. Keramika je zařazena do terapeutického programu 1x týdně 1,5 hodiny a klienti mohou ještě dílnu navštěvovat sami ve svém volném čase. Při pravidelném setkání je kladen důraz na osobní tvorbu klientů. Klienti mají za úkol přijít do keramické dílny již s vlastní představou, co budou dělat. Pokud tomu tak není, dostanou několik minut na rozmyšlenou, nezačnou-li na něčem konkrétním pracovat, dostanou práci potřebnou pro dílnu (roztloukat hlínu, míchat glazury...). Potom už jen všichni modelují, točí na kruhu nebo glazují a celý program je veden bočním vedením - konzultacemi, konkrétními radami a pomocí. Takto jednoduchá náplň umožňuje zcela individuální přístup, přestože je v dílně celá skupina klientů. V tomto programu je důraz především na klienta a jeho tvoření, terapeut přispívá občasnou radu, námětem či průběžnou reflexí. V tomto případě je nezbytné, aby terapeut byl také keramikem a sám měl zkušenosti s tvorbou.

V programu keramika klienti pracují s keramickou hlínou, je to hmota tvárná, ale i zrádná. Modelovat je možné jen ze „živé“ hlíny (dostatečně mokré a plastické). Když klienti pracují příliš pomalu, nebo ji dlouho hnětou, nevyrobí nic, jen suchou hlínu. Naopak na kruhu po dlouhém točení zůstane jen brečka. Toto je jedno z prvních zjištění, které klient v dílně udělá. Pokud chce skutečně něco vytvořit musí pracovat dostatečně rychle a v průběhu celé práce hlínu vnímat, jak se mění její vlastnosti, jestli není třeba mokřit, nebo nechat odpočinout. Práce v keramice nutí klienta soustředit se na přítomnou chvíli a reagovat na změny materiálu. Je třeba i dostatečné citlivosti, trpělivosti, koncentrace a samozřejmě ještě spousty dalších schopností, které musí zapojit, aby byl schopen pracovat s hlínou.

Ve srovnání s většinou aktivit v terapeutické komunitě **je keramika individuální a introvertní činností**. Klient se setkává s hlínou, učí se jí formovat, aby dostala tvar, jaký si sám představil. Často se to nedaří a musí se smířit se svojí vlastní nedokonalostí a nebo se pokoušet stále znovu, hledat způsoby, jak na to, aby se podařilo. Je to dokonalý obraz k práci na sobě. Zrovna tak máme představu, jací bychom chtěli být, a ne vždy se nám to daří naplnit. U modelování je tento boj docela klidný, ale při točení nabývá na dramatickosti. Hlína je na kruhu v pohybu a musí nejprve centrovat, potom se tvoří kastle a nakonec tvaruje. Není třeba popisovat celý postup, podstatné je, že klient musí vyvinout nemalé úsilí, aby hlínu zkrotil. Naučit se točit není záležitostí jednoho pokusu, ale je třeba se k tomu soustavně vracet, napřít sílu i vnímavost, nespíchat a nespokojit se s nepřesností. Jak se klient snaží zdolat hlínu, která se ještě k tomu poměrně rychle točí, zdolává i sám sebe. Učí se trpělivosti, citlivosti a přesnosti ve vztahu k materiálu.

Keramika má velkou výhodu i v tom, že **není hned hotová**. Od modelování k hotovému výrobku je dlouhá cesta: modelování, schnutí, 1. výpal, glazování, 2. výpal. Každá fáze má svůj smysl a něco jiného klientovi přináší. Modelováním jsme se již zabývali výše. Schnutí – výrobek asi týden schne a klient musí čekat, mnozí tuto fázi nevydrží a ještě svůj výtvar upravují, protože je suchá hlína hodně křehká, většinou svůj výtvar rozbijí. Glazování – po 1. výpalu (přežahu) se na výrobek nanáší glazura, klient se musí k výrobku vrátit a dát mu barvu. Znovu se zabývá tím, co dříve vytvořil, ale ne každému se chce vracet. V dílně potom zůstávají neglazované výrobky, které nakonec glazuje někdo jiný, dávno po odchodu autora z léčby. Poslední fáze je přijetí, spokojit se s tím, co bylo vytvořeno. I to má drobný háček. Glazury mají jinou barvu před výpalem a jinou po něm, a tak je často klient překvapen, jak výrobek nakonec vypadá.

Hotové výrobky většinou dostanou blízcí, nebo je klient sám používá. Toto je také významný moment v terapii. Když si uvědomíme minulost klientů, většinou nemají moc dobré vztahy v rodině. Věci vyrobené při keramice se dají skutečně užívat. A tak se snadno dostanou mezi předměty denní potřeby. Rodiče potom například pijí kávu z hrnku, které vytvořilo jejich dítě. Vzpomínka na ně zhmotněná do keramiky, se může stát pravidelnější a intenzivnější a výrobek je tak předmětem vztahu (vyrobený s cílem – dát ho konkrétní osobě). Keramika tedy může i přímo podporovat rodinnou terapii. Když si klient výrobek nechá pro svou vlastní potřebu, má ho na očích a používá jej i to je terapeutický moment. Pro klienta je povzbuzující, když vytvořil něco, co má užitek a sám si jej denně může uvědomovat.

Keramická dílna v komunitě je předností a pomocí. Dalo by se říci, že je to dokonce jedna z činností, která nabízí přirozenou protiváhu ke klasické skupinové terapii. Při tvoření z hlíny je každý sám se sebou, jde o neverbální a introvertní sebevztah, který se utváří skrze konkrétní činnost. Není závislý na výkladu ani připoután k postoji skupiny. Cílem keramiky jako takové je viditelný výsledek – objekt z keramické hlíny, terapie tu probíhá oklikou a je spíše přidruženým efektem. Klient si tímto procesem také uvědomuje a dokazuje, že je bytostí, která je schopná dávat světu kolem sebe tvar.

I Společné programy TK v ČR

1. Olympiáda terapeutických komunit Martin Rataj

Myšlenka uspořádat neformální setkání klientů léčících se z drogové závislosti v terapeutické komunitě vznikla v roce 1997 v historicky nejstarší komunitě v Němčicích. Náplň setkání byla pojata společensko-sportovně, záměrem bylo propojení českých terapeutických komunit, neformální setkání týmů a posílení sportovního ducha léčících se klientů v duchu odkazu zakladatele české adiktologie doc. Jaroslava Skály. Toto první setkání pořádala Terapeutická komunita Němčice v červnu téhož roku, pozvány byly pětičlenné sportovní klientské týmy s dvoučlenným terapeutickým doprovodem, v týmu musela být aspoň jedna dívka, terapeuti se soutěží neúčastnili. Soutěžilo se v orientačním běhu, fotbale, hodu němčickou holínkou, běhu na němčickou míli a znalostním kvízu. Setkání bylo dvoudenní, ve volném čase se jednotlivé klientské týmy rozptýlily po vsi, věnovaly se vlastnímu programu (sport, koupání, vycházky), společně bylo stravování v režii pořádající komunity, večerní program u ohně. Ubytování bylo v rámci areálu komunity ve stanových městečkách, které si každá komunita sama postavila ze svých stanů. Na závěr byli vyhlášeni vítězové jednotlivých disciplín a vítězné komunitě byl předán putovní pohár. Byla udělena cena fair play a cena útěchy pro největšího smolaře. Ve spontánní uvolněné atmosféře závěrečných proslovů a poděkování pořadatelé bez předchozích konzultací učinili výzvu k převzetí patronátu nad příštím setkáním, v této atmosféře vznikl nápad setkání tradovat a nazvat Olympiádou TK.

Následujícího roku se myšlenky ujala Terapeutická komunita Helianna v Mukařově, pravidla účasti nebyla však nijak kodifikována, účast byla nízká a organizace se značně odlišovala od prvního setkání. Během dalších let se v pořádání Olympiády TK vystřídaly téměř všechny české a moravské komunity (1999 White Light Verneřice, 2000 TKDZ Nová Ves, 2001 Karlov, 2002 Sejrek, 2003 Medvědí Kámen, 2004 Fides Bílá Voda, 2005 Němčice, 2006 Podcestný mlýn). V průběhu let se ustálila pravidla navazující na první němčické setkání, zanikla instituce putovního poháru, začaly se udělovat diplomy a ceny. Pořádající komunita si určí soutěžní disciplíny, které jsou uvedeny na pozvánce, jedna disciplína je držena v tajnosti jako trumf na místě. Disciplíny jsou zpravidla tradičně sportovní (fotbal, volejbal, nohejbal, běh, cyklistika, triatlon, denní či noční orientační běh) či sportovně-zábavné, pro pořádající komunity specifické (střelba ze vzduchovky, nošení polen z lesa, pétanque, lukostřelba, maraton, běh do kopce v kopřivách).

Olympiáda TK není otevřena pro další klienty, pouze pořadající komunita je kompletní a zpravidla si pozve své ex-klienty, kteří vytvoří svůj tým. V kompetenci pořadající komunity je i míra otevřenosti směrem ven, např. v Sejdku a Němčicích se o večerní zábavu postaraly hudební kapely, v Medvědíh Kameni chodský folkloristický soubor, do Bílé Vody byli přizváni novináři z místního listu, v Medvědíh Kameni přijal čestnou účast na disciplíně přeshraničního běhu cípem Bavorska vášnivý běžec – tehdejší premiér – Vladimír Špidla, pochopitelně s ochrankou a novináři.

Popularita Olympiády TK mezi klienty je vysoká, kromě sportovního a soutěživého ducha je především prázdninovou odpočinkovou akcí na konci školního roku a společnou platformou pro setkání. Závislí klienti se mezi sebou často znají a mohou posoudit, jak postoupili v léčbě, v čem se jednotlivé komunity odlišují, neformálně získávají kontakty na programy následné péče či zaměstnání.

Na sousedním Slovensku z iniciativy Terapeutické komunity Road Tomky vzniklo v roce 2002 podobné setkávání na mezinárodní úrovni s názvem Komunity cup, pravidelně se jej vedle slovenských TK účastní Poláci a váhavě i některé české TK, filosofie je více spartánská v duchu hesla „panem et circenses“, napojení je pro české komunity velkou výzvou a je již tématem jednání Sekce Terapeutických komunit A.N.O.

2. Kulturfest Václava Křesadlová

Kulturfest je kulturní festival komunit, který se koná tradičně v TK Magdaléna, poslední víkend v září. Jednotlivé terapeutické komunity jsou pozvané, aby jejich klienti vystoupili s divadelním představením, s hudebním vystoupením, nebo s tancem. Tyto výstupy jsou limitovány pouze časem, přibližně 30 minut. V průběhu festivalu probíhá ještě výtvarná dílna, obsahuje malování na desky a sochání do plynosilikátu a je završena vernisáží. Nechybí ani přátelský fotbalík. Je to víkend určený k vzájemnému setkání. Protože Kulturfest je přehlídka, a nikoli soutěž, není zde místo pro rivalitu, ale spíše pro pozornost a zvědavost, jak se která komunita umělecky vyjádří. V popředí není vyhrát, ale hrát, tvořit, rozšířit vlastní mikrosvět a uvědomit si další možnost zážitků bez drog.

Přes prázdniny, asi tak dva měsíce před festivalem, je u nás v komunitě do programu zařazena příprava divadelního představení. Tedy je to prostor na hledání tématu, sestavení scénáře a zkoušení. Klienti mají různé představy, a tak hledáme téma, které by zaujalo pokud možno nejvíce z nich. Zatím každý rok klienti vyslovili svou touhu, aby to bylo především zábavné, vtipné, aby se všichni bavili. Málo kdy přijdou s tématem, o čem by se mělo hrát, spíše je

napadne Cimrman, či Shakespeare. Překvapilo mě, že klienti jsou velmi málo ochotni experimentovat s divadelními formami nebo s divadelním prostorem, maximálně občas pracují s loutkou nebo v masce. Svoboda moderního divadla se jich zatím příliš nedotýká, dokonce se jí brání. Většinou jsou ochotni pouze ke hraní rolí a nepřipouští jinou možnost. Jsou závislí na své představě divadla a změny jsou pro ně znejišťující až nebezpečné. To znamená, že v průběhu zkoušení musí být jednou z hlavních snah vytvořit klientovi prostor bezpečí pro jeho veřejný výstup. A potom teprve přichází otázka spolupráce či nějakého uměleckého sdělení.

Často se přetřásá otázka, jestli se má terapeut angažovat v představení klientů nebo ne. Divadlo je trochu jiná situace než klasická terapie a najednou se tu stírá otázka klient či terapeut. Myslím si, že by mělo především jít o divadelní zkušenost nebo jasnou jevištní představu, a pokud se mezi klienty objeví člověk, který je takového postoje schopný, měl by mu terapeut jen pomáhat a vytvářet prostor. Je zajímavé, jak se projevují klienti ve vztahu k hraní divadla, jakoby se skupina najednou nově strukturovala a do popředí se dostávají klienti s touhou vystupovat, nebo ti, kteří mají konkrétní představu a jsou schopni ji ztvárnit. Při zkoušení divadla se intenzivně projevují jednotlivé charakteristiky klientů, je to společný úkol pro všechny, všichni půjdou s kůží na trh, a to vytváří napětí. Snažím se, aby klient dostatečně zkoušel, aby se potom na jevišti zbytečně nestresoval nebo alespoň aby se nepletl ostatním.

Samo hraní divadla v sobě nese mnoho významných momentů pro osobní sebeuvědomování i pro terapii. Je to stav, kdy se člověk dostává do náročné situace, předstupuje před ostatní a musí se projevit, a to pokud možno tak, aby nepokazil hru svých spoluherců. Dostává se pod reflektory, musí se usebrat a najít odvahu promluvit, jednat a vůbec existovat na jevišti. Klient je ten, který je sledován, který je viděn, se kterým ostatní prožívají jeho jednání, musí reagovat na partnera a zároveň si uvědomovat hru jako celek. Dostává okamžitou reakci od diváků, jestli je skutečně rozumět tomu, co dělá a co se snaží vyjádřit. Je vystaven nejistotě a je nucen v situaci „tady a teď“ objevit skutečnou osobní jistotu. Každý sám nese zodpovědnost za sebe i za představení, za jeho srozumitelnost, vyznění a výsledné sdělení.

Kulturfest je zcela výjimečnou přehlídkou i co se týče vztahu diváka a herce. Většina diváků (klientů) také bude nebo již byla na jevišti jako aktrér. To znamená, že diváci mají mnohem hlubší pochopení a soucítění s herci než v běžném divadle. Jsou si přesně vědomi usebrání se a odvahy, kterou člověk musí mít, než vstoupí na jeviště. Snaží se všemožně podpořit, dokonce v průběhu hry povzbuzují a jsou extrémně vstřícní. Herec za jakýkoliv drobný „fórek“ dostane odměnu, je to pocit, na který se většinou nedá zapomenout, ještě se mi u klientů nestalo (už máme za sebou 6 představení), aby měli z divadla po skončení špatný pocit. Problém takto bezvýhradně přijímajícího vztahu se

občas objeví ve chvíli, kdy je klient podporován a dostává potlesk za nevkus, či za exhibici. Publikum jednoznačně odměňuje aktivitu a sebe-exponování, ale v přítomné chvíli nerozlišuje smysl nebo kvalitu výkonu. Co se týká skutečného zhodnocení představení, to probíhá při drobných diskusích. Klienti si potom sdělují soukromě, co pro ně bylo skutečně pěkné.

Na tento festival je třeba pohlížet jako na kulturně společenskou událost, která je jediná svého druhu v oblasti terapeutických komunit. Hlavním smyslem a náplní je vzájemné setkání, předstoupení před ostatní a vyjádření se. Uvědomme si, že komunity žijí v určitém nutném uzavření a tímto festivalem jsou z vlastního prostoru a jistot vytrženi. Na jeden víkend se změní jejich režim a hlavní náplní se stane setkání a jeho kulturně společenský rozměr. Toto je podle mého názoru základ velmi příjemné atmosféry, kterou je tento festival pověstný. Vnáší náhle pocit svobody i jiný rozměr do zaběhnutého řádu. Umožňuje zážitek sdíleného společenství lidí se stejným problémem a stejným osobním bojem. Tito lidé se sešli, aby zahráli představení, výtvarně tvořili, ne kvůli zjištění, kdo je větší umělec, ale pro tvoření samotné. Aby tento úkol zvládli, dávají si navzájem velkou podporu, fandí si a nechávají se vyhecovat kolikrát i k výjimečným jevištním výkonům. Není divu, že se často exklenti o Kulturfestu či o hraní divadla zmiňují, jako o velkém pozitivním zážitku a pocítění sebe sama a síly vlastního jednání.

IV. Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě

Kamil Kalina



1. Základní charakteristiky

Na počátku musíme zdůraznit dva základní parametry psychotherapeutického procesu v TK: jeho zaměření na osobu a vztahy a jeho skupinový charakter.

1.1. Zaměření na osobu a vztahy

Pro léčebnou filosofii TK všech typů není příliš podstatná ani diagnóza, ani symptomatika, ani biologické faktory etiologie a patogeneze psychických poruch – co je nejpodstatnější, je osoba klienta, jeho individuální Já a jeho vztahy včetně vztahu k sobě samému a ke svému životnímu příběhu – způsob, jak formuje či deformuje své sebepojetí a své vztahy ke světu i k druhým lidem a jak se brání či uniká úkolům a výzvám rozvoje svého potenciálu ke zdraví a zralosti.

Ve standardním konceptu návykové poruchy a závislosti (De Leon a Melnick, 1993; De Leon, 2000; Pieri, 2002) se opakovaně konstatuje, že fenomén zneužívání návykových látek sám o sobě není ústředním tématem TK. Vzorce užívání drog jsou méně podstatné než psychologické problémy a problémy s interpersonálním a sociálním chováním, ať už tyto problémy užívání drog předcházely a byly třeba jeho příčinou, nebo jsou jeho důsledkem. Koncept závislého člověka – klienta TK je založen na tom, že zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy. Má své kořeny v jiných, obecnějších problémech – psychologických nebo vývojových – a odráží obecnější problém zvládnání životních situací. Typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem, hodnotovým systémem a životním scénářem.¹

1.2. Skupinový charakter

Terapeutická komunita, podle slov Maxwella Jonese (1952), „vrací problém tam, odkud vyšel“, tj. do sítě interpersonálních vztahů. Problémy a obtíže, které v dřívějších interpersonálních kontextech vznikly a udržovaly se, se mohou měnit „teď a tady“, v přítomnosti a v tomto terapeuticky působícím interpersonálním kontextu. Podle Jonese (cit. in Kennard, 1998) „TK představuje plánované úsilí utvářet psychosociální prostředí tak, aby navodilo pozitivní změny u jednotlivých účastníků, ve víře, že utváření prostředí a změny jsou kauzálně spojeny.“ V Jonesově pojetí je jádrovým procesem, který změnu navozuje, sociální učení v situaci „tady a teď“ – tj. nikoliv průzkum minulosti, protože problémy, které si člověk do komunity přináší z předchozího života, se v sociálních interakcích stávají zjevné a přístupné porozumění a změně. Vše, co se v komunitě děje, je pojmáno jako příležitost k učení.² V jedné z našich předchozích definic TK (Kalina a kol., 2001) jsme uvedli, že zdroj terape-

utického potenciálu TK můžeme hledat „ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé“.

Skupinový charakter procesu odpovídá rovněž Kratochvílově charakteristice TK jako svébytné metody intenzivní skupinové psychoterapie (Kratochvíl, 1979). Proces v TK zahrnuje napodobování i konflikt, působení mnohočetných zpětných vazeb, korektivní zkušenost a experimentování s novými vzorci chování, to vše v bezpečném, podnětném a usměrňujícím sociálním kontextu, což jsou klíčové faktory skupinové psychoterapie (Yalom, 1999; Kratochvíl, 2005).

2. Skupinový proces v terapeutické komunitě

Jonesův zakladatelský koncept sociálního učení v TK se velmi blíží konceptu **interpersonálního učení**, který ve skupinové psychoterapii popsal Yalom. V tomto oddíle se pokusíme parafrázovat krok za krokem Yalomův výklad³ tohoto ústředního skupinového procesu tak, aby bylo možné jej aplikovat na terapeutickou komunitu pro drogově závislé.

2.1. Výchozí teze

I. **Interpersonální charakter problémů** – závislostní problematika je založena interpersonálně, ať už z hlediska vývojových nebo aktuálních vztahových vzorců. Léčba v TK se netýká drogy, ale osoby, jejich vztahů a sebepojetí (viz De Leon a Melnick, 1993). Jedním z úkolů léčby v TK je naučit pacienta vytvářet uspokojivé a nezkršené interpersonální vztahy a být kompetentní takové vztahy vytvářet.

II. **TK jako „sociální mikrosvět“** – v jiné své práci (Kalina, 2006) jsme tento Yalomův pojem vztáhli na TK tomto smyslu: 1) TK je modelem jiných skupin a společenství, z nichž si klient do terapeutického prostředí přináší často negativní zkušenost a navyklé vzorce chování a prožívání a v nichž bude po léčbě realizovat svou změnu a úzdravu, 2) zároveň je TK konkrétní, i když dočasnou sociální realitou, v níž změna probíhá ve vztazích se skutečnými lidmi. V této sociální realitě se musí klient bezpečně ukotvit, musí být přijat, získat podporu, důvěru a pocit sounáležitosti, aby měl proces interpersonálního učení pevné základy a mohl zdárně proběhnout.

2.2. Zpětné vazby, interpersonální náhled, korektivní emoční zkušenost

III. **Působení zpětných vazeb** – klient v TK si prostřednictvím mnohonasobných zpětných vazeb začne uvědomovat významné rysy svých vztahů

a chování, objeví své možnosti a omezení, pochopí reakce ostatních na své maladaptivní chování. Až dosud se nenaučil, jak píše Yalom, „rozlišovat mezi problematickými rysy svého chování a mezi svým sebepojetím zcela nepřijatelného člověka.“ Můžeme říci, že rovněž nenaučil rozpoznávat, jak je do oboujho zabudovaná droga, ani rozlišovat, „co dělá droga“ a „co dělá on sám“. Zpětné vazby v TK mu to umožňují.

IV. Interpersonální náhled – v TK se pravidelně objevuje tato interpersonální sekvence: 1) klient projevuje v TK narušené vztahové vzorce ze svého minulého života, tj. pokračuje v dosavadní „maladaptivní spirále“⁴, 2) prostřednictvím zpětných vazeb dokáže být lepším pozorovatelem svého vlastního chování, 3) zjišťuje, že jeho chování má vliv na pocity ostatních, na postoje, které k němu ostatní zaujímají a v neposlední řadě na postoje, které má sám k sobě.

V. Přijetí odpovědnosti – klient, který si tento proces plně uvědomí, si také začne připouštět osobní odpovědnost. „Každý je autorem svého interpersonálního světa,“ píše Yalom.

VI. Vlastní odpovědnost přináší možnost změny – jestliže klient přijme osobní odpovědnost za utváření svého interpersonálního světa, může se začít zabývat přirozeným důsledkem svého objevu: pokud si sám vytvořil svůj vztahový svět, může ho také sám změnit. V tomto bodě se také musí definitivně rozloučit se sebepojetím „fetáka“, které v této etapě terapeutického vývoje implikuje jednoduchou a vcelku pohodlnou představu, že stačí přestat být „feták“, stačí abstinovat, a vše bude OK.⁵

VII. Zakotvení změny v emočním prožitku – hloubka a význam takového porozumění jsou přímo úměrné hloubce a relevanci emocí spojených s tímto procesem. Čím skutečnější a emočně výraznější zážitek, tím výraznější je výsledek korektivní zkušenosti. Emočně odtažitý a intelektuální náhled se nepokládá za příliš účinný. Pro drogovou klientelu TK (a nejen pro ni) není snadné se dostat do kontaktu s vlastními emocemi a připustit jejich projevení, nicméně prostředí TK, schopné akceptování a podpory, to výrazně usnadňuje.

2.3. Nové vzorce vztahovosti, začátek „adaptivní spirály“

VIII. Zkoušení nových podob vztahovosti – prostřednictvím tohoto procesu v TK se klient postupně mění tak, že riskuje nové způsoby, jak být s ostatními. Jde nejen o nácvik nových vzorců chování, ale zkoušení nových podob vztahovosti včetně emocí, které je doprovázejí (např. blízkost bez sexu, přátelství bez společného nepřítele, respekt k autoritám bez servility či hostility, asertivita bez agresivity či soupeření). Současně klient dospívá i k novým způsobům, jak být sám se sebou (sebeúcta, pokora, odlišení chyby od viny apod.).

IX. **Založení „adaptivní spirály“** – jakmile klient dosáhl nějaké změny, i když malé, poznává, že nenastala žádná katastrofa, které se obával, a proto se změnám bránil. Neztratil identitu, nezaniknul, nebyl zavržen či opuštěn, nedostavil se výsměch či odsouzení. Může se tudíž odvážit změn dalších a zásadnějších bez iracionálních obav a obran.

X. **Změna zasahuje do vnějšího sociálního okolí klienta** – zde vstupuje do hry druhá stránka pojetí TK jako sociálního mikrosvěta: klient nejen přenáší do TK navykklé vztahové a emoční stereotypy z vnějšího světa, ale také přenáší do vnějšího světa výsledky procesu interpersonálního učení v TK. Změna se projeví i ve vztazích klienta mimo TK, a to ještě během jeho pobytu v komunitě.

XI. **Rozvoj „adaptivní spirály“** – adaptivní spirála se rozvíjí nejprve uvnitř TK, později i mimo ni. Pokud se upraví narušení klientových vztahů, vzroste i jeho schopnost vytvářet uspokojivé vztahy. Zmenšují se sociální a interpersonální úzkosti, roste klientova sebedůvěra, ubývá potřeba skrývat se, couvat před problémy. Ostatní na jeho chování reagují pozitivně, přijímají ho, což dále zvyšuje jeho sebevědomí; pokud se setká s negativní reakcí, je schopen ji zvládnout a poučit se z ní. Nakonec dosáhne adaptivní spirála takové autonomie a účinnosti, že již není závislá na podpurném (terapeutickém či resocializačním) prostředí.

Pohled na psychoterapeutický proces TK prizmatem interpersonálního učení ve skupině může být užitečný, je však pochopitelně jednostranný. V následujícím oddíle se proto budeme zabývat jiným hlediskem, které hledisko skupinových procesů zajímavě doplňuje.

3. Proces osobního dozrání v terapeutické komunitě

3.1. Východiska TK jako prostředí sekundárního emočního vývoje

V úvodu této kapitoly jsme vyzdvihli „zaměření na osobu a vztahy“ jako jeden ze základních parametrů psychoterapeutického procesu v TK. V popředí pozornosti drogově závislých klientů TK je osobnostní nezralost a problémy spojené se sebepojetím a s charakterovým a hodnotovým rozměrem osobnosti, což má kořeny i důsledky v oblasti interpersonálních vztahů. Jeřábek (2004) například považuje za jednotící toxikomanickou dispozici vývojově nízký stupeň osobnostní organizace ve smyslu koncepce O.Kernberga a P. Lerner. Broekaert (2001) se o drogově závislých klientech TK vyjadřuje obdobně a zdůrazňuje, že zabrzděný rozvojový potenciál těchto klientů pomáhá TK objevit a rozvinout.

Proces rekonstituce, tj. překonávání vývojového deficitu a napomáhání osobnostnímu růstu a dozrání v TK zde pojednáme na základě prací Haigha a Camplingové (Haigh, 1999; Camplingová, 2001).⁶ Východiska a způsob jejich uvažování shrnuje tabulka.

Sekundární emoční vývoj v terapeutické komunitě

Teoretický princip	Původ v individuálním vývoji	Kultura v TK	Struktury v TK	Původní témata TK dle Rapoport
Attachment	Primární vazba, ztráty a růst	Sounáležitost	Doporučování, připojování, odcházení	
Containment	Mateřské a otcovské „obsahování“	Bezpečí	Podpora, pravidla, hranice	Permisivita
Komunikace	Hra, řeč Druzí jako oddělení	Otevřenost	Skupiny, ethos, návštěvníci	Komunalismus
Zapojení	Nacházení místa mezi ostatními	Živé učení	Komunitní setkání: agenda a struktura	Konfrontace s realitou
Jednání	Ustavení vlastního Já jako východiska akcí	Zmocnění	Hlasování, rozhodování, seniorita	Demokratizace

Zdroj: Camplingová a Haigh, 1999, Camplingová, 2001.

Autoři popisují pět teoretických principů (1. sloupec) a představují je v progresivní sekvenci ve vztahu k důležitým parametrům jednotlivých vývojových stadií v dětství (2. sloupec). To představuje zjednodušené schéma normálního vývoje člověka v dětství ve smyslu vztahů „Já a ti druzí“ („primární emoční vývoj“). U mnoha klientů, kteří vstupují do terapeutických komunit, byl ovšem primární emoční vývoj narušen, což znamenalo poškození osobnosti a negativně poznamenalo síť vztahů. Terapeutické komunity však mohou obnovit příznivé podmínky a usnadnit „sekundární emoční vývoj.“ Poškozující vývojové situace mohou být znovuprožité a zpracované během léčby a v příznivém případě bude odcházející člen komunity silnější a více se vyzná sám v sobě. Tento proces ilustrují další pole tabulky z hlediska jednotlivých aspektů kultury terapeutické komunity (3. sloupec) a strukturám, které je zakládají a udržují (4. sloupec). V posledním, pátém sloupci tabulky se autoři pokoušejí

vztáhnout patero elementů primárního emočního vývoje a jejich konsekvence pro sekundární emoční vývoj v TK ke čtyřem principům, které formuloval Rapoport na základě svého výzkumu v Jonesově TK v Hendersonu a které jsou často citovány spolu se zásadami Maxwella Jonese jako principy práce terapeutické komunity obecně.⁷

Ve třetím sloupci nadepsaném „Kultura v TK“ můžeme najít faktory korepondující s některými terapeutickými činiteli skupinových procesů v pojetí Yaloma (1999) a Kratochvíla (2005). Psychoanalytické pojmy a teze nakonec směřují k témuž, zasluhují si však podrobnější vysvětlení.

3.2. Téma „attachment“ v terapeutické komunitě

Teorie attachmentu⁸ vytvořil britský psychoanalytik John Bowlby ve 30. až 50. letech 20. století. Podstatu teorie vystihuje citát jeho zprávy pro WHO: „Co se jeví důležitým pro duševní zdraví, je potřeba malých dětí zažívat vřelý, důvěrný a kontinuální vztah se svou matkou či stabilní náhradou matky, ve kterém nachází oba uspokojení“ (cit. in Vavrda 2005; další výklad podle téhož autora).

Tento „bezpečný attachment“ lze považovat za primární strategii, ale tam, kde se nezdaří (například pro nespolehlivost rodičů, jejich sebestřednost, nedostatek vcítění, chlad, necitlivost, nepředvídatelnost či nesrozumitelnost projevů), rozvíjejí se jiné formy, které již mají obrannou povahu a pomáhají dítěti se vypořádat s hůře, méně či nekonzistentně dostupnými rodiči. To vede nevyhnutelně k poškození psychického vývoje. Nezdařilý „pracovní model attachmentu“ pak ovlivňuje způsob, jak člověk vstupuje do vztahů k druhým lidem v dalších obdobích života.⁹

I když se v raném dětství nezaložil bezpečný vzorec přimknutí, může být získán sekundárně, když člověk v pozdějším životě zažije jiný významný vztah, který je dostatečně bezpečný a nosný. Může se jednat o přátelský či milostný vztah, ale také o důsledek psychoterapie. V tom spočívá podle Haigha a Camplingové význam terapeutické komunity s jejím potenciálem umožnit a usnadnit sekundární emoční vývoj.

Terapeutická komunita se svou rozvětvenou sítí vztahů, podporou ostatních klientů, silným pocitem sounáležitosti a péčí 24 hodiny denně umožňuje rozvoj silného terapeutického attachmentu, což může klientovi přinést „přestavbu“ jeho defektního a nefunkčního vzorce přimknutí, posílit jeho jistotu a důvěru ve vztazích a vyvést ho z bludného kruhu nereálného prožívání a jednání ve vztazích vůči druhým lidem. Autoři zde připisují klíčovou úlohu **pocitu sounáležitosti**, zapadnutí do bezpečné a podpůrné vztahové sítě – to koresponduje s významem skupinové sounáležitosti pro skupinové procesy, o nichž jsme pojednali v předchozím oddíle.¹⁰

3.3. Containment a jeho konsekvence v terapeutické komunitě

Koncept „containment“¹¹ pochází od jiného významného autora londýnské psychoanalytické skupiny, Wilfreda Biona.¹² Stručné vysvětlení teorie dle Brittona (1999) operuje s metaforou „psychického kontejneru“, jímž je pro dítě matka, schopná se empaticky ztotožnit s úzkostí svého dítěte a tolerovat ji sama v sobě. Matčina schopnost obsáhnout dětské primitivní úzkosti a chovat se k dítěti citlivě a reálně zakládá úspěšnou komunikaci mezi matkou a dítětem, při které se dítě dokáže se svými stavy vyrovnávat a integrovat své Já. Pokud toho matka schopná není (cítí se sama ohrožena a její odpověď je iracionální, neempatická, řízená úzkostí, pocity viny, hněvem, emočním stažením apod.), nevytvoří si ani dítě schopnost obsáhnout a ohraničit svoje prožívání, zpracovat je, vyznat se v něm a přiměřeně je vyjadřovat. Tak se u mnoha lidí s psychickými poruchami setkáváme se slabou integritou Já, spojenou s pocity ohrožení z určitých psychických obsahů a s prožíváním neschopnosti je pojmout, zpracovat a vyslovit. Místo toho přímo jednájí (agují) pod vlivem neintegrováných a dezintegrujících intrapsychických dějů, což mívá často (např. u drogově závislých, ale nejen u nich) destruktivní či sebedestruktivní charakter.

Stejně jako v případě nezdařilého primárního přimknutí, nabízí i zde psychoterapie možnost nápravy vývojového selhání. Bion sám tento rekonstitutivní proces popsal v psychoterapeutické skupině, Haigh a Camplingová jej aplikují na terapeutickou komunitu, která zajišťuje klientům bezpečný rámec, ve němž mohou explarovat své vnitřní a vztahové problémy a nalézat konstruktivnější způsoby, jak s nimi zacházet.

„Bezpečný rámec“ v TK je více než „pocit sounáležitosti“, který přichází v úvahu při rekonstituci vzorce přimknutí (viz předchozí oddíl). V prvním případě společenství prostě přijímá a podporuje klienta jako osobu, v druhém případě využívá své schopnosti „obsáhnout“ jeho projevy – tolerovat je, zvládat, unést klientovo testování důvěry a pevnosti vztahů, nezraňovat ho znovu, ale zároveň vymezit pevný rámec, v němž může být bezpečí pro daného klienta i pro ostatní členy komunity opravdu zajištěno. K předchozím faktorům přijetí, podpory a péče zde tedy přistupují ty elementy TK, které vytvářejí strukturu a řád: strukturovaný denní program, jasná pravidla a hranice, tj. to, k čemu odkazuje pojem „containment“ ve smyslu regulování a zadržování. Z tohoto hlediska lze rozlišit v TK mateřský a otcovský princip, působící v souladu s tradičním pojetím ženské (mateřské) a mužské (otcovské) životní role a psychického ustrojení vůbec. Můžeme tudíž „mateřskému principu“ TK připsat charakteristiky „morálka péče, blízkost, vztah, empatie, emocionalita, jazyk těla“ a „otcovský princip“ spojit s atributy „morálka spravedlnosti, řád, zákon, struktura, pojmový jazyk.“¹³

V konsekvencích containmentu v TK nacházejí Haigh a Camplingová nakonec propojení s Rapoportovým principem „permissivity“. Vysvětlují jej nikoliv jako bezbřehou toleranci společenství vůči jakýmkoliv projevům, ale jako takový prostor bezpečí a volnosti sebeprojevení, který neohrožuje bezpečí a svobodu ostatních členů, tudíž prostor vymezený jasnými pravidly a vnitřní strukturou. Testovací chování vůči spolehlivosti a nosnosti společenství i jednotlivých vztahů ve vztahové síti lze do jisté míry „obsáhnout“, ale zjevnou svévoli, nebezpečnost určitého chování či násilí vůči svobodě a právům ostatních členů TK není možné tolerovat. „Permissivita by se měla omezit na verbální vyjádření pocitů a projevy jednotlivce se musí setkat s ostrou konfrontací, jestliže ostatní členy zraňují, poškozují nebo u nich vzbuzují pocity vyloučení“ (Camplingová, 2001).

3.4. Komunikace v terapeutické komunitě: Já a ti druzí, My a ti ostatní

I když jsou předchozí úrovně (attachment a containment) v sekundárním emočním vývoji klienta v TK důležité, samy o sobě nestačí a lze je brát jako předpoklady či podmínky uplatnění a rozvinutí dalších, navazujících terapeutických principů v TK. Jako první z nich vstupuje do hry téma **komunikace**, která je nezbytná pro vlastní léčebný proces i pro faktické začlenění klienta do společenství.¹⁴

Prvotní dětská komunikace má formu hry, v níž se už naznačuje vědomí sebe samého, vědomí odděleného objektu hry a vědomí struktury hry, pravidel, jimiž se hra řídí. Tyto elementy se pak plně formují v mluvené řeči. Podle klasiků rodinné a komunikační terapie (Watzlawick a spol., 1999) je komunikace charakterizována tím, že „já – sděluji – někomu – něco – v nějakém kontextu“. Už tato elementární charakteristika jasně vypovídá o tom, co je pro mezilidskou komunikaci nezbytné: (1) vědomí Já a vědomí druhého jako odděleného od Já, jako „jiného Já“, jako „Ty“ v Buberově smyslu, což vyžaduje určitou strukturaci a ohraničení Já a zároveň odpoutání od dětské či obecně nezralé až patopsychologické víry v porozumění bez sdělování, (2) vědomí kontextu, což kromě jiného znamená i vědomí pravidel kontextu i komunikace samotné.

Vědomí, řeč a řád společenství (pravidla, kultura apod.) se v dětství i v TK spojuje s „otcovským principem“. Gale (2003) v tomto smyslu komentuje linii „komunikace“ u Haigha a Camplingové: „Jazyk a zákon, které označují zrození člověka do symbolického světa, přinášejí člověku nejen společenství a možnost sdílení s ostatními, ale také vědomí sebe sama v přítomnosti i v čase.“

V primárním emočním vývoji je komunikace spojena se vzájemností mezi členy rodiny a s rodinnými pravidly; prostřednictvím rodiny dítě také začíná poznávat a přijímat kulturu určitého společenství (akulturace, socializace). Obdobné konsekvence nacházíme v TK. „Psychoterapie je dialogem mezi lidmi a řeč přináší členství v komunitě,“ píše dále Gale. Jako ústřední charakteristika terapeutické komunikace v TK se uvádí otevřenost, obvyklá sou-

část komunitních „desater“. Jejím hlavním médiem je zde skupinová práce: sdělování, sdílení, naslouchání. Komunikace je však všudypřítomná a jejím prostřednictvím se klient jako jednotlivec stává členem společenství, poznává jeho řád, osvojuje si jeho hodnoty a dospívá k tomu, že členství v TK a souzáležitost s komunitním „My“ je pro něj hodnotou samo o sobě (Rapoportův princip „komunalismu“). Komunitní „My“ má však svoje hranice stejně jako individuální Já: návštěvníci zvenčí nejsou členy komunity, nepatří k „My“ (přítom nemusí být a priori méněcenní nebo ohrožující). Hodnota členství v TK umožňuje jednotlivci tyto reprezentanty vnějšího světa akceptovat a komunikovat i s nimi, podobně jako souzáležitost s rodinou umožňuje dítěti seznamovat se s tím, co je a není svět mimo rodinu.

3.5. Princip zapojení a interpersonální učení v terapeutické komunitě

Ve vývoji dítěte odkazuje pojem „zapojení“ k další etapě socializace v rodině. Dítě si hledá místo mezi ostatními členy rodiny, osvojuje si svou roli a učí se řešit problémy. Ani v normálním vývoji se to neobejde bez žárlivosti, rivality, konfrontace s druhými a rodinným řádem, ale pokud předchází vývojové kroky proběhly zdařile, pokračuje i této etapě růst a zrání Já bez závažných obtíží.

U klienta TK se v této etapě terapeutického vývoje naplno uplatňuje živé učení (sociální učení v pojetí Maxwella Jonese). Jeho ohniskem a reprezentující platformou je u Haigha a Camplingové, podobně jako u Jonese, komunitní setkání, jehož agenda a struktura dávají živému učení obsah a učící uspořádání. Tomu odpovídá Rapoportův princip „konfrontace s realitou“, vycházející z učení prostřednictvím zpětných vazeb v mezilidských vztazích v TK.¹⁵ Zde můžeme již v plné míře odkázat na jednotlivé kroky skupinového procesu interpersonálního učení, který jsme na základě Yalomovy koncepce popsali v oddílu 2 této kapitoly (zejména 2.2.). Je třeba mít na mysli, co všechno – zejména u klientů se značně nezrálou osobností – musí předtím v TK proběhnout, aby měl tento proces skutečně hluboký terapeutický dopad.

3.6. Jednání

Primární emoční vývoj v dětství je završen ustavením vlastního Já jako zdroje vědomého jednání. Toto období je spojené s přebíráním odpovědnosti. V TK pro klienta toto období znamená přijetí odpovědnosti za změnu, zkoušení nových vzorců vztahů a chování a založení „adaptivní spirály“ (viz oddíl 2.3. této kapitoly). „Terapeutická komunita ukazuje, že ostatní lidé, lidská společnost, vytváří základnu pro léčbu,“ píše Haigh (1999). „Právě prostřednictvím členství v komunitě člověk dospívá k většímu uvědomění sebe samého a může měnit své chování.“

Ztělesněním této dosažené urovně je v TK podíl klienta na moci a odpovědosti, jeho spolurozhodování o společných záležitostech, ale také jeho podřízení rozhodnutí celé komunity a akceptování autority terapeutického týmu. Korespondující Rapoportův princip „demokratizace“ znamená zde demokracii omezenou, odstupňovanou,¹⁶ s tím, že konečná a zásadní rozhodnutí náležejí terapeutickému týmu, který je ovšem musí učinit průhledným a srozumitelným pro všechny.

4. Fáze léčby a proces změny

V zásadě je možné vysledovat v obou popsaných psychoterapeutických procesech tři období: 1) klient se ke společenství připojuje, získává přijetí, podporu a pocit sounáležitosti, 2) probíhá vlastní proces živého (sociálního, interpersonálního) učení, 3) s přijetím odpovědnosti klient začíná zkoušet nové způsoby, jak být s druhými a rozvíjí adaptivní spirálu. To může na první pohled připomínat strukturované fáze pobytu klienta v TK pro drogově závislé (s tím, že spojíme „nultou“ a první fázi dohromady). V závěru této kapitoly se tudíž nabízí otázka, zda a jak psychoterapeutické procesy a fáze pobytu mohou vzájemně korespondovat, podporovat se nebo se rušit. Uvádíme několik pohledů na tyto vzájemné vztahy.

1. Členění procesů i fází má společného jmenovatele, jímž je logika vývoje člověka v prostředí, které má navodit změnu (bez ohledu na to, zda poznání této logiky je intuitivní, založené na zkušenosti, na odborné literatuře či výzkumu).

2. Z výše uvedeného popisu procesu osobního dozrávání v terapeutické komunitě vyplývá, že různé aspekty TK, někdy pokládáné za „pouze“ behaviorální, výchovné nebo organizační, mohou mít hluboký psychoterapeutický význam a dopad. Obecně lze mít za to, že struktura, pravidla a hranice mohou psychoterapeutický proces nejen usnadnit, ale jsou přímo jeho součástí. Stejně tak můžeme uvažovat o fázích léčby. Jsou spojené s poměrně jasným definováním role klienta v dané fázi, tj. s tím, co se od něj očekává. Klient v nižší fázi může také poznávat pozitivní změny u klientů ve vyšších fázích, což mu nabízí vzory k identifikaci, podporuje pozitivní očekávání, naději ve změnu a odvalu k ní. To vše může psychoterapeutický vývoj podpořit.

3. Psychoterapeutický vývoj není lineární, probíhá spíše ve spirále; klient se po dosažení určitého stupně jakoby vrací, ověřuje si pevnost základů, potřebuje více podpory apod. Naproti tomu fáze léčby jsou pojímané lineárně, jako stálý vzestup: návrat k předchozímu, určitá míra regrese, je obvykle možná pouze za cenu negativní sankce, tj. přečazení do nižší fáze. Kolize vnitřního vývoje a požadavků na roli v určité fázi může vést u klienta k vážným komplikacím, traumatizaci a často i k předčasnému ukončení léčby.

4. Vezmeme-li vážně první etapy sekundárního emočního vývoje v TK, je jasné, že počáteční fáze klientova pobytu nelze brát čistě behaviorálně, jako orientaci v prostředí a adaptaci na pravidla. Metaforicky řečeno, „tvrdá láska“ musí být opravdu láskou (přijetím, porozuměním, podporou, blízkostí a vřelostí vztahů), aby se terapeutický proces vůbec založil. Jinak může dojít k pouhé vnější adaptaci, na první pohled třeba zdařilé, ale další proces změny zůstává na povrchu a nepromítá se do trvalejších životních vzorců.

Porozumění psychoterapeutickému vývoji klientů, ať už z hlediska procesů interpersonální skupinové psychoterapie nebo z hlediska dozrávání osobnosti, je v TK pro drogově závislé stále důležitější – tak jak se vzdalují od pojetí klienta jako člověka, který je, zjednodušeně řečeno, sice závislý na drogách, ale jinak zdravý, a přijímají koncept závislosti jako fenoménu propojeného se sítí intra- i interpersonálních problémů. Tento posun klade velké nároky na lidskou i odbornou zralost terapeutických týmů, které již stěží mohou očekávat, že si komunita všechno „udělá sama“. Koneckonců již od dob Maxwella Jense se zdůrazňuje, že terapeuti jsou součástí komunitních procesů nejen jako aktéři, ale i jako subjekty: proces sociálního (živého, interpersonálního) učení se vztahuje i na ně a stejně tak jsou vystaveni konfrontaci s realitou – v sobě, v týmu, v komunitě i směrem navenek.

Poznámky

1. Pojetí drogově závislého jako člověka trpícího poruchou osobnosti formulovali již Casriel a Bassin v první TK pro drogově závislé v Daytop Village (viz Kooyman, 1993, 2005). Casriel popisoval závislost jako strategii nevyzrálé osobnosti na obranu před nežádoucími emocemi. Závislý trpí úzkostí a bolestí, vůči nimž nemůže použít strategii útoku ani útěku, proto své emoce metaforicky „zmrazí“, potlačí a opouzdří. Ve svém životním scénáři se tudíž vyhýbá jak ohrožujícímu kontaktu s vlastními emocemi, tak neméně ohrožující lidské blízkosti. Jeho spolupracovník při zakládání Daytopu Alexander Bassin popisuje v osobnosti drogově závislého nízké sebevědomím, porušenou identitu a neschopnost setrvat v dlouhodobém vztahu.
2. Podobně se vyjadřuje Kooyman (1993, 2005): „Vše, co se v komunitě děje, je terapie.“
3. Yalom (1999), kapitola 2 a zejména str. 66–68.
4. Yalom sám používá pouze termín „adaptivní spirála“ pro nové vzorce chování a prožívání, které se vytvářejí během léčby.
5. Některé léčebné systémy klientovi toto „vystoupení z role“ prakticky neumožňují, protože se příliš nebo výhradně soustřeďují na užívání drog.
6. Penelope Camplingová a Rex Haigh patří k předním autorům současných britských TK, které pracují především s poruchami osobnosti a hlásí se k psychoanalytické orientaci.
7. viz Kennard 1998; Nevšimal, 2005.
8. Attachment – úzký vztah, silná náklonnost, přimknutí. V české psychoanalytické literatuře není zvykem tento termín překládat. Zde budeme podle potřeby využívat českých ekvivalentů.
9. Tam, kde se nezdařilo bezpečné přimknutí, může člověk i v dospělosti svoje vztahy prožívat prizmatem defektního a nefunkčního „pracovního modelu“ a formulovat je podle něj bez ohledu na realitu. Může být například zahlcen intenzivní potřebou vztahové blízkosti a zároveň intenzivním strachem ze ztráty. Charakteristické je též zaujetí křivdou, která se zdá mít téměř

- neodčitelnou kvalitu. Jindy vystupuje do popředí neschopnost projevat v intimních vztazích emoce a čistě emoční stavy blízkých lidí, nebo člověk může ve vztahových situacích ztrácet sebekontrolu a propadat do dezorientace v čase, sledu událostí apod. Souhrnně lze říci, že člověk, který nepřekročí svou minulost, není schopen reagovat na opravdovou podobu přítomnosti. To může vést, jak podotýká Vavřda, ve svých důsledcích k tomu, že si ve svém životě „zrežírují“ situace, jichž se tolik obává.
10. Haigh a Camplingová upozorňují rovněž na důležitost terapeutických aktivit, které vstupu do komunity předecházejí, a které mohou klienta v tomto směru podpořit, snížit jeho úzkosti a obavy a „nastavit jej“ na emoční připojení ke společenství. Ještě více však zdůrazňují potřebu následné péče u těch klientů, pro které je ukončování pobytu zvláště problematické a může být až katastroficky prožívané. To koresponduje se současným pojetím systému péče o drogově závislé (viz Kalina, 2000; Kalina a kol., 2003).
 11. „Containment“ a „containing“ jsou další obtížně přeložitelné a obvykle nepřekládané psychoanalytické pojmy odkazující k mnoha významům: nejen „obsahování“, ale i „omezování“ či „zadržování“ (viz například „cost containment“ jako regulace nákladů ve zdravotnictví, „nuclear containment“ – „jaderné zadržování“ – jako politika mocností NATO vůči SSSR v období studené války vůči SSSR).
 12. Bion byl jedním z aktérů Northfieldských experimentů, v nichž se vytvářel původní britský koncept terapeutické komunity (viz Nevšimal, 2005; Kalina, 2006).
 13. Podle Carol Gilliganové, cit in Remeš a Halamová, 2004, viz též Kalina, 2006a. Soudobý feminismus toto tradiční pojetí napadá jako „gender konstrukt“ a odmítá z něj vycházející psychoterapeutickou teorii i praxi jako „gender stereotypy“.
 14. Emoční a behaviorální projevy, řízené nezpracovanými psychickými obsahy, mají do jisté míry také jakýsi komunikační (či spíše „pre-komunikační“) charakter. Komunikace v pravém slova smyslu však vzniká teprve tam, kde jsou tyto projevy „obsáhnuté“ a „ohraňené“ rodičovským nebo terapeutickým bezpečným rámcem a jejich nositel, dítě či klient v psychoterapii, v důsledku toho získá schopnost je obsáhnout, ohraničit, zpracovat a sdělovat.
 15. Podle Rapoportova „konfrontace s realitou“ znamená, že klienti jsou vystaveni neustálým zpětným vazbám, jak ostatní vidí jejich chování, a z toho se učí čelit svým tendencím zkruslovat či popírat obtíže, které mají s druhými lidmi, nebo se od těchto obtíží odtahovat (viz Kennard, 1998).
 16. Jde o původní Jonesovo pojetí demokracie v TK, dnes sdílené prakticky všemi typy TK, zejména v Evropě. Jones jasně odlišoval principiální rovnost členů TK a faktickou diferenciaci pravomocí a odpovědnosti: klienti mají mít takový stupeň pravomocí a odpovědnosti, jaký je slučitelný s jejich schopnostmi v daném čase (viz Kennard, 1998). Jones sám (1979) pokládal „usilování o demokratickou organizaci“ za společný rys „starých“ a „nových“, tj. bezdrogových TK. Přinejmenším v Evropě v posledních dekáдах platí, že „demokratické“ TK nejsou zas až tak demokratické a „hierarchické“ zas až tak nedemokratické, jak se někdy prezentují.

Literatura

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. (2003): Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Část 6/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Britton, R. (1999): *Belief and Imagination. Explorations in Psychoanalysis*. New Library of Psychoanalysis, Taylor & Francis, London.
- Broekaert, E. (2001): Therapeutic communities for drug users: description and overview. In: Rawlings, B., Yates, R. (eds.): *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Jessica Kingsley Publ., London.
- Campling, P. (2001): Therapeutic communities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 365–372.

- De Leon, G., Melnick, G. (1993): *Therapeutic Community: Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ)*. Community Studies Institute, Inc., New York.
- De Leon, G. (1994): The therapeutic community: toward a general theory and model. *NIDA-Res-Monogr.*, 144: 16–53.
- De Leon, G. (1997): *Community As a Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Praeger Publ., Westport.
- Dvořáček, J. (2003): Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina K. a kol.: *Drogy a drogově závislosti – mezioborový přístup*. Část 8/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Gale, J. (2003): The natural environment as an element in a therapeutic community treatment programme. *Therapeutic Communities – The International Journal for Therapeutic and Supportive Communities*, 24(2), pp. 206–208.
- Haigh, R. (1999): The Quintessence of a Therapeutic Environment. Five Universal Qualities. Pp 246–257, in: Campling P., Haigh R.(eds.): *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Jeřábek, P. (2004): *Struktura osobnosti drogově závislých*. Dizertační práce (Ph.D.), Universita Palackého, Olomouc.
- Jones, M. (1952): *Social Psychiatry*. Tavistock Publications, London.
- Jones, M. (1979): Therapeutic communities, old and new. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. Překlad in: Nociar A. a kol. (1996): *Úvod do léčby drogových závislostí*. Bratislava, Asklepios.
- Kalina, K. a kol. (2001): *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova pro Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, K. a kol. (2003): *Drogy a drogově závislosti – mezioborový přístup*. 1.a 2.díl. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, K. (2006): *Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě drogových závislostí*. Habilitační práce připravovaná pro Univerzitu Palackého v Olomouci.
- Kalina, K.: Archetypy v postmoderně. V. česko-slovenská konference o kvalitativních přístupech ve vědách o člověku, Praha, 23.-25. 1. 2006.
- Kennard, D. (1998): *An introduction to therapeutic communities*. 2nd ed. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Kooyman, M. (1993): *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Erasmus University, Rotterdam.
- Kooyman, M. (2005): Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšimal, P. (editor): *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.- Vznik a vývoj*. Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna, Praha.
- Kratochvíl, S. (1979): *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Academia, Praha.
- Kratochvíl, S. (2005): *Skupinová psychoterapie v praxi*. Třetí, doplněné vydání. Galén, Praha, 2005.
- Nevšimal, P. (2005): Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: Nevšimal, P. (editor): *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.- Vznik a vývoj*. Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna, Praha.
- Pieri, L. (2002): The Therapeutic Community As Treatment in Substance Use Disorders. <http://www.alcoholmedicalscholars.org/tc-out.htm>.
- Rapoport, R. (1991): Maxwell Jones and the charisma question. *Therapeutic Communities*, 12, pp 2–3.
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. (2003): Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogově závislosti – mezioborový přístup*. Část 6/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- Těmínová, M. (1997): Terapeutická komunita v Němčicích. *Konfrontace*, 2:13–18.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelasová, J., Jackson, D. D. (1999): *Pragmatika lidské komunikace*. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové
- Yalom, I. D. (1999): *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe*. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové

V. Terapeutický tým



Složení terapeutického týmu

Jiří Broža

V komunitě a skrze komunitu lze dojít ke spáse světa.

Nic není důležitější. Přesto je téměř nemožné komunitu smysluplně popsat někomu, kdo ji nikdy nezažil ...

M. Scott Peck

➤ Takto začíná M. Scott Peck svou knihu o vývoji komunit. Komunita ve smyslu obecného společenství je velice obtížně vymežitelná a popsitelná – nemívá standardní podoby, je živým dynamickým „organismem“, který je vytvářen a neustále rozvíjen všemi jejími členy.

Terapeutická komunita orientovaná na léčbu drogově závislých je podobně obtížně uchopitelná instituce, o které by se snad dalo říct, že se snaží využívat historické zkušenosti z pozitivního působení jasně definovaného a na společný cíl orientovaného demokratického menšího společenství. Toto nekonkrétní východisko se terapeutické komunity na celém světě pokoušejí naplnit konkrétním obsahem a obsadit konkrétními lidmi, kde na jedné straně jsou ti, kteří mají odpovědnost za funkčnost systému – **terapeutický tým**, na straně druhé ti, kteří si tento systém zvolili jako pro sebe užitečný a pokoušejí se jej využít k své úzdравě – klienti.

Teoretických materiálů pojednávajících o složení týmu v terapeutických komunitách není v českém jazyce příliš. Jednou z výjimek je překlad knihy Martiena Kooymana (*Terapeutická komunita pro drogově závislé I.*), který se ve své knize týmem terapeutické komunity zabývá především na základě zkušeností z terapeutické komunity v Emiliehoeve. Věnuje se roli exuserů a dobrovolníků, rizikům směřování k sektářství a vytváření sekty, organizačnímu řízení komunity. Mnoho popisovaných věcí platí obecně v určitém rozsahu i pro naše komunity a není třeba se jim znovu věnovat. Přesto bych rád zdůraznil jednu pasáž, která se mi jeví pro tuto kapitolu zcela zásadní: „Stabilita týmu má pro program obrovský význam. Klienti nemohou přerůst úroveň týmu – říká se v terapeutických komunitách.“

Právě terapeutický tým a jeho vztahování se ke klientům vytváří lepší či horší prostor pro pozitivní rozvoj klientů.

V historii existovaly mnohé komunity různého typu a fungovaly na různých principech. I terapeutické komunity u nás jsou různé a vždy originálem – neopakovatelným tvarem, a to i přes snahu jejich činnost standardizovat. Jako nelze příliš úspěšně vtěsnat do standardů osobnost autonomního jednotlivce, nelze ani proces závislý na spolupráci či nespolečnosti jednotlivců uvnitř komunity vymezit obecnými mantinely. Tento stav je dán především různými představami a předešlými zkušenostmi zakladatelů, případně jejich následovníků a tvořivostí, vírou a přesvědčením terapeutického týmu v to, co je pro pomoc klientů nejvhodnější. Také z toho důvodu se k posuzování kvality terapeutických komunit používají tzv. „**minimální** standardy“. Tedy pravidla, která jsou časem osvědčená a odborná obec se shodla, že je dobré a nutné je naplňovat. Jejich dodržování ale není vždy schopné vypovídat o skutečné hodnotě komunity – tu vytváří drobné nestandardizovatelné faktory vytvářené především terapeutickým týmem. Na kvalitě týmu závisí také míra účinnosti terapeutické komunity, kterou bychom mohli zjednodušeně vymezit těmito čtyřmi základními faktory: 1) kvalitou systému (pevné hranice v relativně svobodném prostředí), 2) motivací klientů, 3) vzdělaností pracovníků (pregraduální i postgraduální), 4) stabilitou a pravdivostí týmu, vírou v úzdravnost a přesvědčením o smysluplnosti systému.

Čtvrtý bod pokládám za nejvýznamnější. Týká se osobně každého člena týmu a podle některých autorů je zásadní pro zdárný léčebný proces v terapeutické komunitě. Na něm v určité míře závisí i naplnění předchozích tří bodů, budování pevného a stabilního pro všechny přijatelného systému. Ochota se dále rozvíjet, a to nejen po stránce vědomostí, ale také po stránce osobností, a tím zkvalitňovat to nejmocnější, co při práci s klienty máme – sami sebe. Na něm závisí i motivace klientů k práci na sobě a péče o funkčnost systému, ve kterém se tým i klienti pohybují.

V terapeutické komunitě má tým bezesporu nejvýznamnější podíl na schopnosti navazovat důvěryhodné vztahy, ovlivňování dění a tvorbě smyslu komunity. Na něm ve velké míře závisí spokojenost klientů a úspěšnost léčby. Především proto, že jedním z významných faktorů podílejících se na vzniku a rozvoji závislosti je ztráta (nenabytí) hodnoty vztahu – k sobě, k nejbližším, ke společnosti. Z hlediska dynamiky osobnosti můžeme dokonce hovořit obecněji o ztrátě (ztracení) smyslu k životu. Z tohoto pohledu je právě vztahovost v léčbě jeden z nejvýznamnějších faktorů. I sebelépe zpracovaný systém a sebekvalitnější programy, metody, techniky apod. nemohou nahradit kvalitu, vyváženost a zralost týmu schopného vytvářet vztahový rámec, který je sice pracovní, ale zároveň lidsky pravdivý.

Jaký by tedy měl terapeutický tým být, jaké složení je optimální?

Vydeme-li z předpokladu, že příčiny závislosti jsou komplexní, musíme uvažovat také o závislosti jako o komplexním postižení zahrnující zdravotní stránku, psychiku klienta, poruchy v sociální oblasti. V poslední době se odborníci přiklánějí k názoru, že velký vliv hraje i spiritualita. Hovoříme o tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti. Abychom takto široký rámec postižení byli schopni vnímat, uchopit a zpracovat, měli bychom usilovat o stejně komplexním terapeutickém týmu. Významným dílem k tomuto směřování přispívají i již zmiňované minimální standardy, které vymezují terapeutický tým jako „multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů“.

Tuto základní charakteristiku dále specifikuje na výčet vhodného základního zaměření pracovníků – pregraduální vzdělání (zdravotnické, psychologické, sociální, pedagogické); na specializované vzdělávání – především formou výcviků; na potřebnost praktických zkušeností a dovedností a na **osobní vloh**y pro práci v terapeutické komunitě.

Z faktického hlediska a s přihlédnutím na výše zmíněný bio-psycho-sociálně-spirituální model je takto definovaný tým jistě výhodný a alespoň co se týká vědomostí, naplňuje potřeby komplexního působení. Pokud však sestavíme terapeutický tým pouze podle těchto předpokladů, není vůbec jisté, že bude plně funkční v naplnění „ducha“ komunity a výsledky léčby nemusejí být uspokojivé. Z toho důvodu je i v minimálních standardech ne zcela dobře uchopitelný požadavek na osobní vloh y pro práci v terapeutické komunitě.

Pokusme se nyní krátce zamyslet nad tímto téměř neměřitelným pojmem.

Uvedu příměr, který určitě značně pokulhává, ale pro ilustraci je dobře použitelný. Každý člověk vyrůstá v rodině a je vychováván jiným člověkem, který může a chce být dobrým rodičem. Co se tedy děje v rodině, která je formálně dobře zabezpečená (kvalita systému), děti jsou vedeny k aktivitě (motivace), rodiče se formálně zajímají, jak nejlépe vychovávat dítě (vzdělanost), a dokonce působí stabilně a věří, že jejich rodičovství má smysl (naplnění snadno měřitelných „minimálních rodičovských standardů“), a přesto je dítě neovladatelné, má výchovné problémy a může lehce přistoupit na život s drogou? Jednoduchá odpověď jistě neexistuje, ale můžeme s celkem velkou pravděpodobností uvažovat o tom, že přece jenom něco nefungovalo, jak mělo. Domnívám se, že to něco je **vztahový rámec**, ve kterém se dítě od narození „vyskytvalo“⁴¹.

Nejprve jde především o vztah k matce (nebo zástupné osobě), který je popsán mnohými teoretiky a který velice hezky popisuje W. D. Winnicott, když hovoří o „dost dobré matce“. Ta se zpočátku částečně přizpůsobuje dítěti, vytváří mu bezpečný svět, který říká: „Jsi tady dobře, stojíš za to.“ Jinými slovy

umožňuje dítěti integrovat vnější svět jako svůj. Postupně ale dítěti umožňuje vzdalování a nacházení vlastní autonomní cesty.

Neméně důležitým je otec, který se k dítěti vztahuje se stejně intenzivní láskou, ale s jinými požadavky. K tomu přistupují další příbuzní a blízcí a společně tvoří vztahový rámec, ve kterém se dítě učí zacházet s okolím, se sebou.

V případě, že je sociální okolí a jeho vztahy pravdivé, učí se dítě pracovat nejen s „mít rád“, ale také nesouhlasit, zlobit se ... a do vínku dostává hodnotný svět, do kterého patří, jehož je **dobrou** součástí a který mu zůstane zachován a bude mu dobrou oporou, i když nebude bez konfliktů.

V případě klientů terapeutických komunit se v této vztahovosti něco pokazilo. U mnohých klientů bývá právě hodnota vztahu narušená. Není snadné zjistit, co ji narušilo (klientův vztah s jedním z rodičů, vztahy mezi rodiči, vztahy v sociálním systému obecně ...), ale je nutné se jí pokoušet napravit.

Obecné vymezení osobních charakteristik členů terapeutického týmu

Co jsou tedy na základě této úvahy osobní vloh, které se zdají být tak důležité?

Chtělo by se říci – být dobrým člověkem, který „miluje bližního svého jako sebe sama“ nebo lépe miluje bližní své, jako sebe sama. Jak ale takového člověka nalézt a nenechat se zmást zájemcem o práci, který svou lásku projevuje např. proto, že sám sebe nemiluje dostatečně a potřebuje být dobrý, aby byl milován jinými a jeho život měl smysl.

Podíváme-li se na tuto oblast více prakticky, mohli bychom osobní předpoklady dobrého terapeuta terapeutické komunity charakterizovat takto:

- Je integrovaný ve světě – svět není černý nebo bílý, dobrý nebo špatný, ale má obě polarity a všechno má svůj smysl, svou hodnotu, je jeho přirozenou a pro rozvoj využitelnou součástí.
- Měl by mít určité životní zkušenosti, které nemusejí být vždy radostné, ale jsou zcela nebo alespoň zčásti zpracované – píší účelově zkušenosti v plurálu, neboť čím více různých zkušeností (životních i profesních) terapeut má, tím větší je pravděpodobnost, že bude přistupovat ke klientovi podle jeho požadavků a nebude se ho snažit nasměrovat cestou, která jediná je možná a vhodná neboť právě ji on poznal a jemu vyhovuje, pomohla...
- Měl by si dobře uvědomovat svou roli – opět se jedná o roli osobní i profesní. Přestože komunita se snaží být institucí co nejvíce demokratickou s rovnocennými vztahy, měl by si být vědom svého postavení terapeuta, které nikdy nebude partnerské, ale přinejmenším v očích klienta bude

hierarchicky výš („jako klient věřím, že tento člověk – terapeut mi může pomoci a já jsem ten, který o pomoc žádá“).

- Měl by respektovat odlišnosti – co je jiné, nemusí být horší. To se netýká pouze fyzických odlišností, ale také přístupu ke světu, uspořádání hodnot a spousty jiných sociokulturních fenoménů.
- Měl by umět naslouchat (nejen slyšet) a vidět, být pozorným posluchačem a pozorovatelem, který se opravdu zajímá o vše a má chuť a zájem o tom s klientem společně přemýšlet a pokoušet zpracovávat, propracovávat, nacházet smysl, směry, východiska.
- Měl by přirozeně komunikovat – vyžaduje, aby jeho působení v komunitě nebylo pouhou rolí a profesní prestiží, ale přirozeným a smysluplným naplněním jeho profesních potřeb.
- Měl by umět spolupracovat s týmem – vzhledem k tomu, že terapeutický tým by měl tvořit tzv. tým (na společný cíl orientovanou skupinu), je výhodné, když všichni v týmu jsou tzv. „týmová hráči“. Není to ale nezbytným předpokladem dobře pracujícího týmu. Dobrá terapeutická komunita dokáže velice výhodně využívat i terapeuta – „sólového hráče“, pokud mu nabídne dostatečně dobrý prostor pro intervizi, sdílení svých zjištění, prožitků, názorů, dojmů... a ten jej přijme.
- Měl by být schopný revidovat svoje názory.
- Měl by být schopný a ochotný se dále rozvíjet – formou kurzů, seminářů, odborných setkání, supervize ...
- A především – měl by být schopný „vydržet/udržet“ všechny ataky klientů – hovoříme o různých projekcích, přenosech, projektivních identifikacích, přilnutí apod. a zároveň je umět rozpoznat a zpracovávat ve prospěch léčebného procesu.

Jsem si vědom neúplnosti předchozího výčtu, který si každý čtenář může doplňovat o nové a nové charakteristiky. Jsem ale přesvědčen, že odborně i osobnostně připravený terapeut, který bude naplňovat alespoň tyto základní (nebo se o to pokoušet), je na dobré cestě k tomu, aby se stal „dost dobrým terapeutem terapeutické komunity“ a společně s ostatními vytvořil „dost dobrý terapeutický tým“, který bude pracovat v „dost dobré komunitě“.

Na „osobní“ předpoklady terapeutického týmu jako funkčního celku se můžeme dívat stejnými očima jako na jednotlivce, měl by naplňovat podobná kritéria a plnit stejné funkce.

Každý člen terapeutického týmu má své osobní a profesní role, které jsou pro něj charakteristické, vycházejí z jeho naturelu a jsou pro něj přirozené. Terapeutický tým by měl dbát na individualitu každého svého člena, podporovat ji a spoluvytvářet rozmanitý, ale kompaktní celek.

Ten zajišťuje bezpečné a stabilní blízké sociální okolí, (které schématicky popisují v počátku kapitoly) a které je nezbytné pro zdravý rozvoj každého

vyvíjejícího se jedince. Pro úspěšnou léčbu v terapeutické komunitě je proto důležité být pozorný při tvorbě a doplňování terapeutického týmu, který by měl být schopný právě toto bezpečné a stabilní prostředí vytvořit a udržovat. Měl by být schopný zajistit klientovi sociální bezpečí, jasné vymežující hranice a následně relativně neohrožující přechod do reality běžného světa a **cestu k osobní svobodě a autonomii**.

Vedoucí terapeutické komunity

Významný vliv na spolupráci či nespolepráci terapeutického týmu, a tím i proces a výsledky terapeutické komunity má bezesporu vedoucí. Jeho role by neměla být pouze formální (úspěšně prošel výběrovým řízením), ale měla by být přirozená, pro všechny členy týmu přijatelná a respektovaná.

Pozice vedoucího je v terapeutické komunitě složitá a kromě manažerských schopností by měl mít především vysokou odolnost vůči emocionálnímu tlaku ze strany klientů i ostatních členů týmu.

Právě pozice tzv. „hromosvodu“ je pro vedoucího komunity velice specifická. Přemýšlíme-li o terapeutickém týmu jako o sociální skupině, je její vedoucí v podobné pozici jako vedoucí skupiny klientů. Stejně jako vedoucí skupiny klientů pečuje o kvalitu skupinového prostoru, měl by se vedoucí komunity umět dobře postarat o prostor, ve kterém pracuje tým – bezpečnost, důvěra, pevné hranice ... Stejně jako vedoucí skupiny je terčem mnoha projekcí klientů, může být vedoucí komunity terčem mnoha projekcí členů týmu. Atakům by měl rozumět, nebát se jich a být si vědom, že vše, co se v terapeutické komunitě děje, je zaměřeno ve prospěch klientů. Z tohoto pohledu je lepší, když se rozladěnost z nezdarů obrátí na hlavu vedoucího a celý tým se jí snaží zpracovat, než aby se obrátila na klienty v případě, kdy vedoucí je autoritativnější a není radno si jej rozzlobit.

Mimo jiné by měl vedoucí komunity umět celý tým i v době případného „špatného“ období podržet a dodat mu chuť a elán do další práce. Tato pozice také není jednoduchá, protože vedoucímu se většinou přílišné podpory a ocenění nedostává.

Specifika terapeutického týmu v terapeutické komunitě

Specifika terapeutické komunity nespočívá pouze v její originalitě a odlišnosti od klasické léčby, ale i ve složení celého týmu, který nevyužívá pouze vystudované odborníky, ale s výhodou aktivně integruje do terapeutického týmu lidi, kteří jsou svým profesním zaměřením zdánlivě mimo obor. Jde především o tzv. pracovní terapeuty a exusery.

Pracovní terapeuti

Ve většině komunit jsou zaměstnáni i pracovní terapeuti, na které není kladen tak vysoký odborný požadavek (o to je potřeba ve zvýšené míře dbát na již zmiňované osobní vlohy). Vyžaduje se po nich hlavně, aby byli co nejvíce autentičtí a klienty tzv. zaměřovali k realitě. Mívají na starost organizaci veškeré činnosti související s běžným chodem komunity jako je péče o dům, dobytek, zahradu, kuchyň, ale i starost o osobní věci klientů – praní, zašívání apod.

Tito pracovníci jsou pro klienty významní hlavně svojí opravdovostí spočívající v praktických schopnostech něco reálně spolu s klienty postavit, opravit, vytvořit ...

Jejich důležitá role je také v terapeutickém týmu, kde při společném přemýšlení o klientech vnáší do celé situace často jiný pohled na klienta a zároveň by si měli díky odborné části týmu uvědomovat klientovi možnosti a limity a respektovat je.

Požadavky na jejich roli nejsou stejné jako na terapeuta – být empatický, vstřícný, plný porozumění atd., ale především být člověkem, který je srozumitelný a pevný ve svých postojích a požadavcích.

Exuseri – bývalí uživatelé

Role exuserů je dostatečně popsána v prvním díle knihy *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Dovolím si pouze pár svých postřehů a připomínek, které se v uváděné knize neobjevují.

Exuser má podobně jako pracovní terapeut v terapeutické komunitě svou specifickou a nezastupitelnou roli, která je v některých požadavcích odlišná od běžného terapeuta. Pro klienty je významný především svou zpracovanou předchozí zkušeností. Ti se k němu mohou vztahovat jako k někomu, kdo jejich situaci lépe rozumí, protože ji sám prožil. Role exusera může být pro klienty velice významná, ale ne každý, kdo dříve užíval návykové látky, je vhodný pro práci v komunitě. Z toho důvodu je třeba být pozorní při jeho výběru.

Exuser by měl být především platným a rovnocenným partnerem ostatních pracovníků – terapeutického týmu. Jeho zkušenost léčby musí vycházet z podobných principů, jaké využívá komunita, kde působí. Kromě toho, že k němu mají klienti alespoň v některých fázích léčby blíže, spočívá jeho významnost pro léčbu v přirozené integraci režimového prostředí a velké víře v uzdravnost komunitního prostředí a systému. Věří vlastní zkušenosti a nemusí vyvíjet přílišné úsilí na ochranu pravidel a své přesvědčení přenáší na klienty zcela spontánně. V případě, že tento princip nedodržíme, může se stát exuser jedním z článků, který nepřímou zpochybňuje smysluplnost léčby tím způsobem, který

komunita nabízí. Jeho pozitivní zkušenost z efektivitou jiného způsobu léčby, který mu subjektivně vnímáno zachránil život, může být natolik silná, že je pro něj těžké stejně intenzívně věřit i v jinou cestu uzdravy.

Další riziko, které je přirozené, můžeme nacházet v jeho nejasné občas ambivalentní motivaci, která může být nevědomým pokračováním jeho léčby. Není dost dobře schopný opustit „svět drog“ a z úzkosti, kterou přináší onen „obávaný reálný svět“ vstupuje na „druhou stranu“ drogové scény. Na tom by nebylo nic tak špatného, kdyby nepracoval s klienty, které může, většinou nevědomě a nereflektovaně, používat ke své další léčbě. Domnívám se, že se to v určitém rozsahu děje téměř vždy (stejně jako pracovník v pomáhajících profesích si pravděpodobně také nevědomě – hlavně z počátku své praxe – snaží vyřešit některé své nezpracované konflikty). Úkolem terapeutického týmu a exusera je s touto alternativou počítat, být k jejím případným projevům citlivý, umět je rozpoznat a dále je zpracovávat.

Poslední poznámka se týká délky, ve které může exuser dobře plnit svou specifickou roli. Exuser je většinou veden k tomu, aby si rozšiřoval své profesní dovednosti, usiloval o rozvoj osobnosti. Po této stránce jsou na něj kladeny podobné nároky jako na ostatní členy týmu. Po určité době osobnostního rozvoje může dojít k opravdovému odpoutání se od drogového světa a exuser přirozeně opouští komunitu a volí si profesi, která je mu vlastní a ke které má sklony. Pokud jej práce zaujme, začíná znát „kuchařku“ komunity z druhé strany, postupně opouští svou specifickou roli a stává naprosto rovnocenným terapeutem komunity. I tuto situaci by měl včas rozpoznat a reagovat na ni – hra na exusera vyznívá nepravdivě.

Závěr

Terapeutický tým je tým, co vytváří hodnotu terapeutické komunity a její užitečnost pro klienty. Je třeba klást důraz jak na odbornost jednotlivých členů, tak na jejich osobní připravenost a zralost být v roli pomáhajícího odborníka, který si je své role dobře vědom, dokáže ji dobře používat a zároveň dokáže být přirozeným a autentickým člověkem.

Udržet terapeutický tým v optimální podobě je především v kompetenci vedoucího, který usiluje o demokratickou podobu celé komunity a také dobré supervize, která vytváří prostředí umožňující řešit složitější vztahové situace.

Poznámka

1. Slovo „vyskytovalo“ používám zcela záměrně. V mnoha případech dítě v rodině nežije, ale vyskytuje se. Podobně v některých zařízeních klienti/pacienti nežijí, ale vyskytli se. Terapeutická komunita je prostředí, o které by měl terapeutický tým pečovat tak, aby se v něm dalo žít.

Vzdělávání pracovníků TK

Magdalena Frouzová

I. Úvod

V roce 2005 vznikl v České republice na Lékařské fakultě UK Praha nový studijní obor adiktologie. Lze předpokládat, že absolventi tohoto studia budou dostatečně připraveni i pro započítí práce v terapeutické komunitě. Současná realita týkající se vzdělávání pracovníků v terapeutických komunitách je taková, že zde pracují jako terapeuti lidé s nejrůznějším vzděláním a různé vzdělanostní úrovně. Jejich další vzdělávání je dosti složitou záležitostí a v zásadě se týká těchto otázek:

- Jaké znalosti a dovednosti by měl mít člověk, který psychoterapeuticky pracuje s toxikomany a jejich rodinami v rámci terapeutické komunity, jaké curriculum by takové vzdělávání mělo mít?
- Jaké metody bychom měli použít v tomto vzdělávání?

Při jejich řešení bychom měli klást hlavně důraz na cíle, které mají být splněny. Celý vzdělávací proces však nelze začít bez vědomí historických a kulturních souvislostí, které s terapeutickými komunitami a se vzděláváním v protidrogové oblasti souvisí a na které je třeba navázat.

II. Vzdělávání pracovníků ve světě

V USA (3)* **protidrogové komunity** vznikaly podobně jako hnutí AA aktivitou těch, kdo nenašli pro sebe pomoc ve zdravotnických zařízeních. Postupným uznáním těchto institucí v léčebném systému byl na zač. 70. let pod NIDA vytvořen základní vzdělávací projekt s třemi programy pro učitele, výzkumníky a obvodní lékaře. Za prezidentů Cartera a Reagana byly státní dotace zredukovány s představou, že metadon vyřeší většinu problémů. Terapeutické komunity sice přeživaly, avšak míst nebylo dost. Jakýmsi reálným řešením se stal 28-denní Minnesotský program pro střední vrstvy závislých

včetně alkoholiků, placený pojišťovny, ve kterém se v 80. letech vzdělávala převážná většina profesionálů z této oblasti. V té době bylo vytvořeno vzdělávací curriculum pro zdravotní sestry, mediky, učitele a zdravotníky z protidrogové oblasti.

Z této doby také pochází zvýšená pozornost filosofii, koncepci a obsahu vzdělávacího curricula. Ze zkušeností z těchto kurzů bylo jasné, že je třeba věnovat pozornost především postojům studentů, které s touto oblastí souvisí; často právě ony byly značnou překážkou v úspěchu těchto kurzů. Největším problémem bylo, že studenti se drželi své jediné konkrétní představy, co je v léčbě nejlepší. Určitá rigidnost, postihující hlavně para-profesionály, bránila širšímu pojetí problematiky i spolupráci s dalšími léčebnými, sociálními i nápravnými programy. Byly proto vypracovány základní premisy výcviku, které byly aplikovatelné nejenom na výcvik, ale i na pojetí léčby. Šlo o vytvoření akceptující atmosféry s následujícími aspekty:

- vzájemný respekt učitele a studenta, **zploštění** obvyklé edukativní **hierarchie**
- **otevřenost** vyzývající ke sdílení rozdílných **názorů**
- možnost **vlastního zhodnocení** svých znalostí a dovedností a zasahování do vytvoření výcvikového curricula dle svých potřeb
- výcvik je postaven na **právě řešených problémech**, které účastníci kurzů právě řeší ve své práci
- vysoká **angažovanost** na výcviku jak studenta, tak i jeho pracovního sociálního milieu

Dovednosti, které se v takové atmosféře měly učit, se dělily do dvou kategorií. V první řadě šlo o schopnosti související se získáváním dotací na projekt. Druhá skupina dovedností souvisela s diagnostikovaním, vedením případu a léčebným plánem na takové úrovni, aby celý tým věděl, co je problémem a cílem u daného jedince.

Vedle curricula byly stanoveny **specifické výcvikové cíle**. Základem byla znalost protidrogové problematiky v prevenci, léčbě a kontrole. Studenti si po absolvování kurzu měli být více vědomi svých vlastních postojů a prožívání a rozumět tomu, jak je získali. Měli být lépe vybaveni komunikačními schopnostmi a znalostí skupinové dynamiky tak, aby byli schopni týmové spolupráce a pracovat s různými skupinami.

Kurzy byly vedeny **výcvikovými metodami**, které se dle zkušeností ukázaly jako efektivní. Vedle didaktických prezentací se pracovalo v malých i velkých skupinách, v kterých se plnily různé úkoly, vytvářely se různé simulace. Dovednosti se nacvičovaly hraním rolí. Někdy se používala kamera k přímé výuce či ke zpětné vazbě u chování, kterého si nebyl student vědom.