

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



Stanislava Kotasová

Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů

Treatment of addiction in therapeutic community from client's
perspective

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.
Konzultant: Mgr. Gabriela Mahrová

Praha 2011

Prohlášení:

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

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

V Praze, 19. 6. 2011

Stanislava Kotasová

Identifikační záznam:

KOTASOVÁ, Stanislava. *Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů. [Treatment of addiction in therapeutic community from client's perspective]*. Praha. 2011. 62 s., 3 příl., 1 tab., 2 obr. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc. Konzultant práce Mgr. Gabriela Mahrová.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mojí práce panu PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc. a konzultantce práce paní Mgr. Gabriele Mahrové za odborné vedení a cenné připomínky, oba mi pomohli udržet směr při tvorbě bakalářské práce.

Dále děkuji Terapeutické komunitě Fénix a jejímu vedoucímu panu Bc. Radimovi Siatkovi za umožnění realizace výzkumu s klienty a velmi dobrou spolupráci.

Velké díky patří mojí rodině, především mému muži, za velkou dávku trpělivosti v době intenzivního tvoření této práce.

Ráda bych také poděkovala svojí kolegyni Lídě Jahodové, zakladatelce TK Fénix, která mě zavedla do tajů práce se závislými lidmi a které si velmi vážím.

Abstrakt

Cílem práce je zmapovat, jak klienti vnímají léčbu závislosti a poskytované služby v komunitě Fénix v Bílé Vodě a jak hodnotí účinné terapeutické faktory užívané v terapeutické komunitě (Kooyman, 1993) a jejich aplikaci v léčbě, popř. jaký má z jejich pohledu léčebná intervence vliv na udržení abstinence po léčbě. Výzkumný soubor tvoří klienti terapeutické komunity pro smíšené závislosti Fénix, kteří byli v závěrečné fázi léčby a absolvovali léčbu v prvním pololetí roku 2011 a klienti, kteří v době výzkumu již byli mimo léčebný program (n = 7). Výzkum je realizován s využitím kvalitativního přístupu. Data byla sebrána formou semistrukturovaných rozhovorů, jež byly následně analyzovány s využitím metody kódování.

Teoretická část práce se věnuje definici pojmu terapeutická komunita pro léčbu závislých uživatelů drog, stručně popisuje historii a vývoj tohoto typu léčebné modalit ve světě a následně v České republice. V praktické části práce jsou představeny poznatky z realizovaného výzkumu zaměřeného na zjištění, jak klienti svoji léčbu v TK Fénix vnímají a hodnotí, zda se účinné faktory v léčbě shodují s Kooymanovými (1993) účinnými faktory, popř. jaké faktory podle jejich názoru ovlivňují jejich abstinenci po léčbě.

Hlavní zjištění z výzkumu je následující: Klienti TK Fénix hodnotí léčbu v TK jako účinnou, z rozhovorů s klienty absolventy vyplývá, že považují vliv terapeutických faktorů v léčbě jako zásadní na svoji abstinenci a zdravý životní styl. Zkoumané účinné faktory v léčbě TK Fénix se shodují s Kooymanovými. Poznatky z mého šetření mohou posloužit jako zpětná vazba terapeutickému týmu a nalezení rozdílné účinnosti terapeutických faktorů v léčbě mohou vést tým k zamyšlení a následnému zkvalitnění služeb.

Klíčová slova:

Terapeutická komunita – závislost - léčba – sociální integrace – klienti.

Abstract

The aim of my work is to find out of how do residents of therapeutic community (TC) Fénix in Bílá Voda perceive process of treatment of their dependence and services delivered. Also it has been inquired how do they assess effective therapeutic factors used in the process of their treatment in TC (Kooyman, 1993), and how do they comply with abstinence maintenance after treatment completion. Research sample consists out of residents of TC for users in final phase of their treatment who finished their treatment in the first half of 2011 and ex-residents of programme (n = 7). Research has been done with the use of qualitative approach. Data have been collected with the use of semi-structured interviews and consequently analyzed with the use of coding method.

In theoretical part definition of therapeutic community for treatment of persons with drug dependence is being discussed. Further, brief history and development of this treatment modality in the world as well as in the Czech Republic is described. In practical part findings from research are presented that focused on clients' perception of their treatment in TC Fénix. Also it has been inquired whether and if to what extent effective factors in treatment as defined by Kooyman (1993) correspond with those perceived by residents, and eventually which of factors help them to maintain their abstinence after treatment completion.

According to main findings residents of TC Fénix perceive their treatment as efficient. Also, ex-residents consider an influence of therapeutic factors within treatment as crucial for maintenance of their abstinence as well as healthy life-style after completion of their treatment. Assessed effective factors in the process of treatment used in TC Fénix correspond with those defined by Kooymann. Findings from this research provide team of TC with an useful feed-back that may be used for re-thinking and/or improvement of quality of services provided.

Key words:

Therapeutic community - dependence - treatment - social integration – clients.

Obsah

I. Úvod.....	9
II. Teoretická část	11
1 Závislost	11
1. 1 Závislost a jeho paradigma.....	11
1. 2 Závislost jako nemoc.....	13
1. 3 Závislost jako naučené chování.....	13
1. 4 Definice závislosti	14
1. 5 Bludné kruhy závislosti.....	14
2 Terapeutická komunita	15
2. 1 Definice terapeutické komunity	15
2. 2 Vznik a vývoj TK ve světě.....	16
2. 3 Vznik a vývoj terapeutických komunit v ČR.....	16
2. 3. 1 Vznik a vývoj TK Fénix.....	17
2. 4 Klientela terapeutických komunit	19
2. 5 Filosofie léčby v terapeutické komunitě	20
2. 5. 1 Filosofie TK Fénix a PL Bílá Voda	20
2. 6 Charakteristické rysy TK	21
2. 6. 1 Charakteristiky a principy TK Fénix.....	22
3 Účinné faktory léčby v TK.....	22
3. 1 Účinné faktory v TK Fénix	23
4 Terapie v TK	23
4. 1 Terapeutická komunita jako metoda	25
4. 2 Terapeutické aktivity a program v TK.....	25
4. 2. 1 Terapeutické aktivity v rámci programu na TK Fénix.....	27
4. 3 Pravidla terapeutické komunity.....	29

4. 3. 1 Základní pravidla.....	29
4. 3. 2 Pravidla TK Fénix	29
4. 3. 3 Kardinální pravidla TK Fénix	31
4. 4 Fáze léčby v TK	31
4. 4. 1 Etapy léčby v TK Fénix	32
4. 5 Rituály v TK.....	34
4. 5. 1 Rituály v TK Fénix.....	35
III. Praktická část.....	36
5 Cíle práce.....	36
6 Metodologie výzkumu.....	37
6.1 Typ výzkumu.....	37
6. 2 Výzkumný soubor, etické otázky	37
6. 3 Pozice výzkumníka	39
6. 4 Metody získávání dat	39
6. 5 Metody zpracování dat	40
7 Výsledky.....	40
8 Diskuse	54
9 Závěry.....	56
10 Použitá literatura	57
11 Přílohy.....	60

I. Úvod

„Ten, kdo měl někdy možnost setkat se blíže s terapeutickou komunitou, v níž se uživatelé drog se závislým chováním snaží změnit svůj dosavadní život, mi snad dá za pravdu, že terapeutická komunita je fascinující organismus, který se zcela vymyká běžně zavedeným představám o léčbě. Ať už se odborníci z oboru nazývanému v českých zemích adiktologie dělí na zastánce konceptu závislosti na drogách jako nemoci, nebo vycházejí z konceptu závislosti jako naučeného chování, patrně se v jednom bodě shodnou. A sice v tom, že při „léčbě“ uživatelů drog je nezbytná jejich aktivní účast. A to je zřejmě jeden z hlavních znaků, jímž se léčba závislého chování liší od léčby celé řady nemocí, v nichž je nemocný nebo klient odkázán do pasivní role pacienta.“

Josef Radimecký

Téma terapeutické komunity (dále TK) jsem si vybrala proto, neboť mě fascinuje toto uměle vytvořené společenství, kde je ohromný prostor pro změnu člověka. V r. 1996 jsem byla u založení TK Fides při Psychiatrické léčebně (dále PL) Bílá Voda (zal. Jeřábek, Filoušová). V tuto dobu jsem také absolvovala stáž v TK Němčice v roli klienta. Tato zkušenost pro mě byla velmi obohacující a hlavně jsem dostala jiný náhled na práci klientů. Být členem komunity a pokoušet se změnit svůj život, chování, přesvědčení či hodnoty je opravdu nelehká práce. Toto jsem si vyzkoušela na vlastní kůži při výcvikovém psychoterapeutickém programu 3. komunity S.U.R. (1995-2000). V r. 2008 jsem měla to štěstí znovu se aktivně podílet na založení druhé TK při PL Bílá Voda a to TK Fénix (zal. Jeřábek, Jahodová).

V první části mé práce se budu snažit stručně popsat vznik a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé ve světě i u nás v ČR. V této části budu převážně čerpat z knihy *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*, jejíž autory jsou Martien Kooyman, George De Leon a český psychiatr Petr Nevšímal. Tato publikace vznikla v ČR jako první co se týče komplexního popisu a přehledu terapeutických komunit od svého historického vzniku až po současnost. Dále budu čerpat z monografie Kamila Kaliny *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, kde jsou

mj. uvedeny důležité prvky, faktory a léčebné modely, cíle a nástroje léčby, charakteristiky a program v TK a další.

Ve druhé empirické části této práce čerpám především z výpovědí klientů TK Fénix, kteří absolvovali léčbu a také klientů, kteří na konci své léčby byli ochotni její průběh reflektovat. Název práce „Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů“ by měl vypovídat o tom, co je cílem mé práce – zprostředkovat čtenáři to, jak klienti léčbu v TK vidí, jak ji hodnotí, co jim vlastně léčba dala. Pro svoji práci jsem si vybrala svojí mateřskou TK Fénix proto, že je v České republice z terapeutických komunit nejmladší a tudíž mě zajímalo, zda účinné faktory v léčbě, které jsou v ní používány, jsou jako účinné vnímány i klienty. Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce se soustředím na TK Fénix jako na ojedinělý projekt, který je jedinou terapeutickou komunitou smíšených závislostí u nás.

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, jak klienti hodnotí svůj pobyt v TK, zda je pro ně program dostatečný a vhodný, které účinné terapeutické faktory jim mohly podle jejich názoru pomoci a nakonec jaký má léčba v TK dopad na jejich změnu a rozhodnutí abstinovat. U absolventů, kteří už mají zkušenost s životem „venku“, mě zajímá: Co jim podle jejich názoru léčba dala a z čeho, z toho, co se v TK naučili, čerpají v nynějším životě.

Jako metodu pro získání dat jsem zvolila semistrukturovaný rozhovor s využitím otevřených otázek, abych klientům umožnila vlastní styl odpovědi a zároveň abych si nad otázkami kladenými respondentům ponechala nějakou kontrolu (Ferjenčík, 2000). Poznatky z mého šetření mohou posloužit i ke zpětné vazbě terapeutickému týmu, který se snaží pomoci klientům závislým na užívání návykových látek dosáhnout pozitivní změny v chování, taktéž mohou být materiálem pro následnou supervizi a přispět tak ke zkvalitnění programu.

II. Teoretická část

1 Závislost

Závislost je komplexní chronické onemocnění mozku, jehož příčiny vzniku jsou multifaktoriální (Dvořáček, 2008). Existuje množství rozdílných pohledů na vznik a původ závislosti jako nemoci. Závislost je složitým interdisciplinárním problémem, proto se v odborné literatuře nenachází jen jedno vysvětlení vzniku závislostního chování. Mezi odborníky zatím nepanuje jednota, který model závislosti je ten patřičný.

Přes různé modely morální a sociální se v polovině 20. let nahlíželo na závislost jako na nemoc, která se prosadila do evropské i americké klasifikace nemocí. Poté, kdy docházelo ke zpochybňování závislosti jako medicínského problému, se díky rozvoji zobrazovacích technik a rozvoji neurověd vytvořil nový neurobiologický model závislosti, který vychází z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drogy příčinou vyplavení dopaminu z nucleus accumbens. V daném případě hovoříme o tzv. systému odměny (Dvořáček, 2008).

Dnes se považuje závislost za důsledek působení souhrnu různých faktorů, které ovlivňují jedince a vychází z bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. Již nestor adiktologie Jaroslav Skála zastával mezioborový přístup a na závislost nahlížel také jako na naučené chování, které se dá odnaučit, k čemuž nekompromisně využíval prvky operantní metody bodovacího systému. V rámci Behaviorální terapie (BT) je tak u závislého posilováno žádoucí chování při odměně a výskyt nežádoucího chování má být snižován tresty. Na tomto principu je dnes v TK založena metoda sankcí, jakožto možného odčinění prohřešku prací a také metoda „contingency management,“ která používá pozitivních pobídek nebo odměn za žádoucí chování (Kalina a Miovský, 2008).

1. 1 Závislost a jeho paradigma

Paradigmatem se rozumí myšlenkový model, ze kterého vychází jednotná struktura hodnot, postojů a představ (Hartl a Hartlová, 2009). Paradigma jako nazírání na závislost je stále

diskutabilní mezi odbornou veřejností. Jedni jsou zastánci závislosti jako nemoci, druzí jako naučeného chování, které se dá odnaučit. V 90. letech, kdy docházelo ve světě k dynamickému rozvoji služeb pro závislé (harm reduction, substituce, profesionální ambulance i zdravotnická zařízení) musely terapeutické komunity čelit těmto konkurencím a začal také vznikat tzv. „nový model léčby.“ V tomto novém modelu léčby závislostí se nemění pouze paradigma závislosti jako nemoci, ale i ostatní parametry. Kalina (2008) rozděluje starý a nový model léčby drogových závislostí takto:

- *Začátek léčby* - co se týče začátku léčby, ve starém modelu platilo, že až bude klient v debaklu, tzv. „na dně,“ má léčba smysl. V novém modelu se usuzuje: „čím dříve, tím lépe.“ Nečeká se tedy na motivovaného klienta, ale začíná s intervencí ihned, tzv. „včasná intervence.“ Mýtus dobrovolné léčby patří minulosti, i nedobrovolná léčba může být účinná.
- *Ohraničení léčby* - pokud léčba bude mít ohraničení, přiměřený čas a intenzitu, nahrazuje starý model „čím déle, tím lépe.“
- *Morální princip* - ve starém modelu platí morální princip: vina za selhání a náprava, v novém modelu platí: odpovědnost za vlastní pozitivní potenciál.
- *Cíl léčby* – jako cíl se v medicínském modelu klade důraz na abstinenci, v novém modelu jde o kvalitu života. Již Skála (1987) formuloval tezi „abstinence je prostředek, nikoliv cíl.“
- *Výchozí bod léčby* - výchozím bodem léčby měly být požadavky a pravidla zařízení, v novém modelu je nahrazují potřeby a možnosti klienta.
- *Cesta v léčbě* – oproti vyžadování dospělého chování se v novém modelu podporuje růst a vyrovnání se s vývojovými úkoly.
- *Klíčové prvky* - klíčové prvky, jako režim, učení konfrontací, zvyšování frustrační tolerance se nahrazuje novými: řád, porozumění, podpora, interpersonální učení.
- *Program v léčbě* - v rámci programu, kde se bere stejná léčba pro všechny, je nyní kladen důraz na individualizaci.
- *Role terapeuta* - co se týče požadavků na terapeuta, který ve starém modelu měl hrát roli trenéra v sociálních dovednostech a manažera v kontraktu, se v novém modelu objevuje jako „průvodce.“ Na terapeuta jsou také kladeny větší nároky, získávání a udržování motivace není odpovědností klienta, ale terapeuta.

1. 2 Závislost jako nemoc

Dřívější pojetí závislosti jako nemoci patřilo sloganu: „jednou závislý, navždy závislý,“ kdežto v novém pojetí se má za to, že závislost může být vývojově překonána (Kalina, 2008).

V medicínském modelu se závislost považuje za nemoc, kde je zdůrazňována ztráta kontroly závislého nad vlastním jednáním. Toto však kritizují autoři prevence relapsu a proto se mluví o „paradoxu kontroly,“ kdy závislý, který abstinuje, dokáže kontrolovat své chování. Pokud by nebyl schopen kontrolovat své chování, nemohl by abstinovat (Kuda, 2008). Na abstinenci se nahlíží jako na nutnost a jedinou volbu, proto i relaps je považován za návrat k dřívější úrovni nemoci a za selhání závislého. Koncept závislosti jako nemoci podporuje představu, že člověk nemůže přestat s užíváním drog bez pomoci odborníků.

1. 3 Závislost jako naučené chování

Již Skála (1987) popisuje závislost jako naučené chování. Mnoho autorů charakterizuje závislost jako něco, co se dá přerůst. To však nemá nic společného s přáním závislých, aby se dostali do fáze, kdy budou moci např. kontrolovaně pít. Jde o novější pohled na závislost, která vychází z bio-psycho-sociálního pojetí závislosti, která prolamuje zakořeněnou představu o nevléčitelnosti závislého, kdy závislý nepřestane být závislým, ale může abstinovat (Kalina, 2003).

Podle McLellana (2002) ne všechny případy závislosti jsou chronické. Někteří, kteří splňují diagnostická kritéria pro látkovou závislost, se úplně uzdraví i bez léčby, jiní mají po léčbě dlouhé remise. Klingemann (2001) vidí jako nežádoucí účinek medicínského přístupu to, že je zakořeněna představa o nemožnosti přestat s užíváním návykových látek bez odborné pomoci. Tuto teorii vyvrací zahraniční studie vietnamských veteránů, kteří ve velké míře za války užívali opiáty a po návratu do USA se k užívání vrátilo jen minimum z nich (Robins, 1993). Také termín přirozené zotavení (natural recovery) je odklonem od medicínského pojetí závislosti a staví na vnitřních, sebeřídících a uzdravných procesech jednotlivce (Biernacki, 1986).

1. 4 Definice závislosti

Definice závislosti – podle Světové zdravotnické organizace (dále SZO) z r. 1969- je „drogová závislost“ (drug dependence místo dřívějšího drug addiction), „psychický a někdy i tělesný stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna nebo nepřítomna. Osoba může být závislá na jedné nebo více drogách“ (Šedivý a Válková, 1988, s. 19).

Závislost je stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. Mezi závislým a drogou jde o patologický vztah. Mezi znaky závislosti patří silná touha, nutkavost užívat látku; bývá snížena schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dochází ke vzniku zvýšené tolerance, vynechání užívání vede k abstinenčním příznakům (Hartl a Hartlová, 2009).

Rozlišujeme závislost *fyzickou*, např. u opiátů, kdy dochází k abstinenčním příznakům a poškození různých tělesných orgánů; a *psychickou*, např. u stimulačních drog, kde je přítomen psychický craving (Nešpor, 2006).

V rámci užívání drogy může jít buď o:

- 1) akutní intoxikaci, 2) škodlivé užívání, 3) syndrom závislosti.

1. 5 Bludné kruhy závislosti

Podle Kooymana (1993, s. 22) zní definice závislosti takto: „*Závislost je pokračující škodlivý proces, ve kterém se původně adaptivní jednání vymyká z kontroly a začíná být samo problémem.*“ Dle Kooymana (1993) se závislý dostává do jakýchsi **bludných kruhů závislosti**, které mu brání přestat s užíváním drog. Patří k nim:

1. *Droga* – farmakologickým mechanismem se potlačí abstinenční příznaky drogy a naopak...
2. *Psychika* - negativní pocity a pocity viny zmizí, když si závislý vezme drogu a naopak dostaví se ve větší míře, když účinky drogy vymizí...
3. *Primární sociální systém* - závislý může rodině posloužit k udržování patologické rovnováhy, jeho závislost může odvracet pozornost od opravdových problémů v rodině.

Rodina se paradoxně snaží udržet dotyčného v závislostním chování (nevědomě), tzv. „kodependenci“¹. Právě ve vztahu k tomuto bludnému kruhu argumentuje Kooyman, že pro jeho přetnutí je třeba vyjmout ohroženého jedince z rizikového prostředí a umístit jej např. do terapeutické komunity.

4. *Společnost* - závislý je často společností stigmatizován, což vede k izolaci a odmítání, cítí se být přijímán pouze ve světě toxikomanů...
5. *Mozkové funkce* - nadměrné užívání drog, vč. alkoholu vede k postižení různých funkcí v mozku, které regulují a integrují různé formy chování. Díky oslabení síly ega se snižuje schopnost kontrolovat užívání a schopnost odolat „cravingu“.

2 Terapeutická komunita

V následující části definuji, co to terapeutická komunita je, stručně popíši historické kořeny TK, vznik TK Fénix, jejich klientelu, filosofii TK, základní charakteristiky TK.

2.1 Definice terapeutické komunity

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

Terapeutická komunita pro závislosti je svépomocný přístup, který se rozvinul mimo hlavní proud psychiatrie, psychologie a medicíny, je bezdrogovou modalitou využívající jedinečný sociálně psychologický přístup k léčbě závislosti, jejím charakteristickým prostředím je společné komunitní bydlení. Ne všechny rezidenční protidrogové programy

¹ Spoluzávislost, závislost na druhém, pojem vznikl v USA v 90. letech.

jsou terapeutickými komunitami a ne všechny terapeutické komunity využívají stejných modelů léčby (De Leon, 2001).

2. 2 Vznik a vývoj TK ve světě

Tradiční dělení terapeutických komunit tvoří tzv. demokratické komunity a hierarchické komunity. Jmenovatelem „terapeutické komunity“ byl Tom Main, který se pokusil použít nemocnici ne jako organizaci, kterou řídí doktoři, ale jako společenství se záměrem plně zapojit všechny členy do každodenního života společenství, čímž jsou resocializováni pro život v běžné společnosti. Tyto komunity byly vytvořeny pro klienty s poruchami duševního zdraví. Jako TK demokratického typu pro drogově závislé můžeme považovat holandskou TK Emilliehoeve, která byla založena v r. 1972.

Komunity hierarchického typu se nazývají také jako „concept –based“ nebo „drug free“, což naznačuje, že jsou určeny pro drogově závislou klientelu, kde mají mít tito klienti zajištěné bezdrogové prostředí a jsou vedeni k životu bez drog. Za první terapeutickou komunitu tohoto typu je považována TK Daytop Village² v New Yorku (zal. 1962, někdy uváděno 1963). Zakladatelem byl psychiatr a psychoanalytik Daniel Casriel. Jako vzor jemu i jeho kolegovi Alexandru Bassinovi (kriminolog) posloužila svépomocná komuna Synanon³, kterou založil charismatický vůdce Ch. E. Dederich (Kalina, 2008).

Vývoj terapeutických komunit ve světě zde nebudu podrobněji popisovat pro omezený rozsah své práce. Zájemce odkazuji na publikace, které jsem použila jako zdroj v této práci, zejména Nevšimal (2005) a Kalina (2008).

2. 3 Vznik a vývoj terapeutických komunit v ČR

V České republice začaly terapeutické komunity vznikat po revoluci na konci 90. let jako odpověď na vznikající situaci nárůstu závislých lidí po otevření hranic a přílivu drog do ČR. Kalina (2008, s. 333) uvádí, že v této době procházely tradiční hierarchické TK ve vyspělé Evropě vlnou reformací. První terapeutická komunita pro drogově závislé v ČR vznikla v Němčicích u Volyně v r. 1991 (zal. Těmínová) částečně po vzoru Daytop a

² V r. 1964 byla přejmenována z Daytop Lodge.

³ Komuna pro závislé na alkoholu a drogách v Kalifornii, vedená CH. E. Dederichem.

Phoenix House s názvem SANANIM⁴. Terapeutické komunity dnešního typu jsou komunitami „4. generace“, dá se říct, že vycházely jak z hierarchického, tak z demokratického zázemí, tzv. „český smíšený model“ (Kalina, 2008, s. 333), kam se dá zařadit i TK Fénix.

Další TK jako nestátní zařízení v České republice vznikaly po r. 1995, některé již zanikly. TK navazují na kontaktní centra (KC) či služby ambulantní nebo pobytové léčby v Psychiatrických léčebnách (PL) a dál předávají klienty do doléčovacích center (DC), tak může klient využít komplexní léčbu, která existuje i pod jednou organizací.⁵ Tzv. „detox“ je součástí zdravotnictví, většinou PL, kde se klient ještě před nástupem do TK podrobuje detoxifikaci od drog.

Co se týče terapeutických komunit v oblasti zdravotnictví, oddělení na tomto principu založil jako první v ČR docent Skála v Praze v Apolináři, v r. 1948. Skála zde léčil závislé na alkoholu a dosahoval pozoruhodných výsledků (Kalina, 2008, s. 67). Pro závislé na alkoholu byl vytvořen především tvrdý režim, velký důraz se kladl na kázeň a pořádek. V současné době se tak represivní prvky léčby méně uplatňují a u závislých na drogách jsou v podstatě nevyhovující, neboť většina z nich jsou osoby nevyzrálé a v tomto přístupu by neobstáli. Za první „klasickou terapeutickou komunitu“ a také za první v bývalých socialistických zemích je považována TK v Lobčiči⁶ (Kalina, 2008).

2. 3. 1 Vznik a vývoj TK Fénix

TK Fénix, stejně jako TK Fides jsou zvláštními odděleními pro léčbu závislostí, obě spadají pod PL Bílou Vodu, tedy pod zdravotnické zařízení, přesto jsou obě v sekci Asociace nestátních organizací (A.N.O). Psychiatrická léčebna Bílá Voda je ústavní zařízení, které disponuje šesti odděleními s celkovou kapacitou 150 lůžek. Pro klienty závislé na návykových látkách jsou k dispozici dvě výše jmenované komunity, TK Fénix pro léčbu smíšených závislostí včetně alkoholu, TK Fides pro závislé na drogách a psychoterapeutické komunitní oddělení pro závislé na alkoholu. Dále je to oddělení přijímací, tzv. detoxifikační, kterým projde většina klientů pokračujících v léčbě na komunitách Fénix, Fides a na komunitním oddělení. Největší počet lůžek (43) nabízí gerontologické oddělení pro klienty vyžadující dlouhodobou rehabilitační léčbu včetně

⁴ „Sanim animae“ v překladu zdraví duše.

⁵ Např. SANANIM, Renarcon, Podané ruce, Teen Challenge

⁶ TK pro pacienty s neurózou (Knobloch).

geriatrické péče. Raritou léčebny je oddělení pro klienty s neurologickými problémy, kde je mj. klientům nabídnuta alternativní léčba akupunkturou, tuto metodu mohou využít i závislí klienti, např. při odvykání závislosti na nikotinu.

Založení TK Fénix se datuje k únoru 2008. Vznik TK Fénix by mohl být považován za odpověď na poptávku po kvalitní léčbě pro drogově závislé. Dříve toto oddělení sloužilo závislým na alkoholu, nejprve po vzoru Skálova modelu, postupně se pravidla a řád oddělení pro alkoholiky upravoval. Nakonec jak klienti stárli, vytvořili si z léčebného oddělení „druhý domov“ a jejich hospitalizace se opakovala, někteří za sebou měli 20 – 30 léčeb. Tito chroničtí pacienti sice plnili stav léčebny, ale efekt léčby přicházel vniveč. Za to TK Fides, která se ukázala jako efektivní v léčbě, byla vzorem pro počátek Fénixu. Komunita nyní disponuje 24 lůžky z původních 40, což umožňuje větší péči pro tak náročnou klientelu.⁷ Samotný název „Fénix“ si vymysleli a vybrali klienti sami. Fénix-jako bájný pták, symbol smrti a znovuzrození, kdy Fénix shoří v popel a z popela se zrodí nový; tak jako „feták“ se přemění v jiného čistého člověka tím, že pohřbí nebo spálí v sobě něco starého. Pták Fénix se stal symbolem TK Fénix a poselstvím komunity je motto:

„Jeden každý ať zná vlastní cestou svou jít“/„Unus quisque sua noverit ere via“

Jak jsem uvedla již výše, TK Fénix je určena pro léčbu smíšených závislostí včetně alkoholu. Tzn., že se zde léčí klienti se závislostí nejen na návykových látkách, ale i s nelátkovou závislostí, odpovídajícím diagnostickým kritériím podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Průměrně asi 3 klienti mají závislost na opiátech, heroinu nebo Subutexu a 4 klienti jsou závislí na alkoholu. Závislost na automatech (gambling) a na počítačových hrách je většinou přidružená k látkové závislosti, ojediněle se vyskytne v TK „čistý gambler.“ Výhodou TK ve zdravotnickém zařízení je, že zde jsou ošetřováni i klienti s přidruženou duální diagnózou nebo jinou komorbiditou, kam patří hepatitidy typu B, C a onemocnění HIV.

Komunita má k dispozici vlastní dům s přidruženou zahradou a dvorem pro zvířata (kozy, prasata), o obojí se klienti starají. V podstatě se dá říct, že vývoj TK Fénix lze charakterizovat hledáním podobné filosofie a autonomie jako mají ostatní nestátní komunity a zároveň snahou zachovat podmínky pro naplnění zdravotnických standardů. O autonomii komunity ve zdravotnickém zařízení (v PL Bílá Voda) v pravém slova smyslu

⁷ Dle zahraničních zdrojů jsou TK, které mají kapacitu 10-200 klientů. Podle De Leona je optimální kapacita 40-80 klientů. Náš tradiční počet klientů v TK se pohybuje kolem 15, což snad vzniklo tím, že do první TK Němčice se nevezlo více než 15 postelí.

by se určitě dalo polemizovat, nicméně snahou terapeutického týmu TK Fénix je, aby klienti vnímali, že co si sami neudělají, nemají. Velkým přelomem a zároveň zásluhou vedoucí komunity L. Jahodové bylo, že si klienti sami nakupují a vaří jídlo pro celou komunitu, dále si v létě chodí pro dřevo do lesa a připravují jej na zimu. Také „dělání sena“ pro zvířata a podobné společné práce jsou pro klienty v kontextu PL Bílá Voda jakousi terapeutickou autonomní komponentou. Léčba v TK je uzpůsobena tak, aby naplňovala požadavky pro Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Tým TK Fénix pracuje pod externí supervizí.

2. 4 Klientela terapeutických komunit

Do terapeutických komunit přichází klienti závislí na návykových látkách a již několik let přibývá klientů s kombinovanou závislostí a se závislostí na procesech, které se považují za návykové a impulsivní poruchy (gambling; závislost na komunikačních médiích, internetu). Celkově tvoří v léčbě asi 2/3 klienti závislí na pervitinu a 1/3 jsou závislí na opiátech. V současnosti je častá polymorfní závislost v kombinaci s alkoholem nebo léky. Přibývá klientů s jinou komorbiditou, jako jsou hepatitidy (VHB, VHC), HIV a klientů s duální diagnózou. Podle toho se také modifikují programy v TK, aby v nich klienti se specifickými potřebami⁸ obstáli (Kalina, 2008).

V dnešní době se může klient dostat do léčby ještě v docela zachovalém zdravotním stavu, sice s narušenými vztahy s rodinou, ale s možnou nápravou. I tak pochází většina klientů z rozpadlých rodin, mají narušené partnerské vztahy.

Typickým psychologickým rysem závislých je nezralost, nízké sebehodnocení, disociální chování (nízká tolerance všech forem nepohody a odloženého uspokojení, problémy s autoritami, neschopnost zvládat pocity, špatná kontrola impulzů, špatný úsudek a testování reality), další dominantní způsob zvládání situací je manipulace, lži a podvádění. Pro závislé je typická osobní a sociální nezodpovědnost, mají deficit v komunikačních dovednostech a ve schopnostech učit se (Kalina, 2008).

⁸ Např. TK Němčice se zabývá starší klientelou, TK Karlov závislými matkami s dětmi a závislými mladistvými.

2. 5 Filosofie léčby v terapeutické komunitě

Každá TK disponuje svojí filosofií, klienti se jí učí chápat a pochopit (Kooyman, 1993). Podle Kaliny (2008, s. 78) je filosofií léčby sebepojetí terapeutické komunity jako výlučného společenství, které žije v jiném dokonalejším řádu než okolní svět. Dále vidí lidi jako „*bytosti primárně hodné úcty a respektu, obdařené rozumem a svobodnou vůlí, bytosti nikoliv v základu špatné či hříšné, ale obdařené velkým potenciálem dobra.*“

Filosofie léčby TK podle Richarda Beauvaiseho

„Jsme tady, protože už není, kam bychom unikli sami před sebou. Dokud se člověk nepostaví před zraky a srdce ostatních, utíká. Dokud člověk nevěří druhým, aby s nimi mohl sdílet svá tajemství, není v bezpečí. Když se bojí, že jej poznají, nemůže poznat sám sebe ani druhého. Bude stále sám. Kde jinde, než mezi sebou najdeme takové zrcadlo? Tady – společně se člověk může konečně podívat na sebe jasně. Neuvidí hrdinu svých snů, ani trpaslíka svých nočních můr, ale pozná se jako člověk, část celku se svým dílem odpovědnosti. Na takovém místě můžeme všichni zakořenit – a růst. Již nikdy sám – do smrti, ale žít s druhými a pro druhé“ (Kooyman, 1993, s. 22).

2. 5. 1 Filosofie TK Fénix a PL Bílá Voda

PL Bílá Voda včetně obou terapeutických komunit disponuje jednotnou filosofií, jejíž autorem je primář Petr Jeřábek. S touto filosofií se mohou seznámit zájemci o léčbu v Bílé Vodě již na webových stránkách. Další příležitostí ke čtení této filosofie je motivační a informační pohovor, který provádí klienti z komunit s čekateli na detoxifikačním oddělení.

„Závislost jsem nechytl jako prasečí chřipku, ale látka s účinkem na psychiku mne silně oslovovala, často již při prvních setkáních s ní. Proč mne oslovovala?: Například jsem se s její pomocí potřeboval setkat s hrdinou svých snů nebo zahnat trpaslíka nočních můr (filosofie původních amerických komunit Daytop). Nebo jsem potřeboval přechodně zahlušit svoje emoce, které byly a občas jsou bolestivé nebo zneklidňující. Nebo jsem neuměl komunikovat s nikým jiným než s flaškou nebo drogou nebo jen jejich prostřednictvím či pomocí.

Jak problém řešit?: Budu mít svoje stálé místo v komunitě, to mně zajistí základní bezpečný rámec léčby. Naučím se srozumitelně komunikovat s lidmi v komunitě a

orientovat se ve vztazích (jak s blízkými osobami venku, tak zde na komunitě). Budu se snažit o lepší porozumění a poznání sebe sama a světa lidí kolem. Naučím se využívat vlastní emoce ve svůj prospěch (jako plachetnice: jet na emoční vítr a zavčas skasat plachty, když se blíží hurikán, aby se nezlomily stěžně). Naučím se kotvit v bezpečném přístavu nebo kořenit a růst jako strom. Přeberu plnou odpovědnost za sebe, svoje chování, za vlastní život. Uvedené čas od času otestuji při zátěžové akci, kde mně okolní příroda poskytne bezplatnou zpětnou vazbu.“

Myslím, že stojí za uvážení, aby se tato filosofie mohla číst při příležitostech, jako jsou Velká komunita a Výročí komunity v TK Fénix.

2. 6 Charakteristické rysy TK

Terapeutické komunity vykazují určité jedinečné prvky, např. to, že všichni musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti. Komunita má hierarchickou podobu, kdy většinu rozhodování má na odpovědnost komunita, klient tak má moc ve smyslu rozhodování o ostatních členech nebo o dění v TK. Vedoucí komunity má právo veta nad rozhodnutím týmu i komunity. Nepostradatelným prvkem komunity je odpovědnost, kterou cítí i tým i klienti vůči zařízení. Ve chvíli, kdy je odpovědnost uplatňována v životě a v chování komunity, stává se komunita komunitou. Je to jeden z nejproblematictějších prvků budování TK (Richterová-Těmínová, Adameček, Kalina, 2003, s. 57).

Podle Kaliny (2008a, s. 203) jsou charakteristickými rysy v TK:

- Bezdrogové prostředí.
- Relativně vysoký stupeň organizační autonomie.
- Oddělení komunity od vnějšího světa a institucionálního okolí.
- Svépomoc klientů v léčebném procesu i v každodenním provozu TK.
- Tým složený z profesionálů i bývalých uživatelů-absolventů TK.⁹
- Vysoký důraz na strukturu a pravidla o chování.
- Pojetí drogové závislosti jako projevu poruchy celé osoby a z toho vyplývající pojetí procesu jako léčby celé osoby.

⁹ Zároveň se má za to, že je nevhodné, aby ex-user pracoval ve stejné TK, ve které se léčil.

- Pojetí sociálního učení, změny a údravy jako inkrementálního procesu a z toho vyplývající rozvržení pobytu do etap/fází.
- Role, pozice a pracovní funkce klientů definované podle pokroku v léčbě.
- Význam práce a výchovy/vzdělávání v programu (Kalina, 2008).

Většina komunit tyto charakteristiky obsahuje, včetně důležitého prvku TK – vztahu, jako nositele změny. Vztah klient-terapeut, klient-skupina, klient-komunita.

2. 6. 1 Charakteristiky a principy TK Fénix

Asi hlavním principem TK Fénix ve zdravotnickém zřízení je, že nezbavuje klienta odpovědnosti za jeho léčbu a vyžaduje jeho aktivní podíl na celém léčebném procesu. Terapeuti (většinou zdravotníci) tedy nejsou těmi profesionály na klientův život, ale jeho průvodci na cestě ke změně.

Základními charakteristikami TK Fénix jsou:

- 1) Hledání motivace. S tím souvisí přijímání pravidel, učení se chápat smysl terapie.
- 2) Maximální otevřená komunikace se sebou a s druhými, sdílení svých prožitků, pocitů a myšlenek „zde a nyní“.
- 3) Přijetí zásady: o všem je možné hovořit, ne vše je možné dělat, „***O čem nemluvíš, to tě pak dostane***“.
- 4) Přijetí sebe samého, dosahování vlastní spokojenosti. S tím souvisí dosažení pocitu svobody (nejsem na ničem a nikom závislý), učení se přijímat osobní výhry a prohry.
- 5) Hledání nového vlastního místa ve společnosti. S tím souvisí bydlení, práce, studium, volný čas, přátelé, odpočinek (užívat si bez drog, včetně alkoholu), partnerské vztahy (Operační manuál TK Fénix, 2009).

3 Účinné faktory léčby v TK

Ve druhé části této práce se budu zabývat účinnými faktory, které by měly klientům v TK Fénix v léčbě pomoci (viz. Praktická část).

Kooyman (1993) popisuje 15 účinných faktorů v léčbě. Tvrdí, že jsou všechny stejnou měrou potřebné pro efektivní proces v terapii (Kalina, 2008). Pokud některý z patnácti

terapeutických faktorů chybí, bude léčba méně účinná (Kooyman, 1993). Kalina (2008, s. 154) je pak upravené ve své knize rozděluje podle výzkumu na nejvíce a nejméně pomáhající faktory. Další členění účinných faktorů, jak je popisují Yalom (2007) a Kratochvíl (2005) uvádím v příloze č. 3.

3. 1 Účinné faktory v TK Fénix

Účinné faktory léčby TK Fénix se budu snažit popsat v praktické části této práce tak, jak jsem je identifikovala v rozhovorech s respondenty s využitím kategorií, jež jsem definovala podle modelu 15ti účinných terapeutických faktorů TK dle Kooymana (1993).

4 Terapie v TK

„Terapií je terapeutická komunita samotná“ (Kooyman, 1993, s. 32).

Do terapie patří pravidla a režim, který je tvořen právě souborem pravidel. Režim zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, představuje vnější strukturu, jejíž dodržování je procesem internalizace. V TK je po klientovi vyžadována změna chování ihned po přijetí do TK. I když některým skutečností klient nerozumí, dostává od ostatních zpětnou vazbu „jednej jako bys tomu rozuměl/a“¹⁰. Protože je změna nucená a zvenčí, je přirozené, že se jí klienti brání. Klient chce měnit komunitu a komunita klienta. Podstatou je, že klient nemůže uniknout pomocí drogy a jsou v něm vyvolány různé emoce, které se učí uvědomovat a vyjadřovat (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003, s. 203).

Již Makarenko¹¹ věnoval pozornost kázni a režimu, podle něj je kázeň *„nutná pro dosahování cílů...Je zároveň ozdobou kolektivu, každému jedinci zabezpečuje svobodu a pocit bezpečí, projevující se především v mezních situacích. Cestou k dosažení kázně je režim, jeho pomocí kolektiv organizuje vnější rámec chování, přičemž ponechává na každém chovanci, aby naplnil tento režim vnitřním obsahem“* (Nevšímal, 2005, s. 167).

¹⁰ Podle Kooymanova (1993) konceptu „Act as if.“

¹¹ Anton Semjonovič Makarenko, ruský učitel, zakladatel pracovní kolonie pro delikventní mládež v r. 1920.

Terapie v TK je zaměřena na:

- vývoj osobnosti a emoce;
- chování;
- duchovní rozměr osobnosti, etiku a společné hodnoty;
- dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

Tyto složky se prolínají celým programem a jsou nezbytné pro efektivní léčbu a resocializaci. V práci se závislou klientelou je uplatňována psychoterapie, vzdělávání, výchova, sociální práce, medicína, atd. (Richterová-Těmínová, Adameček, Kalina, 2003, s. 57).

Cílem léčby v TK je změna životního stylu a to prostřednictvím růstu, kdy klient v komunitě postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a ve vztazích. Učí se být odpovědný za sebe a své chování. Mění dřívější sebedestruktivní myšlení a chování. Terapie v TK nabízí bezpečné prostředí pro růst a zrání klienta, které se děje prostřednictvím sociálního učení (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003). Klient potřebuje v léčbě dosáhnout separace, individuace a autonomie. Musí být ušetřen odmítnutí terapeutem (Flores, 1997). Podle Kooymana (1993) není hlavním cílem umožnit závislému život bez drog nebo jiného autodestruktivního chování, ale rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres konstruktivním způsobem, změnit sebepojetí na pozitivní a naučit ho utvářet blízké vztahy s druhými lidmi.

Klienti se učí, že udělat chybu není žádná katastrofa, jak si mohli v dětství myslet. V TK jako náhradní rodině je bezpečné místo pro osobní růst a učení se z chyb. Závislý se učí respektovat druhé i sebe, učí se přijímat a dávat lásku a cit (Kooyman, 1993).

Nevšímal (2005) se ve své práci zmiňuje o J. L. Morenovi, který měl také vliv na pozdější utváření terapeutických komunit, intenzivně se věnoval studiu skupinových vztahů, které nazval „sociometrií.“ Rozvinul techniku hraní rolí, kterou každý člen zastává, tzv. „psychodrama“ a vnesl do skupinové práce pojem „skupinová psychoterapie.“ S těmito terapeutickými metodami se v TK nepochybně pracuje.

4. 1 Terapeutická komunita jako metoda

Podle Kratochvíla (2001, s. 176) je terapeutická komunita v užším slova smyslu „psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.“

Podle Kaliny a Miovského (2008) je psychoterapie v léčbě závislostí jednou z hlavních metod, ne-li ústřední metodou u této klientely závislé na návykových látkách. Jmenovaní autoři rozdělují psychoterapii na dva okruhy:

1. psychoterapie zaměřená na změnu osobnosti a vztahů, na podporu růstu a zrání osobnosti – psychoanalýza, psychodynamická a interpersonální psychoterapie, existenciální a humanistická psychoterapie.
2. psychoterapie zaměřená na změnu symptomového chování- behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie, systémová, strukturální a komunikační terapie.

4. 2 Terapeutické aktivity a program v TK

Terapeutické aktivity patří do celodenního programu komunity, některé se navzájem prolínají a v podstatě se opakují s denní nebo týdenní pravidelností. Programem jsou všechny aktivity uspořádané do časového rozvrhu celého dne nebo týdne. Podle De Leona (2001) je denní program jedním ze základních prvků modelu terapeutické komunity a je právě tím, co dává komunitnímu životu pevný řád. Strukturované uspořádání běžných denních aktivit je v rozporu s typicky neuspořádaným životem klientů.

Mahrová (2007) popisuje denní program jako soubor činností, které mají stejnou důležitost a jsou rovnocennou součástí terapie. Denní program obsahuje elementární činnosti všedního života, jako jsou: vstávání, hygiena, pravidelné jídlo, spánek, volný čas, apod. Klienti si pod vlivem denního režimu obnovují návyky, které během užívání drog ztratili nebo je nikdy neměli. Cílem pravidelného režimu je dosažení schopnosti klienta vytvořit si vlastní denní režim, který umožní zachovat zásady zdravého způsobu života.

Mezi terapeutické aktivity podle Adamečka, Richterové-Těmínové, Kaliny (2003, s. 204) patří:

- Setkání komunity - uskutečňují se denně, jsou klíčovou složkou života v TK, zde se řeší problémy, navrhuje a přijímá se rozhodnutí komunity, dochází ke sdílení.
- Skupinová terapie – nedílná součást terapie, probíhá v různých formách, jde např. o skupiny tematické, biografické, interakční, psychodynamické či kognitivně-behaviorální.
- Garantské pohovory - jako forma individuální terapie, která se v TK většinou provádí v menší míře. Garant vede klienta po dobu léčby a pomáhá mu s tvorbou a plněním terapeutického plánu.
- Rodinná terapie – je žádoucí pokaždé, když je rodič nebo partner přítomen v TK, nebo při víkendových setkáních.
- Pracovní terapie – má být smysluplná, klienti jsou hierarchicky rozděleni tak, že ti z nejnižší fáze vykonávají nejméně zodpovědné práce a klienti ve vyšší fázi více zodpovědné činnosti. Klienti mají jasně definované funkce s pravomocemi a odpovědností.
- Vzdělávání – v rámci přednášek nebo seminářů, prevence relapsu, učení se samostatným praktickým dovednostem, jako je zpracování profesního životopisu, vyplňování složenek, orientace v jízdním řádu, apod.
- Volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity – mají být zdrojem pozitivních zážitků, zábavy, uvolnění a přirozené euforie. Posilují odolnost a stmelují komunitu.
- Sociální práce – má usnadňovat přístup klientovi k různým institucím a pomáhat jim v oblasti sociálně a pracovně právní, v oblasti trestního, občanského nebo rodinného práva. Zároveň závislost na sociálních dávkách není životním stylem příznivým pro abstinenci.

Ve všech terapeutických prvcích je důležitá pevná struktura a tak je tomu i u každodenní péče o chod komunity. Drogově závislí se aktivně podílejí na životě komunity a od vrstevníků či personálu získávají reflexe na svoje chování (Kooyman, 1993).

4. 2. 1 Terapeutické aktivity v rámci programu na TK Fénix

V této části popíše jednotlivé aktivity, které se v TK Fénix v rámci programu konají. Jako předlohu použiji popsané terapeutické aktivity podle Adamečka, Richterové-Těmínové, Kaliny (2003).

Komunitní setkávání je prostředkem každodenní komunikace. Jde o setkání všech klientů a týmu, které probíhá ráno a večer. Je zde prostor k řešení vztahů, konfliktů, poskytnutí zpětné vazby druhým, otevřené sdílení a diskutování záležitostí, které ovlivňují každodenní život v komunitě (zde se tzv. „krájí chleba“). Každý člen komunity má možnost si svolat „mimořádnou komunitu,“ kde se řeší aktuální problém, který nesnese odklad. Dalším druhem komunity je tzv. samořídící, neboli technická komunita, kde klienti plánují v rámci svých rolí různé volnočasové aktivity. **Velká komunita** se koná 1x za měsíc vždy poslední pondělí v měsíci, obsahem je projednání návrhů klientů a týmu ke změně pravidel, komunita se ohlédne za důležitými událostmi, které se staly. Tato komunita má slavnostní ráz a jsou na ni přítomni všichni členové týmu.

Skupinová terapie nabízí řešení osobních obtíží a sdílení prožitků ve skupině lidí, kteří se potýkají s podobnými problémy, dále poskytuje zpětnou vazbu a podporu klientů v podobné situaci. Před vstupem na skupinu zná klient její pravidla. V TK Fénix je komunita rozdělena na dvě skupiny, ty probíhají v rámci programu 2x týdně, 1x týdně se realizuje „ženská skupina“ v rámci gender terapie. Každý klient podstoupí životopisnou skupinu a závěrečnou skupinu před odchodem z komunity.

Garantské pohovory jsou součástí týdenního plánu a klient společně s garantem řeší individuální problémy. Garant představuje pro klienta jakéhosi průvodce léčbou.

Rodinná terapie (RT) je povinná na TK Fénix u klientů, kteří si zvolili dlouhodobou léčbu, trvá 5 dní. Signifikantní osoba z klientova života sdílí s klientem společně veškeré aktivity, které v tu dobu klient provádí a součástí RT jsou dvě vztahové skupiny. Ostatním klientům je RT vždy doporučována.

Pracovní terapie se koná každý den a to dopoledne a odpoledne, pokud není určený jiný program. Klienti jsou rozděleni podle etap (fází) do pracovní terapie. Klienti z červené etapy (1. fáze) vykonávají méně zodpovědné pomocné práce, jako je úklid domu, zahrady. Klienti z vyšší oranžové etapy (2. fáze) mají větší kompetence a většinou plní určité role, jako je šéf domu, šéf kuchyně, apod. Ostatní funkce, které klienti plní jsou: pomocník v kuchyni, šéf zvířat, kronikář, zahradník, správce sítě, sportáček, telefoňák, topič a údržbář,

revizor, pokladník, nákupčí, prادلenka, kurýr. Po dopoledním pracovním bloku následuje každý den relaxace. Klienti z poslední zelené etapy (3. fáze) pracují jako pomocníci na gerontoddělení při PL v rámci incentivní terapie¹², kdy si nacvičují chodit do práce mimo terapeutickou komunitu.

Vzdělávání je součástí každodenních úkolů, které klient plní. V rámci vzdělávání jsou každou středu tzv. „přednášky,“ které si klienti na zadané téma vypracují a pak interpretují. Klient si může vybrat z témat, jako např: Prevence relapsu, Co je to závislost; Hepatitidy, HIV; Doléčování; Jak mluvit o své minulosti v zaměstnání; Psychózy; Patologické hráčství; Sexuálně přenosné choroby; Transsexualita, aj.

Volnočasové aktivity nabízí týmovou spolupráci, uvolnění, legraci, zážitky. Patří sem kulturní akce jako je kino, divadlo a také každoroční Kulturní festival v TK Megdaléna, kam si klienti připravují své divadelní představení. Dále sem patří veškeré sportovní akce, jednodenní nebo vícedenní. Každou sobotu pořádá sportřák celodenní výlet na kolech/běžkách, nebo pěší túru. Pravidelně se komunita účastní mezinárodní olympiády na Slovensku (Komunity cup), kterou pořádá TK Road Tomky. Tzv. „víkend s rodiči a dětmi“ (popř. partnery), jako volnočasovou aktivitu, připravují klienti vždy poslední víkend v měsíci březnu, červnu a říjnu. Většinou jde o společná setkání s kulturním a sportovním programem a různými soutěžemi pro děti. Další takovou aktivitou jsou nepochybně kluby, které si klienti sami režírují, ty jsou součástí programu každou sobotu večer.

Sociální práce je nástrojem k učení se obyčejným praktickým úkonům, které si klienti mají osvojit, ať už je to vyřízení občanského průkazu (OP), sociálních dávek nebo schůzka s budoucím zaměstnavatelem, lékařem, popř. jiné administrativní záležitosti. Klienti mají na komunitě možnost pracovat s počítačem (časově omezenou).

Dalšími aktivitami, které jsou součástí programu TK Fénix, jsou motivační skupiny na přijímacím (detoxifikačním) oddělení, které provádí klient ze zelené etapy s klienty tohoto odd., kteří projeví zájem pokračovat ve své léčbě v TK Fénix. Klienti si pravidelně vedou deník, který je součástí jejich sebereflexe a odevzdává se 1x týdně terapeutickému týmu. Rozcvičky jsou každodenním začátkem všedního dne.

¹² Pobídková terapie, kdy za práci dostane klient odměnu, malý finanční obnos.

4. 3 Pravidla terapeutické komunity

Pravidla si vytváří TK sama podle své struktury a svých nároků. Obecně platí, že pravidla v TK by měla být jasná a srozumitelná, včetně toho, jak se dbá na jejich dodržování (Kalina, 2008). „*Musí být možné dělat chyby, terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá*“ (Kooyman, 1993, s. 33).

Povinnosti a předepsané úkoly udržují každodenní fungování komunity, upevňují svépomoc a jsou prostředkem k učení a vlastnímu rozvoji klientů. Učení a růst jsou podporovány prostřednictvím dodržování pravidel a postupů a v zodpovědném chování člena komunity, na kterém jsou ostatní členové závislí. Systém výhod a sankcí udržuje pořádek a bezpečí komunity, usnadňuje změnu prostřednictvím učení se z důsledků jednání (De Leon, 2001). Mimo to se v TK vyskytují také pravidla nepsaná, která mohou být často více respektována než pravidla psaná, některá mohou být užitečná a slouží ku prospěchu komunity, jiná naopak mohou mít destruktivní charakter (Broža, 2007).

4. 3. 1 Základní pravidla

„Základní pravidla“ vznikla po zkušenostech ze Synanonu a Emiliehoeve, kde neexistovalo pravidlo sexu¹³ a pravidla se porušovala. Základní nebo také klíčová pravidla mají zajišťovat bezpečí komunity (Kooyman, 1993). Při jejich porušení následuje vyloučení klienta z TK.

Mezi základní neboli „kardinální pravidla“ ve většině komunit patří:

- Neužívat drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí.
- Neužívat násilí či výhrůžek.
- Nemít sex s dalším členem komunity (Kooyman, 1993).

4. 3. 2 Pravidla TK Fénix

Jak uvádí Broža (2007) pravidla v TK jsou nástrojem, který rámcuje celý proces při všech aktivitách klientů či terapeutů. Pro příklad uvedu několik důležitých pravidel v TK Fénix:

- Terapie je povinná, program je závazný. O všem klient mluví na komunitě (dopisy, telefonáty, návštěvy, osobní volno).

¹³ V Emiliehoeve si sami klienti odhlasovali zákaz sexu, neboť jej vnímali jako zneužívání.

- Za každý den v léčbě klient platí regulační poplatek 60,- Kč, pokud nemá potvrzení o hmotné nouzi.
- Klient má každý měsíc 500,- Kč na zátěžové akce, výlety, kulturní program.
- Deník si píše klient průběžně a odevzdává na středeční ranní komunitě.
- Reklamní materiál týkající se drog včetně alkoholu na komunitu nepatří.
- Auto, které má klient v léčbě, používá sám.
- Během programu u sebe klient nemá mobil, discman, walkman.
- V léčbě není možné používat vlastní notebook.
- Za porušení pravidel následuje sankce.
- Pokud se klient rozhodne předčasně odejít z léčby, podepisuje revers. Může se do 24 hodin vrátit zpět. Podmínkou je zůstat čistý od všech drog.
- V domě ani při vstupu do domu se nekouří, kouřit lze venku v době osobního volna.
- Během léčby dbá klient o svůj zevnějšek, možné stříhání a barvení vlasů podléhá souhlasu komunity.
- Při přijetí na TK odevzdává klient veškeré léky. Léky, které nejsou předepsané lékařem se likvidují.
- Nemocný klient má lůžkový režim, leží v posteli, jídlo a léky dostává na pokoj. O lůžkovém režimu rozhoduje lékař.
- Klient hlásí odchod a příchod z domu a terapeutovi, který je ve službě.
- Návštěvy na pokojích a toaletách opačného pohlaví jsou zakázány.
- Klienti mohou přijímat návštěvy v době osobního volna.
- O víkendech se mohou příbuzní zúčastnit společného programu, vždy po předchozím schválení komunitou.
- Klienti v červené etapě odevzdají svůj mobil v den přijetí na komunitu. Při přestupu do oranžové etapy je jim mobil vrácen.
- Klienti se závislostí na gamblingu podepisují smlouvu o nepoužívání mobilního telefonu.

Další pravidla se týkají konkrétních fází a jednotlivých rolí, ve kterých mají klienti rozdílné kompetence a povinnosti, co se týče úklidu baráku a ostatních prostot, tato pravidla jsou uvedena v denním řádu.

4. 3. 3 Kardinální pravidla TK Fénix

1. **Naprostá abstinence!** Požití drogy včetně alkoholu, přinesení, neinformování o výskytu drogy, stejně jako manipulace s močí, jsou zakázány. Povinností klienta je podrobit se kdykoli kontrole svých věcí, odběru moče na toxikologické vyšetření, kontrole zornic, dechové zkoušce nebo odběru krve a to na žádost terapeuta. Je zakázán vstup do domu pod vlivem drogy, včetně alkoholu.
2. **Otevřenost a upřímnost!** Jinými slovy lež a podvádění mohou znamenat porušení pravidel.
3. **Volba mezi léčbou a vztahem!** Sex mezi klienty, erotické kontakty, udržování tajného vztahu jsou nepřijatelné, vážně narušují dynamiku terapeutického procesu.
4. **Regulace agrese!** Fyzická agrese, verbální agrese, psychický nátlak je zakázán. O své agresi může klient mluvit na komunitě.

Při porušení kardinálního pravidla následuje okamžité vyloučení z léčby. O další léčbu smí klient požádat po 6 měsících ode dne propuštění. Tato doba se jeví jako dostatečná, aby se vyměnila většina klientely v komunitě.

4. 4 Fáze léčby v TK

Klient v TK prochází třemi fázemi (a navíc tzv. „nultou fází“, která je subfází první fáze léčby). Podle De Leona (2001) má rozdělení do fází odrážet vývojový pohled na proces změny. Významné je učení v každé fázi, což posouvá jednotlivce do dalšího stupně cyklu uzdravování. Deitch (1996) má za to, že každá TK založená na hierarchickém a svépomocném modelu je pro klienta žebříkem, po kterém stoupá důstojnost a zodpovědnost závislého.

Podle Kaliny (2008, s. 195-200) je obsahem třech fází následující:

1. fáze - je obdobím orientace v TK, začleněním se a zapojením klienta do komunity. Klient je izolovaný od vnějšího světa, nesmí se kontaktovat s okolím a ani s rodinou. Zaměřuje se na změnu „tady a teď“. Klient se orientuje v pravidlech a vztazích, je podporován staršími členy, aby se zapojil do komunikace a nebyl sám. Učí se získávat podporu a využívat skupinového terapeutického prostředí, kdy se učí vyjadřovat své emoce a postoje, přijímat a dávat zpětné vazby, nevyhýbat se konfrontaci. Dále se klient

přizpůsobuje životu bez drog, kdy musí řešit pro něj náročné situace jinak než s pomocí drogy.

2. fáze - zaujímá 50 % celého pobytu, má představovat pro klienta vrcholné období léčby, vlastní období změny. Mezi nejdůležitější rysy druhé fáze patří **zlepšování chování**, kdy klient je schopen zvládat a dodržovat pravidla a požadavky TK. Většinou jde o více uvědomované chování, založené na internalizaci norem. Dále je to **zvyšování úrovně náhledu**, klient zpřesňuje a prohlubuje svoji motivaci k abstinenci a projevuje stále větší míru separace od drogové kultury. V rámci **vzestupu postavení v komunitě** zažívá klient odpovědnější role a větší privilegia v praktickém fungování v komunitě. **Psychologický růst a rozvoj zralosti** je jeden z faktorů 2. fáze, kdy klient nachází sám sebe a ujasňuje si vztahy k ostatním, dokáže zpracovat své negativní emoce a myšlenky. Klient na sebe nahlíží realistickým pohledem, jeho sebeúcta se zvyšuje, osvojuje si pracovní dovednosti a vlastnosti, jako je čestnost, odpovědnost – tím **vzrůstá jeho osobní autonomie**.

3. fáze - hlavním cílem této fáze je pozvolné uzavírání terapeutického procesu, separace od komunity, příprava na život venku. Tato fáze obsahuje **postupné přecházení do života mimo TK**, kdy klient pracuje mimo TK. U klienta dochází k **ověřování osobní a sociální zralosti**. **Vytváření individuální sítě pozitivní sociální a psychologické podpory** si klient zakouší při navazování kontaktů s lidmi mimo TK. Klient si připravuje bezdrogové vztahové zázemí a praktické záležitosti ohledně následné péče, bydlení, práce, apod. **Bilanci**, jako uskutečnění inventury dosažených pokroků provádí klient v rámci uzavírání své léčby, tuto poslední fázi končí výstupním rituálem, opuštěním komunity a odchodem do následné péče.

4. 4. 1 Etapy léčby v TK Fénix

Pojem etapa, který začali používat tvůrci programu léčby v TK Fénix v praxi, odpovídá v jiných komunitách používanému pojmu fáze. V TK Fénix a zároveň v ostatních odděleních pro závislosti při PL nejsou etapy léčby očíslovány, ale rozděleny do etap podle barev, a sice po vzoru Nešporova „semaforu.“ Důvodem této změny byla nespokojenost kontroly Ministerstva zdravotnictví (MZ) se způsobem vedení zdravotnické dokumentace o klientech.

- První etapa je červená – jako STOP, zastav se!
- Druhá etapa je oranžová – jako připrav se, neboli připravuj se na život!

- Třetí etapa je zelená – jako běž, můžeš si vyzkoušet, co ses naučil!

Tato metafora s etapami podle barev je pro klienty srozumitelná a velice rychle ji přijali.

Červená etapa trvá min. 1 měsíc, je to období, kdy si klient ujasňuje svou motivaci k léčbě, učí se chápat smysl terapie, přijímat pravidla. Má čas přemýšlet, proč je v komunitě, uvědomit si důvody svého rozhodnutí k léčbě, tato etapa začíná 24 hodinovou klauzurou, kde klient vypracovává osu života, kterou po té čte na komunitě. Klientovi je přidělen garant a vybírá si „staršího sourozence“ z řad klientů v oranžové etapě. Prvních 14 dnů klient nemá možnost kontaktu s příbuznými. Během této etapy se koná životopisná skupina. Klienti červené etapy mají při rozhodování o přestupech jiných klientů pouze poradní hlas. Před přestupem do oranžové etapy klient žádá komunitu a musí mít doporučení svého garanta, po schválení jde na 24 hodinovou klauzuru, kde rekapituluje svůj pobyt v komunitě a písemně jej vypracovává včetně sepsání životopisu a plánu léčby.

Oranžová etapa trvá 3 měsíce, je to období, kdy už klient chápe smysl terapie a učí se terapii používat jako prostředek k vlastní změně. Respektuje všechny klienty, získává schopnost tolerovat názory druhých. Přípravuje pro komunitu zábavný klub a přednášku. Ve svém osobním volnu naplňuje a zrealizujete prospěšnou činnost pro komunitu. Klient prochází různými funkcemi včetně šéfa domu a šéfa kuchyně. Během této etapy jede klient 2x na víkendovou dovolenku domů nebo do budoucího DC, má možnost vycházek do Bílé Vody a do Javorníku, kam může odjet ve středu a v pátek.

Pokud se klient rozhodl pro střednědobou léčbu, touto etapou pro něj léčba končí. Zároveň se předpokládá, že klient zaujímá odmítavý postoj ke všem drogám, je schopen otevřeně komunikovat, samostatně se rozhodovat a zodpovědně přistupovat ke svému životu, dokáže řešit zátěžové situace, aniž by se uchyloval k úniku či agresi, je schopen pracovat se silnými i slabými stránkami své osobnosti, má částečně vyřešeny vztahy se svými rodiči a partnery, má v pořádku své osobní doklady. Po klauzuře tedy následuje rituál ukončení léčby. Pokud klient pokračuje v dlouhodobé léčbě a přestupuje do zelené etapy, musí v oranžové etapě absolvovat vztahovou terapii.

Zelená etapa trvá 2 měsíce, tady by měl klient mít odmítavý postoj k drogám včetně alkoholu. Ví, jaké výhody mu abstinence přináší, nese zodpovědnost za sebe, není lhostejný k tomu, co se děje kolem něj a pomáhá svým příkladem klientům z nižší etapy. Klient dostává klíč od domu. Pracuje na 8 hodinové dopolední a odpolední služby na gerontoddělení jako pomocník a za práci dostává odměnu 10,- Kč na den. Během této

etapy může absolvovat alternativní trest – obecně prospěšné práce (OPP). Klient si plánuje volný čas včetně výjezdů, pokud zůstává na komunitě, účastní se programu. Povinné jsou pro něj stále skupiny, zátěžové akce, velké komunity a rituály. V této etapě odjíždí klient 2x na dovolenku, z toho jedna je víkendová a druhá trvá od pondělí do čtvrtku. Před propuštěním je klient poslední týden na komunitě, má klauzuru, kde opět rekapituluje již celou léčbu, píše dopis komunitě a jeho odchod z komunity je velkým rituálem.

4. 5 Rituály v TK

Rituály provázejí člověka od pradávna, jejich charakteristikou jsou závaznost daná tradicí a symbolický význam v propojení s identitou určitého společenství. Rituály v TK jsou všudypřítomné, souvisí s jejich spirituálním a sebezpřekračujícím rozměrem. V podstatě celý pobyt klienta v komunitě lze symbolicky chápat jako „velký rituál přechodu“ (Kalina, 2008). Tématu Rituály se věnuje také autorka Čtrnáctá (2007). Podle ní je touha po transcendentnu hluboce zakořeněna a vždy přítomna. Jedním ze způsobů jak se transcendentna dotknout, jsou právě rituály. Ve společenství plní rituály tmelící funkci, mají posvátný charakter a tím dávají událostem hlubší smysl, svou daností a opakováním poskytují bezpečí a zbavují nejistoty.

V dnešní moderní době význam rituálu výrazně oslabuje nebo je jeho role transformována do jiných rituálních činností, které jsou pro člověka ohrožující. Jedním z příkladů může být právě ritualizované užívání drog, od kouření marihuany až po injekční aplikaci. Požívání alkoholu a k tomu známý slogan „na zdraví!“ je také jakousi formou rituálu. Důležitost rituálů je opomíjena již v mnoha dnešních rodinách, kde v uspěchaném nebo pracovním vytížení rodičů, se přestávají číst večer pohádky, přestává se společně jíst u stolu apod.

V TK se klienti učí nahrazovat staré špatné rituály novými a lepšími. Klient se tak setkává s rituálem od počátku vstupu do komunity, kdy projde přijímacím rituálem¹⁴, většinou jde o představení se v kruhu. Dále se v TK aplikují etapové rituály, „malé rituály přechodu,“ přes které klient přechází do vyšší fáze. Rituály očistné se uplatňují při vnesení drogy do domu, kdy je narušeno bezpečí komunity. Dalším rituálem jsou Velké komunity a jiné svátky, jako jsou např. Vánoce nebo Výroční (absolventské) komunity. Ukončovací

¹⁴ Kooyman (1993) popisuje techniku TK Emiliehoeve v rámci přijímacího rituálu, kdy má nový klient „křičet o pomoc.“

rituál má být podle Kaliny (2008) symbolickým vyvrcholením pobytu klienta v TK a poskytuje tak možná nejintenzivnější zážitek, který obsahuje Deitchův výrok „terapeutická komunita je místem naděje a víry v to, že se můžeme vědomě změnit.“ Mezi rituální symboly v komunitě patří **komunitní kruh**, který je zásadní pro všechny její členy, aby na sebe všichni viděli, **komunitní stůl**, jako symbol společenství a sounáležitosti při jídle a **komunitní oheň** (zdroj světla), ten je považován za posvátný, očistný a obnovující, v TK je většinou přítomen ve formě živého plamene (svíce, rituální svícen) (Kalina, 2008).

4. 5. 1 Rituály v TK Fénix

Před příchodem do TK musí klient urazit cestu z PL na komunitu, tato cesta „s kárkou“ je začátek nové cesty ke komunitnímu životu a proto ji lze považovat za přijímací rituál. Dalším přijímacím rituálem je psaní vlastní osy života, kterou čte klient na večerní komunitě a je přivítán ostatními členy pozdravem: „*Bud' zdráv a vítěj tady.*“

Každý klient si během červené etapy najde kámen jako symbol věčného života. Kámen má klient u sebe a nosí ho ke každému rituálu.

Při přechodových rituálech jako je přestup z červené do oranžové a z oranžové do zelené etapy předchází 24 hodinová klauzura, kdy je klient sám se sebou a písemně zpracovává svůj pobyt a své plány. Rituály přechodu (i závěrečný rituál) se konají večer místo večerní komunity. Všichni členové komunity uzavřou kruh, uprostřed hoří svíce, kterou zapaluje terapeut a za doprovodu hudby Vangelise a jeho skladeb k filmu Alexander Veliký, je klient povýšen do vyšší etapy. Námětem hudebního doprovodu rituálů jsou působivé instrumentální písně s tematikou, která může být považována za společnou pro hlavního hrdinu příběhu Alexandra Velikého, který dobývá svět a pro klienta terapeutické komunity, který se snaží o dobytí vlastního světa...

Při rituálu přechodu do oranžové etapy čte klient prosbu do svého života: „*Živote, dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozpoznat.*“ Po přečtení prosby ostatní odpovídají: „*Klid, odvahu a moudrost Tobě.*“ Klient je symbolicky pokřtěn, terapeut pokropí klientovi hlavu se slovy: „*Křtím Tě do komunity Fénix a vítám Tě.*“ Tímto terapeut i klient stvrzují tykání, když si spolu do té doby vykali. Poté klient podepisuje Terapeutickou smlouvu mezi ním a TK Fénix.

Při rituálu přechodu do zelené etapy čte klient prosbu: „*Živote můj, posilni ve mně mou sebedůvěru v dobro, aby byla stále se mnou a celého mě naplnila.*“

Terapeut vezme lahvičku s levandulovým olejem, dá si olej na prst a postupně pomazává jednotlivé části těla klienta s těmito slovy: (nad oči) „*abys správně viděl to, co tě obklopuje*“, (na uši) „*abys správně slyšel vše, co je ti řečeno*“, (nad ústa) „*abys správně volil svá slova*“, (na dlaně) „*aby tvé ruce konaly, co dobrého ti říká tvoje srdce*“, (na nártů nohou) „*aby tě tvé nohy vedly po rovných cestách*“. Klient odpoví: „*Ať se to tak stane.*“ Poté mu terapeut předává klíč od domu a všichni mu gratulují k přestupu do zelené etapy.

Rituál ukončovací obsahuje přečtení závěrečného dopisu komunitě, předání daru komunitě a vrácení klíče. Klient v určité fázi rituálu odejme svůj kámen z kruhu a dává jej mimo kruh před sebe. V závěru rituálu odchází z komunity v doprovodu ostatních členů před dům, kde svůj kámen symbolicky zazdí do „*zdi Nezávislosti*“.

Po tomto rituálu ještě následuje večerní pohoštění a rozloučení u stolu, společné zpívání.

III. Praktická část

V praktické části popíši cíle práce, metodologii, kterou jsem při práci použila a výsledky, které budu v práci diskutovat.

5 Cíle práce

Cílem této práce je zmapovat, jak klienti vnímají léčbu závislosti a poskytované služby v komunitě Fénix v Bílé Vodě a jak hodnotí účinné faktory užívané v terapeutické komunitě a jejich aplikaci v léčbě. Dále, jaký má léčba vliv na klientovu abstinenci po léčbě. Zajímalo mě, které faktory v léčbě klienti považují za účinné sami pro sebe a u klientů absolventů, které faktory v léčbě se jim jako účinné potvrdily v praxi, v životě venku.

Jako předlohu pro kategorizaci jsem použila model 15ti Kooymanových účinných faktorů. Otázky byly položeny tak, aby v nich nebyly tyto faktory přímo vyjádřeny (viz. příloha č. 1). Hlavní výzkumné otázky zní: Jsou účinné terapeutické faktory, které ve své

práci s klienty uplatňuje TK Fénix vnímány jako účinné i klienty? A shodují se, případně do jaké míry terapeutické účinné faktory uplatňované v TK Fénix s 15ti účinnými faktory Kooymana (1993)?

6 Metodologie výzkumu

V metodologii výzkumu uvedu zvolený přístup, výzkumný soubor a etické otázky, popíši pozici výzkumníka, metody získávání a zpracování dat.

6.1 Typ výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup, neboť mě zajímá pohled klientů a vysvětlení, zda a proč účinné faktory vnímají tak, jak je vnímají, přitom mi nejde o kvantifikaci získaných poznatků. Proto je pro můj záměr kvalitativní výzkum nejvhodnější. „Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (Miovský, 2006, s. 16). Ferjenčík (2000, s. 245) definuje kvalitativní výzkum podle optiky zkoumání: „Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: Člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech.“

6. 2 Výzkumný soubor, etické otázky

Výzkumný soubor tvoří klienti terapeutické komunity pro drogově závislé Fénix před ukončením léčby, kteří absolvovali léčbu v prvním pololetí roku 2011 a pak klienti, kteří absolvovali léčbu a mají zkušenost s životem „venku“ (n=7).

Interview s respondenty probíhala v období únor – duben 2011. Klienti, kteří v období první poloviny roku 2011 končili léčbu, byli osloveni za použití metody záměrného (účelového výběru). Tato metoda záměrného výběru patří mezi nejrozšířenější metody výběru v kvalitativním výzkumu, kdy pro výběr výzkumného vzorku je určující

naplnění určitého kritéria (Miovský, 2006), v tomto případě jsou to klienti před plánovaným odchodem z komunity. Byli osloveni 4 klienti (2 muži, 2 ženy), z toho jeden se rozhovoru nezúčastnil, protože den před rituálem odchodu se nevrátil z plánované propustky a byl následně disciplinárně vyloučen. U klientů absolventů jsem jako metodu sběru dat použila příležitostný výběr. Vzorek tvořili 4 osoby z 12ti (2 muži, 2 ženy), u kterých jsem využila příležitosti k realizaci výzkumu, tyto účastníky jsem získala na absolventském setkání klientů při Výročí TK Fénix. Příležitostný výběr (výběr dobrovolníků) se sice nedá považovat za reprezentativní, ale je přijatelnou sondou do problematiky (Ferjenčík, 2000). Miovský (2006) považuje příležitostný výběr za metodu hojně kombinovanou s jinými metodami (záměrný, stratifikovaný, kvóťový výběr), což umožňuje efektivní a rychlý způsob kontaktování účastníků.

Stručná charakteristika respondentů

respondent	pohlaví	věk	návyková látka	délka závislosti	vzdělání	délka léčby	doba od ukončení rezidenční léčby
KA 1	žena	26	pervitin	4 roky	SŠ	D	25 měsíců
KA 2	muž	28	pervitin alkohol	8 let	SŠ	D	5 měsíců
KA 3	žena	26	pervitin gambling	7 let	ZŠ	D	17 měsíců
KA 4	muž	32	heroin	5 let	SOU	S	20 měsíců
K 5	muž	21	pervitin marihuana	7 let	SOU	S	
K6	žena	27	alkohol pervitin	8 let	SŠ	S	
K7	žena	25	pervitin	4 roky	ZŠ	D	

K- klient; KA-klient absolvent D-dlouhodobá léčba; S-střednědobá léčba

Pozn.: KA 2 je uveden jako muž, ale ve výpovědích je uváděn jako žena, protože jde o transsexuála.

Pro účely výzkumu byli respondenti informováni o tom, že jejich účast je dobrovolná, že mají právo výzkum odmítnout, a že jejich účast nebo neúčast ve výzkumu nijak neovlivní služby, které jsou jim v TK nabízeny. Bylo jim sděleno, za jakým cílem jsou rozhovory prováděny, že nahrávky budou přepsány anonymně, bez uvedení

jakýchkoliv jmen nebo názvů míst. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas o účasti ve výzkumu.

6. 3 Pozice výzkumníka

Všichni klienti absolventi (KA), se kterými jsem vedla rozhovor, jsou bývalými klienty zařízení, ve kterém jsem pracovala jako terapeutka a v té době ke mně klienti měli vytvořený terapeutický vztah. Výhodou tohoto vztahu byla moje dobrá znalost respondentů, naopak nevýhodou terapeutického vztahu může být zkreslení dat. Další mojí výhodou je, že dobře znám pravidla a účinné faktory, které se v TK aplikují, neboť jsem byla jedním ze spoluvůrců při založení TK Fénix. V době, kdy jsem prováděla interview s ostatními klienty (K) jsem již na komunitě nepracovala, byla jsem na mateřské dovolené, takže mě klienti neznali. Za výhodu se dá považovat nepředpojatost těchto respondentů vůči tazateli.

6. 4 Metody získávání dat

Jako metodu získání kvalitativních dat jsem použila polostrukturované interview. Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila proto, abych se mohla ptát, jak uvádí Ferjenčík (2000) na předem připravený seznam otázek a zároveň, aby forma odpovědí na tyto otázky mohla zůstat víceméně volná, aby si respondent mohl vybrat svůj styl odpovědi. V rozhovorech jsem použila 10 otázek (uvedeny v příloze), které se nepřímo ptají na účinnost léčby v souvislosti s 15ti účinnými faktory podle Kooymana. Otázkám jsem podle typu výpovědi přiřadila několik podotázek souvisejících s hlavními otázkami, jako např. „Máš nějakou zkušenost z léčby, kterou si můžeš převést do života teď, co ti pomáhá?“, „Co máš na mysli konkrétně?“, „Jaký to bylo?“, „Můžeš zkonkretizovat maličkosti?“

Jako metodu fixace kvalitativních dat jsem použila audiozáznam na kazetový přehrávač a to se souhlasem všech respondentů, s následným vymazáním všech záznamů a to po zpracování získaného materiálu. Všechny rozhovory se konaly v oddělené místnosti v TK Fénix, kde respondenti nebyli rušeni. Průměrná doba jednoho rozhovoru byla 35 minut.

6. 5 Metody zpracování dat

Kvalitativní data netextové povahy jsem převedla do textové povahy, tzv. transkripce (Mioviský, 2006) a následně jsem tyto analyzovala s využitím metody kódování, kdy jsem jednotlivé kódy přiřazovala ke kategoriím. Jako kategorie jsem použila 15 účinných faktorů dle Kooymana.

7 Výsledky

V této části práce uvádím interpretaci rozhovorů s přiřazením kódů (citace klientů) ke kategoriím (15 účinných faktorů). Na konci každé podkapitoly diskutuji výsledky. Z provedeného výzkumu vyplývá, že v TK Fénix jsou podle výpovědí klientů a klientů absolventů zastoupeny všechny terapeutické účinné faktory, jak je definuje Kooyman (1993). Další účinný faktor, který jsem v TK Fénix nad rámec těch definovaných Kooymanem objevila, je „*Nalezení vlastní identity*“, jak je uveden u KA 2.

V následující části uvádím *Terapeutické faktory v komunitě dle Kooymana (1993), včetně úpravy podle Kaliny (2008)*, jež jsou doplněny vybranými citacemi z uskutečněných rozhovorů s respondenty šetření (text psaný kurzívou), které s Kooymanovými faktory korespondují, byť jsou klienty vyjádřeny poněkud jinak.

1. Náhradní rodina

Poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí (Kooyman, 1993). Náhradní rodina má v komunitě sloužit jako náhrada za rodinu, kterou klienti často ztratili. Klienti jsou v TK jako členové rodiny, ne jako pacienti. Naopak pokud dochází k vzájemné fixaci mezi terapeuty a klienty v roli rodičů a dětí, zabraňuje to růstu společenství i jednotlivců (Kalina, 2008, s. 154).

K A 4: „Do léčby jsem šel, že jsem se dostal pod hranici, pod svojí úroveň, neměl jsem kde bydlet...“

K 5: „Takže dál budu chtít být s tou komunitou svázaný, dá se říct, že mám tady druhou rodinu, která mě vždycky nějakým způsobem podrží.“

Zajímavé je, že přítomnost faktoru jako náhradní rodiny explicitně vyjádřili klienti muži. Neznamena to, že by tento faktor nebyl přítomen u klientek dívek, nicméně jej přímo nejmenovaly, důvodem také může být to, že v otázkách nebyl faktor náhradní rodiny přímo jmenován. To, že tento faktor neuvádí všichni klienti ve své léčbě jako důležitý, může znamenat i to, že v dnešní době do TK přichází mladší klientela s nižším stupněm závislosti a nemusí mít radikálně narušené vztahy se svojí primární rodinou, jak tomu bývalo dříve. U K 5 může formulace „s tou komunitou svázaný“ znamenat přítomnost principu „attachment“, který je účinným terapeutickým faktorem a jak píše Kalina (2008), přináší klientovi představu jeho defektního a nefunkčního vzorce přimknutí.

2. Ucelená filosofie

Filosofie má být srozumitelná, vysvětlitelná všem tak, aby ji pochopili a podporovali (Kooyman, 1993). Kalina použil název Sjednocující filosofie, která podle něj v TK zahrnuje koncept člověka a jeho cesty, koncept poruchy, změny a uzdravy, koncept společenství, ke kterému všichni patří, klienti i členové týmu (Kalina, 2008, s. 155).

KA 3: „...určitě čerpám ze vzpomínek, když je mi třeba zle, mám aj ted' třeba nějaké obrázky vystavené a ták, co mi připomínají léčbu, když mi je smutno, tak se na ně podívám.“

K 5: „...sem přišel na to, že to tady nějakým způsobem funguje, že to tady těm lidem pomáhá a i na sobě jsem viděl nějakou tu změnu, ...“

K 6: „Otevřelo mi to tady oči, člověk se na ty problémy dívá tak nějak jinak, má to smysl tady...“

K 7: „Ona vlastně komunita tady proběhla docela radikální změnou, když odešla Lida a tady ted'ka vlastně je Radim, mě připadá v poslední době, že to tady trochu upadá, jó... ani si nemyslím, že to je chyba jako terapeutickýho týmu, ale je to chyba i tady těch klientů, protože takových těch lidí, tahounů, co dávali ty zpětné vazby, už hodně odešlo.“

I když se dá vnímání filosofie považovat za individuální aspekt, přesto k němu klienti dojdou přes společenství v komunitě. Překvapující je, že klienti se nevyjadřovali k síle společenství, kde se pomocí skupiny lidí mohli začít uzdravovat, na filosofii nahlíží spíš z individuálního hlediska. K 7 má tendenci srovnávat změnu vedoucího komunity a její vliv na celou komunitu.

3. *Terapeutická struktura*

Struktura má nabízet bezpečí a jistotu. Pravidla jsou jednoznačná a jasná, základních pravidel má být málo. Prostředí komunity má poskytovat dostatečný tlak k učení a zároveň dostatek struktury, aby nedocházelo k chaosu. Klient musí mít možnost dělat chyby a má postupovat od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí odpovědností. „...*terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá*“ (Kooyman, 1993). Podle Kaliny (2008, s. 156) patří k faktorům vytvářející strukturu „containment,“ ve smyslu ohraničování a atributy „otcovského principu.“

K A 1: „...hm, určitě, tak celkově udělat si režim toho svého nějakého života nebo svého dne vůbec, protože já jsem nebyla vůbec zvyklá, a to se mi líbilo už když jsem nastoupila na detox, že byl prostě vyloženě na nástěnce nějaký režim a říkala jsem si, že takhle to chci i potom jakoby mít, abych si nějak rozdělila tu práci, ten svůj volný čas a to vstávání, protože to mi dělá největší problém, s tím mám problém trošku aj teďka...“

KA 3: „... myslím si, že pravidla jsou určitě důležité, protože my, jako fetáci, jsme byli zvyklí žít takový docela bezprizorní život a je potřeba nějaké vymezení, aby si člověk ty pravidla pak udělal sám, ... já jsem to brala, jakože ty pravidla jsou a že je prostě budu dodržovat, že když jsem nemohla mít telefon jakožto gambler, tak jsem neprotestovala a brala jsem to jakože ho nemám mít...“, „...jo, protože teďka si pravidla tvořím sama a to je prostě prostředek ke svobodě, tady je prostě nějaké společenství lidí a ty pravidla nejsou zbytečná.“

K A 4: „Pravidla? Tvrdý. Pro mě jo, takový ty úklidy, kouřit jsem nemoh, kdy jsem chtěl, ...,...no, tak párkrát jsem je porušil, určitě, to jó. Ale jako, že to pro mě bylo jakoby těžký, já jsem žil nějaký život, tady jste mi dali nějaký pravidla, který jsou v životě jakoby normální, být dochvilnej na čas... jako tvrdý to bylo, ale zase mi to pomohlo, že jsem začal být pořádněj, pak jsem to přijmul.“

U faktoru *Terapeutická struktura* se všichni respondenti vyjádřili ve smyslu, že jim pravidla a řád pomohly v léčbě, že se naučili zacházet s časem. Důležitým činitelem v léčbě byla pro klienty možnost dělat chyby a ponaučit se z nich. Dá se říct, že tolik diskutované etické otázky, jakou jsou vhodnost či nevhodnost represivních faktorů (pravidla) v léčbě klientů se tady pravidla potvrzují jako dobrý nástroj, který má být odrazem v normálním životě venku a vede ke svobodě, jak to vyjadřuje KA 3.

4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

Demokracií se rozumí způsob delegování moci všem osobám, aby jednali a řešili konflikty na základě rozhodnutí většiny. Terapeutická komunita, která veškerou moc deleguje na klienty je anti-terapeutická. Terapie je povinná pro všechny, klient se rozhoduje, zda se jí účastní nebo ne. Autonomie je omezena skutečností, že je jedinec součástí skupiny (Kooyman, 1993). Kalina (2008) uvádí, že respondenti z výzkumu¹⁵ tento faktor považují za „nejméně pomáhající.“

K A 1: „...*vlastně a ten terapeut tady už není...,...že on si nedodržel tu nějakou svoji laťku a že prostě jako chtěl být ten kamarád, ale pro mě on potom nebyl terapeut v těch očích...., ...já ze začátku jsem s tím taky bojovala, jsem chtěla, aby nám někdo ustoupil, a když neustoupil, tak mě to štvalo, ale myslím si, že právě o tom to je.*“

K A 4: „*Terapeuti byli skvělí, jako kamarádský z jedné strany jó, ale když šlo o něco, tak byli důsledný...*“

K 5: „*Dřív se mi zdálo, že si lidi tady v komunitě nedovolí tolik, co si dovolují třeba teď vůči sobě a vůbec vůči tady tomu baráku a vůbec ke všem pravidlům, co tady jsou...*“

Většina respondentů se vyjádřila k tomuto faktoru spíše s kritickým komentářem, znamená to, že velmi vnímají nastavení pravidel a terapeutů k rovnováze mezi demokracií, terapií a autonomií. Také na příkladu výpovědi K A 1 je patrné, že chápe smysl vytvořených hranic u terapeutů, když je terapeut nepoužívá, nevidí ho jako věrohodného, když terapeut hranice používá, potřebuje ho otestovat, jak je pevný. Myslím, že tento faktor může zajišťovat klientům určité bezpečí v komunitě.

5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Klient se nemůže v komunitě izolovat, musí se aktivně podílet na životě v komunitě. Na své chování získává reflexe a učí se tak nést odpovědnost za své chování, na které získává náhled (Kooyman, 1993). Podle Kaliny (2008, s. 157) je interpersonální učení „*jedním ze základních principů a klíčových účinných faktorů i skupinové psychoterapie.*“

K A 2: „...*co se týče garantství třeba s Maruškou, tak to bylo úplně úžasný, ta spolupráce, prostě, že přesně jsme věděly, co jedna od druhého chceme a to nám prostě vyhovovalo, jo.*“

¹⁵ Výzkum byl prováděn u 57 klientů ze čtyř TK pro závislé v ČR, kteří měli sami zhodnotit faktory léčby od nejvíce po nejméně pomáhající (Hrubý, 2004, úprava Kalina, 2008).

Já jsem si vždycky něco třeba otevřela a pak jsem to otevřela na komunitě, jó něco jsme nakously a já jsem to dořešila na té komunitě... “

K A 3: „...přechod z druhé do první fáze určitě, protože v druhé fázi jsem ještě tak moc nemluvila, pak funkce šéfa baráku, protože jsem se naučila více mluvit s lidmi, víc si věřit, protože předtím jsem byla taková zakřiknutá, potom třeba zelená etapa pro mě byla strašně důležitá, protože jsem se naučila vstávat do práce a jednat s lidma. Já jsem předtím nikdy legálně nepracovala, takže to pro mě bylo strašně důležité, naučila jsem se tam aj cítit, protože když jsem z tama odcházela, když jsem se loučila s těma starýma babičkama, tak to jsem brečela, tak to se mně nestalo hodně dlouho.“

K 5: „Určitě jsem se naučil říkat ne a to mi pomůže v tom, že se můžu ubránit tomu relapsu, ... “

K 7: „Po měsíci a půl jsem řekl na komunitě, že mám problém o sobě mluvit, nevěděl jsem jak mám jako o sobě a mluvit, prezentoval jsem to tak, že mám komunikační bariéru a tu bariéru odbourat a to byl takovej hodně velkej zlom, kdy jsem začal o sobě mluvit, číst dopisy před skupinou, v tu chvíli jsem začal vnímat, že ta léčba nějak působí... “

U všech respondentů byl faktor *Sociální učení prostřednictvím sociální interakce* ve výpovědích obsažen několikrát. Dá se říct, že tento faktor byl klienty také vnímaný jako nejvíce účinný v léčbě. Klienti často zmiňovali překonání svého studu mluvit před velkou skupinou. Dalším potvrzením je, že zdánlivě neetické pravidlo - číst dopisy před celou skupinou, je účinný faktor v léčbě, jak to vypovídá K 7.

6. Učení prostřednictvím krize

Klient zažívá v komunitě i krizové momenty, v nichž se dosavadní vzorce chování dezintegrují a po zvládnutí krize dojde k reintegraci na vyšší úrovni, podle Ericksonovy teorie sociálního učení (Kooyman, 1993). Učení prostřednictvím krizí se dá chápat jako součást sociálního učení. Ve výzkumu klienti považují tento faktor jednoznačně za „nejvíce pomáhající“ (Kalina, 2008, s. 157).

KA 2: „Když je mi smutno, tak si vzpomenu na tu vztahovou terapii s mým otcem, určitě na ty skupiny, a pak třeba když je mi třeba smutno, nebo takhle, což se mi teďka často stává, tak si třeba vzpomenu na nějaký zátěžovky, jó, nebo jak jsem šlapala do divadla na těch jehlách celou cestu tam a zpátky, jó, tak si třeba vzpomenu na tady ty věci... “

K 6: „*Já jsem šla do léčby sama, já sem měla docela narušený vztahy s rodinou, máma je alkoholička a já to s ní nemám vyřešený, protože, no, pořád pije, mě to je jedno, ať si dělá co chce, já se chci osamostatnit a dát ty vztahy tak nějak dohromady. Ta samota je taky kolikrát špatná, ale tady se člověk naučí s ní pracovat.*“

Je zajímavé, ač by se dalo předpokládat, že tento faktor bude přítomen z velké části, že tomu tak není. Jako bývalá terapeutka si u všech klientů absolventů vybavuji krizové situace, které v TK překonávali, avšak je nevedli. Přestože jsou klienti v léčbě právě díky krizovým situacím a v komunitě každodenně také prožívají krizové momenty, nevyjadřují tento faktor jako důležitý aspekt v léčbě. KA 2 může vyjadřovat „smutno“ jako krizový faktor po léčbě. K 6 považuje za krizové hledisko vztah s matkou alkoholičkou a prožívání samoty.

7. Terapeutický účinek všech aktivit komunity

„*Terapií je terapeutická komunita samotná*“ (Kooyman, 1993, s. 32). Klienti se učí zvládat různé role, např. pracují, vaří, starají se o dům, apod. Kalina (2008, s. 158) tvrdí, že vzájemné potencování dvou rovin „terapie“ a „společenství“ lze pokládat za podstatu terapeutického působení.

KA 1: „*...zátěžovky se mi určitě líbily hodně a na to vzpomínám a z toho čerpám, pokračuju v tom nějak a jinak si myslím, že jsem neměla s programem nějak problém, samozřejmě se mi někdy nechtělo třeba vstávat, ale to asi každému. Jako bylo toho hodně, ale mně to nevadilo, mě to naplňovalo.*“

KA 3: „*Tak určitě mě léčba naučila pracovat s chutěma, jo, protože já když jsem vlastně přišla z léčebny, jsem absolvovala akorát necelou tříměsíční léčbu v léčebně psychiatrické a tam jsem vlastně čekala tady na komunitu, takže prostě jsem o chutích nevěděla skoro nic, teďka vím jak mám prakticky postupovat, když se mně něco stane, vím, jak mám reagovat, když se setkám s drogou a vyřešila jsem si věci z minulosti, co mě trápily, na příčiny, proč jsem brala drogy...*“

K 7: „*V pracovkách jsem se naučil jako vůbec něco dělat, jo, protože jsem nikdy nic pořádného nedělal. Vůbec, jako rozcvička, jako po ránu, že je člověk líný, nechce se mu do práce, tak nějaký to rozprouzení toho dne. Každý ten program mi zvlášť dal něco...*“

Zde klienti často pozitivně hodnotí, co se v léčbě naučili, co dříve nedělali nebo neuměli, KA 1 vyjadřuje pozitivní účinek zátěžovek a celkově naplnění toho, co jí léčba

díky programu dala, KA 3 se naučila pracovat s chutěmi a K 7 vyjadřuje pozitivní efekt práce.

8. Odpovědnost klienta za jeho chování

Klient není pacient. Rozdíl mezi klientem a pacientem je ten, že pacient je zbaven povinností a není zodpovědný za svou situaci. Po klientovi se žádá, aby nesvaloval svou vinu na druhé a nehrál si na oběť. Klient je považován za člověka, který potřebuje pomoc a který může pomoci druhým (Kooyman, 1993). „Většina toxikomanů věří, že pro ostatní nemají žádnou cenu. Tím, že pomohou druhým, se jejich sebehodnocení zlepší“ (Yalom in Kalina, 2008).

KA 1: „Celkově to chování, víš, zamyslela jsem se nad tím, nebo pozastavila jsem se jakoby nad tím, jak jste říkali, víš, že nahoře (v komunitní místnosti, pozn. tazatele) je ten prostor, kde se má ten chleba krájet, protože to byl ten problém, co byl u nás doma, že se nikdy nic neřešilo, všechno bylo takové tabu a když něco bylo mezi našima, tak mamka si postěžovala mně, nebo prostě ségra si postěžovala zas na tatku,...takže to byly takové zásadní věci pro mě, že jsem si uvědomovala ten svůj problém a to budu i ve svém životě, snažím se, aby to nebylo jako u nás doma...“

KA 2: „Zažila jsem přímo recidivu, protože jsem vlastně šla bydlet s dvouma klientama z DC, ten jeden prostě po čtrnácti dnech zrecidivoval jó, ale pro mě toto není jako důvod, abych jako šla a všechno jako zahodila, pro mě bylo důležitý, že se to vyřešilo. Já si myslím, že ten relaps nebo recidiva už je prostě od léčení nastavenej jó, já si myslím, že to je tím, že když člověk v léčbě všechno řeší, má skupiny, garantství, tak se mu tohle stát nemůže jó...“

KA 4: „Zkušenost s relapsem mám. Na Silvestra. Nechal jsem se strhnout partou, klasika. Nic moc, no, žádnéj dobrej stav to nebyl, já jsem do toho s tím šel, že to budu porušovat, já jsem si to připravil, že si zahulím, já to tak beru, ale prostě nepotřebuju to, nechci to. No jasně, určitě, já jsem si to potřeboval zkusit a to mě utvrdilo, že ty drogy jsou v mém životě to marný, že je nepotřebuju k životu.“

K faktorů *Odpovědnost klienta za jeho chování* se vyjádřila většina respondentů, více jej vnímali klienti absolventi, kteří mají zkušenost se svým chováním v životě venku. KA 4 se cítí odpovědný za svůj relaps, jako důvod uvádí utvrzení se v tom, že drogy

v životě nepotřebuje. KA 2 vnímá jako odpovědnost nastavení v léčbě, KA 1 chápe za svoji odpovědnost otevřenou komunikaci.

9. Zvýšení sebevědomí díky úspěchům

Klient pracuje na zvýšení sebevědomí tím, jak překonává strach ze selhání a odmítnutí, jedná jako by se nebál „as if.“ Když pomáhá druhým, uvědomuje si svoji cenu. Kalina (2008, s. 159) považuje za klíčové vědomou práci na sobě – sebezdokonalování, posilování vnitřního řízení a nácvik odpovědného jednání ve smyslu „chápaní problému jako výzvy.“

KA 2: „... výborně žiju, abstinuju, chodím do práce. Jako ostatní věci jsou pro mě pomíjivý, jako nějaká kariéra, peníze prostě, jo že teď spíš tak odpočívám, z práce domů, žiju jako normální člověk...“

KA 3: „určitě čerpám z toho, že jsem si tady uvědomila něco o sobě, určitě mám větší sebevědomí, velkou část toho sebevědomí jsem našla tady v léčbě, jó třeba né ze vzhledu, ale třeba z toho jaké mám schopnosti, jsem si začala věřit, když jsem přišla do léčby, tak jsem si nevěřila v ničem, nebyla jsem schopná normálně fungovat v normálním reálném světě a tím, že jsem třeba zvládla Tomky a jiné takové věci, tak jsem si prostě fakt dokázala, že prostě když můžu zvládnout takové vypětí, tak můžu zvládnout cokoliv, když chci.“

KA 4: „... žiju si dobře, pracuju, abstinuju, sportuju...,... jako to je upřímnost k lidem, nelžu a to je důležitý, teďkom jakoby nemám s nikým žádný problém, lidi si mě začali vážit, tak se mi to líbí, takhle jsem spokojenej sám se sebou.“

K 5: „I sebevědomí mi stoupló jó, a určitě nějaká komunikace s lidma, jsem byl zakřiknutej, když jsem sem šel, mě to trvalo měsíc a půl než jsem o sobě začal nějakým způsobem mluvit, jó...“

K 6: „Naučila jsem pracovat s volným časem, a využívat ho tak, aby byl prospěšnej, třeba jen nečtu, ale zašla jsem si na procházku a i tak nějak komunikace s lidmi, hodně jsem zapracovala na tý ženskosti, začala jsem se víc česat, cítím se jako žensky...“

Ze všech výpovědí bylo zřejmé, že respondenti vnímají velmi pozitivně účinnost faktoru *Zvýšení sebevědomí díky úspěchům*. Klienti absolventi hodnotí abstinenci, práci a vyplnění volného času za činitele ke zvýšení vlastního sebevědomí a také schopnost věřit

si, jak to vyjadřuje KA 3. Ostatní klienti v léčbě vnímají posun v sebevědomí díky komunikaci s lidmi, jak to uvádí K 5 a K 6, u které hraje důležitou roli také vnímání sebe sama jako ženy.

10. Internalizace pozitivního hodnotového systému

Klient si zvnitřňuje pozitivní hodnoty, učí se být upřímný, učí se kritizovat autodestruktivní chování a chápat problémy jako výzvu (Kooyman, 1993). Podle Kaliny (2008, s. 159) změny, které klient internalizuje, znamenají i změnu hodnotového systému, jako jsou pravdivost, otevřenost, čestnost, samostatnost, odpovědnost vůči sobě i druhým, altruismus, svoboda volby, a další.

KA 1: „... jo, jakoby být poctivá, jakoby hlavně, jako nešulím ty ostatní lidi ale šulím hlavně sama sebe nebo i to, jak jsem říkala, protože to jsem nezažila doma, když se něco udělalo, tak to nejmíc utulat, že prostě jsem si to nepřiznala tak, jak jste nás učili tady, že mám právo něco pokazit a snažit se napravit. Takže ty věci, co jsem se naučila tady, toho se držím pořád a mám to jakoby základní v tom svém životě.“

KA 2: No tak, uspořádat si žebříček hodnot, určitě tu pokoru, skromnost, což byl u mě problém, jo to že jsem určitě skromnější, že nerozhazuju, jó i když umím to, dřív jsem prostě byla schopná, když jsem neměla dost peněz, tak jsem utratila, pak jsem neměla třeba na jídlo, nebo něco, jó hlavně tu pokoru, tu úctu jó, ten žebříček hodnot, kterýho se držím striktně a neuhybám ani doprava ani doleva, ...jó určitě mi hodně dalo třeba to geronto, ta práce s těma lidma, jak říkám, že umím být skromná, nenáročná, tady toto jsem si odvezla z léčby.“

KA 4: „...léčba mi pomohla ve spousty věcech, že jsem poznal sám sebe, ukázalo mi to i jiný věci, který jsem v životě nedělal, takový maličkosti, který jsem prostě v životě neviděl důležitý a ukázalo mi to, že se dá žít s málem, ...maličkosti, to je spousty věcí, je to otevřenost, upřímnost a ještě nějaký takový ty hodnoty, nevím..., až tady jsem si na to přišel.“

K 5: „Naučil jsem se mít se nějakým způsobem rád, celkem jakože vůbec mít rád život, jo, čistej život, jakože mě už to poslední dobou moc nebavilo..., ...lhaní bylo taky moje velké téma, být otevřený vůči všem, hlavně vůči sobě jako jo, naučit se říkat pravdu, já jsem lhal všem.“

K 6: „...*taky víkend s rodiči, jsem si uvědomila, že tu rodinu ještě mám, jako oni nebyli na víkendu, ale když jsem viděla jak jsou ty klienti s těma rodičema šťastní, tak jsem si uvědomila, že já mám taky rodinu, a že to je největší co já mám...*“

Všichni klienti se nějakým způsobem vyjadřovali opakovaně k faktoru *Internalizace pozitivního hodnotového systému*, často oceňují dosažení hodnot v léčbě, jakými jsou upřímnost, otevřenost, pravdomluvnost, skromnost. K 6 vystihuje uvědomění si ceny vlastní rodiny přes návštěvu jiných rodičů.

11. Konfrontace

Klient v léčbě zažívá stres. Postupně, jak se v terapeutickém programu rozvíjí, začne důvěřovat komunitě a jeho obrany jsou narušeny, mění své chování. Učí se verbalizovat vnitřní konflikty, emoce a napětí z vlastní neschopnosti. Dále si uvědomuje, že konfrontace není namířena vůči jemu samotnému, ale na jeho chování. Zjišťuje, že aby byl milován, nemusí být perfektní, ale naopak (Kooyman, 1993). Ze zmiňovaného výzkumu (Kalina, 2008, s. 160) se faktor konfrontace umístil mezi faktory „nejméně pomáhající“, což svědčí o jeho mnohoznačnosti a nesnadném pochopení.

KA 1: „...*jo a někdy třeba kolikrát mi lidi řekli třeba věci, které mně vadily a potom jsem třeba na toho terapeuta byla našťvaná, jenomže to jsem spíš byla našťvaná na to, co jsem slyšela, že je pravda, jó a to jsem si pak uvědomila a pak sem to nějak řešila v deníku a prostě potom mi to třeba došlo...*“

KA 3: „...*a prostě aj teďka, když o tom třeba mluvím, tak o pobytu v komunitě, tak nelituju ani jednoho dne, co jsem tady strávila, protože prostě mám krásný vzpomínky, třeba někdy, když mi bylo špatně a slyšela jsem věci, které jsem slyšet nechtěla, tak prostě nelituju toho...*“

K 5: „*Pak taky když jsem musel napsat dopis dědovi, jsem si totiž furt myslel, že mě máma nemá ráda a nevěděl jsem, z čeho to vůbec pramení, napsat mu vůbec přiznání svoje, že jsem bral drogy, děda to nevěděl, ... hodně jsem se bál tam jít, ale dopadlo to dobře, on to dobře zná, on je od táty táta a zažíval to i s tátou (táta je narkoman)...*“

K 7: *do léčby jsem šel s tím, že se dovím, co mě vlastně vedlo k těm drogám, jó. A co jsem od toho očekával? Že poznám trošku víc sám sebe, jakej jsem jó, jako bez těch drog,*

protože vlastně těch posledních čtyři, pět, šest let, co jsem dospíval, jsem byl jenom na těch dogách jo ...čekal jsem, že si přijdu na to.“

Je zajímavé, že faktor *Konfrontace*, klienti popisují jako individuální prožitek a nezmiňují působení skupiny, jak by se dalo předpokládat, zároveň hodnotí konfrontaci jako něco účinného, co jim může v léčbě pomoci. KA 1 a KA 3 ve výpovědích výstižně uvádí přínos z konfrontace na svoje chování za cenu nepříjemného prožitku, který ke konfrontaci jistě patří. U K 5 je patrné, že se konfrontoval sám před svým dědou a zároveň překonával strach. K 7 konfrontaci očekával již při nástupu do léčby a zároveň očekával její přínos pro sebe.

12. Pozitivní tlak vrstevníků

„Tak jako může tlak vrstevníků vést k tomu, že člověk začne brát drogy, tak může pozitivní tlak vrstevníků napomoci k rozhodnutí abstinovat a rozvinout pozitivní prvky chování.“ Opakem toho, co nedělal klient na ulici je to, že si všímá ostatních a kritizuje jejich chování, konfrontuje. Sám se učí přijímat kritiku a čelit konfrontaci, zrovna tak se stává vzorem pro nové klienty (Kooyman, 1993, s. 35).

KA 1: *„...no já jsem to řešila, jak jsem tady byla na opakovačce, že si dám občas dvě deci vína když někam jdeme, nebo když je prostě nějaká oslava, takže to mám takhle a nevím jestli to mám považovat jako relaps, já jsem to řešila i na skupině nahoře, že jsem se léčila z drogové závislosti, já jsem to neměla takhle, že nebudu nikdy pít, ale na druhu stranu, když jsem tady poslouchala ty příběhy jak to kolikrát bylo, že ti lidi, když se léčili s drogami, že potom začli třeba pít, tak jsem si z toho jakoby vzala příklad a dva roky jsem abstinovala úplně, ale potom asi po těch dvou rokách si občas dám to víno, ale držím si to, né že by to bylo, že bych prostě vypila sedmičku vína, nebo prostě že bych se někde ožrala a nebo panákovala...“*

KA 4: *„...hodně jsem měl tady vztah kamarádkéj, že třeba ty lidi odcházeli, tak já jsem chtěl to tady dokončit...“*

K 6: *„Já jsem furt přemýšlela, jak to tu funguje, o čem to je vůbec..., je to o tom, že se člověk musí změnit přijít si na to sám, jako za pomoci komunity samozřejmě jó...“*

K 7: *„...situace nastaly, jak se člověk poznává s těma klientama na skupinách, když otvírají svoje témata, jsou to třeba ošklivý věci, to mi taky dalo, to že už bych nechtěl brát,*

abych se třeba nedostal do těch situací. To jsou osudy lidí..., třeba ty dluhy, člověk v komunitě vedle něj sedí, tak si přece jenom můžu říct, že na tom nejsem tak špatně...“

Pozitivní tlak vrstevníků se dá považovat za účinný faktor v léčbě v TK Fénix, jak o tom vypovídají někteří klienti, KA 1 má zkušenost s plnou abstinencí od alkoholu 2 roky po léčbě díky negativním zkušenostem vrstevníků, přestože nyní alkohol užívá, snaží se o neproblémové pití. KA 4 a K 7 byli taktéž ovlivněni negativním zážitkem vrstevníků, kdy někteří klienti předčasně odcházeli domů, v druhém případě – uvědomění nebo srovnání, že na tom můžu být hůř než ostatní. U K 6 je patrné, že očekává pozitivní změnu díky působení vrstevníků. Překvapivé je, že se k tomuto faktoru vyjádřili jen někteří klienti a spíše s negativním vzorem, přestože by se dalo očekávat, že léčba v tak velké komunitě, jako je TK Fénix je právě nastavená na bázi pozitivního tlaku od vrstevníků.

13. Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je

Klienti jsou na terapeutických skupinách podporováni, aby vyjádřili své emoce. Učí se překonávat strach z emočního projevu. Vyjádřit pozitivní emoci může být pro závislého těžší než emoce negativní. Podle Kooymana je jasný nástroj k vyjádření emocí křik (Kooyman, 1993). Kalina (2008, s. 161) považuje za důležité pro sekundární emoční vývoj v komunitě, že komunita vyjadřování negativních emocí „vydrží“.

KA 3: *„...mám radost ze života, což mi dlouho nešlo, třeba i po odchodu z komunity, že trvalo než jsem cítila nějaké pocity, co cítí normální lidi po nějakých činnostech, že třeba vyjdu na nějakou horu a mám z toho dobrý pocit, tak já jsem tam třeba vyšla, ale prostě ten pocit byl takový - jó, dobré, ale něco tomu scházelo, ale teďka už to tak je, že cítím normálně ty euforické pocity, ale dlouho to tak nebylo, asi dva roky, no a tak jsou šťastná.“*

K 5: *„Na to fungování moje venku se už strašně těším, přeci jenom tady to mám strašně moc rád, ale venku, všechno co jsem se tady naučil, tak si můžu v praxi prostě vyzkoušet na ostro, těším se jak máma ze mě bude mít radost, já ze sebe budu mít radost, jak budu fungovat normálně...“*

K 6: *„...nějak jsem se po léčbě vinila, že ona (matka) pije, i na doléčováku jsem to řešila, prostě, a dá se říct, že až po té její delírce, až už byla v pohodě doma z nemocnice, tak prostě ona mi řekla, že to není moje vina, že ona to cítí jako vinu, že já jsem začala brát. Tak jako jsem to nějak vzala, ale stejně je to takové, že to mám v sobě furt, jo. Já jsem si myslela, že jsem si to prostě vyřešila tady, jo, že jsem jí nějak odpustila, jó jenomže to prostě nejde. Já to mám tak v sobě, že to nejde, nějak jsem to přijala, ale neodpustila a asi*

toho nebudu schopna asi nikdy.... A hodně mě osvobodilo aj to, že jsem přijala, že jí teďka nemůžu odpustit...“

K 7: „Jako chutě mám málo, spíš dříve vzpomínky, které jsem si nedokázal stopnout, ale teď už s tím tak nějak umím pracovat, převedu vzpomínky jinam.“

Jak uvádí KA 3, díky léčbě v sobě znovu objevila emoce – radost ze života, odměna po výkonu, které dlouho neprožívala. Dá se říct, že tomu rozuměla tak, že absence pozitivních emocí za odměnu je daní za braní drog, která se po nějaké době upraví. K 5 prožívá díky léčbě nové emoce, těšení se na budoucnost a na to jak bude aplikovat naučené v TK v praxi venku. U K 7 se jasně ukazuje výsledek práce s prevencí relapsu, kterému se na TK věnuje dostatečně prostor.

14. Změna negativního přístupu k životu na pozitivní

Většina závislých má k sobě negativní přístup - „nikdo mě nemá rád“, „nepotřebuji nikoho“, „nemám právo na život“. Tyto postoje vznikly v dětství jako obrana a pomáhaly jim přežít, v dospělosti se staly handicapem. V průběhu léčby klient tento handicap překonává (Kooyman, 1993, s. 35).

KA 1: „...já si třeba vzpomenu, v komunitě jsem si oblíbila krédo „kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody“ a tady na tyhle věci myslím i v životě, nebo že si kolikrát říkám, že si některé věci vsugeruju, že se ty špatné věci se nedějou, že si je dělám sama já v té hlavě, nebo s tou Lídou, že tam je ta místnost, kde se krájí ten chleba. To jsou věci, co já hodně vzpomínám, co jsem se naučila tady, co jsem zažila tady.“

K 5: „...jsem si uvědomil, že sem začal mít rád sám sebe, sem se dříve rád jako neměl a sebevědomí mi určitě stoupl...“

K 5: „Nevím jestli ten zážitek je pozitivní nebo negativní, ale po 5 letech se mi vlastně ozval otec, on je bývalý uživatel a výrobce drog, vlastně se léčil s céčkem, chodil různě po léčbách, teď má bipolární poruchu, já sám nevím ani co to znamená,... jsem rád jako že se mi ozval, chtěl jsem ho třeba i pozvat na vztahovku, ale nebylo mi to doporučováno, když jsme spolu volali večer, tak už třeba byl mimo...“

K 7: „Tady mi to dává sílu, každý měsíc jsem prostě silnější a silnější.“

Dá se říct, že tento faktor je nějakým způsobem obsažen ve většině výpovědí respondentů, u KA 1 je zřejmé, že si je vědomá vlastního přičinění „věcí, které se jí dějí“,

což je změna z negativního přístupu na pozitivní. U závislých lidí je charakteristický opačný přístup „nemůžu za to, co se mi děje.“ K 5 a K7 vyjadřují změnu ve vnímání síly a lásky v sobě.

15. Zlepšení vztahů v původní rodině

Vztahy s rodinou a blízkými se mění za pomoci týmu. Ve skupinách si může klient vyřešit s rodiči řadu „nedokončených záležitostí“ za pomoci terapeutických metod, jako je prázdná židle, hraní rolí, psychodrama, apod. (Kooyman, 1993). Podle Kaliny (2008, s. 162) lze tento faktor pokládat za příklad „adaptivní spirály“, která se rozvíjí z terapie do vztahů klienta v jeho přirozeném prostředí. Ve výzkumu (Kalina, 2008) klienti zahrnuli tento faktor mezi pět „nejvíce pomáhajících.“

KA 1: „...já jsem třeba vůbec nevěřila té vztahovce, jsem si říkala, co se za ten týden stane, co se s tatškou může změnit a to jsem byla úplně překvapená, aj teď to mám úplně super s tím tatškou, že si zavoláme..., ...když přijedu domů, tak si sednem, řeknem si, co se stalo, ... a za tohle jsem hodně ráda, protože to jsem s tím tatškou nikdy neměla.“

KA 3: „Dá se říct, že vztahy se zlepšily, s babičkou hlavně, protože ta tu byla na vztahovce, tam se to upravilo hodně, teďka máme v pohodě vztah. S mámou se to upravilo hlavně tím, že ta teď přestala pít, ale stejně ten vztah je takovej, že ty roky, co byly, prostě nikdo nevrátí...“

KA 4: „... že jsem dokázal otcovi říct, co jsem potřeboval a on to těžce přijal, ale přijal. To byl velký krok, pokrok, teď máme nejlepší vztah.“

K 7: Pomohla mi vztahová terapie s mámou, já jsem se jí strašně dlouho bránil, a tam mi pomohlo si ujasnit, dokonce jsme přestříhli pupeční šňůru, symbolicky. Jako mladé ptáče mě vypustila z toho hnízda, jo, že už si jako nebudem do všeho kecat, takže za to jsem hodně rád.“

Tento faktor, *Zlepšení vztahů v původní rodině*, byl nejvíce zastoupený ve výpovědích klientů, co se týče pozitivního hodnocení a účinnosti léčby v TK Fénix. Všichni respondenti, kteří prošli vztahovou terapií, oceňují změnu ve vztazích s původní rodinou, většinou s rodiči a také s prarodiči (KA 2 a KA 3). Vztahovou terapii neměli KA 4 a K 6, přesto hodnotí vztahy jako velmi zlepšené díky léčbě.

Nalezení vlastní identity

Tento faktor v léčbě v TK Fénix se objevuje vždy, když do léčby přijde klient, klientka se sexuální orientací homosexuál, transsexuál a také mnohdy, když klient, klientka heterosexuál si potřebují ujasnit svoji ženskou nebo mužskou roli, více o generové problematice píše Kalina (2008) v kapitole **Ženy jako specifická cílová skupina**.

KA 2: „...pro mě je teď nejdůležitější, že si řeším tu změnu toho pohlaví, jó, že to nějakým způsobem pokračuje dopředu. Jsem šťastná, že to tak je, prostě, jak jsem si představovala, mám i svou psycholožku, ke které chodím a partnera teď neřeším...,...vlastně jsem to začala řešit už na Fénixu, to ženství, ale teď se to děje doopravdy, jó, chodím na tu substituci a pak už ta změna, až to přijde...“

KA 2 jasně vyjadřuje spokojenost nad konkrétními kroky ke změně pohlaví, kterou začala řešit na TK Fénix tím, že o své orientaci promluvila a vyzkoušela si „být v komunitě jako žena“, spala na ženském pokoji, účastnila se ženských skupin. Hledání a nalezení vlastní identity jistě patří k účinným faktorům v léčbě v TK, pro ověření této hypotézy by bylo potřeba dalšího výzkumu.

8 Diskuse

Z výše uvedených diskutovaných kategorií (15 účinných faktorů dle Kooymana, 1993) vyplývá, že jsou v rozhovorech s respondenty zastoupeny všechny terapeutické účinné faktory podle Kooymana a tím se v TK Fénix potvrdila teorie 15ti účinných faktorů (Kooyman, 1993). Další účinný faktor, který klienti (KA 2) považují za účinný, je faktor *Nalezení vlastní identity*.

Lze konstatovat, že nejvíce klientů považuje za účinný faktor v léčbě:

Terapeutickou strukturu, ve vztahu k níž se klienti často vyjadřovali ve smyslu, že jim pravidla a řád pomohly v léčbě, že se díky nim naučili zacházet s časem. Důležitým činitelem v léčbě byla pro klienty možnost dělat chyby a ponaučit se z nich.

Sociální učení prostřednictvím sociální interakce, tady byl faktor ve výpovědích obsažen také několikrát a klienty také vnímaný jako nejvíce účinný v léčbě. Klienti často zmiňovali překonání svého studu v komunikaci a učení se komunikace před skupinou lidí.

Odpovědnost klienta za jeho chování, tento faktor byl více vnímaný jako účinný klienty absolventy, kteří měli již zkušenost s jeho aplikací v praxi, v životě mimo TK a byl také spojován s odpovědností za relaps.

Zvýšení sebevědomí díky úspěchům, zde respondenti reflektovali velmi pozitivně účinnost tohoto faktoru. Klienti absolventi hodnotili abstinenci, práci a vyplnění volného času za účinný prvek ke zvýšení vlastního sebevědomí. Klienti v léčbě vnímali posun v sebevědomí díky komunikaci s lidmi v komunitě i mimo ni.

Internalizace pozitivního hodnotového systému, klienti často oceňovali dosažení hodnot v léčbě, jakými jsou upřímnost, otevřenost, pravdomluvnost, skromnost, tyto atributy velmi pozitivně hodnotili klienti absolventi, kteří je uplatňují v komunikaci mezi lidmi ve svém životě venku.

Zlepšení vztahů v původní rodině byl nejvíce zastoupený ve výpovědích klientů, co se týče pozitivního hodnocení a účinnosti léčby v TK Fénix. Všichni respondenti, kteří prošli vztahovou terapií, ocenili změnu ve vztazích s původní rodinou a shodují se, že právě ta jim pomohla k lepším vztahům, které nadále trvají. Ostatní klienti, bez vztahové terapie, reflektovali zlepšení ve vztazích s rodinou díky návštěvám a dovolenkám.

Účinné faktory jako *Náhradní rodina*, *Učení prostřednictvím krize*, *Konfrontace*, *Pozitivní tlak vrstevníků*, klienti ve většině nepovažovali za hlavní účinný prvek v jejich léčbě. *Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií* byl faktor, kde klienti nejvíce kritizovali postavení terapeutů, změnu vedoucí komunity a následné s tím související proměny. Tato zjištění mohla být zkreslena např. špatně formulovanou otázkou nebo nedostatečným pochopením otázky klienty.

Slabinou kvalitativního výzkumu s malým vzorkem respondentů je, že závěry nelze generalizovat na všechny klienty TK. K dalším slabým stránkám výzkumu patří, že výběr klientů byl uskutečněn v rámci jedné TK a nebyli osloveni klienti, kteří program nedokončili, nebo jej dokončili a neabstínují. Za další možnou nevýhodu realizovaného šetření lze považovat jistou míru zaujatosti klientů absolventů vůči tazateli, jelikož jsem výzkum prováděla s klienty, s kterými jsem v minulosti měla vytvořený terapeutický vztah. U ostatních klientů jsem v době konání rozhovorů na mateřském pracovišti nepracovala, což se dá naopak považovat za výhodu výzkumu, neboť si klienti mohli dovolit sdělit to, co by např. terapeutovi výzkumníkovi neřekli.

9 Závěry

Cílem této práce bylo zjistit, jak klienti vnímají léčbu závislosti a poskytované služby v komunitě Fénix v Bílé Vodě a jak hodnotí účinné faktory užívané v terapeutické komunitě a jejich aplikaci v léčbě, zda se tyto účinné faktory shodují s 15ti Kooymanovými účinnými faktory a jaký má léčba vliv na klientovu abstinenci po léčbě.

V závěru této práce jsem došla ke zjištění, že klienti vnímají pozitivně léčbu v TK Fénix, program a pravidla jim vyhovovaly. Zkoumané Kooymanovy účinné faktory se potvrdily jako účinné i v TK Fénix. Mezi nejvíce zastoupené faktory, které klienti v léčbě i klienti absolventi vnímají jako nejučinnější, patří *Terapeutická struktura, Sociální učení prostřednictvím sociální interakce, Odpovědnost klienta za jeho chování, Zvýšení sebevědomí díky úspěchům, Internalizace pozitivního hodnotového systému, Zlepšení vztahů v původní rodině*. Mezi účinné faktory, které klienti reflektovali jen v některých rozhovorech, patřily *Náhradní rodina, Učení prostřednictvím krize, Konfrontace, Pozitivní tlak vrstevníků*, faktor *Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií* byl klienty hodnocen s kritickým komentářem. V TK Fénix jsem v rámci svého šetření identifikovala další účinný faktor v léčbě, který jsem nazvala *Nalezení vlastní identity*. Bylo by zajímavé zabývat se účinností tohoto faktoru v dalších výzkumech a na větším vzorku respondentů. Dále by bylo zajímavé srovnat vnímání faktorů ovlivňujících léčbu v TK u klientů, kteří léčbu neúspěšně ukončili, a těch, kteří ji dokončili.

10 Použitá literatura

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Kapitola 8/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction (Health, society, and policy)*. Philadelphia: Temple University Press.
- Broža, J. (2007). Klíčová pravidla a režim. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Čtrnáctá, Š. (2007). Rituály TK. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Deitch, D. A. (1996). Léčení drogové závislosti v terapeutické komunitě. In: *Sborník Léčba drogových závislostí*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- De Leon, G. (2001). Therapeutic communities for substance abusers: the developments in North America. In: Rawlings, B., Yates, R. (eds.). *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers. Česky: Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In: Nevšimal P. (ed.) (2005) *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Flores, P. J. (1996). Group psychotherapy with addicted populations: an Inverzion of twelve-step and psychodynamic theory. 2nd ed. New York: Haworth Press.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Kapitola 1/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.

- Kalina, K. (2008). Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislostí (Kooyman, 1993; úprava Kalina, 2000). In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Adameček, D., Richterová Těmínová, M. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislostí. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kennard, D. (1998). *An introduction to therapeutic communities*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Klingemann, H. K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes*. Lisse (The Netherlands): Swets and Zeitlinger. Česky: Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2001). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Druhé, doplněné vydání. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Třetí, doplněné vydání. Praha: Galén.
- Kuda, A. (2008). Prevence zvládnání relapsu. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Mahrová, G. (2007). Denní program. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97 (Editorial):249-252.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nevšímal, P. (2005). Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: Nevšímal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
- Nešpor, K. (2006). *Léčba návykových nemocí- interaktivní semináře*. Praha: JUDr. Rao Uppaluri.
- Rdimecký, J. (2005). Slovo na úvod. In: Nevšímal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. . In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Kapitola 6/7. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Skála, J., et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Šedivý, V., Válková, H. (1988). *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko.
- Yalom, I. D. (2007). *Teorie & praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- *Operační manuál TK Fénix*. (2009). Bílá Voda: PL Bílá Voda.

11 Přílohy

Příloha 1

Otázky semistrukturovaného rozhovoru

1. Věk respondenta, kolikátá je jeho léčba, zda bude pokračovat v DC?
2. Jakou léčbu jste si zvolil/-a a proč?
3. Jaká byla vaše očekávání od léčby? Co jste čekal/-a, že se díky léčbě stane?
4. Nastoupil/-a jste do léčby sám/-a nebo pod tlakem vnějších okolností, např. rodiny?
5. Co z programu Vám v léčbě pomohlo?
6. Jak hodnotíte terapeutický program v TK?
7. Kdo z týmu Vám byl v léčbě nejvíce nápomocný a čím /garant, pracovní terapeut, apod./
8. Jak hodnotíte přístup terapeutů v TK, např. jak se k Vám chovali, jak se o Vás zajímali, zda byli přísní nebo naopak shovívaví?
9. Zažil/-a jste v průběhu léčby nějakou situaci, kdy jste zásadně změnil/-a svůj postoj k léčbě a/nebo k užívání drog?
10. Pokud ano, co bylo zlomem ve Vaší léčbě, který vedl ke změně postoje k léčbě a/nebo k užívání drog?
11. Jak jste se v léčbě připravil/a na případný relaps?
12. Došlo u Vás díky léčbě v TK ke změnám ve vztahu s rodinou? Pokud ano, k jakým?
13. Co z toho, co jste se v TK naučil/-a, považujete pro sebe a svůj život za nejdůležitější?
14. Na co se v životě venku těšíte? (U klientů absolventů byla otázka pozměněna na: Co z toho, co ses v léčbě naučil/a, používáš v životě venku?)

Příloha 2

Obrázek č. 1 Vlajka TK Fénix



Obrázek č. 2 Dům TK Fénix



Příloha 3

Účinné faktory ve skupinové psychoterapii podle Kratochvíla (2005)

- 1) členství ve skupině
- 2) emoční podpora
- 3) pomáhání jiným
- 4) sebeexplorace a sebeprojevení
- 5) odreagování
- 6) zpětná vazba, konfrontace
- 7) náhled
- 8) korektivní emoční zkušenost
- 9) zkoušení a nácvik nového chování
- 10) získání nových informací a sociálních dovedností

Terapeutické faktory skupinové psychoterapie podle Yalom (2007)

- 1) dodávání naděje
- 2) univerzalita
- 3) poskytování informací
- 4) altruismus
- 5) korektivní rekapitulace primární rodiny
- 6) rozvoj socializačních technik
- 7) napodobující chování
- 8) interpersonální učení
- 9) skupinová soudržnost
- 10) katarze
- 11) existenciální faktory