

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociálních studií

Životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě

diplomová práce

Autor: Adéla Paulík Lichková
Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Adéla Paulík Lichková

Studium: P16K0291

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě**

Název diplomové práce AJ: Life Change of Drug Abusers Caused by Therapeutic Community

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce bude popsat a na základě odborných pramenů analyzovat terapeutickou komunitu pro drogově závislé v kontextu stávajícího systému léčby a ve výzkumném šetření zjistit konkrétní životní změny, ke kterým u klientů dochází. Práce reaguje na nedostatek relevantních údajů o tom, jak úspěšná je léčba v terapeutické komunitě. Na základě popisu životní změny a oblastí, v nichž k ní dochází, budou dále popsány takové terapeutické aktivity, které může v rámci terapeutické komunity plně realizovat sociální pedagog. Metodami sběru dat budou analýza dokumentů a dotazování, data budou analyzována za využití zakotvené teorie.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou závěrečnou práci na téma Životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Prohlašuji také, že diplomová závěrečná práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 24. dubna 2022

.....

Poděkování

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Gabriele Slaninové, Ph.D. za trpělivost, ochotu, snahu pomoci a laskavý a podpůrný přístup po celou dobu zpracovávání této práce a samozřejmě za poskytování odborných rad a cenných poznámek.

Děkuji také všem respondentům za jejich čas a ochotu se mnou otevřeně mluvit o tom, co se v jejich životě změnilo v průběhu léčby v terapeutické komunitě.

A děkuji také ostatním klientům terapeutické komunity, jejichž životní změna v průběhu léčby mě k této práci inspirovala. Děkuji kolegům, s nimiž jsem mohla své úvahy a svá zjištění sdílet a konzultovat. A děkuji i svým nejbližším za jejich trpělivost a neutuchající podporu, bez níž bych práci nemohla dokončit.

Anotace

PAULÍK LICHKOVÁ, Adéla. *Životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 99 s. Diplomová závěrečná práce.

Tato diplomová práce se zabývá životní změnou uživatelů drog v terapeutické komunitě. V úvodních kapitolách se věnuji vymezení terapeutické komunity jako léčebné modality a jejímu usazení do historického i odborného kontextu. Součástí je i objasnění, kdo jsou klienti terapeutické komunity a s jakými obtížemi se potýkají, resp. v jakém stavu obvykle do léčby v terapeutické komunitě přicházejí. Cílem práce je popsat a na základě odborných pramenů analyzovat terapeutickou komunitu pro závislé v kontextu systému léčby a ve výzkumném šetření zjistit konkrétní životní změny, ke kterým u klientů v průběhu léčby došlo. Na základě deskripce životní změny a oblastí, v nichž došlo ke zjištěným změnám, popsat možnost zapojení sociálního pedagoga, jakožto plnohodnotného člena terapeutického týmu. Vzhledem k cíli a zaměření práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metodou sběru dat jsou analýza dokumentů a dotazování, data jsou analyzována za využití metody zakotvené teorie.

Klíčová slova: drogy, závislost, terapeutická komunita, životní změna, výsledky léčby

Annotation

PAULÍK LICHKOVÁ, Adéla. *Life Change of Drug Abusers Caused by Therapeutic Community*. Hradec Králové: Faculty of Education: University of Hradec Králové, 2022. 99 pp. Diploma Theses.

This master's thesis focuses on the life change of drug users in a therapeutic community. In the opening chapters, I define the therapeutic community as a treatment modality and situate it in its historical and academic context. This includes an explanation of who the clients of the therapeutic community are and what difficulties they face, or the state in which they typically enter treatment in the therapeutic community. The aim of this thesis is to describe and analyse the therapeutic community for substance abusers in the context of the treatment system, based on academic literature, and to identify in a research study the specific life changes that have occurred in clients during the course of treatment. Furthermore, based on a description of the life changes and the areas in which the changes have occurred, to describe the possibility of involving the social pedagogue as a full member of the therapeutic team. Given the aim and focus of the thesis, a qualitative research strategy is chosen, document analysis and interviewing are the methods of data collection, and the data are analysed using the grounded theory method.

Keywords: drugs, addiction, therapeutic community, life changes, treatment outcomes

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Stav poznání a teoretický background.....	11
2 Terapeutická komunita jako místo a model léčby závislosti	14
2.1 Vznik a vývoj terapeutické komunity	14
2.1.1 Demokratický a hierarchický model	14
2.1.2 Historický vývoj v českých zemích	18
2.1.3 Současné terapeutické komunity u nás.....	19
2.2 Terapeutická komunita v systému služeb pro uživatele drog v ČR.....	20
2.3 Metoda terapeutické komunity a její účinné faktory	23
2.4 Měření efektivity a účinnosti léčby v terapeutické komunitě	28
2.4.1 Výzkumy v USA a v Evropě	28
2.4.2 Výzkum v České republice	31
2.4.3 Shrnutí výsledků dostupných výzkumů	32
3 Terapeutická komunita Advaita.....	33
3.1 Historie a současný diskurz	34
3.2 Léčebný program.....	36
3.2.1 Skupinová terapie a poradenství.....	39
3.2.2 Socioterapie.....	42
3.2.3 Zátěžové programy.....	44
3.2.4 Pracovní terapie.....	44
3.2.5 Individuální práce s klientem.....	44
3.2.6 Práce s rodinou.....	45
3.3 Evaluace	46
3.4 Personální zajištění.....	48
PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 Výzkumné šetření	50
4.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumný problém a výzkumné otázky	50
4.2 Výzkumný design.....	51

4.3 Metoda sběru a analýza dat.....	52
4.4 Výzkumný vzorek a jeho charakteristika.....	53
4.5 Příležitosti a limity tazatele, nároky na etiku.....	54
4.6 Analýza dat.....	56
4.7 Shrnutí výsledků šetření.....	79
4.8 Srovnání výsledků s nástroji pro sledování změny používaných v TK Advaita	83
Závěr	86
Seznam použité literatury	89
Přílohy	92

Úvod

Diplomová práce se věnuje tématu životní změny uživatelů drog v průběhu léčby v terapeutické komunitě. Do tohoto typu léčby častěji nastupují lidé se závažnými problémy, jako je závislost na více drogách, trestná činnost, nedostatek sociální podpory a problémy s duševním zdravím. V terapeutické komunitě mají možnost několik měsíců pracovat na svém zotavení a celkové změně životního stylu, tedy nikoliv jen na abstinenci od návykových látek.

Zotavení je podle definice National Institute of Drug Abuse (2015) považováno za *postupný průběžný proces a případné výpadky v jeho průběhu jsou příležitostí k učení*. Vzhledem k tomu, že jde o kontinuální proces, je velmi nesnadné jej hodnotit v souvislosti s průběhem léčby, resp. po ukončení léčebného procesu, byť s určitým časovým odstupem. Data o tom, jak se bývalým klientům, resp. absolventům léčby, daří např. po roce, po třech či po pěti letech od ukončení léčby, bývají logickým východiskem řady studií úspěšnosti či účinnosti léčby v terapeutické komunitě.

Na základě vlastní praxe na pozici terapeutky, resp. přesněji socioterapeutky v terapeutické komunitě (a po rozhovorech s řadou kolegů, kteří v této oblasti působí mnohem déle než já) se však domnívám, že po ukončení léčby působí v životě bývalých klientů i mnoho faktorů, které nebylo možné v procesu léčby ovlivnit, a tedy to, jak na ně tito lidé zareagují a jak to ovlivní jejich život, nelze vždy spolehlivě spojovat právě s absolvovaným léčebným programem. Nabízí se tedy otázka, k jaké životní změně v životě klientů reálně došlo v průběhu léčby v terapeutické komunitě a zda jsme schopni ji popsat či sledovat tak, aby i tyto informace mohly být podkladem pro dlouhodobější sledování fungování léčebného programu a zpětnou vazbu o něm.

Cílem diplomové práce je popsat a na základě odborných pramenů analyzovat terapeutickou komunitu pro drogově závislé v kontextu stávajícího systému léčby a ve výzkumném šetření zjistit konkrétní životní změny, ke kterým u klientů dochází v průběhu léčby. Na základě popisu životní změny a oblastí, v nichž k ní dochází, bude dále popsána možnost zapojení sociálního pedagoga, jakožto plnohodnotný člen terapeutického týmu. Vzhledem k cíli práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Metodou sběru dat je analýza dokumentů a dotazování, data jsou analyzována za využití zakotvené teorie.

Tato práce by mohla být inspirací studentům sociální pedagogiky, kteří třeba uvažují o tom, zda by se svou odborností mohli najít uplatnění v terapeutické komunitě, ale i odborníkům, kteří podobně, jako my s kolegy v terapeutické komunitě, přemýšlejí o dalších možnostech získávání zpětné vazby o fungování léčebného zařízení a přizpůsobení programu, aby ještě lépe reflektoval potřeby klientů a umožnil jim takové životní změny, které by jim pomohly obstát v dalším životě i v situacích, na které se v léčbě nepřipravili.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stav poznání a teoretický background

Vzhledem k cíli práce je třeba na začátek uvést stěžejní teoretické konstrukty, z nichž budu vycházet v následujících kapitolách. Jako první vymezím terapeutickou komunitu jako prostředí, v němž se odehrává životní změna uživatelů drog, která je předmětem zkoumání. Dále se pokusím definovat klientelu tohoto zařízení s důrazem na vstupní kritéria a nejčastější obtíže, s nimiž klienti do léčby přicházejí, aby bylo zřejmé, kdo jsou lidé, u nichž se má životní změna během léčby odehrát, resp. s čím se tito lidé potýkají. Na závěr vymezím možnosti popisu životní změny tak, jak ji zkoumají stávající dostupné studie a poskytovatelé sociálních služeb a uvedu úhel pohledu zvolený v této diplomové práci tak, aby mohl být naplněn její cíl.

Autorem nejčastěji citované definice terapeutické komunity u nás je Kratochvíl (1979), kterého citují mj. Adameček, Kalina a Richterová Těmínová (2003), (2008), Nevšímal (2004) a Kalina (2008 str. 17), podle něhož 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*. Pojem terapeutická komunita je možné použít i pro označení různých typů zařízení, v nichž se popsaná metoda léčby uplatňuje.

V kontextu této diplomové práce je **terapeutickou komunitou** míněn právě konkrétní typ léčebného zařízení tak, jak jej s odkazem na Kratochvílovu definici popisuje Richterová Těmínová (2008 str. 199): *Terapeutické komunity v ČR, coby léčebná zařízení, v nichž je realizována výše popsaná léčebná metoda, poskytují střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v trvání zpravidla 5 – 15 měsíců. Samostatné terapeutické komunity jsou funkčně provázány s dalšími odbornými zařízeními v systému služeb pro uživatele návykových látek.*

Cílovou populací jsou osoby primárně závislé na nealkoholových návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, popř. i somatickým poškozením.

Klíčovým kritériem pro přijetí uživatele drog do léčby v terapeutické komunitě je **závislost** na psychoaktivní látce. Ta je podle Kudrleho (2003 str. 107) *vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky*. Höschl (2004) uvádí definici syndromu závislosti jako *skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*. Formální mantinely závislosti udává definice závislosti z hlediska diagnostických kritérií. V případě Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, WHO, 1992; aktualizované vydání MKN-11 s platností od 2021) je podmínkou *přítomnost nejméně tří symptomů trvale po dobu jednoho měsíce nebo kratší dobu opakovaně v průběhu posledních 12 měsíců*. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5, Americká psychiatrická asociace, 2013) používaný zejména v USA, hovoří o *klinicky významném maladaptivním vzorci užívání látky a přítomnosti tří a více symptomů kdykoliv během 12 měsíců*. Symptomy závislosti jsou craving (opakovaná a silná touha užít látku), narušená kontrola užívání (vyšší dávka nebo četnost), odvykací stav, růst tolerance, zaujetí užíváním (zanedbávání aktivit, věnování většiny času užívání), užívání navzdory následkům.

S ohledem na zvolený cíl diplomové práce a prostředí, v němž se v rámci zkoumání pohybujeme (nyní myšleno z hlediska regionálního), považuji za stěžejní definici dle MKN-10, mimo jiné i proto, že na jejím základě jsou potenciální klienti terapeutické komunity diagnostikováni a indikováni do léčby. Zároveň vnímám jako důležité, uvedený konstrukt doplnit o tzv. nový přístup k léčbě závislostí tak, jak o něm píše např. Dodes (2017) nebo Rohr (2015), neboť zdařile vyjadřuje obtíže, s nimiž uživatelé drog přicházejí do léčby a s nimiž bude zřejmě souviset životní změna, která je předmětem zkoumání diplomové práce: *Každému návykovému jednání předchází pocit bezmoci a neschopnosti zvládat věci bez emočního zaplavení. Návykové chování pak vyvolá pocit kontroly nad situací, což lze popsat jako psychologický účel závislosti*. Rohr (2015) závislost barvitě ilustruje jako *nemoc žízňě po náklonosti, lásce, uznání a ocenění. Čím méně je člověk schopen uhasit tuto žízeň, tím více žízeň sílí. Nejlépe můžeme problém takové žízňě či hladu přirovnat k problému díry zejíci v nitru,*

která se nedá naplnit. Ať do ní dáme cokoliv, zaplní se jen zdánlivě, vždy se znovu zase rozevře a je ještě větší než předtím. Také Maté (2020 str. 20) hovoří o závislosti v kontextu traumatizace předcházející užívání návykových látek. Traumatizovaní lidé se podle něj cítí *rozrušení, neklidní a svírá je v hrudi. Nenávidí tyhle pocity a berou drogy proto, aby se jich zbavily a své tělo stabilizovali.*

Zkoumaná životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě se neodehrává jen v rovině vlastního užívání návykových látek. V důsledku svého rizikového životního stylu má řada klientů zdravotní komplikace, mnohdy žijí, resp. před nástupem do léčby žili, na ulici nebo v nevyhovujících podmínkách, mají dluhy, chybějí jim pracovní návyky, není výjimkou kriminální minulost, rodinné vazby jsou poškozeny nebo zcela chybí, nemluvě o často velmi pohnuté minulosti (zanedbávání, týrání či zneužívání v dětství), kterou si nesou jako součást svého příběhu. I na tyto oblasti a změny v jejich rámci bude brán zřetel s ohledem na cíl práce.

Výsledky léčby v terapeutické komunitě, resp. **životní změny**, k nimž dochází v průběhu léčby a které jsou předmětem diplomové práce, jsou mnohdy posuzovány zejména v souvislosti se závislostí a užíváním návykových látek. Terapeutická komunita Magdaléna má např. informace o klientech jeden a tři roky po ukončení léčby a sleduje, zda bývalí klienti abstinují a pracují, opět užívají psychoaktivní látky nebo jsou v další léčbě. Terapeutická komunita Heřmaň (dříve Němčice) Sananim sleduje ukazatele týkající se délky setrvání v léčbě v souvislosti s tím, jak se klientům po léčbě daří, zda abstinují a pracují, užívají drogy nebo jsou např. ve vězení (Šefránek, 2014). Kalina (2008) vyjmenovává oblasti, v nichž bylo dosaženo nejvýznamnějších změn: *užívání návykových látek, snížení kriminality, zlepšení psychického zdraví a zvýšená sociální interakce.*

Šefránek (2014) uvádí souhrn nejdůležitějších závěrů výzkumných studií výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí v USA a v Evropě za posledních více než čtyřicet let. I zde je v popisu klientů terapeutických komunit často zmiňováno, že se tito vyznačují závažným profilem obtíží v užívání návykových látek, v sociální oblasti a v míře psychických problémů, a že *aby bylo dosaženo změny životního stylu a sebepojetí klientů, je třeba dlouhodobé rezidenční léčby.* Podrobněji se však o zmíněných změnách v sociální oblasti, míře psychických problémů a sebepojetí nehovoří. Vzhledem k cíli práce je právě obsah těchto oblastí středem zájmu, neboť je možné v jejich rámci popsat konkrétní změny, k nimž v průběhu léčby u klientů dochází.

2 Terapeutická komunita jako místo a model léčby závislosti

Terapeutická komunita tak, jak ji známe dnes, hovoříme-li o současných léčebných zařízeních, v nichž je uplatňován popisovaný léčebný model nejčastěji v kontextu léčby závislosti, a v němž je realizováno šetření této diplomové práce, vychází ze zkušeností dvou původních vývojových větví terapeutické komunity – modelu demokratického a modelu hierarchického, které se rozvíjely od 40., resp. 60. let minulého století. Adaptace těchto modelů do českého (tehdy československého) prostředí byla komplikovaná tehdejším komunistickým režimem a jeho odmítavým přístupem k rozvoji psychoterapie a zejména „západním“ myšlenkám tohoto oboru. Z dnešního pohledu lze říci, že se tato adaptace zdařila, a dokonce se podařilo i syntetizovat oba přístupy tak, aby výsledný léčebný model odpovídal reálným potřebám uživatelům drog a fungoval jako nedílná součást komplexního systému služeb pro tuto cílovou skupinu. Zasazení terapeutické komunity do uvedeného kontextu je obsahem následující kapitoly.

2.1 Vznik a vývoj terapeutické komunity

2.1.1 Demokratický a hierarchický model

Základy modelu demokratické terapeutické komunity byly položeny v období 2. světové války, ve Velké Británii. Armádní psychiatrie se v té době potýkala s velkým množstvím vojáků s psychickými traumaty, které bylo potřeba vyléčit alespoň natolik, aby se tito muži byli schopni vrátit na frontu nebo se alespoň zapojit do běžného života ve válčící zemi. V léčebných zařízeních v Northfield Hospital v Birminghamu a v nemocnici Mill Hill v Londýně byly spuštěny experimentální projekty nově zahrnující skupinové formy léčení, které měly umožnit léčení většího množství pacientů za využití stávající personální kapacity nemocnic. Léčebná jednotka byla strukturována jako společenství, v němž byla stimulována vzájemná podpora a spolupráce v každodenním životě v nemocnici, což se svým způsobem podobalo neformální dimenzi života v armádě (Kalina, 2008). Revolučnost těchto experimentů spočívala ve spojenectví mezi lékaři a pacienty (Harrison, 1999). Průkopnické uspořádání prvních demokratických komunit kladlo důraz na vytvoření společenství, jehož primární hodnotou

je vzájemná pomoc a spolupráce v každodenním chodu nemocnice. Postupně přitom docházelo ke stírání „tradiční demarkační hranice“ mezi personálem a pacienty (Kalina, 2008).

Základními principy fungování demokratické terapeutické komunity byly (Rapoport, 1960):

- *Demokratizace: Každý člen komunity (personál i pacienti) má podíl na rozhodování o důležitých věcech týkajících se komunity.*
- *Permisivita: Od všech členů komunity se očekává, že si budou vzájemně tolerovat chování, které by za běžných okolností bylo považováno za znepokojující až deviantní.*
- *Komunalizmus: Členové komunity spolu udržují blízké vztahy, oslovují se křestními jmény, volně spolu komunikují a sdílejí společné prostory (jídlna atd.)*
- *Konfrontace s realitou: Obtíže pacientů se promítají do jejich vztahů se členy komunity, a proto je jim neustále sdělováno, jak je ostatní vidí a jak rozumí jejich chování.*

Zatímco u zrodu demokratických terapeutických komunit stáli profesionálové (psychiatři, psychologové, psychoterapeuti), kteří je zakládali jako inovativní součásti již etablovaných psychiatrických oddělení nemocnic, hierarchické terapeutické komunity vznikaly v civilním prostředí místního společenství, které kladlo důraz na vzájemnou pomoc lidí s obdobnými problémy, u jejich zrodu často stáli neprofesionálové, bývalí uživatelé drog (Šefránek, 2014).

V označení první hierarchické terapeutické komunity se různí autoři rozcházejí. Někteří, např. Kennard, 1998; Gossop, 2003, cit. podle Šefránka (2014), hovoří v tomto kontextu o komunitě Synanon založené v roce 1958 v USA. Kalina (2008) o Synanonu píše jako o *sociálním experimentu* či *svépomocné abstinenční komuně*. Podle něj i dalších autorů (např. Broekaert, Colpaert, Soyez, Vanderplasschen, Vandeveld, 2007, opět cit. podle Šefránka (2014) byla první hierarchickou terapeutickou komunitou Daytop Village založená počátkem 60. let 20. století v New Yorku. V obou případech se jednalo o zařízení, které již bylo primárně určeno pro pomoc lidem s drogovou závislostí.

Mezi základní prvky konceptu hierarchické terapeutické komunity Daytop Village patřilo:

- *Komunita jako náhradní rodina*
- *Konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí sociální rehabilitace*
- *Důraz na normy, pravidla a konformitu*
- *Systém odměňování je základem změny*

- *Svépomoc je významnější než profesionální pomoc*
- *Charismatický vůdce má velký terapeutický potenciál*
- *Oddanost společenství (Kalina, 2008)*

V 60. a 70. letech minulého století vznikají v USA další samostatné terapeutické komunity, které vycházejí z téhož konceptu jako Daytop Village, od 70. let se pak model postupně adaptuje na evropské podmínky a tradice.

V roce 1975 vznikla v USA zastřešující organizace Therapeutic Communities of America (TCA), která ve snaze založit minimální standardy terapeutických komunit pro závislé vydala seznam deseti dovedností, které by si měly týmy terapeutických komunit osvojit – Manual for Therapeutic Communities, uvedeno dle Kooymana, který cituje Kerra, 1986 (Kooyman, 2004):

1. *Chápat a prosazovat svépomoc a vzájemnou důvěru*
2. *Chápat a účastnit se budování pozitivních vzorů*
3. *Chápat rozdíl mezi sociálním a didaktickým učením*
4. *Chápat a prosazovat koncept „žádné rozdělování na my-oni“*
5. *Chápat a prosazovat růst a vývoj v systému*
6. *Chápat a prosazovat koncept „chovej se jako by...“*
7. *Chápat vztah mezi vzájemností a individualitou*
8. *Chápat potřebu ideového systému*
9. *Schopnost vést přesné záznamy*
10. *Chápat a facilitovat skupinový proces*

Na 5. světové konferenci terapeutických komunit, která se konala v roce 1980 v Holandsku, byla založena Světová federace terapeutických komunit (World Federation of Therapeutic Communities, WFTC), na jejíž půdě byla o rok později přijata definice terapeutické komunity.

Mezi „desaterem“ TCA a definicí WFTC na straně jedné a obdobnými tezemi linie demokratických terapeutických komunit na straně druhé, nejsou patrné příliš velké rozdíly. Terapeutické komunity pro drogově závislé však usilovaly o vyjádření svébytné programové odlišnosti od původních demokratických terapeutických komunit, proto bývají častěji označovány za hierarchické, „concept-base“ či programové (Nevšímal, 2004).

Společné znaky obou zmíněných modelů terapeutické komunity shrnuje (podle Kennarda, 1998) a komentuje Kalina (2008), zkráceno:

- *Neformální a otevřená atmosféra: neformální oblečení, schází atmosféra nebetyčné nudy běžná v léčebnách nebo čilá výkonnost „bílých pláštů“ jako v nemocnicích, věci probíhají všude kolem, ne za zavřenými dveřmi, atmosféra je neformální*
- *Centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu: komunita se schází pravidelně za účelem co největšího sdílení informací, vytváření pocitu soudržnosti a pospolitosti v komunitě, otevření a zveřejnění procesu rozhodování a udržování platformy pro osobní zpětnou vazbu*
- *Sdílení práce na udržování a chodu zařízení: část práce odvádějí klienti komunity, mj. proto, aby se cítili více jejími členy, aby získávali potřebné dovednosti a zároveň, aby během denních činností docházelo ke konfliktům, které mohou být podkladem pro terapii*
- *Terapeutická úloha klientů: klienti jsou uznáni jako pomocní terapeuti, kteří komentují a ovlivňují chování a postoje*
- *Podíl klientů na moci: klienti se podílejí na rozhodování, terapeutický tým však musí pružně reagovat na stav komunity, aby udržel pod kontrolou destruktivní mechanismy*
- *Společné hodnoty a myšlenky: potíže jednotlivce spočívají většinou v jeho vztazích s druhými lidmi, terapie je v podstatě proces učení, samotné členství v terapeutické komunitě představuje hodnotu aj.*

Kalina (ibid.) uvádí i některé rozdíly mezi demokratickými a hierarchickými komunitami (zkráceno):

- *Uspořádání průběhu léčby: Terapeutické komunity pro závislé (hierarchické) si podržují strukturování pobytu klienta do několika etap či fází. Demokratické komunity sice do jisté míry reflektují a využívají rozdíl mezi začínajícími a pokročilými klienty, k jasné etapizaci zpravidla nedochází.*
- *Formulace pravidel: Terapeutické komunity pro závislé neváhají některá pravidla označit jako kardinální (např. zákaz užívání drog), v případě jejich porušení může dojít k vyloučení klienta z komunity, demokratické komunity takto explicitní nebývají.*
- *Profesionalita terapeutických týmů: Terapeutické komunity pro závislé se navzdory trendu profesionalizace nevzdávají hodnoty, kterou pro ně představují ex-useři (bývalí uživatelé drog) jako členové týmu. Demokratické komunity mají takřka výlučně profesionální týmy.*

2.1.2 Historický vývoj v českých zemích

Podobně, jako ve světě, i u nás lze vysledovat dvě základní vývojové větve terapeutické komunity, resp. vývojová ohniska, jakkoliv jsou spolu mnohdy provázány jmény zakladatelů a jejich vzájemnými úzkými kolegiálními vazbami. Z dnešního pohledu můžeme definovat jedno ohnisko v okruhu léčby závislostí a druhé na psychiatricko-psychotherapeutické půdě, která se věnovala spíše duševním poruchám typu neuróz. Do jisté míry by bylo možné rozpoznat znaky hierarchických a demokratických terapeutických komunit, nicméně rozdělení není tak zjevné, mj. proto, že se terapeutická komunita vyvíjela ve specifickém klimatu komunistického Československa a podřízenosti sovětské ideologii s vysokou mírou uzavřenosti vůči západním myšlenkovým proudům.

První svépomocné aktivity pro alkoholiky u nás fungovaly podle Jaroslava Skály již v obrozenecké době v 19. století, kdy vznikaly tzv. spolky střízlivosti jako forma pomoci sedlákům, kteří nevěděli, co si počít s nabytou svobodou po zrušení nevolnictví a propíjeli vlastní grunty. První protialkoholní léčebna vznikla v roce 1909 ve Velkých Kunčicích, o rok později pak byla otevřena první protialkoholní poradna v Brně, nicméně během války byla tato zařízení opět uzavřena (Nevšímal, 2004).

Za počátky aplikace modelu terapeutické komunity u nás lze považovat založení socioterapeutického klubu KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost) v prostorách Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, který založil zmiňovaný Jaroslav Skála koncem 40. let 20. století. Ač byl zaveden jako program následné péče, stal se faktickým začátkem Apolinářské komunity díky vytvoření prostoru pro pacienty. Již od počátku vykazoval některé prvky komunitních principů – pravidelné setkávání, společný cíl, stejná ideologie, určité rozhodovací pravomoci svých členů. KLUS se setkává pravidelně do současnosti a je nejstarším fungujícím socioterapeutickým klubem v Čechách.

Jako hlavní terapeutické prvky léčby byly vývojem postupně definovány (Nevšímal, 2004):

- *Pevný režim a bodovací systém*
- *Averzivní terapie*
- *Psychotherapie (skupinová, rodinná, individuální, komunitní) a práce s deníkem*
- *Pracovní terapie*

- *Pohybová terapie*
- *Poskytování informací a péče o duševní a duchovní rozvoj*
- *Odborná lékařská péče*

Paradoxem je, že Skála v době založení KLU Su údajně neznal experimenty, které v tu dobu probíhaly ve Velké Británii, dalo by se tedy o jeho terapeutické komunitě uvažovat z počátku jako o samostatné vývojové větvi. V kontextu popisovaného vývoje je pak terapeutickou komunitou označen rezidenční léčebný program s komunitními prvky.

Komunitní principy užití v londýnských terapeutických komunitách se u nás pokusil aplikovat Jaroslav Knobloch na oddělení pro neurotiky Psychiatrické kliniky v 50. letech minulého století. Pro odpor tradiční psychiatrie mu to bylo umožněno až na mimopražském pracovišti v Lobči. Tam se v roce 1954 datuje vznik první „ryzí“ psychoterapeutické komunity pro neurotiky ve východní Evropě (Nevšímal, 2004). V 70. letech už byl termín terapeutická komunita zcela oficiální a na specifické platformě Psychoterapeuti socialistických zemí byl doporučován jako metoda pro léčbu neuróz (Kratochvíl, 1979).

Mimo oblast terapeutické péče se terapeutická komunita jako metoda u nás vyvíjí i v rovině vzdělávací. Na konci 60. let byl založen systém sebezkušenostního vzdělávání psychoterapeutů SUR (dle počátečních písmen zakladatelů – Skála, Urban, Rubeš). Tímto výcvikovým programem prošly do současnosti stovky profesionálů a má velký podíl na současné podobě metod a technik užívaných v terapeutických komunitách.

2.1.3 Současné terapeutické komunity u nás

Skálův model léčby závislých na alkoholu přejala řada psychiatrických nemocnic (dříve léčeben) u nás. Mladší lidé s nevyzrálou osobností závislí na nelegálních drogách v něm však obvykle neobstáli. S myšlenkou nabídnout novou službu této narůstající klientele vzniklo koncem roku 1990 sdružení Sananim (dnes Sananim, z. ú.) a v lednu 1991 byla otevřena první terapeutická komunita pro drogově závislé v Němčicích (Kalina, 2008). Vzhledem k tomu, že se zakladatelé inspirovali poznatky o hierarchických terapeutických komunitách, např. Daytop Village a zároveň stavěli na domácí tradici spíše demokratických terapeutických komunit z Lobče a systému SUR, hranice mezi hierarchickým a demokratickým modelem

se stále více ztrácela. Kalina (2008) hovoří o zdařilé syntéze demokratické a hierarchické linie, syntéze, kterou se světový vývoj mnohdy teprve snaží hledat.

Na základě podobných principů a s podobným programem jako terapeutická komunita v Němčicích (dnes TK Sananim Němčice - Heřmaň), vznikají v 90. letech další dlouhodobé rezidenční terapeutické komunity pro drogově závislé, mezi nimi například TK White Light (White Light I., z. ú.), TK Fides Bílá Voda (v té době jediné zařízení tohoto typu částečně provázané s psychiatrickou nemocnicí, Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské), TK Podcestný Mlýn (Společnost Podané ruce, z. ú.), TK Sananim Karlov (Sananim, z. ú.), TK Magdaléna (Magdaléna o.p.s.), TK Sejřek (Kolpingovo dílo České republiky, z. s.) aj.

V roce 1997 zahájila činnost Terapeutická komunita Advaita Nová Ves (Advaita, z. ú.), které bude věnována jedna z následujících kapitol, neboť právě zde probíhá šetření, jež je obsahem této práce.

2.2 Terapeutická komunita v systému služeb pro uživatele drog v ČR

Léčba závislostí má u nás díky již zmíněnému Jaroslavu Skálovi a jeho kolegům a následovníkům, a navzdory komunistickému režimu, který tématům spojeným s psychoterapií příliš nepřál, poměrně dlouhou a invenční tradici. Vedle psychiatrických oddělení, která léčebný model terapeutické komunity aplikovala v oblasti závislostí zejména na osoby závislé na alkoholu, začaly po revoluci v roce 1989 vznikat nestátní neziskové organizace (Drop In, Sananim aj.), které poskytovaly služby uživatelům nealkoholových drog, a v roce 1991 byla pro tyto klienty otevřena první nestátní terapeutická komunita nespádající primárně do resortu zdravotnictví. Podle Béma (2003) se *postupně rozvíjející nestátní neziskový sektor stal v mnoha ohledech nejdříve konkurentem a později partnerem a doplňujícím článkem systému léčebné péče, zvláště v oblastech, kde působnost státních institucí byla omezená.*

Služby, které vznikaly v 90. letech pro uživatele drog u nás, reagovaly především na reálné potřeby různých cílových populací v terénu i s ohledem na výzkum efektivity léčby drogových závislostí, rozvoj léčebných metod a terapeutických modalit v zahraničí a jejich postupné zavádění do ČR. *Pro definování jednotlivých součástí komplexního systému péče*

(jehož jsou terapeutické komunity důležitou součástí) a zabezpečení kvality poskytované péče bylo rozhodující vymezení minimálních standardů léčebné péče podle manuálu Světové zdravotnické organizace a následně vytvoření a schválení akreditačních standardů, k němuž došlo v roce 1995 (Bém, 2003). V současné podobě se jedná o Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které musí splnit jejich poskytovatelé, aby jim byla udělena certifikace odborné způsobilosti (Úřad vlády ČR, 2015), resp. i dotace na vlastní provoz.

Tímto procesem by měla být zajištěna minimální kvalita služeb a zároveň jejich komplexnost a návaznost tak, aby služby nefungovaly pouze samy o sobě, ale byly vzájemně prostupné a mohly tak lépe reagovat na potřeby svých klientů. Bém (2003) v tomto kontextu hovoří o tzv. *vertikální struktuře systému péče. Specifické potřeby jednotlivých cílových skupin vyžadují širokou nabídku léčebných zařízení a programů, které mohou nabídnout optimální služby uživatelům sítě léčebné péče. Ti v závislosti na rozsahu problémů působených užíváním návykových látek i vlastní motivaci ke změně chování mohou vyžadovat celé spektrum služeb od terénních programů, výměnných programů sterilního injekčního náčiní, motivačního tréninku, ambulantní psychoterapeutické nebo farmakologické péče až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě či doléčovací program. Provázanost je zřejmá nejen v oblasti neziskového sektoru, ale i ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními, která zajišťují nejčastěji detoxifikaci před nástupem do léčby, kratší a střednědobou rezidenční léčbu, popř. léčbu ambulantní.*

Člověk, který přichází do terapeutické komunity se zakázkou změnit svůj životní styl a zbavit se závislosti, tak za sebou má mnohdy již řadu předchozích kontaktů s jinými typy služeb. Ty mu mohly pomoci např. udržet si vcelku dobrý zdravotní stav i v době užívání návykových látek (tzv. programy harm reduction, které jsou založeny na principu minimalizace škod), zorientovat se ve své sociální situaci a v možnostech léčby, najít motivaci ke změně životního stylu a vybrat a oslovit adekvátní léčebné zařízení, které odpovídá jeho možnostem a potřebám.

V aktuální Koncepti sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (2013) patří terapeutická komunita mezi základní typy služeb a bude základní součástí systému těchto služeb i v budoucnu (Sekretariát RVKPP a SNN JEP, 2021). Rezidenční léčba v terapeutické komunitě je v tomto dokumentu definována jako *dlouhodobá léčba mající charakter převážně následné péče navazující na péči akutní. Je zaměřená na dosažení a udržení*

abstinence, práci s motivací, stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou rehabilitaci a resocializaci pacienta. Program léčby v terapeutické komunitě je komplexně strukturován a obsahuje terapeutické aktivity medicínské, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další (externě zajištěné) psychiatrické péče.

Terapeutickou komunitou tento systém péče nekončí, po léčbě je možné nastoupit do služeb následné péče. Podle Kudy (2008) je *obecným cílem léčby snaha o plnohodnotné navrácení závislého do podmínek normálního života. Proto následná péče probíhá paralelně s různými léčebnými intervencemi. Nejde v tu chvíli „jen“ o udržení abstinence, ale také o vlastní sociální rehabilitaci klienta a jeho integraci do podmínek běžného života.* Ta nebývá snadná zejména u klientů s dlouho drogovou kariérou, u těch, kteří s užíváním drog začali v nízkém věku, a tedy jim chybí skutečné prožití podstatné části dospívání a dospělosti nebo u těch, kteří se potýkají s dluhy v řádech milionů, jež pravděpodobně do konce života nebudou moci splatit.

Vedle vertikální struktury systému péče, zmiňuje Bém (2003) i *strukturu horizontální, resp. rozsah a dostupnost systému péče.* Léčebná péče musí být podle něj *místně i časově dostupná v závislosti na místních potřebách.* Terapeutické komunity jsou z této „místní“ dostupnosti svým způsobem vyjímány, neboť pro řadu klientů je vhodnější, když se jdou léčit do regionu vzdálenějšího od svého bydliště a mnohdy i rizikové lokality, v níž se jim nedaří abstinovat. Rozmístění terapeutických komunit tak spíše, než regionálnímu rozdělení země odpovídá možnostem poskytovatelů služeb a zřizovatelů terapeutických komunit v ČR.

Na horizontální úrovni probíhá vzájemná spolupráce a provázanost terapeutických komunit, které se cca od roku 2000 sdružují v rámci profesního organizace Asociace nestátních organizací v Sekci Terapeutických komunit. Členy sekce je v současné době celkem 15 terapeutických komunit, z toho 4 spadají pod Psychiatrickou nemocnici Marianny Oranžské v Bílé Vodě a ostatních 11 je zřizováno nestátními subjekty. Součástí sekce jsou i terapeutické komunity, které se primárně neorientují na osoby drogově závislé (TK Kaleidoskop pro osoby s duševními poruchami), resp. vedle závislostí pracují i s klienty s tzv. duálními diagnózami (TK Sejřek). Naopak poněkud mimo uvedený systém a mimo Sekci terapeutických komunit stojí komunity křesťanské, např. TK Teen Challenge.

Původní představa, že už před vstupem do sekce proběhne v dané komunitě nějaké akreditační řízení, byla opuštěna. Za závazné pak bylo přijato dodržování Etického kodexu Evropské federace terapeutických komunit a Standardů odborné způsobilosti (Kuda, 2007). Sekce terapeutických komunit funguje do současnosti jako praktická platforma pro pravidelná setkávání zástupců jednotlivých komunit za účelem vzájemné spolupráce, sdílení zkušeností a realizace odborných stáží. Zároveň je spoluorganizátorem pravidelné konference terapeutických komunit, která se koná jednou za dva roky, naposledy v roce 2021 v Praze.

2.3 Metoda terapeutické komunity a její účinné faktory

Terapeutická komunita nabízí podle Adamečka (2003) bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné, a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé. Kalina (2008) za základní materiál terapie považuje každodenní život společenství, prožívání a chování jednotlivců, jejich vyrovnávání se se strukturou, pravidly a s ostatními členy komunity a dodává, že v terapeutické rovině se veškeré dění a procesy společenství neustále reflektují, objasňují a konfrontují.

Za základní principy léčby jsou podle Psychologického slovníku považovány: *podíl klienta na léčení, efektivní komunikace, společné rozhodování, sociální učení, pospolitost, konfrontace chování a hierarchický postup* (Hartl, a další, 2015). Podle Adamečka (2003) je terapeutická komunita pro závislé postavena na těchto základních principech:

- 1. Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.*
- 2. Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.*
- 3. Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby a resocializace.*
- 4. Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.*

5. *Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.*
6. *Přechod z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.*
7. *Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.*
8. *Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoliv expertem na jeho život.*

Vzhledem k tomu, že jedním ze základních kamenů léčby v terapeutické komunitě je skupinová terapie, je zcela na místě uvést zde účinné faktory skupinové terapie tak, jak o nich hovoří vůdčí osobnosti oboru Stanislav Kratochvíl (2009) a Irvin Yalom (2007). Kratochvíl uvádí mezi léčebnými faktory: *členství ve skupině, emoční podporu, pomáhání druhým, sebeexploraci a sebeprojevení, odreagování, zpětnou vazbu a konfrontaci, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování a získání nových informací a sociálních dovedností*. Yalom má na svém seznamu účinných faktorů: *dodávání naděje, univerzalitu, předání informací, altruismus, korektivní rekapitulaci primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, skupinovou soudržnost, katarzi a existenciální faktory*. Oba autoři vycházeli z vlastní dlouhodobé klinické zkušenosti, ze zkušenosti jiných terapeutů i z výzkumných studií. Jejich soubory účinných faktorů se v názvech mírně liší, ovšem obsahem jsou si poměrně blízké. Podrobněji pak účinné faktory skupinové terapie zpracoval a okomentoval Hollidge (1980), citováno dle Kooymana (2004) :

1. **Naděje.** *V době vstupu do komunity zažívá klient často pocity beznaděje a bezcennosti. Selhal ve všem. V terapeutické komunitě mu ostatní vysvětlí, že se může změnit. Taková změna však není možná bez konfliktů – kde není konflikt, není ani stimul ke změně.*
2. **Pocit vzájemnosti.** *Konfrontace s ostatními klienty ruší dojem, že problém jednotlivce je tak jedinečný. Vědomí o situaci druhých vede k rozvoji důvěry a jistoty.*
3. **Altruismus.** *Většina uživatelů návykových látek věří, že pro ostatní nemají žádnou cenu. Tím, že pomohou druhým, se jejich sebehodnota zlepší.*
4. **Socializace.** *Na místo manipulativního chování, které uživatel drog používal dříve ve snaze uspokojit své potřeby, se nyní učí vhodnějšími komunikativními dovednostem, včetně říkání si o pomoc přímo.*

5. **Rozvoj interpersonálních dovedností a sdílení informací.** Klient se učí vyjadřovat a přijímat kritiku. Díky takové výměně informací získává vhled do svého chování, zlepšuje se jeho schopnost testovat realitu.
6. **Skupinová koheze.** Noví klienti mohou někdy vnímat komunitu jako hrozbu a snaží se ze strachu z odmítnutí. Když jsou s tím konfrontováni, mohou svému chování porozumět. Pocit, že patří k celé skupině, rozpouští jejich pocity nepřijetí.
7. **Znovuoživení situací z původní rodiny.** Terapeutická komunita slouží jako nová rodina, ve které lze prožívat pozitivní změny.
8. **Identifikace.** Když vznikne první pozitivní vztah s dalším klientem v komunitě, začne se objevovat odlišná identifikace než ta, kterou si klient vytvářel ke svým rodičům. Stará identita je pryč a vzniká nová a pozitivní – ta, která může zvýšit jeho sebedůvěru, sebereflexi a důvěru.

Kooyman (2004) pak shrnuje patnáct terapeutických faktorů v terapeutické komunitě a zároveň říká, že pokud některý z těchto faktorů v komunitě chybí, bude léčba méně účinná.

1. **Náhradní rodina.** Komunita slouží jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí. Pro řadu klientů je to první zdravé prostředí, v němž mají možnost setrvávat delší dobu.
2. **Ucelená filozofie.** Ucelená a srozumitelná filozofie, kterou lze vysvětlit všem tak, aby ji pochopili, podporovali a byli její součástí.
3. **Terapeutická struktura.** Uspořádání má jasnou strukturu, kde nejsou žádné dvojné vazby. Struktura nabízí bezpečí a jistotu. Prostředí poskytuje dostatečný tlak nutný k učení, ale také dost struktury, která brání chaosu. Musí být možné dělat chyby. Klient má možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnost.
4. **Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií.** Terapie je v komunitě povinná, klient si nemůže vybírat, jestli se zúčastní nebo ne. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.
5. **Sociální učení prostřednictvím sociální interakce.** Klient se nemůže v komunitě izolovat, musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování. Starší klienti se stávají vzory pro nově příchozí. Klient se učí fungovat v různých

sociálních rolích. Díky zpětné vazbě se učí rozumět svému chování. Učí se dělat rozhodnutí a přijímat důsledky své volby.

6. **Učení prostřednictvím krize.** Učení je posilováno tím, že klient zažívá i krizové momenty. Je to srozumitelné z Eriksonovy teorie sociálního učení. Erikson považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, když je krize zvládnuta (Vágnerová, 2000 str. 24)
7. **Terapeutický účinek všech aktivit v komunitě.** Vše, co se děje v komunitě, je terapie. Klienti si připravují jídlo, pracují v různých částech domu a musí se učit jednotlivým rolím.
8. **Odpovědnost klienta za jeho chování.** Klient není pacient. K roli pacienta patří podle Parsona (1951, citováno dle Kooymana, 2004) následující charakteristiky:
 - a) *pacient je zbaven povinností, které jinak patří k jeho roli,*
 - b) *pacient není zodpovědný za svou situaci,*
 - c) *o pacientovi se předpokládá, že si svůj stav nepřál a že se bude snažit svou roli pacienta opustit, jakmile to bude po lékařské stránce možné,*
 - d) *pacient má právo hledat pomoc.*

Klient jako člen komunity nemá první dvě charakteristiky pacienta. Podle Kooymana (2004) *si nemá hrát na pasivní oběť a obviňovat ze svého životního selhání společnost nebo jiné lidi. Jde spíš o člověka, který potřebuje pomoc a který se musí naučit o ni požádat.*

9. **Zvýšení sebevědomí díky úspěchům.** Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání. Zvýšené sebevědomí pak dále snižuje strach ze selhání a odmítnutí. Když pomáhá druhým, uvědomuje si klient, že má pro druhé cenu, a to opět zvyšuje jeho sebeúctu.
10. **Internalizace pozitivního hodnotového systému.** Objevují se pozitivní hodnoty a jsou zvnitřněny. Klient se učí být upřímný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.
11. **Konfrontace.** Konfrontace a tlak zaměřené na nově přijatého klienta by měly mít limitovanou míru, aby ho nevytlačily z komunity ven. Již sám život v komunitě pro nového člena představuje stres. Jak se klient začíná v terapeutickém programu rozvíjet, začíná program důvěřovat a jeho obrany se naruší. V této ohrožující situaci, kterou může prožívat jako krizi, je klient připraven začít měnit své chování a postoje.

Podstatné je, aby si klient uvědomil, že konfrontace není namířena vůči jeho osobě, ale vůči jeho chování.

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. Jednotlivci s negativním chováním čelí konfrontaci, jiní se stávají vzory.
13. **Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je.** Užívání návykových látek bylo pro řadu klientů způsobem, jak nebýt v kontaktu s nepříjemnými, mnohdy negativními emocemi, které zažívali. Naučili se tedy žít bez vědomého kontaktu s emocemi, které se občas projeví sekundárně, např. formou vzteku a zlosti. Klienti se učí uvědomovat si své primární emoce, dovolit si je prožít, popř. adekvátně regulovat, pokud jim prožívané emoce brání v běžném fungování.
14. **Změna negativního přístupu k životu na pozitivní.** Negativní postoje klientů často vznikly už v dětství a pomáhaly jim přežít traumatické zážitky. V dospělosti se však negativní postoj stává hendikepem, změnit jej trvá dlouho. Součástí procesu je např. nahrazování falešných identit novými, pozitivními.
15. **Zlepšení vztahů v původní rodině.** Vztahy s rodinnými příslušníky jsou předmětem rodinné terapie v terapeutické komunitě. I mimo rodinnou terapii lze v terapeutické komunitě vyřešit řadu „nedokončených záležitostí“, kde jsou rodiče zastoupeni symbolicky (př. techniky hraní rolí nebo v rámci terapeutického vztahu).

Zmíněné principy a účinné faktory umožňují poměrně konkrétní představu o tom, čím si klienti v rámci terapeutické komunity procházejí. Léčba je komplexní a náročná. Klienti, kteří mají zkušenost z jiných typů léčby, např. z ambulantní léčby nebo léčby v psychiatrické nemocnici, často hovoří o tom, že v terapeutické komunitě „se neschovají, nemůžou jen tak projít, musejí se nořit do svých bolavých témat, jsou si vzájemně mnohem blííž, zažívají během krátké doby tolik pozitivních zážitků, kolik nezažili za celý dosavadní život“ (odposlechnuto během vlastního působení v TK Advaita). Rozdíly vnímají klienti i přesto, že některá oddělení psychiatrických nemocnic fungují na principu terapeutické komunity.

Specifikum terapeutických komunit, coby léčebného zařízení ve vztahu k obsahu této práce je mj. že jde na rozdíl od oddělení psychiatrických nemocnic o zařízení s menším počtem klientů (např. 15 klientů v TK oproti 40 klientům v psychiatrické nemocnici), léčba trvá déle

(cca 5 – 15 měsíců v TK, 2 – 6 měsíců v PN) a z obou proměnných vyplývá nižší fluktuace klientů v terapeutické komunitě. Účinné faktory tak mohou působit déle a intenzivněji, což může být prospěšné zejména klientům, kteří za sebou mají mnoho let užívání návykových látek v důsledku předchozí polytraumatizace, popř. více neúspěšných pokusů o léčbu v jiných službách.

2.4 Měření efektivity a účinnosti léčby v terapeutické komunitě

2.4.1 Výzkumy v USA a v Evropě

Efektivita a účinnost léčby v terapeutických komunitách je dlouhodobě předmětem intenzivního výzkumu. Relevantní studie z posledních desetiletí přehledně shrnuje Šefránek (2014) v práci *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí*, která je v tomto kontextu u nás jedinečnou publikací. De Leon (2004a, 2004b) citováno dle Šefránka (ibid.) *rozděljuje dvě hlavní etapy výzkumu terapeutických komunit v USA: první etapu datuje lety 1970-1989 a druhou od roku 1990 do současnosti. Obě fáze výzkumu se věnují specifickým tématům a odrážejí změny ve vývoji terapeutických komunit.*

V první etapě se výzkumy snažily odpovědět nejčastěji na otázky – kdo jsou klienti terapeutických komunit, zda je léčba v terapeutických komunitách účinná a proč někteří klienti z léčby předčasně odcházejí a jiní zůstávají. Cílem výzkumu bylo obhájit terapeutickou komunitu jako metodu léčby závislostí, která používá specifické postupy, sleduje specifické cíle a je určena pro specifickou skupinu klientů.

Počátky výzkumu terapeutických komunit v USA jsou spojeny s terapeutickými komunitami Phoenix House a Daytop Village, v nichž bylo koncem šedesátých a začátkem sedmdesátých let realizováno několik výzkumů. Část z nich shrnul De Leon ve své práci *Phoenix House: Studies in a Therapeutic Community (1968-1973)*. Výzkumy z komunity Daytop Village publikovali Casriel a Amen (1971) nebo Collier (1974). Většina těchto studií sledovala pouze klienty, kteří léčbu řádně dokončili. Lidé, kteří z nějakého důvodu z léčby předčasně odešli, tak zůstali zcela mimo pozornost výzkumníků. Úskalím prvních studií byla

také skutečnost, že je prováděly samy terapeutické komunity, což mohlo vést ke zkreslení výsledků ve snaze prokázat účinnost léčby.

V 80. letech 20. století De Leon s kolegy zintenzivňoval výzkum a sledoval klienty s odstupem několika let po ukončení léčby, a to jak ty, kteří léčbu úspěšně dokončili, tak nově i ty, kteří z léčby odešli předčasně. V pozdější práci se pak zaměřil na problematiku uživatelů drog s významnými psychickými obtížemi a možnosti jejich léčby v terapeutických komunitách a změny v užívání alkoholu po dvou letech od ukončení léčby. Uvedené výzkumné studie jsou často zmiňovány jako zdroj inspirace pro zkoumání efektivity terapeutických komunit v Evropě.

De Leonova výzkumná činnost upozornila na potřebu změny výzkumné metodologie v zájmu zlepšení výsledků. *Do budoucna se měl výzkum orientovat na sofistikovanější popis terapeutické komunity a zkoumání rozdílů mezi jednotlivými programy, měl se více zaměřit na sledování procesu léčby, a tím rozšířit stávající primární cíl, kterým bylo hodnocení výsledků. Zde se ukázala síla evropského výzkumu, který opakovaně kombinuje sledování různých prvků procesu a výsledků léčby.* (Šefránek, 2014 str. 49)

Výzkum v druhé etapě byl charakteristický značnou různorodostí klientely, ale také zařízení, která se definovala jako terapeutická komunita. Bylo proto oprávněnou otázkou, nakolik jsou tyto programy věrohodné a zda poskytují účinné služby. Od počátku 90. let minulého století se tedy výzkumy zaměřily zejména na evaluaci efektivity tradičních terapeutických komunit, ale také na nově modifikované programy uplatňující model terapeutické komunity a na definování hlavních prvků terapeutické komunity, které jsou nezbytné pro zajištění účinné léčby.

V 90. letech vzniká evaluační manuál Therapeutic Community Scale od Essential Elements Questionnaire (SEEQ), jehož autory jsou De Leon a Melnick (1993), a který je určen k rozlišení typologie jednotlivých zařízení. Upravenou verzi dotazníku použil v ČR např. Kalina (2008). Mezinárodní think tank RAND ve spolupráci s Phoenix House vytvořili dotazník Dimension of Change (DCI), který je určen k hodnocení procesu léčby v terapeutické komunitě (Edelen et al., 2007; Orlando et al., 2006; Paddock et al., 2007, citováno dle Šefránka, 2014). Na půdě Centre for Therapeutic Community Research vznikla sada tří dotazníků pro evaluaci klinického progresu klienta v léčbě: Client Assessment Inventory (CAI), Client Assessment

Summary (CAS) a Staff Assessment Summary (SAS) (Kressel, De Leon, Palij a Rubin, 2000). (Šefránek, 2014 str. 51)

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že naprostá většina výzkumů efektivity terapeutických komunit pochází z USA, kde mají takové výzkumné aktivity značně vysoký profesionální i organizační status a zároveň odpovídající finanční podporu, což jsou podmínky nesrovnatelné s jinými zeměmi. Na druhou stranu, výzkum v Evropě – ačkoliv ne tolik rozšířený jako v USA – přináší řadu důležitých a zajímavých poznatků.

Výzkum efektivity terapeutických komunit v Evropě se zaměřuje na řadu specifických témat, která byla v USA dlouhodobě opomíjena. Z evropských výzkumných projektů je zřejmá snaha hlouběji poznat samotný průběh léčby a porozumět tomu, jak terapeutická komunita funguje. *Evropský výzkum přináší informace nejen o změnách v chování klientů po odchodu z léčby, ale zároveň také cenné poznatky o různých aspektech terapeutické komunity, průběhu léčby a používaných metodách a jejich vlivu na výsledky léčby. Díky tomu můžeme lépe porozumět, jak terapeutická komunita funguje a které její prvky jsou klíčové pro dosažení údravy klientů.* (Šefránek, 2014 str. 52)

Jak ukazují Ravndal (2003) a Broekaert et al. (1999), téměř každé výzkumné centrum doplnilo sledování léčebných výsledků o zkoumání dalších specifických oblastí: V Itálii byla pozornost poprvé věnována rodinné terapii integrované do programu terapeutické komunity a jejímu vlivu na výsledky péče. Výzkum v Holandsku ukázal, že zapojení rodičů do programu výrazně zlepšuje výsledky léčby v terapeutické komunitě. V Holandsku se zaměřili na vývoj nástrojů pro hodnocení potřeb žadatelů o léčbu a pro katamnestické sledování klientů po ukončení léčby. Výzkum v Německu sledoval průběh léčby, faktory spojené se setrváním v léčbě, vypadnutím a relapsem. Výzkum v Norsku hodnotil nejen zakomponování rodinné terapie do léčby závislostí, ale také speciální terapeutické programy pro ženy a dospívající uživatele drog.

Evropský výzkum terapeutických komunit se vyznačuje zájmem o hlubší poznání procesu léčby v terapeutické komunitě s využitím kvalitativní má řadu slabin: ad hoc realizované projekty, u nichž není zajištěna dostatečná nezávislost na terapeutických komunitách, propojenost výzkumných týmů s terapeutickými komunitami, hodnocení výsledků léčby v jediném zařízení a bez srovnání s jinou léčebnou modalitou, nedostatečný

design výzkumu vzhledem k výzkumným cílům, prioritou je lokální zájem a lokální využití výsledků, málo početné výzkumné soubory, nízké zastoupení výzkumů srovnávajících výsledky léčby s kontrolní skupinou, která neprošla léčbou.

2.4.2 Výzkum v České republice

V České republice je zatím k dispozici jediná prospektivní studie, která s využitím jednotné metodologie hodnotí výsledky léčby ve čtyřech terapeutických komunitách. Jde o studii Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí (EVLTK) (Šefránek, 2014). Studie sledovala klienty od nástupu do terapeutické komunity až do období jednoho roku po ukončení léčby. Se všemi respondenty byla provedena dvě interview: první v době zahájení léčby (v období od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2008) a druhé v období jednoho roku po jejím ukončení. Po jednom roce od ukončení léčby byly realizovány rozhovory se všemi klienty bez ohledu na délku setrvání v léčbě a způsob jejího ukončení.

Šefránek hledal prostřednictvím studie odpovědi na šest klíčových výzkumných otázek. Podobně jako v počátcích fungování terapeutických komunit se ptal, kdo jsou klienti terapeutických komunit, resp. jaký je jejich profil. Zjišťoval, ve kterých oblastech mají klienti nejvíce problémů a jak závažné tyto problémy jsou. Zejména ve druhé vlně rozhovorů, které byly realizovány po roce od ukončení léčby, zjišťoval, jak se mění užívání návykových látek po léčbě v terapeutické komunitě a k jakým dalším změnám (v rizikovém chování, kriminalitě, zdravotním stavu a osobním fungování) vede léčba v terapeutické komunitě. Při srovnávání výsledků léčby s profilem klientů sledoval, jak charakteristiky klientů ovlivňují výsledky léčby, a v neposlední řadě se snažil odpovědět na otázku, jak doba setrvání v léčbě a způsob ukončení léčby ovlivňují dosažené výsledky.

Výsledky léčby byly definovány jako změny v těchto klíčových oblastech: užívání návykových látek (pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy, benzodiazepiny a alkohol), rizikové chování (injekční užívání drog, sexuálně rizikové chování), fyzické a psychické zdraví a osobní a sociální fungování (kriminalita, zaměstnanost). S výjimkou této studie jsou data o výsledcích léčby v terapeutických komunitách značně omezená.

K dispozici jsou dále data pravidelně publikovaná ve výročních zprávách o stavu ve věcech drog a drogové závislosti, které vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti z pověření vlády České republiky a pro potřeby Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Výroční zpráva za rok 2019 uvádí data z devatenácti terapeutických komunit, resp. zařízení rezidenční péče na principu terapeutické komunity. Jedná se o údaje ze závěrečných zpráv o realizaci projektu v rámci dotačního řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Data vycházejí z ročních statistik a obsahují mj. informaci o tom, jak jsou mezi léčenými osobami zastoupena jednotlivá pohlaví (70 % léčených osob jsou muži), jaká je primární droga klientů terapeutických komunit (v 68 % případů to byl pervitin, v 6 % případů opiáty) a zda šlo o osoby užívající drogy nitrožilně (týkalo se 52 % osob). (Marvčík, 2021)

Podle Šefránka (2014) z dostupných dat vyplývá, že *terapeutické komunity v ČR vykazují značně příznivé průběžné a výstupní ukazatele léčby: 27,4 % klientů léčbu v terapeutické komunitě dokončí, v průměru v ní tito lidé stráví 10,3 měsíce*. Kalina (2008) uvádí, že *léčbu dokončí až 42 % klientů*. Rozdíl mezi jednotlivými čísly může souviset s tím, že Šefránek čerpá informace z výročních zpráv o stavu ve věcech drog (2007 – 2011), resp. ze závěrečných zpráv zpracovávaných za jednotlivé kalendářní roky, zatímco Kalina vychází z delšího časového úseku, v němž je možné zohlednit skutečnost, že léčba klientů není ohraničená kalendářním rokem, v některých případech může zasahovat až do tří kalendářních let. *Léčbu předčasně ukončí 37,8 % klientů (retence kratší než 3 měsíce je 22,7 %, retence delší než dvě třetiny léčby je 42,6 0), průměrná doba strávená v léčbě celkem (včetně klientů, kteří léčbu řádně nedokončili), je pak 6,2 měsíce* (Šefránek, 2014 str. 79). Podobné ukazatele je možné dohledat ještě ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog za rok 2012, v následujících letech již tato data uvedena nejsou.

2.4.3 Shrnutí výsledků dostupných výzkumů

Kalina (2008 str. 253) s odkazem na v současné době dostupné výzkumy shrnuje nejdůležitější závěry, které reflektují mj. zmíněné ukazatele týkající se doby setrvání v léčbě. Vliv léčby se hodnotí většinou v určitém intervalu po jejím ukončení, základem je zejména sebehodnocení klienta.

Účinky léčby

Léčba v TK pro drogově závislé má prokázaný účinek na snížení užívání drog, snížení kriminality, zlepšení psychických problémů a lepší sociální integraci.

Profily klientů

Klientela TK se vyznačuje značnou závažností drogových, psychologických a sociálních problémů.

Prediktory úspěšnosti

Osobní charakteristiky klienta nejsou pro prospěch z léčby zásadně významné s výjimkou vysoké psychopatologie a kriminálního chování. Pozitivním prediktorem prospěchu z léčby je motivace klienta při vstupu do TK.

Účinnost a délka léčby

Léčba kratší než tři měsíce se nepokládá za účinnou. Pro interval 3 – 12 měsíců platí přímá úměrnost mezi přínosem léčby a dobou strávenou v léčbě. Význam má i postup klienta do vyšší fáze léčby.

Zvyšování účinnosti

Přínos léčby zvyšuje práce s rodinou, více skupinových terapií a výchova k práci. Systematické doléčování upevňuje léčebné výsledky.

3 Terapeutická komunita Advaita

Posláním zapsaného ústavu Advaita je, dle Koncepce odborných služeb Advaita z. ú. (2021), pomáhat lidem ohroženým rizikovým chováním, škodlivými návyky a závislostí uskutečnit změny, které jim umožní žít zdravější a soběstačný život bez sociálního vyloučení. Cílem služeb je, aby se jejich uživatelé zapojili do společnosti přiměřeně ke svému věku a svým možnostem. Hodnoty, na nichž organizace staví jsou: zdraví, osobní růst, lidská důstojnost, sebeúcta, právo na sebeurčení, respekt k jedinečnosti, solidarita a úcta k životu.

Za účelem naplnění uvedeného poslání provozuje zapsaný ústav Advaita dvě zařízení, ve kterých poskytuje tři adiktologicko-sociální služby. Jedním z nich je terapeutická komunita, coby léčebné zařízení, v němž je realizováno šetření vztahující se k cíli této práce.

3.1 Historie a současný diskurz

Terapeutická komunita Advaita je v provozu od června 1997. Do roku 2006 byla součástí Centra sociálních služeb Libereckého kraje, od roku 2007 již funguje pod hlavičkou původně občanského sdružení Advaita, nyní zapsaného ústavu Advaita, který je jejím současným zřizovatelem a provozovatelem. Od roku 2000 je terapeutická komunita službou certifikovanou Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Od roku 2007 je zároveň registrovanou službou sociální prevence podle § 68 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a splňuje Standardy kvality sociálních služeb, které definuje Ministerstvo práce a sociálních věcí.

TK Advaita vznikla, podobně jako další terapeutické komunity v 90. letech, jako reakce na skutečnost, že ačkoliv řada psychiatrických léčeben u nás převzala Skálův model léčby závislých na alkoholu a snažila se jej aplikovat i na opoti závislým na alkoholu zpravidla mladších pacientech závislých na nelegálních drogách, tito v něm obvykle neobstáli. První reakcí na tuto situaci byl vznik sdružení Sananim v roce 1990 a otevření první terapeutické komunity pro drogově závislé v Němčicích v roce 1991. Právě na němčické zkušenosti přímo navazuje TK Advaita, jejíž tým zakladatelů a prvních terapeutů absolvoval v Němčicích stáže a mohl čerpat z tamního know-how za přispění expertní skupiny v rámci projektu Phare financovaného Evropskou unií.

Klienti začali do služby v roce 1997 nastupovat postupně a postupně se tak vytvářela i otevřená terapeutická skupina, do které mohou klienti průběžně vstupovat tak, jak přicházejí do léčby v terapeutické komunitě a zase z ní odcházet, když léčbu opouští. Tato skupina v komunitě funguje do současnosti. K úplnému naplnění kapacity služby, která čítá 15 lůžek (11 lůžek pro muže a 4 lůžka pro ženy), došlo poprvé ještě během roku 1997. Od té doby se kapacita služby nezměnila, klienti jsou přijímáni postupně, jakmile se uvolní místo. Rozložení kapacity mezi mužské a ženské žadatele odpovídá poměru mužů a žen,

kteří se ucházejí o léčbu v terapeutické komunitě. Čekací doba na nástup do terapeutické komunity se pohybuje v řádu týdnů až měsíců, dle aktuální situace v komunitě a také dle situace uchazeče o léčbu. Když má o léčbu zájem člověk, který se aktuálně nachází např. ve výkonu trestu odnětí svobody a do konce trestu mu zbývá několik měsíců, o tuto dobu se přirozeně prodlužuje i jeho doba čekání na nástup do léčby. Kapacita komunity je podle výročních zpráv dlouhodobě využita v průměru z 90%.

Cílovou skupinu terapeutické komunity Advaita tvoří osoby starší osmnácti let závislé na užívání návykových látek s těžším psychosociálním poškozením, u kterých je obvyklá kombinace několika následujících znaků: dlouhodobá kariéra užívání návykových látek, nitrožilní aplikace, závažné sociální dopady (dluhy, nezaměstnanost, sociální vyloučení, neschopnost pečovat o děti apod.), předchozí neúspěšné pokusy o uzdravení včetně předchozích léčeb pobytových i ambulantních, konflikty se zákonem, předchozí pobyty ve výkonu trestu odnětí svobody, zdravotní komplikace apod.

Služba směřuje k sociální rehabilitaci a integraci klientů. Přispívá k obnově fyzického a psychického zdraví klientů, umožňuje jim osvojit si praktické dovednosti pro každodenní život, aktivně pracovat na zlepšování rodinných vztahů a řešit otázky spojené s bydlením, zaměstnáním nebo studiem a s následnou odbornou péčí. Nabízí klientům podporu při řešení problémů v oblasti právní a finanční a doprovází klienty při změně jejich hodnotového systému tak, aby to bylo v jejich zájmu a zároveň přijatelné pro společnost, do které se budou vracet.

Absolventi služby (podle Koncepce odborných služeb Advaita, z.ú.):

- *Mají stabilizovaný zdravotní stav. Absolvovali potřebná vyšetření a prošli léčbou případných zdravotních komplikací. Pokud tato léčba po odchodu z terapeutické komunity nadále pokračuje, znají své ošetřující odborné lékaře (např. ambulantní psychiatry, hepatology), mají termín nejbližší kontroly.*
- *Získali informace o zdravém životním stylu a touto zásadou se řídí. Naučili se pečovat o svoji hygienu a své zdraví.*
- *Mají zajištěné doléčování syndromu závislosti či patologického hráčství, z terapeutické komunity přecházejí do následné péče odborného zařízení. Význam doléčování si sami uvědomují, přistupují k němu aktivně.*

- *Vytvořili si postoj k užívání návykových látek, který odráží jejich situaci. Uvědomují si nutnost abstinence od užívání látek, na nichž jsou závislí. Chápou význam a výhodnost abstinence i od dalších látek, například od alkoholu.*
- *Jsou vzdělaní v oblasti prevence relapsu.*
- *Získali základní pracovní návyky, případně si je obnovili. Ujasnili si reálné možnosti svého pracovního uplatnění. Budou-li žít na Liberecku, mají při odchodu z terapeutické komunity zaměstnání.*
- *Mají zajištění ubytování.*
- *Obnovili vztahy se svými nejbližšími, pokud to bylo jen trochu možné.*
- *Získali představu o vyplňování volného času.*
- *Mají přehled o všech svých případných právních záležitostech a souvisejících trestech a přistupují aktivně k jejich řešení, v případě potřeby využili probační a mediační službu. Do budoucna odmítají kriminální způsob života.*
- *Umějí obsluhovat počítač, dovedou vyhledat potřebné informace na internetu.*
- *Orientují se ve své sociální situaci, jsou v kontaktu s důležitými institucemi a úřady.*
- *Znají výši svých dluhů a kontaktovali věřitele, v rámci svých možností dluhy splácejí nebo mají sjednáno pozastavení splátek.*
- *Vědí, jak správně hospodařit se svými penězi.*

3.2 Léčebný program

Léčebný program v terapeutické komunitě je rozdělen do čtyř fází, z nichž v každé má klient své specifické úkoly. Přechody mezi fázemi jsou realizovány přechodovými rituály, klient o přestup do vyšší fáze komunity (tj. skupinu klientů a terapeutický tým) žádá, obhájí svůj dosavadní pokrok a kompetence pro zvládnutí úkolů vyšší fáze, komunita mu hlasováním vyslovuje svůj souhlas či nesouhlas s postupem v léčbě. Následující popis jednotlivých fází vychází z Operačního manuálu terapeutické komunity Advaita a z praxe během vlastního působení autorky na pozici terapeutky v terapeutické komunitě, cíle jednotlivých fází jsou uvedeny podle Kaliny (2015).

0. Fáze

Klient se po nástupu do terapeutické komunity ocitá automaticky v 0. fázi programu, v níž setrvává přibližně 2-6 týdnů. Jeho cílem v 0. fázi je, *poznat program a rozhodnout se, zda jej chce absolvovat* (Kalina, 2015 str. 458). Během této doby je mu přidělen tzv. starší sourozenec, tedy klient ve vyšší fázi léčby, který mu spolu s terapeutickým týmem a ostatními klienty pomáhá při orientaci a zapojení se do programu. Úkolem klienta v 0. fázi je seznámit se s fungováním a pravidly terapeutické komunity a tato pravidla respektovat a absolvovat životopisnou skupinu (viz dále), aby ostatní klienty informoval o svém životním příběhu.

V 0. i v následující 1. fázi programu nemá klient přístup k telefonu a internetu, komunikovat se svými blízkými může pouze poštou nebo 1x týdně telefonicky z kanceláře za přítomnosti terapeuta. Účelem tohoto omezení je minimalizovat kontakty s pro klienta rizikovými osobami, které by mohly ohrozit jeho v počátcích léčby křehkou motivaci ke změně životního stylu. V této době klient také nemá povoleno samostatně opouštět terapeutickou komunitu, vyjma návštěv lékaře či nutných úředních záležitostí. Na těchto mimořádných výjezdech jej doprovází klient ve 2. nebo 3. fázi léčby nebo terapeut, pokud to situace vyžaduje (např. doprovod při cestě k soudu aj.).

1. Fáze

V 1. fázi léčby klient setrvává přibližně 1-3 měsíce. Jeho cílem a úkolem je v tomto období *identifikovat své problémy a plánovat kroky k jejich řešení* (Kalina, 2015 str. 458). Stále je omezen jeho přístup k internetu, jednou týdně může za přítomnosti terapeuta telefonicky hovořit se svými nejbližšími. Stále platí, že klient nemůže samostatně opouštět terapeutickou komunitu a v neodkladných záležitostech, jako je návštěva lékaře nebo vyřízení úředních záležitostí, jej doprovází klient ve vyšší fázi léčby nebo terapeut.

Klient se v této fázi léčby učí otevřeně mluvit o svých tématech a otevírat je v bezpečném a podpůrném prostředí skupiny, zároveň se učí být sám platným členem skupiny a poskytovat ostatním klientům ve skupině své zpětné vazby. Již je plně zapojen do většiny funkcí v rámci pracovní terapie a péče o dům, ve kterém terapeutická komunita sídlí. Se svým klíčovým pracovníkem, resp. garantem z řad terapeutického týmu si stanovil cíle své léčby a kroky, které povedou k jejich naplnění, tyto kroky realizuje a svůj individuální

terapeutický plán s garantem pravidelně reviduje. Učí se fungovat ve vztazích v komunitě a jejich prostřednictvím si uvědomovat vztah k sobě.

2. Fáze

2. fáze léčby je zpravidla nejdelší, klient v ní tráví v průměru 4-7 měsíců. Hlavní náplní této fáze je *nácvik nových vzorců chování a jejich internalizace* (Kalina, 2015 str. 458).

Zatímco v předchozí fázi léčby se klient zaměřoval na vlastní fungování v komunitě a byl zodpovědný především za své jednání, v 2. fázi léčby se učí přebírat odpovědnost i za klienty v nižších fázích léčby, např. když je doprovází k lékaři, na úřad nebo je jim tzv. starším bratrem. Zároveň může vykonávat již všechny funkce v rámci pracovní terapie, včetně funkcí určených vyšším fázím, jako jsou kuchař, nákupčí a pán domu. V těchto funkcích se kromě zodpovědnosti za komunitu potýká také se zvýšeným tlakem, který je na něj vyvíjen např. ve funkci kuchaře, kdy má vařit pro celou komunitu, nebo s nutností zvládat konfliktní situace a udržet hranice komunity dané pravidly, které v ní platí, ve funkci pána domu zodpovědného mj. za rozdělení prací v rámci pracovní terapie a udělování sankcí ostatním klientům v případě porušování běžných pravidel komunity. Porušování klíčových pravidel komunity řeší terapeutický tým.

V této fázi léčby už klient zvládá běžné fungování ve skupině, svá témata řeší do hloubky a otevřeně. Rozumí pravidlům komunity, respektuje je a dokáže je vysvětlit a obhájit klientům v nižších fázích. Jeho pozice v léčbě je poměrně stabilní, může proto začít znovu plánovat a realizovat cesty mimo terapeutickou komunitu formou jednodenních a vícedenních výjezdů. Výjezdy podrobně plánuje a informuje o nich komunitu. Je-li to možné a vhodné, pak se v rámci těchto výjezdů snaží navazovat a zlepšovat vztahy s nejbližší rodinou a také pracovat se svým volným časem a plánovat jej. Ve vyhrazených časech už má volný přístup ke svému telefonu a internetu. K lékaři a za účelem vyřízení úředních záležitostí již jezdí sám, bez doprovodu. Terapeutickou komunitu může opouštět i v době osobního volna, a to nejčastěji za účelem volnočasových aktivit a sportování v okolí komunity.

3. Fáze

Poslední fází léčby v terapeutické komunitě je 3. fáze. V té klient tráví přibližně 1-3 měsíce. Cílem 3. fáze je *příprava přechodu z chráněného prostředí terapeutické komunity do podmínek běžného života* (Kalina, 2015 str. 458).

Aktuálním úkolem klienta je připravit se na život po léčbě, tj. zajistit si následnou péči, bydlení a zaměstnání a pomalu se začít odpojovat od bezpečného prostředí terapeutické komunity. Konfrontací s blízcím se koncem léčby jsou některé terapeutické procesy akcelerovány, což umožňuje dopracovat klientova témata do stádia, v nichž by jej už nemusela v budoucnu zásadně ohrožovat, nicméně k řadě témat se bude potřeba vracet i v následné péči či po ní.

Klient ve 3. fázi se již nemusí účastnit všech terapeutických programů v komunitě, zejména, pokud již z komunity dochází na brigádu nebo do zaměstnání, o to více se ale musí učit zacházet se svým volným časem, kterého je díky tomu více a je rozložen jinak, než byl dosud zvyklý. O tom, jak se mu v tomto novém režimu daří, mluví na skupině 3. fázi, které se účastní všichni klienti, ale prostor na nich je věnován jen klientům v této fázi léčby.

Účinné faktory léčby v terapeutické komunitě byly již popsány v kapitole 2.3, nyní se podrobněji zaměříme na popis konkrétních a nejdůležitějších aktivit realizovaných v rámci léčebného modelu terapeutické komunity v TK Advaita, které v daném kontextu vedou k naplnění popsaných účinných faktorů a ideálně k dosažení cílů léčebného zařízení a cílových charakteristik absolventa služby tak, jak jsou uvedeny v předchozí kapitole. Jednotlivé aktivity jsou rozděleny dle platného Seznamu a definice výkonů (2018), seskupeny a uvedeny v pořadí, které volně navazuje na strukturu léčebného programu (viz Příloha A) a popsány dle Operačního manuálu TK Advaita a vlastní zkušenosti autorky z pracovního působení v TK.

3.2.1 Skupinová terapie a poradenství

Při léčbě závislostí je skupinová terapie poměrně hojně využívanou metodou práce. Kromě známého rozdělení na *skupiny životopisné, tematické a interakční* (Kratochvíl, 2009) se v terapeutické komunitě používají také skupiny hodnotící, nácvikové či edukativní. V TK Advaita jsou dále skupiny popsány dle jejich zaměření a do skupinové práce tak patří např. i ranní a večerní komunitní setkání, skupiny 1. a 3. fázi, ženské a mužské skupiny. Skupinových aktivit se účastní, není-li uvedeno jinak, zpravidla celá skupina klientů spolu s aktuálně sloužícími terapeuty.

Ranní komunita je určena k reflexi událostí předchozího dne, terapeutickou práci se sny, sdílení a ošetření aktuálního prožívání klientů, rozdělení práce pro pracovní terapii a řešení technických otázek potřebných pro běžný chod komunity. Ranní komunita je po společné rozcvičce (viz dále Socioterapie) prvním terapeutickým programem dne, koná se každý den vyjma neděle a trvá 60 minut.

Skupinová terapie je klientům k dispozici pro řešení jejich témat, většinou je věnována jednomu klientovi nebo více klientům, mají-li společné téma, popř. více klientům v případě specifických skupin. V průběhu skupiny klient hovoří o svém příběhu či problému, jemuž se chce věnovat a který chce řešit, ostatní reflektují jeho příběh v kontextu vlastní zkušenosti, resp. mu dávají podporu či zpětnou vazbu, zároveň mohou přinášet jiné úhly pohledu a doptávat se, což může klientovi umožnit hlubší vhled do příběhu i vlastního prožívání. Skupinu využívá také nově příchozí klient, aby ostatním klientům (a i sám sobě v bezpečném prostředí) převyprávěl svůj životní příběh (tzv. životopisná skupina) nebo klient před přestupem do vyšší fáze léčebného programu (tzv. přestupová skupina), aby nahlédl na to, co se mu v léčbě dosud povedlo, popř. dostal zpětné vazby k tomu, na čem by před přestupem ještě měl zapracovat.

V programu TK Advaita jsou vedle běžných skupin zařazeny tyto specifické skupiny:

- Skupina 1. fáze – skupina určená pouze klientům v 0. a 1. fázi léčby, kteří mohou mít na začátku léčby určitý blok v otevírání svých témat před velkou skupinou lidí. Tato skupina jim nabízí prostředí s menším počtem klientů, kteří jsou na tom často podobně, což může také mírnit počáteční tlak a obavy nových klientů ze sdílení.
- Skupina 3. fáze – skupiny se účastní všichni klienti, nicméně prostor ke sdílení je určen výhradně klientům ve 3. fázi léčby, kteří se z důvodu docházení na brigádu nebo do zaměstnání nemohou účastnit ostatního terapeutického programu. Zároveň je jim skupina k dispozici i proto, aby stihli dořešit svá témata ve zkracujícím se čase, který zbývá do konce léčby. Pro klienty v nižších fázích je tato skupina důležitá ve svém propojení se životem mimo léčbu, což bývá významným stabilizačním prvkem. V neposlední řadě je podstatné i vlastní vrstevnické působení klientů ve 3. fázi, kteří mohou být, pokud se jim daří, zdrojem motivace a vzorem pro klienty na začátku cesty terapeutickou komunitou.

- Ženská / mužská skupina – skupiny se účastní zvláště ženy a zvláště muži, aby mohli řešit témata, která jsou pro svou intimitu či specifickou vhodnější řešit právě v tomto kolektivu. Obě skupiny mají specifickou dynamiku, ženská skupina je zpravidla intimnější (i díky nižšímu počtu žen v komunitě), mužská skupina má v terapeutické komunitě Advaita dokonce svůj úvodní a závěrečný „pokřik“. Skupiny vedou terapeuti stejného pohlaví jako jsou její účastníci.
- Hodnotící skupina – během hodnotící skupiny dávají vždy všichni klienti jednomu klientovi zpětnou vazbu ve vztahu k jeho postupu v léčbě, upozorňují jej na případná slabá místa, oceňují to, co se povedlo. Takového hodnocení se každý klient dočká přibližně 1x za 6 týdnů.
- Samořídící skupina – skupina, které se neúčastní terapeut, vede ji klient ve funkci pána domu, je určená k řešení praktických a technických záležitostí skupiny, výstupy ze skupiny pak pán domu tlumočí týmu.

Během týdne je v terapeutickém programu 7 skupin o délce 90 minut (běžná skupina, 3x týdně), resp. 120 minut (hodnotící skupina, 1x týdně) a 60 minut (ostatní skupiny; skupina 1. fáze a ženské/ mužské skupiny se střídají po 2 týdnech, skupina 3. fáze a samořídící skupina je pravidelně každý týden).

Večerní komunitní setkání (rozloučení) je pravidelnou každodenní aktivitou, která symbolicky uzavírá terapeutický program a dává možnost klientům reflektovat důležité, zejména pozitivní okamžiky dne a poděkovat za ně. Stejně, jako ranní komunita, i večerní komunitní setkání je nástrojem k zvědomování vlastního prožívání tady a teď, uvědomování si, jak se klient cítí a co se s ním děje, což jsou důležité kroky k tomu, aby se naučil si svých emocí nejen všimnout, ale i je bezpečně prožívat a pracovat s nimi. Deficit v těchto dovednostech a neschopnost prožívat zejména negativní emoce, je podle Matého (2020) *jeden z významných faktorů ovlivňujících prvotní motivaci k užívání návykových látek*.

Specifickým večerním komunitním setkáním je i tzv. nedělní posezení, které je na programu v neděli večer po návratu klientů z výjezdů mimo komunitu a poskytuje možnost sdílet zážitky a zkušenosti získané během těchto výjezdů, popř. klientům, kteří zůstali v komunitě možnost sdílet to, jak se jim dařilo nebo nedařilo nakládat s volným časem, kterého je o víkendů ve srovnání s všedními dny významně více.

3.2.2 Socioterapie

Mezi socioterapeutické aktivity patří takové aktivity, které se zaměřují zejména na využití volného času klientů (volnočasové aktivity a klubové aktivity), popř. mají primárně edukativní a výchovný charakter, jakkoliv s sebou nesou mnohdy i dynamiku podobnou té, která je přítomna v ostatních terapeuticky orientovaných aktivitách popsanych výše. Volnočasové programy podle Dvořáčka (2003) *nelze chápat jen jako doplňkovou část programu, neboť pomáhají klientům terapeutické komunity obnovit smysl pro některé přirozené zdroje libosti, v tomto kontextu zejména ze sociálních kontaktů, z uvolnění po sportu aj.*

Rozcvička je první společnou aktivitou dne, je v programu každý den vyjma neděle, trvá 15 minut a vede ji klient ve funkci pána domu. Rozcvička je jedním z nástrojů, jak vytvářet rutinu zdravého životního stylu a zároveň praktickou příležitostí pro přirozenou aktivizaci před začátkem vlastního terapeutického programu.

Společné odpoledne (90 min, 1x týdně) a **výlet** (min. 5 hodin, 1x týdně) jsou aktivity, jejichž vlastní náplň si plánují klienti za podpory terapeutického týmu, plán na každou z těchto aktivit připravuje vždy jeden konkrétní klient. Smyslem aktivit je naučit se přemýšlet o aktivním využití volného času, praktický nácvik dovedností k tomu potřebných (práce s mapou, plánování cesty, rozpočet v případě, že je nutné někde platit vstupné) a opět vytvářet rutinu zdravého životního stylu. Klienti si během léčby ve volnočasových aktivitách zpravidla vyzkoušejí různé sporty (turistiku, cyklistiku, běh, plavání, horolezectví, běžkování, rafty, lukostřelbu aj.), řada z nich u některých z těchto aktivit setrvává i po svém odchodu z léčby.

Klubové aktivity (60 min, 2x týdně) zahrnují večerní klub, jehož program připravuje konkrétní klient (v pondělí večer), resp. aktuálně sloužící terapeut (v pátek večer). Oproti předchozím volnočasovým aktivitám, které jsou orientovány zejména na sportovní vyžití, během klubů je častěji prostor pro přípravu zábavy spíše společenského charakteru. Zde je smyslem, aby si klienti zažili, že je možné se bavit i bez návykových látek a naučili se takovou zábavu sami připravovat. Součástí klubu mohou být např. společenské hry, kvízy a soutěže.

Osobní volno klientů není programovou terapeutickou aktivitou, nicméně je nedílnou součástí léčby. Jde o čas, který není zpravidla nijak organizován, ohraničen je ostatními terapeutickými aktivitami a klienti jej mohou využívat dle libosti s ohledem na omezení, která

jsou dána programem léčby a tím, v jaké fázi léčby se nacházejí. Ve svém osobním volnu se klienti nejčastěji věnují odpočinku, péči o sebe a své zázemí, sportují, čtou si, píšou dopisy či jinak komunikují se svými blízkými, sledují televizi, poslouchají hudbu, hrají na hudební nástroje či jinak dávají průchod své kreativitě aj. Vedle toho je tento čas vyhrazen i pro individuální poradenství a terapii, resp. práci s individuálním plánem a psaní terapeutických deníků, které jsou v povinnou součást léčby. Využití volného času bývá důležitým tématem v rámci individuálního plánu i při přestupech klientů mezi jednotlivými fázemi léčby.

Edukativní a výchovné programy (90 min, 2x týdně) jsou primárně vzdělávací lekce, jejichž témata se odvíjejí od potřeb klientů a zároveň reflektují léčebný systém, v němž se celý proces léčby odehrává. Během lekcí se tak klienti setkávají s *tématy prevence relapsu* (např. relapsový proces a jeho spouštěče a příznaky, možnosti zvládnutí relapsu, práce se stresem, nácvik asertivního chování), *sociálně-terapeutickými tématy* (jak si hledat zaměstnání v kontextu drogové minulosti, jak o ní hovořit nebo naopak nehovořit v práci a s okolím, jak řešit dluhy a exekuce, resp. na co má člověk nárok v pracovně-právním vztahu, popř. je-li registrován na Úřadu práce aj.), *tématy týkajícími se léčby* (filozofie terapeutické komunity, principy léčby, práva klientů, smysl jednotlivých terapeutických aktivit), *zdraví* (o konkrétních nemocech, dopadech závislosti na fyzické i psychické zdraví), popř. *tématy spojenými s všeobecným historickým, společenským, politickým či literárním rozměrem*. V terapeutické komunitě Advaita jsou v rámci edukativních aktivit v programu i pravidelné lekce českého pravopisu, neboť i ten je často zohledňován např. při hledání zaměstnání. Obsah lekce připravuje terapeutický tým, popř. klienti ve vyšší fázi léčby, kteří mají přípravu lekce na některé z témat prevence relapsu jako jednu z podmínek pro vstup do 3. fáze léčby.

Jakkoliv jsou lekce primárně vzdělávací aktivitou, právě ony s sebou nesou dynamiku podobnou ostatním terapeutickým programům. Nejedná se o frontální výuku, kdy lektor přednáší „třídě“ klientů, ale většinou o živé, interaktivní setkání, při němž jsou klienti, usazeni v terapeutickém kruhu, spoluvůrci tématu, když do něj přinášejí nejen své dotazy, ale často i své zkušenosti.

Relaxace (30 min, 1x týdně) je svým obsahem na pomezí volnočasových, edukativních a terapeutických aktivit, v terapeutické komunitě Advaita je vedena mezi aktivitami volnočasovými. Jejím obsahem je nácvik a provádění různých relaxačních technik

(např. autogenní trénink, Jacobsonova progresivní svalová relaxace, relaxace prostřednictvím imaginace aj.), které pak mohou klienti využít v každodenní práci se stresem.

3.2.3 Zátěžové programy

Specifickou aktivitou, která obsahově navazuje na předchozí volnočasové aktivity, jsou v terapeutické komunitě tzv. **zátěžové programy**, aktuálně se častěji (a přiléhavěji) používá termín terapie dobrodružstvím. Jde zpravidla o vícedenní sportovní aktivity, které pro klienty představují dostatečnou zátěž a jsou terapeuticky využitelné. Vedle fyzické zátěže je důležitý také pobyt v nestandardních podmínkách (např. stanování). Ačkoliv jsou aktivity jako týdenní či noční putování po horách pro řadu klientů náročné, často jsou to zároveň příležitosti pro získání silných zážitků, na které klienti později vzpomínají a které někteří z nich označují za „první čisté zážitky bez drog v životě“.

3.2.4 Pracovní terapie

Pracovní terapie (celkem 16,5 hod týdně) tvoří významnou část terapeutického programu. Klienti se během ní učí pracovním návykům, které mnohdy během drogové kariéry ztratili, popř. je nikdy neměli, i praktickým dovednostem. Součástí pracovní terapie je péče o dům o dům a zahradu, vaření, nakupování, práce v dílně, výroba drobných předmětů, které jsou pak prodávány při různých příležitostech, výtěžek z prodeje je součástí rozpočtu komunity.

3.2.5 Individuální práce s klientem

Vedle výše uvedených skupinových aktivit, na nichž stojí terapeutická komunita jako léčebný model, jsou součástí léčby i aktivity individuální. Každý klient má svého klíčového pracovníka, tzv. garanta, s nímž vypracovává a pravidelně každý měsíc reviduje svůj individuální terapeutický plán a řeší, jak se mu v léčbě daří, co ho trápí a s čím potřebuje pomoci. Zároveň mohou klienti požádat o individuální konzultaci i ostatní terapeuty, nemusí se tedy obracet jen na své garanty. **Individuální terapie a poradenství** bývá realizována zpravidla v osobním volnu klientů a lze ji charakterizovat také jako individuální doprovázení klienta ve skupinové terapii.

Individuální terapeutický plán zahrnuje klientovy cíle a kroky ke změně v oblastech psychického a fyzického zdraví, vztahu k závislosti na návykových látkách, sociální a právní situace, vztahu s rodinou a dalšími blízkými lidmi, následného pracovního uplatnění, využití volného času aj.

Zvláštní pozornost je pak věnována také řešení klientovy sociální situace, pro které je v terapeutické komunitě k dispozici sociální pracovník. Obsahem **sociální práce** je v tomto kontextu pomoc s vyřízením osobních dokladů, pokud je klient nemá, se zajištěním minimálních příjmů pro úhradu léčby v komunitě (např. ve formě dávek hmotné nouze – příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení), orientaci v aktuálních dlužích a exekucích, popř. s žádostmi o splátkové kalendáře či osobní bankrot, podpora při zajišťování následné péče po ukončení léčby v terapeutické komunitě.

3.2.6 Práce s rodinou

Součástí terapie v terapeutické komunitě jsou i aktivity směřující ke zlepšení nebo znovunavázání vztahů s rodinou, pokud je to možné a pro klienta přínosné. Z výzkumů, které zmiňují mj. Ravndal (2003) a Broekaert et al. (1999), citováno dle Šefránka (2014), vyplývá, že právě *zapojení rodičů do programu výrazně zlepšuje výsledky léčby v komunitě*. Ohled je přitom potřeba brát na dosavadní průběh vztahu, např. pokud má klient v anamnéze sexuální zneužití nebo týrání rodičem nebo blízkým rodinným příslušníkem, nebývá obnovení takového vztahu žádoucí.

Práce s rodinou je realizována zejména formou tzv. rodinných víkendů, kdy rodiče, popř. partneři a děti klientů přijíždějí na víkend do terapeutické komunity a aktivně se účastní jak skupinových aktivit, které jsou tematicky zaměřeny právě na rodinné vazby, tak rodinných konzultací, kterých se účastní rodinní příslušníci spolu s jejich blízkým – klientem v léčbě. Rodinný víkend je realizován 4x ročně, účast na něm je pro rodinné příslušníky dobrovolná, na rodinné příslušníky se po dobu pobytu v komunitě vztahují stejná pravidla, jako na klienty (např. aktuální abstinence od návykových látek, nutnost zdržet se agrese aj.).

Jakkoliv jsou výše uvedené aktivity definovány jako jednotlivé výkony, ve svém součtu působí na klienta komplexně, jsou vzájemně propojeny a doplňují se. Pojícím prvkem je zejména klientovo prožívání všeho, co se mu v terapeutické komunitě děje, reflexe tohoto prožívání v prostorech, které jsou k tomu určeny (např. na ranní komunitě nebo v rámci individuální konzultace), popř. v terapeutickém deníku, který si každý klient vede. Významnými subjekty léčby jsou také terapeutická skupina a terapeutický tým, které dotváří klima celého léčebného procesu a tvoří z něj stabilní, fungující systém, jenž umožňuje zásadní změny v životě uživatelů drog, které jsou předmětem šetření této práce.

3.3 Evaluace

Fungování TK Advaita je podrobena pravidelné evaluaci na několika úrovních. *Evaluace umožňuje získávat zpětnou vazbu o fungování prováděných intervencí a ověřovat jejich správnost, vhodnost či účinnost.* (Hendl, 2017) Kromě toho povinnost pravidelné evaluace ukládají Standardy kvality sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR, 2007), Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády ČR, 2005) a vyžadují ji také v různých podobách donátoři, kteří se podílejí na financování poskytovaných služeb (např. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Krajský úřad Libereckého kraje aj.)

Na úrovni organizace, tj. zapsaného ústavu Advaita, se realizují pravidelné ekonomické audity, každoročně se vydává výroční zpráva o činnosti. Za terapeutickou komunitu jsou pak zpracovávány průběžná a závěrečná zpráva o činnosti za daný kalendářní rok, které se přikládají k vyúčtování získaných dotací jako zpětná vazba o vhodném využití finančních prostředků a konkretizaci dopadu poskytovaných služeb na řešenou problematiku. Tento dopad je kvantifikován několika významnými ukazateli (např. počet klientů, kterým byla služba poskytnuta, využití kapacity služby, skutečný objem terapeutických aktivity, které byly realizovány aj.) a doplňován výstupy kvalitativního charakteru (např. jak se změnil charakteristiky klientů, kteří vstupují do služby, jak se proměnil obsah konkrétních aktivit za účelem, aby lépe reagoval na potřeby klientů aj.).

Kvantitativní data jsou v TK Advaita vedena z velké části prostřednictvím aplikace UniData, popř. v excelových tabulkách, zdrojem těchto dat je převážně provozní dokumentace, tj. smlouva o poskytování služby (věk klientů, region, z něhož pocházejí) a denní žurnál se záznamem o poskytnutých službách konkrétním klientům. Informace o klientech (např. hlavní užívaná droga) jsou dále doplňovány prostřednictvím vstupního zhodnocení stavu klienta při vstupu do léčby.

Data kvalitativního charakteru vycházejí z evaluace **na úrovni terapeutické komunity** jako služby, k níž dochází na pravidelných týmových konferencích (1x ročně za přítomnosti všech pracovníků organizace, 2x ročně jen s terapeutickým týmem TK), velkých poradách

(8x ročně za přítomnosti terapeutického týmu a klientské skupiny), poradách terapeutického týmu (1x týdně), schůzkách vedoucí TK s klienty ve 2. a 3. fázi (1x měsíčně) a někdy i v rámci supervize. Evaluace se v tomto kontextu aktivně účastní terapeutický tým i klienti služby.

Evaluace služby na klientské úrovni je orientována na služby poskytované konkrétnímu klientovi, jeho potřebám a progresu v léčbě. Výchozím bodem je výstup ze vstupního zhodnocení stavu klienta, resp. diagnostického rozhovoru s klientem při vstupu do léčby, které zpracovává zpravidla vedoucí TK a doplňuje jej po konzultaci s klientem i lékař, který je součástí týmu. Dalšími doplňujícími zdroji informací mohou být klientův životopis, který poslal do TK spolu se žádostí o léčbu, propouštěcí zpráva v případě, že klient přichází z jiného zařízení, doporučení do léčby, záznam z životopisné skupiny aj. Klient na začátku léčby vyplňuje mj. sebehodnotící dotazník (viz Příloha B), kde hodnotí, jak si vede v různých oblastech života. Stejný dotazník vyplňuje i na konci léčby, díky čemuž může porovnat posun, k němuž u něj v těchto popisovaných oblastech došlo.

Významným podkladem pro evaluaci je pak individuální plán, který si klient vypracovává se svým klíčovým pracovníkem, resp. garantem z řad terapeutického týmu. Tento plán by měl vést k naplnění klientových potřeb a dosažení takových změn v jeho životě, které mu umožní žít kvalitní život ve společnosti, ideálně bez návratu k životnímu stylu spojenému s užíváním návykových látek.

Zpětnou vazbu o svém fungování v léčbě dostává klient od svého garanta, ostatních terapeutů i klientů ve skupině, a to jak průběžně v rámci terapeutických aktivit, tak cíleně v během tzv. hodnotící skupiny, která je k takové evaluaci určena a jejímž jedním z výstupů je i rubrika „hvězda týdne“, kterou volí klienti a oceňují tak konkrétní klienty za konkrétní kroky v léčbě. K hodnocení klientova terapeutického postupu dochází také při jeho přestupech mezi jednotlivými fázemi léčebného programu, popř. na případových konferencích.

Příležitost pro průběžné hodnocení má klient také např. v rámci svého terapeutického deníku, zpětných vazeb na konci jednotlivých programů nebo během večerního rozloučení, které uzavírá každodenní terapeutický program. Specifickým nástrojem evaluace je pak aplikace sankčního systému, v němž klient při nedodržování pravidel TK dostává sankce v podobě práce navíc pro komunitu. Sankce nejsou a priori mechanickým trestem, ale jsou nástrojem pro zvědomování toho, že se s klientem něco děje, že ztrácí pozornost, vrací se ke

starým a maladaptivním vzorcům chování, upozorňují na významné změny v nastavení klienta v léčbě.

Na konci léčby klient vyplňuje tzv. evaluační dotazník, v němž má možnost zhodnotit poskytované služby s odstupem času, který v léčbě strávil, ohlédnout se za tím, co mu pomohlo, co fungovalo, co by možná potřeboval jinak, popř. jak které služby a okolnosti léčby vnímal a co mu přinesly. Součástí dotazníku je také již zmiňovaný sebehodnotící dotazník. O změnách, k nimž došlo v klientově životě v průběhu léčby, klient hovoří na závěrečném rituálu. S individuálním garantem pak hodnotí, jak se mu podařilo dosáhnout stanovených cílových hodnot léčby. Celý průběh léčby pak vyhodnocuje a zpracovává formou závěrečné zprávy garant ve spolupráci s klientem. Závěrečná zpráva vychází ze všech uvedených zdrojů.

3.4 Personální zajištění

Terapeutická komunita Advaita, coby pobytová sociální služba, funguje v nepřetržitém provozu, který přímo zajišťuje šest pracovníků na pozici socioterapeut/ka (tj. 6x 1,0 pracovního úvazku), dále pracovní terapeutka (1,0 úvazku), hospodářka (1,0 úvazku) a vedoucí služby (1,0 úvazku). Terapeutický tým doplňují tři externí socioterapeuti (na 0,3 úvazku, popř. na DPP) a sociální pracovník (0,5 úvazku). Dále se na chodu služby podílí vedení celé organizace (odborný ředitel, finanční ředitelka, vedoucí kanceláře a účetní), jejichž úvazky jsou rozděleny mezi terapeutickou komunitu a ostatní služby v rámci zapsaného ústavu Advaita.

Pracovníci v přímé práci s klienty jsou profesí většinou sociální pracovníci (dle zákona č. 108/2006 Sb.), popř. adiktologové s ukončeným vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním a dokončeným nebo alespoň započatým sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem. Tým pracuje pod pravidelnou intervizí i supervizí.

Práce v terapeutické komunitě skýtá mnohé příležitosti, co se týká profesního růstu a seberozvoje (terapeutický proces zde běží prakticky nepřetržitě). Má ovšem i své limity, které souvisejí např. se zajištěním nepřetržitého provozu ve dvanáctihodinových směnách, v němž obtížně fungují ženy s malými dětmi, popř. samoživitelky, pro které je práce v tomto režimu prakticky nemožná, pokud nemají k dispozici někoho, kdo jim pomůže s péčí o děti. To s sebou nese jistou míru fluktuace pracovníků, resp. častěji pracovníc, při níž do komunity na pozici

socioterapeutek nastupují mladé ženy, zůstávají zde většinou do svého odchodu na mateřskou dovolenou a už se zpět nevrací, popř. se vrací na pozice, které umožňují větší flexibilitu při péči o děti (např. na pozici vedoucí služby nebo externího socioterapeuta). Fluktuace mezi muži – socioterapeuty je ve službě dlouhodobě nižší.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

Na úvod výzkumného šetření představím stručná teoretická východiska k mému výzkumu. Léčba v terapeutické komunitě má podle Kaliny (2008 str. 253) u uživatelů návykových látek *prokázaný účinek na snížení užívání drog, snížení kriminality, zlepšení psychických problémů a lepší sociální integraci. Pro interval 3 až 15 měsíců platí přímá úměrnost mezi přínosem léčby a dobou strávenou v léčbě.* Vzhledem k tomu, jak intenzivní a komplexní léčba je v rámci terapeutické komunity realizována, lze předpokládat, že změna, ke které u uživatelů drog během ní dochází a která se následně projevuje ve výše uvedených oblastech, bude zahrnovat nejen faktické posuny v oblasti užívání drog, kriminálního chování, psychického stavu a sociálním fungování, ale i hlubší změny ve vztahu k sobě a k okolí, které mohou být významným předstupněm popisovaných výsledků.

4.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumný problém a výzkumné otázky

Cíl práce je ve výzkumném šetření specifikován do zjišťování rozsahu a konkretizace oblastí změn, ke kterým u klientů došlo v průběhu léčby v terapeutické komunitě. Vzhledem ke komplexnosti léčby a skutečnosti, že je léčba do značné míry založena na psychoterapeutických principech, předpokládám, že změny, ke kterým u klientů došlo, se uskutečnily i v rámci hlubších struktur osobnosti a zároveň, že jsou respondenti šetření schopni je sami realisticky reflektovat. Právě tato jejich schopnost sebereflexe byla během léčby podporována a rozvíjena a sebereflexe sama byla mnohokrát vystavena zpětným vazbám terapeutické komunity, coby léčebného společenství, a tedy i v rámci možností objektivně korigována.

V souvislosti s cílem výzkumného šetření jsem stanovila vědecko-výzkumný problém, tedy zážitek změny, k níž došlo v období od nástupu do léčby v terapeutické komunitě až do jejího ukončení. Z uvedeného formuluji hlavní výzkumnou otázku **(HVO): Jak se změnil život respondentů v průběhu léčby v terapeutické komunitě?**

Hlavní výzkumnou otázku sytí následující dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?

DVO2: Jak se v tomto období změnili respondenti sami?

DVO3: Jak se změnilo celkové životní nastavení respondentů?

4.2 Výzkumný design

Vzhledem k cíli práce soustředím v rámci výzkumu svoji pozornost k sebereflexi respondentů, jak oni sami obsahově vnímají změny, k nimž došlo v jejich životě během léčby v terapeutické komunitě. Z tohoto důvodu jsem pro výzkumné šetření zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, neboť jsou v jejím rámci možné *popis, analýza a interpretace nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality* (Miovský, 2006 str. 17).

Životní změna, pakliže nepředjíáme, v jaké oblasti, resp. jakých oblastech, ji respondenti reflektují jako nejzásadnější, je široký pojem a každý z respondentů ji může popisovat odlišně. Mým cílem není sebrat velké množství kvantifikovatelných dat, protože takové šetření by umožnilo jen povrchní poznání problematiky. Za mnohem užitečnější s ohledem na cíl práce považuji zkoumání podrobných, autentických výpovědí respondentů, které poskytnou hlubší informace o individuálních zkušenostech dotazovaných.

Pro zpracování výzkumného šetření volím inspiraci metodou zakotvené teorie, protože nejlépe odpovídá potřebám mého výzkumného šetření tak, aby byl v rámci možností naplněn stanovený cíl práce – popsat životní změnu uživatelů drog, ke které dochází v průběhu léčby v terapeutické komunitě. *Hlavním cílem metody zakotvené teorie je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování* (Řiháček, 2013 str. 44).

4.3 Metoda sběru a analýza dat

Jako výchozí metody pro sběr dat volím v tomto výzkumném šetření analýzu dokumentů, dle Miovského přesněji *obsahovou analýzu písemných dokumentů* (2006 str. 100), a dotazování, které jsou doplněny také vlastním pozorováním, neboť v terapeutické komunitě Advaita, jejíž klienti jsou zároveň respondenty šetření, pracuji jako terapeutka, resp. socioterapeutka.

Relevantními dokumenty, které analyzuji v první fázi šetření jsou: záznam o vstupním zhodnocení klienta při nástupu do léčby, sebehodnotící dotazník pro popis stavu klienta, který klienti vyplňují na začátku a na konci léčby, souhrn zpráv individuálního garanta o postupu klienta v léčbě, závěrečná zpráva a doporučení klienta do následné péče. Výsledkem této prvotní analýzy je základní představa o tom, s jakou zakázkou, s jakým očekáváním a v jakém stavu přišel klient do léčby, jaká byla jeho témata, kterými se v průběhu léčby zabýval a v jakém stavu komunitu opouštěl. Tato rámcová představa spolu s vlastním pozorováním, resp. vlastní zkušeností s klienty a s tím, jak v léčbě fungovali a na čem pracovali, je pak podkladem pro vlastní dotazování respondentů.

Stěžejním zdrojem dat je nestrukturovaný rozhovor. Při něm *obvykle nedefinujeme ani dílčí okruhy, držíme se především hlavního tématu, které nás zajímá, a sledujeme jeho rozvíjení v kontextu definovaných výzkumných otázek* (Miovský, 2006 str. 157). Úvodní otázka rozhovoru kopíruje cíl šetření, tedy „k jakým změnám u klienta došlo v průběhu léčby v terapeutické komunitě, resp. co se v jeho životě v tomto období změnilo?“ a dále je rozhovor veden adekvátně v reakci na to, o čem bude klient mluvit. Rámcová představa o tom, s jakými tématy klient do léčby přišel, popř. jak se mu v léčbě dařilo, je v průběhu rozhovoru pouze teoretickým základem pro případné doptávání nebo podporu dotazovaného, pokud by pro něj byla reflexe změn v daném okamžiku z jakéhokoliv důvodu obtížná.

Pro zaznamenání rozhovoru využívám audiozáznam, neboť umožňuje tazateli plně vnímat výroky respondenta v reálném čase, a přitom si zaznamenávat případné jeho neverbální projevy formou poznámek. Při následném přepisu audiozáznamu do textové podoby pak umožňuje doslovnou transkripci, která snižuje riziko ztráty významů jednotlivých výroků.

Sebraná data analyzuji za využití tzv. otevřeného kódování. Jeho cílem je *konceptualizovat data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů. Vytváříme přitom pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi* (Řiháček, 2013 str. 48). Na základě popsaných konceptů se následně snažím definovat vztahy mezi jednotlivými koncepty, zejména pak těmi, které nejlépe odpovídají na výzkumnou otázku a mohou se stát základem pro teorii, resp. pracovní model životní změny uživatelů drog v terapeutické komunitě, která je tématem této práce.

Na závěr se opět vracím k analýze dokumentů, tentokrát analyzuji souhrnné evaluační výstupy v oblasti dosahování cílových hodnot klientů v rámci léčby v terapeutické komunitě a sebehodnotící dotazníky, které klienti vyplňují na začátku a na konci léčby, které znázorňují, jak se v konkrétních oblastech klienti během léčby posunuli. Výsledky této analýzy pak srovnávám s pracovním modelem životní změny uživatelů drog v terapeutické komunitě z předchozí fáze šetření, abych zjistila, zda výstupy za využití stávajících nástrojů pro sledování změn, k nimž u klientů během léčby dochází, odpovídají tomu, jaká je realita, popř. zda je třeba zvolit jiné způsoby, jak bychom mohli v rámci evaluace tuto změnu přílehavěji zjišťovat.

4.4 Výzkumný vzorek a jeho charakteristika

Pro výběr respondentů šetření vycházím z několika obecných kritérií. Dotazovaní:

- byli klienty Terapeutické komunity Advaita v letech 2019 až 2021
- léčbu dokončili úspěšně
- absolvovali závěrečný rituál v období 01/2021 až 02/2022
- souhlasili s rozhovorem a měli zájem se účastnit výzkumného šetření.

Tato kritéria splňuje celkem 8 osob, z toho 6 mužů a 2 ženy. Nerovnoměrné zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku odpovídá nerovnoměrnému rozdělení míst pro klienty v Terapeutické komunitě Advaita, kde je k dispozici 11 míst pro muže a 4 místa pro ženy. To reálně odpovídá zájmu uchazečů o léčbu, mezi nimiž dominují muži, mj. i proto, že jsou to právě oni, kteří se častěji sami potýkají s problematikou závislosti. Vzhledem ke specifickému zacílení výzkumného šetření a nízkému počtu možných respondentů, není při výběru nijak zohledňován věk dotazovaných, jakkoliv může mít teoretický vliv na osobní

zralost a přístup k životu, s nimiž životní změna v průběhu léčby pravděpodobně také souvisí. Jen pro základní představu o respondentech uvádím, že se věk dotazovaných v době ukončení léčby pohyboval v rozmezí 25 až 45 let, průměrný věk mužů byl 34 let a průměrný věk žen 31,5 roku.

Respondenty jsem oslovovala již v průběhu léčby, resp. v době, kdy se jejich léčba blížila ke konci, vlastní rozhovory se pak uskutečnily většinou do jednoho měsíce od závěrečného rituálu, který je symbolickým a většinou i faktickým ukončením léčebného pobytu. (Pozn.: léčebný pobyt může v odůvodněných případech trvat i o několik dní déle, pokud klient např. čeká na uvolnění místa v chráněném bydlení v rámci následné péče).

Vzhledem k tomu, že klienti svou léčbu končili postupně a postupně byly realizovány i samotné rozhovory, byla do určité míry i naplněna podstata teoretického vzorkování, která spočívá v tom, že *další respondenti jsou vybíráni až na základě konceptů a jejich dimenzí vynořujících se v průběhu samotné analýzy* (Řiháček, 2013 str. 45). V první fázi proběhlo pět rozhovorů, zbylé tři pak postupně doplňovaly výzkumný vzorek tak, aby bylo možné vytvořit dobře saturovaný teoretický koncept s adekvátní explanační silou.

Rozhovory s respondenty probíhaly většinou osobně v pro klienty známém a bezpečném prostředí, většinou v kanceláři Terapeutické komunity Advaita, resp. poradenských místnostech Doléčovacího centra Advaita, kam jsou klienti zvyklí chodit na individuální poradenství. Tři rozhovory bylo nutné absolvovat on-line prostřednictvím videohovoru z důvodu špatné epidemiologické situace, resp. karantény či izolace jednoho z účastníků rozhovoru. I při těchto rozhovorech nicméně byli klienti nerušení, v bezpečném prostředí domova, sami, s možností o věcech otevřeně mluvit.

4.5 Příležitosti a limity tazatele, nároky na etiku

Již v úvodu práce zmiňuji, že vlastní výzkumná otázka, které se v této práci věnuji, vychází z mého profesního působení v terapeutické komunitě na pozici terapeutky, resp. socioterapeutky a mého zájmu pochopit a popsat změny, k nimž u klientů v průběhu léčby dochází. Dostávám se tak v rámci výzkumného šetření do dvojrole, kdy jsem zároveň terapeutem, tedy aktivním hybatelem, který klienta na jeho cestě ke změně doprovází a jeho

změnu podporuje či pomáhá regulovat, a tazatelem, který se na tyto změny následně ptá. *Z hlediska způsobů vědeckého poznávání je pro kvalitativní přístup charakteristický předpoklad, že validita poznatků, které o vnějším i vnitřním světě získáváme prostřednictvím vědeckého zkoumání, je úměrná naší schopnosti porozumět a vysvětlit, jak se na tomto procesu podílí právě samotný výzkumník* (Miovský, 2006 str. 70). Proto považuji za důležité pojmenovat příležitosti a limity, které z této dvojrole plynou.

V Terapeutické komunitě Advaita působím již 12 let, z toho 8 let na pozici externího terapeuta, tedy terapeuta, který doplňuje tým kmenových zaměstnanců a zajišťuje provoz léčebného zařízení v době, kdy ostatní terapeuti čerpají řádnou dovolenou či z jiného důvodu nemohou sloužit v nepřetržitém provozu komunity. Zároveň externí terapeut, coby další osoba v týmu, zvyšuje variabilitu terapeutických přístupů, mezi nimiž si klient může vybrat toho terapeuta, k němuž bude mít blízko, s nímž se mu bude dobře mluvit aj. V běžném provozu sloužím v průměru čtyři dvanáctihodinové služby za měsíc, což mi umožňuje být v kontaktu s klienty, znát přibližně jejich příběhy, navázat s některými z nich užší terapeutický vztah. Nejsem nicméně obeznámena s veškerým děním v komunitě ani nejsem individuálním garantem klientů, neboť to vyžaduje větší časovou investici. Jsem také účastna úměrně menšího počtu klientských konfliktů, propadů, ale i vzletů a úspěchů.

Tato pozice mi umožňuje celkem snadno poskytnout dotazovaným bezpečné prostředí, v němž mohou otevřeně mluvit o změnách, ke kterým u nich v průběhu léčby došlo. Klienti vědí, že znám jejich příběh před léčbou i během ní, a tak mohou mít menší tendence sdělované informace zkreslovat či jinak cenzurovat, což může být příležitostí k vyšší saturaci výzkumného šetření. To, co je příležitostí, však může být ve stejný okamžik i limitem. Klienti mohou mít díky našemu terapeutickému vztahu potřebu říkat, co si myslí, že chci slyšet, rozhovor a doptávání pak může místy nabývat podoby terapeutického sezení.

Dotazovaní byli informováni o průběhu rozhovoru i jeho využití v diplomové práci, s rozhovorem ústně souhlasili, souhlas je součástí nahrávky. Rozhovoru se účastnili jen ti, kteří o to měli zájem. Dále byli informováni o tom, že s jejich osobními údaji, které mám k dispozici, budu zacházet anonymně. Respondenti jsou dále v práci označeni kódy R1 až R8. V textu jsou využity fragmenty jednotlivých rozhovorů, doslovné přepisy rozhovorů jsou uloženy a k nahlédnutí u autorky práce.

4.6 Analýza dat

Z analýzy rozhovorů vzešlo celkem 243 záznamů kódů, které jsou dále seskupeny do 9 kategorií (viz schéma č. 1). V následující kapitole budou tyto kategorie představeny a okomentovány v kontextu dílčích výzkumných otázek, které sytí hlavní výzkumnou otázku. Ve výčtu není uvedeno všech 243 záznamů, neboť některé kódy jsou stejné a opakují se u více respondentů.

Schéma č. 1 : Přehled kategorií a podkategorií, které sytí výzkumné otázky

HVO: Jaká je životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě?	
DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?	
<i>Kategorie</i>	<i>Podkategorie</i>
1. KOMPETENCE	Praktické kompetence Kompetence spojené s emocemi Schopnost říct si o pomoc Fungování ve vztazích s druhými lidmi
2. ZÁVISLOST	Abstinence a přijetí závislosti Dovednosti podporující abstinenci
3. SEBEPOZNÁNÍ	
4. RODINA	
DVO2: Jak se v tomto období změnili respondenti sami?	
5. VZTAH K SOBĚ	Mám se rád Starám se o sebe Přijímám se Neublížuji si, zasloužím si, odpouštím si
6. SEBEDŮVĚRA	
7. ZODPOVĚDNOST	
8. SMĚŘOVÁNÍ	
DVO3: Jak se změnilo celkové životní nastavení respondentů?	
9. ZMĚNA POHLEDU NA SVĚT	Naděje a smysl života Optimismus a radost

DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?

Kategorie č. 1: KOMPETENCE

Všichni respondenti se shodli, že v průběhu léčby došlo v jejich životě k důležitým změnám v oblasti rozvoje vlastních kompetencí. Do této kategorie spadá přibližně 20 procent všech definovaných kódů. Pro větší přehlednost jsou tyto kompetence rozděleny do čtyř podkategorií, které jsou označeny alfanumerickým kódem a dále jednotlivě popsány.

Podkategorie 1A: Praktické kompetence

Kódy:

Naučil jsem se zvládat praktické věci, vařit

Orientuju se ve svých dluzích

Našel jsem si bydlení

Naučil jsem se fungovat

Naučil jsem se dávat si cíle, někam směřuju

Začal jsem splácet dluhy

V práci to líp zvládám

Umím řešit praktické věci a fungovat venku

Naučila jsem se o sobě přemýšlet a mluvit

Učím se žít normální život

Našla jsem si práci

Komentář:

Rozvoj svých praktických kompetencí popisuje šest z osmi respondentů. Nejčastěji hovoří o praktickém fungování z hlediska dovedností potřebných pro běžný život. R1 uvádí, že se „*posunul ve zvládání věcí, které by dříve nezvládal, ať už jde o běžnou práci nebo třeba vaření*“. R6 si podle svých slov „*více uvědomuje dospělý život, že je to o tom, že člověk chodí do práce, vydělává peníze, platí účty, řeší jídlo*“, což jsou aktivity, s nimiž dosud reálně neměla praktickou zkušenost. Významným tématem se ukázala problematika dluhů, kterých má řada

uživatelů návykových látek kvůli svému životnímu stylu mnoho a často se jim mimo léčbu, resp. před léčbou nevěnují. „S penězi jsou před léčbou vůbec nehospodařil, bral jsem si půjčky, nasbíral jsem pokuty za jízdu na černo, bylo mi jedno, kde mám dluhy. Začal jsem to splácet, i když plnohodnotně to půjde, až začnu pracovat,“ popisuje R1.

Pozn.: Zde bych ráda upozornila na fenomén „bylo mi to jedno“, který se objevuje hned u několika respondentů v různých tématech a nabízí prostor pro úvahu o tom, že už ono „bylo mi to jedno“ v sobě vlastně nese důležitou zprávu o změně ve vnímání zmíněných témat respondenty. Věci, o nichž mluví, jim v tuto chvíli už jedno nejsou a stávají se pro ně tématy, ať už jde o praktické věci jako řešení dluhů nebo obtížněji uchopitelné vztahování se k sobě samému a ke světu obecně, viz dále.

R1 a R3 se v průběhu léčby začali ve své finanční, přesněji dluhové situaci orientovat, R3 zmiňuje, že díky tomu bude umět tuto situaci v budoucnu řešit. R2 a R6 si na konci léčby nebo krátce po jejím ukončení našli práci a své dluhy začali postupně splácet. Práci odpovídající jejím potřebám a možnostem si našla i R8 a hodnotí to jako významnou změnu: „Mám práci, to jsem před léčbou neměla. Spolupracuju s chráněnou dílnou, to mi vyhovuje i po zdravotní stránce a jsou tam na mě hodní.“

Podkategorie 1B: Kompetence spojené s emocemi

Kódy:

Učím se zacházet se svým vztekem

Umím lépe zvládat svůj vztek

Mám obavy ze svého vzteku

Naučil jsem se netlumit a prožívat emoce

Učím se neutíkat před emocemi a prožívat je

Učím se prožívat emoce

Začal jsem prožívat emoce

Strachy už mě neparalyzují

Učím se smutek prožívat a nebát se ho

Bojím se vzpomínek a připomínání minulosti

Lépe zvládám stres

Naučil jsem se zvládat stres, vím, že někdy skončí

Komentář:

Za kompetence spojené s emocemi lze považovat jejich rozpoznání, uvědomování, prožívání a zvládání v rámci určité normy. Rozvoj svých kompetencí souvisejících s emocemi, reflektuje shodně jako u předchozí podkategorie šest z osmi respondentů. Zajímavostí je, že jde o všechny muže ve výzkumném vzorku.

R2, R3 a R7 hovoří o vlastním prožívání emocí jako o něčem novém, co dosud v jejich životě nebylo nebo to bylo nesrozumitelné či nepříjemné. *„Mnohem líp teď prožívám tu energii, která s tou emocí vyvstane. V minulosti jsem měl tendenci emoci nějak zařadit, vyřešit a tím ji vlastně vytěsnit, neprožít ji. Tohle se hodně změnilo. Teď dokážu v emoci zůstat a být, být v té energii a asi se tomu tolik nebráním. Ne vždy mi to jde. Je to dovednost, kterou se budu učit asi celý život,“* popisuje R3.

Konkrétními emocemi, s nimiž mají respondenti nejčastěji potíže, resp. se s nimi učili v rámci léčby v terapeutické komunitě nejčastěji zacházet, jsou vztek, strach a smutek. *„Když jsem přišel, tak jsem byl hodně tichej, nebyl na mě vidět vztek, byl jsem víc uzavřenej, častěji jsem jenom pozoroval. Ukázal jsem se opravdu asi až po dvou měsících. Pak jsem byl hodně vzteklej, hodně jsem křičel, hodně jsem nadával na okolí, hodně jsem byl morous. Teď jsem menší morous,“* říká o svém setkávání se se vztekem R1. *„Byl jsem hodně agresivní, teď tu umím nějak líp zvládat, mluvím o tom,“* popisuje změnu R5. Kromě samotného vývoje, o němž respondenti hovoří, je zde patrná i dimenze určitých obav, které na poznání nasedají a mohou mít podobu konkrétní obavy (R1: *„Mám strach ze svého vzteku v práci.“*), popř. použitého nedokonavého vidu slovesa učím se, který naznačuje, že proces učení se je v tomto kontextu stále neukončený, jak koneckonců konstatuje i R3 výše.

Ve výpovědích R5 a R7 je zobrazeno vzájemné propojení smutku a vzteku i to, k jaké změně v prožívání a zvládání těchto emocí u respondentů došlo. *„Byl jsem z něčeho smutnej a neuměl jsem to prožít, ale věděl jsem, že agrese přinese okamžitou úlevu. Teď se snažím smutek prožít, nebát se ho, pustit to k sobě,“* popisuje R5. Podobně o tom hovoří i R7: *„Když mi není dobře, tak to nějak prodejkávám. Radši se snažím si to odžít v nějakým smutku a prostě si to prožít, abych to neproměnil do nějaké agrese a nepustil to do jiných lidí.“*

Pozn. Podobně jako byl v předchozí kapitole zmíněn fenomén v podobě výroku „bylo mi to jedno“, zde se objevuje, a v dalších kategoriích se ještě objevovat bude, další opakující se jev týkající se odvahy – „už se nebojím“. Respondenti hovoří o tom, že se snaží se nebát, popř. se už nebojí (prožívat emoce, čelit smutku), jakkoliv své strachy v konkrétních oblastech stále mohou mít a často i mají. Můžeme se domnívat, že zdrojem této odvahy je popisovaný rozvoj kompetencí a další změny, k nimž došlo v průběhu léčby a které mohly vést ke zvýšenému pocitu vlastní účinnosti. Této domněnce nahrává i výrok R3: „*Občas strachy ještě cítím, ale už mě neparalyzují. Dělán reálné činy.*“ Pro potvrzení domněnky by však bylo třeba samostatného šetření, proto ji zde nechávám jen pro úvahu a inspiraci.

Podkategorie 1C: Schopnost říct si o pomoc

Kódy:

Umím si říct o pomoc

Učím se říkat si o pomoc

Zjistil jsem, že si taky zasloužím, aby mi někdo pomohl

Umím přijmout podporu a neshazuju se

Komentář:

Schopnost a koneckonců i dovednost říct si o pomoc a pomoc přijmout zmiňuje v rozhovorech polovina respondentů. Respondenti R2, R3, R4 a R7 se shodují na tom, že se to v léčbě naučili, popř. se to ještě učí. Zatímco R4 popisuje téma spíše v praktické rovině („*Možná si umím líp říct o pomoc. Když mi to nejde, tak to zkouším. Když to ani potom nejde, tak si jdu říct o pomoc. Dřív jsem ty věci nechával vyhnít, když mi nešly, že je semele čas. Teď už si řeknu o pomoc dřív, když nevím.*“), R1 jej propojuje s rodinnými vztahy a vlastní potřebou obstat bez pomoci bližních: „*Umím si líp říct o pomoc. Nedávno jsem to řešil, když jsme s přítelkyní hledali bydlení a potřebovali jsme sehnat peníze na kauci na byt. Bojoval jsem s hrdostí a egem a nakonec poprosil mámu, aby nám půjčila. Bylo to obtížné. Dřív jsem si věci radši vyžral sám, než abych si řekl o pomoc.*“

Pro R4 byla dříve překážkou pro přijetí pomoci utkvělá představa, že si pomoc nezaslouží. „*Je to o tom věřit, že společnost není tak prohnílá a že ve zdravých vztazích si lidi*

můžou pomáhat. A můžou pomáhat i mně. Bez ohledu na to, co za to.“ Určitou míru důvěry ve svět i v sebe samého pak naznačuje i výrok R7: „Neshazuju se, říkám si, že je to normální a že to není nic špatného, že se tím neponižuju. Ze začátku jsem to měl tak, že jsem se za to styděl. Ted' to беру tak, že je to normální, že si řeknu o pomoc, než abych se zlikvidoval úplně.“

V tématu říkání si o pomoc je patrná souvislost s kategorií Vztah k sobě, která je popsána u dílčí výzkumné otázky DVO2: Jak se v průběhu léčby změnili sami respondenti (viz dále), neboť respondenti, kteří zmiňují tuto svou nově získanou či kultivovanou dovednost, jsou zároveň těmi, kteří popisují významné změny ve vztahu k sobě v rovině sebelásky a sebeúcty.

Podkategorie 1D: Fungování ve vztazích s druhými lidmi

Kódy:

Líp komunikuju s okolím
Jsem v kontaktu s okolím
Cítím se jistější ve vztazích s lidmi
Nedělám si domněnky, raději se doptávám
Učím se udržovat vztahy
Učím se respektovat autority
Naučil jsem se víc naslouchat druhým lidem
Naučil jsem se být empatickejší
Nebojím se říct lidem, že je mám rád
Snažím se nesoudit lidi podle sebe
Mám obavu, jak obstojím ve vztazích s lidmi
Zjistil jsem víc o životě se ženami
Uvědomil jsem si svůj pokřivený vztah k ženám
Dozvěděl jsem se víc o ženách

Komentář:

Významnou součástí léčby v terapeutické komunitě je skupinová terapie a vlastní fungování ve skupině spoluklientů. Pro řadu klientů je to také s trochou nadsázky „vysoká

škola mezilidských vztahů“, s nimiž mnohdy nemají velké zkušenosti. Většina jejich dosavadních vztahů vykazuje patologické znaky, jde o vztahy nevyvážené, mocenské, závislostní. Téma svého fungování ve vztazích zmiňuje pět z osmi respondentů a změnu popisují zejména v oblasti schopnosti ve vztazích být a udržovat je. Podobně jako u předchozí podkategorie je zde patrná souvislost mezi touto kompetencí a vztahem k sobě a sebedůvěrou (viz DVO2).

Respondenti R3, R4, R6 se shodují, že významnou překážkou pro jejich fungování ve vztazích je jejich vlastní nejistota, obavy, zranitelnost, s níž neuměli zacházet. *„Mezilidské vztahy považuju za naprosto zásadní složku našeho života a necítím se v nich už tak zranitelné, jako dřív, jsem v tom jistější,“* říká R3. Jistá opatrnost je znát i ve výroku R4: *„Jsem schopnej lidem, který mám rád, říct, co se mi na nich líbí. Bez ohledu na to, jak to on bude vnímat a co si pak o mě bude myslet. S tím jsem hodně bojoval.“* A opatrná je i R6: *„Pořád k sobě lidi moc nepouštím. Udržuju vztahy s lidma z komunity, to se snažím aktivně udržovat, o to nechci přijít, ale navazovat nové vztahy mi ještě moc nejde.“*

R4 a R7 zmiňují konkrétní dovednosti, které se v rámci léčby v terapeutické komunitě naučili a které jim nyní pomáhají fungovat ve vztazích. *„Když vidím, že tomu, koho mám rád, teče do bot, tak se do něj umím vcítit, díky té komunitě,“* popisuje R4 a R7 se pro změnu naučil *„vnímat druhého člověka, když mi něco říká, naslouchat.“*

Zajímavou oblastí, o které mužští respondenti u tohoto tématu hovořili, bylo poznání ženského světa. Terapeutická komunita je koedukované zařízení, tedy se zde léčí muži i ženy dohromady a je to do značné míry velmi odlišný svět než je veskrze maskulinní a ve vztazích většinou patologický drogový svět, v němž respondenti prožili významnou část života. R4 si v léčbě uvědomil svůj pokřivený vztah k ženám a dozvěděl se také, že *„ženy můžou být taky podrážděný, že jsou jiný, jinak se projevují. Asi jsem to přijmul, nemám potřebu s nima bojovat.“* Nesoulad mezi představami o ženách a realitě, s níž se potkal v léčbě, popisuje i R3: *„Uvědomil jsem si, že já o holkách a ženách vlastně nic nevím. Žil jsem podle nějakých předobrazů a svých představ. Zjistil jsem, že jsou ženy taky zranitelný, taky stabilní i nestabilní. To je příjemný překvapení. Někdy k smíchu a někdy trochu děsivý.“*

I zde je patrná dimenze určitých obav (konkrétně z fungování ve vztazích), které respondenti zmiňují, ale zároveň se objevuje v některých výroci i odvaha, s níž se do vztahů

pouštějí, byť je to stále ještě neprobádané území, neboť je po opuštění bezpečného prostředí terapeutické komunity čeká zkouška fungování ve vztazích v reálném světě mimo léčbu.

Kategorie č. 2: ZÁVISLOST

Téma závislosti, resp. následné abstinence po léčbě v terapeutické komunitě je vnímáno jako klíčové pro řadu výzkumů úspěšnosti léčby. V kontextu tohoto šetření je však prakticky východiskem pro zařazení respondenta do výzkumného vzorku, neboť rozhovory se uskutečňovaly buď ještě na konci léčby v terapeutické komunitě, kde je abstinence nutná pro setrvání a pak následné úspěšné ukončení, nebo bezprostředně po něm. Změny, které se týkají závislosti lze proto vedle samotné abstinence a přijetí závislosti, popisovat také v rovině určitých konkrétních dovedností, které se klienti v léčbě naučili. Vzhledem ke specifitě těchto dovedností, nejsou tyto zahrnuty v předchozí kategorii věnované kompetencím, ale je jim věnována samostatná kategorie, resp. podkategorie.

Podkategorie 2A: Abstinence a přijetí závislosti

Kódy:

Abstinuju, jsem čistá

Abstinuju a mám svůj klid

Nepiju

Zjistil jsem, že můžu žít bez alkoholu

Abstinenci vnímám jako příležitost

Střízlivost beru jako podmínku pro život

Uvědomuju si svoji závislost

Přijal jsem svoji závislost

Komentář:

O změnách týkajících se závislosti, mluví v šetření sedm z osmi respondentů. Samotnou abstinenci však zmiňují jen v krátkých větách, které odpovídají uvedeným kódům, např. „*abstinuju, jsem čistá*“ (R6), „*abstinuju a mám svůj klid*“ (R7) nebo „*nepiju*“ (R8).

Z označení respondentů je zřejmé, že v prvních pěti rozhovorech se toto téma prakticky neobjevilo, což bylo ve fázi sběru dat překvapivé a můžeme to spojovat s výše popsanou nutností abstinence v léčebném zařízení.

Jako důležitou změnu respondenti popisovali také určitou míru přijetí vlastní závislosti a omezení, které z ní plynou. Hovořili o tom např. R1 a R3: *„Nezávidím ostatním, který můžou brát a pít. Na začátku jsem jim asi záviděl, že oni můžou a já ne. Nezáviděl jsem ten alkohol, ale bral jsem to pro sebe jako omezení. Teď to beru spíš jako příležitost.“* (R1) *„Uvědomuju si, že střízlivost je podmínka k tomu, abych ten život mohl dál poznávat a naplnit ho.“* (R3).

Podkategorie 2B: Dovednosti podporující abstinenci

Kódy:

Pracuji s chutěmi

Naučil jsem se rozpoznávat chutě a zvládat je

Naučil jsem se jiné možnosti úlevy

Našel jsem způsob, jak se uvolnit bez drog

Našel jsem aktivity, které mě baví

Udržuju vztahy s lidmi, kteří abstinují

Nepohybují se mezi závislými lidmi

Znovu jsem navázal vztahy s „netoxi“ lidmi z minulosti

Naučil jsem se trpělivosti

Naučil jsem se jet víc „na výdrž“ ne „na výkon“

Naučil jsem se zastavit a dělat věci s rozmyslem

Komentář:

Chuť na drogu, neboli craving, je *„nutkavá touha užít drogu spojená s kompulzivním užíváním drog. Lze jej nahlížet třemi základními způsoby, resp. lze připustit, že pod pojmem craving je skryto více různých stavů s odlišnou podstatou:*

- *craving jako touha po odměňujících účincích drogy*
- *craving jako touha uniknout nepříjemným psychickým stavům*
- *craving jako stav s dominujícím obsesivním charakterem.“* (Dvořáček, 2008 str. 33)

Rozpoznání těchto chutí a jejich zvládnání je jednou ze základních dovedností, které se klienti v terapeutické komunitě učí. Změny v této oblasti života uváděli respondenti R1, R3, R6, R7 a R8. „Když jsem nastupovala do komunity, tak jsem vůbec neměla tušení, jak pracovat s chutěmi a až teď to nějak umím,“ popisuje R6. „Víc si uvědomuju vlastní závislost, chutě si nerozjíždím, nebažím si.“ (R1) „Posunul jsem se určitě v tom, jak vnímám svou závislost. Víím, že když mám chutě, tak je lepší nikam nechodit nebo si říct o pomoc. Mám číslo na ten krizák (pozn. krizový telefon pro klienty v následné péči), můžu tam zavolat. A hlavně večer nechodit ven, aby mě to nějak nespouštělo.“ (R7) „Zvládám líp pracovat s chutěmi. Poznám je, mluvím o tom, zaháním je.“ (R8)

Pro zvládnání chutí je možné využít různé nástroje, např. **alternativní způsoby úlevy** v situacích, kdy člověk touží po odměně či úniku z nepříjemných psychických stavů (viz výše). „Ulevuju si teď jinak – hodně sport, jakákoliv fyzická aktivita. Ulevím si i u televize, při jídle. To je pro mě taky relax – vaření, pečení, jezení. Pomáhá mi i procházka,“ popisuje R1. Jiné možnosti úlevy našel v léčbě i R2: „Řeším to teď jinak než dřív. Něco dobrého si koupím, jdu do knihovny, půjčím si knížku, místo toho, abych šel k Vietnamcovi a koupil si tam flašku. Víím, jak účinně vypnout, ale víím, že to není řešení, tak jsem se radši stavil do knihovny a doma jsem si četl.“ „Hodně mi pomáhá třeba jet na kole, to mi pomáhá asi nejvíc. Když jsem v nějakém stresu nebo napětí, třeba že mi nevyjde ta práce, tak si vezmu kolo a jedu se projet a tam to ze mě spadne.“ (R7).

K udržení abstinence a střízlivého života dále napomáhá, když abstinující osoba ideálně není v kontaktu s lidmi, kteří drogy užívají a udržuje **bezpečné vztahy s lidmi, kteří s návykovými látkami potíže nemají**. Respondenti je v rozhovorech označují jako „netoxi lidí“. „Dřív jsem vyhledával hospody a bary, teď chodím za lidma, co abstinujou, někdy oni přijdou za mnou a takhle. Trávím čas s bezpečnějšími lidmi,“ říká R7. Zároveň není vždy nutné, aby se uživatelé drog zcela odstříhli od všech lidí, s nimiž byli dosud v kontaktu, např. R3 se podařilo „znovunavázat vztah s netoxi lidma z minulosti“. Pro R7 byla komunita začátkem bezpečných vztahů vůbec: „Než jsem se šel léčit, neměl jsem ani kamarády, ani známé. Teď je to jinak. Navázal jsem vztah s P., ke kterému jsem jezdil do Prahy, pomáhám mu na baráku.“

Čtvrtým tématem, které se objevilo v rozhovorech a které úzce souvisí se závislostí a závislostním chováním je **trpělivost**. „Změnil jsem se v takové té klasické feťařině – teď hned, uspěchat to. Jel jsem na výkon, ne na výdrž. Naučil jsem se tady zastavit. Inspirací mi byl

P. (pozn. spoluklient), kterej šel monotónně ke svému cíli, nehnal, s klidem, s nadhledem, a ty výsledky jsou mnohem větší, než když jedu takovou tu feťařinu,“ popisoval R4. „Přestal jsem vnímat tu nejrychlejší možnost úlevy jako tu správnou a možná i fungující.“ (R1)

Kategorie č. 3: SEBEPOZNÁNÍ

Kódy:

Poznal jsem sám sebe a učím se s tím zacházet
Jsem vyzrálejší, dospělejší a neshazuju si to
Poznal jsem svou citlivost a nebojím se jí
Nejsem tak vztahovačnej
Vím, co je pro mě nebezpečné
Poznal jsem svoje obrany
Učím se být otevřený a nelhat sobě ani okolí
Vím, kdy jsem sám sebou a kdy od sebe utíkám
Učím se věřit lidem
Zjistil jsem, že jsem schopen milovat
Uvědomil jsem si svoje strachy
Přišel jsem si na svoje tramata
Porozuměl jsem tomu, proč jsem začal brát
Pochopil jsem, proč jsem se izoloval
Našel jsem zdroje svého smutku
Víc mi záleží na vztazích
Už se tolik nebojím
Učím se postavit se sama za sebe
Našel jsem sám sebe
Zjistil jsem, že jsem citlivej a učím se s tím zacházet
Jsem opravdovější, pevnější, vytrvalejší

Komentář:

Výroky spadající do této kategorie byly přítomny v rozhovorech se všemi respondenty. Ačkoliv mohou některé z nich částečně sytit i DVO2 (Jak se v průběhu léčby změnili sami

respondenti), jsou zařazeny zde, neboť podkladem pro tuto změnu bylo hlubší poznání sebe samého, o němž respondenti shodně a často hovoří (do kategorie je zařazeno 14 % všech kódů). Respondenti ve výrocích popisovali své silné a slabé stránky, příležitosti a limity a také možné zdroje své závislosti, ke kterým se cestou sebepoznání dostali. Zároveň se zde také objevuje fenomén „už se nebojím“, který byl zmíněn v kategorii č. 1 Kompetence.

Svou citlivost jako součást svého já poznal a přijal R3: *„Jsem citlivej, ale ne křehkej. Neberu citlivost jako svůj hendikep, už to pro mě není nadávka ani známka ubohosti a bezcennosti. Dřív jsem citlivej taky byl, ale nebyl jsem schopnej se toho nebát.“* Zároveň měl možnost také nahlédnout na své obrany: *„Uvědomuju si, že i já se někdy točím v kruhu a bráním se.“* R7 v léčbě našel sám sebe: *„Našel jsem tady sám sebe. Bylo to vlastně smutný shledání. Zároveň smutný a zároveň veselý. Poznal jsem to na přestupu mezi 2. a 3. fází, došlo mi, že moje nejcitlivější místo je moje rodina.“*

„Potřebuju, aby fungovaly nějaký pravidla. Když neberu, tak je dodržuju. Potřebuju, aby byly věci tak, jak mají být, aby byl svět v pořádku,“ uvědomil si své potřeby R1. R4 popisuje sebepoznání jako zdroj své větší jistoty pro běžné fungování: *„Když mi někdo říká, že jsem udělal něco špatně, že jsem špatnej, už si to tolik nepřipouštím. Říkám si, že je to možný, ale už tomu neuvěřím na první dobrou. Poznal jsem se v léčbě, znám se. Když mi někdo řekne, že jsem lajdák, tak ano, do jistý míry jsem, ale taky vím, na čem pracuju, v čem jsem dobrej, nesejme mě to tolik.“* Svě fungování mezi lidmi refleктоvala na základě sebepoznání i R6: *„V komunitě, když jsem byla ve známým prostředí, tak tam jsem se celkem naučila se za sebe postavit, ale teď, když jsem po léčbě, mám pocit, že začínám zase od začátku. Teď to řeším a učím se to.“* Neukončenost procesu sebepoznání a hledání zmínil i R5: *„Pořád hledám sám sebe, ale už se tolik nebojím.“*

K možným zdrojům své závislosti se dostal v rámci sebepoznání v průběhu léčby např. R3: *„Při poslouchání jiných příběhů jsem si přišel na svoje vlastní traumata. Až tady jsem si uvědomil, že ty paralyzující strachy, kterými jsem si procházel, jsem prožíval už od dětství. Uvědomil jsem si, co mě traumatizovalo natolik, že jsem se sebou nevydržel a potřeboval utíkat do drog.“*

Kategorie č. 4: RODINA

Kódy:

Navázal jsem kontakt s rodinou

Zlepšil se můj vztah s rodinou

Rodina mi víc věří a podporuje mě

Nepovedlo se mi navázat vztah s mámou

Pochopil jsem svoje rodiče a to pomohlo našemu vztahu

Závislost mi pomohla pochopit tátovo chování

Pochopil jsem, proč to máma dělala

Pomohlo mi podívat se na věci z jiného úhlu

Nechtěl bych skončit jako táta

Nechci být jako táta

Mám na tom taky svůj podíl

Uvědomil jsem si svůj podíl na špatných rodinných vztazích

Pracuji na vztahu se synem

Komentář:

Změny ve vztahu s rodinou, ať už hovoříme o rodině orientační či prokreační, zmiňuje přímo šest z osmi respondentů. „Mám dobrej vztah s našima, jsem v tom pevnější. Rodiče mi dřív nevěřili, ale když viděli v léčbě moje pokroky a viděli, že se snažím, navázali jsme hlubší vztah,“ popisuje R8, které se podařilo v průběhu léčby proměnit i vztah se synem: „Víc se teď vídám se synem, voláme si, chybím mu. Včera mi volal, že se mu stejská, tak to je pro mě taky velká podpora. Snažím se být dobrá máma.“

Ne vždy je však dosaženo takto pozitivních změn. Změnu s sebou nese i větší míra pochopení pro chování rodičů v průběhu dětství a dospívání respondentů. „Křivdu jsem cítil od mámy, že upřednostňovala spíš bráchu, teď to vidím tak, že to asi byla starost o mě, kterou jsem nechápal. Bral jsem to jako ubližování, podezřívání, napnutej vztah,“ říká R1. Možnost nahlédnout na rodinné vztahy z jiného úhlu pohledu oceňuje a za změnu považuje i R6: „Furt jsem si jela jenom tu svoji představu o tom, jak to bylo v mém světě, neuměla jsem si představit, jak to bylo z pohledu jiných lidí. Dostala jsem možnost se na to podívat z jiného úhlu a to mi hodně pomohlo.“

Dva respondenti popisují situaci v rodině za nezměněnou, ačkoliv si změnu v průběhu léčby přáli a nějak o ní usilovali. Jejich rodinné zázemí však bylo již natolik narušené, že změna prakticky nebyla možná. „Chtěl jsem se na rovince (pozn. rodinná terapie) sblížit se svou mámou, ale to se mi nepovedlo. To mě mrzí,“ popisuje R7. Změnu však vnímá v určitém pochopení a přijetí části zodpovědnosti za tuto situaci: „Moje máma se se mnou už 17 let nebaví. Můžu si za to sám, ale stále doufám, že se to někdy nějak srovná. Teď je to ale pořád na bodu mrazu.“ Téma zodpovědnosti za vztahy v rodině se objevuje i u respondentů R1 a R4, který říká: „Uvědomil jsem si, že za hodně věcí v životě si můžu já. Ty křivdy, který si nesu, byly jen úhly pohledu mojí rodiny a mě. Takhle na mě reagovali a měli na to plný právo. A já jsem v tom cítil křivdu – proč na mě volali policajty, proč se ke mně otočili zády a tak. Přitom se mě snažili přinutit, abych si uvědomil něco, co jsem v té chvíli nebyl schopnej vidět.“

DVO2: Jak se v průběhu léčby v TK změnili sami respondenti?

Kategorie č. 5: VZTAH K SOBĚ

Vztah k sobě a jeho změna se už v průběhu rozhovorů ukázala jako jedno z nejsilnějších témat, o nichž všichni respondenti shodně hovořili v kontextu toho, jak se změnili oni sami v průběhu léčby v terapeutické komunitě. Spadá do ní přibližně 20 procent všech kódů. Následující podkategorie jsou tříděny dle hlavního sdělení, které jednotlivé kódy nesou. Prakticky všemi podkategoriemi prochází jako červená nit výše zmíněný fenomén „bylo mi to jedno“, který se v tomto vztahuje zejména k absenci nějakého hlubšího vztahu k sobě, zájmu o sebe, péče o sebe v době před léčbou.

Podkategorie 5A: Mám se rád

Kódy:

Začal jsem se mít rád

Učím se mít se rád i se svými chybami

Začal jsem se mít rád, jsem si oporou

Víc mi na sobě záleží

Víc nad sebou přemýšlím, dřív jsem se bral jako samozřejmost

Komentář:

Ačkoliv je ve výčtu uvedeno jen těchto pět kódů, některé z nich se i vícekrát opakují. Respondenti popisovali tuto změnu většinou s odkazem na to, jak to měli dříve, např. R4: *„Byl jsem plnej nedůvěry a strachu, měl jsem pokřivenej názor na svoji agresí, myslel jsem, že je to něco, co v sobě prostě musím zavraždit. Ted' se mám rád i s mými chybami, jsou přirozenou součástí mě. Bez toho to nedokážu změnit.“* Změnu v této oblasti popisoval i R2: *„Jsem jiné. V přemýšlení nad sebou samým. Asi dokážu přemýšlet nad sebou, dřív mi to bylo víc jedno, bral jsem se jako samozřejmost. Byl jsem 10 let pod vlivem a moc jsem to nevnímal.“* R1 pak naznačil konkrétní souvislost vztahu k sobě se vztahem ke světu (viz DVO3): *„Pozitivní věci jsem začal asi vnímat i díky nějaké sebeděči, že jsem se začal mít rád. Nevím, jak se mi to povedlo, nějak k tomu došlo.“*

Podkategorie 5B: Starám se o sebe

Kódy:

Začal jsem se o sebe starat

Začal jsem pro sebe něco dělat, sportuju

Začal jsem sportovat

Snažím se cvičit

Není mi jedno, jak vypadám

Snažím se o sebe víc pečovat

Začal jsem se víc vnímat

Už se nechci huntovat

Začal jsem pečovat o svoje zdraví

Zlepšila se moje fyzická kondice

Hodně se zlepšil můj zdravotní stav

Snažím se být víc asertivní, abych pečoval i o sebe

Komentář:

V péči o sebe respondenti zmiňovali nejčastěji tři konkrétní oblasti, v nichž se o sebe začali více starat, jakkoliv se tyto oblasti mohou vzájemně prolínat – péče o tělo a zevnějšek,

péče o zdraví a fyzickou kondici a péče o duši a to, aby jim bylo lépe na světě. „Před léčbou jsem si oblíknul, co jsem našel, zuby jsem si nečistil, koupal jsem se, jen když byla příležitost. Pravidelná strava taky nebyla. Teď už mi není jedno, co nosím, jak vypadám, můžu se na sebe podívat do zrcadla, to předtím nebylo,“ popisoval R1.

Zlepšení zdravotního stavu v souvislosti se vztahem k sobě zmínili respondenti R2, R3, R4, R6 i R7. „Hodně se změnil můj zdravotní stav. Když jsem nastupoval, muselo zasednout lékařský konzilium, aby bylo vůbec jasný, jestli léčbu zvládnu. Začal jsem víc sportovat, to jsem taky dřív nedělal. Asi to souvisí se sebeúctou, nehodlám se už huntovat,“ vzpomínal na související okolnosti svého nástupu R2. Sportu se ve volném čase začal věnovat i R3: „Začal jsem víc sportovat, ale úměrně svému věku, ne tak na sílu, jako někdy dřív.“ R7 vedle sportu zařadil i péči o zdraví: „Začal jsem cvičit, protože mě to dohnalo, ty záda mám opravdu v dezolátním stavu. A řeším si zuby, taky mi to není jedno, dřív jsem to zanedbával hodně.“

R6 popisovala změnu v životním stylu obecně: „Dřív jsem taky kašlala na svoje zdraví, teď si hlídám, abych pravidelně jedla, dávám si v práci pauzy, abych měla pravidelnej přísun jídla.“ A péče o sebe se objevila u R5 i v souvislosti s prožíváním emocí a komunikací s okolními lidmi: „Snažím se nebýt agresivní, spíš komunikuju asertivně, abych pečoval i o sebe.“

Podkategorie 5C: Přijímám se

Kódy:

Zahodil jsem masky, jsem víc sám sebou

Přestal jsem se bát být sám sebou

Přestal jsem sebou pohrdat

Učím se přijímat sám sebe, jde to obtížně

Přijímám se takovej, jakej jsem

Přijímám svou zranitelnost

Přestal jsem se stydět za svou citlivost

Přijal jsem svou citlivost, už se neschovávám

Jsem rád za to, jakej jsem

Komentář:

Téma přijetí sama sebe i se svou zranitelností a citlivostí a odmítnutí masek, které měly tyto vlastnosti skrývat, se objevilo v rozhovorech s respondenty R3, R4 a R5 (všichni jsou muži). Kontext minulosti pro zobrazení změny použil např. R3: *„Celý život jsem se snažil být takový, jakýho jsem si myslel, že mě chce mít okolí. Vůbec jsem se nesoustředil na to, kdo jsem, co jsem, co prožívám, co si o sobě myslím, ale hnal jsem se za nějakým předobrazem toho, jakéj bych měl být, jakýho mě chce okolí. Vedlo to ke zmatení, přepětí, strachům. Ted' jsem víc sám sebou.“* Svou zranitelnost v léčbě poznal a přijal R5: *„Uvědomil jsem si, že jsem citlivej, křehkej, empatickej. To jsou vlastnosti, který jsem skrýval, protože to znamená být zranitelnej a u nás v rodině se to nenosilo. Dřív jsem to vnímal jako slabost, styděl jsem se za to, měl jsem z toho úzkosti, blbý stavy, pak jsem to řešil chlastem. Dřív jsem se bát být takový, jaký doopravdy jsem, ted' je to jiný.“* I R4 hovořil o zranitelnosti: *„Jsem hodně zranitelnej. Byl jsem i před léčbou, ale ted' si to připouštím.“*

Podkategorie 5D: Neublížuji si, zasloužím si, odpouštím si

Kódy:

Přestal jsem si ubližovat

Učím se si neublížovat

Začal jsem dělat věci pro sebe

Taky si zasloužím radost

Učím se si odpouštět

Učím se postavit se sama za sebe

Už se tolik nebojím být upřímná

Komentář:

O sebeublížování jako jedné ze strategií vztahování se k sobě a ke svému okolí mluvili v rozhovorech respondenti R4 a R5. U R4 to byla reakce na křivdy, které zažíval v rodině a pocity viny pramenící z jeho agresivních reakcí na členy rodiny, o nichž hovořil v jiné části rozhovoru: *„Předtím jsem se sebemrskal, považoval jsem za správný si takhle ubližovat, ani jsem nevěděl, že si tím ubližuju. Tady jsem s tím nějak přestal.“* R5 si ubližoval vlastním

užíváním drog: „Zpětně to vlastně ani nechápu, proč jsem si takhle ubližoval. Ubližoval jsem sobě a pak i lidem kolem sebe,“ popisoval v minulém čase s tím, že už se i díky přijetí sebe a své citlivosti (viz výše) přijímá a nemá tyto tendence.

Pocit, že si také zaslouží radost, zažil v průběhu léčby R4: „Výčitky mi nedovolovaly si to tady užít. Myslel jsem hodně na to, že moje děti sedí doma u pohádek a já si tady výletuju. Měl jsem pocit, že si to ani nezasloužím. Teď to vnímám jinak. Myslím, že si taky zasloužím mít radost.“ A se svou vlastní důležitostí poznal R2: „Začal jsem dělat věci víc sám pro sebe a ne pro někoho jiného.“

Pro R8 bylo důležitým tématem odpuštění sobě samé: „Dlouho jsem si nedokázala odpustit, jaká jsem byla máma, že jsem brala prášky před synem, řezala jsem se před ním. Pomohla mi technika, během ní jsem mluvila o tom, že bych si mohla odpustit. A to trvalo ještě půl roku.“

Kategorie 6: SEBEDŮVĚRA

Kódy:

Něco jsem dokázal

Věřím, že si najdu práci

Věřím, že to v práci zvládnou

Zjišťuju, co všechno dokážu

Víc si věřím, ale znám své limity

Našel jsem jistotu v bytí, nejistota už mě neparalyzuje

Jsem sebevědomější

Jsem schopnej se postavit důsledkům svých činů

Víc věřím ve svoje schopnosti

Nebojím se být otevřený

Nečekám, že mi chce každý ublížit

Komentář:

Téma vyšší sebedůvěry obecně nebo v konkrétních situacích se objevuje v rozhovorech s pěti respondenty. Zdrojem pro ni je např. zkušenost, že už něco dokázali, zvládli, vyzkoušeli

a třeba i obstáli. Zkušenost s vlastním fungováním v práci, resp. na brigádě, měl možnost získat R1: „Brigády mi pomohly si to vyzkoušet. Říkali, že jsem nejlepší pracovník, možná bych mohl mířit i celkem vysoko.“ Také R7 čerpá větší sebedůvěru z praktických kompetencí: „Snažím se víc si věřit než dřív. Něco dokážu. Třeba když jsem si sehnal ty dvě práce. Sice to nevyšlo, ale dokázal jsem to. Víím, že to dokážu a nemusím být závislej na jiných lidech. Dokážu si uvařit, dokážu se o sebe postarat, uklidit si, i postarat se o někoho druhýho dokážu, tak se mi sebevědomí víc zvedá, víc si věřím.“

Větší důvěru v sebe našel i R3: „Změnilo se moje vnímání toho, jakej jsem, asi mi narostlo sebevědomí. Jsem schopnej se postavit pravdě a problémům, který jsem si nadrobil.“ Také R5 zmiňuje vyšší sebedůvěru v souvislosti s vlastním fungováním po léčbě: „Otevřel jsem se. Byl jsem takovej, jakej doopravdy jsem a byl jsem přijatej. Vždycky jsem měl strach z odmítnutí a tady nepřišlo. A i kdyby teď třeba venku přišlo, tak ho zvládnou, protože to se může stát.“

Kategorie č. 7: ZODPOVĚDNOST

Kódy:

Jsem aktivnější

Jsem zodpovědnější

Uvědomuju si zodpovědnost za svou budoucnost

Uvědomil jsem si, že když něco chci, musím pro to něco udělat

Snažím se cíleně dělat věci, které mě těší

Převzal jsem zodpovědnost za hezké zážitky

Našla jsem si svoje zájmy

Umím si najít aktivity

Postavil jsem se důsledkům své minulosti

Zjistil jsem, že se můžu učit ze svých chyb

Učím se říkat věci otevřeně a učit se ze svých chyb

Komentář:

Změny v oblasti přebírání zodpovědnosti ve svém životě a za svůj život uvedlo v rozhovorech šest respondentů. Např. R3: „Uvědomil jsem si, že když něco chci, musím pro to taky něco udělat.“ R4 tuto svou změnu komentoval v kontextu vztahů: „Nemůžu po někom chtít, aby se nějak choval, pokud tomu nepůjdu naproti. Když to budu chtít, musím se změnit já.“ R6 si svůj pokrok racionálně uvědomuje, přesto vidí i jeho limity: „Cítím, že jsem víc zodpovědná, třeba po pracovní a finanční stránce, v existenčních věcech, ale stejně mi nejde pozorovat, jak jsem se posunula, protože na to nemám čas. Mým životem se stala práce. Odpoutávám se tím od práce a zároveň mě to morduje.“

Opakujícím se tématem bylo také převzetí odpovědnosti za to, jak se budou respondenti cítit, za hledání aktivit, které je budou bavit a naplňovat a také za hezké zážitky, které je mohou těšit a pomáhat jim žít dál život už bez návykových látek, které dosud užívali. Aktivněji začal přistupovat k životu např. R2: „Potřebuju aktivity a už si je umím najít. Přistupuju k tomu víc aktivně.“ „Když jedu někam na kole, je v tom odhodlání, něco pro sebe udělat, nějak si to užít, prožít si nějakou dobrou chvíli, koukat kolem sebe, nemyslet na špatný věci. S čistou hlavou si to nějak užít. Dřív by mi to bylo jedno, teď vím, že zodpovědnost za ty hezké zážitky mám já sám.“ (R7)

R4 a R7 se shodli, že mohou využít své dosavadní chyby k učení se, jak stejnou či podobnou situaci zvládnout příště lépe. „Beru věci, že se nestaly jen tak, abych si něco vyčítal, ale abych se něco naučil. Když si to vyčítám, tak nedělám, co mám a mohlo by se mi to stát znova. Když ty věci přijdou podruhé, tak je to proto, že jsem se to nenaučil dost.“ (R4)

Kategorie č. 8: SMĚŘOVÁNÍ

Kódy:

Chci jít do práce nebo studovat

Chci si udělat řidičák

Našel jsem, co by mě bavilo a chci to dělat

Plánuju, že si dodělám školu

Chci si udělat rekvalifikační kurz

Budu si hledat bydlení
Chci u toho vydržet
Už nejsem troska, chci něco dokázat
Mám svoje priority, za kterými jdu
Chci udržovat vztahy s rodinou

Komentář:

Výroky, které obsahují nějaké plány či směřování v budoucnu, se objevily v rozhovorech se šesti respondenty. Většinou se týkaly plánů v oblasti vzdělávání, neboť právě to mají často klienti terapeutické komunity nedokončené v důsledku životního stylu spojeného s užíváním návykových látek. V průběhu léčby si mohli vyzkoušet různé druhy prací, poznat své silné a slabé stránky a hledat si práci, která by je bavila. Mnohdy přitom narážejí na zmíněné deficity ve vzdělání, a tak uvažují nad jejich eliminací: „*Chtěl bych se vydat sociální cestou. Jsem empatickejší, mám srdce na správném místě. Přes člověka v tísní budu pomáhat s hlídáním dětí v pěstounské péči. Když se osvědčím, tak v tomu budu moct pokračovat. Časem si zkusím dodělat školu a chtěl bych se věnovat dětem i v práci,*“ řekl R5. Plány na studium jsou kromě možností, jak si zvýšit kvalifikaci, i motivací, jako např. u R6: „*Chystám se na školu. Prvotní plán byla obchodka, ale ještě uvidím. To je můj nový náboj a životní styl, školné na splátky bych asi utáhnout mohla*“, nebo splněním snu, jako u R8: „*Chci si udělat rekvalifikační kurz na aranžmá, to je můj sen.*“

Svou komplexní změnu s výhledem do budoucna shrnul R2: „*Na začátku léčby jsem byl troska, který bylo všechno jedno, ono všechno nějak dopadne a nějak to skočí. Teď jsem člověk, kterej chce něco dokázat, i přes ty komplikace, který jsou a nějak se usadit a stabilizovat svůj život, aby to nebyly extrémy, ale spíš zlatá střední cesta.*“

DVO 3: Jak se změnilo celkové životní nastavení respondentů v průběhu léčby v TK?

Kategorie č. 9: ZMĚNA POHLEDU NA SVĚT

Výroky týkající se konkrétních změn v pohledu na svět zazněly v rozhovorech se všemi respondenty a tematicky se týkaly nalezení chuti žít, víry v život a naděje, dále změny pohledu na svět směrem k většímu optimismu a radosti, která má nyní v životě respondentů své místo.

V této závěrečné kategorii se opět ve značné míře objevoval již dříve zmiňovaný fenomén „bylo mi to jedno“ v kontextu, že nyní to již respondentům jedno není. Z důvodu variability kódů, je kategorie pro lepší přehlednost dále rozdělena na následující podkategorie.

Podkategorie 9A: Naděje a smysl života

Kódy:

Chci žít

Našel jsem smysl života v tom, že žiju

Našel jsem víru v život

Došlo mi, že se z té prázdnoty můžu vymanit

Uvěřil jsem v přátelství a lásku

Našel jsem cestu, která je pro mě bezpečná

Věřím, že bude líp a že to zvládnou

Komentář:

Jakkoliv může výrok „chci žít“ znít banálně, zmínili ho takto konkrétně R3 a R5. Pro R3 je to doslova „*to nejvíc, na co v léčbě přišel*“: „*Nejzásadnější změna je, že chci žít. Prožít ten život, se vším tím dobrým i zlým, co nabízí, na základě toho nalézt nějakou svou pozici v mezilidských vztazích, v opravdové prezentaci toho, jakej opravdu jsem. To je asi nejvíc, na co jsem tady přišel.*“ R5 změnu popisuje ve srovnání s minulostí: „*Před léčbou jsem byl úplně vyhaslej, nechtělo se mi vůbec žít. Nechtělo se mi žít a nechtělo se mi ani umřít. Bylo mi všechno jedno, fakt jsem nemohl. Bylo to jako v pekle, prokletí. Nevydržel jsem střízlivej ani opilej. Měl jsem úzkosti i přes to pití. Ted' vím, že chci žít.*“

Pro řadu klientů je léčba v terapeutické komunitě prvním místem, kde zažívají nějaké základní bezpečí, přijetí, pozitivní emoce. To pro ně skýtá možnost uvěřit tomu, že svět může být dobré místo k životu a nalézt nějakou naději a víru v lepší svět. S nadějí se v léčbě potkal např. R3: „*Došlo mi, že se můžu vymanit z té prázdnoty, z těch paralyzujících stavů nicoty.*“ R6 naznačuje souvislost víry v budoucnost a naděje se sebepoznáním a vlastními kompetencemi, o kterých mluvila podrobněji v jiné části rozhovoru: „*Věřím, že se blýská na lepší časy a že to tak bude. Dřív jsem asi taky věřila, ale spíš jsem doufala, ted' je to reálný. Víam, s čím pracuju, s čím můžu počítat a co s tím mám dělat.*“

Podkategorie 9B: Optimismus a radost

Kódy:

Začal jsem vnímat věci pozitivně

Už nevidím svět tak černě

Získal jsem nadhled a optimismus

Změnil se můj pohled na svět

Začaly mi stačit běžné věci

Zažívám víc radosti

Začal jsem se víc radovat

Dělám si radost maličkostmi

Naučil jsem se radovat z maličností

Umím si víc užít radost

Víc si věřím a prožívám radost

Naučil jsem se radovat i bez alkoholu

Komentář:

Jiný, optimističtější pohled na svět, našli během léčby respondenti R1, R5, R6 a R8. U většiny z nich to byly jedny z prvních výroků, které v rozhovorech zaznívaly, u R1 je to byla přímo úvodní věta, kterou pronesl po zahájení rozhovoru („*Začal jsem vnímat věci pozitivně.*“). Respondenti mnohdy téma změny pohledu na svět a radosti, kterou nyní prožívají, sami spojovali, jako např. zmíněný R1: „*Nevidím svět tak černě, nevidím jenom to špatný. Začal jsem si užívat život ve smyslu, že mi začaly stačit normální, běžné životní radosti, jako je třeba telefonát s mamkou nebo s bráchou.*“ Také R2 hovořil o radosti: „*Raduju se ze života asi trochu víc, ale zase to závisí na okolních situacích. Před tím jsem se ze života asi vůbec neradoval. Pod drogama jsem asi nějakou radost zažil, ale nic z toho ve mně nezůstávalo, teď se mi to daří líp.*“ S ohledem na minulost se téma radosti objevilo i u R7: „*Změnilo se taky něco v prožívání radosti a příjemných pocitů. Dokážu se bavit a smát i bez alkoholu. To jsem dřív neuměl. Piju od sedmnácti. Do té doby jsem se asi občas radoval, ale málo.*“

4.7 Shrnutí výsledků šetření

V následující kapitole shrnu výsledky šetření a vyhodnotím je na základě dílčích výzkumných otázek ve vztahu k hlavní výzkumné otázce, která zní: Jaká je životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě? Respondenti byli dotazováni na konkrétní změny, ke kterým v jejich životě došlo v průběhu léčby a tyto změny popisovali jak v širším kontextu získaných kompetencí, vztahu k závislosti, sebepoznání a změn v rodině (DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?), tak v užším kontextu toho, jak se změnilo oni sami ve vztahu k sobě a v rovinách sebedůvěry, zodpovědnosti a směřování do budoucna (DVO2: Jak se v tomto období změnilo oni sami?). Kromě toho popisovali i změny pohledu na svět a na život, které sytí DVO3: Jak se změnilo jejich celkové životní nastavení?

DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?

Respondenti popisovali nejčastěji změny v oblasti rozvoje konkrétních kompetencí (kategorie č. 1). V průběhu léčby získali řadu praktických dovedností (podkategorie 1A), mezi něž lze zařadit jak úkony běžného samostatného fungování (např. vaření, uklízení), tak i komplexnější dovednosti, díky nimž se jim daří nalézt si vhodné bydlení a zaměstnání po ukončení léčby. Často zmiňují, že kompetence nabyli i díky možnosti si věci reálně vyzkoušet, popř. pravidelně vykonávat.

Důležité změny popisovali také v oblasti práce s emocemi (podkategorie 1B) – své emoce se v průběhu léčby naučili rozpoznávat, pojmenovávat a některé z nich se učili i prožívat, resp. prožívat a zpracovávat adekvátně. To se týká zejména smutku, bolesti, strachu a vzteku, s nimiž do té doby příliš zacházet neuměli, nerozuměli jim a tyto nezpracované emoce u řady z nich stály na počátku jejich útěku k návykovým látkám. Respondenti, kteří hovořili o změnách v kontextu rozvoje kompetencí spojených s emocemi, často zmiňovali i významné změny v oblasti sebepoznání (kategorie č. 3 Sebeoznání) a sebepřijetí (kategorie č. 5 Vztah k sobě, podkategorie 5C: Přijímám se, podrobněji u DVO2).

Podobnou souvislost nabízí také kompetence, resp. schopnost říct si o pomoc (podkategorie 1C), která je podmíněná vědomím, že si o pomoc respondent říci může a že si pomoc druhých také zaslouží (kategorie č. 5 Vztah k sobě, podkategorie 5D: Neublížuji si,

zasloužím si, odpouštím si). Někteří respondenti se v průběhu léčby naučili říkat si o pomoc, resp. tuto pomoc přijmout, pro jiné je to stále ještě neukončeným tématem.

Mezi získané kompetence jsem zařadila i změny, které respondenti popisují v souvislosti s jejich vlastním fungováním ve vztazích s druhými lidmi (podkategorie 1D). Nejčastěji hovořili o tom, že umí lépe komunikovat, o vztahy nově pečují, udržují je a mají o ně zájem.

Téma závislosti se v rozhovorech objevovalo zejména v souvislosti s pochopením zdrojů závislosti (souvisí také se sebepoznáním, kategorie č. 3), přijetím závislosti jako faktu a dovednostmi, které pomáhají respondentům udržet abstinenci. Na tyto dovednosti volně navazují výroky o změně pohledu na svět směrem k většímu optimismu a radosti potřebné k udržení abstinence (kategorie č. 9, podrobněji u DVO3).

Respondenti se shodují, že měli možnost se v průběhu léčby v TK více poznat (kategorie č. 3 Sebepoznání), zjistit, kdo doopravdy jsou a zároveň, kdo nejsou a uvědomit si nepravdivé masky, které používali, aby skryli své nejistoty a slabé stránky. Na sebepoznání u většiny z nich úzce navazují změny v oblasti vztahu k sobě, a to v rovinách sebelásky, sebepřijetí a sebezpečí (kategorie č. 5, podrobněji u DVO2).

Změny v kontextu rodinných vztahů se odehrály u většiny respondentů, a to směrem ke znovunavázání bližších rodinných vazeb tam, kde to bylo možné, nebo alespoň pochopení toho, proč se některé věci děly nebo dějí, díky změně úhlu pohledu na příběh a přijetí vlastní části zodpovědnosti za stav vztahů v rodině.

DVO2: Jak se v tomto období změnili sami respondenti?

Nejvýznamnější změny respondenti popisovali v oblasti vztahu k sobě (kategorie č. 5). Během léčby se naučili (nebo se stále ještě učí) mít se rádi, starat se o sebe, přijímat se takoví, jací opravdu jsou, neubližovat si a odpouštět si. Sebehodnota je v oblasti závislostí klíčovým tématem, neboť závislost jako taková je formou sebedestrukce, ničení sebe. Často se zde objevuje fenomén „bylo mi to jedno“ mířený přímo na vztah k sobě a vlastní hodnotě. Respondenti se o sebe v léčbě začali více starat jak po stránce péče o zevnějšek (co si oblékají, jak vypadají), tak i po stránce zdravotní (čistí si zuby, chodí k lékaři, řeší své zdravotní potíže, sportují) a duševní (péče o sebe formou asertivního chování či sebeprosazení). Veškerá tato

péče úzce souvisí s vědomím, že si péči zaslouží a že o sebe pečují právě proto, že k sobě mají více pozitivní vztah než v minulosti, zároveň se díky této péči tento vztah dále prohlubuje.

Respondenti se dále shodli, že se v léčbě zvýšila jejich sebedůvěra (v návaznosti na předchozí kategorie č. 1 Kompetence a č. 3 Sebepoznání). Více si věří díky tomu, že se více poznali a získali nějaké praktické dovednosti, o které se mohou opřít. Znají své silné i slabé stránky a ověřili si, co jsou schopni dokázat, což zvýšilo jejich celkovou sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti.

Za podstatnou změnu, o které však respondenti hovoří spíše v souvislostech než explicitně, považují přijetí zodpovědnosti respondentů za jejich život, za část toho, co se jim dosud dělo (souvisí s kategorií č. 4 Rodina) i za to, jak jejich život bude vypadat v budoucnu (viz kategorie č. 8 Směřování, souvisí i s kategorií č. Kompetence, která může být pro směrování východiskem). Respondenti si uvědomují, že řadu věcí mohou sami ovlivnit, více si věří (kategorie č. 6 Sebedůvěra) a více či méně statečně nesou důsledky svého dosavadního života.

Zatímco výhledem respondentů v době před léčbou bylo zpravidla jen aktuální fungování a zajištění potřebného množství drogy, popř. základních potravin a noclehu pro příštích pár hodin, v léčbě se jejich výhled a plánování budoucnosti rozšířil na konkrétní plány v dlouhodobějším měřítku, např. že chtějí dostudovat, udělat si rekvalifikační kurz nebo řidičský průkaz, aby zvýšili svou kvalifikaci a možnost uplatnění na trhu práce a následně i kvalitu svého života. Směřování (kategorie č. 8) však zahrnuje i plány vytrvat v nastaveném diskurzu péče o sebe, o vztahy s lidmi, nadále sportovat aj.

DVO3: Jak se změnilo celkové životní nastavení respondentů?

Všichni respondenti se shodli, že se v léčbě změnilo jejich celkové životní nastavení. Někteří zmiňovali nově objevenou chuť žít, jiní víru v život a v naději, že svět může být bezpečné a dobré místo k životu. Věci už nevidí tak černě a věří, že „to zvládnou“ (souvisí s kategorií č. 6 Sebedůvěra). Mnohdy v tomto kontextu hovořili také o radosti, která doplňuje škálu emocí zmiňovaných již dříve v kategorii č. 1 Kompetence (podkategorie 1B: Kompetence spojené s emocemi) a která ve výčtu emocí, s nimiž se respondenti v léčbě doslova utkávají, chyběla. Chybí totiž často i v jejich dosavadních příbězích, resp. ji neuměli prožívat tak, aby byla trvalejší součástí jejich života.

V předchozím textu je naznačena řada souvislostí a vzájemných vlivů změn v určitých oblastech na změny v jiných oblastech. Pro přehlednost toto uvádím také v následujícím schématu:

Schéma č. 2: Jak se vzájemně ovlivňují změny v konkrétních oblastech

HVO: Jaká je životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě?	
DVO1: K jakým změnám došlo v životě respondentů v průběhu léčby v TK?	
<i>Kategorie</i>	<i>Podkategorie</i>
1. KOMPETENCE	Praktické kompetence Kompetence spojené s emocemi Schopnost říct si o pomoc Fungování ve vztazích s druhými lidmi
2. ZÁVISLOST	Abstinence a přijetí závislosti Dovednosti podporující abstinenci
3. SEBEPOZNÁNÍ	
4. RODINA	
DVO2: Jak se v tomto období změnili respondenti sami?	
5. VZTAH K SOBĚ	Mám se rád Starám se o sebe Přijímám se Neublížuji si, zasloužím si, odpouštím si
6. SEBEDŮVĚRA	
7. ZODPOVĚDNOST	
8. SMĚŘOVÁNÍ	
DVO3: Jak se změnilo celkové životní nastavení respondentů?	
9. ZMĚNA POHLEDU NA SVĚT	Naděje a smysl života Optimismus a radost

4.8 Srovnání výsledků s nástroji pro sledování změny používaných v TK Advaita

Po shrnutí výsledků empirického šetření v následující kapitole porovnávám pracovní model životní změny uživatelů drog v terapeutické komunitě plynoucí z uvedeného šetření s dostupnými evaluačními nástroji pro sledování této změny v současné době používanými v Terapeutické komunitě Advaita. Cílem porovnání je zjistit, zda stávající nástroje pro sledování změn, k nimž u klientů během léčby došlo, odpovídají tomu, jaká je realita, resp. jak tuto realitu popisují klienti – respondenti, popř. zda je třeba je nějak inovovat, aby tuto změnu zjišťovaly přílehavěji.

Informace o změnách, k nimž u jednotlivých klientů v léčbě došlo, je možné dohledat v běžné klientské dokumentaci (př. denní zápisy v dekursu, zápisy z individuálních konzultací a ze skupin, zpráv individuálního garanta, v závěrečné zprávě). Pro obecnější srovnání se k jejich sledování používá evaluační dotazník, resp. jeho sebehodnotící část, kterou klienti vyplňují na začátku a na konci léčby a dotazník dosažení cílových hodnot klientů v léčbě v TK.

V **sebehodnotícím dotazníku** (viz Příloha B) je uvedeno celkem 26 oblastí, v nichž mohlo během léčby dojít k nějakým změnám. Klienti sami hodnotí, a na škále odpovídající školnímu známkování oznámkuje, v jakém stavu do léčby nastoupili a jak si v dané oblasti vedou na konci léčby. Kromě samotného dotazníku mám k dispozici i souhrnná data za rok 2021, z nichž lze vyjmout data klientů, kteří léčbu řádně dokončili, což prakticky odpovídá výzkumnému vzorku v této práci. Posun k lepšímu lze pozorovat prakticky ve všech sledovaných oblastech, ve zmíněném vzorku se pohyboval v rozmezí 0,04 až 1,79 stupně. Ke zlepšení o 1,00 a více stupně došlo v následujících 12 oblastech. Text za lomítkem označuje kategorii pracovního modelu šetření provedeného v této práci, řazení oblastí odpovídá kategoriím, resp. podkategoriím, tak jak jsou uvedeny ve schématu v úvodu kapitoly 4.6.

- Orientace ve vlastních dluzích (1,00) / Kategorie č. 1 Kompetence
- Vyrovnávání se s bolestí a nepříjemnými pocity (1,50) / Kategorie č. 1 Kompetence
- Zvládání životních konfliktů a problémů (1,79) / Kategorie č. 1 Kompetence
- Schopnost říct si o pomoc (1,60) / Kategorie č. 1 Kompetence
- Běžná komunikace s okolím (1,30) / Kategorie č. 1 Kompetence
- Uvědomování si vlastní závislosti (1,00) / Kategorie č. 2 Závislost

- Vztahy s blízkými a rodinou (1,36) / Kategorie č. 4 Rodina
- Sebeúcta (1,67) / Kategorie č. 5 Vztah k sobě
- Sebedůvěra (1,45) / Kategorie č. 6 Sebedůvěra
- Plánování a uspokojivé využívání volného času (1,19) / Kategorie č. 8 Směřování
- Schopnost vidět svou budoucnost příznivě (1,38) / Kategorie č. 9 Změna pohledu na svět
- Radost ze života (1,17) / Kategorie č. 9 Změna pohledu na svět

Z dostupných dat dotazníkového šetření vyplývá, že většinu změn, o nichž hovoří respondenti v šetření, je schopen tento sebehodnotící dotazník obsáhnout. Jsou v něm i některé oblasti změn, které v tomto výčtu uvedeny nejsou (např. dovednosti podporující abstinenci, jako je zvládání chutí, práce s relapsem), neboť se v nich klienti dle svých slov neposunuli tak výrazně, popř. si svůj posun ještě nemohli ověřit v praxi. Mezi tématy sebehodnocení se však explicitně neobjevují témata sebepoznání (kategorie č. 3) a zodpovědnosti (kategorie č. 7), která respondenti zmiňují. Jsou-li pro ně důležitá, myslím, že by stálo za to se na ně ptát a zjišťovat i nadále, jak si klienti v těchto oblastech změn vedou.

Dotazník dosažení cílových hodnot klientů v TK (viz Příloha C) sleduje, zda a do jaké míry se klienti v průběhu léčby posunuli v předem definovaných tématech. Cílové hodnoty odpovídají ideálnímu stavu klienta při odchodu z léčby v TK a cílům, které jsou ve službě stanoveny. Hodnocení provádí klíčový pracovník klienta na konci léčby, a to na čtyřstupňové škále „rozhodně naplnil (cíl služby) – částečně naplnil – téměř nenaplnil – rozhodně nenaplnil“. V dotazníku je 14 oblastí, které svým obsahem odpovídají nejvíce kategoriím č. 1 Kompetence a č. 2 Závislost, částečně kategorii č. 5 Vztah k sobě (podkategorie 5B Starám se o sebe), č. 4 Rodina a č. 7 Zodpovědnost. Prakticky vůbec zde není věnována pozornost změnám v oblastech kompetencí spojených s emocemi, schopnosti říci si o pomoc a s úzce související sebeláskou a sebedůvěrou, nehovoří se ani o sebepoznání, sebedůvěře, změně pohledu na svět či nějakému vlastnímu směřování, což jsou v pracovním modelu životní změny uživatelů drog v TK významné a často zmiňované hodnoty.

Vrátíme-li se zpátky k původní myšlence práce – zjistit, jak vypadá životní změna uživatelů drog v TK a jaké jsou možnosti jejího reálného zjišťování, třeba i za účelem zpětné vazby pro pracovníky TK, ale i jako nástroj pro sebereflexi klienta, pak dotazník dosažení cílových hodnot se nejeví jako efektivní nástroj pro tento účel. Sebehodnotící dotazník je možné použít s tím, že by bylo vhodné jej doplnit o chybějící oblasti a mít tak k dispozici určitou

baterii kvantifikovatelných dat, které je možné srovnávat v čase. Ve hře je i možnost zařadit do evaluačního procesu nestrukturované rozhovory, tak jak byly vedeny v tomto šetření, neboť změna popsána vlastními slovy respondentů, resp. klientů TK, nabízí specifickou hloubku a zpětnou vazbu o tom, k čemu v léčbě skutečně došlo, bez ohledu na stanovené cíle.

Závěr

Tématem této diplomové práce byla životní změna uživatelů drog v terapeutické komunitě. Jde o osoby s mnohdy velmi nešťastnými osudy, před nimiž většinou už v dospívání unikali do závislosti na návykových látkách, v níž setrvali ještě řadu let, než se rozhodli nastoupit do léčby v terapeutické komunitě. Léčba v terapeutické komunitě je nejdelší a nejkomplexnější léčebná modalita ve stávajícím systému služeb pro uživatele drog a skýtá tak nejširší příležitost pro změnu v životě klientů.

Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu. Vycházíme totiž z předpokladu, že trvalejší změny životního stylu lze dosáhnout prostřednictvím osobního růstu. Klient v programu terapeutické komunity postupně dosahuje změn v postojích, sebekojení, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem jej povede. (Adameček, 2015 str. 452)

Pracovní model životní změny uživatelů drog v TK vycházející ze šetření v této diplomové práci odpovídá popisovaným charakteristikám. Respondenti shodně hovořili o změnách v oblastech úzce provázaných s osobním růstem. Během léčby nabyli řadu praktických kompetencí pro vlastní fungování v běžném životě i ve vztazích s okolními lidmi. Blíže se setkali sami se sebou, poznali své silné a slabé stránky, příležitosti a limity, i obranné mechanismy, které dosud používali, aby své slabosti či zranitelnost skryli. Dostali se do kontaktu s emocemi, které pro mnoho z nich byly územím neprobádaným, neznámým a tím i nebezpečným. Rozpoznání emocí, schopnost je pojmenovat, prožít a některé z nich adekvátně zvládnout, jsou úkoly, jimž čelili v léčbě a které je budou provázet i v dalším životě.

Významných změn respondenti dosáhli v oblasti vztahu k sobě, kdy se o sebe začali více zajímat, starat a mít se rádi takoví, jací jsou. V důsledku zlepšení vztahu k sobě také mohli začít více uvažovat nad tím, co pro sebe mohou udělat nebo kam chtějí v budoucnu směřovat, ať už půjde o zajištění bydlení, práce nebo zvyšování kvalifikace. Na základě zkušeností, co už v průběhu léčby dokázali a co se naučili, si respondenti více věří a více se na sebe a své schopnosti spoléhají. Také převzali díl zodpovědnosti za svůj život a k dalšímu jeho vývoji přistupují aktivně.

Vrátíme-li se na začátek příběhů lidí, kteří se potýkají se závislostí, je třeba si uvědomit, že *závislosti mají vždycky původ v bolesti, ať už ji pocítujeme otevřeně nebo zůstává skryta v podvědomí. Jsou to emoční anestetika. Život závislých je často plný bolesti, a to nejen v přítomnosti, ale především v minulosti* (Maté, 2020 str. 69). Pokud respondenti hovoří o změnách, které souvisejí se zvládnáním nepříjemných emocí, jako jsou smutek a bolest a zároveň o změnách pohledu na svět, který se jim nyní jeví jako dobré místo k životu, v léčbě našli smysl života, naději a chuť žít, pak jde o změny naprosto klíčové pro jejich další fungování.

Zajímavými jevy, které zmiňují již během analýzy dat a které procházely jako červená nit téměř všemi rozhovory s respondenty, byly fenomény „bylo mi to jedno“ a „už se nebojím“, které zjednodušeně naznačují posuny, které respondenti dále podrobněji popisovali a které by bylo možné použít jako jakési zastřešení významných změn, k nimž v jejich životech v průběhu léčby došlo.

Optimistické vyznění pracovního modelu životní změny uživatelů drog v TK má samozřejmě své limity, neboť nám nedává (a ze své podstaty ohraničeného rámce šetření ani dát nemůže) zpětnou vazbu o tom, jak se klientům daří dosažené změny dlouhodobě udržet mimo léčebné prostředí. Zároveň jde o změny, o nichž hovořili klienti, kteří léčbu dokončili, a tedy nemáme podrobnější informaci o tom, k jakým změnám došli klienti, kteří odešli z léčby předčasně. Ze zkušeností víme, že někteří klienti, kteří léčbu nedokončili řádně, mohou v běžném životě vcelku bezproblémově fungovat, stejně jako ti, kteří ji úspěšně dokončili, mohou opakovaně selhávat. Zde je však třeba připomenout, že fungování klientů po léčbě není možné hodnotit v dichotomických kategoriích „úspěšný/ neúspěšný“, neboť jde o dlouhodobý proces, v němž není nouze o vzestupy a pády, kterými bývalí klienti reagují na působení faktorů, na něž se třeba ani nebylo možné připravit a které koneckonců provází životy každého z nás, bez ohledu na to, jaký vztah máme k návykovým látkám.

Možnost využití pracovního modelu životní změny uživatelů drog v TK, resp. opakování šetření a jeho zařazení do stávajícího procesu evaluace v Terapeutické komunitě Advaita, považuji za velkou příležitost pro získávání zpětné vazby klientů ve vztahu k tomu, co si z léčby skutečně odnášejí. Když jsem v průběhu sběru dat a kódování rozhovorů konzultovala zjištěné informace s kolegy terapeuty, shodovali jsme se, že změny, k nimž respondenti v léčbě došli a o kterých hovoří, jsou skutečně obdivuhodné a že to tedy „asi děláme dobře“, což přineslo nepochybně určitou satisfakci, radost a nadšení do další práce.

Změny, o kterých respondenti hovořili, se odehrály v širokém kontextu a vychází z komplexního působení řady léčebných nástrojů. *Základním prostředkem k dosažení cílů je samotný život v komunitě se všemi jeho specifiky, jako je společné rozhodování, otevřená komunikace, konfrontace. Tento život se maximálně snaží přibližovat reálnému životu, který má svá pravidla, řád, režim, kde se uskutečňují reálné i přenosové vztahy. Dalšími významnými prostředky pro dosahování cílů práce s klienty jsou jednotlivé složky strukturovaného programu* (Adameček, 2015 str. 452). Provoz služby zajišťuje multidisciplinární tým, v němž své uplatnění najde i sociální pedagog, který zde může prakticky využít znalosti z řady oborů, např. psychologie, sociologie, sociální práce, sociální pedagogiky, andragogiky, krizové intervence aj. Pro samostatnou práci v terapeutické komunitě pak potřebují mít alespoň zahájený sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik.

Diplomová práce může být přínosem řadě pracovníků pomáhajících profesí, zejména těm, kteří pracují s uživateli drog, popř. o práci s touto cílovou skupinou uvažují. Pro pracovníky v terapeutických komunitách nebo jiných léčebných modalitách může být zdrojem inspirace pro hledání možností zjišťování zpětné vazby klientů, kteří absolvovali nějaký typ léčby. A snad může být i ujištěním, že i když je práce s uživateli drog náročná a provází ji řada neúspěchů, nepochybně má smysl v ní vytrvat a být tu pro ty, kteří to v životě neměli lehké.

Cílem práce bylo popsat a na základě odborných pramenů analyzovat terapeutickou komunitu pro drogově závislé v kontextu systému léčby a ve výzkumném šetření zjistit konkrétní životní změny, ke kterým u klientů došlo v průběhu léčby. Na základě popisu životní změny a oblastí, v nichž došlo k popsáním změnám, měla být dále popsána možnost zapojení sociálního pedagoga, jakožto plnohodnotného člena terapeutického týmu. Vzhledem k výše uvedenému považuji cíl práce za splněný.

Seznam použité literatury

- 1) ADAMEČEK, David, RADIMECKÝ, Josef. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-9
- 2) ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., KALINA, K. Systém péče – jednotlivé složky: Rezidentní léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- 3) BÉM, Pavel. Systém péče – jednotlivé složky: Úvod – složky systému péče v ČR. In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- 4) BROEKAERT, E. a kol. Transatlantic Dialectis: A study on similarities and dissimilarities in approaches to substance abuse problems in the United States and Europe. In: *Therapeutic Communities*. 2007.
- 5) DODES, Lance. *A New Treatment Approach*. 2017. [online] Cit. Dne 25. 2. 2019. Dostupné z: <http://www.drlancedodes.com/a-new-treatment-approach/>
- 6) DVOŘÁČEK, Jiří. Neurobiologie závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- 7) DVOŘÁČEK, Jiří. Systém péče – jednotlivé složky: Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- 8) GOSSOP, Michael. *Drug Addiction and its Treatment*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19852-608-3
- 9) HARRISON, T. A Momentous Experiment: Strange Meetings at Northfield. In: HAIGH, R., CAMPLING, P. *Therapeutic Communities: past, present and future*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 1999.
- 10) HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0
- 11) HENDL, Jan, REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1
- 12) HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4

- 13) KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2
- 14) KALINA, Kamil. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-9
- 15) KENNARD, D. *Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 1998. ISBN 1-85302-603-4
- 16) KERR, D.H. The Therapeutic Community: A codified Concept for Training and upgrading Staffmembers working in a Residential Setting. In: DE LEON, George, ZIEGENFUSS, J. T. *Therapeutic Communities for Addiction. Reading in Theory, Research and Practice*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 1986
- 17) KOOYMAN, Martien. Terapeutická komunita pro závislé. In: NEVŠÍMAL, P. a kol. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj ve spolupráci s Terapeutickou komunitou Magdaléna, 2004.
- 18) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-347-1
- 19) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979.
- 20) KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociální model: Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- 21) MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-254-8
- 22) MATÉ, Gabor. *V říši hladových duchů. Blízká setkání se závislostí*. Praha: PeopleComm, 2020. ISBN 978-80-87917-62-6
- 23) MIOVSKÝ, Michal a kol. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP a Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, 2013. ISBN 80-247-1362-4
- 24) NEVŠÍMAL, Petr. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: In: NEVŠÍMAL, P. a kol. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj ve spolupráci s Terapeutickou komunitou Magdaléna, 2004.
- 25) NIDA, National Institute for Drug Abuse, 2015. . [online] Cit. Dne 27. 2. 2019. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>

- 26) HOLLIDGE, C. Psychodynamic aspects of the addicted personality and their treatment in the therapeutic community. In: Readings of the 5th World Conference on Therapeutic Communities, Alphen a/d Rijn: Samson/Sijthodd, 1980.
- 27) RAPOPORT, Robert. *Community as Doctor*. London: Tavistock Publication, 1960. ISBN 9781138881402
- 28) RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., KALINA, K., ADAMEČEK, D. Terapeutická komunita a její aplikace. In: KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- 29) RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0927-0
- 30) ŘÍHÁČEK, Tomáš, HYTYCH, Roman a kol. *Kvalitativní analýzy textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013.
- 31) Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2018.
- 32) Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci SNN JEP. *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-271-5
- 33) ŠEFRÁNEK, Martin. *Evaluační výsledky léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-130-9
- 34) Úřad vlády České republiky. *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog*. 2015. [online] Cit. dne 27. 6. 2020. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
- 35) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
- 36) YALOM, Irvin. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8

Přílohy

Příloha A: Denní program Terapeutické komunity Advaita

Příloha B: Sebehodnotící dotazník pro klienty TK Advaita

Příloha C: Dotazník dosažení cílových hodnot klientů TK Advaita

Příloha D: Přepis kódovaných výroků jednoho z respondentů

Příloha A: Denní program terapeutické komunity Advaita

DENNÍ PROGRAM TK

	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDĚLE
6.30	budíček	budíček	budíček	budíček	budíček	dům otevřít v 7.30 hod volno	dům otevřít v 7 hodin volno
6.45	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička		
7.00 7-7:10 7:45	úklid pokojů léky PD	úklid pokojů léky PD	úklid pokojů léky PD	úklid pokojů léky PD	úklid pokojů léky PD		
7.30	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	budíček 7.45 rozcvička	
8.00	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	8-8:10 léky 8.30 snídaně	od 8:00 léky 8.00-10.00 snídaně
9.00 9-9:10 9:30	volno pokladna kontrola pokojů	volno pokladna kontrola pokojů	volno pokladna kontrola pokojů	volno pokladna kontrola pokojů	volno pokladna kontrola pokojů	ranní komunita pokladna po dohodě s TE	pokladna po dohodě s TE volno, IR
9.30	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok 11:45 dílna kontrola práce	9.30 výlet či jiný program	
12.00	volno	volno	volno	volno	volno		
12.30 12:50- 13:00	oběd pokladna, léky, pošta	oběd pokladna, léky, pošta	oběd pokladna, léky, pošta	oběd pokladna, léky, pošta	oběd pokladna, léky, pošta	13.00 oběd ¹ pokladna, léky individuálně	13.00 oběd pokladna, léky 13:20-13:30
13.30	skupina	skupina	13:15 poporadní skupina 14.00 společně odpoledne	skupina	hodnotící skupina	výlet či jiný program	volno, IR
15.00	volno	volno	15.30 volno	volno	15.30 volno		
15.30	pracovní blok / vzdělávací lekce/ technika 1x měsíčně	pracovní blok	16.00 vzdělávací lekce	pracovní blok	15.45 úklid pokojů 16:35 kontrola pokojů		
17.30	volno	volno	volno	volno	16.45 relaxace		
18.00 18:15-30 19:45	večeře pokladna, léky kontrola jídelny a kuchyně	večeře pokladna, léky kontrola jídelny a kuchyně	večeře pokladna, léky kontrola jídelny a kuchyně	večeře pokladna, léky generální úklidy	večeře pokladna, léky kontrola jídelny a kuchyně	18.30 večeře pokladna, léky 18:50- 19:00 kontrola jídelny a kuchyně	večeře pokladna, léky 18:15-18:30 kontrola jídelny a kuchyně
20.00	klub klientů	skupina 1. fáze ² /Ž/M	skupina 3. fáze ³	samořídící skupina	volno, IR	klub terapeutů	nedělní posezení
21.00 21:30- 21:40	rozloučení (asi 15 minut) pokladna, léky	rozloučení pokladna, léky	rozloučení pokladna, léky	rozloučení pokladna, léky	rozloučení pokladna, léky individuálně	rozloučení pokladna, léky individuálně	rozloučení pokladna, léky
do 22.30	volno, IR	volno, IR	volno, IR	volno, IR	volno, IR	volno, IR	volno, IR
22.30	večerka	večerka	večerka	večerka	volno, IR	volno, IR	večerka
24.00					večerka	večerka	

Ž – ženská skupina, M – mužská skupina – probíhají paralelně 1x za dva týdny
IR – individuální rozhovory

¹ často mimo objekt komunity

² účastní se jí pouze klienti v první a nulté fázi programu – střídá se po týdnu s M + Ž

³ účastní se jí všichni klienti

Příloha B: Sebehodnotící dotazník pro klienty TK Advaita

Oblast CO SE V LÉČBĚ ZMĚNILO

V tabulce jsou uvedeny oblasti, ve kterých by mohlo dojít v průběhu léčby k nějakému vývoji. Označuj (zakroužkuj) svůj stav v dané oblasti při nástupu do léčby.

Škála odpovídá známkování ve škole (1 = výborný, 2 = spíše dobrý, 3 = průměrný, 4 = spíše špatný, 5 = špatný)

<i>Oblast, ve které by mohlo dojít v průběhu léčby k vývoji</i>	<i>Stav při nástupu do TK</i>
34.1 Zdravotní stav	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.2 Přístup k vlastnímu zdraví	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.3 Tělesná kondice	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.4 Vyrovnávání se s bolestí a nepříjemnými pocity	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.5 Prožívání radosti a příjemných pocitů	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.6 Sebedůvěra	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.7 Sebeúcta	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.8 Radost ze života	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.9 Schopnost vidět svou budoucnost příznivě	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.10 Schopnost říct si o pomoc	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.11 Dovednost kladení si cílů	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.12 Dosahování cílů, dotahování věcí do konce	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.13 Zvládání životních konfliktů a problémů	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.14 Běžná komunikace s okolím	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.15 Vztahy s blízkými a rodinou	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.16 Zvládání běžných denních povinností	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.17 Vztah k práci	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.18 Vytřvalost a soustředění	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.19 Hospodaření s penězi	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.20 Orientace ve svých dlužích	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.21 Splácení dluhů	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.22 Orientace v sociálně-právních oblastech	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.23 Plánování a uspokojivé využívání volného času	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.24 Uvědomování si vlastní závislosti	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.25 Práce s chutěmi	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹
34.26 Práce s relapsem	☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☹

Příloha C: Dotazník dosažení cílových hodnot klientů TK Advaita

Absolventi služby (ideální stav): Jméno:

DÉLKA POBYTU V LÉČBĚ (v měsících): _____

- Mají stabilizovaný zdravotní stav.
- Absolvovali potřebná vyšetření a prošli léčbou případných zdravotních komplikací.
- Pokud léčba při odchodu z terapeutické komunity nadále pokračuje, znají své ošetřující odborné lékaře (např. ambulantní psychiatry, hepatology).
- Mají termín nejbližší kontroly.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Získali informace o zdravém životním stylu a touto zásadou se řídí.
- Naučili se pečovat o svoji hygienu a své zdraví.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Mají zajištěné doléčování syndromu závislosti či patologického hráčství, z terapeutické komunity přecházejí do následné péče odborného zařízení.
- Význam doléčování si sami uvědomují.
- Přistupují k němu aktivně.
- Mají přehled o mapě pomoci.
- Mají naspořeno na konci léčby min. na první nájem.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Vytvořili si postoj k užívání návykových látek, který odráží jejich situaci.
- Uvědomují si nutnost abstinence od užívání látek, na nichž jsou závislí.
- Chápu význam a výhodnost abstinence i od látek dalších, například od alkoholu.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Jsou vzdělaní v oblasti prevence relapsu.

- Umí pracovat s chutěmi.
- Znají svoje spoštěče.
- Znají své rizikové situace.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Získali základní pracovní návyky, případně si je obnovili.
- Ujasnili si reálné možnosti svého pracovního uplatnění.
- Budou-li žít na Liberecku, mají při odchodu z terapeutické komunity zaměstnání, nebo ho aktivně hledají již v terapeutické komunitě.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Mají zajištěné ubytování (chráněné bydlení v doléčovacím centru, podnájem, bydlení u rodičů apod.).

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Obnovili vztahy se svými nejbližšími, pokud to bylo jen trochu možné.
- Aktivně řešili své vztahy v rodině.
- Aktivně pracovali na svém postoji ke vztahům (blízkým).

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Získali představu o vyplňování svého volného času.
- Aktivně naplňují svůj volný čas.
- Smyslně naplňují svůj volný čas.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně	Naplnil	Téměř	Rozhodně

naplnil	částečně	nenaplnil	nenaplnil

- Mají přehled o všech svých případných právních záležitostech a souvisejících trestech a přistupují aktivně k jejich řešení, v případě potřeby využili probační a mediační službu.
- Do budoucna odmítají kriminální způsob života.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Umějí obsluhovat počítač, dovedou vyhledat potřebné informace na Internetu.
- Orientují se v práci s Wordem, e-mailem.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Orientují se ve své sociální situaci, jsou v kontaktu s důležitými institucemi a úřady.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Znájí výši svých dluhů a kontaktovali věřitele, v rámci svých možností dluhy splácejí nebo mají sjednáno pozastavení splátek.
- Aktivně spolupracovali se sociální pracovníci.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

- Vědí, jak správně hospodařit se svými penězi.
- Zodpovědně pracovali s finančním plánem po dobu léčby a získali tak výhodu třetí fáze.
- Jsou schopni si našetřit.

Dosažení cíle služby:

Rozhodně naplnil	Naplnil částečně	Téměř nenaplnil	Rozhodně nenaplnil

R2	53	Jsem jinej. V přemýšlení nad sebou samým. Asi dokážu víc přemýšlet nad sebou, dřív mi to bylo víc jedno, bral jsem sám sebe jako samozřejmost. Byl jsem 10 let pod vlivem, moc jsem to nevnímal.	Víc nad sebou přemýšlím, dřív jsem se bral jako samozřejmost	vztah k sobě	vnímám se	bylo mi to jedno
	54	Víc si teď všímám souvislostí. Když se mi třeba něco fyzicky děje, tak víc hledám souvislosti, co za tím je.	Začal jsem se víc vnímat	vztah k sobě	starám se o sebe	
	55	Na začátku léčby jsem byl troska, který bylo všechno jedno, ono všechno nějak dopadne a nějak to skončí. Teď jsem člověk, kterej chce něco dokázat, i přes ty komplikace, který jsou a nějak se usadit a stabilizovat svůj život, aby to nebyly extrémy, ale spíš zlatá střední cesta.	Už nejsem troska, chci něco dokázat	směřování	seberozvoj	bylo mi to jedno
	56	Hodně se změnil můj zdravotní stav. Když jsem nastupoval, muselo zasednout lékařský konzilium, aby bylo vůbec jasné, jestli léčbu zvládnou.	Hodně se zlepšil můj zdravotní stav	vztah k sobě	starám se o sebe	zdraví
	57	Víc si věřím, ale pořád jsou oblasti, kde jsem nejistej, třeba ve vztazích.	Víc si věřím, ale znám své limity	sebedůvěra		
	58	V práci to ale zvládám líp.	V práci to lí zvládám	kompetence	praktické	
	59	Zkousím teď nové věci, jdu do práce, kterou jsem nikdy nedělal.	Zkousím nové věci	zodpovědnost	aktivní přístup	
	60	Začal jsem víc sportovat, to jsem taky nedělal, když pomínu takový ty nahodilý pokusy v dětství.	Začal jsem víc sportovat	vztah k sobě	starám se o sebe	sportuji
	61	Raduju se ze života asi trochu víc, ale zase to závisí na okolních situacích. Předtím jsem se ze života asi vůbec neradoval. Pod drogama jsem asi nějakou radost zažil, ale nic z toho ve mně nezůstávalo, teď se mi to daří líp.	Začal jsem se víc radovat	změna pohledu na svět	radost	
	62	Dělám si radosti, jako že si zaběhám, něco dobrýho si uvařím, v práci se mi něco podaří.	Dělám si radost maličkostmi	změna pohledu na svět	radost	
	63	Přistupuju k tomu víc aktivně.	Jsem aktivnější	zodpovědnost	aktivní přístup	
	64	Nebo si něco dobrýho koupím. Řeším to teď jinak než dřív. Jdu do knihovny, půjčím si knížku místo toho, abych šel k Vietnamcovi a koupil si tam flašku. Víím, jak účinně vypnout, potřeboval jsem vypnout, ale víím, že to není řešení, tak jsem se stavil do knihovny a doma jsem si četl.	Naučil jsem se hledat jiné možnosti úlevy	závislost	dovednosti	alternativy
	65	To asi souvisí se sebeúctou – nehodlám se už huntovat. Kolaps organismu mě taky asi dost vystrašil.	Už se nechci huntovat.	vztah k sobě	starám se o sebe	

66	Umím si líp říct o pomoc. Nedávno jsem to řešil s přítelkyní, bojoval jsem s hrdostí a egem a poprosil jsem mámu, aby nám půjčila peníze na kauci na nové bydlení. Bylo to obtížné. Dřív jsem si radši věci vyžral sám, než abych si řekl o pomoc.	Umím si říct o pomoc	kompetence	říct si o pomoc	
67	Povedlo se mi nějak poznat sám sebe	Poznal jsem sám sebe	sebepoznání		
68	a žít aktivnější život.	Jsem aktivnější	zodpovědnost	aktivní přístup	
69	Začal jsem dělat věci víc sám pro sebe a ne pro někoho jinýho.	Začal jsem dělat věci pro sebe	vztah k sobě	zasloužím si	
70	Dozvěděl jsem se o sobě, že dokážu fungovat i bez alkoholu a dokážu fungovat stejně dobře, jako na alkoholu.	Zjistil jsem, že můžu žít bez alkoholu	závislost	abstinence	
71	Alkohol jsem používal k tomu, že jsem utlumoval emoce a bylo mi hodně věcí jedno. Teď si emoce nějak přeberu nebo se nějak ozvu. Asi je ty emoce umím i nějak prožít.	Naučil jsem se netlumit a prožívat emoce	kompetence	emoce	vývoj
72	Potřebuju aktivity a už si je umím najít. Vždycky něco dělám.	Umím si najít aktivity	zodpovědnost	aktivní přístup	
73	Neaktivita pro mě není bezpečná.	Vím, co je pro mě nebezpečné	sebepoznání		
74	Hodně se změnilo ve vztahu s mými blízkými. Říkají, že jsem se změnil. Z mé strany k nim – se všema víc komunikuju.	Víc komunikuji s okolím	rodina	změna vztahu	
75	V léčbě pro mě bylo nejdůležitější ji dokončit. Mnohokrát jsem zvažoval, že to ukončím dřív s tím, že žádný papír nepotřebuju, ale z nějakýho důvodu jsem to potřeboval dokončit.	Dokončení léčby pro mě bylo důležité	co pomohlo		
76	Naučil jsem se fungovat a popasovat se sám se sebou.	Naučil jsem se fungovat	kompetence	praktické	