

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Martina Šerá

*Využití autogenního tréninku  
v Terapeutické komunitě Sejřek*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Valouchová, Ph.D

**2015**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 20.3.2015

Podpis

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Pavlíně Valouchové, Ph.D za trpělivost, vstřícnost a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala vedoucímu Terapeutické komunity Sejřek Bc. Janu Sobotkovi za umožnění mého výzkumu a také ostatním členům týmu za spolupráci. Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu při studiu.

# Obsah

Obsah .....	4
Úvod.....	7
Teoretická část .....	9
1 Závislost na nealkoholových drogách .....	10
1.1 Typy závislosti .....	10
1.2 Fáze závislosti .....	11
1.2.1 Fáze experimentování a občasného užívání .....	11
1.2.2 Fáze pravidelného užívání.....	11
1.2.3 Fáze návykového užívání .....	11
1.2.4 Fáze terminální .....	11
1.3 Důsledky užívání nealkoholových drog.....	12
1.3.1 Psychické důsledky .....	12
1.3.2 Změna chování .....	12
1.3.3 Sociální důsledky .....	13
1.4 Základní rozdělení nealkoholových návykových látek.....	13
1.4.1 Opioidy a opiáty .....	13
1.4.2 Stimulancia.....	13
1.4.3 Halucinogeny.....	14
1.4.4 Konopné drogy .....	14
1.4.5 Těkavé látky .....	14
1.5 Možnosti odborné pomoci.....	15
1.5.1 Terénní programy a kontaktní centra .....	15
1.5.2 Ambulantní péče.....	15
1.5.3 Substituční léčba.....	16

1.5.4	Pobytová (rezidenční) léčba .....	16
1.5.5	Doléčování a následná péče .....	16
2	Terapeutická komunita (TK) .....	17
2.1	Klientela terapeutických komunit pro drogově závislé.....	18
2.2	Léčba duálních diagnóz v TK pro drogově závislé.....	18
3	Kognitivně behaviorální terapie (KBT).....	19
4	Autogenní trénink .....	20
4.1	Východiska a principy autogenního tréninku .....	20
4.2	Účinky a využití autogenního tréninku .....	20
4.3	Metodika .....	21
4.4	Formy autogenního tréninku .....	22
5	Terapeutická komunita Sejřek .....	23
5.1	Fáze léčby v Terapeutické komunitě Sejřek .....	25
5.1.1	Nultá fáze .....	25
5.1.2	První fáze.....	26
5.1.3	Druhá fáze .....	26
5.1.4	Třetí fáze.....	26
	Empirická část.....	27
6	Metodologie výzkumu.....	28
6.1	Cíl a výzkumná otázka .....	28
6.2	Výzkumná strategie.....	28
6.2.1	Výzkumný přístup .....	29
6.3	Metody získávání dat .....	29
6.4	Průběh výzkumu.....	31
6.5	Metoda zpracování dat .....	33
7	Interpretace dat .....	34
	Závěr .....	43

Seznam literatury .....	45
-------------------------	----

# Úvod

Cesta osob závislých na návykových látkách není jednoduchá. Tito lidé si často musí projít peklem, než si uvědomí, že jediná cesta, která vede k přežití, je cesta, která začíná léčbou drogové závislosti. Díky zvolení si této možnosti mohou lidé závislí na drogách zjistit, že nejde jen o přežití, ale také o štěstí. Štěstí, které jakoby svítilo v dáli toho tmavého tunelu. Cesta k tomuto světlu je často bolestivá, unavující a bezútěšná. Většina závislých se tak raději vrátí k tomu, co tak dobře znají, co jim přivede rychlou úlevu. Proto je velmi důležité tuto cestu lidem bojujícím s drogovou závislostí co nejvíce zpříjemnit. Dodat jim odvahu, alespoň chvilkový pocit odpočinku a blaženosti, který se jim tak těžce dostává.

Známe mnoho relaxačních technik, které se využívají s klienty nejen sociálních služeb. Dle mého názoru není až tak důležité, jakou techniku si vybereme. Důležité je, abychom nějakou techniku zvolili. Některé techniky jsou však účinnější než ostatní. Jednou z těchto účinných relaxačních technik je právě autogenní trénink, který má velmi široké využití. Já se však zabývám cílovou skupinou osob závislých na nealkoholových drogách, proto mě zajímá využití této techniky v sociální službě zabývající se touto cílovou skupinou.

Hlavním cílem mého výzkumu je pomocí případové studie popsat využití autogenního tréninku a jiných relaxačních technik v Terapeutické komunitě Sejřek. Jako hlavní výzkumnou otázku mé bakalářské práce jsem si zvolila: *Jaké je využití autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek?* Rozhodla jsem se také naplnit několik dílčích cílů. Zejména je to zjistit, jak probíhá autogenní trénink v Terapeutické komunitě Sejřek. Dále také zjistit, jak autogenní trénink pomáhá klientům Terapeutické komunitě Sejřek. Posledním dílčím cílem mé práce bylo zjistit, jestli terapeutický tým vede klienty k využívání autogenního tréninku ve volném čase během pobytu v Terapeutické komunitě Sejřek.

Má práce může posloužit nejen veřejnosti v případě zájmu o tuto problematiku, ale také poskytovatelům sociálních služeb, kterých se tato problematika dotýká. Práce může být užitečná pro všechny, kteří se zajímají problematikou drogové závislosti, a také technik práce s klienty závislými na návykových látkách.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části, a to teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnuji základním pojmům souvisejícím s vybranou problematikou. Ve výzkumu

využívám strategii kvalitativního výzkumu, v rámci kterého jsem si zvolila výzkumný přístup případovou studii. Tento přístup jsem si vybrala proto, že se zabývá daným jevem komplexně a podrobně.

V mé práci jsem využila literatury z oboru sociální práce, sociologie, psychologie a všeobecného lékařství. Také jsem čerpala z dokumentů Terapeutické komunity Sejřek, odborných časopisů a zákona o sociálních službách.



# **Teoretická část**

# 1 Závislost na nealkoholových drogách

Jelikož se celá má práce věnuje oblasti drogových závislostí, považuji za nutné nejdříve uvést, co vlastně pojem závislost znamená, jak se projevuje, jaké jsou stupně závislosti a také jaké jsou možnosti léčby závislostí v České republice.

V literatuře se objevuje několik definic závislosti, většinou se však velmi podobají. Pro svou práci jsem si zvolila tuto výstižnou definici: „Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které jsou důsledkem dlouhodobého užívání psychoaktivní látky.“ (Vágnerová 2014: s. 496) Psychoaktivní látky jsou ty látky, které mohou jakkoliv měnit psychický stav člověka. (Vágnerová 2014: s. 496)

Mezi projevy závislosti patří nejrůznější symptomy. Zejména jsou to tyto: silná potřeba užít drogu, která se nazývá také anglickým názvem „craving“, neboli bažení, puzení užít drogu; neschopnost kontroly nad užívanou látkou; potřeba stále většího množství užívané látky; abstinenční syndrom, nebo také odvykací stav; dochází k omezení jiných potřeb nebo zájmů; potřeba užívat látku přetrvává i přes to, že jsou již zjevné potíže, které užívání přináší. (Vágnerová 2014: s. 496)

## 1.1 Typy závislosti

Závislost můžeme rozdělit na somatickou, neboli tělesnou, a psychickou. Také je rozdíl mezi závislostí na alkoholu a na nealkoholových drogách. Pro účely mé práce se budu v následujících odstavcích zabývat pouze závislostí na nealkoholových drogách.

V případě somatické závislosti se jedná o adaptaci tělesných funkcí na užívanou látku. Často se objevuje zvýšená tolerance uživatelů, kdy pro dosažení podobného stavu, musí závislý užít větší množství drogy, než mu stačilo dříve. Pokud tak neučiní, může se dostavit abstinenční syndrom, také nazývaný odvykací stav. Tato závislost je typická zejména u uživatelů heroinu a projevuje se například zvýšeným pocením, křečemi ve svalech, zvracením, zimnicí, bolestí kloubů a celkovou slabostí. (Rahn a Mankopf 2000 in Vágnerová 2014: s. 497)

Naopak psychická závislost se projevuje nepřekonatelnou touhou užít drogu. Osoba závislá v tomto případě pociťuje silnou úzkost a podrážděnost, kterou bez odborné pomoci lze překonat jen velmi těžko. (Dorner a Plog 1999 in Vágnerová 2014:

s. 497) Tato závislost je typická pro uživatele v České republice velmi rozšířeného pervitinu.

## **1.2 Fáze závislosti**

Fáze závislosti na nealkoholových drogách se liší od fází závislosti na alkoholu. V rámci mé práce se zabývám pouze závislostí na nealkoholových drogách. Fáze závislosti jsou v literatuře pojmenovány různě, vždy se ale jedná o tato specifická období:

### **1.2.1 Fáze experimentování a občasného užívání**

V této fázi člověka vede k užití drogy většinou zvědavost. Droga vyvolává v experimentátorovi žádoucí pocity, které se liší podle užití látky. Může se jednat o euforii, pocit blaženosti, uvolnění, excitaci, komunikativnost, únik od reality a podobně. Tuto fázi lze ještě poměrně úspěšně tajit. Pokud je však jedinec odhalen, je vysoká šance, že tohoto příležitostného užívání zanechá. (Fischer, Škoda 2009: s. 104)

### **1.2.2 Fáze pravidelného užívání**

V této fázi má člověk stále pocit, že má užívání návykové látky pod kontrolou, i když tomu tak již většinou není. Tento rys je právě naopak typický pro počínající závislost. Uživatel v této fázi ztrácí zájem o své běžné zájmy a mění se jeho chování. (volně podle Dornera a Plogové 1999 in Vágnerová 2014: s. 511):

### **1.2.3 Fáze návykového užívání**

Během této fáze se uživatel snaží ospravedlnovat své jednání, vymýšlí nejrůznější výmluvy a omluvy. Přitom dokáže být velmi přesvědčivý. Závislý již nemá zájem o nic, co se netýká drog nebo jejich užívání. Pro toto období jsou typické období, kdy se uživatel snaží s drogou přestat. Většinou jsou tyto pokusy neúspěšné a dochází k častým relapsům, tedy opětovnému užití drogy. Zdraví uživatele začíná chátrat také z důvodu úpadku v oblasti hygieny. (Fischer, Škoda 2009: s. 105)

### **1.2.4 Fáze terminální**

V této fázi se užívání drogy již projevuje na psychickém i fyzickém zdraví závislého. Rozpadají se také sociální vazby, ať už se jedná primárně o vztahy s rodinou,

nebo vztahy s přáteli a ve svém okolí. Tato fáze je charakteristická také ztrátou sociálních zábran, což vede ke kriminalitě, prostituci a podobně. (volně podle Dornera a Plogové 1999 in Vágnerová 2014: s. 511):

### **1.3 Důsledky užívání nealkoholových drog**

Užívání návykových látek má své důsledky. Většinou dochází k negativním změnám, které mívají pozvolný nástup a ne vždy jsou viditelné na první pohled. To je velmi nebezpečné, protože člověk závislý na návykových látkách si často nebezpečí užívání uvědomí až v pokročilých fázích závislosti, kdy už si osoba závislá na návykových látkách většinou nedokáže pomoci sama. Důrazné jsou psychické změny, změny chování a také sociální důsledky.

#### **1.3.1 Psychické důsledky**

K psychickým změnám v průběhu nadužívání návykových látek patří zejména tyto: (Nešpor 2012 in Vágnerová 2014: s. 512-513)

##### **1.3.1.1 Změny emočního prožívání**

Pro uživatele návykových látek jsou typické výbušné projevy, sklony k extrémním emočním reakcím, vztahovačnost a paranoia, která je typická pro uživatele pervitinu a může vyústit až v toxickou psychózu. Dále ke změnám emočního prožívání patří také sklony k depresi a úzkosti.

##### **1.3.1.2 Změny vnímání a uvažování**

Závislý jedinec může trpět například zhoršenou koncentrací, deformací myšlení a změnou vnímání reality. V případě inhalací organických rozpouštědel může dojít také k úbytku kognitivních schopností.

##### **1.3.1.3 Změna motivace a hodnot**

Uživatel většinou neuvažuje nad svou budoucností a soustředí se zejména na přítomnost, což znamená hlavně na to, jak si sehnat drogu, případně finance, a kde si drogu aplikovat.

#### **1.3.2 Změna chování**

V průběhu závislosti jedinec naprosto změní svůj styl života. Zhoršuje se výkonnost, ať už v osobním životě, studiu či zaměstnání. V poslední fázi závislosti již

uživatel potřebuje svou drogu pro zvládnutí i těch nejběžnějších a nejjednodušších denních činností. Osobnost drogově závislého upadá ve všech oblastech.

### **1.3.3 Sociální důsledky**

Postoj společnosti k uživatelům návykových látek je velmi odsuzující, proto se často setkáváme se stigmatizací a izolací drogově závislým. Je to způsobeno také tím, že závislý jedinec přestává respektovat běžné normy, které jsou ve společnosti zavedené a fungují. Uživatel často rezignuje na zaměstnání, případně studium a stává se tak přítěží své vlastní rodině. To vede k následné izolaci jedince také od své rodiny, čímž ztrácí svůj poslední zdroj prostředků. Proto se závislý jedinec většinou obrátí k trestné činnosti. Velká většina závislých na nealkoholových drogách má nebo v minulosti měli problémy se zákonem.

## **1.4 Základní rozdělení nealkoholových návykových látek**

Pro potřeby své práce považuji za důležité rovněž vyjmenovat jednotlivé skupiny nealkoholových drog proto, že každý sociální pracovník, pracující s osobami závislými, se setkává s klienty závislými na různých návykových látkách, a je nezbytně nutné, aby se v této problematice orientoval. Odlišné skupiny návykových látek ovlivňují klienty různým způsobem, proto se také může pracovník během využívání technik setkat s odlišnými reakcemi klientů. Proto v mé práci uvádím stručnou charakteristiku k základním skupinám návykových nealkoholových látek.

### **1.4.1 Opioidy a opiáty**

Během intoxikace uživatel pociťuje zklidnění a euforii. Na druhou stranu mohou způsobit také rozladění, nevolnost, zvracení a neschopnost koncentrace. Léčba závislosti na těchto látkách probíhá buď formou substituce, nebo dlouhodobou léčbou vedoucí k úplné abstinenci. Do této skupiny drog patří heroin, braun a metadon. (Minařík 2003 a): s. 160-162)

### **1.4.2 Stimulancia**

Tyto látky již podle svého názvu uživatele vybudí, zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení, zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný (a tím také velmi nebezpečný) pocit psychické i fyzické síly a energie. Stimulační drogy

také výrazně snižují chuť k jídlu, což vede k nápadnému vyhubnutí uživatelů. V průběhu dlouhodobého užívání stimulantů (případně jednorázového užití velmi vysoké dávky) dochází často k rozvoji toxické psychózy, která se projevuje paranoidními myšlenkami nebo celkovým vnímáním, postižením nálady a halucinacemi. Mezi tyto drogy řadíme zejména pervitin, amfetamin a kokain. (Minařík 2003 b: s. 164)

### **1.4.3 Halucinogeny**

Halucinogenní drogy se rozdělují do tří hlavních skupin, a to přírodní halucinogeny rostlinného původu (mezkalin, durman a psylocybin obsažený v lysohlávkách), halucinogeny živočišného původu (bufetenin) a syntetické halucinogeny (LSD – často nazývaný „trip“ a PCP – nazývaný také jako „andělský prach“). Intoxikace nastupuje velmi pozvolna, někdy může trvat i hodinu, než uživatel pocítí první účinky drogy, což je velmi nebezpečné z hlediska předávkování. Samotnou intoxikaci doprovází většinou příjemný pocit euforie, iluze a pseudohalucinace, citlivost k vnímání barev a prostoru. V extrémních případech může dojít k úplné depersonalizaci a derealizaci. Intoxikovaný může mít tak například pocit chybění končetin, nebo se může cítit jako divák, kdy má pocit naprostého oddělení od reality. Halucinogeny bývají považovány za nejvíce nepředvídatelnou drogu. (Miovský 2003 a): s. 169-171)

### **1.4.4 Konopné drogy**

Mezi konopné návykové látky patří marihuana a hašiš. Nejčastějšími účinky jsou výrazné sucho v ústech, pocit hladu, deformace vnímání času, deformace vnímání prostoru, sluchové, hmatové a zrakové iluze, euforie, nezadržitelný smích, na druhou stranu také deprese, panické a úzkostné stavy. (Miovský 2003 b): s. 175-176)

### **1.4.5 Těkavé látky**

Mezi nejrozšířenější těkavé látky patří toluen, který se inhaluje. Po inhalaci přichází pocit euforie, halucinace, celkový útlum přecházející někdy do spánku nebo poruchy vědomí. Inhalace těkavých látek je velmi nebezpečná, snadno může dojít k předávkování a následnému úmrtí. Při dlouhodobém užívání dochází k poruchám emocí a chování, ztrátě zájmů a výkonnosti. Závažné jsou také somatické důsledky užívání, jako je toxické poškození jater a ledvin nebo poleptání dýchacích cest. (Hampel 2003: s. 194)

## **1.5 Možnosti odborné pomoci**

V České republice existuje několik způsobů, jak uživatelům návykových látek odborně pomoci. Služby jsou odstupňovány podle závažnosti závislosti. Ne každému uživateli může pomoci stejný druh služby. Obecně platí, že je nutný aktivní přístup ze strany klienta závislého na návykových látkách, aby bylo možno klientovi odborně pomoci.

### **1.5.1 Terénní programy a kontaktní centra**

Jednou z prvních forem pomoci, která je uživatelům návykových látek poskytována, jsou terénní programy (nebo také streetwork) a kontaktní centra.

„Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, případně terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižován sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §59)

„Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. ... Služba může být osobám poskytována anonymně.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §69) „Jeden z primárních cílů terénních programů je oslovit uživatele, kteří jsou z různých důvodů mimo dosah ostatních institucionálních služeb.“ (Hloušek 2007, s. 13) Většinou tyto služby využívají závislí užívající drogy nitrožilně. (Kolektiv autorů SANANIM 2007: s. 21) Hlavní myšlenkou těchto služeb je princip „harm reduction“, jehož cílem je minimalizovat rizika zejména nitrožilního užívání nejen samotných uživatelů, ale také celé společnosti. (Kalina 2003: s. 79-80) Díky těmto službám se také závislý většinou poprvé setká s nabídkou následných služeb, jako jsou psychiatrické léčebny a terapeutické komunity, které popíšu dále. Přes to všechno jsou tyto nízkoprahové služby považovány veřejností i některými odborníky za kontarproduktivní. Tyto služby, stojící na principu harm reduction, ještě nemají v České republice takovou tradici, jako jiné sociální služby, které jsou společností přijímány mnohem přívětivěji. (Průdková 2007, s. 102)

### **1.5.2 Ambulantní péče**

Pro fázi experimentu, případně nárazových užití se snahou vyřešit aktuální problém, je možno se obrátit na psychologa, psychoterapeuta, nebo sociálního

pracovníka, tedy některou z forem ambulantní péče. (Kolektiv autorů SANANIM 2007: s. 20)

### **1.5.3 Substituční léčba**

Jednou z možností je také substituční léčba, která je však vhodná pouze pro osoby závislé na opiátech, jako je například heroin. Součástí této terapie je nutná současná psychologická pomoc a poradenství. (Kolektiv autorů SANANIM 2007: s. 21)

### **1.5.4 Pobytová (rezidenční) léčba**

Když už se uživatel rozhodne pro léčbu, naskýtá se mu hned několik možností. Jednou z nich je ambulantní léčba, kterou už jsem zmínila. Tato varianta není příliš vhodná pro osoby s několikaletou drogovou kariérou, je vhodná spíše pro začínající nebo nahodilé uživatele. Druhou možností je rezidenční léčba, která se dále dělí na střednědobou v rozmezí 3-6 měsíců (psychiatrická léčebna) a dlouhodobou v rozmezí 6-18 měsíců. Dlouhodobá rezidenční léčba drogových závislostí se uskutečňuje v terapeutických komunitách. (Kolektiv autorů SANANIM 2007: s. 21) Před rezidenční, neboli pobytovou formou léčby je vždy nutná detoxifikace uživatelů na detoxifikačních jednotkách. Důvodem je příprava klienta na následující program, který by byl jen těžko zvládnutelný ve stavu intoxikace, navíc pobytové léčby většinou požadují negativní výsledek testu na přítomnost jakýchkoli návykových látek. Detoxifikační jednotka je v České republice buďto součástí zařízení střednědobé nebo dlouhodobé léčby (například Bílá Voda – psychiatrická léčebna), nebo se jedná o samostatnou jednotku v nemocničním komplexu (například Středisko sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice Olomouc). V obou těchto příkladech má velkou roli sociální pracovník, který napomáhá klientovi při výběru následného léčebného programu, pomáhá kontaktovat rodinu, případně zaměstnavatele, pomáhá také při jednání s úřady a podobně. (Nešpor 2003: s. 191-192)

### **1.5.5 Doléčování a následná péče**

Závěrem léčby drogových závislostí tvoří doléčování a následná péče. Tato část léčby je věnovaná zejména prevenci relapsu, hledání nového bydlení a zaměstnání a řešení problémů s těmito aktivitami spojenými. Velkou úlohu zde mají opět sociální pracovníci, kteří pomáhají klientům stabilizovat jejich životní situaci. (Kuda 2003: s. 209)



## 2 Terapeutická komunita (TK)

Proto, že se ve své práci zaměřuji na Terapeutickou komunitu Sejřek, věnuji nejdříve celou kapitolu obecně terapeutickým komunitám. Podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách „Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §68) Ve své práci se však zabývám pouze terapeutickou komunitou s cílovou skupinou osob závislým na návykových látkách.

Významným rysem terapeutické komunity je oploštění hierarchické pyramidy mezi klienty a pracovníky TK (terapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, ...) „Terapeutická komunita v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívá modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.“ (Kratochvíl 2009: s. 176) Společenství klientů pak nazýváme slovem komunita. „V systému terapeutické komunity se pacienti stávají spoluterapeuty, podílejí se na řízení oddělení a přenáší se na ně část odpovědnosti.“ (Kratochvíl 2002: s. 260)

První terapeutická komunita pro drogově závislé v České republice vznikla roku 1991, kdy sdružení SANANIM založilo terapeutickou komunitu s názvem TK Němčice (Kalina 2008: s. 73), která se dosud nachází v Jižních Čechách. Na základě poznatků ohledně vzniku TK Němčice bylo založeno několik dalších terapeutických komunit pro drogově, mezi něž patří také TK Sejřek. Většinou se jedná o neziskové organizace.

Většina terapeutických komunit v ČR se nachází na venkově a sídlí v prostorách bývalých statků, čímž dává klientům pocit soukromí a jasně vymezuje prostředí uvnitř a vně komunity. Zásadní myšlenkou terapeutických komunit je bezdrogové prostředí, které je ustanoveno pravidly TK. Ve všech terapeutických komunitách v rámci České republiky je zakázáno požívání nelegálních látek, některé TK mají také regulovanou spotřebu tabáku. (Sobotka 2007: s. 61-62)

## **2.1 Klientela terapeutických komunit pro drogově závislé**

Klienty terapeutických komunit pro drogově závislé jsou uživatelé nejrůznější nelegálních látek, jako je nejčastěji heroin, kokain, pervitin, benzodiazepiny, marihuana a podobně. Nezáleží tolik na druhu látky, avšak na stupni závislosti.

Klienti terapeutických komunit mívají diagnostikovaný syndrom závislosti, který se projevuje silnou touhou užívat drogu, problematickou kontrolou nad užíváním drogy, nárůstem tolerance, odvykacím stavem a pokračování v užívání přes to, že si závislý uvědomuje problémy, které mu užívání způsobuje (Orel 2012: s. 108). V mnoha případech jde o klienty, kterým již nestačí ambulantní léčba, a potřebují se odloučit od prostředí, ve kterém dosud žili, aby bylo vůbec možno soustředit se na léčbu vlastní závislosti. Klienti často pocházejí z nefunkčních rodin, nebo mají aktuálně rozvrácenou rodinu důsledkem nadužívání návykových látek. Více než dvě třetiny klientů se dostalo do konfliktu se zákonem a většina klientů není zaměstnána. Velmi často mají klienti i problémy s duševním zdravím (Kalina 2008: s. 183) „Je žádoucí, aby již v průběhu léčby (nikoli až během doléčování) byly cíleně rozvíjeny klientovy sociální dovednosti a směřovalo se k řešení jeho sociálních problémů“ (Matoušek 2013: s. 428)

## **2.2 Léčba duálních diagnóz v TK pro drogově závislé**

TK Sejtek patří mezi ojedinělé terapeutické komunity v České republice, které poskytují léčbu také klientům s duální diagnózou.

Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro drogově závislé nejsou novým problémem, ale spíše nově rozpoznáným. Klienti často přicházejí s psychickými problémy, jak jsou „deprese, úzkosti a fobie, poruchy příjmu potravy, psychosexuální poruchy, posttraumatické stresové poruchy apod.“ (Kalina 2008: s. 306) Mezi rozšířené problémy zejména mezi uživateli pervitinu patří také toxické psychózy a jiné psychotické poruchy.

### **3 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)**

Autogenní trénink je behaviorální metodou kognitivně-behaviorální terapie. Proto bych ráda uvedla také několik základních informací o KBT. Když se na kognitivně-behaviorální terapii podíváme z hlediska tzv. Malých paradigmat podle Malcolma Payna, spadá KBT do Terapeutického paradigmatu, které vnímá sociální práci jako terapeutickou pomoc. Hlavním faktorem sociálního fungování tohoto paradigmatu je duševní zdraví a pohoda klienta. (Matoušek 2012: s. 187)

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla z původně samostatných směrů, a to behaviorální terapie, která je starší, a kognitivní terapie. (Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007: s. 13) KBT je charakteristická svou proměnlivostí vzhledem k potřebám daného klienta, avšak i přesto ji lze charakterizovat zejména těmito znaky: je krátká a časově omezená; strukturovaná a direktivní; vztah mezi pracovníkem a klientem lze chápat spíše jako partnerství; zaměřuje se na řešení přítomných problémů, které jsou konkrétní a ohraničené; zaměřuje se na faktory, které udržují problém; postupy jsou pouze prostředkem k dosažení cíle; zaměřuje se na změny v životě; jejím konečným cílem je samostatnost klienta. (Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007: s. 15-16)

Kognitivně-behaviorální terapie je čím dál častěji využívána v práci s klienty závislými na alkoholu či nealkoholových drogách. Dokonce se množí důkazy o tom, že tento styl práce s klienty je účinnější než jiné metody používané v práci s klienty závislými. (Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007: s. 863) Tito klienti většinou nepřicházejí do léčebného zařízení pouze kvůli problému závislosti, ale také s mnoha navazujícími problémy, jako jsou nefungující mezilidské vztahy, nedostatečné sociální dovednosti, psychické problémy jako jsou úzkosti, deprese a fobie, mohou se vyskytnout také poruchy osobnosti, a mnoho dalších problémů. (Možný, Praško 1999: s. 265) Na všechny tyto problémy lze nalézt řešení pomocí KBT.

Behaviorální terapie, jejichž součástí je autogenní trénink, stojí na těchto předpokladech a principech: lidské chování je naučené; nevhodnému chování se lze naučit stejným způsobem jako vhodnému chování; nevhodné chování lze odnaučit stejně tak, jako se mu člověk naučil. (Možný, Praško 1999: s. 26)

## **4 Autogenní trénink**

V této kapitole nejdříve popíšu východiska a principy autogenního tréninku. Dále se zaměřím také na účinky, využití, metodiku a formy autogenního tréninku.

### **4.1 Východiska a principy autogenního tréninku**

Název autogenního tréninku pochází ze dvou řeckých slov, a to autos, což znamená já nebo sám, a slovo génos, což vyjadřuje původ nebo zrod. Autogenního tréninku je tedy trénink, který vychází z vlastního já, z vlastní činnosti jedince. Myšlenku autogenního tréninku založil J. H. Schultze. (Geist 1992: s. 15). Tato technika je jednou z nejvýznamnějších koncentrativně-relaxačních metod. (Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007: s. 166)

Autogenního tréninku vychází z koncepce, která vnímá člověka jako neopakovatelnou a jedinečnou hodnotu. Technika také předpokládá, že člověk je osobnost, která má své vlastní zdroje a utváří se podle vlastní aktivity. (Geist 1992: s. 16) Využití techniky autogenního tréninku je tedy podmíněno přínosem a aktivitou ze strany klienta, tuto techniku nelze použít v případě, kdy klient s využitím autogenního tréninku nesouhlasí nebo má velké pochybnosti o její funkčnosti.

Autogenního tréninku je založen na principu napětí a uvolnění, tedy koncentrace a relaxace. (Geist 1992: s. 17) Postupným nacvičováním techniky dochází k upevňování spojitosti mezi koncentrací například na určitou část těla, a následnou relaxací této oblasti.

### **4.2 Účinky a využití autogenního tréninku**

Autogenního tréninku je využitelný v řadě případů týkajících se zejména psychické nepohody, jako je frustrace, stres, konflikty (ať už intrapersonální nebo interpersonální), přepětí i vyčerpání (fyzického i psychického rázu). Tato technika napomáhá také prevenci psychickým poruchám a onemocněním. Autogenního tréninku má také velkou úlohu v oblasti vlastní psychohygieny, díky které je klient schopen zvládat větší míru psychicky náročných životních situací. Preventivně působí také příznivě pro pouhé uvolnění a relaxaci. V případě problémů s usínáním nebo kvalitou spánku, lze tuto

techniku klientovi doporučit také k navození uklidnění před spánkem. (Geist 1992: s. 20) Autogenní trénink tedy lze využít napříč cílovými skupinami, se kterými se může sociální pracovník setkat. Hojně se využívá s klienty v průběhu léčby drogových závislostí, úzkostných a depresivních poruch, ale také s klienty v obtížných životních situacích, jako je rozvod, trauma, syndrom vyhoření, a podobně.

Autogenní trénink má účinky nejen okamžité, ale také trvalé. Pomocí této techniky lze klientovi ukázat nový styl myšlení a chování, klient může nalézt vnitřní klid a uvolnění. Díky dlouhodobému nacvičení se klient naučí sebekázi, která je důležitá při udržení koncentrace v průběhu realizace techniky.

### **4.3 Metodika**

Těžištěm autogenního tréninku je autosugesce. (Geist 1992: s. 27) Terapeut nebo sociální pracovník sice působí na klienta předřikáváním techniky, avšak je pouze na klientovi, jak dokáže on sám sebe přesvědčit. Jak dokáže sám sobě vsugerovat pocit tepla, tíhy, uvolnění a podobně. Proto je velmi důležitá účast klienta, na jeho snaze celá technika závisí.

Cvičení se provádí v klidném prostředí, aby se klient mohl plně soustředit na procesy ve svém těle a mysli. Je nutno proto odstranit veškeré rušivé elementy, které by mohly klienta rozptylovat a tím znesnadnit jeho úsilí. Je také důležité, aby klient zaujmul polohu, ve které se bude cítit pohodlně. Většinou autogenní trénink probíhá vleže na zádech, případně vsedě. Pro větší komfort lze klientovi poskytnout polštář a lehkou přikrývku, protože během zklidnění klienta může dojít k ochlazení tělesné teploty. Formule odřikávané pracovníkem mají být krátké, jasné a pozitivně laděné. (Kulka 2008: s. 57)

Schultze doporučuje na závěr cvičení zařadit formule, které pomohou klientovi navrátit se zpět do reality svěží a odpočínutý. (Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007: s. 166)

Nižší stupeň autogenního tréninku, tedy standardní cvičení, je široce využitelné, kdežto vyšší stupeň autogenního tréninku spočívá v řízené imaginaci a je vhodný pouze pro zkušené. (Kratochvíl 2002: s. 174)

## 4.4 Formy autogenního tréninku

Autogenní trénink sestává z šesti základních úkolů: cvičení tíhy, tepla, regulace srdeční činnosti, koncentrace na dech, regulace břišních orgánů a koncentrace na pocit chladného čela. (Kulka 2008: s. 57) Nejčastěji se v praxi využívá nacvičování pocitu tíhy, tepla a prožitek dechu. Může se také jednat o koncentraci na uvolnění, kdy se veškerá pozornost klienta věnuje k uvolnění všeho svalstva. S touto formou se pojí imaginace, která napomáhá uvolnění. Jde o představu, která je klientovi velmi příjemná, může se jednat od představu krajiny, teplé koupele, šumění vln v moři a podobně. Během této představy si klient uvědomuje, jak jeho problémy a těžkosti mizí. Následně dochází k uvolnění svalstva a napětí v těle. (Geist 1992: s. 32)

Pocit tíhy je další formou, která se nacvičuje postupně od horních k dolním končetinám. Postupně se poté přechází k nácvičku tíhy hlavy a jejích jednotlivých částí. (Geist 1992: s. 34)

Při nácvičku prožitku dechu je nutné nezasahovat do dýchání, je třeba dech pouze pozorovat. Tím se dech sám postupně zklidní a prohloubí. Vedeme klienta k tomu, aby vdechoval i vydechoval nosem. (Geist 1992: s. 42)

## **5 Terapeutická komunita Sejřek**

TK Sejřek je jedním ze sociálních projektů Kolpingova díla ČR. (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 3) Terapeutická komunita Sejřek sídlí v malé obci Sejřek na Vysočině, v blízkosti města Tišnov.

### **Poslání, poskytované služby, cíle**

„Terapeutická komunita Sejřek pomáhá lidem závislým na drogách si vlastní cestu životem a rozpoznat, co jim škodí, co prospívá. Chceme, aby tato cesta byla přijatelná jak pro jedince, tak pro společnost.“ (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 3) Terapeutická komunita Sejřek poskytuje dlouhodobou rezidenční, tedy pobytovou, léčbu pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Počítá se s prací nejen se samotným klientem, ale také s jeho rodinou. Služba je poskytována osobám od 18 let věku. (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 3) Cílem služby je v první řadě zařazení klienta do společnosti a dlouhodobá abstinence. K cílům služby patří také uspokojivé vztahy, ať už s rodinou nebo s klientovým okolím. (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 3)

Programem Terapeutické komunity Sejřek projde ročně více než 30 klientů. Jedna třetina klientů jsou klienti s tzv. duální diagnózou, to znamená s další psychiatrickou zátěží. Většinou se jedná o psychózy a těžké poruchy osobnosti. (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 3) TK Sejřek je tedy jednou z mála terapeutických komunit pro drogově závislé s další psychiatrickou zátěží v České republice. „V TK se rovnocenně uplatňuje výchova, psychoterapie, vzdělávání, sociální práce, medicína atd.“ (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 7)

### **Cílová skupina TK Sejřek**

„Cílovou skupinou jsou muži a ženy nad 18 let, kteří se dorozumí v českém jazyce, s diagnostikovanou středně těžkou až těžkou závislostí na nealkoholových drogách.“ (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 5) Do cílové skupiny patří také osoby, které trpí také další duševní chorobou, nejčastěji „psychotickou poruchou ze schizofrenního okruhu, afektivní poruchou a poruchou osobnosti.“ (Koncepce Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 5) K přijetí klienta do služby je však podmínkou,

aby byl orientován místem, časem i osobou. Také musí být schopen porozumět smyslu léčby v TK. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 5)

### **Specifika Terapeutické komunity Sejřek**

Komunita pracuje na principu nejen rovnocennosti, ale také v rámci jasných hranic nadřazenosti a podřazenosti. To se projevuje například ve funkcích jednotlivých klientů, kdy některé funkce jsou nadřazené jiným. Podobně je to také viditelné v jasném rozdělení klientů do jednotlivých fází. Vedoucí komunity má právo veta. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 8)

Komunita se také každodenně setkává se situacemi, které jsou záměrně vytvářeny tak, aby byly velmi podobné skutečnosti. Díky tomu často dochází mezi klienty ke konfliktům, což je velmi žádoucí a klienti tak mohou poznat, jak se chovají v jednotlivých situacích a následně se případnému nežádoucímu vzorci chování odnaučit a osvojit si nové, mnohem účinnější vzorce. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 9)

### **Podmínky přijetí klienta do Terapeutické komunity Sejřek**

V první řadě je podmínkou absolvování detoxikace a detoxifikace. Dále se požaduje také zaslání životopisu spolu se žádostí o umístění do léčby, vhodné je také doporučení od lékaře, které může vydat personál detoxifikačního oddělení nebo psychiatrické léčebny. Klient také musí mít vyřízen občanský průkaz, průkaz zdravotního pojištění, a pokud není zaměstnan, musí být registrován na Úřadu práce. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 10-11)

### **Délka pobytu v Terapeutické komunitě Sejřek**

Délka pobytu se pohybuje v rozmezí od 8 do 13 měsíců, v závislosti na tom, jak dlouho trvají jednotlivé fáze. Doba pobytu je individuální, liší se u každého klienta. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 11)

### **Kapacita a složení klientů Terapeutické komunity Sejřek**

Současně může v TK Sejřek pobývat maximálně 18 klientů, z toho až 11 mužů a až 7 žen. Z tohoto počtu jsou vymezena čtyři lůžka pro klienty s duální diagnózou.



Počet klientů se liší v průběhu léčby a závisí také na pořadí klientů čekajících na léčbu v TK Sejřek. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 11)

## **Spolupráce s rodinou**

Zejména v nulté, ale také první fázi jsou klienti od rodiny odpoutáni. To zejména z těchto důvodů: klient je motivován k abstinenci bez tlaku ze strany rodiny; klient i jeho rodina mají čas na získání náhledu nad vzniklou situací; klient si uvědomí, že veškeré rozhodování je na něm samotném, že je zodpovědný sám za svůj život. Od první až do poslední fáze je klientům umožněn sociální kontakt v podobě dopisů, telefonátů a podobně. V těchto fázích je již také umožněn osobní kontakt v podobě návštěvy nebo rodičovského víkendu. (Koncepte Terapeutické komunity Sejřek 2009: s. 13-14)

## **5.1 Fáze léčby v Terapeutické komunitě Sejřek**

Léčba v Terapeutické komunitě Sejřek je rozdělena do čtyř fází (O., I., II., III.). Tyto fáze určují práva a povinnosti klienta. Přestup do jednotlivých fází znamená v léčbě vždy velký posun a postupně se klade na klienta větší odpovědnost nejen vůči sobě, ale také vůči ostatním. Klient se tak postupně učí novým dovednostem, které jsou nastaveny tak, aby simulovaly reálný život mimo komunitu. Následně uvedu základní charakteristiku jednotlivých fází.

### **5.1.1 Nultá fáze**

Nultá fáze trvá pro každého nově příchozího klienta jeden měsíc. Klient se seznamuje s pravidly a chodem komunity. Nejpozději třetí den po příchodu si vybírá starší sestru (v případě ženy) nebo staršího bratra (v případě muže). Tito starší sourozenci jsou klienty druhé fáze a pomáhají nově příchozímu klientovi zařadit se mezi ostatní, pochopit pravidla a zvyky komunity. Během prvního měsíce je klientovi zakázán kontakt s okolním světem. To znamená, že nesmí být v kontaktu s rodinou ani přáteli, jeho úkolem je soustředit se sám na sebe a na chod komunity. Také se rozhoduje, zda chce v programu opravdu zůstat. Klient si se svým garantem (člen terapeutického týmu, kterému je klient přiřazen) sestavuje terapeutickou zakázku. Na konci této fáze klient oznámí, zda v komunitě chce zůstat. Následuje přestup do první fáze. (Pravidla Terapeutické komunity Sejřek, s. 1)

### **5.1.2 První fáze**

První fáze trvá většinou v rozmezí dvou až tří měsíců. Teprve vstupem do této fáze se klient stává právoplatným členem komunity. Klient již má dovoleno komunikovat se svou rodinou, případně přáteli. Je také vítána návštěva rodiny, avšak ta je podmíněna rodinným sezením. Mimo areál komunity se smí pohybovat pouze v doprovodu klienta druhé fáze. Při přestupu do druhé fáze klient musí zodpovědět několik otázek. Následně celá komunita, včetně všech pracovníků, hlasuje o přestupu tohoto klienta do druhé fáze. (Pravidla Terapeutické komunity Sejřek, s. 1 - 2)

### **5.1.3 Druhá fáze**

Druhá fáze je ze všech fází nejdelší, trvá v rozmezí od tří do šesti měsíců. Na klienta už jsou kladeny velké požadavky, musí splnit funkce, jako například Šéf domu, Šéf kuchyně a Šéf zvířat. V těchto funkcích již má také pod sebou ostatní klienty, které učí, určuje a kontroluje jejich práci. Jednou za měsíc může na celý víkend opustit komunitu, většinou tento výjezd klienti využívají k návštěvě rodiny. Na konci této fáze klient absolvuje týdenní brigádu. Výtěžek z této brigády věnuje komunitě. Před přestupem do třetí fáze klient odjíždí na týdenní výjezd domů. Stejně jako u přestupu do druhé fáze musí po příjezdu klient zodpovědět několik otázek a následně se hlasuje o jeho přestupu do třetí fáze. (Pravidla Terapeutické komunity Sejřek, s. 2)

### **5.1.4 Třetí fáze**

Třetí fáze trvá od jednoho do tří měsíců. Klient se odpoutává od skupiny, již neabsolvuje skupinovou terapii s ostatními klienty v takovém rozsahu, jako v předešlých fázích. Klient si hledá zaměstnání v blízkosti komunity a začíná pracovat. Podmínkou dokončení léčby je přechod do doléčovacího programu. Léčba je ukončena rituálem. (Pravidla Terapeutické komunity Sejřek, s. 2)

# **Empirická část**

## 6 Metodologie výzkumu

V této části mé bakalářské práce se věnuji výzkumu z hlediska stanovení výzkumné otázky a cílů výzkumu, metody sbírání a zpracování dat, výzkumného souboru a také popisu průběhu výzkumu. Zkoumala jsem využití autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek.

Podklady pro výzkum, tedy rozhovory s klienty a studie dokumentů, vycházejí z mého třídního pobytu v Terapeutické komunitě Sejřek.

### 6.1 Cíl a výzkumná otázka

Cílem práce je pomocí případové studie popsat využití autogenního tréninku a jiných relaxačních technik v Terapeutické komunitě Sejřek.

Hlavní výzkumná otázka mé bakalářské práce zní: *Jaké je využití autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek?*

Záměrem mé práce bude naplnit tyto dílčí cíle výzkumu:

- Zjistit, jak probíhá autogenní trénink v TK Sejřek.
- Zjistit, jak autogenní trénink pomáhá klientům TK Sejřek.
- Zjistit, jestli terapeutický tým vede klienty k využívání autogenního tréninku ve volném čase během pobytu v TK Sejřek.

### 6.2 Výzkumná strategie

Jako výzkumnou strategii jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Definice kvalitativního výzkumu se liší. Pro potřeby své práce jsem si vybrala definici významného metodologa Creswella (1998, in Hendl 2012: s. 48), který kvalitativní výzkum definuje takto:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Tuto strategii jsem si zvolila, jelikož jsem zkoumala sociální a lidský jev. Výzkum probíhal v Terapeutické komunitě Sejřek, což bylo aktuálně přirozené

prostředí pro klienty. Díky tomu jsem schopna podat ucelený pohled na problematiku využívání autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek.

### **6.2.1 Výzkumný přístup**

Pro svůj výzkum jsem si zvolila případovou studii, jakožto jeden z přístupů kvalitativního výzkumu. Podle Hendla (2012: s. 102) případová studie spočívá v detailní studii jednoho, případně několika málo případů. Jedná se o sesbírání množství dat od jednoho či několika málo jedinců. Případová studie se snaží zachytit detaily a složitosti případu. V rámci případové studie se předpokládá, že prozkoumáním jednoho nebo několika málo případů můžeme následně lépe porozumět jiným obdobným případům. Na konci studie případu dochází ke vřazení případu do širších souvislostí, což umožňuje například porovnání s ostatními případy.

V rámci případové studie bych své zkoumání zařadila do typu studie organizací a institucí, která se zaměřuje na fungování a specifika organizace. (Hendl 2012: s. 103)

Tento typ studie organizací a institucí jsem si zvolila proto, že zkoumám konkrétní jev v jedné konkrétní organizaci. Výsledky výzkumu tedy platí pouze pro mnou vybranou Terapeutickou komunitu Sejřek, které je věnována celá práce.

### **6.3 Metody získávání dat**

Pro sběr dat jsem využívala kvalitativní dotazování, konkrétně polostrukturovaný rozhovor (interview). Podle Miovského (2006, s. 159 – 161) je polostrukturované interview nejpoužívanější podobou metody interview. Velkou výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, oproti strukturovanému rozhovoru, větší volnost a pohodlnější atmosféra. Naše komunikace s dotazovaným může mnohem přirozenější a může vést k lepším výsledkům. Před uskutečněním polostrukturovaného rozhovoru je nutné vytvořit si jádro otázek, na které bychom neměli zapomenout a které tvoří podporu během rozhovoru. Toto jádro otázek by mělo zůstat stejné pro všechny respondenty. Ostatní otázky, které vyvstanou během rozhovoru, se mohou lišit s každým specifickým dotazovaným. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je skutečnost, že můžeme využít nových nápadů a myšlenek, které nás během rozhovoru napadnou, a tak také obohatit náš výzkum. Je vhodné se také během interview doptávat na otázky, které nám nejsou jasné, a tím docílit větší přesnosti výsledku rozhovoru.

V průběhu interview je důležité zachovat neutrální postoj k odpovědím klienta, aby se tak předešlo zkreslení odpovědí na základě ovlivnění dotazovaného naším názorem. Stejně tak je důležité formulovat otázky neutrálním způsobem tak, aby otázky svou formulací neovlivnily odpověď respondenta. (Hendl, 2012, s. 170 – 171)

Rozhovory tvoří nejpodstatnější část mého výzkumu. Tyto rozhovory jsem vedla se sedmi klienty Terapeutické komunity Sejřek. Tyto klienty uvádím v přehledné tabulce, která znázorňuje pohlaví, věk, délku pobytu v Terapeutické komunitě Sejřek a fázi léčby, ve které se klienti nacházejí. Vzhledem k anonymitě neuvádím jména klientů. Klientům jsem přiřadila čísla pro potřeby citací v následujícím textu. Klienti se přihlásili k rozhovorům dobrovolně, byli velmi vstřícní a rozhovory probíhaly ve velmi příjemné atmosféře.

Tabulka 1: Klienti

<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka pobytu v TK Sejřek</b>	<b>Fáze léčby</b>
Muž 1	26	5 měsíců	1. fáze
Žena 1	20	6 měsíců	2. fáze
Muž 2	28	10 měsíců	3. fáze
Muž 3	33	3 měsíce	1. fáze
Žena 2	27	9 měsíců	2. fáze
Muž 4	24	9 měsíců	2. fáze
Muž 5	38	2 měsíce	1. fáze

Před uskutečněním rozhovorů jsem si sestavila několik otázek, které pro svůj výzkum považuji za podstatné. V průběhu jednotlivých rozhovorů však vyvstávaly další a další otázky, které byly specifické podle postojů a názorů klientů. Hlavní otázky, které tvořily jádro polostrukturovaných rozhovorů byly následující:

- Prosím, popiš mi detailně, jak probíhá autogenní trénink zde v Terapeutické komunitě Sejřek.
- Jak často probíhá autogenní trénink v rámci povinného programu Terapeutické komunity Sejřek?
  - Pomáhá Ti tato technika relaxace? V čem?
  - Pociťuješ nějaké účinky po stránce fyzické? Jaké?
  - Ovlivňuje tato technika Tvou psychiku? Jak?

- Využíváš techniku autogenního tréninku i mimo stanovený program Terapeutické komunity Sejřek? Jak často?

- Využíváš techniku autogenního tréninku v krizových situacích?

- Vede Tě terapeutický tým Terapeutické komunity Sejřek k tomu, abys tuto techniku využíval i ve svém volném čase?

Dále jsem měla také k dispozici dokumenty. Hendl (2012: 204) považuje za dokumenty „taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum.“ Dokumenty využitě v práci jsou konkrétně vzory autogenního tréninku, které se využívají v Terapeutické komunitě Sejřek. Tyto texty pracovníci předčítají klientům ve vyhrazené části povinného programu nazvaného „Relaxace“.

## 6.4 Průběh výzkumu

K realizaci mého výzkumu byla nutná možnost sesbírat potřebná data. Proto jsem s velkým časovým předstihem kontaktovala vedoucího Terapeutické komunity Sejřek. Setkala jsem se s velmi vstřícným přístupem ze strany vedení. Bylo mi navrženo v celku široká škála časových možností. Je nutno podotknout, že každá terapeutická komunita má velmi striktní program, a každá návštěva je pro komunitu nejen událostí, ale také rozhozením programu. Proto si velmi cením možnosti, která mi byla navržena jako ideální, a to strávit v Terapeutické komunitě Sejřek tři dny, a to pátek, sobotu a neděli. Tím došlo k minimálnímu narušení programu komunity a také jsem měla mimořádnou možnost se s klienty blíže poznat. Tento fakt je velmi důležitý pro navození důvěry a příjemné atmosféry.

Po mém příjezdu do Terapeutické komunity Sejřek jsem byla přivítána na Uvítací komunitě, která se koná pokaždé, když komunitu někdo navštíví. Této komunitě se zúčastnili všichni klienti a také oba terapeuti, kteří měli ten den směnu. Během komunity se mi klienti představili, a také já jsem představila, kdo jsem a za jakým účelem přicházím. Po představení jsem klienty požádala o dobrovolnou účast na rozhovorech. Pro rozhovor jsem získala sedm klientů, dvě ženy a pět mužů. Následně jsem se s pracovníky Terapeutické komunity Sejřek domluvila, kdy je pro komunitu nejvhodnější doba pro realizování rozhovorů. Vzhledem k časové náročnosti jsme se nakonec domluvili na kompromisu. Rozhovory probíhaly během soboty a neděle. Tyto rozhovory se uskutečnily v srpnu 2014.

Všechny rozhovory probíhaly v terapeutické místnosti Terapeutické komunity Sejšek. Tím se docílilo pohodlí, klidu a možnosti soustředit se. Během rozhovorů jsme nebyli vyrušováni, vše probíhalo velmi hladce. Nejdříve jsem klientům nastínila, o čem vlastně rozhovor pojednává, informovala jsem klienty o anonymitě rozhovoru a získala jsem souhlas pro nahrávání rozhovorů. Klienti neměli problém mi rozhovor poskytnout. V průběhu rozhovoru jsem se postupně zeptala na všechny otázky, které jsem potřebovala, většinou mě také napadlo více podrobnějších otázek, které se týkaly přímo určitého klienta. V průběhu rozhovorů se občas stalo, že klienti nevěděli, jak odpovědět na mou otázku. V tomto případě jsem klientům vysvětlila podrobněji, na co se má otázka zaměřuje, případně jsem vysvětlila také to, proč mě tato otázka zajímá. To přispělo k lepšímu vzájemnému pochopení a také zodpovězení otázky. Po vyčerpání otázek z mé strany jsem dala klientům prostor na vyjádření dalších svých postojů a nápadů, které se týkaly tématu. Často se však stalo, že klienti měli pocit, že již odpověděli vše podstatné a tak se stalo, že už klienty nic k tématu nenapadlo. Rozhovor jsem ukončila poděkováním za poskytnutí interview a také vyjádřením, že si vážím jejich důvěry.

Zejména při první rozhovoru jsem u sebe pocítila velkou nervozitu. Ta s postupem času vymizela a rozhovory byly nakonec velmi příjemné. Stejnou nervozitu jsem pocítovala také ze strany klientů. I u klientů však trvala jen krátce zpočátku rozhovoru a následně vymizela. Často se klienti rozvyprávěli a stalo se také, že se z rozhovoru stala velmi zajímavá a přínosná diskuse. Průměrně rozhovory trvaly cca 30 minut.

Tento výzkum je prvním výzkumem, který jsem učinila. Proto jsem si také vědoma drobných chyb, které během rozhovorů nastaly. Protože jsem však měla možnost si nahraný rozhovor ihned poslechnout, mohla jsem se tak postupně vyvarovat chybám, které jsem si uvědomila. Jednou z chyb například byl fakt, že jsem se snažila klientům napovídat. Uvědomila jsem si, že mi záleželo na tom, aby se klienti cítili příjemně, proto v situacích, kdy jsem viděla, že přemýšlí nebo tápou nad odpovědí, jsem se snažila napovědět, jaké jsou například možnosti odpovědi. Po prvním rozhovoru jsem si uvědomila, že je to velká chyba, proto jsem se následně této chybě snažila vyvarovat.



## 6.5 Metoda zpracování dat

Rozhovory s respondentkami a respondenty jsem nahrávala na diktafon a také pro jistotu pomocí aplikace Diktafon na svém mobilním telefonu. Na začátku každého rozhovoru jsem si také napsala několik základních údajů o každém klientovi do bloku. Tyto údaje jsem zpracovala do přehledné tabulky, kterou naleznete v předchozím textu. Po nahrání všech rozhovorů jsem následně přepisovala rozhovory do podoby transkriptu ve svém počítači.

Hendl (2012, s. 208) popisuje transkripci jako převod mluveného slova do písemné podoby. Transkripce je poměrně časově náročná. Je však nutná pro následné podrobné vyhodnocení rozhovoru. Díky převedení mluveného slova do textu je umožněno podtrhávání nebo vyznačování důležitých informací, vpisování poznámek na okraj stránky a podobně, což vše dopomáhá k lepší orientaci v rozhovoru a také k efektivnějšímu porovnávání rozhovorů. Pro svou vlastní lepší orientaci a manipulaci s transkripty jsem si je vytiskla a všechny tyto poznámky jsem psala ručně.

Pro účely analýzy rozhovorů jsem použila metodu otevřeného kódování. Pro vysvětlení tohoto pojmu využiji následující citaci, kterou uvedl Hendl (2012, s. 247):

„Výzkumník provádí otevřené kódování prvním průchodem daty. Přitom lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení. Pomalu čte terénní poznámky a přepisy rozhovorů a všímá si kritických míst. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata.“

Po kódování textu jsem si určila kategorie, které mi z transkriptů vyplynuly. Tyto kategorie popisuji v následující kapitole.

## 7 Interpretace dat

V této kapitole popisují podrobnější průběh rozhovorů a také se věnuji kategoriím, které vyplynuly z analýzy rozhovorů. V poslední podkapitole uvádím shrnutí výzkumné části.

V průběhu rozhovorů mě nejdříve zajímalo, zda klienti znají techniku autogenního tréninku a jestli tuto techniku zažili v průběhu pobytu v Terapeutické komunitě Sejřek. Klienti se s touto technikou v průběhu léčby v Terapeutické komunitě Sejřek setkali, proto mi byli schopni podrobně popsat, jak tato technika probíhá. Zajímalo mě také, zda klienti pociťují nějaké změny v oblasti fyzické i psychické. Klienti mi byli schopni popsat zejména ovlivnění psychiky, účinek relaxace a uvolnění. V další části rozhovoru mě zajímalo, zda klienti využívají techniku autogenního tréninku i mimo stanovený (a tedy i povinný) program, a také jestli klienty vede tým pracovníků Terapeutické komunity Sejřek k tomu, aby se naučili využívat tuto techniku ve volném čase. V poslední části rozhovoru mě zajímala frekvence využívání autogenního tréninku jak v čase stanoveném programem, tak v osobním volnu klientů. Také jsem se dověděla o jiných relaxačních technikách, které jsou v Terapeutické komunitě Sejřek využívány.

### **Průběh autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek**

Jedna z prvních otázek, kterou jsem klientům položila, směřovala klienty k podrobnému popsání, jak autogenní trénink v TK Sejřek většinou probíhá.

Klienti popisovali, že relaxace formou autogenního tréninku probíhá po programu, kdy už klienty většinou nic nečeká. Na začátku se všichni sejdou v terapeutické místnosti. Následně si každý klient najde své místo v místnosti, které se mu nejvíce líbí, kde se cítí nejlépe. Klienti zaujmou pohodlnou polohu, většinou vleže na zádech, někdo také preferuje polohu vsedě. Klienti jsou nabádáni k tomu, aby nekřížili končetiny. Autogenní trénink probíhá v tichu, bez hudby, klienti slyší pouze mluvené slovo pracovníka, který autogenní trénink řídí. Klienti zavřou oči, někdy mohou také protřepat ruce, aby uvolnili přebytečné napětí v těle. Na začátku se klienti snaží uvolnit, rozdýchat se a vypustit myšlenky ze své mysli. Následně jsou klienti nabádáni k soustředění se pouze na vnímání vlastního těla. Následně popisuje začátek autogenního tréninku klient 3:

„Tak vždycky se jako sejdem, je to bez hudby, je to vlastně jenom mluvený slovo, je to vždycky jako, je ten začátek podle nějaký osnovy, s tím že se máme uvolnit, nějak si najít nejlepší polohu, aby nás nic netlačilo, a pak přijde vlastně na řadu nejdřív, abychom se jako nadechli, uvolnili se postupně jo...“

## **Formy autogenního tréninku využívané v Terapeutické komunitě Sejřek**

Zajímaly mě také formy autogenního tréninku. Klienti měli často problém rozlišit jednotlivé formy, některé formy se také různě prolínaly. Následně uvádím shrnutí forem autogenního tréninku, které se nejčastěji využívají v Terapeutické komunitě Sejřek.

### **Uvolnění napětí**

Klienti popisovali formu uvolnění svalového napětí pomocí záměrného zatínání jednotlivých svalových skupin a následného uvolňování. Také se klienti soustředují na oblast těla, kde je něco bolí nebo tlačí a snaží se tato místa uvolnit.

### **Představy (imaginace)**

Klienti zmiňovali, že si mají často představit hezké, příjemné místo, zvuky ptáků, vůně rostlin, různé barvy, tok vody a podobně. Tyto představy často propojovali s arteterapií. Toto propojení popíši v následujícím textu. Nejdříve se však budu věnovat několika dalším podkapitolám.

### **Uvědomění si vlastního těla**

Pomocí postupného soustředění na jednotlivé partie celého těla se klienti učí být v kontaktu se svým tělem. To je velmi důležité zejména pro klienty závislé na návykových látkách a také klienty s jinou psychiatrickou diagnózou, protože tito klienti jsou většinou úplně odpojeni od vnímání vlastního těla a jeho potřeb. Proto je tato forma využívána během každého autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek. Tato forma je propojena s následujícími formami, které také přispívají k uvědomění si vlastních hranic a pocitů.

### **Dechové cvičení**

Během autogenního tréninku zaměřeného na dechové cvičení se klienti učili správně dýchat. Tato technika jim pomáhá v odstranění přílišného napětí v těle. Je

využíváno několik verzí dechových cvičení, a to například hluboké nádechy a výdechy, nebo také představa „prodýchávání“ jednotlivých částí těla. Zde vidíme propojení s uvědoměním si vlastního těla.

### **Pocit tíhy**

Klienti popisovali také nácvik tíhy jednotlivých částí těla. Tato technika vedla klienty k následnému pocitu lehkosti a uvolnění. Opět zde vidíme propojení s uvědomováním si vlastního těla.

### **Pocit tepla**

Díky pocitu tepla klienti popisovali velké uvolnění a velmi příjemné pocity. I tato forma využívá uvědomování si částí těla, protože se klient postupně soustřeďuje na teplo v jednotlivých partiích svého těla.

Klient 4 vyjmenovává formy autogenního tréninku následovně:

„... A buď je to teda o tom uvolnění, takže zatínáme různý svaly na různých částech těla a soustředíme mysl tam, kde nás něco bolí, tlačí a vlastně se to snažíme nějak uvolnit a vypustit a pak to může být taky v podobě nějakých představ, že si představujeme nějaký hezký místo...“

## **Účinky autogenního tréninku**

Zjistila jsem, že autogenní trénink má na klienty velký vliv. Účinky se liší, jsou charakteristické pro každého klienta. Někteří popisují více účinky na úrovni fyzické, jiní naopak na psychické stránce. Někteří klienti popisují účinky na obě tyto složky. Rozhodla jsem se shrnout všechny vyjmenované účinky, pocity a zážitky klientů.

Jeden z významných účinků autogenního tréninku je výrazné uvolnění, někdy klienti popisovali, že se jim také stalo, že v průběhu usnuli. Ačkoliv to není cílem autogenního tréninku (pokud se nepoužívá vyloženě před spaním k navození snadnějšího usnutí), jde zde vidět, nakolik je autogenní trénink relaxující. Tato technika je pro klienty většinou velmi příjemná a pohodlná. Klienti popisovali výrazné zklidnění, někdo popisoval také pocity blaženosti. Některým klientům pomáhá zvládat agresi a vztek, i když ne vždy se jim podaří techniku v těchto situacích využít. Klienti také popisovali, že někdy může být autogenní trénink velmi nabízející, cítí se po skončení plní energie. Mezi další účinky popisované klienty patří také pocit lehkosti, vyrovnanosti a také pocit uvolnění od napětí, ve kterém se tyto klienti tak často během léčby v terapeutické komunitě ocitají. Velmi zajímavý efekt autogenního tréninku je

prostý fakt, že během autogenního tréninku mohou alespoň na pár minut odložit své starosti, ulevit si tak a načerpat novou energii a chuť do dalších dní. Klienti popisovali pocit, jakoby se vše zpomalilo – procesy v jejich těle, jejich dech, ale také popisovali zpomalení toku myšlenek, který může být někdy až nevladatelný. Důležitý výsledek autogenního tréninku je uvědomění si sám sebe. Považuji za vynikající posun, že si klienti sami uvědomí, že jsou již schopni vnímat své tělo a procesy v něm. Dochází tak k opětovnému navázání kontaktu s realitou a sám se sebou. Všechny vyjmenované oblasti považuji v procesu léčby klienta za extrémně důležité, proto si myslím, že je naprosto nezbytné se této technice věnovat. O tom ale blíže až v závěru této kapitoly.

Následně popisuje účinky autogenního tréninku klientka 1:

„Dokážu na chvíli jako vypnout. Od starostí... Že jsem jakoby někde jinde. V příjemné části...“

### **Využití autogenního tréninku ve volném čase klientů**

Během sbírání dat vyšlo najevo, že jsou klienti, kteří využívají autogenní trénink i ve svém volném čase, tedy mimo povinný program relaxace.

Klienti využívají tuto techniku například před spaním. V tuto dobu autogenní trénink pomáhá klienta zklidnit, navodit pocit uvolnění a zpomalí myšlenky, které bývají právě v době před usnutím velmi intenzivní. Dále tuto techniku využívají také při velkém stresu a napětí, nebo když si potřebují odpočinout od ostatních klientů. V terapeutické komunitě je totiž dosti složité najít si své soukromí, čas jen sám pro sebe. Klienti jsou na pokojích minimálně po dvou, někdy také po čtyřech. Veškerý program, kromě individuálních konzultací, je tvořen pro celou nebo alespoň část komunity. Klienti jsou schopni využít různé techniky, jako je imaginace a vnímání svého těla. Z jiných relaxačních technik klienti využívají také meditační a relaxační skladby, které si pouštějí ve svém volném čase.

Takto využívá autogenní trénink ve volném čase klient 1:

„Tak občas když usínám a nemůžu usnout, přemejšlím hodně nad dcerkou, bráchou a nad tím budoucím životem, z čeho mám hodně velký obavy, jak to budu zvládat a prostě nějak jako nemůžu usnout, tak se snažím jako na nic nemyslet a vlastně co doporučují tady ten autogenní trénink nebo relaxaci, jako na nic nemyslet, a uvolňovat to dýchání jako. Většinou mi to pomáhá jako usnout.“

## **Inspirace terapeutického týmu k využívání AT ve volném čase**

Z mého zkoumání vyplynulo, že terapeutický tým příliš nedbá na doporučení využívání autogenního tréninku ve volném čase klientů. Někteří klienti si matně vzpomínali, že jim možná někdo něco takového navrhl, ale vnímám to spíše jako ojedinělý jev. Klienti, kteří využívají autogenní trénink ve svém volném čase, tak činí ze svého vlastního rozhodnutí, napadlo je to samotné, případně jim to doporučil někdo během pobytu v předešlém léčebném zařízení. Z jiných technik je doporučována jóga, ale ta také jen ojediněle. V tomto vidím slabinu. Myslím si, že by klienti měli být vedeni k využívání některé z forem autogenního tréninku také ve svém volném čase, nejen v povinné části programu.

Na otázku, zda se terapeutický tým zajímá o využívání autogenního tréninku ve volném čase, mi klient 2 odpověděl takto:

„Tak to si neuvědomuju, že by se mě terapeuti ptali.“

## **Frekvence využívání autogenního tréninku**

Je velmi zajímavé, jak se lišily odpovědi klientů na otázku frekvence využití autogenního tréninku v povinné části programu. Nejsem si jistá, jak tyto rozdíly vznikly. Klienti udávali frekvenci od 1x týdně až po 1x za dva měsíce. Toto vnímám jako příliš velký rozdíl, avšak z výsledků mého bádání by se dalo zprůměrovat využívání této techniky cca 1x za měsíc. Tento fakt je však velmi nejistý. Tyto rozdíly mohly vzniknout možná na základě délky pobytu jednotlivých dotazovaných klientů v Terapeutické komunitě Sejřek. Z tabulky, která znázorňuje údaje o jednotlivých klientech, lze vyčíst, že dotázaní klienti pobývali v TK Sejřek v rozmezí od dvou do deseti měsíců.

Na otázku ohledně frekvence využívání autogenního tréninku ve stanoveném čase mi klientka 1 odpověděla takto:

„Tyto jsem tady 6 měsíců tak já nevím, kolikrát jsme to teďka měli. Ale jednou za 14 dní určitě“

Co se týče frekvence využívání autogenního tréninku ve volném čase klientů, zjistila jsem také velké odlišnosti. Tato frekvence se pohybuje od 1x denně po 1x za měsíc.

## **Využití autogenního tréninku v krizi**

Někteří klienti popisovali, že jim autogenní trénink pomáhá, když jsou „na nervy“, jak sami popsali. V této situaci jim pomůže zklidnit se. Velmi zajímavé je tvrzení klienta, který mívá problémy s agresí a výbušností. Na otázku, zda mu autogenní trénink pomáhá v krizové situaci, odpovídá takto:

„Jo určitě ti to pomůže zklidnit. No... A jakoby... Můžeš tím oddálit... Jako že se nemusíš rozhodovat hned... Jako já s tím mám hodně problém, jakože jedním hodně impulsivně a emotivně a jako... S tím se jakoby zklidním...“ (klient 5)

## **Vlastní přesvědčení**

Z rozhovorů vyšlo najevo, že velmi záleží na tom, zda klient věří této technice a její účinnosti. Někteří klienti například dříve této technice nedůvěřovali. Výsledkem bylo to, že na klienta autogenní trénink opravdu nepůsobil, nic zvláštního se s klienty nedělo. Když ale jednou zažili opravdový účinek autogenního tréninku, když se do techniky opravdu vložili, tak popisovali, že najednou pocítili, že technika přece jen nějaké účinky má. Tvrdili také, že se této technice musejí věnovat, protože je to celé o nácviku, „není to jen tak“. Vlastní přesvědčení vysvětluje klientka 1:

„Dřív třeba když jsme měli tady tu relaxaci, tak jsem tomu nevěřila. Si myslím, že když tomu člověk nevěří, tak to s ním nic neudělá. Ale když to pak člověk zažije, nebo se do toho vžije, tak to prostě pomáhá.“

## **Rozpoložení klienta**

Klienti také popisovali, že účinky autogenního tréninku jsou často ovlivněny předchozími prožitky dne. Například po prožité hádce mezi klienty došlo také k negativním prožitkům během autogenního tréninku. Sami klienti si uvědomovali, jak jejich různé zážitky ovlivňují následující průběh relaxace. To považují za důležité zjištění, protože v tomto případě mohou pracovníci terapeutické komunity lépe reagovat na prožitky a reakce klientů.

Takto přemýšlí nad svým rozpoložením klientka 1:

„... A možná to bylo spojený i s tím dnem, co jsem prostě zažila ten den. Jsem se pohádala s jedním klukem, co tady už není a tak, prostě jsme měli mimořádky a řvali jsme na sebe.“

## **Negativní zkušenosti klientů s autogenním tréninkem**

Během výzkumu jsem zjistila, že se stává, že autogenní trénink má také negativní účinky. Může jít například o pocit únavy a malátnosti. Klienti také popisovali neúspěch během tréninku, kdy se jim nepodařilo vcítit se do vlastního těla, nepodařilo se jim zrelaxovat ani své tělo, ani svou mysl. Tuto situaci popisuje klient 1:

„... Jako ze začátku já jsem se do toho špatně dostával, jsem vlastně necítil žádné teplo ani chlad, nějak jsem to neuměl prožívat ze začátku, tak mě to trošku mrzelo...“

Někteří klienti také popisovali vybavení si vzpomínek z minulosti, například pocity, které zažili na drogách. Také občas dochází k navození chutí, tzv. cravingu, kdy si příjemný pocit klienti spojili se vzpomínkou na aplikaci drogy nebo „nájezdem“. To vedlo ke strachu z další relaxace. Velmi zajímavě tuto situaci popisuje klientka 1:

„No... Ale jednou si pamatuju, že mi ta relaxace navodila chuť. Najednou jsem si při té relaxaci vzpomněla, jak jsem si to píchala a najednou ten hezký pocit... To bylo jednou, na první relaxaci tady. Jak se mi stalo tady tohle, tak jsem potom měla z toho strach. To už se tady stalo více lidem. Si pamatuju, že třem lidem se to tady stalo, že jakoby ten příjemný pocit měli spojený tady s tím nájezdem drogovým ne.“

Tato fakta jsou dle mého úsudku velmi důležitá. Každý pracovník by měl počítat s tím, že může dojít k negativní zkušenosti někoho z klientů a proto být připraven pro případnou intervenci. Každá taková relaxace by měla být uzavřena závěrečnou rozpravou o aktuálních pocitech klientů, aby se předešlo větším problémům. Je třeba také počítat s dlouhodobým účinkem autogenního tréninku, tedy je možno, že chuť nebo podobné nepříjemnosti se mohou rozvinout postupně, i několik hodin poté.

## **Důležitost autogenního tréninku**

Klienti popisovali autogenní trénink jako důležitý. Popisovali, že mají možnost se učit něčemu hezkému, a ne řešit vše agresivně tak, jako byli zvyklí ve svých předešlých životech. Také popisovali, že je velmi příjemné věnovat se sám sobě, ale přitom mít pocit sounáležitosti s ostatními, popisovali pocit bezpečí v kolektivu. Někteří klienti sami zmínili, že považují za užitečné a důležité věnovat se autogennímu tréninku i „venku“, což je slangový výraz pro období po dokončení léčby, „opravdový“ život v běžné realitě.

Takto přemýšlí klient 3 nad využíváním autogenního tréninku a dalších relaxačních technik:



„Myslím, že je dobrý mít relaxaci jako součást programu, nedělá mi problém tuhle terapii přijímat. A myslím, že je dobrý se tím zabývat i venku.“

## **Propojení s arteterapií**

Jedním z povinných součástí programu Terapeutické komunity je Arteterapie. Z rozhovorů jsem zjistila, že často dochází k propojení relaxace autogenním tréninkem s arteterapií. Klienti popisovali, využití imaginace a následné ztvárnění na plátno nebo výkres. Klienti mají za úkol například ztvárnit své emoce, pocity a barvy, které prožili během autogenního tréninku. Klienti mají například nakreslit nebo namalovat určité části představy, zapojují fantazii. Toto považují za velmi užitečné a kreativní propojení více druhů terapie.

Propojení s arteterapií popisuje klient 3:

„... Nebo si máme něco představit... Podle toho pak i třeba kreslíme určitou část té představy nebo toho výletu. A to je příjemnější, když můžu zapojit nějakou fantazii, když je to i s obrazama.“

## **Jiné formy relaxace**

V rámci rozhovorů jsem zjišťovala nejen fakta týkající se autogenního tréninku. Zajímaly mě také ostatní techniky relaxace, které jsou v Terapeutické komunitě Sejšek využívány.

Mezi ostatní relaxační techniky se dají zařadit různé stmelovací hry, které jsou mezi klienty velmi oblíbené a často taky vyjadřovali upřednostnění těchto her před autogenním tréninkem. Popisovali velmi příjemné upevnění kolektivu a potřebného pocitu bezpečí. Stejně pocity zažívali také u prosté procházky v přírodě, která obklopuje TK Sejšek. Někteří klienti také cvičí jógu, která velmi pomáhá harmonizaci tělesné i duševní stránky člověka.

Jednu formu relaxace popisuje klient 5:

„No jako seberem se a jdem na louku třeba, to je takový blbnutí, ale pro mě je to jedna z věcí, která hodně spojuje ty lidi tady, vždycky to děláme dohromady.“

## **Závěrečný výstup**

V této podkapitole se pokusím reflektovat výzkumné otázky, a také se zaměřím na to, zda byl naplněn cíl výzkumu.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak probíhá autogenní trénink v Terapeutické komunitě Sejřek. Díky klientům jsem zjistila podrobný průběh autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek. Ten probíhá průměrně jednou do měsíce, někdy i častěji. Není tedy přesně určeno, jak často má relaxace formou autogenního tréninku probíhat. Zjistila jsem, že také hodně záleží na osobnosti pracovníka, který má v den relaxace službu. Někteří pracovníci upřednostňují autogenní trénink, jiní spíše pohybové aktivity, hry a podobně. Autogenní trénink probíhá většinou velmi podobně, na začátku si klienti najdou nejpohodlnější místo v terapeutické místnosti, a následně se soustředí na danou formu autogenního tréninku. Klienti zažili nejčastěji formy uvolnění, pocit tíhy a tepla, a také imaginaci, která je často propojena s arteterapií.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda, případně jak pomáhá autogenní trénink klientům Terapeutické komunity Sejřek. Došla jsem k závěru, že autogenní trénink tvoří nedílnou část procesu léčby klientů závislých na nealkoholových drogách. Klienti popisovali významný pocit úlevy, uvolnění a zklidnění. Tyto účinky autogenního tréninku na klienty považují za velmi významné, protože tito klienti jsou během léčby vystavováni velkému tlaku a stresu, proto je nezbytné klientům poskytnout také opačné pocity, a to pocit uvolnění a relaxace a uvědomění si vlastního těla, které vede k ukotvení klienta v realitě. Také ostatní formy relaxace mají na klienty velmi dobrý vliv. Zvláště různé hry a jiné volnočasové aktivity přispívají ke stmelení kolektivu, které je důležité pro dobré fungování komunity.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jestli terapeutický tým vede klienty k využívání autogenního tréninku ve volném čase během pobytu v TK Sejřek. Během mého zkoumání vyšlo najevo, že terapeutický tým většinou klienty nevede k tomu, aby se naučili využívat tuto techniku ve volném čase. Některé klienty napadlo samotné, že by techniku mohli zkusit využít, někteří klienti byli touto otázkou zaskočeni. Díky rozhovorům, které jsem uskutečnila, si někteří klienti uvědomili, že je to dobrý nápad, a že by jim tato technika mohla v mnohém pomoci. To vnímám jako pokrok a doufám, že tito klienti přinejmenším vyzkoušeli, jestli autogenní trénink mohou využít i jen tak sami pro sebe.

## Závěr

V této části se vrátím k cíli práce a posoudím, zda a v jaké míře byl cíl naplněn. Cílem mé bakalářské práce bylo popsat využití autogenního tréninku a jiných relaxačních technik v Terapeutické komunitě Sejřek. Hlavní výzkumnou otázkou tedy bylo: *Jaké je využití autogenního tréninku v Terapeutické komunitě Sejřek?* Ke stanovení hlavního cíle jsem si zvolila také dílčí cíle, které se vztahují k problematice autogenního tréninku a jeho využití v sociální službě Terapeutická komunita Sejřek. Dílčími cíli bylo tedy zjistit, jak probíhá autogenní trénink v Terapeutické komunitě Sejřek, jak autogenní trénink pomáhá klientům Terapeutické komunity Sejřek a jestli tým klienty vede k tomu, aby autogenní trénink využívali také ve svém volném čase.

Zjistila jsem, že je autogenní trénink jednou z oblíbených částí programu Terapeutické komunity Sejřek. A nejen to. Zejména je to velmi důležitá technika, která pomáhá klientům v jejich boji se závislostí na nealkoholových drogách. Klienti mi byli schopni popsat průběh i účinky autogenního tréninku. Tyto výsledky, ke kterým jsem došla, se velmi podobají teoretické části, z čehož vyplývá, že autogenní trénink je zařazen do programu z opodstatněných důvodů. Autogenní trénink má jak účinky na psychiku klientů, tak i na tělesnou kondici. Dochází tak ke všestrannému rozvoji klientů. Klienti si techniku velmi pochvalovali, dokonce tvrdili, že je to jedna z mála částí programu, která jim přináší radost a uvolnění. Zažívání pozitivních emocí je pro tyto klienty velmi důležité, proto považují za nesmírně užitečné se této technice věnovat. Je třeba však počítat také s rizikem negativní zkušenosti, jak se ukázalo během mých rozhovorů. Může dojít k navození chutí na drogu v důsledku spojení si příjemného prožitku s aplikací drogy. Na to je třeba brát zřetel a počítat s případnou potřebou intervence nebo diskuse na toto téma. Pracovníci by měli být na toto připraveni.

Během rešerše literatury jsem zjistila, že velmi málo publikací pojednává podrobně o autogenním tréninku. Většinou jde pouze o kapitoly v publikacích zabývajících se širší problematikou, ať už se jedná o kognitivně behaviorální terapii či závislosti. Nenašla jsem odbornou publikaci, která by se zabývala pouze autogenním tréninkem.

Také co se týče zachycení autogenního tréninku v rámci programu Terapeutické komunity Sejřek, jsem nenalezla podrobnější informace. Měla jsem k dispozici pouze několik málo vzorů autogenního tréninku, které pracovníci využívají během relaxací.

Proto si myslím, že by bylo vhodné zpracovat návod, případně pojednání o autogenním tréninku pro pracovníky, kteří s autogenním tréninkem nemají tolik zkušeností. K tomu může posloužit má práce, avšak vhodnější by bylo ještě podrobnější pojednání o této problematice. Toto může být námětem k mé další práci, nebo jako inspirace pro ostatní studenty či pracovníky nejen v sociálních službách.

# Seznam literatury

## Literatura

- Fisher, S., Škoda, J. 2009. Sociální patologie. Praha: Grada
- Geist, B. 1992. *Vzdorujeme stresu: autogenní trénink duševních sil*. Praha: ROAD
- Hampl, K. (2003) Těkavé látky. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (194)
- Hendl, J. 2012. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál
- Kalina, K. 2008. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM. 2007. *Drogy – otázky a odpovědi*. Praha: Portál
- Kratochvíl, S. 2002. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál
- Kratochvíl, S. 2009. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén
- Kuda, A. (2003) Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (209)
- Kulka, J. 2008. *Psychologie umění*. Praha: Grada
- Matoušek, O. (2012). Paradigmata sociální práce. In Matoušek, O. (Eds.) *Základy sociální práce* (187). Praha: Portál
- Matoušek, O. (2013). Terapeutická komunita. In Matoušek, O. (Eds.) *Encyklopedie sociální práce* (428). Praha: Portál
- Minařík, J. (2003a) Opioidy a opiáty. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (160 – 162)
- Minařík, J. (2003b) Stimulancia. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (164)
- Miovský, M. (2003a) Halucinogenní drogy. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (169 – 171)
- Miovský, M. (2003b) Konopné drogy. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (175 – 176)
- Miovský, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Možný, P., Praško, J. 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie – Úvod do terapie a praxe*. Praha: TRITON

Nešpor, K. (2003) Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (191 – 192)

Orel, M. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada

Praško, J., Možný, P. (2007a) Základní rysy KBT. In Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (Eds.) *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (13, 15, 16). Praha: TRITON

Praško, J., Možný, P. (2007b) Behaviorální metody. In Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (Eds.) *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (166). Praha: TRITON

Sobotka, J. (2007) Zázemí TK. In Adameček, D., Berdychová, M., Broža, J. (Eds.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe* (61-62)

Vágnerová, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

Záleský, R. (2007) KBT Závislostí. In Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (Eds.) *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (863). Praha: TRITON

### **Odborné časopisy**

Hloušek, R. (2007) Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 3. s. 13

Průdková, T. (2007) Harm Reduction. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 3. s. 102

### **Legislativní zdroje**

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 3.2.2014.

### **Dokumentace Terapeutické komunity Sejřek**

Koncepce Terapeutické komunity Sejřek. 2001

Pravidla Terapeutické komunity Sejřek.