UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ

PREZENČNÍ STUDIUM

2015–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Denisa Jarošová

Terapeutická komunita pro závislé na návykových látkách Magdaléna o.p.s. – výchovné a terapeutické přístupy

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce:

Doc. PaedDr. Šotolová Eva, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR

FULL-TIME STUDIES

2015-2016

BACHELOR THESIS

Denisa Jarošová

Therapeutic community for drug addicts Magdalena o.p.s. - Educational and therapeutic approaches

Prague 2016

The Bachelor Work Supervisor:

Doc. PaedDr. Šotolová Eva, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne *Jméno autorka(y)*

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Doc. PaedDr. Šotolové Evě, Ph.D. za trpělivost, cenné rady, odborné vedení a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Anotace

Tato práce se zaměřuje na drogovou problematiku v České Republice, obsahuje základní pojmy a definice závislosti, možné faktory vzniku závislosti, typy léčby v ČR, typy prevence a způsob léčby v terapeutických komunitách. Dále se zaměřuje na Terapeutickou komunitu Magdaléna o.p.s., o které jsou v práci uvedeny jak základní, tak podrobné informace, které zahrnují historii, proces léčby, používané terapeutické a edukační procesy a také způsob následné péče.

Klíčová slova

Drogy, drogová závislost, léčba drogové závislosti, léčba v terapeutické komunitě, prevence drogové závislosti, Magdaléna o.p.s..

Annotation

This thesis focuses on drugs problems in the Czech Republic. The thesis contains basic concepts and the definition of addiction, possible factors causing addiction, types of treatment in Czech Republic, types of preventive care and the method of treatment in therapeutic communities. It also focuses on Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s. In the thesis I stated basic and detailed information about Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., containing history, treatment process, used terapeutic and educational processes and also types of subsequent care.

Keywords

Drugs, drug addiction, treatment of drug addiction, prevention of drug addiction, treatment of therapeutic community, Magdalena o.p.s..

ÚVOD **9**

TEORETICKÁ ČÁST **10**

1 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH **10**

1.1 Definice pojmu závislost 10

1.2 Fyziologické Kořeny závislosti 11

1.3 Bio-psycho-sociálně- spirituální model závislosti 12

1.4 Psychologické, rodinné a vývojové faktory vzniku a udržování závislosti 15

1.4.1 Rodinné faktory 15

1.4.2 Vývojové faktory 18

1.4.3 Psychologické faktory 19

1.5 Prevence drogové závislosti 21

1.5.1 Primární prevence 21

1.5.2 Sekundární prevence 21

1.5.3 Terciární prevence 22

1.6 Rozdělení a účinky návykových látek 23

1.7 Proces a fáze léčby 27

1.8 Možnosti léčby v České republice 30

2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MAGDALÉNA O.P.S. **32**

2.1 Popis služby magdaléna o.p.s. 32

2.2 Pravidla terapeutické komunity 33

2.2.1 Zásadní komunitní pravidla, cíle léčby 33

2.2.2 Vstup do komunity 34

2.2.3 Fáze léčby v tk magdaléna o.p.s 35

2.2.4 Následná péče v terapeutické komunitě magdaléna o.p.s. 37

3 TERAPEUTICKÉ A VÝCHOVNÉ PROGRAMY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ MAGDALÉNA O.P.S. **39**

3.1 Skupinová terapie 39

3.1.1 Typy terapeutických skupin 40

3.2 Individuální terapie 44

3.3 Pracovní terapie 45

3.4 Rodinná terapie 46

PRAKTICKÁ ČÁST **48**

4 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI **48**

4.1 Metody průzkumu 48
4.2 Charakteristika zkoumaných osob 49
4.3 Interpretace výsledku průzkumu 49
4.4 Závěr výzkumu 52
4.5 Kazuistika klienta terapeutické komunity magdaléna o.p.s. 54
4.5.1 Kazuistika klienta TK 54
ZÁVĚR 56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 57
SEZNAM ZKRATEK 60
SEZNAM PŘÍLOH 61

ÚVOD

Závislost na návykové látce je v České republice stále velký problém, který se postupem času díky rozvoji sociálních a zdravotnických služeb začíná zmenšovat. Stále však není problém drogu získat, a to již i pro nezletilou osobu. Je tedy jisté, že je potřeba posílit především primární prevenci a edukaci dětí a dospívajících osob.

Tato práce se však věnuje především fázi léčby, ze které již není lehké snadno vystoupit. Zaměřuje se zejména na léčbu v terapeutické komunitě, ve které jsou klienti po dobu jednoho roku a učí se vrátit se do běžného života skrze resocializaci a pracovní terapii bez závislosti na drogách. Fungování terapeutických komunit je velmi potřebné, protože pokrývá potřeby pro klienty, kteří jsou závislí delší dobu a vyhledávají rodinné prostředí oproti nemocničnímu v léčebných zařízeních. Zařízení komunitního typu charakterizuje právě rodinné prostředí, kde jsou silné vztahové vazby mezi členy a velmi intenzivní terapeutická práce. Právě díky tomu klienti mohou měnit své naučené maladaptivní vzorce chování; stručněji řečeno mají možnost svůj život do základů změnit a vkročit do lepší budoucnosti vše za podpory terapeutů a ostatních klientů.

První polovina práce se věnuje obecné problematice užívání drog, definicím drogové závislosti, bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu závislosti, faktorům vzniku závislosti, typům terapií v adiktologii, možnosti léčby v České republice a popis terapeutické komunity Magdaléna o.p.s..

Dále popisuje léčebný proces v terapeutických komunitách a poté se zaměřuje na TK Magdaléna. Do této části byly zahrnuty informace z literatury, interních dokumentů komunity a její návštěvy shromážděné po dobu psaní této práce.

Praktická část se orientuje na výsledky dotazníku, který vyplnili členové TK Magdaléna o.p.s., a z jehož výsledků lze pochopit některé důvody vzniku závislosti a také, proč tyto osoby zvolili komunitní způsob léčby. Závěrečná část této práce obsahuje kazuistiku klienta TK Magdalena.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

1.1 DEFINICE POJMU ZÁVISLOST

Závislost a syndrom závislosti je podle ICD-10 (10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO) definován jako: "*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí."*

Další definicí, která bude uvedena v této práci je vymezení podle Americké Psychiatrické Asociace (DSM- IV). Ta uvádí, že závislost je definována jako maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významným fyzickým či psychickým poškozením. Abychom mohli stanovit závislost, musí dotyčná osoba splňovat alespoň 3 kritéria z těchto bodů v období 12 měsíců:

- potřeba výrazně zvýšeného množství látky k dosažení potřebného efektu
- odnětí látky se projevuje charakteristickými abstinenčními příznaky
- látka se užívá ve větším množství nebo delší dobu než je její indikace
- přetrvává snaha o užití drogy, nedaří se snížit dávku drogy
- k obstarání drogy osoba potřebuje velké množství času, stejně tak pro užitek a zotavení se z užití látky
- zanechání nebo omezení běžných aktivit v důsledku užívání látky
- osoba užívá látku, i když zná její škodlivé účinky.[1]

[1] *Diagnostic criteria for Substance Dependence: DSM IV - TR* [online]. Copyright 1994 American Psychiatric Association [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://behavenet.com/node/21516

Další definicí pojmu závislost je: *„Silná, přemáhající, nutkavá touha brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák; trvalé potíže v kontrole užívání a množství látky; platí též pro patologické hráčství či závislost na jiné osobě.“*[2]

Poslední definicí tohoto pojmu je: *"Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jednice mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“* [3]

1.2 FYZIOLOGICKÉ KOŘENY ZÁVISLOSTI

Je velmi těžké určit přesný původ a důvod vzniku závislosti. Pokud se však podíváme na náš život a na to, jaký je jeho vývoj a jak se časem přetváří, vidíme, že se rodíme jako závislé bytosti. Jsme závislí na péči druhé osoby a celý život se snažíme od této závislosti dobrat k nezávislosti. Dalším faktorem je to, že náš svět je plný antagonismů, například tma x světlo, láska x nenávist, smrt x život. Naše reakce fungují většinou tak, že pokud je jedné věci příliš, hledáme rovnováhu v té opačné. Pokud tak není, vzniká napětí, strach a potřeba hledat. V tomto hledání se často objevuje například touha po utišení bolesti, která může být fyzická, psychická či sociální, dále touha po radosti, výkonnosti, touhu po vlastním přesahu, po dosáhnutí jednoty sám se sebou i s Bohem. Tyto touhy jsou uloženy velmi hluboko a mohou být zčásti nevědomé, to znamená, že se v určitých situacích chováme automaticky na daný podnět. [4]

---

[2] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5. s. 576

[3] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6. s. 19

[4] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 18.

1.3 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ- SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI

Není jasně řečeno, na jakém základě závislost vzniká, jelikož tělo reaguje na návykovou látku vždy jinak. *"Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu."* (Kudrle S., 2003, s. 91).

1.3.1.1 **Biologická úroveň**

Od zařazení závislosti do klasifikací onemocnění se hledá příčina vzniku na biologické úrovni. Odpovědí však není mnoho. Je známa například souvislost mezi závislostí těhotné matky a pozdější predispozicí pro závislost jejího dítěte. Mezi další faktory můžeme zařadit i působení různých nemocí a traumat na dítě v poporodním období. Některé výzkumy odhalily při závislosti změny v CNS, především ve funkci transmiterů a následnými změnami v afektivních a kognitivních funkcích. U alkoholismu se dá hovořit o vrozené predispozici, jelikož u alkoholiků najdeme odlišnou hormonální sekreci adrenálních žláz. Dále je možné, že některé nervové tkáně u alkoholiků preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu.[5]

1.3.1.2 **Psychologická úroveň**

Vědci odhalili příčiny mezi psychickými vlivy, které působí skrze matku na plod v děloze. Pokud je matka v intenzivním stresu, přenáší tyto pocity na dítě. Pokud matka užije na stresové podněty tlumivé látky, v dítěti se otiskne stopa souvislosti stres-utlumení cizí látkou. Pokud dítě ve svém životě použije stejný postup, tato vazba se v něm oživí a dá mu pozitivní zpětnou reakci. Tímto způsobem vznikne přímé posilování této vazby a riziko závislosti, neboť jedinec bude mít potřebu tento vrozený vzorec znovu obnovovat. Pokud jedinec nedostane dostatek podpory v jeho dospívání a v

[5] KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.* In. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 92

kritických vývojových etapách jeho života, může to u něj rozvinout různé psychické onemocnění. Následná sebemedikace a hledání řešení může vést ke vzniku závislosti. [6]

1.3.1.3 **Sociální úroveň**

Ta se zaměřuje na to, v jakém sociálním prostředí jedinec vyrůstal a co vše ho ovlivňovalo (například rasa, náboženství, společenský status rodiny, prostředí výchovy, život na vesnici/ městě apod.). Největší vliv na vývoj jedince má rodina, jelikož učení se děje především nápodobou. Díky tomu jedinec přebírá vzorce rodiny, a pokud ho formují špatným směrem, hledá ty "správné" v jiném prostředí. Zde hledá pocit přijetí, sounáležitosti, nezávislost či přežití jako takové. Jedinci jsou pak konfrontováni spíše s deviantními formami rituálů či vzorců, které neobsahují zdravé hranice a mohou vést právě k závislosti na omamné látce jako způsob řešení situace.

Dítě či dospívající je také velmi ovlivněn svými vrstevníky, takže pokud tzv. chytí "špatné party", může to na něj mít zásadní vliv. Když se tato situace spojí se špatným vzorem v rodině, vede to velmi často k užití drogy. Proto je důležitá podpora zdravých vztahů a zájmových volnočasových aktivit. [7]

1.3.1.4 **Spirituální úroveň**

Spiritualita je označení pro to, co člověka přesahuje a dává jeho životu smysl. Terapeutická práce na spirituální úrovni se snaží oživit hluboko uložené životní potřeby v člověku. Snaží se v něm nastartovat motivaci a touhu k životu, které byly potlačeny nutkáním k droze. Je velmi důležité, aby terapeut uměl zahrnout do svého přístupu právě i spiritualitu člověka. Tento přístup souvisí s hlubinnou terapií, která se zaměřuje na nevědomé prvky ve vědomí člověka. Lze do léčby zahrnout různé meditace, relaxace či jiné metody duchovního růstu k probuzení spirituality člověka.

---

[6] KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.* In. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 92

[7] tamtéž. s. 93

Z výzkumů vyplývá, že určité nemalé procento závislých osob hledalo v droze právě toto duchovní uspokojení. [8]

[8] KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 93- 94

1.4 PSYCHOLOGICKÉ, RODINNÉ A VÝVOJOVÉ FAKTORY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ ZÁVISLOSTI

Je mnoho teorií pohledů, které mohou způsobit závislost a udržování závislosti na návykové látce. Proto se chci zaměřit na ty faktory, které jsou z pohledu odborníků nejčastější a také nejnovější a jejich výsledky se opírají o dlouhodobé výzkumy. [9]

1.4.1 RODINNÉ FAKTORY

„*Rodina je místo, kde se prostřednictvím osob odehrává zapouštění kořenů do věcí, to znamená, že se zde uspokojují vitální potřeby. Dítě zde dostává mateřskou lásku, pocit bezpečí, buduje své první vztahy. Rodina nevychovává dítě pro sebe, ani pro ně samé, nýbrž pro druhé*.“ [10]

Z výzkumů a dlouhodobé praxe vyplývá, že závislost na droze zasáhne celý rodinný systém velmi silně. Mnoho výzkumů se zaměřuje na stav závislého a na to, kolik složek jeho osobnosti bylo zasaženo a podobně. Je však mnohem méně výzkumů, které se zaměřují na to, jak se cítí blízké osoby uživatele drog. Dopady na ostatní členy rodiny či přátele jsou ve většině případu velmi hluboké a bolestné. Objevuje se zde častý výskyt depresí či úzkostí a drogový problém je často hlavní složkou rodinného života, který zcela ovládá všechny členy. Je proto důležité zaměřit podporu i na ostatní členy rodiny, protože i pro ně jsou dopady závislosti člena rodiny velice náročné. [11]

Dalším rizikem pro rodinu či blízké osoby závislého jedince je spoluzávislost (kodependence). Tento termín označuje souhrn motivů, způsobu komunikace, postojů, kterými rodina závislého spíše podporují, rozvíjejí jeho závislost, nebo naopak sabotují různým způsobem jeho vyléčení. Prakticky toto chování vypadá tak, že například zjevně popírají dané skutečnosti a problémy spojené s užíváním drog, nejsou schopní udržet

[9] KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 41.

[10] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0. s. 255

[11] BARNARD, Marina. Drogová závislost a rodina. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8. s. 13- 15.

určitá pravidla a udržet si své hranice, mohou věc bagatelizovat, odkládat řešení apod. K tomuto chování vede více faktorů. Pro rodiče může být například "výhodné", když je jejich potomek závislý, protože to může tmelit jejich dosud rozpadající se vztah, jindy může členy uspokojit být v roli oběti či soudce- mají morální převahu a jiné. [12]

1.4.1.1 Rizikové chování rodičů k dítěti

Chování dítěte a jeho reakce do velké míry ovlivňuje to, jak se k němu rodiče chovají, jaké na něj mají nároky, v jakém rodinném klimatu vyrůstají apod. Tímto způsobem se buduje i sebejistota uvnitř dítěte. Z výzkumů vyplývá, že chování rodičů, které přehlíží úspěchy a pozitiva dítěte, a naopak vyzdvihuje jeho selhání a chyby roste dítě s pokřiveným sebevědomím, které má blíže k vytvoření závislosti. [13]

1.4.1.2 Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem, mezigenerační chaotické vztahy

Z několika výzkumných prací (Kooyman 1993, Stanton 1991) můžeme znát opakující se vzorec rodinných vztahů u závislých osob: hyperprotektivní matka a chladný, nepřítomný otec. V některých případech je však důležité, dát prostor dalšímu rozvedení případu a nedělat ukvapené závěry. Nicméně pokud se tento model u závislého objeví, je dobré vzít ho v potaz. Chování matky je velmi nedůsledné, volné, obhajuje své dítě a nedává mu prostor pro kontakt s realitou, zároveň ho však velmi miluje. Závislé ženy či dívky mívají častěji zkušenost s úzkostným vztahem se svou matkou, která na dítě měla velice vysoké nároky a zároveň k ní chovala chladný, tvrdý přístup. To vytvoří mezi dívkou a matkou velice silné pouto, které může vést k identifikaci s matkou jako vzorem anebo naopak, rezignaci na ženskou roli a útěk od citových problémů k návykovým látkám.

V poslední době se ukazuje i nový fenomén a to, že role v rodině nejsou jasně stanoveny. Dítěti není jasné, kdo zastává jakou úlohu v jeho životě a nemá pevné vzory

[12] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 42.

[13] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 140.

a hranice. Tato situace nastává zvláště v posledních letech, kdy si lidé nejsou vědomi svého postavení a kompetencí v rodině, vztahy jsou rozvolněné a hodně individuální. To může vést k nezralosti a špatné orientaci jedince, který hledá později řád v návykových látkách, protože svou situaci hůře zvládá. Největším narušením mezigeneračního vztahu je sexuální zneužití či incest. Cuskey (1979) uvedl, že cca 90 % závislých žen zažilo sexuální zneužití v rodině. V rodině se mohou projevit různá psychiatrická onemocnění, zátěže či nevyřešená traumata, která pak mohou mít vliv na pozdější závislost jejího člena. [14]

1.4.1.3 **Neadekvátní vyjádření vzteku v rodině**

Při zkoumání relapsů u drogově závislých se zjistilo, že zpracování agrese hraje významnou roli. Jedná se o situace, kdy je klient nucen zvládat zlostné či agresivní chování někoho z jeho okolí, nebo když řeší vlastní projevy agrese. U některých rodin můžeme vidět, že jejich chování navenek je velmi uhlazené a klidné, uvnitř však potlačují silné negativní emoce, které se bojí projevit. Opačným příkladem je rodina, která se neustále trefuje do člena, který má nějaký problém. Výsledkem je neustálý koloběh, kdy rodina přebírá řešení jak za instituce, tak za samotného člena se závislostí (či v léčbě). [15]

1.4.1.4 **Jeden či více závislých členů v rodině**

Klinické výzkumy a zkušenosti ukazují, že v rodině, kde je jeden člen závislý (většinou rodiče) je velká pravděpodobnost, že jejich potomek přebere tento vzorec chování také. Míra narušení dítěte je úměrná narušením chodu domácnosti, rituálům v rodině či trávení společného času. Vycházíme z modelu, kdy každý element v rodině má své místo a v případě narušení (závislost) se může zbortit řetězovou reakcí celý systém. Měnící se a chaotické jednání závislého rodiče může přinést dlouhodobý neklid a nestabilitu do systému. Takové děti bývají často velmi uzavřené, utrápené anebo naopak

[14] KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 140 - 141.

[15] KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 141

velmi agresivní, protože situací nerozumí a použijí tedy jejich model ochranného chování. V dospívání či dospělosti může jedinec inklinovat ke stejnému řešení jako rodič, nebo si jeho chování zidealizuje a omlouvá ho, tím se v podstatě stává jeho obětí. Východiskem může být poněkud jiná forma závislosti, přičemž důvodem může být více faktorů.[16]

1.4.2 VÝVOJOVÉ FAKTORY

1.4.2.1 **Drogy jako náhradní zvládání psychických stavů**

Podle některých výzkumů vyplývá, že u některých osob závislých na omamné látce docházelo k deprivaci citových potřeb v raném dětství. Díky tomu došlo k oslabení jejich vlastního já, pocitu důvěry v okolní svět či neúměrným reakcím na chování ostatních lidí. Forma chování těchto rodičů může provázet dítě celý jeho vývoj v podobě neschopnosti rodičů reagovat na jeho potřeby. Drogy uživateli přinášejí změnu nebo i dodání emocí, které z výchovy rodičů postrádá. [17]

1.4.2.2 **Droga jako obranný mechanismus**

Droga může fungovat do určité míry jako obrana jedince, který v sobě má například traumata, pocity méněcennosti, při složitých vztahových situacích. Látka člověku ale nepomůže opravdu, spíš problém potlačí a on si ho stále nese v sobě. Také může postupem času narůstat a množství drogy se úměrně s tím navyšovat, protože látky v ní obsažené přestávají působit.

Droga také může plnit funkci euforie a stavu, že uživatel vše na světě zvládne. Je to podobné k fázi mánie u bipolární poruchy. U závislého je to způsobené tím, že v přirozeném stavu nevěří sám v sebe a není schopen věcí dosáhnout do konce. Závislost

[16] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 142

[17] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 47- 48

tedy vznikne přirozeně v těch chvílích, kdy osoba potřebuje něco zvládnout. A protože je jí to příjemné, začne drogu užívat čím dál častěji. [18]

1.4.2.3 **Specifická role u dospívání**

Podle vývojové teorie Ericksona (1958) má každý dospívající úkol zařadit se do společnosti. U osob, které mají oslabené vnitřní "já", mají pokřivené vnější i vnitřní hodnoty a disponují chaotickou či difúzní identitou je toto zařazení velmi náročné. Proto se dospívajícímu může zdát úlevný únik k chemickým látkám, které v jeho očích přinášejí řešení do jeho složité situace v průběhu socializace. Dalšími úkoly dospívajícího jsou např. ujasnění si vlastní orientace, spokojenost se svým vzhledem, realizace svých potřeb, nalezení svého místa v kolektivu vrstevníků, schopnost navázat bližší intimní vztah (v rámci věku). Selhání v těchto zkouškách jeho osoby může vést právě k neuváženému požití omamné látky. Skupiny uživatelů drog si také vytvářejí jistou společenskou důležitost ve stylu "my a ti druzí", kdy se pro slabší jedince mohou zdát přitažlivými, protože bude konečně moci patřit k nějaké skupině a jistými "tajemnými prvky", což je pro dospívajícího často lákavé. [19]

1.4.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

S rozvojem psychologie a psychoterapie byly hledány faktory a důvody vzniku závislosti u lidí v podobě vnitřních osobnostních vlastností či v souvislosti s vnitřní subtilnější dynamikou jedince. V roce 1934 byla toxikomanie uznána jako duševní porucha. Postupem let, kdy probíhal výzkum, se přicházelo na to, že lidé berou drogy převážně díky jejím účinkům. Drogy buď pomáhaly řešit stávající stav (frustrace, strach, bezmoc, samota apod.), nebo nabízely něco, po čemž jedinec toužil (odvaha, únik, vzpoura, moc, poznání, sex apod.). Souhrnem zde uvedu body, které drogy uživatelům nabízejí:

[18] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 48

[19] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 137- 138

1. **Dosažení větší kontroly, moci nad sebou či druhými**- drogy zde působí v první fázi jako účinný všelék, neboť nabízejí pocit silné odměny: poznání, moci a sexu. V další etapě ale neexistuje žádná hranice, která by uživatele v mezích zastavila. Droga tedy později přebírá hlavní kontrolu nad životem jedince.
2. **Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje**- v 60. letech byly rozšířené výzkumy a používání psychedelií, které měly za úkol jedincům rozšířit vědomí a rozvinout jeho mysl. Po této etapě nastalo vystřízlivění, protože některé pokusy nepůsobily na testované dobře a od podávání psychedelií se upustilo. Nicméně i v současné době jsou drogy, o kterých se hovoří v tom smyslu, že otevírají brány do jiných světu, do rozšířeného vědomí.
3. **Zbavení se nepříjemného stavu**- myšlenka že droga je lék na bolest i na bolavou duši je velmi stará a do jisté míry tento postup funguje. Jde o však velmi krátkozraké a časově omezené řešení do doby, než jedinci v nouzi uchopí život do svých rukou.
4. **Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků**- velice silná závislost na droze, neboť jedinec nemůže najít jinou náhradu za prožívanou slast při stavu po požití látky. Nejlepší léčba je absolutní abstinence a psychoterapie.
5. **Usnadnění přizpůsobení**- užívání drogy řadí jedince k určité skupině, která toho využívá ke svému narcismu a oddělenosti od společnosti. V léčbě je lepší pozvolné odvykání, aby nedošlo k úplnému odtržení od klientova přirozeného prostředí a sociální skupiny.
6. **Součást asociálního životního stylu**- v některých případech se droga stává součástí životního stylu i z důvodu např. zanedbané výchovy, prostředí, v kterém klient vyrůstá, atraktivita příjmu při chudobě apod. Všechny tyto aspekty mohou být velmi silnou překážkou k léčbě závislosti. [20]

[20] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 124- 126.

1.5 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

1.5.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Smyslem primární prevence je především zamezit kontaktu osob s drogou, anebo jej alespoň oddálit. Programy primární prevence mají za úkol provázet klienta k dosažení jeho zralosti a k nalezení jeho vlastní identity bez drogových prostředků. Jejím úkolem je působit na všechny složky člověka a to biologickou (péče o tělo, zdraví, prevence úrazů apod.), sociální (integrace do společnosti, předcházení samotě, péče o sociálně slabší jedince), psychologickou (smysluplné využití času, dostatek přátel, přecházení šikany apod.) a spirituální (najít smysl života, prožívat duchovní hodnoty, odpoutání se od materiálních zisků apod.). Zvláště se zaměřuje na ohrožené sociální skupiny- dospívající, osoby bez domova, děti vyrůstající se závislými rodiči atd.

1.5.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku závislosti u osob, které drogu již používají. Zahrnuje včasnou intervenci, poradenství a odbornou léčbu. Léčba se zaměřuje na úplnou abstinenci u uživatele, výjimečně na kontrolované užívání drogy. Soubor léčebných opatření se zaměřuje i na celou rodinu a patří sem především: omezení kontaktu s prostředím, v kterém uživatel užívá drogu, detoxifikace, konfrontace se situacemi, které klienta zraňují anebo kterými zraňuje on, hledání smyslu života a jejich hodnot, hledání nástrojů k udržení si řádu a režimu v běžném životě bez drogy či upevňování hodnot. Při léčbě se zaměřujeme na léčbu klienta v celé jeho bio-psycho- sociální složce osobnosti, tudíž přihlížíme k jeho vlastnostem, celkovému charakteru jedince, zkušenostem, rodinnému prostředí, zdravotnímu stavu, a k také velmi důležité součásti člověka- spiritualitě. [21]

[21] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 18- 22.

1.5.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE

Terciární prevence má za úkol předcházet vážnému či trvalému poškození zdraví, které je způsobené užíváním drog. Patří sem:

1. resocializace u osob, které prošli léčbou vedoucí k abstinenci, nebo podstupují substituční léčbu a upustili od nelegálních drog,

2. snižování rizik poškození zdraví u klientů, kteří stále používají nelegální drogy (výměna injekčních stříkaček, zdarma testy na nemoci, které vznikají při užívání…).

V terciární prevenci je upřednostněna rovina sociální, protože je důležité pomoci uživateli v komunikaci s úřady, hledání nového zaměstnání či bydlení. Důležitou složkou je i rovina biologická, kdy se zapojené osoby snaží zlepšit zdraví jedinců, kteří užívají drogy, předejít zhoršení zdravotního stavu apod. V rovině psychologické můžeme najít různé doléčovací programy, podpůrné skupiny, svépomocné skupiny, individuální psychoterapii atd. V některých případech vede užívání drog i ke smrtelnému onemocnění- např. AIDS, kde je důležitá pomoc spirituální, která vede k vyrovnání se s fyzickou smrtí. [22]

[22] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 22- 23

1.6 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Indikační seznam (dle MKN 10):

Dg. F 10 – F 19:

F 10. Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F 11. Poruchy vyvolané požíváním opioidů

F 12. Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F 13. Poruchy vyvolané požíváním sedativ nebo hypnotik

F 14. Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F 15. Poruchy vyvolané požíváním stimulancií

F 16. Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F 17. Poruchy vyvolané užíváním tabáků

F 18. Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F 19. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek[23]

1.6.1.1 **Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu**

Nadměrná konzumace této látky se nazývá "alkoholismus". Česká republika patří dlouhodobě k celosvětovému žebříčku jako stát s velmi vysokou spotřebou alkoholu. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholu se u nás týká přibližně 25 % mužů a 5% žen. Při nadměrné konzumaci může docházet k řadě závažných zdravotních potíží a může vést k závislosti. Následky užívání alkoholu jsou zařazeny do mezinárodní klasifikace psychiatrických poruch. [24]

---

[23] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, druhé vydání k 1. 4. 2014*, [online]. In:. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu

[24] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 151

1.6.1.2 **Opioidy a opiáty**

Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější látky pro utlumení bolesti. Dále způsobují euforii, ale také zklidnění až apatii. Při užívání může dojít k zástavě dechu, neboť utlumují dýchací centrum, k vdechnutí zvratků, neboť dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, vyvolávají miózu (stažení zornice) a hypotermii (snížení tělesné teploty), rozšiřují cévy, zpomalují srdeční tep, vyvolávají těžkou zácpu a svědění kůže a snižuji produkci moči. Nejznámějším opiátem je heroin, který je typický pro velmi silný nástup- až orgastický. Užívá se především nitrožilně a dávky se postupně pro vyvolání potřebného účinku musí zvyšovat. Závislost vzniká mezi 1-3 měsícem. Dalšími opiáty jsou Metadon a Braun. [25]

1.6.1.3 **Stimulancia**

Typickou povahou stimulancií je povzbudivý efekt. Mezi nejznámější látky patří pervitin, kokain a extáze (která může mít i psychedelický účinek). Psychostimulancia dlouhodobě zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení a výbavnost paměti. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi silný příjemný pocit síly a energie, snižují pocit k jídlu. Vyvolávají i úzkost, strach či agresi, a přecenění hranic možnosti osoby. Dlouhodobé užívání může vést k toxické psychóze. Dále představuje vysokou zátěž na organismus, především pro kardiovaskulární systém. Tělo je připraveno na vrcholový výkon a zároveň se sníženou chutí k jídlu velmi rychle hubne. Tento stav může vést k absolutnímu vyčerpání organismu a při případné zdravotní slabosti (i vrozené) může vést až ke smrti. [26]

1.6.1.4 **Halucinogenní drogy**

Patří mezi nejvíce zkoumané drogy i na vědeckém poli, protože výrazně mění psychiku a prožívání člověka a jsou spojeny s určitou mystikou. K halucinogenům řadíme několik stovek látek, obecně je lze rozdělit do 3 skupin: *přírodní halucinogeny*

---

[25] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s. 159- 162

[26] tamtéž, s. 164- 167

(mezkalin, durman, psilocybin atd.), *přírodní halucinogeny živočišného původu* (př. bufetenin) a *semisyntetické a syntetické drogy* (př. LSD, PCP atd.) Největším tématem zkoumání bylo užívání LSD, které bylo testováno jako účinný lék pro osoby s rakovinou, psychotickým onemocněním atd. Nevyzpytatelnost účinků a neuchopitelnost prožitků pacientů však ukázalo nemožnost tuto látku prozkoumat a dát jí jasné indikace. V ČR je velmi rozšířená látka Psilocybin, která je obsažena v houbách rodu Lysohlávky. Účinky mají halucinogeny velmi podobné a závisí na množství a čistotě látky. Nástup je provázen mírným třesením a neschopností ovládat tělo. Dále se začínají objevovat různé iluze a pseudohalucinace, osoba vnímá svět prostorově, cítí barvy, vidí ornamenty atd. Někdy mohou nastat pocity úzkosti, depresí a stavy depersonalizace. Dosud nebyl prokázán případ nadužití LSD a předávkování s následkem smrti. Na halucinogenech nevzniká typická závislost při odnětí drogy. Spojuje se spíše s typickým excesivním vzorcem chování. [27]

1.6.1.5 **Konopné drogy**

Konopné drogy se podle nejnovějších výzkumů užívaly již před tisíci lety. Jedná se o rostlinný zdroj, v kterém jsou obsaženy účinné látky. Kanabinoidy mají psychotropní účinky, nicméně se obzvláště v posledních letech hovoří o velmi pozitivním účinku v lékařském oboru (například Alzheimerova choroba, AIDS, rakovina atd.), kde je nejvlivnější látkou THC. Mezi formy patří marihuana (květenství ze samičí rostliny) a hašiš (konopná pryskyřice). Dosud není znám případ předávkování s následkem smrti. Někteří pacienti, kteří dlouhodobě užívají konopí, mají projevy chronické intoxikace, tedy jsou neustále pod vlivem drogy a nastává u nich narušení pozornosti a k poruchám dlouhodobé paměti.[28]

Účinek drogy nastupuje velmi rychle a netrvá příliš dlouho (podle množství). Nikdy není jasné, jak bude intoxikace probíhat. U některých osob nastupuje velmi pozitivní

---

[27] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s.169- 172

[28] MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2. s. 370

nálada, smích apod., u jiných zase velká úzkost, deprese i pseudohalucinace. Provázené pocity mohou být sucho v ústech, zimnice a hlad. Užití konopí může u některých osob vyvolat velmi silné depresivní stavy až psychické onemocnění. Dlouhodobé užívání je spojeno i s lehčím poškozením centrální nervové soustavy. [29]

1.6.1.6 **Analgetika, sedativa, anxiolytika**

Analgetika jsou látky určené k tlumení či úplné potlačení bolesti. Sedativa jsou látky obecně zklidňující, můžeme sem zařadit i hypnotika (léky na spaní). Anxiolytika jsou podávána osobám, které cítí úzkost, strach či fobii. U nás i ve světě je používání těchto preparátů velmi rozšířeno, protože mohou být lehkým a rychlým řešením pacientova psychického i fyzického stavu. Dlouhodobé používání může způsobit malátnost, apatii či porušení funkce některého z vnitřních orgánů (trávicí systém, ledviny, oběhový systém atd.) Kombinace těchto látek a alkoholu je velmi závažná a může dojít až k zástavě srdce. Pokud někdo léky takto užívá, signalizuje to závažný psychický stav, který je nutno řešit jiným způsobem. Závislost může trvat velice dlouho a může mít velmi těžké sociální, psychické i biologické následky. [30]

[29] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. s 174- 178

[30] tamtéž. s. 151- 183

1.7 PROCES A FÁZE LÉČBY

Vzhledem k mému tématu, které je zaměřené na terapeutickou komunitu, bych zde proces léčby závislosti vypsala jen stručně pro orientaci ve fázích, kterými mohou klienti procházet.

Adiktologické poradenství a léčba působí ve čtyřech aspektech: krizová intervence, individuální, skupinová a rodinná terapie.

1.7.1.1 **Krizová intervence**

Krize je pro klienta situací, v níž nemá žádné techniky pro řešení vzniklých problémů. Při procesu léčby, zvláště v jejích začátcích nastávají pro klienta různé krizové okamžiky, které se hůře kontrolují a mohou vyústit až v duševní onemocnění. Pro klienta je důležité, aby se naučil rozpoznávat faktory, které do krize vedou, a tyto faktory dále zpracovával společně v terapii.

V krizovém poradenství najdeme dvě složky a to intervence prvního řádu (psychologická první pomoc) a krizovou terapii. Hlavním posláním těchto intervencí je dovést klienta k tomu, aby své problémy začal řešit sám a převzal za ně odpovědnost, tzv. zplnomocnění klienta. Toto poradenství se také snaží zabránit suicidálním či homicidálním tendencím. [31]

1.7.1.2 **Individuální terapie**

V procesu léčby je velmi důležitá. Při terapii si může klient utřídit své velmi citlivé osobní problémy skrze kontakt s druhým člověkem. Poradce pomáhá klientovi přijmout skutečnost, že se uzdravuje ze závislosti, upozorňuje klienta na spouštěče, které vedly k užívání drogy, pomáhá budovat s klientem nové sociální sítě, pomáhá klientovi najít mechanismy ke zvládání vnitřních rozporů a negativních pocitů, upozorňuje na rizika relapsu. Poradce dále musí určit, do jaké míry je klient ochoten změnit své užívání drog

[31] MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3. s. 119- 125

či alkoholu. Vybírá přístup v terapii individuálně ke každému klientovi zvlášť. Součástí procesu je vedená dokumentace, cíl léčby a plánování témat jednotlivých sezení. [32]

1.7.1.3 **Skupinová terapie**

Je velmi doporučovaným prostředkem v terapii jedince, protože přináší silné uvědomění skrze interakci s ostatními členy skupiny. Skupina je pro klienta zdrojem sociální podpory, zpětné vazby a naděje na změnu a má několik fází. V terapii jsou známy čtyři typy skupin a to profesní, edukační, sociální a osobní, přičemž u léčby závislosti se mohou kombinovat poslední tři. Každá skupina má své psané i nepsané formy. Terapeut si musí uvědomit, jakým stylem chce skupinu vést, a jakým typem terapeuta bude (direktivní, přátelský, distancující se apod.) a je vhodné, pokud s každým klientem může hovořit před vznikem skupiny zvlášť z důvodu vhodnosti zařazení osoby do terapie. Skupina by měla zůstat po celou dobu ve stejném složení, protože to navozuje určitou stabilitu, avšak odchod je v životě také častým jevem a klienti si mohou toto téma společně projít. Terapeut může používat různé prostředky k terapii (malba, scénky, hudba apod.). Je důležité, aby se terapeut zúčastňoval supervizí a také dbal na osobní duševní hygienu. [33]

1.7.1.4 **Rodinná terapie**

"Rodinná terapie je způsob řešení, zdravotních či jiných problémů ve spolupráci terapeuta a více členů rodiny. Terapeut se obvykle setkává se všemi členy rodiny současně, nikoli s každým z nich individuálně."[34]

Jak je již uvedeno v předchozích kapitolách, role rodiny má velmi silný vliv na osobu užívající návykové látky. Její vliv může stát i za samotným vznikem závislosti

---

[32] MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3. s. 126- 127

[33] tamtéž, str. 135- 147

[34] GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009, 280 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7. s. 17

např. z důvodu přítomnosti drog v rodině, hyperprotektivní výchovy, či převzetí závislostního vzorce chování. [35]

Z pohledu léčby je náročné rozhodnout, v jakých případech je vhodné zvolit rodinou terapii z toho důvodu, že ne vždy je to pro rodinný systém přínosné (popírání stavu závislého, stejné problémy se závislostí, agresivní chování apod.). Rodinná terapie je indikací v těch případech, kdy klientova rodina stojí o změnu svého přístupu ke členovi rodiny, ale také zároveň osoba se závislostí musí o tuto změnu usilovat a přijmout ji. Terapeut se snaží nastolit v rodině rovnováhu, to někdy znamená změnu nastavení hranic, pravidel, rolí a hodnot. Dále se snaží pochopit hledisko každého člena rodiny, sjednává dohodu o abstinenci, která ukáže dopad na rodinu, celá rodina je edukována v oblasti závislosti a odvykání, pomáhá zjistit, co v dané rodině nefunguje a hledá alternativy ke zvládání zátěžových situací. Pokud je terapie dobře vedena a všichni zúčastnění jsou otevření změnám, má velmi vysokou úspěšnost. [36]

Rodinná terapie je indikována, když:

- je očividná porucha i některého člena rodiny
- v některém rodinném vztahu či oblasti soužití porucha ovlivňuje celkovou skladbu a způsob života rodiny,
- rodina dostatečně neplní některou ze svých životně důležitých funkcí,
- je porucha „vestavěna“ v životě rodiny jako náhradní způsob zajišťující nouzově její základní funkci.[37]

[35] BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8. s.

[36] MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3. s. 149- 154.

[37] LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Vyd. 2. rozš. a přeprac., Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1. s. 173

1.8 MOŽNOSTI LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE

1.8.1.1 **Ambulantní léčba**

Je vhodná pro osoby s lehčím stupněm závislosti a s menším somatickým poškozením, dohromady s podporujícím sociálním zázemím a vysokou motivací. V ambulantní léčbě se používá vhodná farmakoterapie, dále individuální terapie a skupinová terapie. Stejně jako v ostatních formách léčby je velmi důležitá práce s rodinou. [38] Tato léčba se provádí v ambulantních psychiatrických zařízeních.

1.8.1.2 **Intenzivní ambulantní léčba, stacionáře**

Za intenzivní formu ambulantní léčby se bere strukturovaný program v rozsahu 20 hodin týdně. Nejrozšířenější formou jsou denní stacionáře, které mají většinou rozsah 40 hodin týdně (každý den 8 hodin) a trvá 3-4 měsíce. Hlavní náplní stacionářů je individuální a skupinová terapie, doprovází ji léčebný režim, rodinná terapie a sociální práce. Tento styl léčby může být vhodný pro středně těžší až těžké formy závislosti, ty těžké se však v léčbě příliš dlouho neudrží z důvodu slabé motivace a stálého pohybu v drogovém prostředí mimo stacionář. V současné době jsou v české republice 3 denní stacionáře. [39]

1.8.1.3 **Ústavní detoxifikace**

U nižšího stupně odvykacího syndromu lze indikovat klientům i detoxifikaci ambulantně. V České republice je častější ústavní pobyt v rozmezí 5-10 dnů na uzavřené detoxifikační jednotce v nemocnici či psychiatrické klinice. Cílem léčby je izolace klienta od drogového prostředí spolu s poskytnutím psychoterapie cílenou na

---

[38] KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice.* Praha: Institut Filia, 2000. s. 15- 16

[39] *Drogový informační server: Hledání v organizacích* [online]. [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://www.drogy.net/databaze-kontaktu/

odvykací syndrom. [40] V současné době je v České republice 16 detoxifikačních jednotek.

1.8.1.4 **Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba**

Krátkodobá léčba trvá obvykle 4-9 týdnů, dlouhodobá 3-6 měsíců a probíhá ve specializovaných odděleních nemocnicí a psychiatrických léčeben. Do léčby je zahrnutá každodenní terapeutická skupinová i individuální práce, dále sociální práce, rehabilitace, rodinná terapie či koordinace volného času klientů. V současné době je 16 zařízení poskytujících ústavní léčbu. [41]

1.8.1.5 **Rezidenční léčba v terapeutických komunitách (typ zařízení)**

V tomto typu léčby opět můžeme rozlišit střednědobé (6- 8 měsíců) a dlouhodobé (rok a více) programy. Jedná se o vysoce strukturované léčebné programy, v kterých se využívá především skupinová a individuální terapie, resocializace, pracovní terapie, edukační a volnočasové aktivity, expresivní terapie a také rodinná terapie. Indikací k léčbě v terapeutické komunitě jsou klienti s dlouhodobou těžkou závislostí. V současné se v České republice nachází 20 terapeutických komunit. [42]

---

[40] KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice.* Praha: Institut Filia, 2000. s. 18

[41] KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice.* Praha: Institut Filia, 2000. s. 19

[42] KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice.* Praha: Institut Filia, 2000. s. 20- 22

2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MAGDALÉNA O.P.S.

2.1 POPIS SLUŽBY MAGDALÉNA O.P.S.

Magdaléna o.p.s. nabízí sociální a zdravotní služby a jejím cílem je poskytnout účinnou pomoc osobám závislým na návykové látce. S ohledem na potřebu návaznosti poskytuje Magdaléna o.p.s. celou na sebe navazující síť služeb.

2.1.1.1 **Stručná historie vzniku TK Magdaléna o.p.s.**

Provoz terapeutické komunity byl zahájen 1. prosince 1998 Marií Kaplanovou v Mníšku pod Brdy v bývalých kasárenských objektech. V tuto dobu bylo zde 13 klientů, kteří již měli možnost podstupovat pracovní terapii na farmě, která byla zbudována v jednom z objektů kasáren. V současné době má objekt 14 hektarů a slouží zcela potřebám rezidenční léčby a následné péči o klienty. V bývalém vojenském bunkru se koná každoročně *Kulturfest*- festival terapeutických komunit z celé České republiky. [43]

2.1.1.2 **Poslání TK Magdaléna o.p.s., cílová skupina**

"Posláním terapeutické komunity Magdaléna je pomáhat osobám závislým na návykových látkách k trvalé změně drogového životního stylu, ke zlepšení kvality jejich života a k plnohodnotnému začlenění do společnosti."[44]

Program v terapeutické komunitě se zaměřuje na osobní růst klientů prostřednictvím resocializace a reedukace. Výsledkem je klient, který je schopen se znovu navrátit do běžně fungující společnosti. Klientem je osoba, která dovršila 18 let, absolvovala předešlou detoxifikaci a má předpoklady pro terapeutickou práci. Součástí vstupu do TK jsou i lékařské testy, které se zaměřují na psychickou i fyzickou stránku klienta. [45]

---

[43] Areál na včelníku: Současnost. *www.magdalena-ops.eu* [online]. [cit. 2016-01-05]. Dostupné z: www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytová-léčba-a-doléčování/tk/itemlist/tag/o%20nás.html

[44] *Terapeutická komunita. Dlouhodobá léčba závislosti*. Magdaléna o.p.s., 2012. Tištěný leták

[45] tamtéž

2.2 PRAVIDLA TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

2.2.1 ZÁSADNÍ KOMUNITNÍ PRAVIDLA, CÍLE LÉČBY

Komunita má tato základní a hlavní pravidla. Při jejich hrubém porušení nastává většinou okamžité vyloučení z komunity. Při omluvitelném a lehčím porušení se klientovi udělí sankce v podobě práce pro skupinu (mytí nádobí navíc, práce na zahradě, práce v domě apod.). Jsou to:

1. Pravidlo abstinence- abstinence od drog, alkoholu a hazardních her.

2. Pravidlo nenásilí- zdržení se fyzického a psychického násilí v jakékoli formě.

3. Pravidlo zdrženlivosti- zdržení se sexuálního kontaktu a navazování milostných vztahů mezi sebou navzájem.

4. Pravidlo rozhodování- akceptování společného rozhodnutí komunity.

5. Pravidlo účasti- povinná účast na veškerém programu TK Magdalena.

Komunitní způsob léčby vede k jistým cílům, které nejsou přesně vymezená, ale jsou v resocializačním a reedukačním procesu velmi důležitá. Tyto cíle by se měli klienti po dobu léčby naučit, jsou to:

1. Odpovědnost: podle statistik jsou lidé závislí na droze nevyzrálí jedinci. Terapeutická komunita klientovi zrcadlí to, že za všechny činy je odpovědný pouze sám klient, nikoliv ostatní osoby a je tedy odpovědný za svou závislost. Sám se musí rozhodnout, zda se chce změnit a osobně růst.

2. Respekt a tolerance: klient je respektován jako plnohodnotná bytost. Může být sankciován za své přestupky, či mu může být poukázáno na jeho chování, nikdy však nesmí být ponižován či znehodnocován. Je zde na místě přijmout odlišnost každého člověka (víru, rasu, zvyky atd.), to samé by měl respektovat klient vůči ostatním členům.

3. Aktivita: klient musí program komunity přijmout aktivně, protože jedině tak má šanci na osobní změnu a růst. V opačném případě je lepší, když klient komunitu opustí i vzhledem k ostatním členům.

4. "Jednej jako by" : neboli princip "act as if" urychluje celý proces léčby v komunitě. Znamená, jednej jako bys byl zodpovědný. Ostatní tedy neřeší, zda

odpovědný je, či není, ale jednají s ním jako se zodpovědným členem komunity a tím ho zbavují strachu z jednání, které dříve nemohl uplatnit.

5. Zájem o druhé a vzájemná pomoc: očekává se, že klient se bude o druhé zajímat, protože není sám, kdo potřebuje pomoc. Tímto pravidlem se v ideálním případě stane to, že všichni budou naslouchat druhým a budou si navzájem poskytovat oporu.

6. Role "člena komunity": klienti se podílejí na tom, jak komunita funguje, za zdravé prostředí a udržení hodnot. Služebně starší členové se také stávají vzorem pro nově příchozí.[46]

2.2.2 VSTUP DO KOMUNITY

Jak již bylo řečeno v předchozím textu, před vstupem do komunity musí budoucí klient podstoupit úspěšnou detoxifikaci, lékařská vyšetření a také pohovor, který provede vedoucí komunitní pracovník. Při pohovoru se zjišťuje, zda je budoucí klient vhodný k dlouhodobé terapeutické práci. V TK Magdaléna přijímají i osoby s duální diagnózou. Častějším onemocněním přidruženým k závislosti je schizofrenie, jejíž stupeň a schopnost pobytu v komunitě určí komunitní psychiatr. Pokud pracovník komunity shledá, že osoba není zralá na pobyt v komunitě, doporučí ji jiné programy (např. individuální terapii, denní stacionář, pobyt v léčebně apod.), popřípadě se může dohodnout s terapeutickou komunitou na jiném místě (například TK Karlov je uzpůsobený k pobytu matek s dětmi apod.).

Klienti se při přijetí dozví kompletní průběh léčby, režim dne, jejich úkoly, povinnosti, práva a je jim dána kompletní čítanka Magdalény, kde si mohou vše nastudovat. V případě nejasností je jim vždy někdo k dispozici. Každý klient má svého garanta, což je psychoterapeut z terapeutického týmu, který klienta doprovází a garantuje postup léčby podle cílů, které si sám klient určil.

Celý proces léčby v terapeutické komunitě je zaměřený na resocializaci a reedukaci. Prvotním záměrem, který zůstal až dodnes, je pracovní terapie, při níž si klienti naučí

[46] KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2. s. 188- 189

mít pevný řád, povinnosti a odpovědnost. V areálu komunity je farma, kde se nacházejí prasata, kozy, krávy či koně. Dále je zde truhlárna, kde klienti vyrábí výrobky ze dřeva. V létě je v provozu i zahradnictví. To je jen část léčebného programu, o dalších výchovných a terapeutických metodách se rozepíši v dalších kapitolách.

2.2.3 FÁZE LÉČBY V TK MAGDALÉNA O.P.S

Komunitní práce je nastavena na určité fáze léčby, které jsou důležité pro správnou práci v komunitě. Jsou to tyto fáze:

2.2.3.1 **Nultá fáze**

Je označována jako orientační, diagnostická, vstupní apod. Trvá přibližně 14 dní až 1 měsíc. Je pro ni typické:

- izolace od vnějšího světa, od příbuzných, zahrnuje i zákaz telefonování a jakýkoliv jiný kontakt
- slouží jako seznámení klienta s programem, aby se mohl rozhodnout, zda v léčbě chce pokračovat
- klient musí vypracovat 10 stránkový životopis a seznámit skupinu se svým příběhem na autobiografické skupině
- musí znát pravidla komunity, podepisuje kontrakt s komunitou
- klient má svého patrona (služebně staršího klienta), který je jeho průvodcem

Jedná se o nejtěžší fázi terapie, jelikož je pro klienta vše úplně nové a velmi náročné, je na to sám. Největší motivací je pro klienta skupina, která ho podporuje ve zvládání všech pravidel komunity. Členu komunity se vynořují dlouho potlačované emoce a doba od abstinování není dlouhá, proto je tato fáze asi nejvíc kritická ve směru opuštění léčby. [47]

[47] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 93

2.2.3.2 **První fáze**

V této fázi se klient zaměřuje hlavně sám na sebe a také pomalu na interakci s ostatními. Začíná se stabilizovat. Charakteristika:

- klienti opouštějí prostředí pouze s doprovodem, mohou probíhat návštěvy příbuzných jednou za týden v určenou dobu
- klient spolehlivě funguje v režimu komunity, obstarává běžné úkony spojené s povinnostmi přes den[48]
- klient zpracovává terapeutický plán se svým garantem a postupně zpracovávají cíle a stanovené úkoly
- klient přijímá odpovědnost sám za sebe, přerušuje vztahy s drogovou subkulturou.

Úskalím této fáze je opět předčasné opuštěné komunity a vypadnutí z léčby. První fáze je velice stresující pro klienty, kteří abstinovali před nástupem do terapeutické komunity vždy jen krátkou dobu. [49]

2.2.3.3 **Druhá fáze**

V druhé fázi nastává plné přijetí klientů odpovědnosti za sebe, za druhé i za chod komunity. Charakteristika:

- částečný kontakt se světem (vycházky, výjezdy)
- klient má větší svobodu, zároveň ale i větší odpovědnost za chod komunity (nejvyšší stupeň v hierarchii komunity)
- klienti z druhé fáze doprovázejí klienty z nižších fází, učí je pravidlům komunity
- klienti této fáze vedou některé aktivity (ranní komunita, klub apod.)
- klienti fungují jako vzor pro ostatní členy komunity
- klient je schopný zvládat své emoce a psychické stavy
- podle dané situace obnovují kontakt s rodinou

---

[48] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 94

[49] KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5. s. 466- 467

- aktivita klientů v této fázi je nejvyšší, uvažují o budoucnosti, zaměstnání, následné léčbě

- rostě sebeúcta[50]

Úskalí: předčasný odchod paradoxně z důvodu dobrého postupu léčby. Klient může mít přesvědčení, že je již vyléčený a z toho důvodu odejít domů. Je zde veliké riziko relapsu. [51]

2.2.3.4 **Třetí fáze**

Hlavním cílem této fáze je uzavírání terapeutického procesu a příprava na život mimo komunitu. Klient se pohybuje již mimo komunitu a připravuje podmínky pro následný chod života. Hledá si práci a bydlení. Klient si nastavuje jiný žebříček hodnot a priorit, než měl v období drogové závislosti. Zná také úskalí a rizikové situace, které ho mohou ohrozit k vzniku relapsu. Sdílí své pocity z odchodu a změnami s komunitou, která ho stále podporuje v jeho stabilitě.

Klienti mohou využívat programů následné léčby- práce v areálu i mimo něj, tréninkové bydlení. Úskalím je přecenění svých schopností, pocitem, že již na sobě nemusí dál pracovat. [52]

2.2.4 NÁSLEDNÁ PÉČE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ MAGDALÉNA O.P.S.

Program následné péče se pri terapeutické komunitě nazývá CHRPA. Cílem tohoto programu je nabídnout klientům následnou léčbu a podporu na jejich cestu k životu bez drog. Cílem je také navázat či obnovit zdravé vztahy klienta s jeho rodinou, okolím.

---

[50] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 94

[51] KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5. s. 467

[52] tamtéž, str. 467

Program má dvě hlavní části a to jsou:

A. Následná péče

1. Socioterapeutický program, který zahrnuje skupinovou i individuální terapii, terapii s rodinou, krizovou intervence, předcházení vzniku relapsu, volnočasové a zážitkové programy, zdravotní a sociálně- právní servis.

2. Pracovní místa na zkoušku, která jsou nabízena v chráněných podnicích.

3. Chráněné bydlení na Včelníku, tedy v areálu terapeutické komunity a nabízí místo pro 8 klientů.

4. Chráněné bydlení v Praze, kde se nacházejí byty pro 8 klientů.

B. Sociální rehabilitace

Do této části spadají tyto formy sociální rehabilitace:

- **jobcoaching**, který se zaměřuje na pracovní poradenství a provázení procesem hledání práce

- **pracovní diagnostika**, která testuje pracovní dovednosti

- **nácvik pracovních dovedností**, které si klienti osvojují v provozu truhlárny, a zahradnictví v areálu TK

- **rekvalifikace** nabízí vyšší ohodnocení na trhu práce

- **finanční gramotnost** provází klienty v procesu oddlužování a nabízí jim finanční poradenství[53]

[53] NÁSLEDNÁ PÉČE. In: *Magdaléna o.p.s.* [online]. [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: http://www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytová-léčba-a-doléčování/následná-péče.html

3 TERAPEUTICKÉ A VÝCHOVNÉ PROGRAMY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ MAGDALÉNA O.P.S.

3.1 SKUPINOVÁ TERAPIE

Skupinová terapie je v terapeutické komunitě velice důležitá. Využívá dynamiku skupinové práce, především vztahy a interakce mezi klienty. Cílem skupinové práce je získání nadhledu, pochopení postojů, změna vzorců chování, pochopení interpersonálních procesů, podpora zrání osobnosti či odstranění některých symptomů onemocnění. Skupinové práci odpovídá denně 3-4 hodiny denně, což je relativně velká část dne. Nutno si však uvědomit, že klienti mají mezi sebou interakci celý den a "terapie" probíhá tedy neustále. Řízená skupinová práce dává prostor právě těmto interakcím na bezpečném prostoru.

Skupinová terapie má v komunitě specifickou podobu. V komunitách se vyskytuje větší počet s duální diagnózou (schizofrenie, psychóza…) a to určuje dynamiku a průběh skupiny. V běžných skupinách jsou daná některá pravidla, která však v terapeutické komunitě nemohou příliš fungovat. Jedním z nich je nevynášet témata ven. To je u komunitního spolužití neproveditelné a navíc je žádoucí, aby témata probíraná ovlivnily život i mimo skupinovou práci. Další pravidlo nenavazování kamarádských vztahů mimo skupinu je zde popřené již od začátku, neboť je dobré, pokud mezi členy přátelství vzniká. Bezpečí a intimita skupiny by měla v terapeutické komunitě být i mimo skupinové terapie. Obecně se prostředí komunity zaměřuje na rovnost mezi jejími členy, bezpečí, otevřenost, důvěru a podporu. Koheze skupiny se posiluje i mimo skupinovou terapii, například při trávení volného času, nebo práci v komunitě.

U osob, které si prošly závislostí je zvýšená nedůvěřivost a hluboké zranění. Je proto důležité se k probíraným tématům vracet a poskytnout klientům dostatek času na vybudování důvěry v terapii. Je zde taky velice vhodné používat různé nonverbální techniky, které mohou být otevírající a pro klienty méně zatěžující.

Práce terapeuta je velmi intenzivní a náročná i z toho důvodu, že v komunitě tráví vždy několik dní. Účastní se několik typů programů, v kterých musí své postoje

přizpůsobit aktivitě. V komunitě pro závislé obecně platí, že pokud jsou reakce terapeuta autentické, má to pozitivní dopad na klienty. Obecně jsou na terapeuty kladeny vysoké profesní nároky a profesionalita. V komunitě Magdaléna o.p.s. má každý terapeut psychoterapeutický výcvik, který doplňuje jeho odbornou způsobilost. [54]

3.1.1 TYPY TERAPEUTICKÝCH SKUPIN

3.1.1.1 **Ranní komunita**

Před každou ranní skupinou se v TK Magdaléna koná ranní porada, na které se scházejí terapeuti ve službě, pracovní terapeuti, zástupce hospodářského týmu a Šéf domu (za klienty). Ranní komunita slouží k:

- pravidelnému reflektování průběhu léčby, zhodnocení úspěchů či neúspěchů,
- zjištění aktuálních nálad jedinců i celé skupiny,
- určení denního programu, náplň pracovní terapie
- schvalování sankcí, oznámení návštěv, výjezdů apod.
- řešení technických a provozních záležitostí
- relaxaci či podpoře energie ve skupině.

Na začátku skupiny se občas v případě potřeby volí aktivizační hra. Probírají se sny a nálady, myšlenky, které vznikají při psaní deníků klienty a hlavně reflexe pocitů i prožitků uplynulých dní. [55]

3.1.1.2 **Autobiografická skupina**

Probíhá obvykle několik dnů po přijetí nového klienta do komunity. Na této skupině klient pojmenovává jednotlivé témata v jeho životě, především klíčové vztahy s jeho okolím, zlomovým událostem jeho života a často i popis jeho dětství. Mnohdy je třeba omezit klientův výklad o braní drog, neboť k tomu mají často tendenci z důvodu

---

[54] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 108- 112

[55] JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004, s 64

zaujmutí ostatních členů komunity. V této skupině jsou občas využity různé neverbální techniky (kresba apod.) z důvodu lepšího uvolnění klienta a průběhu celé skupiny. [56]

3.1.1.3 **Dynamická a interakční skupina**

Tato skupina využívá základní dynamiky skupiny, interakce mezi členy skupiny navzájem a skupinou a terapeutem. Slouží k dosažení náhledu a změně postojů či maladaptivních vzorců chování. Dále vede k podpoře jednotlivých členů v léčbě a zrání osobnosti a k odstranění některých symptomů onemocnění. Interakční skupina se koná jednou za čas podle potřeby a je určena k tomu, aby klienti ventilovali pocity, které vůči sobě mají. Terapeut dbá pouze na to, aby nedošlo k agresi a aby byly závěry pokud možno konstruktivní. [57]

3.1.1.4 **Mimořádná skupina**

Každý člen komunity má právo svolat tuto skupinu v případě, že cítí potřebu neodkladně řešit osobně naléhavou situaci. Obvykle je kratší než 15 minut a slouží především k ošetření krizové situace. [58]

3.1.1.5 **Samořídící skupina**

Tento program probíhá v druhé fázi léčby a v jeho čele stojí Šéf domu. Na této skupině se probírá program dalšího týdne (funkce, výlety, práce, výjezdy, večerní program apod.) Dále si zhodnocují výsledky svých měsíčních plánů. Nabízí i prostor pro řešení konfliktů. Trvá obvykle hodinu.

3.1.1.6 **Prevence relapsu**

Na této skupině se klienti učí zvládat krizové situace a posilování vůle. Skupina se koná až dvakrát týdně ve večerních hodinách a její místo v terapii je velmi důležité,

---

[56] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 112

[57] JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004, s. 65

[58] tamtéž, s. 65-66

protože riziko vzniku relapsu je po opuštění komunity vysoké. Terapeut na ní dává prostor klientům, jejich obavám, potřebám či otázkám. [59]

3.1.1.7 **Hodnotící skupina**

Tato skupina je pravidelná a je zaměřená na zhodnocení určité oblasti života v komunitě- hodnocení vztahu k řádu komunity, pokroky v terapii, specifické kontrakty, plnění léčebného plánu apod. Klient většinou prezentuje svůj pohled na danou oblast a poté dostane zhodnocení od ostatních členů skupiny ve formě zpětné vazby. Z této skupiny mohou vzejít podněty, na kterých mohou klienti individuálně pracovat. [60]

3.1.1.8 **Tematická skupina**

Tato skupina má předem dané téma, na jehož zpracování pracují obvykle všichni členové. Témata přináší buď terapeut, nebo klienti. Skupina může mít z části didaktický ráz, z druhé diskusní formu. Témata se znázorňují na plochu, kde jí všichni vidí a mohou k ní připojovat další témata. Tematická skupina probíhá v komunitě Magdaléna jednou týdně a trvá hodinu. [61]

3.1.1.9 **Neverbální techniky**

Je skupina probíhající v terapeutické komunitě jednou týdně, trvá hodinu a půl. V tomto čase se provádí široká škála aktivit. Vhodně reaguje na roční období a do svého tvoření zahrnuje i přípravu divadla, scének či čtení básní na různé doby v roce (například Vánoce, Velikonoce, masopust apod.).

---

[59] JÍROVÝ, František. *Manuál TK Magdaléna: Terapeutické skupiny, příprava*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2001. s. 18

[60] JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004. s. 67

[61] NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7. s. 114

3.1.1.10 **Arteterapie**

Trvá také hodinu a půl a opět zahrnuje velkou škálu výtvarných aktivit. Průběh aktivit je někdy ovlivněn činností na skupině neverbálních technik. Například klienti mohou vyrábět různé masky k divadlu či scénkám. Při výrobě se mohou otevírat různá témata spojená s rolí či pozicí ve scénce či divadle. Arteterapeutická skupina se ale více věnuje terapeutické práci zejména pro ty klienty, kteří jsou v komunitě kratší dobu. Výtvarné zpracování jejich pocitů jim přináší uvolnění, lépe se jim daří témata pojmenovat a především otevřít. Při dobré dynamice skupiny je někdy možné výtvarné aktivity vynechat a soustředit se na otevřená témata z minulých skupin. Skupinu vede externí terapeutka, která má za úkol podpořit aktivitu ve skupině, usměrňovat témata a hlídat celý rámec skupiny. V arteterapii nejde o vzhled výtvarné práce, ale především o přepis pocitů nitra na papír. Namalovaný obraz nese vždy o člověku zprávu. Při arteterapii nechává arteterapeutka také mluvit ostatní členy skupiny, říkají své názory na výtvor a připodobňují je ke svým příběhům či zkušenostem. Tato reflexe druhých může klientovi pomoci v nadhledu na danou situaci a pocitu, že není v obtížné situaci sám. Také mu ostatní členové skupiny mohou nabídnout řešení, které mají ozkoušené oni samy, a pomohlo jim. To vše vytváří vzájemnou skupinovou kohezi. Pro komunitu je těžší to, že do ní mohou přibývat stále noví klienti, a někteří opět odcházet. To je však pro komunitní práci jedním z typických faktorů, který může terapeut využít naopak velmi pozitivně.

3.1.1.11 **Keramika**

V Magdaléně probíhá i skupina tvoření s keramikou, trvá hodinu a půl a opět jí vede externí terapeutka. Práce s hlínou klienty učí, jak smysluplně využívat čas, vede je ke koncentraci, trpělivosti a pocitu radosti z vykonané práce. Také prohlubování jemné motoriky je pro některé klienty přínosné, protože některé užívání drog vede k porušení některých mozkových center, které odpovídají právě za tento druh jemných pohybů rukou.

3.2 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Jak jsem již uvedla, každý klient má svého **garanta** na celý jeho proces léčby. Tento garant je terapeut, který má psychoterapeutický výcvik a může v komunitě pracovat interně či externě. Hlavními úkoly garanta jsou:

a) podpora fungování klienta ve skupině- podpora jeho sebevědomí, diskuze o jeho strachu, společné utřídění témat, která jsou vhodná zařadit do skupinové práce

b) naplňování a hodnocení jeho celkového plánu léčby, i plánu na následující měsíc

c) poskytování krizové intervence- slouží k okamžitému řešení situace, která klienta akutně ohrožuje.

Měsíční plán slouží ke strukturovanému a postupnému naplňování či přehodnocování zakázky klienta, s níž do komunity přišli. Plán se připravuje každý měsíc a po uplynutí tohoto měsíce se opět s garantem hodnotí. Tento postup slouží především k evaluaci průběhu léčby, soužití s komunitou apod.

Součástí plánu je velký měsíční plán, malý měsíční plán a finanční plán.

Další osobou, která klienta provází, je **patron**. Je to služebně starší klient, který pomáhá nováčkovi s aklimatizací, s pochopením pravidel a chodem komunity, seznamuje ho s různými druhy terapie, ukazuje mu technické uzpůsobení zázemí apod. Pokud nový klient poruší některé pravidlo, sankci za něj odpracovává právě patron. Je to model, který má naučit klienta odpovědnosti za někoho dalšího. Dále to vytváří určitý tlak na patrona, aby odváděl svou práci nejlépe, jak umí. [62]

[62] JÍROVÝ, František. *Manuál TK Magdaléna: Terapeutické skupiny, příprava*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2001. s. 4

3.3 PRACOVNÍ TERAPIE

"Práce spojené s tvořivostí umožňují poznat spontánní projev nemocného a zlepšují jeho sebedůvěru. Práce spojené se spoluprácí učí jedince společenským návykům v rámci malé sociální skupiny."[63]

Pracovní terapie je v terapeutické komunitě Magdaléna vysoce zastoupena. Už její vznik byl postaven právě na práci, učení se odpovědnosti, získání jistého režimu ve dne i v životě. Terapie učí dále klienty soběstačnosti, preciznosti, dochvilnosti, šikovnosti a znalostem. Funkce jsou vždy rozděleny na samořídící skupině a v jejich čele stojí Šéf domu. K dispozici jsou i pracovní terapeuti.

3.3.1.1 **Funkce klientů v pracovní terapii**

Šéf domu

Klient druhé fáze, po dobu jednoho měsíce:

- vede samořídící komunitu a první blok ranní komunity,
- organizuje, kontroluje a řídí pracovní činnosti v komunitě,
- s pracovními terapeuty a týmem plánuje práci na technické poradě před ranní komunitou,
- dbá na úklid pokojů a společných prostor,
- navrhuje sankce při zjištění nedostatků,
- dvakrát týdně jezdí nakupovat,
- zodpovídá za dodržování režimu komunity, kontroluje kvalitu práce, pořádek v domě a pracovištích,
- stará se o komunitní kroniku, obstarává všechny záznamy z důležitých akcí.

Šéfkuchař

[63] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9. s. 592

Klient druhé fáze, po dobu jednoho měsíce:

- plánuje jídelníček, samostatně se stará o provoz kuchyně ve spolupráci s pracovními terapeuty,
- vaří jídla, pomocný kuchař mu pomáhá,
- zodpovídá za pořádek v jídelně, kuchyni a skladu,
- sleduje a společně s terapeutem doplňuje sklad potravin.

Hospodář

Klient druhé fáze, po dobu jednoho měsíce zodpovídá za prosperitu zvířat, živočišnou výrobu a pořádek ve chlévech, kotcích a výběžích. Má stejný pracovní rytmus o víkendech jako v pracovní dny.

Šéf úklidu

Klient druhé fáze, po dobu jednoho měsíce dbá na pořádek v celém domě a jeho okolí, pořizuje zápis z ranní komunity apod.

Další pracovní pozice: rozcvičkář, zvoník, kuchtík, úklidář, pradlena, pomocník hospodáře, pomocník zahradníka, dojič, kotelník, švadlenka, rybář, správce her, keramik, cyklosprávce a další. [64]

3.4 RODINNÁ TERAPIE

Spolupráce s rodinou je velmi důležitá a neopomenutelná část. Terapeutická komunita Magdaléna spolupracuje s rodinami klientů, je pro ně i možnost účastnit se skupiny pro rodiny uživatelů, která se nachází v Praze Podolí.

Přímo v areálu TK probíhají tyto programy pro rodiny:

[64] JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004. s. 22-25

1. **Rodinné konsultace**- probíhají většinou v neděli odpoledne a účastní se jich garant klienta, terapeutický tým a rodina klienta. Doporučená intenzita je 1 x měsíčně.
2. **Rodinná skupina**- probíhá dvakrát do měsíce a skupinu vedou psychoterapeuti z terapeutické komunity. Na této skupině rodiče sdílejí své pocity z toho, že je jejich blízká osoba v léčebném programu komunity.
3. **Víkendové pobyty**- jsou možné po konzultaci s týmem vždy od pátečního večera do nedělního odpoledne. Rodina tedy tráví čas se svým blízkým a účastní se veškerého programu s ním. Možné ve druhé a třetí fázi léčby. Na víkend by neměla být sjednána více než jedna návštěva.
4. **Rodinná sobota**- je setkání rodin a blízkých všech klientů v rámci společného programu několikrát do roka. [65]

Rodiče mají kdykoliv možnost spojit se s terapeutem v nulté a první fázi léčby klienta a optat se na průběh jeho fungování v komunitě.

[65] JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004, s. 27-30

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem této části je uvedení výsledků dotazníku, který vyplnili klienti v Terapeutické komunitě. Výsledek tohoto dotazníku nastíní pohled samotných členů na léčbu v TK Magdaléna a uvede stručně jejich předchozí způsob života. Dále přiblíží jejich motivaci pro léčbu a to, jak vnímají klady a zápory pobytu v komunitě. Dále bude uvedena kazuistika člena komunity z důvodu lepšího zobrazení možného důvodu vzniku závislosti a následně její léčby.

4.1 METODY PRŮZKUMU

K prozkoumání zvolených otázek byla použita kvantitativní metoda, a to standardizovaný dotazník s otevřenými otázkami. Otázky jsou zvolené tak, aby na sebe jistým způsobem navazovali a aby jim klienti rozuměli, což je velmi podstatné při použití této metody. [66] Otevřené otázky nenabízejí varianty odpovědí, respondent odpovídá vlastními slovy a není v odpovědi nikterak omezován. Tento způsob odpovědí je poněkud těžší pro stanovení výsledku. Při velkém množství respondentů se při této metodě otázky kategorizují a poté zpracovávají.[67] Vzhledem k tomu, že počet respondentů u tohoto dotazování není vysoký, budou v této práci výsledky šetření rozpracovány podrobně.

[66] KREISLOVÁ, Gabriela. *Dotazníkové šetření*, Plzeň, 2008, 63 s., Bakalářská práce na Fakultě aplikovaných věd na Západočeské univerzitě v Plzni na katedře matematiky. Dostupné z: <http://nit.felk.cvut.cz/~dark/Petr/Ivana/Dotazkiny%20-%20metody/BP%20-%20Dotaznikove%20setreni.pdf

[67] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008, 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8

4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÝCH OSOB

Předmětem výzkumu této práce byli klienti Terapeutické komunity Magdaléna o.p.s. Každý klient se v průběhu vyplňování dotazníku nacházel v jiné fázi léčby. Klientů TK bylo v době mého šetření 11 a na vyplnění měli čas několik týdnů. Jeden klient dotazník neodevzdal s vysvětlením terapeuta, že klienti mají mnoho aktivit a každý týden s nimi tráví čas jiní stážisté, kteří jim často dávají jiné dotazníky. Pro relevantní vypracování interpretací výsledků byl tento počet vyhovující.

4.3 INTERPRETACE VÝSLEDKU PRŮZKUMU

V této kapitole budou rozpracovány odpovědi na otázky v dotazníku předloženém členům komunity. Otázky budou uvedeny jednotlivě ve zvoleném pořadí a odpovědi zpracovány podle nejvíce se vyskytujících odpovědí. Také zde bude uvedeno, jaké odpovědi jsou překvapivé či důležité pro tuto práci a její praktickou část.

1. *Co Vás vedlo k zahájení léčby v terapeutické komunitě?*

V odpovědích na tuto otázku se nejvíce promítala touha po ukončení dosavadního stylu života, žití v čistém prostředí a především touha po rodině orientační i prokreační. Dále zde byly uváděny nepříjemné zkušenosti s předchozí léčbou, například v psychiatrické klinice či neustálé opakování způsobů léčby (detoxifikace, ambulantní způsob léčby, stacionáře apod.). Dále ztráta několik (i desítek) let života.

2. *Jaký druh omamné látky jste před zahájením léčby upřednostňoval/a?*

V této odpovědi se kombinuje velké množství druhů závislostí. Častěji se zde vyskytuje pervitin, kokain, marihuana a heroin. Někteří respondenti uvádí i závislost na hracích automatech a alkoholu.

3. *V kolika letech jste poprvé sáhl/a po droze?*

V této odpovědi se nejvíce vyskytuje věkové rozmezí od 13- 18 let.

4. *Jaký byl Váš první kontakt s drogou?*

V odpovědích na tuto otázku se převážně vyskytuje první kontakt přes kamaráda. Ve dvou případech je uvedený kontakt i přes rodinné příslušníky- sourozence.

5. *Z jakého důvodu jste poprvé užil/-a drogu?*

Nejvíce respondentů odpovědělo, že ze zvědavosti a z pocitu něčeho nového a vzrušujícího. U dvou klientů se jednalo o řešení životní krize.

6. *Jaké pocity Vám droga přinášela?*

Z uváděných odpovědí lze vyčíst, že zpočátku nabízela droga klientům pocit euforie a úniku od reality. Někteří také uvádějí pocity agrese a hněvu.

7. *Změnil se postupem času prožitek z užití drogy?*

V tomto případě všichni klienti uvedli, že ano. Síla a prožitek se postupně zmenšovaly a narůstala fyzická potřeba po droze, nikoliv po euforickém či slastném zážitku.

8. *Vedlo u Vás užívání drog k rozvoji psychiatrické nemoci?*

Na tuto otázku odpovědělo pouze 5 respondentů. Z toho 2 kladně a u obou je to lehčí forma schizofrenie.

9. *Jaké jsou, podle Vás největší pozitiva pobytu v terapeutické komunitě?*

Nejvíce z odpovědí na tuto otázku vystupuje čisté prostředí, teplo, jídlo, rodinná atmosféra, příležitost k práci a také možnost chráněného bydlení. Dále dlouhodobější abstinence od drog, odtrhnutí se od vlivu drogového prostředí, možnost skupinové práce, získání sebevědomí pro život mimo komunitu. Klienti jsou rádi za vyvíjející se vztahy v komunitě, jejich semknutost a přátelské vztahy s terapeuty a ošetřujícími osobami.

10. *Co je pro Vás při pobytu v terapeutické komunitě nejtěžší? Má pobyt nějaké nevýhody?*

Nejvíce zde klienti uvádějí, že nejtěžší je být sám se sebou a bojovat se svými emocemi, návyky apod. Také že v komunitním způsobu bydlení je nemožné cokoliv skrýt jak před sebou tak před ostatními. Překvapujícím, i když pochopitelným zjištěním jsou pro mě odpovědi, týkající se zákazu pohlavního styku. Dalším negativem je strach z opuštění komunity, strach z opětovného navázání vztahu s drogami a lidmi, kteří je dřív k závislosti podpořili.

11. Jak na nástup do terapeutické komunity reagovali Vaši blízcí?

Odpovědi se v 90 % shodují, že rodina byla velmi ráda a prožívala určitou úlevu. V jednom případě rodina vůbec o nástupu neví a dotyčný chce opět navázat vztahy až po úspěšném ukončení léčby.

12. *Byl někdo z Vašich blízkých závislý na návykové látce?*

V této odpovědi se v 80% vyskytují kladné odpovědi. U některých respondentů se vyskytuje i několik rodinných příslušníků najednou. V asi 50% je uveden otec či matka se závislostí na alkoholu. Ve dvou případech jde o sourozence. U jednoho klienta není nikdo z rodiny závislý na návykové látce.

13. Pokud ano, ovlivnilo Vás to?

Zde klienti uvádějí pozitivnější vztah k droze a také lehčí přístup k návykovým látkám. Dále závislost jako řešení rodinné situace, kdy je více než jeden z členů závislý. V odpovědích se ukázala ještě jedna odlišná reakce, že chce být respondent dobrým příkladem pro závislého sourozence.

14. Co pokládáte Vy sám / sama za důvod závislosti na návykové látce?

Klienti zde uvádějí strach a slabost z žití běžného života. Drogu zde berou jako pomoc k posílení sebevědomí a ke zvládání povinností života. Dále je zde několikrát zmíněno potřeba někam "zapadnout", něco si dokázat, špatná situace v rodině a vliv "nevhodné" party.

15. Co je pro Vás "hnacím motorem" se úspěšně vyléčit?

U 80 % respondentů zde převládá odpověď "rodina". Dále také budoucnost klientů, založení své vlastní rodiny, možnost získání práce a bydlení. U jednoho klienta jsou to špatné vzpomínky.

16. Jaké jsou Vaše plány po ukončení léčby v TK ?

Zde je v odpovědích opět velká shoda, zaznívá zde práce, škola, bydlení (i chráněné), přítel/ přítelkyně, styk s dítětem a rodinou. Dále je ve dvou případech uvedena doléčovací péče.

4.4 ZÁVĚR VÝZKUMU

Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, že klienti do komunity vstupují proto, že chtějí ukončit dosavadní styl života, chtějí žít v čistém prostředí a velkou motivací pro toho rozhodnutí je vazba na rodinu. Pro některé klienty nebyla dostatečně vhodná léčba v psychiatrických léčebnách a denních stacionářích, potřebovali intenzivní léčbu bez možnosti kontaktu s drogovým prostředím.

Klienti před detoxifikací a následnou abstinencí užívali celé spektrum lehkých i těžkých drog, například konopí, alkohol, pervitin, kokain, heroin apod. a většina z nich poprvé zakusila drogu ve věku dospívání. S drogou se seznámili především skrze vrstevníky či rodinné příslušníky a důvod požití byl většinou z tlaku "kamarádů" a také díky špatné rodinné situaci, kterou neuměli vyřešit jinak. Droga na ně měla ze začátku silný a euforický vliv, ale postupem času se prožitek zmenšoval, ale dávka zvětšovala díky rezistenci těla na látku. U dvou osob vedlo užívání drogy k rozvoji psychiatrického onemocnění- schizofrenie.

Největší pozitiva léčby v terapeutické komunitě je prostředí zajišťující základní životní potřeby, dále rodinné prostředí- silné vzájemné vztahy, intenzivní práce při terapiích, pracovní terapie, chráněné bydlení a možnost následné péče. Klienti velice oceňují odtržení se od drogového prostředí, které je nemůže negativně ovlivňovat.

Jako negativa jsou uvedeny chvíle, kdy musí klienti čelit svým emocím, strachům a stavům, které se vynořují v průběhu léčby, a také strach z opuštění komunity. Dalším negativem je zákaz pohlavního styku, který je pro některé uživatele velmi náročný.

Rodiny téměř všech klientů jsou velmi rády, že jejich blízká osoba závislá na droze nastoupila léčbu a podporují ho na jejich cestě k uzdravení.

80% klientů, kteří se v současné době léčí v TK Magdaléna mají ve své rodině někoho, kdo je závislý na návykové látce. Tento výsledek může potvrzovat fakt z odborné literatury, že rodina, její zvyky, rituály a typ výchovy může ovlivnit dítě či dospívající osobu k tomu, aby užila návykovou látku. Osoba tak může přejímat rodinné vzorce a brát drogu jako řešení situace, v které si neví rady. Občas je také vzorec závislosti potlačený (z důvodu užívání drogy rodinným příslušníkem) a o to víc je intenzivnější a pravděpodobnější možnost, že osoba sáhne právě po návykové látce, pokud se ocitne v těžké situaci. Klienti mají lehčí přístup k droze skrze rodinné příslušníky.

Droga byla pro klienty komunity prostředkem ke zvládání žití "normálního" života, k posílení sebevědomí, k tomu, někam patřit a ke zvládnutí špatné rodinné situace.

Klienty motivuje k dokončení léčby především rodina- rodiče a blízcí, partneři, vlastní děti a také, především u žen touha po vlastní rodině. Všichni se shodují, že by chtěli po léčbě sehnat dobrou práci, bydlení a z některých odpovědí vystupuje potřeba partnerského vztahu.

Z odpovědí klientů TK Magdaléna o.p.s. je patrné, že způsob komunitní léčby je sice poněkud náročný, ale velmi oceňovaný. Při rozhovoru s terapeutem mi bylo sděleno, že procenta úspěšnosti léčby nejsou v případě komunity vůbec podstatná, jelikož někdo může být v komunitě krátkou dobu a i přes to zjistí, co od života chce a potřebuje a úspěšně se začne léčit mimo komunitu, Naopak někdo může být v komunitě dlouhou dobu a pokračovat v chráněném bydlení, ale jeho sebevědomí není natolik silné, aby ustálo život venku. Je zřejmé, že v tomto případě neplatí jedno měřítko pro všechny klienty.

Pracovní terapie je pro uživatele komunity stěžejní a pomáhá jim dostat do života řád a odpovědnost. Pro klienty jsou asi nejvíce stěžejní vztahy ve společenství, z kterých se učí, jak navazovat zdravé vztahy, jak řešit konflikty a jak mít schopnost sebereflexe.

Na této těžké cestě k uzdravení je po celou dobu podporují terapeuti, kteří zde vystupují na partnerské bázi, a tím mají lehčí cestu k otevřenosti oproti vzorci: lékař-pacient.

Terapeutická komunita je místem, které nabízí ucelenou a intenzivní léčbu, která může změnit klientovy škodlivé vzorce chování a postupně ho naučit a připravit na běžný život "venku".

4.5 KAZUISTIKA KLIENTA TERAPEUTICKÉ KOMUNITY MAGDALÉNA O.P.S.

4.5.1 KAZUISTIKA KLIENTA TK

Tato kazuistika byla získána na mé návštěvě TK Magdaléna při rozhovoru se zástupcem vedoucího terapeutické komunity. Jméno v příběhu je záměrně změněno z důvodu zachování anonymity.

Libor, 26 let

Libor vyrůstal ve velice bohaté rodině, to je u klientů komunity celkem častým jevem. V dětství měl vždy vše, co potřeboval a hlavně co chtěl. Měl vše jen po materiální stránce, nikoliv však po duševní. Rodiče Libora si ho vůbec nevšímali, neměli na něj čas ani přes den, ani večer. Maminka Libora se věnovala především kariéře v právnické kanceláři a na své dítě neměla po práci ani náladu. Tatínek vlastnil firmu, jejíž aktivity byly pro zbytek rodiny utajeny. Jeho otec pracoval často i v noci, což nebylo výjimka ani pro matku. Rodina měla paní na hlídání, které pomáhala starší sestra Libora a společně se tak staraly o jeho péči. Jeho sestra byla ve věku, kdy často obcházela večírky, diskotéky a různé párty a nezřídka brala Libora sebou. Libor se tedy v relativně nízkém věku 13 let dostal mezi starší mládež, která čas trávila především na zmíněných akcích. Libor se tak dostal k alkoholu a drogám, které mu velmi chutnaly. Díky těmto látkám se cítil a možná opravdu byl v centru dění, každý si ho všímal a to mu dělalo dobře, protože konečně někdo ocenil jeho přítomnost. Libor nejdříve zkusil kouřit marihuanu a ve věku okolo 15 let pravidelně užíval pervitin. Výjimkou nebylo

ani požívání velkého množství alkoholu. Tento styl života mu vydržel docela dlouhou dobu, odchodil střední školu, chodil do práce. Jeho rodiče o něj stále příliš nejevili zájem a přehlíželi užívání drog, i když o tom nejspíš věděli. Ve věku asi 23 let si Libor uvědomil, že jeho veškeré vztahy jsou založeny na drogách a alkoholu. Pokud se mu stalo, že neměl peníze na dávku, jeho "blízcí" se od něj okamžitě odtahovali a nevšímali si ho. Libor si uvědomil, že je v něčem chyba a začal pátrat se po dostupné pomoci. Nakonec nastoupil do léčebny ve větším městě mimo jeho bydliště. První pobyt ukončil po několika dnech, protože nebyl schopný vydržet abstinenci a táhlo ho to zpět, do prostředí, které znal nejlépe a poskytovalo mu relativní bezpečí a jistotu. Do léčebny po prvním pokusu nastoupil ještě dvakrát. Pokaždé však neměl motivaci v léčbě pokračovat a dojít do cíle. Byl na celou situaci sám, neboť jeho vztahy byly postaveny právě na braní drog a chyběla mu podpora. Jeho sestra byla také závislá a dlouhou dobu již nebyli v kontaktu. Jeho rodiče ho odsoudili jako narkomana, s kterým nechtějí mít nic společného a přestali se s ním stýkat, protože by jeho chování mohlo ohrozit jejich kariéru. Libor nakonec nastoupil do komunity Magdaléna, v které dokončil roční program a poté zůstal ještě další rok v chráněném bydlení v areálu komunity. Libor chtěl v komunitě zůstat co nejdéle, protože měl stále strach z návratu do rodného města, kde se stále vyskytovali jeho "kamarádi", kteří dále brali drogy. V průběhu léčby Libor vyhledal skrze terénní programy Magdalény o.p.s. svou sestru, spojil se s ní a ona poté také nastoupila do komunitní léčby. Libor nyní bydlí v bytě v Irsku, daleko od rodného města, má byt, přítelkyni a pracuje jako zahradník.

ZÁVĚR

I přes rozrůstající se síť sociálních a zdravotních služeb jsou závislosti na návykových látkách dále hrozbou pro osoby všech věkových kategorií. Obzvláště ohroženou skupinou jsou starší děti a mladiství, kteří se k droze mohou dostat velmi snadno, a z různých faktorů popsaných v této práci může vzniknout závislost. Dopad na tuto věkovou skupinu je o to větší, že se týká začátku jejich života, který začne být díky závislosti patologický. Osoby, které uvažují o požití drogy, mohou odradit programy primární prevence, která se snaží zabránit užití drogy edukací například ve vzdělávacích zařízeních. Pokud osoba i přes primární prevenci drogu užije, stane se na ní závislou a chce se vyléčit, může například navštívit adiktologické poradny, nebo chodit do denního stacionáře. V případě, že je osoba závislá delší dobu (několik let), může podstoupit léčbu ve specializovaném lůžkovém oddělení nemocnice či psychiatrické léčebny, nebo zvolit rezidenční léčbu v terapeutické komunitě. Právě léčba v terapeutické komunitě byla pro tuto práci stěžejní. Zaměřuje se na ucelený proces léčby a na to, jakým způsobem resocializují klienta a jakou poskytují následnou péči.

Z pohledu odborníků i klientů je terapeutická komunita pro léčbu velice přínosná a je vhodnou alternativou k psychiatrickým léčebnám, kde je terapie postavena trochu na odlišné bázi.

Práce s drogově závislými obecně je velice náročná, protože pro úspěch léčby je stěžejní vnitřní motivace klienta. V případě závislosti je velmi těžké zbavit se psychické i fyzické závislosti na droze a najít motivaci, která vede k abstinenci, zdárné resocializaci a reedukaci a zároveň snižuje riziko vzniku relapsu. Zařízení zabývající se drogovou závislostí poskytují na sebe navazující služby, které se zaměřují jak na předcházení vzniku závislosti, tak i na léčbu, která by měla vést k úplné abstinenci od drog a k následné péči, která může plně odvrátit vznik relapsu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARNARD, Marina. Drogová závislost a rodina. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008, 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009, 280 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5

JÍROVÝ, František. *Čítanka TK Magdaléna: Druhy skupin v terapeutické komunitě*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2004,

JÍROVÝ, František. *Manuál TK Magdaléna: Terapeutické skupiny, příprava*. Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., 2001

KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice.* Praha: Institut Filia, 2000

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0

KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0

MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3

MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6

NEVŠÍMAL, Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7

Terapeutická komunita. Dlouhodobá léčba závislosti. Magdaléna o.p.s., 2012. Tištěný leták

Seznam použitých zahraničních zdrojů

Diagnostic criteria for Substance Dependence: DSM IV - TR [online]. Copyright 1994 American Psychiatric Association [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://behavenet.com/node/21516

Seznam použitých internetových zdrojů

NÁSLEDNÁ PÉČE. In: *Magdaléna o.p.s.* [online]. [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: http://www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytová-léčba-a-doléčování/následná-péče.html

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, druhé vydání k 1. 4. 2014, [online]. In:. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu

Drogový informační server: Hledání v organizacích [online]. [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://www.drogy.net/databaze-kontaktu

KREISLOVÁ, Gabriela. *Dotazníkové šetření*, Plzeň, 2008, 63 s., Bakalářská práce na Fakultě aplikovaných věd na Západočeské univerzitě v Plzni na katedře matematiky. Dostupnéz:<http://nit.felk.cvut.cz/~dark/Petr/Ivana/Dotazkiny%20%20metody/BP%20-%20Dotaznikove%20setreni.pdf

Areál na včelníku: Současnost. *www.magdalena-ops.eu* [online]. [cit. 2016-01-05]. Dostupné z: www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytová-léčba-a-doléčování/tk/itemlist/tag/o%20nás.html

SEZNAM ZKRATEK

TK - Terapeutická komunita

WHO- World health organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník I

Příloha A - Dotazník

1. Co Vás vedlo k zahájení léčby v terapeutické komunitě?
2. Jaký druh omamné látky jste před zahájením léčby upřednostňoval/a?
3. V kolika letech jste poprvé sáhl/a po droze?
4. Jaký byl Váš první kontakt s drogou?
5. Z jakého důvodu jste poprvé užila drogu?
6. Jaké pocity Vám droga přinášela?
7. Změnil se postupem času prožitek z užití drogy?
8. Vedlo u Vás užívání drog k rozvoji psychiatrické nemoci?
9. Jaké jsou, podle Vás největší pozitiva pobytu v terapeutické komunitě?
10. Co je pro Vás při pobytu v terapeutické komunitě nejtěžší? Má pobyt nějaké nevýhody?
11. Jak na nástup do terapeutické komunity reagovali Vaši blízcí?
12. Byl někdo z Vašich blízkých závislý na návykové látce?
13. Pokud ano, ovlivnilo Vás to?
14. Co pokládáte Vy sám / sama za důvod na návykové látce?
15. Co je pro Vás "hnacím motorem" se úspěšně vyléčit?
16. Jaké jsou Vaše plány po ukončení léčby v TK ?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Denisa Jarošová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: denní

Název práce: Terapeutická komunita pro závislé na návykových látkách Magdaléna o.p.s. – výchovné a terapeutické přístupy

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 61

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Šotolová Eva, Ph.D.