

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jaromíra Velikovská

***Sociální práce v terapeutické komunitě
s drogově závislými***

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

2014

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Javorníku dne 14. dubna 2014

.....

Jaromíra Velikovská

Děkuji Mgr. Haně Krylové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za cenné rady, podporu a čas, který mi při tvorbě práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Gabriele Mahrové, vedoucí Terapeutické komunity Fides v Bílé Vodě za umožnění výzkumu a poskytnutí cenných rad a materiálů.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část.....	9
1 Závislost na návykových látkách.....	10
1.1 Definice závislosti.....	10
1.2 Příčiny vzniku závislosti.....	12
1.3 Dělení návykových látek	13
1.4 Důsledky závislosti na drogách.....	16
2 Sociální služby pro uživatele návykových látek.....	19
3 Terapeutická komunita.....	22
3.1 Definice terapeutické komunity.....	22
3.2 Vznik a vývoj terapeutických komunit ve světě.....	23
3.3 Vývoj terapeutických komunit v ČR.....	25
3.4 Charakteristické rysy terapeutických komunit.....	27
3.4.1 Terapeutické faktory léčby v terapeutické komunitě.....	28
3.4.2 Fáze léčby v terapeutické komunitě.....	29
3.4.3 Terapeutické aktivity a program v terapeutické komunitě.....	31
4 Sociální práce a její poslání.....	34
4.1 Koncepty sociální práce.....	35
4.2 Metody sociální práce v terapeutické komunitě.....	37
4.2.1 Individuální sociální práce.....	37
4.2.2 Sociální práce se skupinou.....	40
4.2.3 Komunitní sociální práce.....	42
4.3 Sociální práce v terapeutické komunitě.....	43
4.3.1 Rozdělení sociální práce v terapeutické komunitě.....	43
4.3.2 Sociální pracovník a jeho předpoklady pro sociální práci.....	45
4.3.3 Sociální práce s klienty v terapeutické komunitě.....	47
Výzkumná část.....	50
5 Realizace výzkumu.....	51
5.1 Cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky.....	51
5.2 Metodologie výzkumu.....	51
5.2.1 Metoda získávání dat.....	52
5.2.2 Zpracování získaných dat.....	52

5.3 Průběh výzkumu.....	53
5.4 Výzkumný vzorek.....	54
5.5 Analýza výzkumných dat.....	55
5.5.1 Postavení sociálního pracovníka v komunitě a obsah jeho práce.....	55
5.5.2 Problémy klientů a možnosti jejich řešení.....	56
5.5.3 Postupy a metody sociální práce s klienty.....	61
6 Diskuse.....	63
7 Závěry výzkumu.....	66
Souhrn práce.....	67
Seznam zkratk.....	69
Seznam literatury a použitých zdrojů.....	70
Seznam tabulek.....	74
Seznam příloh.....	75
Abstrakt.....	88

Úvod

Před šesti lety jsem absolvovala odbornou praxi v Terapeutické komunitě Fides, kde jsem se seznámila s problematikou závislosti a postupem léčby v komunitě. Fenomén drogové závislosti představuje v současné době stále palčivý problém, který zasahuje lidskou společnost ve větší míře. Užívání drog nadále zůstává ve velké míře jevem, který se týká především mladých lidí. Diplomovou práci jsem si zvolila z oblasti léčby drogové závislosti, a to na základě svého zájmu o tuto problematiku. Zaujalo mě totiž toto uměle vytvořené prostředí, kde je ohromný prostor pro změnu životního stylu člověka, přijetí abstinence jako nezbytné součásti dalšího života klienta. Výstižnou charakteristiku použil Radimecký (2005), který napsal, že terapeutická komunita je fascinující organismus, který se zcela vymyká běžně zavedeným představám o léčbě. Mezi hlavní cíle pobytové léčby v komunitě patří schopnost klienta přijmout plnou odpovědnost za sebe a své jednání, nácvik dovedností potřebných ke zvládnutí různých situací, zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory, stabilizace sociálních podmínek klientova života. Výše uvedené se neobejde bez sociálního pracovníka, který musí mít různé znalosti a dovednosti.

Problematikou drogové závislosti se na Univerzitě Palackého v Olomouci ve svých závěrečných pracích zabývali již mnozí studenti. Za zmínku stojí diplomová práce Michaely Homolové, která svoji práci obhájila na Katedře učitelství Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v květnu 2011. Její práce se věnuje problematice komunikace s drogově závislými klienty v terapeutické komunitě Fides z pohledu zdravotnického personálu. Další práce, která ve svém názvu nese pojem terapeutická komunita a drogová závislost, je diplomová práce Anny Šmídové, kterou autorka obhájila v lednu 2014 na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem práce bylo zjistit, jaké služby poskytují terapeutické komunity svým klientům a jestli odpovídají jejich požadavkům na základě genderových specifik.

V registru vysokoškolských kvalifikačních prací je jen málo těch, které by se věnovaly oblasti sociální práce v terapeutické komunitě a zmiňovaly tuto problematiku. Problematikou sociální práce v terapeutické komunitě se zabývá ve své bakalářské práci autorka Kateřina Jeřábková. Práci autorka obhájila v červnu 2013 na Katedře sociální práce Fakultě sociálních studií na Ostravské univerzitě v Ostravě. Autorka se snažila nastínit specifické prostředí terapeutické komunity a popsat různé

role, které může sociální pracovník vykonávat. Její bakalářská práce je zpracována jako teoreticky výzkumná práce s kvantitativní metodologií.

Cílem této diplomové práce je teoreticky shrnout problematiku v terapeutické komunitě a na základě výzkumu zjistit, jak je realizovaná sociální práce v terapeutické komunitě, s jakými problémy klientů se sociální pracovník setkává a jaké používá techniky a metody sociální práce. O sociální práci v terapeutické komunitě se v literatuře píše ze dvou pohledů. Sociální práce je buď vnímána jako samostatná aktivita vyžadující jisté oddělení od léčebných, terapeutických a jiných aktivit, nebo je nedílnou součástí léčebného procesu v komunitě, stává se součástí každodenního chodu komunity.

Diplomovou práci jsem rozdělila do dvou částí. První část je teoretická, obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola předkládá informace týkající se drogové závislosti. Druhá kapitola poskytuje přehled o sociálních službách pro uživatele návykových látek. Ve třetí kapitole se budu snažit stručně popsat vznik a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé ve světě i u nás. Ve čtvrté kapitole představím sociální práci, objasním, co je obsahem sociální práce, jaké je její poslání a cíle. V následující kapitole popisuji možnosti sociální práce v terapeutické komunitě a její postavení v tomto prostředí. Při zpracování teoretické části vycházím z analýzy odborné literatury, platných zákonů, odborných časopisů a z dostupných internetových zdrojů. Neocenitelným zdrojem bylo měsíční periodikum Sociální služby, odkud jsem využila sérii článků s názvem Adiktologické sociální služby. Využila jsem rovněž Operační manuál - Terapeutické komunity Fides, který jsem měla k dispozici. Všechny použité zdroje uvádím v příloze.

Druhá část práce je věnovaná realizaci výzkumného šetření. Použila jsem kvalitativní výzkum, v jehož rámci se uskutečnilo šest polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky terapeutických komunit v Bílé Vodě. V jejím úvodu popisuji stanovení cíle a výzkumné otázky, následuje zvolená metodologie, průběh výzkumu a popis výzkumného vzorku a výzkumných technik. V další kapitole je vysvětlen způsob zpracování získaných dat a souhrn výsledků výzkumného šetření. Obsahuje části rozhovorů s respondenty výzkumu a souhrn výsledků v jednotlivých kategoriích. Výzkumná část je zakončena diskusí nad výsledky výzkumu a v další kapitole jsem provedla závěrečné shrnutí. V závěru práce se zaměřuji na hlavní body práce, celkové zhodnocení naplnění stanoveného cíle a shrnutí výsledků výzkumu a jejich možná využití.

Mojí snahou je, aby tato práce byla přínosem pro sociální pracovníky, kteří přemýšlejí o práci v terapeutické komunitě. Stejně tak by mohla být přínosem pro studenty a laickou veřejnost, kteří o dané problematice nemají příliš informací. Práce bude tedy mít praktický přínos, bude příspěvkem ke zkvalitnění péče v terapeutické komunitě a poskytne sociálním pracovníkům v terapeutické komunitě manuál pro jejich práci.

Motivací pro moji diplomovou práci byl tedy můj zájem o tuto cílovou skupinu, protože já sama pracuji již 20 let v oblasti sociálních služeb (se seniory) a chtěla jsem poznat, co vše obnáší sociální práce v jiné cílové skupině (s drogově závislými) a co musí sociální pracovník umět a znát.

Teoretická část

1 Závislost na návykových látkách

Užívání těchto látek je stálým problémem lidské společnosti. Najdeme ho téměř kdekoli v naší historii i v jakémkoliv společenském uspořádání. Je to natolik široká oblast, že dala vzniknout vědeckému oboru „adiktologie“. Pojem **adiktologie** lze definovat jako multidisciplinární obor, který je zaměřený na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování a jejich dopadů na jednotlivce i společnost (Kalina, 2003, s. 11-12).

Tento obor vznikl díky postupnému propojování nových poznatků o příčinách a rozvoji chování závislého jedince, a to z různých oborů medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce. Jádrem tohoto oboru je bio-psycho-sociální model závislosti a léčby definovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Dále tento obor čerpá poznatky také z kriminologie, ekonomiky, práva, politologie, patologie, religionistiky či kulturní nebo sociální antropologie (Mahrová, 2013, s. 9).

Organizace v oblasti adiktologické péče by měla zahrnovat co největší pestrost dostupných služeb, které by měly být vzájemně provázané s co nejlepší možnou systémovou návazností. Tyto služby by měly odpovídat potřebám jak klientů, tak společnosti (Kalina, 2003, s. 12).

V úvodu této kapitoly se budu dále věnovat definici návykové látky, drogové závislosti, příčinám vzniku závislosti, druhům závislosti, prevenci a systému léčby uživatelů návykových látek.

1.1 Definice závislosti

V odborné literatuře existuje celá řada definic drogové závislosti, ale nejdříve si vymezíme pojem droga neboli návyková látka.

Podle Presla (1995, s. 9) za návykovou látku je možné pokládat přírodní nebo syntetickou látku, která má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje vnímání reality, mění vnitřní naladění jedince, má tedy vliv na jeho psychiku. Tato látka může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování označuje jako „potenciál závislosti“.

Podle Urbana (Hartl, Hartlová, 2000, s. 122) je to látka, která je požívaná a zneužívaná pro změnu vědomí, nálady, povzbuzení či tlumení psychosomatických funkcí. Lze říci, že pokud se tyto látky dostanou do jedincova metabolického řetězce

látkové výměny, ovlivňují biochemické reakce v mozku a mají pak dopad na jeho psychiku.

Jak už je výše uvedeno, droga vedle svých psychoaktivních účinků musí mít také potenciál závislosti - tedy mít schopnost vyvolat závislost. Drogová závislost byla poprvé definována v roce 1934 jako nemoc a její diagnóza byla zařazena do kategorie duševních poruch Standardního klasifikovaného názvosloví nemocí Americké psychiatrické společnosti. Tím, že byla zařazena a uznána jako nemoc, byla objektem zkoumání vědců, kteří se snažili přijít na to, jak tyto drogově závislé jedince vyléčit (Szasz, 1996, s. 20).

Jak uvádí Langmeier (2002, s. 390) drogovou závislost můžeme definovat jako „*škodlivý návyk na užívání psychotropně působících látek, vyznačující se různým stupněm nebezpečnosti pro závislého jedince, popřípadě pro jeho okolí*“. Podle expertů Světové zdravotnické organizace závislost lze vymezit jako psychický, někdy i fyzický stav, který se vyznačuje změnami v chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její požitkové účinky, aby se zabránilo vzniku nebo trvání nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.

Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby byly v průběhu jednoho roku přítomny alespoň tři z následujícího seznamu příznaků: silná touha a nutkání užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků, potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu, zanedbání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy, pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (Nešpor, 2000, s. 14).

Podle Nožiny (1997, s. 12) rozlišujeme závislost fyzickou (tělesnou, somatickou) a psychickou (duševní). **Fyzická závislost** vzniká v případě, že organismus, který je dlouho zatěžován užíváním drog, přijme drogu do své látkové výměny a na její vysazení reaguje formou abstinencních příznaků. Fyzická složka bývá často vnímaná jako příčina všech problémů, nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu (abst'ák). Odvykací stav je nepříjemný, může ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní.

Psychická závislost je duševní stav, který vzniká konzumací drogy a projevuje se nutkavou touhou tento stav opakovat. Touha po droze, neboli nutkavost brát ji opakovaně, se dá nazvat bažením, které je mnohdy nahrazováno termínem „carving“. Psychická složka závislosti je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje víc

než pevnou vůli. Právě psychická závislost je důvodem, proč existují léčebná zařízení, jako jsou např. terapeutické komunity, která nabízejí dlouhodobou léčbu. K jejímu zvládnutí je třeba několik měsíců, popř. let, může být také příčinou recidiv i po dlouhodobé abstinenci (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 20).

1.2 Příčiny vzniku závislosti

Vznik drogové závislosti je většinou dlouhodobý a složitý proces, v němž se uplatňuje řada faktorů. Příčiny většinou souvisí s psychickými i fyzickými dispozicemi, se sociálním a rodinným prostředím, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, s věkem člověka, jeho zkušenostmi, psychikou, s aktuálním zdravotním stavem.

Výzkumy ukazují, že k drogám a alkoholu se uchylují lidé, kteří často mají primárně jiné potíže, než jsou drogy. Potřebují pomoc, aby se zbavili drog a následně těch problémů, které je k drogám dovedly (SANANIM, 2007, s. 18 - 19).

Z většiny uvedených zdrojů i vědeckých prací vyplývá, že neexistuje nic jako „typická osobnost toxikomana“. Tak, jako je člověk složitou bio-psycho-socio-spirituální jednotkou, týká se závislost všech těchto složek osobnosti a žádná z nich nemůže podat vysvětlení vzniku závislosti sama o sobě (Jeřábek, 2007, s. 19).

Kalina (1997) uvádí tyto motivační důvody, které mohou mít drogově závislí k započatí braní drogy: přirozená touha člověka prožít mimořádný zážitek, tendence vyhnout se bolesti fyzické i psychické, obtížnosti nebo všednosti života, různé sociální tlaky, móda subkultur a part, důmyslné marketingové strategie nezákonného trhu, který se snaží rozšířit své odbytiště. Lze tedy vyvodit, že nejvíce „rizikovní“ v možnosti vzniku závislosti budou lidé, u nichž se kumuluje co nejvíce z výše uvedených faktorů.

Zároveň však autor uvádí, že důvody braní drog jsou současně vždy velmi složité a sociálně i osobnostně podmíněné. To, že porozumíme motivaci určitého klienta, ho však v žádném případě neomlouvá či nezavazuje faktoru vlastní odpovědnosti.

Kudrle (In Kalina a kol., 2003, s. 93) uvádí celý komplex předpokladů vzniku a rozvoje závislosti biologické (vznik návyku jako léčba bolesti, včetně psychické), psychologické (nuda, nízké sebevědomí, potřeba extrémních zážitků), sociální (touha začlenit se) i spirituální (absence smyslu života a duchovních hodnot). Hovoří o spirituální úrovni jako o „intimní oblasti přímého prožitku toho, co je za každodenním

úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“. Tento model se nazývá bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.

Hartl a Hartlová (2000, s. 56) uvádějí zvýšené riziko závislosti u lidí vyhledávajících stále nové zážitky, lidí s genetickou dispozicí (zvláště u synů osob závislých na alkoholu), pohybujících se v kriminální subkultuře, po materiální stránce chudých, intelektově lehce deficitních (zvláště prokázáno u kouření), lidí vyrůstajících v rozvrácené rodině a s nedostatkem citové péče v dětství.

Bergeret (1995, s. 35) hovoří o trojí polaritě vzniku toxikomanie: uvažuje o roli samotné látky (drogy), ale současně o možných afektivních potížích uživatele, jež existovaly před vznikem samotné závislosti, a o vlivu sociálního okolí uživatele, v němž se pohyboval od dětství až do vzniku závislosti.

K těmto proměnným dodává Vantuch (1990, s. 56) ještě „podnět“ (např. stresová situace), jež teprve „uvádí v chod“ vzájemnou interakci mezi drogou, osobností a prostředím. S tímto pojetím souhlasí i Heller (In Heller, Pecinovská a kol., 1996), přičemž přidává genetickou transmisi, biochemické zvláštnosti organismu, a také tzv. mechanismy průběhové, tedy vznik a opakování situací, ve kterých droga zapůsobila jako účinná látka nabízející uspokojení, a nepřítomnost jiných možností uspokojivého řešení (problémové) situace.

Nešpor (2001) za jeden z nejdůležitějších faktorů pokládá vliv rodiny coby prostředí socializace a prvotního místa přebírání vzorů a hodnot. Podstatné jsou i vztahy s vrstevníky, s kamarády, part či různě strukturovaných společností. V období dospívání může znamenat názor vrstevníků a touha jedince zařadit se mezi vrstevnickou společnost větší hodnotu než tradiční hodnoty primárního rodinného systému.

Vzhledem k tomu, že zatím nebylo jednoznačně potvrzeno nic, co by prokázalo předpoklady ke vzniku drogové závislosti, přikláním se k bio-psycho-socio-spirituální modelu závislosti, a to především kvůli jeho komplexnosti. Předpokládám, že vznik drogové závislosti je individuální a působí zde ve větší míře vzájemné faktory biologické, které se kombinují s faktory psychologickými, sociálními a spirituálními.

1.3 Dělení návykových látek

Drogou (návykovou látkou), jak už bylo řečeno, rozumíme jakoukoli přírodní či syntetickou látku vyvolávající touhu po jejím opakovaném užití, která působí na psychiku a ovlivňuje vnímání a prožívání reality. Drogy lze členit podle různých

kritérií. V zásadě se dělí na legální a nelegální. K legálním drogám, které jsou společensky tolerované, patří např. alkohol a tabák, ale také kofein v kávě apod. Mezi nelegální drogy se řadí marihuana, hašiš, heroin, pervitin, extáze. Jsou to drogy „mimo zákon“, společností netolerované, jejich přechováváním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem (MeDitorial, 2013).

Drogy jsou spojené také s různou mírou rizika. Jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti. Míra rizika vzniku závislosti slouží tedy jako hlavní kritérium na dělení drog na měkké a tvrdé. Tedy na drogy s akceptovaným, přijatelným rizikem (kofein, tabákové výrobky, produkty konopí) a s rizikem nepřijatelným - vysokým rizikem (např. heroin, pervitin, organická rozpouštědla). První skupina je charakteristická tím, že drogy lze v podstatě užívat v přijatelných intervalech a v přijatelných množstvích, aniž by došlo v neúnosné míře k závislosti (Mahrová, 2008, s. 13).

Mezníkem mezi měkkými a tvrdými drogami je **alkohol**. Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako prostá opilost. Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábrán a snížení sebekritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek (Skidmore, Thackeray, 1998, s. 284).

Další dělení, které se používá nejčastěji, je dělení podle účinků drogy. Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí. To znamená, že pokud je nějaká látka zahrnuta mezi halucinogeny, neznamená to, že nemá např. i efekt stimulační.

Velmi často zneužívanou drogou jsou **cannabinoidy**, které patří mezi látky s halucinogenním účinkem a jsou obsaženy v rostlině Cannabis (konopí). Konopí obsahuje mnoho účinných látek, z našeho hlediska je nejzajímavější delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Mezi cannabinoidy patří marihuana, která se řadí mezi lehké drogy a mnoho lidí si myslí, že užívání těchto drog je bezpečné. Tento názor však není zcela pravdivý. Vážnější komplikace jsou sice spíše vzácné, avšak dlouhodobé užívání vede k poměrně typickým poruchám paměti, koncentrace, učení a ztrátě motivace. U mužů dlouhodobé kouření marihuany zhoršuje potenci. A stejně tak je chybný názor, že tyto drogy nemohou být návykové, neboť výzkum prokázaly jak psychickou tak fyzickou závislost (Elaro, 2013).

Další skupinou jsou **halucinogeny**, ty mají velký vliv na vědomí člověka a způsobují psychické změny, které mohou vést až do stádia toxické psychózy. Do této skupiny drog patří velké množství látek, které jsou často i používány v lékařství, nejznámější je však LSD a extáze, dále Psilocybin, látka obsažená v houbách rodu lysohlávek (Miovský In Kalina, 2003, s. 169-170).

Někteří lidé vyhledávají při konzumaci drog zklidnění a únik od reality, k tomuto účelu využívají **opiáty**. Název této skupiny je odvozen z názvu opium, což je látka obsažená v nezralých makovicích. Opiáty jsou látky, které mají chemickou strukturu podobnou morfinu, což je také účinná látka většiny opiátů. Opiáty jsou pro svoje účinky používány také v lékařství (narkotika). Spolu s těkavými látkami jsou opiáty považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky, neboť jejich závislostní potenciál je opravdu velice vysoký. Mezi jeho účinky patří celkové zklidnění, uvolnění, příjemné pasivní prožívání okamžiku. Mezi hlavní opiáty patří heroin, opium, morfium, oxikodon a subutex, braun, morfin, kodein, metadon (Minařík In Kalina, 2003, s. 160).

Velkou skupinu látek tvoří **farmaka s psychotropním účinkem**, která bývají rovněž často užívána. Pro psychotropní efekt jsou nejvíce zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Nejčastěji se jedná o opioidy a benzodiazepiny. Psychotropní efekt mají také antiepileptika, antidepressiva, celková anestetika a některá antiparkinsonika. Jejich zneužívání je však málo obvyklé. Intoxikace je podobná opilosti, včetně zevních projevů. Látky navozují celkové zklidnění. Většina látek redukuje míru strachu a úzkosti (Mahrová, 2013, s. 12).

Skupinou s opačnými účinky jsou **stimulační drogy** nebo také psychomotorické stimulanty (psychostimulancia), které vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení, a to může být v podobě lehkého pocitu svěžesti nebo také až nekontrolovaného vzrušení. Nejvýznamnějšími zástupci ze skupiny nelegálních drog jsou pervitin a kokain, mezi legální stimulanty patří látky s mírnějším efektem např. káva a čaj. Stimulační drogy sice nevyvolávají fyzickou závislost, avšak způsobují velmi silnou psychickou závislost. Užíváním stimulantů se zvyšuje riziko vzniku srdečních a mozkových příhod. Psychostimulancia odstraňují únavu, urychlují myšlení, usnadňují asociace, zvyšují hovornost. Vyvolávají pocit síly a energie. Obvyklým příznakem je nechutenství a z toho plynoucí snížený příjem potravy. Mezi hlavní zástupce se řadí amfetaminy, kokain, pervitin, méně typickým zástupcem je extáze (Minařík In Kalina, 2003, s. 164-166).

Zřejmě nejnebezpečnější skupina látek jsou **těkavé látky**, ty jsou dokonce nebezpečnější než drogy jako kokain, pervitin nebo heroin. Vyznačují se silným narkotickým (tlumivým) účinkem a snadno dochází k předávkování s následkem smrti. Jejich užíváním vznikají těžká a nevratná poškození mozku, jater, ledvin a kostní dřene. Chemicky se jedná o uhlovodíky a nejčastějším zástupcem je toluen, organická rozpouštědla, Vulkán (Elaro, 2013).

Uvedené dělení a zastoupení drog není úplné. Existují další stovky zástupců v jednotlivých kategoriích, zde uvedené druhy drog jsou ovšem takové, se kterými se setkáváme v současnosti v zařízeních poskytujících služby uživatelům drog. Dalším aspektem, o kterém je potřeba se zmínit, je i rizikovost z pohledu způsobu užívání drog. Nejvíce rizikový způsob užívání je intravenózní aplikace, vzhledem k často používanému, společenskému sdílení injekcí. Tím je zvýšeno riziko přenosu virových onemocnění a viru HIV (Hampl In Kalina, 2003, s. 193-195).

Ve své práci se zaměřuji především na uživatele nealkoholových nelegálních drog.

1.4 Důsledky závislosti na drogách

Problematika drogových závislostí není pouze problémem jedince, kterého se bezprostředně týká, ale je zařazena do kontextu celé společnosti. Důsledky užívání drog vykazují znaky sociálně patologických jevů. Život jedince užívajícího drogy, může člověka poškodit ve všech oblastech života, tedy biologicky, psychicky i sociálně. Některé důsledky může přinést již při prvním užití drogy, jiné nastupují až po jejím dlouhodobém užívání.

Biologické důsledky spočívají v tom, že vlivem užívání psychoaktivních látek se negativně mění i zevnějšek člověka. Závislý člověk celkově chátrá a přestává o sebe dbát, nedodrží hygienu, apod. Mezi biologické následky patří nápadné vyhubnutí, špatné stravovací návyky, nedodržování hygienických návyků, zhoršená tělesná i zubní hygiena, která vede ke zkažení a ztrátě zubů a k přenosu chorob. Může dojít k poškození jater, ledvin, zažívacího traktu, nervové soustavy, zvyšuje se také riziko infekčních chorob (hepatitidy, HIV), tvoří se abscesy, záněty v místě aplikace drogy a poruchy žilního systému. V konečném důsledku se často jedná o neléčitelná, nebo velmi náročně léčitelná onemocnění (Mahrová, 2013, s. 15).

Sociální důsledky vedou k tomu, že závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti. Přestává chodit do zaměstnání nebo do školy. Pod vlivem drogy bývá unaven, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit, ztrácí motivaci. Nakonec je jeho chování natolik neúnosné, že je vyloučen ze školy, popřípadě ukončen jeho pracovní poměr. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění. Drogově závislý často krade a prodává rodinný majetek, aby měl finance na drogu, lže a podvádí. Stává se postupně pouhou přítěží, rodina rezignuje, když vyčerpala všechny dostupné možnosti. Mnohdy závislý člověk odchází z rodiny a přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem. Dochází k narušení a zprerhání sociálních kontaktů, ztrátě přátel. Závislý člověk vymění své dosavadní kamarády za drogu a lidi na ní navázané - drogovou partu. Za své chování si obvykle vyslouží negativní hodnocení svých známých, dochází ke změně a ztrátě dosavadních vztahů (Hajný In Kalina, 2003, s. 140-142).

Vlivem dlouhodobého užívání návykových látek může dojít u závislého rovněž k **psychickým důsledkům**, jimiž jsou duševní poruchy a poruchy chování. U lidí s duševní poruchou musíme přijmout nemoc jako takovou, se všemi jejími projevy (Mahrová, s. 69, 2008). Závislost totiž mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom - změny osobnosti vyvolané poškozením mozku. Dalšími typickými důsledky jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní emoce např. silná úzkost a poruchy psychomotoriky např. ztuhnutí (Kalina, K., Vácha, P., 2013, s. 145).

V terapeutických komunitách pro závislé se můžeme setkávat s tzv. „duální diagnózou“, která se v poslední době objevuje stále častěji. Pojem „duální diagnóza“ je v psychiatrické a adiktologické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho klienta (Adiktologie, 2013, s. 146).

V péči o duševně nemocné dochází k prolínání mnoha oborů. V pomáhajících profesích je zakotvený pohled na jedince jako na bytost bio-psycho-sociální. V týmech, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, by měli být zástupci jednotlivých oborů, kteří budou mít alespoň základní znalosti příbuzných oborů (Mahrová, 2008, s. 69).

V roce 2003 se přední odborníci v České republice shodli na tom, že v terapeutických komunitách pro drogově závislé má být povinností poskytovat psychiatrické služby, včasnou diagnostiku a její adekvátní interpretaci pro další

pracovníky, konzultaci přístupů a také předepisování psychofarmak, i když nejsou nezbytná ve všech případech (Kalina, K., Vácha, P., 2013, s. 152).

V následující kapitole představím druhy služeb a zařízení, která jsou v České republice zaměřena přímo na práci s uživateli drog (návykových látek).

2 Sociální služby pro uživatele návykových látek

V ČR byl od roku 1989 vybudován systém léčebné a resocializační péče pro uživatele návykových látek, který zabezpečuje poskytování klíčových služeb na celém území. Standardy odborné způsobilosti služeb, dané sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky státu definují celkem devět typů služeb: terénní programy, kontaktní centra, detoxikaci, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, rezidenční léčbu v terapeutických komunitách, následnou péči, substituční léčbu (MPSV, 2006).

Systém sociálních služeb pro uživatele návykových látek by měl zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou cíleně mířeny na skupiny potřebných klientů. Tyto služby by měly být vzájemně propojeny, navazovat jedna na druhou a odpovídat potřebám jak klientů, tak společnosti. Dochází zde ke spolupráci různých rezortů zdravotnictví, sociální péče a zároveň se prolíná státní a nestátní sektor. Státními jsou myšleny především psychiatrické léčebny (nemocnice), AT ordinace, pracoviště poskytující různá poradenství. Mezi nestátními zřizovateli figurují zejména neziskové organizace, obecně prospěšná sdružení, občanská sdružení apod. V neposlední řadě zde hrají úlohu také různá církevní zařízení. Co se týče této konkrétní oblasti, tedy drogové problematiky, mají nestátní neziskové organizace v systému péče o závislé nezastupitelnou úlohu. Pokrývají složky, které ve státním sektoru chybí úplně, nebo jsou zastoupeny nedostatečně, např. terapeutické komunity, chráněné bydlení, kontaktní centra. Jednotlivé služby státního a nestátního sektoru na sebe většinou navazují, např. detoxikace a ústavní léčba - státní sektor a následně terapeutická komunita a doléčování - nestátní sektor (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 155).

Užívání drog znamená nejen zdravotní a psychické komplikace, ale nese s sebou řadu sociálních a celospolečenských následků. Proto se systém snaží uplatňovat **terénní programy**, které mají za cíl vyhledat klienty přímo „na ulici“, tam kde se pohybují. Zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček, dezinfekčních prostředků, což snižuje riziko nákazy infekčními nemocemi. S klienty je důležité navázat vztah důvěry a zprostředkovat další navazující péči. Filozofie terénní práce uplatňuje přístup „public helth“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístup „harm reduction“ (snižování zdravotních asociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). Nezkoumá se stupeň závislosti, motivace, ale potřeby klienta. Terénní práce existuje

ve formách samostatných programů nebo jako součást služeb kontaktních center (Pozimek, 2013, s. 18).

Dalším stupněm jsou **kontaktní centra**, která poskytují řadu služeb uživatelům, kteří sem aktivně sami docházejí. Jsou otevřena i rodinným příslušníkům. Často mají i ambulantní terapeutické programy, které už pracují s poptávkou klienta fungovat v sociálním systému společnosti. Substituční programy umožňují nahradit drogu látkou, která nemá tak devastující účinky - metadon, subutex. (Matoušek a kol., 2005, s. 214).

Jinou možností je **ambulantní léčba**. Ambulance jsou buď státní či nestátní zdravotnická zařízení zdravotnického nebo nezdravotnického charakteru. Klient do nich pravidelně dochází, přitom zůstává ve svém sociálním prostředí, nemusí přerušovat školu ani práci. Předpokladem je motivovanost klienta ke spolupráci a zdravotní stav, který nevyžaduje hospitalizaci. Ambulance jsou určeny i rodinám a blízkým. Základním cílem je změna životního stylu, jejíž součástí je abstinence. Specifickým cílem pak může být snížení frekvence užívání, příprava na rezidenční léčbu apod. Základními používanými prostředky jsou celkové zhodnocení zdravotního stavu a laboratorní vyšetření klienta, farmakoterapie, psychoterapie, sociální práce, rodinná terapie, poradenství, motivační trénink, kluby, volnočasové aktivity, svépomocné skupiny (Mahrová, 2013, s. 24).

Denní stacionáře, ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem, fungují tak, že klienti do něj dochází denně minimálně na 6 hodin po dobu dvou až tří měsíců. Stacionář využívá řadu prvků z léčebných prvků terapeutické komunity, přitom klient může zůstat ve svém přirozeném prostředí (Matoušek a kol., 2005, s. 215).

Návazným prvkem v systému služeb je pak **rezidenční (pobytová) péče**. To už pro klienta znamená různě dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Může jím být psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika, psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, apod. Léčba závislostí je prováděna pod lékařským dohledem a využívá režimové opatření, strukturovaný denní program a další terapeutické aktivity (Mahrová, 2008, s. 149).

Specifickou terapeutickou metodou léčby závislých klientů jsou právě tyto **terapeutické komunity**. Využívá se v nich skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, volnočasových aktivit, dále je zajištěno poradenství v sociálně právních problémech. Součástí léčby je spolupráce s rodinou anebo partnerem klienta.

Léčba může být krátkodobá (4-6 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) nebo dlouhodobá (od 6 měsíců do jednoho roku, výjimečně až do dvou let). Důraz je kladen nejen na problematiku závislosti, ale taktéž na řešení dalších problémů klienta, se kterými se v průběhu léčby vyrovnává a které řeší, přičemž je zdůrazněna jeho vlastní odpovědnost a samostatnost. Podrobněji se typu této léčby budu věnovat v následující kapitole (Adameček, 2013, s. 22).

Klienti, kteří prošli některou z forem léčby, mají možnost pokračovat v doléčovacím programu, a to buď ambulantní formou, nebo v chráněném bydlení. V tomto systému se daří propojovat státní a nestátní sektor služeb, prolínají se většinou resorty sociální a zdravotní. **Doléčovací centra** jsou specializovaná na následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Doléčovací program trvá 6 měsíců, dále dle potřeby klienta. Doléčovací programy jsou koncipovány jako strukturované, tzn. nabízející několikrát v týdnu pravidelný odborný program. Poskytují poradenství, individuální a skupinovou terapii, socioterapii, sociální práci a asistenci, klubové a volnočasové aktivity. Některá zařízení poskytují rodinou a párovou terapii, pomoc při hledání vhodného bydlení a zaměstnání, např. možnost chráněného bydlení a práce v chráněných dílnách (Makovská - Dolanská, 2013, s. 22).

Po absolvování léčby zcela abstinguje zhruba 40% uživatelů drog. U zbylých 50-60% závislých se díky léčbě podaří alespoň zlepšit jejich zdravotní a sociální stav natolik, že méně vyžadují další odbornou péči. Přesto, že nevydrží po léčbě zcela abstinent, chová se většina z nich podstatně méně rizikově a mají tendenci dříve nastoupit k opakované léčbě. Jen u malého procenta uživatelů drog nenastane po léčbě žádné nebo jen nevýrazné zlepšení. Z hlediska celkové výsledné efektivity procesu léčby závislosti je klíčovým faktorem následná péče. Přechod klienta z léčby do následné péče je považován za jeden z nejdůležitějších momentů v celé léčbě (Radimecký, 2003, s. 27).

Všichni odborníci se shodují v jednom názoru, a to v tom, že nejdůležitějším bodem léčby závislých je jejich vlastní účast, tzn. „touha se léčit“. Tuto skutečnost uvádějí jak zastánci závislosti jakožto nemoci, tak ti, kteří v závislosti spatřují naučené chování. Klasické pojetí nemoci jako takové připisuje pacientům pasivní roli, zatímco léčba závislosti přímo vyžaduje klientovu aktivní účast (Radimecký, 2005, s. 28).

3 Terapeutická komunita

V této kapitole popisují, co to je terapeutická komunita (dále jen TK), stručně popíší její historické kořeny, filosofii TK a základní její charakteristiky.

3.1 Definice terapeutické komunity

Podle Kratochvíla (2006, s. 251) je **terapeutická komunita** zvláštní formou skupinové psychoterapie, kde klienti spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života. Komunita je terapeutická proto, že umožňuje zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a má umožnit korektivní zkušenost, také podporuje nácvik vhodnějších způsobů chování.

Již citovaný autor rozlišuje dvě základní koncepce terapeutické komunity. V širším slova smyslu ji vnímá jako systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a na rozhodování se podílejí všichni členové týmu i pacienti. V užším slova smyslu se jedná o psychoterapeutickou metodu, která využívá modelové situace malé sociální skupiny. V komunitě je možné vyzkoušet a pozměnit své schopnosti žít s druhými lidmi v těsné blízkosti, dozvědět se něco o sobě i o druhých, vybudovat si své místo a učit se řešit konflikty. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování (Richterová - Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s. 199).

Do třetice slouží pojem „terapeutická komunita“ ve světě i u nás pro pojmenování různých typů zařízení, v nichž se systém i metoda uplatňují např. psychiatrické oddělení nemocnice nebo léčebny, venkovská farma i část věznice pro vybrané delikventy (Richterová - Těmínová a kol., 2003, s. 53).

Jiný pohled nabízí Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který hovoří o terapeutické komunitě jako o poskytovateli pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách, nebo osoby s chronickým duševním onemocněním. Služba poskytuje stravu, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 68, odst. 1, 2).

Adameček a kol. (2003, s. 201) definují terapeutickou komunitu jako specializované pobytové (rezidenční) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá léčba v trvání 6-18 měsíců. Cílovou skupinu tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, většinou s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (hepatitidou typu B a C). Věk klientů se pohybuje v rozmezí 18 - 35 let.

3.2 Vznik a vývoj terapeutických komunit ve světě

Podle Nevšimala (In Kooyman, Leon, Nevšimal, 2004, s. 158) pocházejí první zmínky o vzniku a fungování terapeutických komunit již z dob raného křesťanství, kde se její členové věnovali léčení nemocí těla a ducha. Hlavními principem byla veřejná výpověď o vlastních myšlenkách a pocitech zejména těch, které byly spojeny s otázkou viny. Důležitá byla úplná otevřenost podporovaná ostatními členy společenství a následovaná významnými osobnostními změnami. Základním duchovním principem byla víra v Boha. Od 5. století n. l. se na rozvoji velkou měrou podílejí vznikající mnišské řády, které přijímají komunitní způsob života za vlastní.

Terapeutické komunity v dnešním slova smyslu se začínají rozvíjet v polovině 20. století, a to dvěma směry. První směr, jehož počátek nalezneme v Anglii během druhé světové války, představují tzv. **demokratické komunity**, které jsou určeny pro psychiatrické pacienty (duševně nemocným lidem). Prvním místem byla Northfieldská vojenská nemocnice v Birminghamu, kde pracovala řada významných osobností např. Tom Main, který použil termín „terapeutická komunita“. Druhým místem je Mill Hill v Londýně, kde nezávisle na vojenské nemocnici pracoval Maxwell Jones, který vnesl do systému psychiatrické péče řadu revolučních myšlenek. K těm stěžejním patří snaha přeměnit hierarchické vztahy v psychiatrii v otevřenější a demokratičtější. Základem terapeutického přístupu je skupinová terapie, která usiluje o pochopení skupinové dynamiky a ovlivňování postupného procesu učení (Richterová - Těmínová a kol., 2003, s. 54).

Druhý směr zastupují tzv. **hierarchické komunity**, které se zaměřují na problematiku závislosti a navazují na svépomocnou abstinenci komunitu Synanon, založenou Charlesem E. Dederichem. Hlavními prvky Synanonu byly náhradní rodina, systém odměn a trestů, změna chování prostřednictvím konfrontace a frustrace,

charismatický vůdce a náboženská oddanost. Dederichovou vizí bylo vytvoření lepší společnosti za předpokladu, že členové Synanonu se nebudou vracet do původního prostředí. Synanon měl postupem času více prvků sekty (odloučení od společnosti, tvorba vlastních pravidel) a jeho fungování nakonec zkrachovalo na osobnosti Charlese Dedericha, který fungování a chod komunity stále více přibližoval sektě. Na základě zkušeností ze Synanonu vznikla celá řada komunit v Americe, ale i v Evropě, např. Daytop Village (1963), v Evropě je to Daytop v Německu, Alpha House a Phoenix House v Anglii (Nevšimal In Kooyman a kol., 2004, s. 180 - 182).

Společným znakem obou typů komunit je vlastní aktivita klientů v terapeutickém procesu, možnost podílet se na rozhodovacích procesech uvnitř komunity. Toto nové pojetí znamenalo obrovský převrat v léčbě drogových závislostí a položilo základ mnohých nově vznikajících komunit. K prolínání obou proudů dochází postupně od 80. - 90. let a trvá až do současné doby, tzn. že i dnes se tyto proudy navzájem ovlivňují (Richterová - Těmínová a kol., 2003, s. 54 - 55).

Kromě léčebných programů založených primárně na sebepoznání a sebezpečení (kde víra v Boha není určující), existuje mnoho programů, kde cestou ke změně naopak je prvotně nalezení víry v Boha. Tyto programy jsou celosvětově rozšířeny, mají různé charakteristiky a kladou různou míru důrazu na víru včetně různých cílů. Jako příklad uvádím tzv. religiozní komunitní programy, jejichž léčba je založena na nalezení víry v Boha. Jednou z nich je komunita Teen Challenge, která svou činnost provozuje i v České republice. Jedná se o program prevence a léčby závislosti na návykových látkách, který byl založen Davidem Wilkersonem v roce 1958 ve Spojených státech. Co se týče nábožensky orientovaných programů, tento představuje v současné době světově nejrozšířenější model léčby. Smyslem komunity je umožnit závislým duchovní řešení problémů pod terapeutickým vedením. Principem změny je přesvědčení, že transformující Kristova síla umožňuje převzít odpovědnost za svůj život, nalézt vlastní hodnotu a sebedůvěru, získat naději a lépe ovládat svůj život. Denní program tvoří několikahodinová práce, náboženské úkony, jako je např. modlitba, čtení z Bible, účast na bohoslužbě, zpěv, hudba, aktivní trávení volného času, sport a samostudium. Díky propojení a součinnosti komunity s místní církví mohou klienti osobnostně růst v prostředí pevných pozitivních vztahů (Nevšimal In Kooyman a kol., 2004, s. 183).

3.3 Vývoj terapeutických komunit v ČR

Koncepty terapeutických komunit v českém prostředí nejdříve vznikaly výhradně v oblasti zdravotnictví. Naším význačným, světově uznávaným odborníkem na problematiku alkoholové závislosti je docent Jaroslav Skála, který je zakladatelem systému péče o závislé osoby a první léčebny pro alkoholiky založené na komunitních principech. V roce 1948 po vzoru Anonymních alkoholiků zřídil na Psychiatrické klinice Všeobecné lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze socioterapeutický klub s názvem KLUS (klub lidí usilujících o střízlivost). Klub již od samotného počátku založení vykazoval určité prvky komunitních principů – pravidelné setkávání, společný cíl, stejná ideologie a určité rozhodovací pravomoci jeho členů. Položil tak základy pro vznik pozdější Apolinářské komunity, kterou začal docent Skála vytvářet od roku 1949 (Nevšimal In Kooyman a kol., 2004, s. 185).

Režim komunity byl přísnější, velký důraz kladl na kázeň a pořádek. Smyslem života v komunitě bylo posílení vůle, osvojení si nových zájmů a činností, schopnost vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěku k alkoholu. Klienti byli záměrně vystavováni zvýšené fyzické i psychické zátěži a vedení k přijetí větší odpovědnosti za vlastní osud. V současné době se tak represivní prvky léčby méně uplatňují a u závislých na drogách jsou v podstatě nevyhovující, neboť většina z nich jsou osoby nevyzrálé a v tomto přístupu by neobstáli (Kalina, 2003, s. 58).

Vliv na utváření české terapeutické komunity pro drogově závislé měly rovněž komunity pro pacienty s neurózami, jejichž zakladatelem a hlavním představitelem je Jaroslav Knobloch. V roce 1954 otevřel v Lobči první psychoterapeutickou komunitu pro pacienty s neurózami ve východní Evropě. Denní program tvořily dvě hlavní činnosti – pracovní terapie a skupinová psychoterapie. Po vzoru této komunity vznikla po celé České republice řada komunit pro tyto klienty (Kalina, 2008, s. 68).

Prvním a nejvýznamnějším psychoterapeutickým výcvikovým programem u nás byl ten, který založili v roce 1967 Jaroslav Skála, Eduard Urban a Jaromír Rubeš. Metoda terapeutické komunity je ovlivněna systémem sebezkušebnostního vzdělávání psychoterapeutů „SUR“, který se stal prvním nejvýznamnějším psychoterapeutickým výcvikovým programem u nás. Jeho originalita spočívá především ve spojení výcviku ve skupinové psychoterapii se širším a hlubším rozměrem velké skupiny. V aplikaci principů terapeutické komunity se „SUR“ odvolával na Maxwella Jonese a obecně se hlásil k dynamické (psychodynamické) orientaci. Vstřebal některé prvky

psychoanalýzy, skupinové analýzy, ale také humanistických, existenciálních a interpersonálních psychoterapií, ale i řadu behaviorálních a kognitivně-behaviorálních prvků (Richterová - Těmínová a kol., 2003, s. 58).

První terapeutická komunita pro závislé na nealkoholových drogách pak vznikla roku 1991 v Němčicích, zakladateli byli Martina Těmínová a její spolupracovníci ze sdružení SANANIM. Jejím hlavním cílem je trvalá abstinence a úspěšné znovuzapojení do běžného života prostřednictvím samostatného života v komunitě, který v maximální možné míře koresponduje s reálným životem. Dosažení cíle se uskutečňuje prostřednictvím individuální a skupinové psychoterapie, jasně stanoveného režimu, samosprávy, pracovní a rodinné terapie, sociální pomoci, relaxace, sportu a zátěžových programů. Významný je osobní podíl každého na řízení chodu komunity, na komunitním rozhodování a přenášení odpovědnosti na jednotlivé klienty (Nevšímal In Kooyman a kol., 2004, s. 192).

V první polovině 90. let 20. století vznikly další terapeutické komunity zaměřené na léčbu závislostí. Patří sem TK White, která podrobně rozpracovala program začlenění významných blízkých členů do terapie. Další komunitou je Pastor Bonus (Dobrý pastýř), který jako jediný u nás poskytuje léčbu partnerským pářům. Tuto komunitu založili katoličtí křesťané, certifikovaní odborní psychoterapeuti. V současné době je samostatnou komunitou, která není závislá na státních dotacích a patří k nejúspěšnějším léčebnám drogově závislých v celé České republice. V druhé polovině 90. let pak vznikly například TK Fides Bílá Voda, TK Nová Ves, zřízená státem, křesťansky orientovaná TK Podcestný Mlýn založená občanským sdružením Podané ruce, TK Magdaléna, která jako jediná v rámci svého programu následné péče nabízí klientům chráněné bydlení a zaměstnání, TK Remarcon, TK Sejřek, která je jako jediná vedená bývalými uživateli drog. Programy jednotlivých terapeutických komunit jsou ve své podstatě stejné. Odlišují se pouze možnostmi, které jsou jim dány zřizovatelem, lokalitou, personálním zajištěním (Nevšímal In Kooyman a kol., 2004, s. 194).

V současné době je v sekci terapeutických komunit A.N.O. (asociace nestátních organizací) registrováno 11 členských komunit zřízených na území České republiky, přičemž devět z nich je službou sociální prevence v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a dvě z nich jsou zdravotnickým zařízením (TK Fides, TK Fénix). Jejich přesný výčet uvádím v příloze č. 1.

3.4 Charakteristické rysy terapeutických komunit

Terapeutické komunity pro závislé vykazují konkrétní jedinečné prvky. Jedním z nich je **hierarchická struktura**, kde většinu rozhodovacích pravomocí má komunita a klienti i členové terapeutického týmu mají stejný počet hlasů. Rozdílnost práv je dána zařazením do určité fáze terapie a zastáváním jednotlivých funkcí. Výsledkem je propracovaná legislativa, která usnadňuje průběh vnitřních procesů. Významným prvkem, který činí komunitu komunitou, je odpovědnost, a to jak celého týmu, tak i klientů vůči zařízení (Richterová - Těmínová a kol., 2003, s. 57).

Terapeutické komunity vznikající v našich podmínkách se vyznačují nižším počtem klientů (15 až 20) a fungují na bázi rodinného modelu, jemuž odpovídá i hierarchické členění. V čele komunity stojí vedoucí, který ve sporných a zásadních případech přebírá zodpovědnost za konečné rozhodnutí, může používat právo veta a řídí terapeutický tým, jehož úkolem je zajišťovat funkčnost a stabilitu systému. Terapeutický tým komunity je **multidisciplinární**, pracovníci mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce), specializované výcviky (ve skupině a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod.), důležitým předpokladem pro práci se závislymi v TK jsou i osobnostní vlohy. V terapeutické komunitě mohou pracovat i bývalí uživatelé drog, i když v našich komunitách jich najdeme méně než v zahraničních, kde tvoří v týmu často většinu (Adameček, 2013, s. 23).

Léčba v terapeutické komunitě se označuje jako „**léčba orientovaná k abstinenci**“. Abstinence však není vnímaná jako konečný cíl léčby, ale jako nezbytný prostředek pro úspěšné opětovné zapojení se do společnosti. Hlavním cílem léčby je změna životního stylu, která se uskutečňuje prostřednictvím postupných změn v sebepojetí, prožívání, chování a ve vztazích. Základním prostředkem jejich dosažení je samostatný život v komunitě a složky strukturovaného programu (Adameček, Richterová - Těmínová, Kalina, 2003, s. 202).

Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje prostřednictvím sociálního učení s vymezenými jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutická komunita je postavena na **základních principech**, kterými jsou motivovanost klienta k vlastní změně a dále to, že podmínky života v komunitě se přibližují realitě běžného života. Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.

Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod. Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený způsob ve společnosti, kde jsou formovány vztahy. Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace. Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život (Adameček a kol. 2003, s. 201).

Hartl (1997) k výše uvedeným principům přiřazuje ještě nezbytnost vytvoření vzájemných vztahů mezi všemi členy a postoj založený na respektování a akceptování druhých i přes to, že jejich chování vybočuje z běžné normy. Tento postoj pak umožňuje, aby se projevilo maladaptivní chování a bylo možné jej korigovat.

Výše uvedené zásady jsou základními „stavebními kameny“ komunitního systému a vztahují se na všechny typy komunit, ať se jedná o společenství zaměřená na léčbu depresí, neuróz, psychóz, schizofrenie a dalších psychiatrických onemocnění, o léčbu drogových závislostí či výcvikové komunity.

3.4.1 Terapeutické faktory léčby v terapeutické komunitě

Terapeutická komunita se vyznačuje několika faktory, které mají vliv na úspěšnost léčby. Kooyman (1993) popisuje patnáct účinných **faktorů v léčbě**. Tvrdí, že jsou všechny stejnou měrou potřebné pro efektivní proces v terapii. Řadí se zde bezpečné prostředí pro růst (komunita jako náhradní rodina), jednotná, snadno pochopitelná a všemi členy akceptovaná filosofie, jasná terapeutická struktura, trvalá rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce, sociální učení prostřednictvím intenzivní sociální interakce, učení prostřednictvím prožívání krizových situací, jejichž zvládnutí umožňuje osobnostní dozrávání, terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, zodpovědnost klientů za své chování, zvyšování sebehodnocení skrze vlastní přičinění, přijetí pozitivního žebříčku hodnot, konfrontace se svými vnitřními konflikty, emocemi a napětím, která je podmínkou pro změnu chování a postojů, pozitivní tlak vrstevníků, porozumění sobě samému a vyjádření emocí, změna negativních postojů k životu v pozitivní a obnovení vztahů s rodinou. Pokud některý z patnácti faktorů chybí, bude léčba méně účinná. Kalina (2008, s. 153 - 154) je pak upravené ve své knize rozděluje podle výzkumu na nejvíce a nejméně pomáhající faktory.

Pro zajištění bezpečného a srozumitelného prostředí pro klienty jsou v terapeutické komunitě dána určitá pravidla. Základní tzv. **kardinální pravidla**: zákaz

užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz sexuálních vztahů. Pravidla jsou více méně ve všech komunitách obdobná a za jejich porušení může být klient z terapeutické komunity vyloučen. Každá z komunit má pak ještě další „specifická pravidla“, za jejichž porušení obvykle bývá klientovi udělena **sankce** (Kalina, 2008, s. 179).

Podle Adamečka a kol. (2003, s. 203) pravidla zajišťují členům komunity jednak ochranu a bezpečí, jednak podněty pro sociální učení a změnu chování.

3.4.2 Fáze léčby v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do fází, ve kterých klient na sobě pracuje a postupně dosahuje určitých konkrétních cílů. Čím více toho zvládá, tím výše se postupuje ve fázích léčby a také v tom, co je mu dovoleno. Přestupy do vyšších fází pro klienta znamenají nejen výhody, ale současně navyšování povinností a větší zodpovědnosti.

Adameček (2007, s. 91) uvádí, že: *„Smyslem rozdělení celého programu terapeutické komunity do několika na sebe navazujících stupňů, pro které se u nás vžil pojem fáze, je podpořit a strukturovat proces změny jednotlivých klientů a mít možnost u nich tento proces průběžně sledovat a hodnotit.“*

Podle Kaliny (2001, s. 40) lze léčbu v terapeutické komunitě rozdělit do **čtyř fází** (nulté, první, druhé a třetí). V **„nulté“ fázi** (u léčby v délce jednoho roku trvá dva i více týdnů) klient již pobývá v zařízení a účastní se programu, ale ještě není pokládán za člena komunity.

Cílem této fáze je, aby se klient zorientoval v terapeutické komunitě, rozhodl se, zda je opravdu ochoten se léčit za podmínek, které jsou mu nabízeny. Klientovi je přidělen terapeut „garant“ a „starší sourozenec“, neboli „anděl“ z řad klientů, který ho provází a seznamuje s programem terapeutické komunity. O přijetí do komunity musí nový klient požádat a jeho vstup může být doprovázen přijímacím rituálem a podpisem smlouvy (Adameček, 2007, s. 93).

První fáze je obdobím orientace v terapeutické komunitě, začleněním se a zapojením klienta do komunity. Pro klienta je důležité odnaučit se negativnímu a destruktivnímu chování, dojít k nadhledu, že jeho problémy způsobila jeho závislost na droze. Klient se orientuje v pravidlech a vztazích, je podporován staršími členy a učí se získat podporu a využívat skupinového terapeutického prostředí, učí se otevřenosti a sebevyjádření. Klient je izolován od vnějšího světa, nesmí se kontaktovat s okolím ani

s rodinou. Požádá-li o přestup do druhé fáze, hodnotí celá komunita jeho způsobilost a může i přestup odmítnout. V úspěšném případě je přestup provázen rituálem. Tato fáze trvá nejméně čtyři týdny (Adameček a kol., 2003, s. 205).

Druhá fáze je obvykle nejdelší 18-20 týdnů, klient přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity, přebírá větší míru zodpovědnosti a to nejen za sebe, ale i za ostatní. V této fázi má klient již zvládnout řídicí funkce, má se naučit plánovat svůj čas a zvládat krizové situace. Má možnost návštěv, kontaktů především s rodinou (Kalina, 2008, s. 197).

Třetí fáze trvá obvykle 12-20 týdnů. V této fázi léčby by měl klient zaujmout pevný odmítavý postoj k drogám, řešit zátěžové situace, otevřeně komunikovat, samostatně se rozhodovat, mít částečně vyřešené vztahy s rodiči či blízkými. Většinou pracuje mimo komunitu, organizuje si volný čas, zpracovává zkušenosti a připravuje se na následnou péči. Cílem této fáze je také jasný plán o své budoucnosti. V závěru této fáze se věnuje zhodnocení pobytu a přípravě na odchod z komunity, který je ukončen závěrečným rituálem (Adameček In Nevšímal a kol., 2007, s. 95).

V celé historii lidstva hrály **rituály** významnou roli. Rituály v terapeutické komunitě jsou všudypřítomné, souvisí s jejich spirituálním a sebezpřekračujícím rozměrem. V podstatě celý pobyt klienta v komunitě lze symbolicky chápat jako „velký rituál přechodu“. (Kalina, 2008, s.). Jedním z mnoha způsobů, jak se transcendentna dotknout, jsou právě rituály. Ve společenství plní rituály tmelící funkci, mají posvátný charakter a tím dávají událostem hlubší smysl, svou daností a opakováním poskytují bezpečí a zbavují nejistoty (Čtrnáctá, 2007, s. 103).

V dnešní moderní době význam rituálů výrazně oslabuje nebo je jeho role transformována do jiných rituálních činností, které mohou být pro člověka ohrožující. Např. ritualizované užívání drog, od kouření marihuany až po injekční aplikaci. Důležitost rituálů je opomíjena již v mnoha dnešních rodinách, kde v pracovním vytížení rodičů se přestávají číst večer pohádky, společně jíst u stolu atd. (Čtrnáctá, 2007, s. 104).

V terapeutické komunitě se klienti učí nahrazovat špatné rituály novými, lepšími. Klienti se tak setkávají s rituálem od počátku vstupu do komunity, kdy projdou přijímacím rituálem, jde o představení se všem klientům. Dále se v TK aplikují etapové rituály - malé rituály přechodu, přes které klient přechází do vyšší fáze. Dalším rituálem jsou Velké komunity a jiné svátky, jako jsou např. Vánoce nebo výročí komunity. Ukončovací rituál má být podle Kaliny (2008, s. 120) symbolickým vyvrcholením

pobytu klienta v TK a poskytuje tak možná nejintenzivnější zážitek. Mezi rituální symboly v komunitě patří komunitní kruh, který je zásadní pro všechny její členy, aby se všichni viděli, komunitní stůl, jako symbol společenství a sounáležitosti při jídle a komunitní oheň (zdroj světla), ten je považován za posvátný, očistný a obnovující. V terapeutické komunitě je většinou přítomen ve formě živého plamene - svíce, rituální svícen (Kalina, 2008, s. 121).

3.4.3 Terapeutické aktivity a program terapeutické komunity

Program v terapeutické komunitě je strukturovaný a dbá se na jeho dodržování. Kalina (2008, s. 112) k tomu uvádí: „*V celém strukturovaném programu se vedle sebe a spolu uplatňují jak psychoterapie, tak i výchova.*“ Obě dvě tyto složky jsou stejně důležité a chyběním jedné či druhé z nich by se snížila efektivita léčby v terapeutické komunitě.

Podle De Leona (2002, s. 133) je **denní program** jako jeden ze základních prvků modelu terapeutické komunity právě tím, co dává komunitnímu životu pevný řád. Strukturované uspořádání denních aktivit je v rozporu s typicky neuspořádaným životem klientů.

Mahrová (2007, s. 96) popisuje denní program jakou soubor činností, které mají stejnou důležitost a jsou rovnocennou součástí terapie. Denní program obsahuje elementární činnosti všedního života, jako jsou vstávání, hygiena, pravidelné jídlo, spánek, volný čas, apod. Klienti pod vlivem denního režimu obnovují návyky, které během užívání drog ztratili nebo je nikdy neměli. Cílem pravidelného režimu je dosažení schopností klienta vytvořit si vlastní režim, který umožní zachovat zásady zdravého způsobu života.

K jednotlivým součástem programu následovně patří setkání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové aktivity a sociální práce (Adameček a kol., 2003, s. 204). Komunitní setkávání slouží především k reflektování událostí, které se v komunitě odehrávají. Setkání komunity se uskutečňuje denně, jsou základem pro udržování řádu a konfrontaci s ním, pro řešení důležitých problémů komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací (Kalina, 2008, s. 113).

Do strukturovaného programu terapeutické komunity jsou zařazeny různé formy **skupinových setkání**, jako je skupinová terapie. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku - vztahy a interakce jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak

mezi členy navzájem. Probíhá v různých formách, jde např. o skupiny tematické, biografické, interakční, mimořádné, psychodynamické či kognitivně-behaviorální (Nevšímal, 2007, s. 108).

Další součástí programu terapeutické komunity je **individuální terapie** ve formě individuální podpory a vedení. O individuální terapii (pohovor) lze požádat, pokud se jedná o citlivé téma (např. zneužívání, násilí, prostituce atd.), které není klient schopen otevřít na skupině (Nevšímal, 2007, s. 130).

Základní rámec individuální péče v terapeutické komunitě v České republice určily v roce 2001 „Standardy služeb pro uživatele drog“, které definují potřebu individuálního přístupu ke klientovi. Každý klient má svého „garanta“ neboli „klíčového pracovníka“, člena z terapeutického týmu, odpovědného za vedení jeho případu. Garant pravidelně hodnotí s klientem plnění léčebného **individuálního plánu** a stává se pro klienta klíčovým pracovníkem. Garant podporuje klienta také v tom, aby materiál z individuálních rozhovorů přinášel do skupiny, což mu pomáhá v zapojení se do společenství a do léčebného programu. Individuální plán zahrnuje oblasti zdraví, kondice a lékařské péče (současný stav a plán dalšího postupu), emoce a nálady (mapování nálady a vlivů na její stav, porozumění emocím), vztahy, jejich vývoj a konflikty (rekapitulace stávajících vztahů v rámci komunity i mimo ni), aktivitu v terapii (proces sebeobjevování a vlastní témata k řešení v komunitě), abstinenci a prevenci relapsu (vnímání abstinence, chutě, rizikové stavy), pracovní dovednosti, zaměstnání (objevené schopnosti a získané dovednosti, plán profesního zaměření), sociálně právní otázky (finanční situace, dluhy a jejich splácení, jednání s institucemi), volný čas (nakládání s volným časem), vzdělávání, kultura (duchovní otázky, kulturní rozhled), finanční plán (finanční plánování, rozpočet na dané období, finanční osamostatnění od rodiny), cíle na další měsíc (Nevšímal, 2007, 130-131).

Základním obsahem individuální terapeutické práce klienta v terapeutické komunitě je rekapitulace současného stavu a individuální plánování nezbytných kroků v procesu léčby a práci s deníkem. Deník se může stát velmi důležitým nástrojem sebereflexe klienta a doplňkovým prostředkem komunikace a s terapeutickým týmem. Klient může deník používat k mapování svých emocí, nálad, chutí, k monitorování vytyčených cílů, hodnocení svého fungování v komunitě a terapii, nebo třeba ke sledování financí (Nevšímal, 2007, s. 133).

Neméně důležitá je **rodinná terapie**, která se provádí vždy, kdy je to možné, tzn. buď při návštěvách rodinných příslušníků v TK, nebo může TK pořádat vlastní

rodičovskou skupinu. Cílem práce s rodiči nebo blízkými osobami je jejich zapojení do léčby, je třeba pomoci jim k získání nadhledu na příčiny a mechanismy vzniku drogové závislosti. Rodičům nebo blízkým osobám je umožněn vícedenní pobyt v komunitě, během něhož se mohou seznámit s podmínkami léčby. Některé komunity organizují také během víkendů pravidelná hromadná setkání rodičů všech přítomných klientů (Radimecký, 2007, s. 143).

Neoddělitelnou součástí programu v terapeutické komunitě je i **pracovní terapie**. Klienti jsou hierarchicky uspořádáni tak, aby míra jejich zodpovědnosti odpovídala formě práce. Takže klienti z nejnižší fáze vykonávají nejméně zodpovědné práce a klienti ve vyšší fázi více zodpovědné činnosti. Klienti mají rozděleny jasně definované funkce s odpovídajícími pravomocemi a zodpovědností (Mahrová, 2007, s. 97).

Jako další součást programu je **vzdělávání klientů**. Může probíhat formou přednášek, seminářů, nácviků, případně jinak a zahrnuje prevenci relapsu, filozofii TK, praktické dovednosti apod. Některá témata mohou vést samotní klienti (Kalina a spol., 2003, s. 204).

Mnozí klienti neumějí naložit se svým volným časem, proto je vhodná také fyzická aktivita. **Volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity** a jiné rehabilitační aktivity jsou zdrojem pozitivních zážitků, zábavy, uvolnění a přirozené euforie, posilují odolnost a stmelují komunitu. Vesměs se jedná o dostupné činnosti, aby jimi mohli klienti zaplnit svůj čas i po výstupu z terapeutické komunity (Kostka, 2007, s. 163).

Sociální práce usnadňuje klientům přístup k síti různých institucí a pomáhá jim v oblasti sociálně právní. Úkolem sociální práce zde je pomoci klientovi zorientovat se ve svých problémech a také vést ho k tomu, aby nebyl závislý na sociálních dávkách. Příkladem sociální práce v terapeutické komunitě je individuální práce s klientem v rámci individuálního plánování (Adameček a kol., 2003, s. 201-207).

Podrobněji se tomuto tématu budu věnovat v následující kapitole.

4 Sociální práce a její poslání

V následující kapitole představím pojem sociální práce, objasním, co je obsahem sociální práce, jaké je její poslání a cíle. Dále pak vysvětlím, jak lze teoreticky ukotvit sociální práci v několika konceptech, a uvedu rozdělení metod sociální práce.

V současné době se oboru sociální práce věnuje velká pozornost, a to nejen ze stran odborníků na tuto problematiku, ale i různých organizací a médií. Obsah a pojetí sociální se vyvíjely v různém čase a místě na základě potřeb konkrétních občanů, z čehož vyplývá, že sociální práce nemohla vycházet z jednotné obecné teorie. Co stát a období, to jiná osobnost, pojem a hodnocení sociální práce. Navrátil (2001, s. 6) definuje **sociální práci** jako „umění“ a „vědu“. Sociální práce jako umění vyžaduje dovednosti, zejména porozumění a schopnost pomáhat lidem tak, aby se naučili pomáhat vlastními silami, a aby se na pomoci nestali závislí. Sociální práce je vědou, která vytváří teorie, vysvětluje vznik a řešení individuálních, skupinových a komunitních problémů.

Matoušek (2003) definuje sociální práci od 20. století jako společenskovední disciplínu a současně jako oblast praktické činnosti s cílem „odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“. Profesi sociálního pracovníka pak chápe jako toho, kdo pomáhá komunitám, skupinám či jednotlivcům při (opětovném) dosahování způsobilosti k sociálnímu uplatnění, a při vytváření vhodných společenských podmínek pro toto uplatnění. Při praktické sociální práci musí mít sociální pracovník určité hodnoty a také dovednosti, jež získá praxí.

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů (Řezníček, 1994, s. 21). Zároveň sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co chce klient. Cílem sociální práce je pak rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci (Úlehla, 1999, s. 25).

V odborné literatuře se setkáváme i s vymezením **cíle sociální práce**, který se opírá o koncept sociálního fungování. Navrátil (2000, s. 184) použil tuto definici:

„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímaná a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“

Také některé národní asociace sociálních pracovníků se přiklánějí k vymezení cíle sociální práce s využitím konceptu sociální fungování. Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) definovala cíl následovně: *„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“* (Matoušek, 2001, s. 184).

4.1 Koncepty sociální práce

Podle Chytila (2008, s. 3) lze teoreticky ukotvit sociální práci v následujících konceptech, které vycházejí z historického vývoje sociální práce USA a Německa. Na nich stojí samotné základy sociální práce a mnohé principy jsou uplatňovány dodnes. Neuvádím zde všechny koncepty sociální práce, ale pouze ty, které v práci se závislým klientem nacházejí nejčtenější využití. K těm nejvýraznějším patří systémový koncept, ekologický koncept, koncept sociálního fungování a úkolový přístup.

Systémový koncept, zabývající se interakcí neboli vzájemným působením lidí a jejich prostředí. Klienti jsou součástí systému a řešení jejich problémů je možné jen v rámci tohoto systému. Systémy, které mohou lidem pomoci, jsou neformální přirozené systémy pomoci (rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci), dále pak formální (různé členské organizace nebo asociace) a společenské systémy pomoci (nemocnice, školy, programy sociálního zabezpečení (Chytil, 2008, s. 11).

Ekologický koncept klade důraz na procesy adaptace a vzájemné interakce mezi lidmi a jejich sociálním a fyzickým prostředím. Za důsledek poruch v adaptačním procesu je zde považován stres. Cílem sociálního pracovníka je snaha o úspěšnou adaptaci nebo readaptaci klienta na jeho životní prostor. V rámci toho přístupu rozlišujeme tři fáze práce s klientem, a to iniciační fázi, pokračovací fázi a konečnou fázi. Sociální práce s klientem začíná tzv. iniciační fází, kdy sociální pracovník opatrně vstupuje do klientova světa, uzavírá s ním smlouvu o dalším postupu a společně definují problémy klienta. V pokračovací fázi pracují na řešení problémové situace z hlediska životních změn a z hlediska vztahů a komunikace. Obsahem konečné fáze je oddělení

pracovníka od klienta a návrat klienta do jeho světa (Mahrová, G., Venglářová, M., 2008, s. 11).

Příkladem tohoto konceptu v terapeutické komunitě může být funkční systém klientů. Funkce mohou být různé, týkají se zajištění běžného chodu komunity. Každá přidělená funkce má potenciál zvyšovat klientovu odpovědnost za sebe a ostatní. Učí jej být důkladný, rozhodovat se a prosazovat svá stanoviska, zvyšuje jeho sebevědomí a schopnost organizovat si čas. V praxi pak klient ve funkci např. „šéf domu“ má za úkol plánovat a vést celou samořídící a technickou skupinu, odpovídá za plánování kulturních a sportovních akcí, seznamuje nově příchozí s chodem domu, zadává práci členům komunity, kontroluje kvalitu odvedené práce a za kvalitu zodpovídá; upozorňuje na možnost udělení sankce, uděluje sankce, kontroluje jejich plnění a vede záznamy o udělených sankcích atd. Cílem udělování funkcí je zvyšování odolnosti zátěže klienta (Mahrová In Nevšímal, 2007, s. 101).

V **konceptu sociálního fungování** je cílem sociální práce pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování. Sociální fungování je mnohoznačný pojem. Bere v úvahu to, že lidé a jejich prostředí jsou v trvalé interakci. Prostor pak klade na člověka určité požadavky (formuluje očekávání, definuje sociální role) a člověk je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha (Navrátil In Matoušek, 2001, s. 184).

Klientem terapeutické komunity je vždy jedinec, který má potíže také v oblasti sociálního fungování. Nelze totiž být závislý a zároveň udržovat rovnováhu s požadavky prostředí, alespoň ne dlouhodobě. Programy terapeutických komunit jsou cíleny na podporu sociálního fungování klientů tak, aby se klientům dařilo udržet, či nalézt rovnováhu mezi požadavky prostředí a vlastními dovednostmi (Nevšímal, 2007, s. 108).

Úkolový koncept vychází z krátkodobého psychosociálního přístupu a zároveň navazuje na pojetí sociální práce jako řešení problému. Sociální pomoc se soustřeďuje na problém z pohledu klienta, kdy je nutné, aby klient uznal daný problém a souhlasil s jeho řešením. Klient je seznámen s cíli a strategií služby a rozhoduje o tom, jaké změny chce. Úkolový koncept je krátkodobý trvající zhruba 3 - 4 měsíce. Vyznačuje se strukturovanou formou a probíhá v pěti etapách, kterými jsou zkoumání problému a jeho specifikace, uzavírání písemné dohody, plánování úkolů a ukončení (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 6).

V terapeutické komunitě nachází úkolově orientovaný přístup své využití zejména v tzv. garantské práci. Garantství je proces, kdy jeden klíčový pracovník je garantem zhruba 3 - 4 klientů, s kterými individuálně pracuje na řešení problémů. Setkávají se v předem stanoveném intervalu a dohodnutém čase. Prostředkem k řešení problémů je měsíční plán (individuální plán). Obsahem garantských setkání je společné plánování s klientem, konzultace komplikací, které mohou nastat při plnění plánů a vyhodnocování plánů (Nevšímal, 2007, s. 132).

4.2 Metody sociální práce v terapeutické komunitě

V předešlé kapitole jsem představila teoretické koncepty, které podle Chytila (2008) ovlivnily samotné metody sociální práce. V této kapitole se budu zabývat metodami sociální práce, které se využívají při práci v terapeutické komunitě. Nejdříve definuji metody sociální práce obecně, v závěru se budu zabývat konkrétními metodami sociální práce, které využívají pracovníci terapeutické komunity.

Teorie a metody sociální práce lze dělit podle několika různých hledisek. Autor Chytil a Mahrová (2008, s. 14) ve své v publikaci uvádějí dělení následující metody sociální práce: individuální sociální práce, skupinová sociální práce a komunitní práce.

4.2.1. Individuální sociální práce

Původ **individuální sociální práce** (případové práce) je v USA. Za její zakladatelku (začátek 20. století) je považována Mary Richmondová, která byla inspirovaná psychoanalýzou a vytvořila teoretický rámec metody sociální práce. V polovině 19. století, kdy se předpokládalo, že hlavními příčinami chudoby jsou charakterové nedostatky, kladla důraz na sociální vztahy jedince a na potřebu studia klientova sociálního prostředí. Za hlavní metody sociální práce považovala intervenci do klientova prostředí a rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který vede klienta k aktivitám a rozhodnutím (přímá metoda). Vzniká **medicínský model** individuální sociální práce, používající termíny sociální diagnóza, anamnéza a terapie (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19).

V praxi terapeutické komunity využívají tohoto modelu zejména při sběru dat o klientovi. Při přijetí klienta do terapeutické komunity provede sociální pracovník (či jiný pověřený pracovník) s klientem sociální anamnézu vstupních dat, která

je součástí terapeutické anamnézy, individuálního pracovního plánu a finančního plánu (Makovská - Dolanská, 2007, s. 157).

Za další přístup využívaný v terapeutické komunitě lze považovat **psychosociální přístup**, který poprvé použila Hamiltonová v roce 1941. Svůj přístup nazvala „organizmický“, to znamená, že jedinec a okolí se vzájemně ovlivňují. Psychosociální přístup charakterizovala jako otevřený systém myšlení, který se neustále mění a rozvíjí tím, jak je obohacen o nové informace, koncepty, hypotézy a teorie. Dále přístup usiloval o to, aby terapie odpovídala na klientem formulované potřeby, což znamená, že sociální pracovník musí vyvinout snahu pochopit klientovy potřeby a těm individuálně přizpůsobit terapii. Tím se má dařit ovlivnit nepohodu, ve které se klient nalézá a s níž přichází vyhledat pomoc sociálního pracovníka (Skidmore, Thackeray, 1998, s. 74).

Další autorka psychosociálního přístupu je Florence Hollisová, která svoji teorii psychosociální terapie zpracovala v knize „Sociální práce případová jako psychosociální terapie“ (1964). Přístup je založen na předpokladu, že každý člověk žije současně ve dvou světech, jedním je realita, která ho obklopuje, a druhým je vnitřní, naprosto neopakovatelný svět jeho individuální psychiky. Vychází se z toho, že klientovi lze pomoci pouze v případě, že porozumíme jak osobě, tak i jejímu problému, že porozumíme celku osoby v situaci. Řešení problému je pak třeba hledat v tomto kontextu. Psychosociální přístup spočívá v dalším prohloubení diagnostického přístupu (Klimentová, 2001, s. 59).

V psychosociálním přístupu je nezbytné, aby sociální pracovník v terapeutické komunitě zastával určité postoje, z nichž nejdůležitějším je vnímání klienta bez předsudků a stereotypů, tedy nehodnotící postoj. Dalšími klíčovými postoji jsou zachování klientova práva na sebeurčení, které v praxi znamená respekt vůči klientovým přáním, právům, míře schopnosti sebepoznání a odpovědnosti za vlastní činy. Postoj zachování důvěrného vztahu znamená, že sociální pracovník zachází se všemi důvěrnými informacemi s opatrností a vždy informuje klienta, pokud musí být informace sděleny jiným osobám. Velmi významná je možnost vyjadřování pocitů. Sociální pracovník v terapeutické komunitě dbá na to, aby klient mohl opravdově vyjadřovat všechny své pocity, včetně těch negativních. Posledním důležitým postojem sociálního pracovníka je akceptace, tedy zachovat si ke klientovi respekt, ačkoli se v jeho chování projevují negativní rysy. Sociální pracovník by měl být schopný projevat se opravdově (Navrátil, 2001, s. 44).

Perlmanová zformulovala o pár let dříve (1957) **přístup orientovaný na řešení problému**, který je v terapeutické komunitě taktéž využíván. Cílem procesu je zaangažovat klienta na činnosti vedoucí k řešení problému a zmobilizovat vnitřní síly klienta i potenciál jeho okolí k vyřešení problému (Klimentová, 2001, s. 62).

Počátkem sedmdesátých let ovlivnila individuální sociální práci systémová teorie. Byl kladen důraz na složitost a důležitost interakcí klienta a jeho prostředí (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19).

Českou definici individuální sociální práce vytvořila Charvátová (1990) „Cílem individuální sociální práce je snaha, aby sociální klient změnil svoje vadné životní postoje a byl schopen samostatně řešit své osobní, rodinné i společenské problémy.“ (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19)

V současné době lze definovat individuální sociální práci v souladu s Wendetem (Stimmer, 1996) jako metodu sociální práce s jednotlivcem nebo rodinami, kteří potřebují podporu jakoukoliv formou osobní (individuální) pomoci. O individuální sociální práci můžeme hovořit právě proto, že jde o pomoc individualizovanou. Individualizace je vyjádřením jedinečnosti problému klientů. Toto pojetí je vyjádřením chápání klienta nikoliv jako objektu, ale subjektu sociální práce. Pak jde mezi sociálním pracovníkem a klientem o interakci charakterizovanou jako komunikativní symetrie. Cílem interakce je orientace na společnou definici klientova problému (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19).

Příkladem individuální sociální práce s klientem v terapeutické komunitě je spolupráce sociálního pracovníka s klientem. Sociální pracovník s klientem řeší různá témata, např. pomoc při evidenci na úřadě práce, vyjednávání se soudy, exekutory, splátky alimentů apod. Sociální práce usnadňuje klientům přístup k síti různých institucí a pomáhá jim v oblasti sociálně právní (Makovská - Dolanská, 2007, s. 153).

V českých podmínkách poměrně mladou a ještě stále málo využívanou metodou je **case-management**. K jeho základním prvkům patří přehled o potřebách a schopnostech klientů, plánování péče s jasně definovanými cíli, uskutečnění plánu za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku, vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí. Case-management je chápán jako odklon od terapeuticky zaměřeného poradenství. Základem metody je důvěrný vztah mezi klientem a pracovníkem, cílem je vytvořit spolupráci mezi jednotlivými složkami sociálního systému, která mu účinně pomůže k tomu, aby mohl samostatně

fungovat ve společnosti. Obsahuje navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování služby, ukončení práce a evaluaci (Škvařilová, 2009, 505).

Další metodou, která se využívá při práci s uživateli návykových látek, je **socioterapie** (Mahrová, 2008, s. 141). Pojem socioterapie se jednou používá ve smyslu psychoterapeutických postupů zaměřených na sociální postoje, jindy se tím myslí techniky ovlivňování prostředí, v němž člověk žije. Socioterapie se používá také pro označení práce sociálního pracovníka nebo ergoterapeuta. Socioterapie se zdá příliš všeobecná, než aby ji bylo možné definovat z hlediska jednoho oboru. Má multidisciplinární charakter, aplikuje zejména poznatky z psychoterapie, psychologie, sociální práce, speciální pedagogiky, práva, sociologie a medicíny (Dörner, Polog, 1996, s. 295).

Socioterapie prioritně vyhledává u klienta zdravé formy chování a vůbec to, co je v klientovi „zdravé“. To podporuje a vyzdvihuje. Dává tak významný prostor pro zvýšení sebevědomí a sebehodnocení. Socioterapie je takový způsob práce s klientem a jeho bezprostředním okolím (příbuzní, spolupracovníci, společnost), který směřuje k nápravě a opětovnému fungování narušených sociálních vztahů. Základ socioterapie tvoří psychoterapie a úkolem socioterapeuta je propojovat jednotlivé prvky sociálního systému tak, aby vzájemně spolupracovaly a hledaly cestu k nápravě narušených vztahů. Kromě klienta jsou do spolupráce přizváni všichni odborníci (lékař, psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník, právník) pokud to jeho situace vyžaduje. Cílem socioterapie je zvýšit kvalitu života jednotlivce, mobilizovat jeho vnitřní kapacity a sociální vztahy směrem k zmírnění napětí v jednotlivci a v jeho sociálním systému (Dörner, Polog, 1996, 295-300).

4.2.2 Sociální práce se skupinou

Na individuální sociální práci navazuje **sociální práce se skupinou**. Při práci s klientem je nutné pracovat i s jeho rodinou a celým sociálním okolím, které ho obklopuje nebo obklopovalo. Skupinovou sociální práci definují Schimmerlingová a Novotná (1992): „... jako psychosociální působení na skupinu lidí s nějakým společným znakem s cílem, aby se stali celistvou osobností nebo ji znovu objevili a mohli se celkově zdravě vyvíjet.“ Ve skupině si mohou tyto lidé uvědomit, že nejsou osamoceni, že stejné obtíže a problémy prožívají i druzí a že společně mohou hledat a nalézat cesty vedoucí k řešení těchto problémů. Termín skupinová práce je obecný výraz používaný k označení různých typů profesionální práce se skupinami lidí, které

se využívají v terapeutické komunitě. V sociální práci rozlišujeme tři orientace v práci se skupinou, a to: skupinová sociální práce, skupinová terapie a sociální práce se skupinou, jejich charakteristiky popisují autoři Middlemanová a Goldberg. (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19).

Skupinová sociální práce je metoda využívající skupinový proces k posílení sociálního fungování členů skupiny i skupiny samotné. Jedná se o účelný postup jak pomoci více lidem, kteří se potýkají s podobnými problémy současně. Skupinová sociální práce souvisí hlavně se vzděláváním, rekreačními aktivitami a sociální akcí směřující ke komunitní změně (Havránková, O., In Matoušek, 2003, str. 153-156).

V terapeutické komunitě se uplatňuje tato metoda při realizaci volnočasových aktivit, které jsou řízeny týmem. Jde například o zátěžové a zážitkové aktivity, které jsou spojeny zejména s výjezdem skupiny mimo komunitu. Zážitek by měl být pro klienty atraktivní v tom, že umožňuje překonání sama sebe, strach, únavu, pohodlí atd. Tyto aktivity posilují interakce ve skupině, ověřují schopnosti zvládnání zátěže jak v individuální, tak skupinové rovině. Tyto akce mají také výchovně poznávací charakter. Fungují jako nácvik praktických činností např. balení věcí, plánování, vedení skupiny. V případě „šéfa akce“ podporují komunikační dovednosti. Zátěžové akce patří ke skupinovým aktivitám, které mají za cíl dát klientovi schopnost prožít silný zážitek bez užití návykové látky. Ačkoliv tradiční skupinová práce má na členy léčebný vliv, nejedná se o terapii (Rataj In Nevšimal, 2007, s. 168).

Další orientací sociální práce se skupinou je **skupinová terapie**, která je intervenční strategie zaměřená na pomoc jednotlivcům s duševními problémy nebo problémy se sociální adaptací. Pracovník je zde expertem, jenž si po celou dobu uchovává centrální pozici v pomáhajícím procesu. Skupinová terapie jako léčebná metoda nemůže být považována za sociální práci, ale terapie může být součástí sociální práce se skupinami (Barker, 1991, s. 97). V terapeutické komunitě je skupinovou terapii komunitní setkávání (ranní a večerní setkávání klientů), která jsou zaměřená jednak na více technické skutečnosti týkající se celé komunity, či na skupinová sezení, která využívají skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny a terapeutu. Sociální pracovník se může i nemusí setkání zúčastnit (Chytil, Mahrová, 2008, s. 19).

Posledním typem skupinové sociální práce je **sociální práce se skupinami**, kdy se věnuje primární pozornost skupině, sekundárně pak jednotlivci. Zaměřuje se na dosahování cílů, které jsou vymezeny ve skupinové smlouvě. Snaží se o maximum vzájemné pomoci mezi členy skupiny, rozvoj skupiny, její autonomie, poznání

skupinové soudržnosti. Sociální pracovník pomáhá členům získat informace jeden o druhém, vědomí sounáležitosti a smysluplnosti práce ve skupině, podporuje komunikaci mezi členy (Klimentová, 2001, s. 64). Jako příklad lze uvést setkávání klientů bez účasti pracovníků (sociálního pracovníka, terapeuta), kdy si klienti setkání řídí sami – jde o tzv. samořídící skupiny. Tento způsob vede skupinu k osamostatnění a svépomoci (Nevšímal, 2007, s. 115).

4.2.3 Komunitní sociální práce

Komunitní sociální práce patří mezi nejmladší metody sociální práce uvedené dle dělení podle počtu klientů, kterým se sociální pracovník věnuje. Velkým impulsem k jejímu propracování a postupnému uplatňování v praxi byla III. Mezinárodní konference sociální práce na téma „Sociální práce a obec“, která se konala v roce 1936 v Londýně. Komunitní sociální práci definují (Novotná, Schimmerlingová, 1992) jako pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku, bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu. Respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby komunity.

Podle Řezníčka (1994, s. 60) je posláním komunitní sociální práce mobilizace občanské svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních rozvojových programů. Pro komunitní práci je typické to, že se uskutečňuje ve prospěch většího množství lidí, že je k ní třeba spolupráce s představiteli samosprávné nebo státní politické moci a že se v ní angažují občanskí aktivisté nebo přímo obyvatelstvo. Sociální pracovníci obvykle hrají úlohu podněcovatelů a organizátorů této činnosti.

Příhodová (2000, s. 9-19) uvádí, že komunita v sociální práci je vymezena ve třech kategoriích a lokalitou (městská část, sousedství, obec, ulice), nebo skupinou lidí, které spojují společné podmínky, nebo je složena z lidí, které spojuje společný problém.

Kinkor (In Matoušek, 2003, s. 253) uvádí několik typů komunit, se kterými se můžeme v praxi setkat, a to s komunitou občanskou, výcvikovou, spirituální a komunitou terapeutickou. Občanská komunita je společenství osob, které vykonávají na společném prostoru každodenní aktivity. Výcviková komunita je pak podle Kinkora (2003) společenstvím osob, které se zaměřují na sebepoznání a nácvik dovedností (např. výcvikové komunity v rámci vzdělávání v psychoterapii SUR). Spirituální komunita je společenství osob, které sdílí podobné myšlenky a ideje a snaží se společně o spirituální rozvoj (např. náboženské komunity). Posledním typem komunit jsou pak

komunity terapeutické, které již zmíněný autor popisuje jako specifickou formu léčebné instituce, která umožňuje spolurozhodování všech členů a jejich otevřenou komunikaci. Podrobně o terapeutické komunitě jsem se zmínila v kapitole č. 3.

Cílem sociální práce s komunitou je poznání sociálních potřeb a problémů v komunitě, zpracování návrhů řešení, se kterými komunita souhlasí a je ochotna se na nich spolupodílet. Také zapojení všech schopných obyvatel, dostupných prostředků a možností komunity do sociální aktivity (Klimentová, 2001, s. 69).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sociální pracovníci mají k dispozici množství teorií sociální práce. Na druhé straně existuje málo teorií, které dokážou komplexně vysvětlit různé aspekty klientova života a nabídnout přesně cílenou pomoc. Vždy se jedná o individuální záležitost. Přijmout a uplatňovat jedinou teorii je možné pouze tam, kde to dovoluje povaha klientů a jejich problémů. Většinou je však v praxi sociálních pracovníků potřeba vzájemně kombinovat a využívat více teoretických znalostí. Většinou lze říci, že klientem terapeutické komunity je člověk, který se kromě závislosti na některé z návykových látek potýká ještě s řadou dalších problémů. Práce s takovým klientem je dlouhodobá, vyžaduje mnoho trpělivosti ze strany pracovníka. Obtížné je zejména zachovat si přístup bez předsudků, nehodnotit ze svého pohledu. Právě proto se v posledních letech stává běžnou součástí sociální práce **eklektický přístup**, což podle Matouška (2001, s. 199) znamená, že můžeme využívat více teoretických konceptů současně. Ze základních teorií a metod sociální práce využívají pracovníci terapeutické komunity v nejvyšší míře individuální a skupinovou sociální práci.

Po rozpracování tématu sociální práce se zaměřím blíže na sociální práci v terapeutické komunitě.

4.3 Sociální práce v terapeutické komunitě

V této kapitole bych se chtěla věnovat postavení sociální práce v terapeutických komunitách, zaměřit se na to, co je úkolem a pracovní náplní sociálního pracovníka, jaké řeší sociální problémy a jak probíhá sociální práce v terapeutické komunitě.

4.3.1 Rozdělení sociální práce v terapeutické komunitě

Odborníci na léčbu závislosti na návykových látkách se shodují, že sociální práce je nedílnou součástí léčebného procesu. Makovská - Dolanská (2007), sociální

pracovnice dlouhodobě působící v oblasti drogových služeb, popsala dvě možné podoby sociální práce v terapeutické komunitě.

V prvním případě lze na sociální práci pohlížet jako: „*nedílnou součástí léčebného procesu v komunitě.*“ Sociální práci v tomto pojetí můžeme nazvat sociální prací v širším slova smyslu. Makovská - Dolanská (2007, s. 153) uvádí, že sociální práce se v tomto typu stává součástí každodenního chodu komunity, a tím i individuálního vývoje klienta. V odborném týmu pak však velmi často chybí profesionální sociální pracovník, který by se věnoval hlavně řešení sociální problematiky. V takovém modelu se v dobře fungujícím týmu mohou cítit všichni pracovníci rovnocenně. Klient je pak motivován k řešení sociálních záležitostí a své sociální problémy vnáší do pravidelného dění v komunitě. Nevýhodou však může být malý prostor v léčebném procesu k zabývání se konkrétními sociálními problémy. Např. ve chvíli osobní krize, kdy se klient rozhoduje o další abstinenci, se pozornost odborného týmu soustřeďuje na tato témata a sociální problematika ustupuje do pozadí. V tomto případě je zpravidla podmínkou, aby si takový sociální pracovník doplnil specializační vzdělání (např. speciální výcvik v individuální a skupinové psychoterapii, v rodinné terapii nebo SUR - Skála, Urban, Rubeš).

V druhém případě je sociální práce vnímána jako „*samostatná aktivita vyžadující jisté oddělení od léčebných, terapeutických a jiných aktivit.*“ Lze ji označit za sociální práci v užším slova smyslu. V tomto pojetí je profesionální sociální pracovník členem terapeutického týmu a jeho jedinou náplní práce je vykonávat sociální práci. Zabývá se výhradně sociální problematikou klientů a ostatních programů (ranní komunity, garantství klientů, terapeutických skupin) se neúčastní. Dochází tak k oddělení sociální problematiky od léčebných a terapeutických aktivit. Takový sociální pracovník chodí do práce pouze na denní směny. V domě terapeutické komunity má svou kancelář, kde s klienty pracuje. Nejčastěji se zabývá sociální problematikou, zpracovává sociální anamnézy, někde také organizuje přijetí a propouštění nových klientů (Makovská - Dolanská, s. 154).

Podle Makovské - Dolanské (2007, s. 154) s sebou nese tento model výhody a nevýhody. Výhodou může být skutečnost, že sociální pracovník je profesionál vzdělaný natolik dostatečně, aby věděl, které nástroje, metody a techniky použít při práci s klientem. Pojetí tak umožňuje, že se sociální pracovník může s klientem zabývat sociálními problémy i v případě, že náplní terapeutického procesu jsou jiná témata. Řešení problému tak nestagnuje a je efektivní.

Jako v předchozím případě i v tomto přístupu můžeme najít jisté nedostatky. Důležitým aspektem je to, jak je sociální pracovník vnímán ostatními členy týmu. V celém komplexním terapeutickém procesu se může některým členům odborného týmu sociální problematika klienta jevit jako méně podstatná než terapie, která je v takovém smýšlení nadřazenější. To s sebou přináší různá úskalí. Jednak se sociální pracovník může cítit méněcenným členem týmu, a je také možné, že jakmile začnou někteří členové týmu považovat sociální problematiku klienta za méně důležitou, v tu chvíli o ní začne stejně smýšlet i klient. V takovém případě se pak klientova schopnost podílet se na řešení svých sociálních problémů výrazně snižuje, protože je vnímá jako nedůležitou. Je vhodné připomenout, že se jedná o teorii, a ne ve všech terapeutických týmech tomu tak musí být. Zřejmě to závisí na osobnostech pracovníků a vedoucího terapeutické komunity (Jeřábková, 2013, s. 43).

4.3.2 Sociální pracovník a jeho předpoklady pro sociální práci

Pro uživatele všech návykových látek je typická kumulace potíží ve všech oblastech života, přičemž tyto potíže musí řešit více odborníků. Proto je nutností multidisciplinarita terapeutického týmu. Kalina (2008) uvádí, že v posledních letech jsou terapeutické týmy složeny zejména z pracovníků, kteří mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce), specializované výcviky (ve skupinové a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod.), důležitým předpokladem pro práci se závislými v TK jsou i osobnostní vlohly (Kuda In Nevšímal a kol., 2007, s. 64-65).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 115 odst. 1a - e) vymezuje okruh pracovníků pro výkon činnosti v sociálních službách, kterými jsou dle příslušného zákona sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, psychologové a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Sociální pracovník v souladu s tímto zákonem provádí sociální šetření, zabezpečování sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Provádí odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).

Dále sociální pracovník zajišťuje informace a odborné podklady pro sociální práci včetně jejich zpracování. Kromě zpracovávání rozsáhlé dokumentace musí sociální pracovník komunikovat s dalšími odborníky, zprostředkovávat návazné služby, tj. kontaktovat jiná zařízení a instituce. Musí stále sledovat vývoj na poli sociálních služeb, ověřovat kontakty, rozšiřovat jejich databáze, dohledávat nové informace. Velmi důležitá je také osobní znalost příslušných zařízení či pracovníků v nich. (Mahrová, 2008, s. 149).

V současné české praxi se můžeme setkat i se zdravotně sociálním pracovníkem v terapeutických komunitách v rámci zdravotnických zařízení, a to v rámci psychiatrické léčebny (nemocnice), jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Odbornou způsobilost pro výkon sociálního pracovníka ve zdravotnictví upravují obě oblasti, jak instituce sociální práce, Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, tak instituce zdravotnictví, Zákonem č. 96/2004Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. V roce 2011 byly stanoveny Vyhláškou MZ č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků konkrétní pracovní činnosti zdravotně sociálního pracovníka.

Zdravotně sociální pracovník působí jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče, vykonává tedy odbornou činnost v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. Měl by znát problematiku jednotlivých onemocnění, znát důsledky, jež mohou jednotlivá onemocnění přinášet pro život klienta, a to ať v oblasti somatické, psychické či sociální (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník (zdravotně sociální pracovník) by měl být především profesionálem schopným reflexe a z této pozice by měl posuzovat ostatní povinnosti. Své jednání by měl vždy dokázat veřejně obhájit (Matoušek, 2003, s. 46). Sociální pracovník při výkonu své profese vykonává několik různých rolí, které se mnohdy prolínají. Role sociálního pracovníka je přímo závislá na charakteru organizace, kde sociální pracovník pracuje, také na způsobu vedení organizace, na jejím poslání. V jiné roli bude působit sociální pracovník v poradně pro rodinu a v odlišné roli pak sociální pracovník v terapeutické komunitě.

Ve stručnosti bych zmínila rozdělení rolí sociálního pracovníka podle přístupu k praxi podle Banksové (Matoušek, 2003, s. 46). Angažovaný sociální pracovník chápe svou práci jako způsob, kde uplatňuje morální osobní hodnoty. S klienty jedná jako se spolupřijíci lidskými bytostmi, jedná s nimi empaticky a s respektem. Může ale

bohužel dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem nebo k vyhoření pracovníka. Proto je důležité, aby se pracovník pohyboval v rámci práv a povinností. Další je radikální sociální pracovník, který taktéž vkládá své osobní hodnoty do praxe. Primárně mu jde o změnu zákonů z oblasti sociální politiky a praxe, které považuje za nespravedlivé. Jde mu spíše o otázku politické ideologie a o práci v zájmu sociální změny. Model byrokratického sociálního pracovníka doporučuje oddělení osobních hodnot, profesionálních a hodnot zaměstnavatele. Cílem práce je manipulace s lidmi za účelem jejich změny. Profesionální pracovník je vzdělaný ve svém oboru, veden etickým kodexem a jeho identitu tvoří především členství v profesi. Prioritou jsou práva a zájem klientů. Důležitý je individuální vztah s klientem, kterého sociální pracovník chápe jako aktivního klienta (Matoušek, 2003, s. 47).

Další dělení rolí je možné podle Kopřivy (1997), který dělí pomáhající pracovníky podle jejich angažovanosti (neangažovaný a angažovaný pracovník, kontrola nad klientem, obětování se pro klienta). V odborné literatuře najdeme i dělení podle Řezníčka (1994), kdy lze rozdělit role sociálních pracovníků podle povahy problému (pečovatel nebo poskytovatel služeb, zprostředkovatel služeb, cvičitel-učitel sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový manažer, personální manažer, administrátor, činitel sociálních změn).

Pro úspěšné zvládnutí role sociálního pracovníka je důležité, aby osoba, která chce vykonávat tuto profesi, měla určité předpoklady a dovednosti. Matoušek (2003, s. 52-53) uvádí obecně pro pracovníka pomáhajících profesí jako zásadní zdatnost a inteligenci (fyzická zdatnost jako zdroj energie, schopnost seznamovat se s novými technikami, číst odbornou literaturu, atd.), přitažlivost (fyzický vzhled, odbornost a pověst), důvěryhodnost a komunikační dovednosti (zejména naslouchání a empatie). Podle Havrdové (2001) mezi osobnostní předpoklady odborného pracovníka patří: laskavost, ochota, ohleduplnost, schopnost adekvátní komunikace s cílovou skupinou, respekt k důstojnosti a bezpečí klienta orientace v dané službě, znalost jejich cílů a metod.

4.3.3 Sociální práce s klienty v terapeutické komunitě

U většiny klientů při rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity hrají roli spíše vnější motivační faktory (ztráta rodinného zázemí, obava odejmutí dítěte a jeho umístění do náhradní výchovné péče, hrozba trestního stíhání, apod.). Výraznější

motivace klientů se zpravidla formuje až v průběhu samotné léčby (Matoušek, 2005, s. 221).

Mezi hlavní cíle léčby v průběhu pobytu v terapeutické komunitě patří změna **životního stylu** a přijetí abstinence jako nezbytné součásti dalšího života klienta. Mezi další cíle léčby patří schopnost klienta přijmout plnou odpovědnost za sebe a své jednání, nácvik dovedností potřebných ke zvládnutí různých situací, zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory, stabilizace sociálních podmínek klientova života. Proto, aby uvedené cíle léčby byly naplněny, měla by pobytová léčba všem klientům zaručit bezpečné a podnětné prostředí. Takové prostředí je zajišťováno zejména otevřenou komunikací, jak mezi terapeuty a klienty, tak i mezi klienty navzájem, s možností konfrontace a v některých zařízeních i společným rozhodováním všech zúčastněných o podmínkách léčby (Matoušek, 2005, s. 221).

Základním cílem sociální práce v terapeutické komunitě je dosažení maximální možné míry **sociální stabilizace klienta** ve smyslu nastolení takové životní situace, která v budoucnu nebude komplikovat, nebo dokonce neznemožní udržení a rozvoj dosažených změn a abstinenci od návykových látek. Za dílčí cíle lze považovat schopnost definovat jednotlivé problémy a vytvořit plán řešení. Naplnění tohoto cíle se v mnohých směrech může zdát obtížné, protože klienti mají často velmi malý přehled o skutečném stavu své sociální situace. V tomto případě je nutná spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem s návazností na spolupráci s potřebnými institucemi (Makovská - Dolanská In Nevšímal a kol., 2007, s. 156).

V první fázi je práce s klientem v terapeutické komunitě zaměřena více na minulost klienta, postupně na současnost a budoucnost (hledání nového životního smyslu a plánování života po absolvování léčby). Sociální pracovník spolu s dalšími členy týmu napomáhá tomu, aby klienti hovořili otevřeně o svých problémech, sdíleli je se skupinou a byli schopni je adekvátně zpracovat. Kromě toho celý tým vede klienta k tomu, aby rozpoznal a porozuměl vlastnímu vzorci užívání drog a jeho spouštěcím mechanismům (Müllerová, Matoušek, Vondrášková, 2005, s. 221).

V praxi se nejlépe osvědčilo zpracování podrobné sociální anamnézy hned v prvním měsíci při pobytu v terapeutické komunitě. Jejím výsledkem by mělo být určení problematických oblastí a stanovení postupů jejich řešení. Ke stěžejním sociálním problémům patří chybějící osobní doklady, neplacení zdravotního pojištění (aktuálně se řeší např. registrací na úřadu práce), zajištění minimálního příjmu ze sociálních dávek, trestně právní problematika, dále pak možnost bydlení

a zaměstnání po ukončení léčby, nedokončené vzdělávání a dluhy vůči institucím, rodině apod. (Makovská - Dolanská, 2007, s. 157).

Významnou součástí sociální práce s klientem v léčbě je postupné obnovování kontaktů s vnějším sociálním prostředím. Sociální pracovník motivuje a podporuje klienta k obnovení vztahů s příbuznými. Nabídka rodinné terapie umožňuje klientovi navázat komunikaci s jeho rodinou a postupné usmíření. Někdy dojde i ke společné dohodě při řešení různých problémových situací. Pro klienta je významné opětovné získání podpory ze strany rodiny (Radimecký In Nevšimal a kol., 2007, s. 137).

V závěrečné fázi dlouhodobé léčby se klient postupně připravuje na zvládnutí nároků, kterým bude muset čelit po ukončení léčby. Prevence relapsu vyžaduje přípravu na radikální změnu způsobu života. Žádoucí bývá přerušeni nebo omezení kontaktu s lidmi, s nimiž se klient před léčbou stýkal. Na tomto souboru změn je nutné s klientem dlouhodobě a trpělivě pracovat a připravit se na to, že směřování k těmto cílům bude narážet na různé problémy, na měnící se motivy a postoje klienta. Sociální pracovník může být klientovi velmi užitečný ne jako osoba autoritativně udílející rady, ale jako respektovaný partner, který klientovi poskytuje zpětnou vazbu týkající se klientových plánů a rozhodnutí (Müllerová a kol., 2005, s. 222).

Některá z pobytových léčebných zařízení podporují v závěrečné fázi léčby směřování k autonomii a samostatnosti klienta tím, že součástí této fáze léčby je např. povinnost zajistit si brigádu, popřípadě zaměstnání. Někteří klienti mohou mít v plánu i získávání kvalifikace pro výkon budoucího povolání, nebo rekvalifikační kurz (Müllerová a kol., 2005, s. 222). Dále musí mít klient přehled o probíhajících trestních řízeních a možný plán řešení. Do doléčování by měl také vstupovat s jasným přehledem o výši dluhů a harmonogramem jejich splátek. Po ukončení léčby by měl klient navázat spolupráci s některým programem následné péče (Makovská - Dolanská, 2007, s. 158).

Výzkumná část

5 Realizace výzkumu

V teoretické části práce jsem popsala terapeutickou komunitu a přiblížila možnosti sociální práce v terapeutické komunitě a její postavení v tomto prostředí. Toto téma jsem si zvolila proto, že se jedná o specificky vytvořené prostředí, kde je ohromný prostor pro změnu životního stylu člověka, přijetí abstinence jako nezbytné součásti dalšího života klienta.

K realizaci výzkumu zaměřeného na sociální práci v terapeutické komunitě jsem oslovila vedoucí Terapeutické komunity Fides v Bílé Vodě, kde jsem se setkala s vstřícným přístupem k mým požadavkům a potřebám výzkumného záměru. Terapeutická komunita Fides je součástí zdravotnického zařízení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, která má pod sebou čtyři komunity pro uživatele závislé na návykových látkách (příloha č. 2).

5.1 Cíl a dílčí výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jak je realizovaná sociální práce v terapeutické komunitě, s jakými problémy klientů se sociální pracovník nejčastěji setkává a jaké používá techniky a metody sociální práce.

Pro lepší přehlednost a především důkladnější provedení výzkumu jsem si stanovila ještě dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké je postavení sociálního pracovníka v týmu a jaký má obsah práce?
2. S jakými problémy se sociální pracovník v terapeutické komunitě setkává a jak je řeší?
3. Jaké techniky a metody sociální práce sociální pracovník používá?

5.2 Metodologie výzkumu

Zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu. Tento výzkum se zakládá na počátečním stanovení tématu a základních výzkumných otázek. Otázky je možno v průběhu výzkumu, sběru a analýzy dat upravovat, doplňovat. Výzkum pracuje s omezeným počtem jedinců, obvykle na jednom místě. Výhodou kvalitativního výzkumu je možnost hloubkového poznání případů (Hendl, 2008, s. 48 – 51).

5.2.1 Metoda získávání dat

S ohledem na zvolený kvalitativní výzkum jsem se jako metodu získávání dat rozhodla použít polostrukturovaný rozhovor. Pro získání dat, týkajících se názorů, postojů, zkušeností či hodnocení je rozhovor nenahraditelnou metodou, která představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Tato technika je sice náročná, ale ponechává prostor pro zachycení subjektivních pocitů a individuálních zkušeností. Polostrukturovaný rozhovor kombinuje výhody rozhovoru strukturovaného a nestrukturovaného. Rozhovory byly vedeny pomocí scénáře s devatenácti připravenými rámcovými otázkami, které byly v průběhu rozhovoru rozvíjeny a doplňovány dalšími podotázkami (byly použity v případě, že respondent nebyl schopen přesněji vyjádřit vlastní kritéria, nebo i pro ujasnění a doplnění odpovědí). Dávaly tak respondentovi i tazateli směr, ale také prostor pro jejich vzájemnou komunikaci. Okruhy otázek k rozhovorům jsou uvedeny v příloze číslo 3.

Před započítím výzkumu byli všichni respondenti ubezpečeni o tom, že všechny informace poskytují zcela anonymně. Všichni dotazovaní zaměstnanci s nahráváním rozhovorů na diktafon souhlasili. Při rozhovorech jsem měla připravený záznamový arch nejen pro případ, kdyby selhalo nahrávací zařízení, ale především k zaznamenávání emočních projevů respondentů, které nelze zachytit nahrávacím zařízením.

5. 2. 2 Zpracování získaných dat

Jak uvádí Hendl (2008, s. 223), kvalitativní analýza je uměním zpracovat smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku. Data, která jsme získala z rozhovoru, jsem přepisovala nejpozději druhý den, kdy jsem byla schopna si vybavit i doprovodné jevy. Bylo tak možné zaznamenat komentáře a dojmy, rozhovory jsou tak popsány poznámkami. Hendl (2008, s. 208) označuje tuto proceduru, tzv. transakci, jako časově poměrně náročnou, pro vyhodnocení rozhovorů však nezbytnou. Přepis rozhovorům psané podoby se ukázal jako časově velice náročná, mnohohodinová činnost.

Pro zpracování získaných dat jsem použila kvalitativní analýzu. Analýza dat je v kvalitativním výzkumu prováděna už s jejich sběrem. Pro analýzu a zpracování dat jsem ve své práci využila postupů zakotvené teorie, a to otevřeného kódování

a vytváření kategorií. Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 85) je tento způsob k provedení analýzy dostačující.

Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, rozpracovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text (přepsaný rozhovor) rozdělen na jednotky, k těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) částmi textu potom výzkumník dále pracuje (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 211). Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme významové jednotky a snažíme se zjistit, zda náleží nebo nenáleží jinému podobnému jevu. Tímto způsobem jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu, který nazýváme kategorie. Kategorie k sobě mohou vázat i další podskupiny, tzv. subkategorie. Kategorie a subkategorie pojmenováváme dle potřeby příhodnými názvy (Miovský, 2009, s. 229).

Prakticky tato fáze probíhala tím způsobem, že jednotlivé rozhovory v písemné formě byly rozprostřeny na podlaze a barevnými centrofixy v nich byly označovány ty pasáže, které se týkaly stejných problémů, měly stejný obsah. Na základě tohoto rozdělení jsem vytvořila deset kategorií. S ohledem na cíle a záměr své práce jsem k dalšímu zpracování vybrala ty kategorie, které odpovídají výzkumným otázkám v zadání této práce.

Zvolené kategorie jsem označila těmito názvy: poradce, terapeut, finanční zajištění, trestní stíhání, zdravotní potíže, vztahy, individuální práce.

5.3 Průběh výzkumu

K realizaci výzkumu jsem oslovila v červnu 2013 telefonicky vedoucí Terapeutické komunity Fides v Bílé Vodě, kde jsem před šesti lety vykonávala odbornou praxi. Domluvila jsem se na osobní schůzce s vedoucí komunity a představila jsem jí svůj předběžný plán výzkumu. S vedoucí komunity Fides jsem se dohodla na realizaci výzkumu v měsíci září 2013. Pro výzkum jsem zvolila tři komunity pracujících se závislými klienty, které jsou součástí Psychiatrické nemocnice Mariany Oranžské v Bílé Vodě (dále jen PN Bílá Voda). Vedoucí terapeutické komunity Fides mi telefonicky dojednala jednotlivá setkání s dalšími respondenty. Výzkumný soubor tvořilo šest zaměstnanců.

Sběr dat jsem provedla v měsíci září a říjnu 2013 ve třech komunitách, vždy v kanceláři vedoucího pracovníka komunity. Jednotliví respondenti jsou proto

označování číslicemi 1, 2, 3, 4, 5, 6. Délka jednotlivých rozhovorů se lišila, nejkratší rozhovor trval přibližně 40 minut, nejdelší přibližně 50 minut. Časové rozpětí ovlivnila především schopnost jednotlivých respondentů komunikovat, jejich pohotovost reagovat na mé dotazy. Směr rozhovorů mi pomohla udržet předem stanovená osnova základních otázek, metoda polostrukturovaného rozhovoru mi umožnila dále dotazy rozvíjet a doptávat se.

5.4 Výzkumný vzorek

Pro uskutečnění kvalitativního výzkumu jsem zvolila záměrný výběr výzkumného vzorku, což znamená, že vyhledáváme účastníky výzkumu podle určitých kritérií.

Při výběru výzkumného vzorku jsem vycházela z kritérií, aby respondenti měli vzdělání v sociální zdravotní oblasti a tuto pracovní činnost vykonávali nejméně 5 let. Výzkumný soubor tvořilo šest zaměstnanců, kteří jsou zaměstnáni v terapeutických komunitách pro klienty závislé na návykových látkách. Pět pracovníků mělo vysokoškolské vzdělání a jedna pracovnice si dodělává vyšší odbornou školu sociální. Výzkumného šetření se zúčastnili dva muži a čtyři ženy ve věku 35 - 47 let, délka jejich praxe je 7-18 let v terapeutické komunitě. Zveřejněné údaje mi pracovníci sdělili na začátku rozhovoru. Pro lepší přehlednost základní údaje o dotazovaných uvádím v tabulce.

Tabulka č. 1 Účastníci výzkumu

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání, obor	Pracovní pozice	Délka praxe
1	35	muž	Vysokoškolské, sociální pedagogika	zdravotně sociální pracovník	7
2	39	žena	Vysokoškolské, sociální práce	vedoucí komunity	17
3	35	žena	Vysokoškolské, sociální práce	zdravotně sociální pracovník	5
4	41	žena	Vysokoškolské, sociologie	vedoucí komunity	18
5	40	muž	Vysokoškolské, sociální pedagogika	vedoucí komunity	5
6	47	žena	Středoškolské, doplňující si vyšší odborné vzdělání sociální	zdravotně sociální pracovník	13

5.5 Analýza výzkumných dat

V předchozích kapitolách jsem uvedla, jaké metody a postupy jsem použila pro realizaci výzkumného šetření. Nyní provedu interpretaci a vyhodnocení zjištění, ke kterému jsem za pomoci polostrukturovaných rozhovorů dospěla. Konkrétní odpovědi respondentů, které v této části přímo cituji, jsem pro přehlednost odlišila od ostatního textu uvozovkami a kurzívou.

5.5.1 Postavení sociálního pracovníka v komunitě a obsah jeho práce

Pohledy pěti respondentů na postavení sociálního pracovníka v terapeutické komunitě se shodovaly v tom, že sociální pracovník by měl být **poradcem** a také **terapeutem**. Z rozhovorů vybírám následující odpovědi:

R. č. 3: *„Sociální pracovník pracující v terapeutické komunitě by měl být především fundovaným odborníkem. Měl by být poradcem a také terapeutem. Je důležité, aby byl nedílnou součástí týmu, protože má přehled o jednotlivých problémech klienta.“*

R. č. 6: *„Každý pracovník i sociální pracovník musí mít terapeutické schopnosti, dále je nezbytné, aby zvládal běžný život, měl určité dovednosti a uměl klientovi poradit s jeho problémy.“*

Zajímavý byl i **výčet činností**, které respondenti vyjmenovávali v souvislosti s obsahem své práce. Všichni uváděli shodně, že se účastní celého programu komunity, ranní a večerní komunity, velké komunity, pracovních bloků, postupují podle rozvrhu dne. Vedou s klienty individuální rozhovory, společně pracují na individuálních plánech, poskytují klientům podporu při řešení sociálních problémů.

R. č. 6: *„Já se účastním programů, ranní a večerní komunity, provádím s klienty individuální rozhovory, individuální plány, zaměřené na čem bude klient pracovat v léčbě, zařazení do komunity, přijímání pravidel, zvládání funkcí, zaměřujeme se na napravování vztahů v rodinách, komunikaci, napsání dopisů, vedeme klienty k tomu, aby si věci zařizovali sami, provádím drobné zdravotnické úkony.“*

R. č. 3: *„Já jsem zařazená jako zdravotně sociální pracovník, účastním se vedení komunit, garantství, dělám drobné zdravotnické úkony, vyřizování sociální záležitostí klientů (rodný listy, občanky, dávky hmotné nouze), řešení sociálních problémů klientů“ ...*

Tři respondenti navíc uvedli, že jsou odpovědni za vedení terapeutických programů (pracují jako vedoucí komunity), mají na starosti celý tým pracovníků, v případě potřeby a zájmu klientů poskytují individuální terapii. Poskytují také klientům pomoc při řešení sociálně právních problémů a poskytují klientům sociálně právní poradenství.

V odpovědích pěti respondentů jsem se setkala i s názorem, že sociální práce je důležitou součástí terapeutických programů, pracovníci odpovídali takto:

R. č. 3: *„Já si myslím, že kde jsem pracovala já..., je součástí, a ...je lepší, když je součástí, protože pak ten pracovník ví o tom, že klient pobírá dávky hmotné nouze a mluví se o tom i v rámci terapeutického procesu, pracuje se s ním celistvě, komplexně.“*

R. č. 6: *„Určitě do toho patří, má tam svoje místo, v komunitě určitě, určitě by to nezvládala jen jedna pracovnice, je lepší co můžeme, že to v té komunitě uděláme. Sociální pracovník by měl být určitě v týmu, protože jak zdravotní oblast, terapeutická i sociální oblast tvoří jeden celek.“*

Pět respondentů uvedlo, že mají psychoterapeutický výcvik různého směru (jeden pracovník sebezkušenostní výcvik v dynamicky orientované psychoterapii, tři pracovníci SUR, jeden pracovník integrativní psychoterapeutický výcvik). Dále tři respondenti uvedli, že již dříve absolvovali roční akreditovaný kvalifikační kurz sociálně zdravotní pracovník.

Celkové vyhodnocení této kategorie přináší následující zjištění. Podle výpovědí respondentů se potvrdilo, že sociální pracovník je současně poradcem a terapeutem. Je součástí pracovního týmu, má rovnocenné postavení a zabývá se jak sociální prací, tak i terapeutickým programem. Sociální práce se tedy jeví jako nedílná součást léčebného procesu a stává se součástí každodenního chodu komunity.

5.5.2 Problémy klientů a možnosti jejich řešení

Tato kategorie zahrnuje čtyři oblasti: finanční zajištění, trestní stíhání, zdravotní potíže a vztahy. Kategorii **finanční zajištění** jsem z důvodu její obsáhlosti rozdělila do tří subkategorí: příjem, dluhy, hospodaření s penězi.

Subkategorie č. 1 - Příjem

Při nástupu do terapeutické komunity se všichni dotazovaní pracovníci setkávají u klientů s problémem finančního zajištění. Pokud klienti nemají žádný příjem, pracovník jim poradí, že si mohou požádat o sociální dávky, např. pomoc

v hmotné nouzi, podporu v nezaměstnanosti či čerpání nemocenské. Žádosti o tyto dávky (kromě nemocenské) se podávají na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce České republiky, a to podle místa trvalého pobytu osoby.

Z rozhovorů vybírám následující odpovědi, které náleží do této subkategorie:

R č. 5: *„Někdy přijdou klienti jen s igelitkou, nemají žádný příjem, může se stát, že bude mít nárok na dávku hmotné nouze, nebo na podporu z pracáku, a když na ni nemohou dosáhnout, požádají o pomoc od příbuzných, půjček od rodiny, které jsou transparentní, udělá se smlouva o zapůjčení peněz – vzájemná dohoda.“*

R č. 1: *„Většina klientů je na hmotné nouzi a rozhodují o tom úřady, kolik komu dají, hmotnou nouzi dostávají 3 měsíce a pak tu částku snižují.“*

Subkategorie č. 2 - **Dluhy**

Dalším nejčastějšími problémy klientů je velká **zadluženost**, shoduje se na tom pět respondentů. Jedná se např. o neplacení zdravotního a sociálního pojištění, neplacení nájemného za byt, půjčky, úvěry. Klientům mohou často vznikat velké dluhy, které pak přerostou v exekuce.

R č. 6: *„...samozřejmě často dluhy, já mám někde nějaký dluh za černou jízdu tramvaji, nebo za neplacení zdravotní pojišťovny,... už je to v takovém stadiu, že mají exekuce.“*

R č. 4: *„...jednoznačně dluhy, pak je taková spolupráce s úřady, vedeme je hodně k samostatnosti, zkus napsat dopis a já si ho přečtu a doplním ti ho ...“*

R č. 1: *„Klient ví, že má řešit např. velké dluhy, je to velký problém, neví jak na to, proto je důležité ho rozpracovat na menší cíle. Zorientovat se, kolik dluhů má, povolat věřitele, plus jasně ohraničit, do kdy to musí splnit, to se osvědčilo.“*

Klient si nejprve společně s garantem zmapuje svou situaci a poté naplánuje konkrétní kroky k řešení. Jako příklad úkolů lze uvést: zjistím si dluh u MHD, podám žádost o splátkový kalendář, zatelefonuji na sociální odbor aj. Pracovníci, tzv. garanti, vedou klienty k tomu, aby se orientovali v dlužích, popř. požádali o splátkový kalendář.

Subkategorie č. 3 - **Hospodaření s penězi**

Dalším významným problémem klientů je, že neumí hospodařit s finančními prostředky.

R č. 4: *„... , další věc je naučit klienty hospodařit s nějakými penězi, protože byli zvyklí utratit 100 tisíc Kč za týden a na druhý straně, musí splácet dluhy, které mají*

i přes 1 milión.“

R č. 2: *„ klienti neumí hospodařit s penězi, utrácí peníze za cigarety, kávu a sladkosti a přitom mají velké dluhy. Učíme je, aby si vedli finanční deník, kde si veškeré svoje útraty zapisují a učí se hospodařit i s tím málem, které mají... vedeme je k tomu, aby si šetřili peníze na následnou péči, aby měli něco pro začátek...“*

Klienti pod dohledem pracovníků v rámci sociální práce vedou finanční plán neboli finanční deník - samostatný formulář, kde si klient eviduje své příjmy a výdaje (tiskopis uvádím v příloze č. 4). Při hodnocení plánu je pravidelně projednáván i tento klientův přehled. Klient sám tak získává představu o tom, jak dovede zacházet s penězi. Vyvozuje si opatření s cílem hospodárněji jednat. Zabezpečuje si částku na výlety, odkládá si prostředky na výjezdy na dovolenku, učí se šetřit na splácení dluhů, na ukončení léčby, aby mohl někde znovu začít. Učí se znát hodnotu věcí, protože získá přehled o tom, kolik prokouří, utratí za kávu, sladkosti, za věci k osobní úpravě atd. Na společných setkáních komunity klienti hodnotí, jak dalece správně s penězi hospodařili, vyjadřují se vzájemně k tomuto tématu.

Kategorie: trestní stíhání

Z výpovědí tří respondentů dále vyplynulo, že často bývá i klient **trestně stíhán**, protože drogová kariéra s sebou často nese mnoho kriminálních činů v různém rozsahu společenské závadnosti.

R č. 4: *„... někteří klienti jsou i soudně stíhání, např. za krádeže, neplnění si povinností vůči svým dětem, např. vyživovací povinností, ...“*

R č. 1: *„ Klienti řeší i svoji kriminální minulost, ani ne minulost, řeší probíhající soudní řízení, neodpracované hodiny veřejně prospěšné práce, proto spolupracujeme s probační a mediační službou, s policií...“*

R č. 5: *„řešíme s klienty i trestně právní věci, a to, že jim dojde nějaká obálka s pruhem, musí s dopisem seznámit celou skupinu, celou komunitu. Hodně spolupracujeme se všemi složkami od soudu, probační a mediační službou, s policií. Nemáme problém v tom, že tady přijde policie a chce mluvit s klientem. Musíme o tom informovat celou komunitu,....“*

Jednotlivé problémy týkající se trestního stíhání dle výpovědí tří respondentů klienti řeší s garantem v rámci individuální práce v měsíčním plánu a průběžně o výsledcích informují celou komunitu. Tiskopis měsíčního plánu, který pracovníci a klienti používají, uvádím v příloze č. 5.

Kategorie: zdravotní potíže

Dalším problémem, který musí klienti v terapeutické komunitě řešit dle výpovědí pěti respondentů, je otázka **zdraví**. Po jistém čase, k čemuž často dochází během léčby, se zanedbání sebe sama, zneužívání drog a škodlivý životní styl plně projeví. Mezi zdravotní potíže patří nápadné vyhubnutí, nechutenství, zkažení a ztráta zubů. Klienti mají špatné klouby, může dojít k poškození jater, zažívacího traktu, zvyšuje se také riziko infekčních chorob (žloutenka, HIV). U některých klientů dochází k rozvoji duševních onemocnění, jako jsou např. toxická psychóza, porucha osobnosti, depresivní nálady. V konečném důsledku se často jedná o neléčitelná, nebo velmi náročně léčitelná onemocnění.

R č. 4: *„Když to vezmeme podle toho modelu závislosti bio-psycho-sociální, většinou klienti nejsou úplně zdraví. Kromě té diagnózy závislosti mají spoustu přidáných somatických potíží. I v té psychiatrii nemusí být jen závislost. Závislost může mít i depresivní obraz, že jo tak potřebují pomoc i medikamentózně, zpočátku někdy i po celou dobu.“*

Dva respondenti se také zmiňovali o tom, že u drogově závislých dochází po detoxu a následné abstinenci k velkým změnám ve zdravotním stavu.

R č. 1. *„Odvykací stav provází poruchy spánku. Touha po droze má často za následek přejídání. Pravidelný stravovací režim přispívá k celkovému zdraví, ale je potřeba se na něj rozumně adaptovat. Někteří klienti se starají o vyváženou stravu, a volí i vegetariánskou stravu. Mnoho klientů, kteří se snaží abstinovat, nahrazují potřebu drogy jedinou dostupnou drogou, a tou je nikotin.“*

Jednotlivé zdravotní problémy dle výpovědí tří respondentů klienti řeší s garantem v měsíčním plánu, v oblasti zdraví (jaké má klient problémy a co může udělat pro jejich zlepšení?). Všechny popsané problémy se dají řešit nebo mírnit vlastní kontrolou. Klient je veden k návštěvě odborníků, pravidelnému užívání léků, zdravé životosprávě, pravidelnému spánku atd.

Konkrétní úkoly tedy mohou znít: Návštěva lékaře do určitého data, budu chodit spát pravidelně v ..., budu jíst pětkrát denně, omezím kouření z 50 na 20 cigaret denně, budu si čistit zuby večer a ráno atd.

Kategorie: vztahy

Klienti dle výpovědí dotazovaných pracovníků řeší téměř vždy své vztahy, a to s rodinou, s blízkými a s okolím, které jsou díky jejich závislosti narušené.

R č. 2: „...dále klienti řeší vztahy s rodinou, s dětmi, neumí komunikovat, navázat kontakt s okolím,...“

R č. 5: „... Dalším problémem je úprava vztahu v rodině a začlenění se zpět do rodiny. To znamená od kontaktu s blízkými rodinnými příslušníky, které třeba úplně ochladly nebo vůbec nebyly, na základě toho jaký život vedli, od řízené terapeutické návštěvy.“

Z výpovědí pěti respondentů vyplynulo, že klient je během léčby veden ke kontaktu s rodinou, s přáteli, se zdravým okolím. Podmínkou léčby jsou i dovolenky mimo prostředí komunity, aby klient neodvykl běžnému prostředí a nedocházelo k izolaci. Zároveň se učí připravit si bezpečné prostředí, jež by je neohrožovalo v abstinenci.

U klientů, kteří žili s rodiči, jde o možnost návratu do rodinného prostředí a urovnání těchto vztahů. Někteří klienti řeší vztahy s partnerem, popřípadě vztahy se sourozenci. Prvním úkolem bývá navázání písemného styku, napsání dopisu. Podle fáze, ve které se klient nachází, následuje příprava na návštěvu a výjezdy mimo komunitu.

Jeden z respondentů mi vysvětlil, jak tato spolupráce s rodinou probíhá.

R č. 2: „...„Po 14 dnech pobytu klienta v komunitě mu rodina může zavolat na komunitní telefon. Pokud má rodina zájem přijet již v první etapě do TK Fides, mohou přijet na víkend nebo jen na návštěvu o víkend. Klient si musí 14 dní dopředu návštěvu nahlásit na komunitě, sdělit, kdo mu přijede, a jak dlouho se zdrží. Rodinní příslušníci mohou zůstat i přes noc. Všichni se musí účastnit všech programů v komunitě, nikdo z rodiny nemá úlevy v programu. Další možnost návštěv je víkend rodičů a dětí, ten probíhá 4x ročně za stejných podmínek, kdy si klienti nahlásí, kdo jim přijede, během víkendu rodičů a dětí se o ně starají, účastní se programu.“

Tři respondenti rovněž uváděli, že další nabídkou pro klienty je vztahová terapie, která je až ve 2. nebo 3. etapě léčby.

R. č. 4: „... Rodinný příslušník, se kterým chce klient vyřešit své vztahy, přijede do terapeutické komunity na týden, pro oba jsou vyčleněné skupiny, na kterých zadává svou zakázku a rozvíjí téma. Vztahová terapie není povinná. Díky vztahové terapii dochází k sblížení rodinných příslušníků s klientem. Ten může otevřít problémy, o kterých chce mluvit, ale mimo prostředí terapeutické komunity si netroufá. Podporuje se tak kladná a vstřícná komunikace, lepší porozumění s členy rodiny. Pobyt rodiny ujasní způsob vychování klienta a mnohdy prozradí zvláštní problémy. Získávají se tak

další vhodné směry v práci klientem. Zde se budou plánovat úkoly sloužící tomuto účelu.“

Dva respondenti uváděli, že klient pracuje na obnově vztahů v měsíčním plánu, a to jak na vztazích mimo léčbu, tak na vztazích v léčbě. Z toho vyplývají jasná konkrétní zadání úkolů. Např. 2x do měsíce napíše dopis rodičům, každý týden telefonát přítelkyni, do konce měsíce napíše známému, že se s ním nechce nadále stýkat, zapojím se více do života v komunitě a jak, budu řešit vztah s... atd.

5.5.3 Postupy a metody sociální práce s klienty

V této kategorii jsem se snažila získat informace o tom, jaké používají pracovníci techniky a metody práce s klienty.

Z odpovědí 5 respondentů vyplynulo, že pro práci s klientem je důležitá **individuální práce**, což je práce v rámci **garantských rozhovorů**, které musejí probíhat každý týden.

R č. 4: *„Každý klient má svého garanta, je to pracovník komunity, který řeší s klientem finanční plán a individuální léčebný plán. To je základní.“*

R č. 5: *„V rámci individuálních plánů, které jsou komplexní, tam se promítá to, co dělá tady a teď, buď v krátkodobých cílech. Plány jsou týdenní, má to rozkrokované na týden dopředu, přes dlouhodobé cíle v rámci smlouvy o střednědobé nebo dlouhodobé léčbě. Individuální práce, garantství prolíná se do spousty oblastí: finance, vzdělávání, práce, bydlení, kontakty s okolím, otázka zdraví, spolupráce s lékaři s jinými zdravotnickými zařízeními, když klienti potřebují. Všechny ty věci si zařizuje sám, korespondenci, telefonáty. Všecko vnáší na skupinu, řekne, jaké má problémy a jak je chce řešit. Celá skupina má možnost do toho vstupovat.“*

Každý klient má přiděleného garanta (klíčového pracovníka) z terapeutického týmu zpravidla na celou dobu pobytu. Garant provází klienta celou léčbou v komunitě, pomáhá mu s orientací v léčbě a jejích prioritách, může mít na starosti i rodinné terapie, referuje o klientovi na poradách týmu a stává se hlavní blízkou osobou klienta v komunitě.

Na otázku, jaké další metody sociální práce pracovníci při práci s klienty používají, pět respondentů uvedlo, že nejvíce používají individuální rozhovory a skupinovou práci, tři respondenti uvedli nácviky různých dovedností a dva respondenti uvedli úkolově orientovaný přístup.

R č. 3: „V terapeutické komunitě využíváme při práci s klientem úkolově orientovaný přístup. Používáme k tomu tiskopis – měsíční plán. Délka spolupráce je rozdělena na fáze celého období léčby klienta. Zjednodušeně se dá říci, že uděláme zakázku, klient si určí dvě, tři priority a naplánujeme postup, motivujeme a aktivizujeme ho k plnění cílů. Dlouhodobé cíle rozdělíme na krátkodobé. Celý plán je rozdělen do čtyř hlavních okruhů, a to terapie, sociální oblast, zdraví a hygiena, ostatní problémy. V pravidelných intervalech tak dochází k hodnocení výsledků práce klienta s garantem. Jednou měsíčně pak klient sám zhodnotí, jak se mu daří naplňovat plán, a plán hodnotí i před celou skupinou na pravidelné velké zhodnocovací komunitě.“

Dva respondenti nebyli schopni pohotově pojmenovat metody sociální práce, které při práci s klienty používají, mluvili jen o rozhovoru a skupinové práci. Rovněž zmínili, že sociální práce se s terapií velice prolíná, je těžké určit, co je sociální práce a co je už terapie. Sociální pracovník musí být i terapeutem. Příklad jejich výpovědí uvádím následovně.

R č. 1: „ ... těžko se to odděluje od terapie, společně to souvisí, možná skupinová sociální práce, ale teď nevím, zda to není skupinová terapie,...přemýšlím..., musel bych si osvěžit metody sociální práce.“

R č. 5: „My klienty vedeme k tomu, co je může zavést k nějakému normálu, který je standardem ke společnosti. Jedná se to od čištění zubů, jíst příborem, osobní kontakt, rozhovory, práce se skupinou. Vedení k hodnotám, otevřenosti, upřímnosti, stavění se k problémům čelem, plánování a dotahování věcí do konce.“

6 Diskuse

První tématem, kterému chci věnovat prostor k diskuzi, je postavení sociálního pracovníka v týmu. Sociální pracovník pracující v terapeutické komunitě v rámci zdravotnického zařízení (PN Bílá Voda) by měl být především odborníkem. Měl by být poradcem a také terapeutem.

V psychiatrické nemocnici v Bílé Vodě dle výpovědí jedné respondentky pracuje i samostatný sociální pracovník, který je k dispozici pro oddělení II. pro dlouhodobou rehabilitační péči, včetně komplexní geriatrické péče. Mezi jeho činnost patří sociální šetření, sociální agenda, řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, pomoc při zajištění osobních záležitostech a spolupráce s jinými institucemi. Vyřizuje klientům doklady (občanské průkazy, průkazy pojištěnce), pomáhá klientům řešit jejich finanční situaci, vyřizování dávek, řešení dluhů, spolupracuje s exekutory, aj. Tento sociální pracovník má svoji kancelář, kde ho klienti navštěvují. Sociální práce je v tomto případě vnímaná jako samostatná aktivita v terapeutické komunitě, tedy v užším slova smyslu, vyžadující jisté oddělení od léčebných a terapeutických aktivit. Toto zjištění, že existuje i jiný sociální pracovník v rámci PN Bílá Voda, by mohlo rozšířit výsledky výzkumu o zajímavé poznatky.

Dále mě zajímalo, jakou mají pracovníci v terapeutické komunitě náplň práce, jaké jsou jejich hlavní činnosti. Pracovní náplň sociálních pracovníků je rozmanitá a obsáhlá. Účastní se programů komunity, ranní a večerní komunity, provádí s klienty individuální rozhovory, individuální plány, zaměřené na to, s čím bude klient pracovat v léčbě, zaměřují se na napravování vztahů v rodinách, komunikaci, napsání dopisů, vedou klienty k tomu, aby si věci zařizovali sami, vyřizování sociálních záležitostí klientů (rodné listy, občanky, dávky hmotné nouze), řešení sociálních problémů klientů atd. Sociální pracovník je tak nedílnou součástí týmu a má přehled o jednotlivých problémech klienta. Každý takový pracovník musí mít terapeutické schopnosti a dále je nutné, aby měl vzdělání v sociální oblasti. Také je zpravidla podmínkou, aby si sociální pracovník doplnil akreditační kvalifikační kurz sociálně zdravotní pracovník a psychoterapeutický výcvik v individuální nebo skupinové psychoterapii.

Pro srovnání uvádím názor odborníka z praxe, MUDr. Davida Adamečka, který je ředitelem občanského sdružení Advaita. Uvedl, jak jejich organizace přistupuje k zaměstnávání sociálních pracovníků s ohledem na jejich náplň práce. Pokud je sociální práce vnímaná jako samostatná aktivita v terapeutické komunitě, tedy v užším

slova smyslu, pak v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se náplní práce sociálního pracovníka převážně stávají ostatní činnosti uvedené v § 109, tj. sociální šetření, zabezpečování sociální agendy včetně sociálně právních problémů zařízení poskytující sociální péče, sociálně právní poradenství, analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti (Jeřábková, 2013, 45).

V druhém případě pojetí sociální práce v širším slova smyslu, tedy jako nedílné součásti léčebného procesu, se sociální pracovník stává spíše terapeutem, který podle § 109 zákona č.108/2006 Sb., vykonává odborné činnosti v zařízení poskytujících služby sociální prevence a poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. I zde je podmínkou, aby si takový pracovník doplnil právě specializační vzdělání v oblasti již zmíněných dlouhodobých sebezkušenostních výcviků (Jeřábková, 2013, 46).

Následně shrnu, jaké metody pracovníci s klienty používají. Sociální pracovníci při práci s klienty nejvíce využívají individuální sociální práci (garantské rozhovory) a skupinovou sociální práci. Někteří pracovníci využívají nácviky různých dovedností a metody úkolově orientovaného přístupu. Dva respondenti nebyli schopni pohotově pojmenovat metody sociální práce, které při práci s klienty používají. Bylo to ovlivněno nejspíš tím, že běžně metody sociální práce používají, ale nedovedou je oddělit od terapie. Tito respondenti zmínili, že sociální práce se s terapií velice prolíná, je těžké určit, co je sociální práce a co je už terapie.

Sociální pracovník v terapeutické komunitě by měl být zároveň také terapeutem, který je plně účasten celého terapeutického procesu, účastní se terapeutických programů a sociální práci vykonává jako součást celistvého procesu terapie (Jeřábková 2013).

Autor Adameček uvádí v časopise Sociální služby (2013, s. 23), že v léčbě v terapeutické komunitě s lidmi závislými na návykových látkách se uplatňuje jak psychoterapie, tak i výchova, edukace a sociální práce. Všechny tyto složky jsou stejně důležité a při dlouhodobé léčbě se při abstinenci jedné či druhé z nich snížila efektivita léčby.

Zajímavou možností by bylo rozšířit tuto práci o porovnání s dalšími komunitami, zejména co se týče postavení sociálního pracovníka a metod jeho práce. Zájemce o rozšíření tohoto výzkumu by mohl např. sledovat, zda je sociální pracovník součástí komunity, (účastní se všech programů komunity, nebo má svoji kancelář a zabývá se výhradně sociální problematikou klientů a ostatních programů se neúčastní)

a zda tímto způsobem dochází k oddělení sociální problematiky od léčebných a terapeutických aktivit. Vzhledem k tomu, že Terapeutické komunity v Bílé Vodě jsou součástí zdravotnického zařízení, nabízelo by se rovněž srovnání s některou z nestátních organizací (tzv. neziskovou).

Dále by se dal tento výzkum rozšířit o rozhovory s klienty komunity, zjistit, jaký mají oni sami pohled na své problémy, zda je dovedou definovat a řešit. Bylo by možné shromáždit informace o tom, jaký význam sociální práci přikládají uživatelé při léčbě v terapeutické komunitě a jak se klienti připravují na zvládnání nároků, které mohou nastat po ukončení léčby.

7 Závěry výzkumu

Na základě analýzy získaných dat jsem dospěla k několika závěrům.

Sociální pracovník v terapeutických komunitách v rámci zdravotnických zařízení je poradcem a také terapeutem. Je důležité, aby byl nedílnou součástí týmu, protože má přehled o jednotlivých problémech klienta. Každý pracovník musí mít terapeutické schopnosti a dále je nutné, aby měl vzdělání v sociální oblasti. Také je zpravidla podmínkou, aby si takový sociální pracovník doplnil akreditační kvalifikační kurz sociálně zdravotní pracovník a specializovaný výcvik v individuální nebo skupinové psychoterapii.

Mezi nejčastější problémy klientů patří ekonomické problémy (chybějící příjem, dluhy, klient neumí hospodařit s finančními prostředky), trestní stíhání, zdravotní potíže (vyhubnutí, nechutenství, zkažení a ztráta zubů, klienti mají špatné klouby, může dojít k poškození jater, zažívacího traktu, zvyšuje se také riziko infekčních chorob (žloutenka, HIV). U některých klientů dochází k rozvoji duševních onemocnění, jako jsou např. toxická psychóza, porucha osobnosti, depresivní nálady. Další problém, který musí klienti řešit, jsou vztahy s rodinou, s blízkými, s přáteli, ale také s komunitou a s jednotlivými členy, s týmem.

Sociální pracovníci při práci s klienty nejvíce využívají individuální sociální práci (garantské rozhovory) a skupinovou sociální práci. Někteří pracovníci využívají nácviky různých dovedností a metody úkolově orientovaného přístupu. Celkově spíše používají eklektický přístup. Respondenti zmínili, že sociální práce se s terapií velice prolíná, je těžké určit, co je sociální práce a co je už terapie.

Souhrn práce

Diplomová práce se týká sociální práce v terapeutických komunitách pro drogově závislé klienty. Drogová závislost představuje v současné době stále palčivý problém, který zasahuje lidskou společnost ve větší míře. Užívání drog nadále zůstává jevem, který se týká především mladých lidí. Proto je nutné, aby se společnost snažila se závislostí bojovat, což se děje např. v zařízeních pro závislé klienty.

V ČR byl vybudován systém léčebné a resocializační péče pro uživatele návykových látek, který zabezpečuje poskytování klíčových služeb. Tyto služby by měly být co nejpestřejší, vzhledem k tomu, že jsou cíleně mířeny na skupiny potřebných klientů. Osobnosti klientů jsou různé, jsou to individuality a je nutné se věnovat speciálně každému z nich. Specifickou terapeutickou metodou léčby závislých klientů jsou právě terapeutické komunity. Využívá se v nich skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, volnočasových aktivit, dále je zajištěno poradenství v sociálně právních problémech. Součástí léčby je spolupráce s rodinou klienta. Důraz je kladen také na řešení dalších problémů klienta, se kterými se v průběhu léčby vyrovnává. Zde je zdůrazněna jeho vlastní odpovědnost a samostatnost.

Součástí léčby v TK je i sociální práce. Základním cílem sociální práce je dosažení maximální míry sociální stabilizace klienta, to znamená dosáhnout u něj takové životní situace, která znamená žít normální život a dodržet abstinenci od návykových látek. Naplnění tohoto cíle se může zdát obtížné, protože klienti mají často velmi malý přehled o skutečném stavu své sociální situace. V tomto případě je nutná spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem s návazností na spolupráci s potřebnými institucemi.

Výzkumná část práce se zakládá na kvalitativním výzkumu, k jehož uskutečnění jsem se rozhodla použít metody polostrukturovaného rozhovoru. Cílem diplomové práce bylo na základě výzkumu zjistit, jak je realizovaná sociální práce v terapeutické komunitě, s jakými problémy klientů se sociální pracovník nejčastěji setkává a jaké používá techniky a metody sociální práce.

Výzkumné šetření bylo realizováno v PN Bílá Voda ve třech terapeutických komunitách pro klienty závislé na návykových látkách. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sociální práce je součástí každodenního chodu komunity. Podle výpovědí respondentů se potvrdilo, že sociální pracovník je současně radcem, terapeutem a musí být odborníkem ve své profesi. Mezi hlavní činnosti sociálního pracovníka

v terapeutické komunitě patří řešení sociálně právních problémů, pomoc při zajištění osobních záležitostí, poskytnutí sociálně-právního poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociální rehabilitace.

Z výzkumu dále vyplynulo, že každý klient má své individuální potřeby a problémy, které se řeší s garanty v rámci léčebného plánu. Pro pracovníky je obtížné zejména zachovat si přístup bez předsudků, nehodnotit ze svého pohledu. Právě proto se v posledních letech stává běžnou součástí sociální práce eklektický přístup, což podle Matouška (2001) znamená, že můžeme využívat více teoretických konceptů současně.

Přínos práce vidím v možnosti dalšího využití nejen v řadách sociálních pracovníků, kteří shromažďují informace o práci v komunitách, ale mohla by posloužit i laické veřejnosti. Lidé mimo okruh specializovaných pracovníků často o této problematice nemají dostatek konkrétních informací. Na základě výsledků své práce jsem vytvořila manuál pro sociální pracovníky, který by měl pomoci s řešením nejčastějších problémů v oboru. Práce by mohla být zpětnou vazbou pro terapeutické komunity, kde byl výzkum realizován.

Seznam zkratek

apod.	podobně
atd.	a tak dále
např.	například
tj.	to je
tzn.	to znamená
TK	terapeutická komunita
PN Bílá Voda	Psychiatrická nemocnice Bílá Voda

Seznam literatury a použitých zdrojů

- Adameček K., Kalina, K. Richterová - Těmínová, M (2008). *Terapeutická komunita a její aplikace*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Adameček, D. a kol. (2003). *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády.
- Barker, R. L. (1991). *Social work dictionary*. Siver Spring, National Assotiation of Social Work.
- Dörner, K., Plog, U. (1996). *Narr des menschlichen - Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*, übersetzt aus dem deutschen Original, MD. Jan Lorenc, Titel der Originalausgabe: *Irren Menschlich IST*. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychiatrie. Copyrit von Psychiatrie-Verlag, Bonn, Cover Design Grada Publishing.
- Gojová, A. (2009). *Sborník studijních textů pro sociální kurátory*. Ostrava. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Göhlert, Ch., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon.
- Hartl a Hartlová (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- Heller, J., Pecinovská, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- Charvátová, D. (1990). *Metody sociální práce*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Jeřábková, K. (2013). *Role sociálního pracovníka v terapeutických komunitách* (bakalářská práce). Ostrava: Ostravská univerzita.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti. 1 Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. a kol: (2003) *Drogy a drogové závislosti. 2 Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Kalina K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s
- Klimentová, E. (2001). *Teorie a metody sociální práce I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM, (2007). *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál.
- Kooyman, M., Leon, G., Nevšímal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj; Mníšek pod Brdy: Magdaléna.

- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Vydání 1. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychiatrie v praxi*. Praha: Galén.
- Kuzníková, I., kolektiv. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Langmeier, J., Balcar, K., Spitz, J. (2002) *Dětská psychoterapie*, Praha: Portál.
- Mahrová, G. (2010). *Operační manuál - Psychiatrická léčebna Bílá Voda – Odd. 5 Fides*. Pracovní postupy.
- Mahrová, G. (2013). *Práce se znevýhodněnými skupinami – adiktologie*, nepublikováno, citováno se souhlasem autora
- Mahrová, G., Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada publishing, a. s.
- Matoušek, O. a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P., (2005). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Mühlpachr, P. (2004). *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- Navrátil, P. (2001). *Současné pojetí a dilemata disciplíny*. In Matoušek, O. a kol.: *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Nevšímal, P., Adameček, D., Berdychová, M., Broža, J., Čtrnáctá, Š., Doležalová, P., Sobotka, J. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy, Mníšek pod Brdy: Magdaléna, o.p.s.
- Novotná, V., Schimerlingová, V. (1992). *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha, Univerzita Karlova.
- Presl, J. (1995). *Drogová závislost*. 1. vydání. Praha: Vydal Maxdorf.
- Příhodová, A. (2000). *Komunitní práce – metody a etapy*. Trnava. Rigorózní práce. Trnavská univerzita, fakulta zdravotnictva a sociálnej práce.

Radimecký, J. a kol. (2007). *Úvod do Adiktologie*. Praha: Psychiatrická klinika 1. Lékařské fakulty a VFN Univerzita Karlova v Praze.

Řezníček, I. (1994). *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum

Skidmore, R. A., Thackeray, M.G. (1998). *Wprowadzenie do pracy socjalnej*. Katowice, Šlask.

Szasz, T., (1996). *Ceremoniální chemie: rituální perzekuce drog, toxikomanů a dealerů*. Votobia, Olomouc, 1. vydání, s. 183

Škvařilová, O., Nepustil, P., Jargus, M., Zábanský, T. (2006). *Zaostřeno na drogy*. Praha. Úřad vlády ČR.

Švaříček R., Šedřová K. a kol., (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha. Portál.

Úlehla, I. (1999). *Umění pomáhat*. Praha. Slon.

Internetové zdroje:

Bezplatná právní poradna (2014): Žádost o snížení výživného [on-line]. Dostupné 07.04.2014 z <http://bezplatnapravniporadna.cz/online-zdarma/kontakt.html>

Elaro spol. s.r.o. (2013): Rozdělení a účinky drog [on-line]. Dostupné 11.02.2013 z <http://compex.zdravi-cz.eu/drogy-rozdeleni-ucinky.php>

Iuridicum Remedium, o. s. (2014): Nekalosti při exekucích – právní poradna [on-line]. Dostupné 20.02.2014 z <http://www.iure.org/14/89/poradna?tid%5B%5D=34>

MeDitorial (2013): Rozdělení drog [on-line]. Dostupné 17.02.2013 z <http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

MPSV (2006): Následná péče v protidrogové prevenci [on-line]. Dostupné 15.02.2013 z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>

MPSV (2014): Systém pomoci v hmotné nouzi [on-line]. Dostupné 04.04.2014 z <http://www.mpsv.cz/cs/5>

Zákony pro lidi (2014): Zákon č. 328/1999 Sb., o občanských průkazech. Konsolidované znění [on-line]. Dostupné 06.04.2014 z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-328>

Odborné časopisy

Adameček, D. (2013). Adiktologické sociální služby. Terapeutické komunity. *Sociální služby*, ročník XV., s. 22-23.

Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé - možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13/2, s. 144-164.

Makovská-Dolanská, P. (2013). Adiktologické sociální služby. Doléčování. *Sociální služby*, ročník XV., s. 22-23.

Podzimek, K. (2013). Adiktologické sociální služby. Terénní programy pro uživatele drog. *Sociální služby*, ročník XV., s. 18-19.

Zákony

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., v účinném znění ke dni 1.1.2014

Zákon o pomoci v hmotné nouzi. Zákon č. 111/2006, Sb., v účinném znění ke dni 1.1.2014

Zákon o životním a existenčním minimu. Zákon č. 110/2006 Sb., v účinném znění ke dni 1.1.2014

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v účinném znění ke dni 1.1.2014.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Účastníci výzkumu

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Seznam terapeutických komunit v ČR

Příloha č. 2: Terapeutická komunita Fides Bílá Voda

Příloha č. 3: Otázky pro respondenty

Příloha č. 4: Finanční deník

Příloha č. 5: Měsíční plán - individuální plán

Příloha č. 6: Manuál pro sociální pracovníky

Příloha č. 1:

Seznam terapeutických komunit v České republice

(registrovaných v sekci asociace nestátních organizací poskytující adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožení závislým chováním k datu 1. 11. 2013)

TK Advaita

Nová Ves Chrastava, okres Liberec

Zaměření: drogová závislost

Kontakt: komunita@advaitaliberec.cz

TK Fénix

Bílá Voda, okres Jeseník

Zaměření: alkoholová, drogová závislost a patologické hráčství

Kontakt: Tkfenix@olu.cz

TK Fides

Zaměření: drogová závislost

Kontakt: fides@olu.cz

TK Krok

Kyjov, okres Hodonín

Zaměření: drogová závislost, hráčství pro klienty od 15 let

Kontakt: oskrok@oskrok

TK Magdaléna

Mníšek pod Brdy, okres Praha-Západ

Zaměření: drogová závislost

Kontakt: komunita@magdalena-ops.cz

TK Podcestný mlýn

Kostelní Vydří, okres Jindřichův Hradec

Zaměření: drogová závislost, popř. smíšená závislost

Kontakt: komunita@podaneruce.cz

TK Renarkon

Čeladná, okres Frýdek – Místek

Zaměření: drogová závislost

Kontakt: tk@renarkon.cz

TK SANANIM Karlov

Karlov Čimelice, okres Písek

Zaměření: drogově závislé matky s dětmi, mladiství klienti od 16-25-let

Kontakt: Karlov@sananim.cz

TK SANANIM Němčice

Němčice u Volyně, okres Strakonice

Zaměření: drogová závislost, klienti od 23 let věku

Kontakt: Nemcice@sananim.cz

TK Sejřek

Sejřek, okres Žďár nad Sázavou

Zaměření: drogově závislí včetně klientů s duální diagnózou

Kontakt: sobotka@kolping.cz

TK Whitelight

Mukařov Ústěck, okres Litoměřice

Zaměření: drogová závislost, klienti od 15 let

Kontakt: tk@W11.cz

Terapeutická komunita pro drogově závislé „Fides“ Bílá Voda

Terapeutická komunita Fides (dále jen TK) je zařízení poskytující adiktologickou léčbu pro drogově závislé v rámci rezidenční péče s nepřetržitým provozem. Základem léčby je komunitní terapie ve velké skupině, individuální terapie, vztahová terapie a pracovní terapie (klienti se starají o zvířata, zahradu a mají k dispozici pracovní dílnu). Součástí léčby je také sport, zátěžové i kulturní programy.

TK Fides je oddělením Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě (dále jen PN Bílá Voda), která je státní zdravotnické zařízení zřizované přímo Ministerstvem zdravotnictví ČR. Toto oddělení pro léčbu drogových závislostí bylo založeno v roce 1996. Název terapeutické komunity „Fides“ je latinského původu a znamená víru, důvěru, morální závazek. Skrývá totiž v sobě základní podstatu komunitního života. Od názvu je odvozeno i komunitní motto „Život je ve vašich rukou - Vita in manu vestra est.“

Cílovou skupinu tvoří osoby od 18 let závislé na návykových látkách v pokročilém stupni závislosti s výskytem s jiným onemocněním nebo poruchou v psychiatrické a somatické oblasti. Služby jsou přístupné bez ohledu na rasu, politické přesvědčení, náboženské vyznání, právní či společenské postavení, psychický i fyzický stav a socioekonomické poměry.

Filozofií TK Fides je to, že nabízí svým členům možnost osobního růstu v bezpečném prostředí a změnu postoje k drogám a drogovému životu. Jasná jednoznačná terapeutická struktura je postavena na komunitních principech. Snahou je maximální přiblížení reality všedního života se zaměřením na rozvoj schopnosti přijímat zodpovědnost. Každý klient je aktivně zapojen do komunitního dění a neustále dostává informace o svém chování a postojích. Nikdo není izolován, konfliktům a krizím se nevyhýbáme, ale pracujeme s nimi.

Základem léčby je komunitní a sociální psychoterapie, socioterapie a pracovní terapie. Terapeutická komunita má přesně danou hierarchii, která definuje práva a povinnosti všech členů komunity. Klienti se řídí předem danými pravidly a mají přesně daný denní a týdenní rozvrh práce. Terapeutická komunita uplatňuje tyto léčebné postupy: skupinová psychoterapie (probíhá 3x týdně), ergoterapie - práce jako léčebný a resocializační prvek, režimová terapie - jasně strukturovaný den, zážitková terapie -

sport, turistika, kulturní akce, výlety, relaxace - probíhá každý všední den, komunitní role - každý klient si prochází různé role (šéf baráku, předák, šéf kuchyně, hospodář, zahradník, prادلenka, telefoňák), garantské pohovory - individuální sociální práce, socioterapie, práce s deníkem, pobyt rodičů, prevence relapsu.

Cílem terapeutického procesu je motivace k abstinenci, získání nadhledu na vlastní životní situaci, přijetí sama sebe a okolí, vytvoření prostoru pro samostatné rozhodování, převzetí zodpovědnosti za své zdraví a chování, získání schopnosti zapojit se do života ve společnosti.

V TK Fides Bílá Voda pracuje multidisciplinární tým tvořený lékařem, psychologem, sociálními pracovníky, ergoterapeutem, zdravotní sestrou a terapeutky. Vedoucím lékařem je „otec“ komunity a vedoucí komunity je sociální pracovnice a terapeutka v jedné osobě „matka“ komunity. Všichni pracovníci terapeutické komunity jsou absolventy psychoterapeutických výcviků, např. ve skupině a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod. (Mahrová, 2010).

Příloha č. 3:

Otázky pro respondenty

1. Kolik je vám let? (muž, žena)
2. Jaké je vaše pracovní zařazení?
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaké máte specializované výcviky a kurzy?
5. Jaký je obsah vaší práce v terapeutické komunitě? Co vše konkrétně děláte?
6. Jak dlouho pracujete v terapeutické komunitě?
7. Na které komunitě pracujete?
8. Jak je realizována sociální práce v terapeutické komunitě? Je sociální práce součástí terapeutických programů? A jakých konkrétně?
9. Účastníte se všech programů v komunitě? Jakých?
10. Jaký má podle vás význam sociální pracovník v terapeutické komunitě?
11. Jaké mají klienti v terapeutické komunitě potřeby a problémy?
12. Co vše řešíte? Jaká je spolupráce s klienty?
13. Které problémy převažují?
14. Jak tyto problémy řešíte s klienty?
15. Jaké používáte nástroje pomoci?
16. Jaké základní poradenství jim poskytujete?
17. Jak vedete klienty k samostatnosti?
18. Jak klientům pomáháte rozvíjet jejich dovednosti?
19. Jaké teorie a metody sociální práce využíváte při práci s drogově závislými klienty?

Příloha č. 5:



Měsíční plán

Jméno a příjmení:

Co tě tento *měsíc* čeká:

1. Terapie

Funkce - jaké budeš mít funkce, co můžeš udělat pro jejich dobré zvládnutí.

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

1.2 Práce – co ti jde a můžeš to zdokonalit? Co ti nejde a potřebuješ se to naučit? Co tě nebaví, a potřebuješ najít motivaci?

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

1.3 Komunikace v rámci komunity – jak komunikuješ v komunitě, jak jsi aktivní, co se o sobě dozvídáš? Na čem potřebuješ pracovat? O čem nemluvíš?

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

1.4 Kontakt s okolím – kontakty, dovolenky, komunikace s blízkými osobami

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

1.5 Práce s volným časem – sport, zábava, seberozvoj

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

2. Sociální oblast

2.1 Doklady – OP, RL, pas

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

2.2 Finanční oblast – získání prostředků, placení dluhů, šetření, trestní stíhání

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

2.3 Příprava na život venku – bydlení, zaměstnání, škola apod.

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

3. Zdraví a hygiena – jaké máš problémy a co můžeš dělat pro jejich zlepšení?

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

4. Ostatní

Datum a podpis	Dohodnutý úkol	Vyhodnocení (včetně data)

V Bílé Vodě dne:

Garant:

Klient:

(Interní materiál Terapeutické komunity Fides Bílá Voda)

Manuál pro sociální pracovníky v terapeutické komunitě

Ve svém příspěvku bych se chtěla zaměřit na poskytnutí základních informací vztahujících se k řešení nejčastějších sociálních problémů klientů v terapeutické komunitě.

Pokud klienti nemají žádný příjem, pracovník jim poradí, že si mohou požádat o sociální dávky, např. pomoc v hmotné nouzi, podporu v nezaměstnanosti či čerpání nemocenské. Pomoc v hmotné nouzi je určena pro osoby, které ani s využitím jiných sociálních systémů nebo vlastní iniciativou, ani využitím vlastního majetku nemohou získat dostatečné finanční prostředky na zabezpečení svých potřeb. Systém pomoci v hmotné nouzi vymezuje situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi. Jedná se o tyto dávky: příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádnou okamžitou pomoc. Tento systém napomáhá k řešení některých nárazových životních situací. Stanovuje, že každá osoba má nárok na poskytnutí základních informací, které vedou nejenom k řešení její současné situace, ale i k předcházení vzniku hmotné nouze. Systém pomoci v hmotné nouzi upravuje Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů (MPSV, 2014).

Žádosti o tyto dávky se podávají na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce České republiky, a to podle místa trvalého pobytu osoby. Pracovník vede klienta k samostatnosti, směřuje ho k tomu, aby si žádost sám vyplnil a po konzultaci s pracovníkem odeslal na příslušný úřad práce. Pokud klient nedostane žádné dávky, spolupracujeme s rodiči, klient požádá rodiče o půjčku, s rodičem uzavře vzájemnou dohodu o zapůjčení peněz na léčbu (MPSV, 2014).

V případě, kdy klient nemá doklady (občanský průkaz, kartu pojištěnce), postupujeme následovně. Sociální pracovník poradí klientovi, aby si požádal o rodný list dle svého místa narození. Pomůže mu s napsáním žádosti o zaslání opisu rodného listu. Když rodný list přijde, pracovník ho odešle na příslušný městský úřad, kde poté může požádat o nový občanský průkaz. Pokud klientovi chybí průkaz pojištěnce, pracovník mu zprostředkuje telefonát s pojišťovnou, u které je klient evidovaný s žádostí o zaslání nového průkazu (Zákony pro lidi, 2014).

Dalšími častými problémy klientů jsou dluhy, např. dluh na zdravotním pojištění, na výživném, dluh vůči dopravnímu podniku, dluh na nájemném, neplacené půjčky různým finančním institucím a úvěry. Klientům mohou často vznikat velké

dluhy, které pak přerostou v exekuce. Možností řešení zadluženosti je požádat o splátkový kalendář, promlčení či oddlužení. Pracovník pracuje s klientem nejdříve na tom, aby si klient zmapoval svoji situaci, hovořil o svých finančních problémech, které se týkají dluhů. Nezná-li klient výši svého dluhu např. na zdravotním pojištění, lze to zjistit na pobočce VZP, nejlépe dle trvalého bydliště klienta (Kopoldová, 2009, s. 472).

Dluh na výživném - nejčastěji se jedná o výživné na nezletilé dítě, může se jednat i o výživné na zletilé dítě, eventuálně i na manželku/manžela nebo rozvedeného manžela/manželku. Zde klientovi hrozí kromě vymáhání dluhu i trestní stíhání za trestní čin zanedbání povinné výživy podle trestního zákona. Není-li klient schopen z objektivních důvodů platit výživné, kterému mu bylo soudem již dříve určeno, je možné požádat o snížení výživného. Místně příslušným soudem k podání návrhu na snížení výživného na nezletilé děti je soud dle bydliště dětí (Bezplatná právní poradna, 2014).

Dluh vůči dopravnímu podniku - patří k častým dluhům, který se během soudního řízení může několikanásobně zvýšit. Pokud klient nezaplatil pokutu na místě nebo do 15 dnů v kanceláři dopravního podniku, záležitost předávají poškozené strany většinou advokátní kanceláři (tím stoupají náklady). Není nutné zasílat další upomínky k vymáhání, stačí pouze fakt, že klient neměl u sebe platný jízdní doklad, dopustil se přestupku proti dopravnímu řádu a pokutu ve stanovené lhůtě nezaplatil. Dopravní podniky nemohou zaplacení pokuty vymáhat rovnou v exekučním řízení, ale musí se obrátit se žalobou na soud. Teprve soud rozhodne o povinnosti klienta zaplatit pokutu. Klient si může požádat o snížení nebo úplné prominutí těchto nákladů, jsou-li důvody hodné zvláštního zřetele (např. sociální důvody). Doporučuje se klientovi zaplatit dlužnou částku, tj. pokutu dopravnímu podniku, a soudu to doložit se žádostí o snížení nebo prominutí nákladů řízení. Je lepší vždy začít s věřiteli jednat, žádat o splátkový kalendář, odklady plateb, nebo si požádat o prominutí či snížení dluhu věřitele (Iuridicum Remedium, o. s., 2014).

Dluh na nájemném - je také s jedním z častých dluhů klienta. V tomto případě však kromě samotného vymáhání dluhu klientovi hrozí ještě další postih, a to výpověď z nájmu bytu. Tuto výpověď může pronajímatel dát i bez přivolení soudu. Klient, který je schopen zaplatit dluhy na nájemném nebo by měl začít jednat o úhradě dluhu s pronajímatelem co nejdříve, jednat a začít platit. V případě, že výpověď podána již byla a klient podal k soudu žalobu na neplatnost a dluh dostatečně zaplatil nebo alespoň splácí, je to na rozhodnutí soudu (Kopoldová, 2009, s. 473).

Lze i využít právní poradnu Asociace nestátních organizací (A.N.O.), která je projektem právní pomoci v otázkách drogové problematiky. A.N.O. poskytuje adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním a zabývá se právním poradenstvím souvisejícím s problematikou užívání nelegálních drog. Informujeme o právech a povinnostech v oblasti práva trestního, občanského, rodinného, pracovního i v ostatních souvisejících oblastech. Podporu řešení problémů klientů s extrémním zadlužením nabízí autorka Kopoldová (2009, s. 473) ve Sborníku studijních textů pro sociální kurátory, kde uvádí možnosti řešení zadluženosti pro osoby s extrémním zadlužením.

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění, jak je realizovaná sociální práce v terapeutické komunitě, jaké má postavení sociální pracovník a s jakými problémy klientů se sociální pracovník nejčastěji setkává. V teoretické části autorka uvádí stručný přehled informací týkající se drogové závislosti. Stručně popisuje vznik a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé ve světě i u nás. Popisuje techniky a metody sociální práce, které se využívají v terapeutické komunitě. Pro výzkumnou část práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, v jehož rámci autorka zjišťovala potřebná data pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky terapeutických komunit. Výsledek zkoumání poslouží jako informační podnět pro zájemce o danou problematiku.

Klíčová slova: drogová závislost, terapeutická komunita, sociální práce, sociální pracovník, metody sociální práce

Abstract

This dissertation focuses on finding out of the social work realization way in a therapeutic community, of the social worker status and what are the most frequent clientele problems. The author indicates some brief survey of information on the drug addiction. She gives a concise overview of the formation and development of therapeutic communities both in this country as well as worldwide. She describes technique and methods of social works used in a therapeutic community. The research part of the work is based on the qualitative research method. In the framework of this, the author found out the necessary data via semi-structured interviews with the workers of therapeutic communities. The results of the research will serve as an information impulse for the interested in the issue.

Key words: drug addiction, therapeutic community, social work, social worker, social work methods.