

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Rozdíly v psychoterapeutických přístupech v rámci terapeutických
komunit při léčbě drogových závislostí dospělých a mladistvých**

Bakalářská práce

Autor: Hana Odehnalová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2010

Summary

The central theme of the thesis are psychotherapeutic approaches and techniques used during treatment in therapeutic communities for drug addicts. The aim of the work is to map these approaches and techniques and on the basis of obtained information define the differences in the approach to adolescents and adults therapeutic communities.

The thesis uses a method of a qualitative research. A method of questionnaire was chosen to obtain the necessary data whereas a structured interview with open questions was chosen as a tool. The research group consists of four therapists, two of therapists are employees of the therapeutic community for adolescents and two others are working in the therapeutic community for adults.

In the introduction of a theoretical part the basic concepts which are necessary to grasp the issue, the basic characteristics of therapeutic communities for drug addicts and young client specifics are explained. Then the list of different psychotherapeutic approaches and techniques used in these facilities follows. The conclusion of the theoretical part is devoted to a basic legislation and funding of therapeutic communities.

The research includes transcripts of interviews with therapists, therapeutic communities for young and adult clients. Then the discussion, whose task is a summary of research results and comparison of obtained data with the information provided in the first section, follows. The research showed that the essential difference in the care of juvenile and adult clients lies in the fact that therapeutic communities for juvenile treatment builds the treatment on the educational approach, while the therapeutic community for adults are more democratic and lead the clients to a bigger independence. The specificity of young people also lies in the need for cooperation with a legal representative and in the case of escape of a juvenile client there is also cooperation with the Police. Another difference, which was defined on the basis of the research, is the frequent lack of intrinsic motivation of young client which often leads to a premature termination of treatment. The cornerstone of work with juveniles is an intensive collaboration with a client's family. For adult clients it is necessary to take into

account their greater somatic damage caused by their prolonged drug history. The hypotheses, which are listed at the end of work, were established on the basis of the results of the research.

The quoted conclusions are the proof of the fulfillment of the objectives of the bachelor's thesis which were set at the beginning of work. The work can serve as a comprehensive source of information on the topic for interested and laic public and it can also be a source for a bigger research.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **„Rozdíly v psychoterapeutických přístupech v rámci terapeutických komunit při léčbě drogových závislostí dospělých a mladistvých“** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii. Dále také prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 23. 7. 2010

.....
Hana Odehnalová

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlu Váchovi za poskytnutí cenných konzultací a rad vedoucích k vypracování bakalářské práce. Za ochotu při realizaci výzkumu děkuji všem zúčastněným terapeutům terapeutických komunit, ve kterých jsem prováděla výzkum.

Obsah

Úvod.....	6
1. Současný stav.....	8
1.1 Definice základních pojmů.....	8
1.2 Pojem terapeutická komunita a její základní prvky.....	10
1.2.1 Složení multidisciplinárního týmu v terapeutické komunitě.....	11
1.2.2 Fáze léčby v terapeutické komunitě.....	11
1.2.3 Režim a pravidla.....	12
1.2.4 Cíle léčby.....	13
1.2.5 Rituály v terapeutických komunitách.....	14
1.3 Klientela terapeutických komunit a její specifika.....	15
1.3.1 Specifika mladistvého uživatele.....	15
1.3.2 Specifika přístupu k mladistvému uživateli.....	16
1.3.3 Specifické cíle léčby u mladistvých.....	16
1.4 Vybrané psychoterapeutické techniky a přístupy využívané v terapeutických komunitách.....	17
1.4.1 Individuální psychoterapie.....	17
1.4.2 Skupinová psychoterapie.....	18
1.4.3 Kognitivně – behaviorální terapie.....	19
1.4.4 Dynamická psychoterapie.....	19
1.4.5 Rodinná terapie.....	20
1.4.6 Arteterapie.....	20
1.4.7 Muzikoterapie.....	21
1.4.8 Psychodrama.....	22
1.4.9 Pracovní terapie.....	22
1.5 Další vybrané metody a aktivity směřující k dosahování cílů.....	23
1.5.1 Prevence lapsu/relapsu.....	23
1.5.2 Práce s garantem.....	23
1.5.3 Zátěžové programy.....	24
1.6 Základní legislativa a financování terapeutických komunit.....	24
2. Cíl práce a hypotézy.....	26
2.1 Cíl práce.....	26
2.2 Hypotézy.....	26
3. Metodika výzkumu.....	27
3.1 Použité metody.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
4. Výsledky výzkumu.....	29
4.1 Výzkumný vzorek č. 1 – terapeuti terapeutické komunity pro dospělé.....	29
4.2 Výzkumný vzorek č. 2 – terapeuti terapeutické komunity pro mladistvé.....	38
5. Diskuze.....	48
6. Závěr.....	56
7. Seznam použitých zdrojů.....	59
8. Klíčová slova.....	62
9. Přílohy.....	63

Úvod

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

(Motto terapeutické komunity Němčice)

Terapeutická komunita jakožto speciální forma intenzivní skupinové psychoterapie drogově závislých je fenoménem poměrně mladým a laické veřejnosti dosud téměř neznámým. Pakliže vezmeme v úvahu, že první terapeutická komunita u nás byla založena v roce 1991, je snadné si spočítat, že brzy uplyne dvacet let od prvopočátku existence těchto zařízení. Právě nedostatek informací a jakési roucho tajemství, které zdánlivě terapeutické komunity pro drogově závislé halí, stálo u zrodu myšlenky zabývat se výše uvedenou problematikou v této bakalářské práci. K zaměření na mladistvé klienty terapeutických komunit mne pak dovedly nesčetné nezodpovězené otázky týkající se právě této specifické klientely. Z toho důvodu jsem si za cíl zvolila zmapování rozdílů v péči o mladistvé a dospělé klienty se zaměřením na psychoterapeutické přístupy a techniky využívané v terapeutických komunitách pro drogově závislé. V dostupné literatuře jsou tyto rozdíly předkládány vždy jednotlivě a kuse, přičemž zcela chybí jejich komplexní zpracování. Tato práce si klade za cíl co nejkomplexněji zmapovat již zmiňované rozdíly, přičemž tato komplexnost je samozřejmě omezená rámcem možností rozsahu práce.

Mladistvý klient je značně specifickou klientelou, která snižující se věkovou hranicí první zkušenosti s drogou postupně nabývala na aktuálnosti a zvyšovala se

potřeba založit samostatné terapeutické komunity pro mladistvé. Domnívám se, že práce s mladou, nebo naopak starší výrazněji postiženou klientelou, klade obrovské nároky na pracovníky terapeutických komunit pro drogově závislé a zajímalo mne, jak tyto odlišnosti vidí sami terapeuti. V čem spatřují nejmarkantnější rozdíly v péči o mladistvé, nebo naopak dospělé uživatele s dlouhodobou drogovou kariérou a často pestrou kriminální historií. Druhá část práce tedy sestává ze samotných rozhovorů s terapeuty terapeutických komunit pro mladistvé a dospělé uživatele. Výsledkem práce je následná komparace dat, získaných rozhovory s terapeuty terapeutických komunit pro mladistvé a dospělé, a porovnání s teoretickými koncepty.

1. Současný stav

1.1 Definice základních pojmů

Droga

Pod pojmem droga rozumíme všechny látky, ať už přírodní nebo syntetické, které mají psychotropní účinek, což znamená, že ovlivňují psychiku člověka – jeho vnímání a prožívání reality. Skrývají v sobě potenciál závislosti, nebo-li schopnost vyvolat u daného uživatele závislost (24).

Drogová závislost

Je to chorobný stav, který se vyznačuje neovladatelnou touhou užít danou návykovou látku a zahrnuje tyto znaky:

- silná touha, přání užít danou návykovou látku
 - porucha ovládnutí při jejím užívání
 - somatický odvykací stav
 - upřednostňování užívání drogy před ostatními aktivitami
 - zvýšená tolerance
 - přetrvávající užívání dané návykové látky i přes zjevné škodlivé následky
- (15)

Terapeutická komunita

Specializované rezidenční (pobytové) zařízení, které je zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého věku, pohlaví a vzdělání spolu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí i další společný program s pracovní a jinou různorodou činností (6).

Adolescence

Začíná přibližně mezi 15. – 16. rokem a končí plným rozvinutím tělesných a duševních schopností. Horní hranice je individuálně pohyblivá, nejčastěji to bývá mezi 20. – 22. rokem (12). V terapeutických komunitách pro mladistvé se většinou hovoří o věku 16 - 20 let.

Psychoterapie

Jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Jedná se o odborné využívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu (6).

Skupinová psychoterapie

Při léčbě závislostí je skupinová terapie hojně využívanou metodou práce. Hlavním prostředkem je rozhovor ve skupině. Při skupinové terapii v léčbě závislosti se využívají nejčastěji techniky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, strategické terapie, psychodramatu a techniky terapie dynamické (16).

1.2 Pojem terapeutická komunita a její základní prvky

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita definována jako specializované rezidenční zařízení, které je zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého věku, pohlaví a vzdělání spolu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí i další společný program s pracovní a jinou různorodou činností. To umožňuje, aby do tohoto modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k druhým. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje také zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje k získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů. Dále má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování (6).

Dále pak terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi, a to morálními i etickými. To znamená sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího statutu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že se člověk stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy tak jako v rodině. Nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní. Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou také v rámci komunity hodnoceny. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti (18).

Léčba v terapeutické komunitě trvá zhruba 12 měsíců. U mladistvých nebo mladých klientů je délka léčby 6 až 8 měsíců. Před nástupem do léčby je nutné absolvovat pobyt na detoxifikačním oddělení, který trvá zpravidla týden až jeden měsíc dle stavu klienta, přičemž detoxifikace není jen izolovaným léčebným procesem, ale většinou je její součástí i psychiatrické a komplexní zdravotní vyšetření a posílení motivace (5). Adresář terapeutických komunit (viz. Příloha č. 1).

1.2.1 Složení multidisciplinárního týmu v terapeutické komunitě

V terapeutické komunitě má tým bezesporu nejvýznamnější podíl na schopnosti navazovat důvěryhodné vztahy, ovlivňování veškerého dění i tvorbě smyslu komunity. Na něm závisí spokojenost klientů a úspěšnost léčby. A to především proto, že jedním z významných faktorů podílejících se na vzniku a rozvoji závislosti je ztráta vztahu k sobě, nejbližším, ke společnosti. Z hlediska dynamiky osobnosti můžeme dokonce hovořit o ztracení smyslu života. Z tohoto pohledu je právě vztahovost v léčbě jeden z nejvýznamnějších faktorů. I sebelépe zpracovaný systém a sebekvalitnější programy nemohou nahradit vyváženost a zralost týmu schopného vytvářet vztahový rámec, který je sice pracovní, ale zároveň lidsky pravdivý (19).

Pracovníci TK (terapeutická komunita) mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce, apod.), dále absolvovali specializované výcviky (ve skupinové a individuální psychoterapii, v rodinné psychoterapii, v arteterapii, apod.) (19).

Program TK by měl být řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem s praxí v TK, skupinové psychoterapii, léčení závislostí, rodinné terapii, apod. Zvláštností terapeutických komunit je, že zde mohou pracovat i bývalí uživatelé drog, přestože v našich TK jich najdeme podstatně méně než v zahraničí, kde často tvoří většinu (6).

Bývalý toxikoman má s terapeutem mnoho společného. Je často chytrý, skvěle motivovaný a plný elánu. Proto se takový člověk může stát dobrým para-profesionálem (18).

Důležitým předpokladem pro práci se závislými v TK jsou také osobnostní vlohy. Doporučené etické směrnice přímo zavazují členy týmu chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti pro klienty (19). Měl by být tedy v jistém smyslu výjimečnou a charismatickou osobností, schopnou ztělesňovat řád i bezpečí TK (6).

1.2.2 Fáze léčby v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě pro drogově závislé je uspořádána do tří hlavních etap, jimiž klient postupně prochází. Tyto etapy obsahují plánovaný sled úkolů a nároků na vzrůstající odpovědnost klienta v souvislosti s plněním cílů. Jsou v podstatě hierarchickými stupni, od nichž se odvíjejí pozice a role jednotlivých klientů (8).

- **Nultá fáze** – trvá zpravidla 2 týdny až 1 měsíc podle délky léčby a slouží především k adaptaci na nové prostředí, rozhodnutí se pro pobyt v TK a vytvoření plánu léčby. V nulté fázi je přerušen kontakt se světem mimo komunitu. Klient netelefonuje a nepřijímá poštu.
- **První fáze** – trvá 2 - 3 měsíce. Zde se klient učí především pokoře, přizpůsobivosti, překonává vnitřní i vnější překážky a osvojuje si pravidla komunity. Odnaučuje se destruktivní a negativní chování a má zde dojít k náhledu, že jeho problémy skutečně způsobila droga. Zároveň se připravuje na zodpovědnost druhé fáze nejen vůči sobě, ale i za skupinu.
- **Druhá fáze** – trvá zpravidla 4 - 6 měsíců. Klient přijímá odpovědnost za skupinu a přebírá důležité funkce („šéf domu“, „šéf kuchyně“). V této fázi má klient najít sebe sama a vztahy s ostatními v komunitě. Přibývá zde kontaktů s rodinou.
- **Třetí fáze** – většinou trvá 1 - 3 měsíce. Cílem třetí fáze je odpoutat se od komunity a postupně se zařazovat do reálného života. Klienti se již neúčastní všech aktivit komunity, ale dochází do zaměstnání, shání si bydlení a zajišťují doléčování (6, 21).

1.2.3 Režim a pravidla

Podstatnou součástí identity terapeutické komunity a ztělesněním pravidel je řád komunity, který určuje všem co, jak a kdy mají dělat. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu.

Řád komunity vyžaduje po klientech změnu chování hned po příchodu do zařízení. Změna chování je tedy do jisté míry vnucená a proto je přirozené, že se jí

klienti všemožně brání. Důležité ale je, že v prostředí komunity nemohou klienti z této situace unikat dosud používanými způsoby – např. užitím návykové látky (8).

Strukturovaný program je léčebný (léčebně-výchovný či léčebně resocializační) program s těmito charakteristikami:

- Přesný časový rozvrh
- Soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují nežádoucí chování účastníků včetně sankcí
- Vyvážená skladba programu (skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní, sportovní, kulturní, atd.)

Smyslem strukturovaného programu je nabídka komplexu podnětů, působících na různé složky klientovy osobnosti a úrovně jeho psychiky s cílem uskutečnit změnu sebepojetí, postojů a chování (7).

Mezi nejzákladnější pravidla v terapeutických komunitách patří:

- zákaz užívání drog včetně alkoholu
- zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku
- zákaz projevů rasismu
- zákaz sexuálních a intimních vztahů v rámci komunity
- aktivita a spolupráce při řešení problémů (21)

1.2.4 Cíle léčby

Cílem léčby v TK je především změna životního stylu. Vycházíme z předpokladu, že trvalejší změny lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu. Klient tak postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život mimo komunitu prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede (6).

Dílčí cíle léčby jsou následující:

- změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování

- vytvoření smyslu a citlivosti pro lidské společenství
- získání základních sociálních dovedností jako komunikační dovednosti, schopnost řešit konflikty
- učení se osobní odpovědnosti za sebe, za druhé a za svá rozhodnutí
- osvojení si pracovních a hygienických návyků
- změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama
- uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování fyzické kondice
- poskytování takového prostředí, ve kterém člověk může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama
- dodání síly klientům a odolnost vůči dalším selháním a také připravenost na každodenní „boj s chutí“ (6).

1.2.5 Rituály v terapeutických komunitách

Rituály provázejí člověka od nejstarších dob. Jejich nejdůležitějším rysem je závaznost daná tradicí a výrazný symbolický význam v propojení s identitou společenství. Rituály jsou všudypřítomné a vznikají a vyvíjejí se víceméně spontánně. Nelze je beze zbytku naplánovat, i když podněty a vzory většinou přicházejí zvenčí, např. z jiných komunit (8).

Rituály dávají událostem slavnostnější a závaznější ráz, mohou rovněž posilovat skupinovou kohezi, pomáhat klientovi lépe se identifikovat s vnějšími strukturami. Dospívající, kteří potřebují posilovat vlastní identitu, postrádají jistotu světa, potřebují v mnoha případech k vytvoření prostoru, který má být nositelem bezpečí, věci ukotvovat, spolehnout se na jejich pravidelnost a neměnnost. To je možné uskutečňovat také skrze ritualizaci některých banálních nebo formálních situací. V komunitě je umělým rituálům věnován větší důraz než v běžné realitě. Rituály nemohou být nařízeny, ale musí být klienty akceptovány (21).

Mezi nejběžnější rituály v terapeutických komunitách patří přijímací rituál, etapový rituál (při přechodu z jednotlivých fází) a ukončovací rituál. Pro tyto rituály se

vžil název „velká komunita“. Dále jsou to rituály očistění a smíření, které se používají v případech, že dojde k vážnému porušení pravidel. Rituál pomáhá tyto situace překonat a obnovit rovnováhu ve společenství. A v neposlední řadě sem řadíme také rituál společného stolování a rituály spojené s narozeninami a svátky (8).

1.3 Klientela terapeutických komunit a její specifika

Galanter a Kleber (1999) podávají charakteristiku sociálního profilu přijímaných klientů: většina klientů pochází z rozpadlých rodin, nebo má aktuálně rozpadlé rodinné zázemí. Více než dvě třetiny klientů jsou, nebo byli, v konfliktu se zákonem a méně než třetina byla v posledním roce před přijetím do terapeutické komunity zaměstnána. NIDA (2002) uvádí, že klienti mají závažné problémy, jako je závislost na více drogách, trestná činnost, nedostatek pozitivní sociální podpory a problémy s duševním zdravím. Podíl žen v terapeutických komunitách se pohybuje podle Galantera a Klebera (1999) od jedné čtvrtiny do jedné třetiny (8).

1.3.1 Specifika mladistvého uživatele

Mladiství uživatelé návykových látek si podle výzkumů vydobyli své pevné místo na drogové scéně. Podle zprávy mezirezortní protidrogové komise v roce 2001 tvořili 15 – 19-ti letí 47,5% všech uživatelů a plná polovina užívala drogy intravenózně. Mladiství tedy tvoří skupinu, kterou je nutno se v systému péče uživatele návykových látek zabývat. Pro skupinu dospívajících je charakteristické spektrum vzorců užívání drog od experimentů a rekreačního užívání, přes pravidelné škodlivé užívání, až po počínající závislost. Přestože věk prvního užití může být velmi nízký, adolescenti zpravidla nejsou závislí v plném rozsahu udaném MKN-10 (19).

Podle Kaliny (2000) adolescent musí zvládat nesčetně mnoho požadavků, které vyplývají z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu zrání. K takovým klasickým úkolům patří zejména: naučit se přijmout svoje tělo, ztotožnit se se svou sexuální rolí, dosáhnout emoční autonomie od rodičů, získat akceptovatelnou pozici ve

vrstevnické skupině a připravit se na povolání a další životní dráhu. Během tohoto období se dospívající snaží zmírnit intenzitu těchto vývojových problémů užíváním drog. Drogová kariéra pochopitelně ale proces dospívání brzdí a léčba v komunitě je tak mimořádným prostředkem sociální podpory potřebné k tomu, aby dospívající „zmeškané“ vývojové úkoly mohl vyřešit (8).

1.3.2 Specifika přístupu k mladistvému uživateli

Podle De Leona (2000, 2001) adolescenti vstupují do léčby častěji než dospělí pod tlakem rodiny, nebo institucí a postrádají silnou vnitřní motivaci k osobní změně. Jejich léčba také klade velké nároky na komunikaci s rodinou, úřady a kromě toho potřebují také odpovídající vzdělávací program přiměřený věku, který je vyžadován zákonem (8). Proto dle výše uvedeného autora není vhodné začleňovat mladistvé do programu terapeutických komunit pro dospělé klienty.

Při práci s dospívajícími je pak prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem právě motivace k jakékoliv aktivitě, která umožňuje změnu životního stylu. Je potřeba počítat s obrannými reakcemi a odporem (6). Zřejmě právě tyto vysoké nároky jsou důvodem, proč jsou u nás terapeutické komunity zaměřující se specificky na segment dospívajícího uživatele návykových látek v menšině.

1.3.3 Specifické cíle léčby u mladistvých

De Leon dále konstatuje, že tradiční cíle změny životního stylu a údravy mohou být pro tuto cílovou skupinu přehnaně ambiciózní. Hlavním úkolem léčby je obnovit normální vývoj, který narušila drogová kariéra. Tímto obnovením je myšlena jednak úprava vztahů s rodinou, ale také se krom jiného očekává, že bude mladistvý klient žít po léčbě způsobem odpovídajícím většině jeho vrstevníků, kteří nemají závažné behaviorální problémy. Tím jsou myšleny různé společenské styky včetně přiměřeného rizikového chování jako je užití alkoholu nebo marihuany.

Léčba se tak zaměřuje na tyto specifické cíle:

- Konstruktivní zvládnutí období dospívání
- Vytváření hodnotového systému a změna postojů
- Příprava na partnerství
- Stabilizace vztahů v rodině
- Příprava na profesní život a získání kvalifikace (8)

Jako významný prvek práce s adolescenty se pak osvědčila především tzv. zážitková terapie a terapie rodinná. Spolupráce s rodinným systémem, či alespoň některým rodinným příslušníkem, je u dospívajícího naprostým předpokladem úspěšnosti (6).

1.4 Vybrané psychoterapeutické techniky a přístupy využívané v terapeutických komunitách

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Jedná se o odborné využívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. Lze tedy použít známou charakteristiku, totiž že psychoterapie je vědou, ale její používání je uměním (6).

V nejobecnější rovině můžeme dále hovořit o tzv. psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem. Na opačném konci kontinua pak hovoříme o systematické skupinové či individuální psychoterapii prováděné kvalifikovaným psychoterapeutem (25). Na závěr je nutno dodat, že veškeré dění v TK je vlastně terapií.

1.4.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je zaměřená na práci s jednotlivcem, probíhá tedy mezi dvěma lidmi a jejím hlavním prostředkem je rozhovor (6).

V počátcích terapeutických komunit pro závislé se individuální terapeutická sezení nerealizovala a jednoznačně se dávala přednost skupinovým řešením jakožto

základnímu léčebnému prvku TK. Později byly do programu zařazeny individuální terapeutické prvky jako práce s deníkem nebo různé vzdělávací programy. V současné době je kladen stále větší důraz i na souběžnou individuální psychoterapii (alespoň podpůrnou a poradenskou).

Základní rámec individuální péče v TK u nás určily v roce 2001 *Standardy služeb pro uživatele drog*, které definují potřebu individuálního přístupu ke klientovi včetně institutu „garanta“, vyžadují tvorbu individuálního léčebného plánu a kvantifikují minimální četnost jeho revize jednou za čtrnáct dní. Z výše řečeného tedy vyplývá, že v současnosti individuální terapie zahrnuje hlavně spolupráci s garantem, práci s deníkem a obecné výchovné prvky. (19).

1.4.2 Skupinová psychoterapie

Při skupinové terapii v léčbě závislostí obecně se využívají techniky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, strategické terapie, psychodramatu i techniky terapie dynamické a hlavním prostředkem je rozhovor ve skupině. (16).

Neexistuje terapeutická komunita, kde by skupinová terapie nebyla využívána. Je pro léčbu v TK naprosto typická a stěžejní. Skupinová terapie v TK je jednou z neúčinnějších terapeutických technik. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakce jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Slouží přitom k dosažení náhledu a pochopení postojů. Zároveň dochází ke změně maladaptivních vzorců chování, zprostředkování znalostí o interpersonálních procesech, podpoře zrání osobnosti a k odstranění některých symptomů onemocnění (ať už nácvikem, či vyřešením konfliktů) (19).

Standardy péče v TK vyžadují nejméně 20 hodin strukturovaných skupinových terapeutických aktivit týdně. Tento objem obnáší zhruba 3 až 4 hodiny skupinové terapie denně. Avšak program TK běží 24 hodin denně a klienti jsou ve vzájemné interakci téměř nepřetržitě. Řada obecných cílů skupinového procesu se tedy může odehrávat i v rámci zcela jiného programu (19).

1.4.3 Kognitivně – behaviorální terapie

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy hrají v oblasti léčby závislostí dominantní roli. Tyto přístupy mají za cíl překonat současné problémy klienta nácvikem žádoucího chování a myšlení. Behavioralisté tak nehledají příčiny, ale pracují s tím, že klasickým a instrumentálním podmiňováním a desenzibilací mohou měnit současné chování (11).

Tato terapie vychází z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. V psychoterapeutickém procesu pak jde o identifikaci těchto naučených vzorců chování, hledání mechanismů, kterými jsou udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby jak je změnit. Behaviorální terapeuti považují chování člověka za zákonité, funkční a zaměřené k dosažení určitého cíle. Pečlivou analýzou prostředí, ve kterém se chování vyskytuje, a následným prozkoumáním zprostředkujících kognitivních procesů můžeme podle nich porozumět tomu, proč a jak se chováme. Na základě tohoto porozumění můžeme pak klientům pomáhat dosáhnout žádoucí změny. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické (16).

1.4.4 Dynamická psychoterapie

Cílem dynamické psychoterapie je odhalit skryté příčiny chování klienta a odkrýt jeho neuvědomělé konflikty. Jedná se tedy především o odkrývání a práci s neuvědomým materiálem. Např. v rodinné terapii se to děje jednak prostřednictvím odkrývání neuvědomých interpersonálních procesů, a za druhé odkrýváním a prací se zakázanými pocity jako je zlost a zklamání. V neposlední řadě je to pak pomoc členům rodiny (16).

Dynamická psychoterapie se dělí na klasickou Freudovu psychoanalýzu, Adlerovu individuální psychologii (hybnou silou není sexuální pud, ale životní cíl, rodinná konstelace a vlastní postoj) a Jungovu analytickou psychologii. Pouhé základní uspořádání převzala Rogersovská psychoterapie zaměřená na klienta, podle níž je

důležité vcítění se do problémů klienta, vřelost a opravdovost, zatímco teorie a speciální techniky jsou nepodstatné (10).

1.4.5 Rodinná terapie

Hlavní myšlenkou, na níž stojí metody rodinné terapie léčby drogově závislých, je zjištění, že je prospěšné zapojit do léčebného procesu blízké osoby pacienta (16).

Nový psychoterapeutický přístup, zaměřený právě na rodinu, se začal utvářet v 50. letech 20. století. Pohlíží na rodinu jako na jednotku, které je zapotřebí k pochopení jedince a k léčbě individuálních problémů a poruch (6).

Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Z toho vyplývá, že rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale stejně tak může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání takového problému (15).

V praxi se nejčastěji můžeme setkat se dvěma situacemi. Tou první je spolupráce s rodiči nezletilého nebo mladého dospělého klienta a druhou situací je spolupráce s partnerem nebo partnerkou dospělého klienta. U dospívajících nemají většinou partnerské vztahy takový význam jako vztah k rodičům. Důvodem je přirozeně nestabilita partnerských vztahů v této věkové skupině a dále i fakt, že dospívající je z velké části na rodičích ekonomicky závislý. Práce s rodiči proto bývá zpravidla efektivnější a důležitější (16).

V některých komunitách pro mladistvé je dokonce spolupráce rodiny podmínkou přijetí adolescentního klienta do léčby. V rámci rodinné terapie jsou uskutečňovány především rodinné víkendy a pobyty, skupiny s blízkými, ale mohou to být kupříkladu i různé semináře či společné akce s rodinnými příslušníky a jiné speciální události, u kterých může být rodinný příslušník přítomen (8).

1.4.6 Arteterapie

Arteterapii chápeme jako psychoterapeutický postup, který se opírá o výtvarné projevy klientů (3).

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, tedy nejen výtvarně nadaným. Výtvarné činnosti využívané při terapeutických sezeních umožňují sebevyjádření, usnadňují komunikaci a otevírají cestu k odreagování emocí (13).

Pojetí arteterapie se v terapeutických komunitách velmi liší. Pokud je arteterapie pojata jako „pravá“ psychoterapie, klade pak velké nároky na arteterapeuta a jeho vzdělání v oblasti psychologie, psychoterapie, psychiatrie i umění. Jindy je pak aplikována pouze jako doplňková metoda a je používána zjednodušeně, bez speciálního výcviku terapeuta a tedy bez další návaznosti na psychoterapeutické intervence (19).

Zejména mladší klienti závislí na nealkoholových drogách mají k výtvarnému umění velmi blízko. Arteterapii je možné kombinovat i s muzikoterapií a jinými technikami jako je např. relaxace, imaginace, volné asociace, aj. Můžeme např. pustit ukázkou hudební skladby a požádat klienty, aby výtvarně vyjádřili své pocity. Častější je pak zadávání určitého tématu a následná debata o takto vzniklých artefaktech. K nejběžnějším tématům používaným v arteterapii patří např. rodina, můj erb, totem, čára mého dosavadního života, ústřední témata mého zájmu, apod. (16).

1.4.7 Muzikoterapie

Muzikoterapii můžeme rozdělit na aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii se využívá především vlastního zpěvu, práce s hlasem a hry na nástroje. Zde se dobře uplatní Orffovo instrumentarium s bubínky, trianglem a dřívky. Pomocí nástroje lze výborně vyjadřovat pocity, vztahy k druhým, apod. Receptivní muzikoterapie využívá především poslechu hudby. Ta může souznít s náladou klienta. Pokud se jedná o náladu nepříjemnou, lze se pak zvolna pomocí hudby „přeladit“. Hudba může také vyvolat silné emoce, které se následně vyjadřují např. kresbou, nebo se o nich dále hovoří při skupinové terapii. Velmi dobře se při těchto technikách osvědčila hudba klasická, orientální a meditativní (15, 16).

1.4.8 Psychodrama

Psychodrama je vlastně zjednodušené improvizované divadlo, které slouží k psychoterapeutickým účelům (11).

Je jednou z technik psychoterapie, která využívá především pět nástrojů: pacienta protagonistu, hlavního terapeuta či režiséra, případně další terapeuty, neboli pomocná ega, a členy skupiny plus prostor představující divadlo, kde se vše odehrává (26).

Většinou se na těchto setkáních pracuje s konkrétními příběhy, které se odehrály v klientově životě. Je tak klientovi dána možnost prostřednictvím dramatu znovu projít určitou situací a to tak, že si sám zvolí aktéry příběhu. Pomáhá tak znovu prožít dosud nezpracované situace. Klient kromě toho, že vidí mimo sebe svou vlastní situaci, později může zjistit i to, jak se ostatní klienti v těchto rolích cítili. Tato technika se nazývá hraní nebo záměna rolí. Další technikou může být rozhovor s někým pro pacienta významným (může jej zastoupit i prázdná židle). Méně časté jsou potom dramatické hry a herecká improvizace. Zadána je zde pouze výchozí situace a pravidla hry. Např. klienti dostanou větu, která spouští vyprávění, a oni po kruhu vyprávějí tak, že na tuto větu musí navázat. Herecká improvizace pak podněcuje tvořivost, vnímání druhých v jiných rovinách, hodně pracuje s dynamikou a umožňuje objevovat vlastní schopnosti a nebát se neznáma (16,19).

1.4.9 Pracovní terapie

Nedílnou součástí každodenního života v TK je práce a péče o chod komunity. V souladu s metodou svépomocných komunit jsou všichni klienti zodpovědní za každodenní správu zařízení. To zahrnuje veškeré úklidové aktivity, přípravu a podávání jídla, údržbu, péče o zvířata, nákupy, bezpečnost, koordinační rozvrhy, přípravy před skupinami a jinými aktivitami. Pracovní funkce zprostředkovávají podstatný vzdělávací efekt, podporují spojení s programem a poskytují příležitost pro rozvoj dovedností. Zároveň mohou posilovat sebepoznávání a osobní růst (18).

1.5 Další vybrané metody a aktivity směřující k dosahování cílů

Během reforem našly v terapeutických komunitách pro drogově závislé svoje místo různé další metody a služby. Ty, jež považuji za nejdůležitější, a kterými se budu zabývat v praktické části práce, uvádím níže.

1.5.1 Prevence lapsu/relapsu

Prevence relapsu je jednou ze skupinových aktivit, přestože zde není využíváno skupinové dynamiky. Relapsem rozumíme klientovo selhání v době, kdy se rozhodne abstinovat, přičemž termín lapsus znamená jednorázové „uklouznutí“ a relaps opakované či dlouhodobější selhání. Prevence relapsu slouží k zabránění nebo omezení rizika návratu k pravidelnému nebo opakovanému užívání drog. Prevence relapsu vychází z předpokladu, že klient je schopen své závislé chování měnit. (8).

Uklouznutí je méně časté a méně pravděpodobné u těch, kteří se vyhýbají nebezpečným situacím, a kteří udělali ve svém životním stylu konkrétní změny směrem od drog. Z tohoto důvodu je potřeba klienty během pobytu systematicky připravovat na tyto možné situace. Prevence relapsu je krokem k lepšímu zvládnutí sebekontroly. Klienti se učí novým sebeovládacím schopnostem a novým myšlenkovým vzorcům. Ty jim pomáhají pozměnit očekávání ohledně užívání drog a také jim napomáhají změnit osobní návyky a způsob života.

Skupiny zaměřené na prevenci relapsu jsou vhodné pro všechny klienty. Důležité jsou pak především u klientů, kteří nechtějí po ukončení pobytu pokračovat v žádném dalším léčebném nebo resocializačním zařízení (21).

1.5.2 Práce s garantem

Je nástrojem individuální psychoterapie. Jak již bylo řečeno výše, základní rámec individuální péče v terapeutických komunitách u nás určily v roce 2001

Standardy služeb pro uživatele drog, které definují potřebu individuálního přístupu ke klientovi včetně institutu „garanta“ (19).

Každému klientovi je při nástupu do komunity přidělen tzv. garant. Garanta si tedy nemůže sám klient zvolit. Individuální práce klienta s garantem začíná v 0. fázi klientova pobytu, kdy společně tvoří individuální plán a terapeutickou zakázku.

Garantský rozhovor probíhá zhruba 2x měsíčně. Je zaměřen na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé plány klienta. Následně se rozhovor hodnotí a je možné jej aktualizovat podle momentální situace. Informace z garantského rozhovoru předává klient na skupině (21).

1.5.3 Zátěžové programy

Jedná se o soubor aktivit zaměřených na cílené využívání alternativ trávení volného času. Součástí zátěžového programu může být i skupinové poradenství a terapie (14).

Zátěžová terapie je v českých komunitách již tradičním programem, který se nemalou měrou podílí na procesu klientovy integrace a přispívá k jeho osobnostnímu a sociálnímu rozvoji. Je realizována především formou několikadenních výprav sportovně-turisticko-poznávacího charakteru. Přináší tak především fyzickou a psychickou zátěž, kde si klient může ověřit, jaké jsou jeho limity, a vypořádat se s nepohodou a vyčerpáním. Zážitek a motivace pak mají pozitivní vliv na sebedůvěru a sebeúctu, samostatnost a pěstování vůle. Vypjaté situace konfrontují klienta s jeho schopností solidarity, tolerance, poskytnutí podpory, péči o slabší a zodpovědností. Mají tak rozhodující vliv na dynamiku skupiny. A v neposlední řadě mají samozřejmě výchovný charakter (19).

1.6 Základní legislativa a financování terapeutických komunit

Terapeutické komunity jsou provozovány na základě zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a jsou sociální službou podle zákona č. 108/2006 Sb. o

sociálních službách. Dále je každá organizace povinna se řídit při své činnosti zákony, které upravují obecně poskytování zdravotních a sociálních služeb, personalistiku, účetnictví, hospodaření, bezpečnost práce, apod. (18, 22).

Co se financování týče, většina terapeutických komunit jsou neziskové organizace, které mohou získávat finance ze státních dotací. Dle platných rozpočtových pravidel mohou získat 70% rozpočtu projektu, v praxi je to však většinou pouhých 30 - 50%. V současné době poskytují dotace na financování provozu terapeutických komunit již jen MPSV a RVKPP. Zbylé rezorty od jejich financování v minulosti upustily. Zbývající část nákladů je získávána ze sponzorských darů, členských příspěvků a pomocí nesoustavných výdělečných aktivit. Tyto zdroje jsou však velmi nejisté a objemově zanedbatelné (18).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je definovat rozdíly v psychoterapeutických přístupech a technikách v terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé osoby závislé na ilegálních drogách. Cíle je dosahováno prostřednictvím mapování psychoterapeutických přístupů, metod a technik, sloužících k naplňování cílů léčby v jednotlivých terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé klienty.

2.2 Hypotézy

Hypotézy budou stanoveny po vyhodnocení výsledků v závěru práce, jelikož jsem si za techniku sběru dat zvolila kvalitativní výzkum.

3. Metodika výzkumu

3.1 Použité metody

Tato bakalářská práce využívá metodu kvalitativního výzkumu. Sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu a při využití intenzivnějšího kontaktu se zkoumanými jedinci či jevy. Výhodou kvalitativního výzkumu je podrobnější popis daného jevu a zároveň možnost jeho zkoumání v jeho přirozeném prostředí. Výzkumník se tak snaží získat integrovanější pohled na předmět studie (4).

K získání potřebných dat byla zvolena metoda dotazování, přičemž nástrojem byl strukturovaný rozhovor s polozavřenými a otevřenými otázkami. Strukturovaný rozhovor sestává z řady předem pečlivě formulovaných otázek, na něž jednotliví respondenti odpovídají. Tento typ rozhovoru se užívá, když je vhodné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit (4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen čtyřmi terapeuty terapeutických komunit, přičemž dva z terapeutů jsou zaměstnanci terapeutické komunity pro mladistvé a další dva pracují v terapeutické komunitě pro dospělé.

Respondenti byli vybráni na základě kvótního výběru, přičemž kvótou pro jejich výběr byl zaměstnanecký poměr v příslušné terapeutické komunitě delší než jeden rok.

Respondenti byli dále rozděleni do dvou výzkumných vzorků. Výzkumný vzorek č. 1 tvořili terapeuti terapeutické komunity pro dospělé a výzkumný vzorek č. 2 pak terapeuti z terapeutické komunity pro mladistvé klienty.

Všichni oslovení respondenti byli do výzkumu zařazeni na základě dobrovolného rozhodnutí a s výzkumem souhlasili. Oslovila jsem respondenty z následujících zařízení:

- Terapeutická komunita Karlov (viz příloha č. 2)
- Terapeutická komunita Němčice
- Terapeutická komunita Sejřek

K záznamu rozhovorů byly využity vlastní poznámky do záznamových archů. Přepisy těchto rozhovorů uvádím v následující kapitole výsledky.

Výzkumné šetření bylo prováděno v rozmezí od měsíce března do měsíce června roku 2010.

4. Výsledky výzkumu

V následující části práce uvádím přepis informací, získaných formou dotazování uskutečněného metodou strukturovaného rozhovoru v rámci kvalitativního šetření. Rozhovory byly při přepisu zbaveny balastu a nespisovných výrazů. Tato minimální úprava nemá vliv na význam sdělovaných informací.

4.1 Výzkumný vzorek č. 1 – terapeuti terapeutické komunity pro dospělé

Míla – (terapeutka TK pro dospělé - psycholog, hlubinně orientovaný psychodynamický výcvik, výcvik v katatymně imaginativní psychoterapii, praxe v TK pro dospělé 4 roky)

Příjem klientů - od 23 let

„Jaké je složení multidisciplinárního týmu ve vaší terapeutické komunitě? Domníváte se, že existují rozdíly ve složení multidisciplinárního týmu v terapeutických komunitách pro mladistvé a pro dospělé klienty, nebo je složení týmu stejné?“

„U nás je zastoupen speciální pedagog, sociální pracovník, pracovní terapeuti, lékaři externě, atd. Bohužel jsem nepoznala žádnou terapeutickou komunitu pro mladistvé, ale domnívám se, že mírné rozdíly zde budou.“

„Jak dlouhá je standardní léčba klienta ve vaší komunitě? Jak se odráží věk klienta v délce léčby? Je léčba mladistvého a dospělého klienta stejně dlouhá?“

„V naší komunitě léčba trvá zpravidla 12 měsíců. Může se individuálně plánovat, řídí se potřebami klienta. Záleží na tom, s jakými komplikacemi klient přichází. Domnívám se, že u mladistvého je doba léčby kratší.“

„Jaké formy a nástroje individuální psychoterapie v současnosti využíváte? Jaké rozdíly spatřujete v práci s dospělými a mladistvými klienty v rámci individuální terapie?“

„U nás se snažíme v co největší možné míře zachovat skupinové dění, takže téměř všechny aktivity probíhají ve skupině. Individuální psychoterapie je minimální,

ne-li nulová. Probíhá v omezených případech na bázi krizové intervence, nebo v případě, že se objeví téma, které není zralé k tomu, aby bylo předneseno před skupinou. Potom je možné malinko „předpřipravit terén“ pro přednesení. Jinak individuální psychoterapii příliš nepodporujeme. Rozdíly bohužel nedovedu posoudit“.

„Jaké skupinové techniky v současnosti využíváte? Spatřujete nějaké rozdíly v rámci těchto skupinových technik v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„U nás je to arteterapie, imaginace a dramaterapie, která se používá v menší míře, nebo je to např. sestavování sochy rodiny a jiné neverbální techniky tohoto typu. Dále skupinová imaginace, kterou máme pětkrát do roka, protože je to poměrně obtížná technika a nechceme klienty příliš zahlcovat. Já vnímám všechny tyto metody jako jeden balík, který vede jinými cestami ke stejnému cíli. Osobně se zabývám imaginacemi, které shledávám velmi výhodnými proto, že jsou klienti, kteří obtížně verbalizují a daleko lépe se dostávají k vyjádření některou z těchto technik, ať už je to výtvarné vyjádření, nebo hraní rolí. Velmi důležitá je také technika prevence relapsu, která se provádí každý týden hodinu a čtvrt. Tato metoda je značně specifická tím, že se zde nespouští skupinový proces, ale klient může v bezpečném prostředí mluvit o relapsu a o tom, jak mu může předejít. Co se týče druhé části otázky, v tomto případě si myslím, že rozdíly v rámci těchto technik mezi mladistvými a dospělými nejsou.“

„Jaké formy práce s rodinou využíváte? Probíhá práce s rodinou mladistvého a dospělého uživatele stejně?“

„My máme velmi starou klientelu, není výjimkou ani padesátiletý klient. Přesto s rodinou pracujeme, pokud je to jen trošku možné. Před třemi lety jsme zavedli pravidelné rodinné víkendy, které jsou čtyřikrát do roka. Zde se rodinní příslušníci sejdou a probíhá zde společný strukturovaný program a pohovory. Myslím, že práce s rodinou se určitě liší, protože mladiství mají před sebou ještě jisté vývojové úkoly v rámci rodiny, kdežto my klienty vedeme spíše k osamostatnění a separaci.“

„Co se zátěžových programů týče, jaké typy těchto programů jsou aplikovány? Jsou některé zátěžové programy, které shledáváte nevhodnými pro mladistvé nebo naopak dlouhodobé uživatele?“

„Zátěžové programy jsou pevnou součástí programu a nejčastěji jsou to zátěžové akce sportovního charakteru, takže se jezdí na kole, na běžky, na vodu, dále tzv. „puťáky“, stanování v extrémnějších podmínkách. Ale zátěžové jsou i klasické pracovní bloky, kde klienti pracují např. v lese, kam jedou 10 km na kole. Myslím, že nevhodný není žádný zátěžový program, jen u dlouhodobých uživatelů se musí brát větší zřetel na somatické poškození.“

„Jak dlouhé jsou jednotlivé pracovní bloky ve vaší komunitě? Je délka pracovních činností a pracovní zátěž stejná u mladistvých i dospělých klientů?“

„Za týden máme dva dlouhé pracovní bloky, které trvají od 10:15 hod do 15:15 hod, samozřejmě s přestávkami na jídlo, a tři krátké bloky, které trvají pouze do 11:45 hod. Co se týče rozdílů u mladistvých, zde zřejmě délka pracovních činností vychází ze zákona a pravděpodobně bude kratší.“

„Jaké psychoterapeutické přístupy v současnosti využíváte, ze kterých psychoterapeutických směrů čerpáte?“

„Co se týče psychoterapeutických směrů, mám pocit, že se zde prolínají téměř všechny směry. Záleží to hodně na tom, kdo zrovna skupinu vede a jaký má psychoterapeutický výcvik. Myslím, že jsme takový klasický příklad moderní integrativní psychoterapie. Vybíráme si to, co je pro nás nejvhodnější. Ještě jsem se za dobu, co jsem zde, nesetkala s tím, že by někdo využíval klasickou Gestalt terapii a aplikoval na klienty např. techniku prázdné židle. Nejsme žádní čarodějové, snažíme se být co nejcivilnější a být tak klientům co nejbližší.“

„Zaměříme-li se na denní režim a pravidla, myslíte si, že se liší v terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé? Jestliže ano, v čem?“

„Myslím si, že u nás bude větší míra demokracie, že bude větší míra podílu na chodu komunity, aby si klienti sami uvědomovali svou dospělost, i to, že mají ve svých rukách svůj život stejně jako fungování komunity. Většinu věcí si rozhodují sami a mají velký vliv i na změny programu. Takže i program je věc, kterou do jisté míry spoluvytváříme.“

„Je známo, že léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Klient tak v léčbě přechází z nižší fáze do vyšší. Hraje při tomto přechodu roli věk klienta, případně jeho nezletilost?“

„Myslím si, že věk klienta zde vůbec nerozhoduje.“

„Existují nějaké rozdíly v legislativě vztahující se k péči o mladistvé a dospělé klienty? Pakliže ano, v čem spočívají a o jaké zákonné normy se opírají?“

„Rozdíly určitě existují, např. při pracovní činnosti, o které jsme již mluvili, ale protože pracuji v terapeutické komunitě pro dospělé, nejsem s nimi detailně obeznámena.“

„Důležitou roli v komunitě hrají také rituály. Myslíte si, že se tyto rituály liší v terapeutických komunitách pro dospělé a mladistvé?“

„Domnívám se, že významné rozdíly tu nejsou.“

„Uplatňujete Vy osobně rozdílný přístup při kontaktu s mladistvým nebo mladým klientem a dlouhodobým uživatelem?“

„Myslím, že zde věk není rozhodující.“

„V čem Vy osobně spatřujete nejmarkantnější rozdíl v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Těžko říct, témata mohou být společná. Ale domnívám se, že nejvýraznější rozdíl je zřejmě v motivaci. Práce s mladistvými musí být těžká v tom, že se v řadě případů ještě léčit nechťejí. Chtějí si užít a potřebují si ještě „nabít čumák“. My pracujeme s daleko těžší klientelou, daleko více poškozenou všemi životními ranami a dlouhou drogovou i kriminální kariérou. Ale zase máme tu výhodu, že klienti o co více nemůžou, o to více chtějí. Mladiství ještě nemají v hlavě úplně jasno a kázání o tom, jak skončí za dvacet let, na ně nezabírají, takže si myslím, že práce s motivací je zde velmi obtížná a pro terapeuty to musí být dosti frustrující.“

„Existuje nějaká psychoterapeutická technika či přístup v rámci léčby mladistvých a dospělých klientů, kterou byste zcela vypustila, nebo kterou naopak v léčbě postrádáte?“

„Neumím si v tuto chvíli nic takového vybavit, nepostrádám v podstatě nic, myslím, že jsme hodně otevření tomu, s čím někdo z týmu přijde. Dále také záleží na tom, zda techniku klienti přijmou a zda jí věří.“

Honza – (vedoucí TK pro dospělé – sociální pracovník, adiktolog, výcvik v komunitní a skupinové psychoterapii, praxe v TK pro dospělé 11 let)

Příjem klientů – od 18 let

„Jaké je složení multidisciplinárního týmu ve vaší terapeutické komunitě? Domníváte se, že existují rozdíly ve složení multidisciplinárního týmu v terapeutických komunitách pro mladistvé a pro dospělé klienty, nebo je složení týmu stejné? “

„V naší komunitě je zastoupen speciální pedagog, psycholog, pracovní terapeuti, také máme terapeutku s výcvikem v arteterapii. Mírné rozdíly ve složení týmu budou. Speciálně u mladistvých určitě pedagog volného času.“

„Jak dlouhá je standardní léčba klienta ve vaší komunitě? Jak se odráží věk klienta v délce léčby? Je léčba mladistvého a dospělého klienta stejně dlouhá? “

„Délka pobytu se pohybuje od 8 do 13 měsíců. Rozsah je samozřejmě pohyblivý, vzhledem k jednotlivým plánům léčby klienta. Klient si tak může individuálně naplánovat délku léčby s ohledem na přestupy do jednotlivých fází. Svůj plán vždycky konzultuje se svým garantem a rozhoduje o něm pak celá komunita. Poskytujeme taky strukturovanou střednědobou léčbu, která trvá pouze 6 měsíců a je určená klientům s krátkou drogovou kariérou a malým sociálním poškozením. Léčba dospělého klienta tedy trvá zpravidla jeden rok, léčba mladistvého trvá většinou okolo půl roku. Jak už bylo řečeno, vše je ale individuální a řídí se konkrétními potřebami klienta.“

„Jaké formy a nástroje individuální psychoterapie v současnosti využíváte? Jaké rozdíly spatřujete v práci s dospělými a mladistvými klienty v rámci individuální terapie? “

„V rámci individuální péče využíváme garantský rozhovor, individuální plánování a krizovou intervenci. V dřívější době jsme používali psaní deníku, od toho se ale upustilo. Psaní deníků sice fungovalo jako ventil, ale dále se s nimi již nepracovalo a pro naši skupinu to nebylo nutné. Co se týče druhé části otázky - potřeba autentického terapeutického vztahu – po celou dobu léčby a také při práci s garantem. To platí pro všechny klienty, ale myslím, že mladiství jej potřebují nejvíc.“

„Jaké skupinové techniky v současnosti využíváte? Spatřujete nějaké rozdíly v rámci těchto skupinových technik v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Jsou to především jednotlivá skupinová sezení. Jedná se o tematické skupiny, dynamické skupiny, skupiny rozdělené, autobiografické, kreativní – jako již zmiňovaná arteterapie, mimořádné, seznamovací a důležitou součástí je také prevence relapsu. U mladých je většinou kladen důraz na kreativní a volnočasové aktivity.“

„Jaké formy práce s rodinou využíváte? Probíhá práce s rodinou mladistvého a dospělého uživatele stejně?“

„Určitě neprobíhá úplně stejně. Pro mladší lidi je mnohem důležitější být s rodinou zadobře, zatímco starší klienti jsou vedeni spíše k osamostatnění se. Práce s rodinou v naší komunitě probíhá ve dvou rovinách. Jedná se o práci s rodinou v komunitě a mimo ni. V komunitě je to rodinné sezení, rodičovský víkend a návštěvy. Rodiče bývalých klientů pak ještě mohou docházet do svépomocné rodičovské skupiny, která se koná jednou měsíčně.“

„Co se zátěžových programů týče, jaké typy zátěžových programů jsou aplikovány? Jsou některé zátěžové programy, které shledáváte nevhodnými pro mladistvé nebo naopak dlouhodobé uživatele?“

„Zátěžové programy jsou důležitou součástí léčby, je prokázáno, že u klientů, kteří absolvují alespoň dva zátěžové programy, se zvyšuje procento dokončení léčby. Na zátěžové akci se skupina stmelí, musí se postarat o svoje potřeby a hlavně se musí postarat o nejslabší členy, jinak by nepřežili. Zároveň je zde velký prostor se s klientem setkat. Jedná se většinou o týdenní výjezdy – horská turistika, putování s bařohem na zádech, cykloturistika, horolezectví, plavba na lodích. V zimním období jsou to krátkodobé výlety zaměřené na výdrž. Myslím, že není zátěž, která by nebyla vhodná pro mladistvé, spíše naopak u dlouhodobých klientů s velkými somatickými obtížemi může být problém, že nejsou schopni zvládat zátěž.“

„Jak dlouhé jsou jednotlivé pracovní bloky ve vaší komunitě? Je délka pracovních činností a pracovní zátěž stejná u mladistvých i dospělých klientů?“

„Dopolední pracovní blok je vždy od 9:00 do 12:00 s přestávkou. Dvakrát týdně je odpolední pracovní blok od 13:30 do 16:00 - 17:00. Jinak je odpoledne prostor pro kreativní, sportovní a jiné společné aktivity.“

„Jaké psychoterapeutické přístupy v současnosti využíváte, ze kterých psychoterapeutických směrů čerpáte?“

„Čerpáme především z KBT a dynamické psychoterapie“.

„Zaměříme-li se na denní režim a pravidla, myslíte si, že se liší v terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé? Jestliže ano, v čem?“

„Myslím, že u mladistvých se více dbá na výchovné prvky jako je právě dodržování režimu, apod. U nás jsme dříve také vyžadovali velmi přísné dodržování režimu, dnes víme, že jsou důležitější věci.“

„Je známo, že léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Klient tak v léčbě přechází z nižší fáze do vyšší. Hraje při tomto přechodu roli věk klienta, případně jeho nezletilost?“

„Věk jako takový nerozhoduje, spíš s nízkým věkem spojená nezralost.“

„Existují nějaké rozdíly v legislativě v péči o mladistvé a dospělé klienty? Pakliže ano, v čem spočívají a o jaké zákonné normy se opírají?“

„U mladistvých určitě spolupráce s OSPOD, spolupráce se zákonným zástupcem. Věci vyplývající z Úmluvy o právech dítěte.“

„Důležitou roli hrají v komunitě také rituály. Myslíte si, že se tyto rituály liší v terapeutických komunitách pro dospělé a mladistvé?“

„Myslím, že jsou hodně podobné.“

„Je to uvítací rituál s vhozením nováčka do rybníka, poté přestupové rituály, výstupový rituál, pak je to společné stolování a rituály spojené s narozeninami a svátky.“

„Uplatňujete Vy osobně rozdílný přístup při kontaktu s mladistvým, nebo mladým klientem a dlouhodobým uživatelem?“

„S mladistvými u nás v komunitě nepracuji, ale zde měřím každému stejným metrem.“

„V čem Vy osobně spatřujete nejmarkantnější rozdíl v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Myslím že v motivaci a v práci s autoritou. Dlouhodobý uživatel umí pracovat s autoritou, umí se přizpůsobit. To ale ještě neznamená, že bude v životě i léčbě spokojenější.“

„Existuje nějaká psychoterapeutická technika či přístup v rámci léčby mladistvých a dospělých klientů, kterou byste zcela vypustil, nebo kterou naopak v léčbě postrádáte?“

„Co se týče technik si nic takového nevybavuji. To, jak je program sestaven, je výsledek poměrně dlouhodobých zkušeností. Ze začátku to byla trošku metoda pokus omyl. Základní léčebnou metodou byl konflikt. Byli jsme nezkušení a domnívali jsme se, že nejdůležitější je se přizpůsobit. Byli jsme trošku nejistí. Dnes už se moc vyvolávání konfliktu nepoužívá. Ale neutíkáme od konfliktu, když máme pocit, že jde o člověka a jeho potřeby.“

4.2 Výzkumný vzorek č. 2 – terapeuti terapeutické komunity pro mladistvé

Petr – (vedoucí TK pro mladistvé - Speciální pedagog, psychoterapeutický výcvik SUR, praxe v TK pro mladistvé 12 let)

Příjem klientů – od 15 do 26let

„Jaké je složení multidisciplinárního týmu ve vaší terapeutické komunitě? Domníváte se, že existují rozdíly ve složení multidisciplinárního týmu v terapeutických komunitách pro mladistvé a pro dospělé klienty, nebo je složení týmu stejné?“

„Vedoucí komunity - speciální pedagog a výcvik SUR plus výcvik supervize, zástupce - speciální pedagog, psycholog plus SUR, sociální pracovník plus SUR, sociální poradce plus výcvik videotréning, speciální pedagog plus SUR, pracovní terapeuti a hospodárka. Složení týmu je podobné, ale z mého pohledu specificky u mladistvých je potřeba pedagog volného času a každý z členů týmu by měl nabízet nějakou svoji volnočasovou aktivitu, ať už je to lezení, malování nebo auta. Dnes se tvrdí, že léčba mladistvých není ani tolik terapie jako spíš výchova. K tomuto názoru se rozhodně přikláním.“

„Jak dlouhá je standardní léčba klienta ve vaší komunitě? Jak se odráží věk klienta v délce léčby? Je léčba mladistvého a dospělého klienta stejně dlouhá?“

„Dva typy délky – 6 až 8 a druhá je 4 až 5. Není to podle věku. Ta léčba 4 až 5 je novinka – nabízíme ji 2 roky. Klient musí být na kratší léčbu indikován. Musí splňovat následující kritéria: věk pod 18 let, jeho návrat je směřován do bezpečného prostředí, rodina nemusí být úplná, ale musí fungovat. Spolupráce je zde naprosto nezbytná. Dále se často klient např. vrací do školy, má přerušené studium. Důležitá je délka drogové kariéry. Do téhle skupiny jsou zařazení velmi rizikovní experimentátoři s drogovou kariérou např. 3 roky. Ta delší doba se týká klientů do 26 let. Zde je delší drogová kariéra, craving, prokazují jednoznačně prvky závislosti. Mají narušené rodinné vztahy. Nemají kamarády ani blízké z řad abstinentů. Nesměrujeme je zpátky do rodin, ale do následné péče. Ta může trvat rok. Časové rozpětí záleží na tom, jak se daří plnit plán léčby. U delší léčby je následná péče velmi důležitá. Klient může velmi

dobře prospívat v komunitě, ale selhává ve svém domácím prostředí. Skupina s kratší dobou léčby tvoří asi 20% klientů.“

„Jaké formy a nástroje individuální psychoterapie v současnosti využíváte? Jaké rozdíly spatřujete v práci s dospělými a mladistvými klienty v rámci individuální terapie?“

„Krizová intervence nejčastěji, motivační pohovory, práce s garantem a individuální péče v rámci plánování. Krátkodobé cíle jsou zhruba na týden – např. zavolat rodičům, pak jsou střednědobé - cca měsíc např. na skupinách promluvit o konkrétním tématu. Pak jsou cíle dlouhodobé jako rámcový plán léčby, vyřízené dluhy, hotové splátkové kalendáře, apod. Jinak např. práci s deníkem neděláme. Někdo deníky praktikuje, ale naší snahou je vše dostat do skupiny a to i věci z individuální terapie, aby ostatní mohli převzít odpovědnost za daného jedince. Je to podpůrná oblast pro skupinovou terapii. Všechno, co se děje v komunitě, se musí dostat do skupiny. Rozdíly vidím v tom, že mladiství lépe fungují na základě vztahu s garantem. Zde musí být jednoznačně navázán vztah terapeut - klient. Přístup musí být hodně alternativní v tom, že terapeut musí používat srozumitelný jazyk. Žádné mentorování, jen otevřenost, kreativita. Co se týče krizové intervence, tam rozdíly nebudou. Klienta je potřeba aktuálně uklidnit.“

„Jaké skupinové techniky v současnosti využíváte? Spatřujete nějaké rozdíly v rámci těchto skupinových technik v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Ranní komunita - skupina zaměřená na to, co se událo v předešlém dni. Zde se klienti učí zhodnotit a shrnout, co bylo včera. Interakční skupina - vyřikávání vzájemných vztahů, gendrově oddělené skupiny – zde se řeší sexuální témata, tématické skupiny - skupina se věnuje konkrétnímu tématu. Dále je to velmi důležitá prevence relapsu, skupiny životopisné - vždy na začátku léčby, skupiny dynamické - klient přichází se svým vlastním tématem, kterému se věnuje celá skupina. Skupiny hodnotící - na konci týdne v neděli. Dále používáme videotréning, jak ve skupině, tak v individuální péči. U skupinové terapie je dle mého názoru důležité netrvat na zabředlosti do stejných technik, nenechávat klienty dlouho v nějakém stereotypu. U mladistvých je vůbec obecně velmi důležité se stereotypu vyvarovat.“

„Jaké formy práce s rodinou využíváte? Probíhá práce s rodinou mladistvého a dospělého uživatele stejně?“

„Ve dvou polohách - rodinná terapie, která se odehrává u nás v komunitě - rodina přijíždí na víkendy, pokud funguje. Zhruba po první třetině léčby můžou rodiče přijíždět vlastně libovolně, většinou na víkendy. Nabízíme i týdenní pobyty, ale ty nejsou moc využívané. Další jsou rodinná setkání v Praze. Ty mají informativní charakter, přičemž principem je výměna zkušeností mezi rodiči. Naše organizace také nabízí klasickou rodičovskou terapii, v případě potřeby intenzivnější terapie.“

„Co se zátěžových programů týče, jaké typy zátěžových programů jsou aplikovány? Jsou některé zátěžové programy, které shledáváte nevhodnými pro mladistvé nebo naopak dlouhodobé uživatele?“

„Realizujeme většinou týdenní programy. V létě jsou to kola, Šumava, sjíždění řeky, pěší výpravy a v zimě běžky. Myslím, že každá zátěž je pro klienty dobrá, jen je potřeba brát zřetel na somatické problémy – zvláště u starších klientů.“

„Pracovní terapie a práce obecně je nedílnou součástí pobytu v terapeutické komunitě. Je délka pracovních činností a pracovní zátěž stejná u mladistvých i dospělých klientů?“

„U nás v komunitě máme od pondělí do pátku pracovní blok 4,5 hodiny. Zátěž je dle mého názoru stejná. Jen je potřeba brát ohled na anamnézu, u mladistvých pak více dbát na hygienické normy jako jsou pauzy, apod.“

„Jaké psychoterapeutické přístupy v současnosti využíváte, ze kterých psychoterapeutických směrů čerpáte?“

„Čerpáme z KBT, dynamické skupinové terapie a potom z jednotlivých znalostí a dovedností terapeutů.“

„Zaměříme-li se na denní režim a pravidla, myslíte si, že se liší v terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé? Jestliže ano, v čem?“

„U mladistvých je důležitá větší nabídka volnočasových aktivit, kreativní přístup. Reagovat na aktuální stav skupiny. Hodně dbát na hygienický režim, svačiny, pauzy – adolescenti mají jiné potřeby, dostatek spánku. Večerka je ve 22:45.“

„Je známo, že léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Klient tak v léčbě přechází z nižší fáze do vyšší. Hraje při tomto přechodu roli věk klienta, případně jeho nezletilost?“

„Je to limitováno přísnými kritérii, věk klienta nehraje roli.“

„Existují nějaké rozdíly v legislativě v péči o mladistvé a dospělé klienty? Pakliže ano, v čem spočívají a o jaké zákonné normy se opírají?“

„Všechny smlouvy podepisuje zákonný zástupce, ale nemusí to být rodič. Může to být např. zaměstnanec výchovného ústavu. Potom veškeré jednání probíhá se zákonným zástupcem.“

„Důležitou roli hrají v komunitě také rituály. Myslíte si, že se tyto rituály liší v terapeutických komunitách pro dospělé a mladistvé? Jaké rituály se konají ve vaší komunitě?“

„Rituály se v zásadě neliší, ale u mladistvých by měly být co nejčastější. Rituál jako takový je principiálně nosná záležitost komunity. Mladiství jich potřebují podstatně víc než dospělí.“

„Uplatňujete Vy osobně rozdílný přístup při kontaktu s mladistvým, nebo mladým klientem a dlouhodobým uživatelem?“

„Jednoznačně zcela jiný přístup. Určitě kreativita, otevřenost, nepoučovat, ale chovat se jako průvodce. Klient si na to musí přijít sám. A stále mít na paměti, že nositelem změny je vždy vztah.“

„V čem Vy osobně spatřujete nejmarkantnější rozdíl v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Rozhodně v kreativitě, přizpůsobovat se individualitě klientů, jak jsem už říkal hodně rituálů, přizpůsobení jazyka, nabízet svoje osobní aktivity klientovi. Rozhodně je základní pilíř práce komunikace s rodinou a bezpečné vztahy. Plus namotivovat nadstavbové studium nad základní školu. To znamená i obyčejná didaktika. Není to jen motivace k životu bez drog, ale motivace ke studiu, motivace k bezpečným vztahům (25% z celkových aktivit). Terapie je u mladistvých víc o blízkosti. Vždycky říkám, že za cestu na toaletu se může udělat víc práce, než za celý měsíc skupinových aktivit.“

„Existuje nějaká psychoterapeutická technika či přístup v rámci léčby mladistvých a dospělých klientů, kterou byste zcela vypustil, nebo kterou naopak v léčbě postrádáte?“

„Co bych zcela vypustil je přednáška. Ta je u mladistvých naprosto k ničemu. Oni si vše musí zažít, teprve pak se někam posunují. V rámci technik nepostrádám nic. Kdyby nějaká konkrétní technika chyběla, není problém ji externě zajistit. Co momentálně trochu postrádám je přítomnost exusera v komunitě.“

Honza – (terapeut TK pro mladistvé - speciální pedagog, psychoterapeutický výcvik v Gestalt terapii, praxe v TK pro mladistvé 2 roky)

Příjem klientů – od 15 do 26let

„Jaké je složení multidisciplinárního týmu ve vaší terapeutické komunitě? Domníváte se, že existují rozdíly ve složení multidisciplinárního týmu v terapeutických komunitách pro mladistvé a pro dospělé klienty, nebo je složení týmu stejné?“

„O multidisciplinaritu se starají všechny komunity, zastoupen je speciální pedagog, psychiatr externě, pracovní terapeuti. Personální zastoupení je spíše dáno tím, kde komunita leží, a spíše proto komunity bojují s nedostatečným zastoupením. Není to ideální... Myslím si, že u mladistvých se preferuje, aby pracovníci zastupovali matku, otce, u dospělých se pracuje spíše s dospělým vzorem, ale spíše na pozici rovnocenného partnerství. Snaží se více zaměstnat mladší lidi věkově blíž klientům. Co se týče odborného zaměření mám zkušenosti, že rozdíly nejsou. Možná se preferuje vzdělání speciální pedagog – mají zkušenosti z „pastáku“, dětského domova – a psycholog je schopen dělat diagnostiku.“

„Jak dlouhá je standardní léčba klienta ve vaší komunitě? Jak se odráží věk klienta v délce léčby? Je léčba mladistvého a dospělého klienta stejně dlouhá?“

„Doba léčby není stejně dlouhá. U nás je standardní 8 měsíční. Důraz je kladen spíše na to, aby léčba byla kratší než delší. Když má klient rodinu, kratší drogovou kariéru a není tam zásadní psychiatrický problém, léčba se spíše zkracuje, aby byla možnost se co nejdříve vrátit do rodiny. Záleží to i na klientovi, spolupráci rodiny, ale de facto nezáleží na tom, zda je klientovi 17 nebo 21.“

„Jaké formy a nástroje individuální psychoterapie v současnosti využíváte? Jaké rozdíly spatřujete v práci s dospělými a mladistvými klienty v rámci individuální terapie?“

„Garant, krizová intervence, každý měsíc jedna konzultace – měsíční plán léčby – konkrétní cíle na následující měsíce. Rozdíl je v tom, že sociální pracovníce u mladistvých musí ohlídat věci, které se týkají např. ústavní výchovy. Nemůžeme klienta pustit, musíme ho předat zákonnému zástupci a s ním se komunikuje i ve chvíli, kdy

jsou problémy s léčbou. Zde je povinnost komunikovat a příjem i odchod je jiný v tom, že musí být přítomen zákonný zástupce. V případě, že klient uteče, informována je i policie.“

„Jaké skupinové techniky v současnosti využíváte? Spatřujete nějaké rozdíly v rámci těchto skupinových technik v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„V současné době využíváme pouze některé prvky těchto technik, ale dále se s nimi nepracuje. Nemáme momentálně odborníka z této oblasti, arteterapii momentálně nevyužíváme vůbec. Co se týče dospělých a mladistvých, rozdíly budou minimální.“

„Jaké formy práce s rodinou využíváte? Probíhá práce s rodinou mladistvého a dospělého uživatele stejně?“

„Myslím, že principiálně stejně. U nás je podmínkou při nástupu spolupráce s rodinou. A dále nabídka účastnit se rodičovských skupin v Praze. Zde se můžou dozvědět, jaké strategie volit, nebo se mohou účastnit konzultací s klientem přímo v komunitě. Od druhé fáze může mít klient návštěvu a ta se účastní všech aktivit v komunitě. Neúčastní se pouze skupinových sezení. Výjimkou je závěrečný rituál, který je společný.“

„Co se zátěžových programů týče, jaké typy těchto programů jsou aplikovány? Jsou některé zátěžové programy, které shledáváte nevhodnými pro mladistvé nebo naopak dlouhodobé uživatele?“

„Zátěžák na kolech – týdenní akce, pěší výlety, skály, výlety pod stan. Pak je to týden na vodě, hory, lyže, běžky, vše podle možností. Dále divadelní festival terapeutických komunit, což je vlastně taky zátěž, zde si klienti testují, jak silná jsou pravidla, když jsou mimo komunitu. Mám zkušenost, že klienti nemají příliš rádi, když je zátěžová akce hned po nástupu léčby, ale jinak je přijímají dobře a nevybavují si nic, co by nebylo vhodné.“

„Pracovní terapie a práce obecně je nedílnou součástí pobytu v terapeutické komunitě. Je délka pracovních činností a pracovní zátěž stejná u mladistvých i dospělých klientů?“

„Je stejná, ale více se zohledňuje pohlaví a zdravotní stav... Víc než věkem je to ovlivněno fyzickými dispozicemi, dobou léčby. Mladiství také potřebují větší dohled.“

Nemají žádné návyky, ani sebeobslužné, úklid, takže součástí je větší dohled nad prací. Aby se naučili fungovat tak, že když něco chci, musím pro to něco udělat. My máme přímo pracovního terapeuta a paní v kuchyni. To je dáno tím, že mladiství většinou nemají zkušenosti s vařením a někdo na ně musí dohlížet.“

„Jaké psychoterapeutické přístupy v současnosti využíváte, ze kterých psychoterapeutických směrů čerpáte?“

„Myslím, že je to hodně dáno tím, jaký mají jednotliví terapeuti výcvik. Já mám výcvik v Gestalt terapii.“

„Zaměříme-li se na denní režim a pravidla, myslíte si, že se liší v terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé? Jestliže ano, v čem?“

„Je to podobné... Ale u mladistvých se klade větší důraz na dodržování režimu dne.“

„Je známo, že léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Klient tak v léčbě přechází z nižší fáze do vyšší. Hraje při tomto přechodu roli věk klienta, případně jeho nezletilost?“

„Tam jsou jasně daná pravidla, kdy můžou klienti přejít z fáze do fáze. Věk nehraje roli... Pokud jsou uzavření, nebo nemluví o svých problémech na skupinách. To, co mladší lidi odlišuje, je, že nemají vnitřní motivaci. Odchod z léčby je tak častější. Mladší klienti nemají reálný náhled na život mimo komunitu. Víc si budoucnost vysnívají a pak dochází k většímu rozčarování. Důvody pro nepostoupení jsou také útek ke stylu chování mimo komunitu, stálé hovory o drogách, neférovost a agrese. Často je to také sexuální vztah, který není v komunitě povolen.“

„Existují nějaké rozdíly v legislativě v péči o mladistvé a dospělé klienty? Pakliže ano, v čem spočívají a o jaké zákonné normy se opírají?“

„Spolupráce s OSPOD... Úmluva o právech dítěte, MPSV...“

„Důležitou roli hrají v komunitě také rituály. Myslíte si, že se tyto rituály liší v terapeutických komunitách pro dospělé a mladistvé? Jaké rituály se konají ve vaší komunitě?“

„Je to ukončovací rituál, toho se účastní celá komunita, zapalují se svíčky, rozdávají dárky, poselství, a klient se předává do doléčovacího programu. Je to

významný předěl, protože leckdy je to první věc, které klient dosáhl. Potom jsou to menší rituály, např. při přestupech z jednotlivých fází, nebo při narozeninách.“

„Uplatňujete Vy osobně rozdílný přístup při kontaktu s mladistvým nebo mladým klientem a dlouhodobým uživatelem?“

„Myslím si, že se snažím být více výchovným faktorem. Vlastně taková role staršího bratra. Hodně se snažím v klientech posilovat strategie a styly chování. Spíše se zaměřuji na podporu, ale právě u mladistvých je důležitá i kontrola. Hodně se zaměřujeme na aktuální proces a pracujeme tak s přítomnou výchovnou situací, která je jasně viditelná a srozumitelná. I uvědomování se u mladistvých musí odrážet od toho, co v té chvíli prožívají, přestože je to někdy spojeno s rizikem, zátěží a konfrontací spojenou s emocemi.“

„V čem Vy osobně spatřujete nejmarkantnější rozdíl v péči o mladistvé a dospělé klienty?“

„Hlavní je větší důraz na výchovu. Mladí potřebují mnohem více zažít si v bezpečném prostředí nové zážitky a vytvářet situace, které budou ztřeštěné a zábavné, více se bavit, zjistit, že to, co zažili na drogách, můžou zažít i bez nich a můžou se bavit i střízliví. Velmi důležitý je zde také vztah k autoritě. Nezažili si většinou autority, které by mohli následovat. U mladistvých se tak jedná z velké části o výchovu, a ne o terapii. Je to z důvodu jejich nezralosti a neadekvátního výchovného prostředí, ve kterém se delší dobu nacházeli. Zaměřujeme se tak hlavně na základní dodržování pravidel, dodržování hranic. Speciální pedagogové pak dbají na bezpečné a srozumitelné prostředí, aby se člověk mohl vyznat ve svých silných a slabých stránkách, rizikových situacích.“

„Existuje nějaká psychoterapeutická technika či přístup v rámci léčby mladistvých a dospělých klientů, kterou byste zcela vypustil, nebo kterou naopak v léčbě postrádáte?“

„U mladých mi připadá zbytečné všechno, co se zaměřuje na spiritualitu, hledání smyslu. Myslím, že u nich nejvíce funguje autentický vztah. Mladí se teprve učí sebebodpoře, ze začátku je podpora strašně důležitá, aby se klienti otevřeli a věřili.“

Trošku mi chybí právě již zmiňovaná arteterapie nebo pohybové techniky, které mladé lidi baví.“

5. Diskuze

Bakalářská práce je zacílena na rozdíly v péči o mladistvé a dospělé klienty v terapeutických komunitách pro drogově závislé, s důrazem na psychoterapeutické přístupy a techniky. Výše uvedeného cíle je dosahováno prostřednictvím mapování těchto psychoterapeutických přístupů, metod a technik, sloužících k naplňování cílů léčby v jednotlivých terapeutických komunitách pro mladistvé a dospělé klienty a následnou komparací těchto informací.

Ke shromáždění potřebných podkladů bylo využito kvalitativního výzkumného šetření mezi terapeuty terapeutických komunit pro mladistvé a dospělé. Výzkumnou metodou byl strukturovaný rozhovor s polostrukturovanými a otevřenými otázkami. Úvodní část rozhovoru byla věnována základním relevantním informacím, jako je složení týmu a délka léčby. Ústřední část pak sledovala jednotlivé psychoterapeutické přístupy a techniky a kopírovala tak jednotlivé aktivity sloužící k dosahování cílů léčby. V závěru rozhovoru byl zkoumán názor samotných terapeutů na dané téma a jejich osobní postoj. Výzkumu se aktivně účastnili 4 terapeuti, z nichž 2 pracují v terapeutické komunitě pro mladistvé a 2 jsou zaměstnání v terapeutické komunitě pro dospělé.

První zkoumanou oblastí bylo složení multidisciplinárního týmu v obou druzích terapeutických komunit. Z výzkumu vyplynulo, že složení multidisciplinárního týmu ve všech zkoumaných zařízeních je velmi podobné. Všichni oslovení terapeuti uvedli, že je v jejich týmu zastoupen speciální pedagog, sociální pracovník a pracovní terapeuti. Stejně složení týmu uvádí ve své publikaci o terapeutických komunitách i Středočeský kraj (19). Dále bylo zjištěno, že u mladistvých klientů je kladen větší důraz na volnočasové aktivity, a proto by v těchto zařízeních měl být mimo jiné zastoupen také pedagog volného času. Zároveň by každý terapeut pracující s mladistvými měl nabízet nějakou svoji vlastní volnočasovou aktivitu nebo dovednost. Kalina (6) dále jako důležitou součást týmu uvádí bývalého uživatele, tedy exusera. Z výzkumu vyplynulo, že minimálně v jedné ze zkoumaných terapeutických komunit v současné době žádný bývalý uživatel nepracuje. Dále bylo zjištěno, že v terapeutických komunitách pro

mladistvé se dbá na to, aby složení týmu odpovídalo běžné rodině. V týmu by měli být zastoupeni terapeuti věkově blízcí matce, otci a sourozencům.

Další část strukturovaného rozhovoru se zabývala dobou léčby s cílem zjistit rozdíly v době léčby mladistvých a dospělých. Na základě provedených rozhovorů bylo zjištěno, že zásadní rozdíl v léčbě mladistvých a dospělých je právě doba léčby. Zatímco délka léčby mladistvých klientů se nejčastěji pohybuje okolo 6 měsíců, doba léčby dospělého klienta trvá okolo 1 roku. V tomto se shodují s tvrzením Kaliny, který uvádí, že léčba mladistvých trvá zpravidla 6 až 8 měsíců a léčba dospělého klienta okolo 12 měsíců. (5). Publikace již neuvádí poměrně nový způsob léčby mladistvých v ještě kratší době trvání a to cca 4 - 5 měsíců. Jak bylo zjištěno, pro tento způsob léčby je indikací nízký věk klienta, krátká drogová kariéra, spolupráce s rodinou a návrat do bezpečného prostředí.

Následující oblast zkoumání byla zaměřena na individuální psychoterapii a její nástroje. Zatímco Středočeský kraj (19) ve své publikaci uvádí, že v poslední době je v terapeutických komunitách kladen větší důraz na individuální terapii než dříve, dva z respondentů vysloveně uvedli, že se snaží individuální terapii omezit na nejnutnější minimum a dokonce i výstupy z těchto individuálních činností zanést do skupinového dění. Jako prostředek individuální terapie je uváděna práce s garantem, krizová intervence, práce s deníkem (19). Z výzkumu dále vyplynulo, že jsou v rámci individuální terapie využívány také motivační pohovory, v omezené míře videotréning a individuální péče při plánování léčby. Z výzkumu je dále patrné, že v rámci individuálního přístupu můžeme považovat za rozdíl mezi mladistvými a dospělými fakt, že mladiství mnohem lépe reagují na individuální práci s garantem, a to na základě autentického terapeutického vztahu klient – terapeut. Ze zkušeností terapeutů je zřejmé, že nositelem změny je právě tento vztah a mnohdy je pro mladistvého terapeut první autoritou, kterou je schopen přijmout. Na stěžejní funkci terapeutického vztahu upozorňuje i Kalina (8). V aplikování krizové intervence nebyly zjištěny žádné rozdíly.

Na individuální terapii nasedá nejobsáhlejší část dění v terapeutických komunitách a tou je skupinová psychoterapie, již se zabývala následující otázkou strukturovaného rozhovoru. Zde bylo zjišťováno, jaké techniky skupinové terapie jsou

nejčastěji využívány a zda existují rozdíly v aplikaci těchto technik u mladistvých a dospělých. Z výzkumu je patrné, že při léčbě mladistvých i dospělých je využíváno obdobných ne-li zcela stejných technik. Výčet těchto technik je uveden v kapitole č. 4, v prepisech rozhovorů. Podobné techniky a témata skupinových sezení uvádí i Kalina (8). Jeden z respondentů odpověděl, že všechny tyto techniky a metody vnímá jako jeden balík, který vede různými cestami ke společnému cíli. K tomuto názoru se přikláním. Samotná technika skutečně nic nezmuže a příliš mnoho různorodých technik a metod může být naopak překážkou. Jako specifikum mladistvých byla dále zjištěna větší potřeba kreativně zaměřených technik jako je např. arteterapie, práce s keramikou, apod. Jako další odlišnost jeden z respondentů uvádí větší citlivost mladistvých na stereotypní setrvávání u stále stejných technik. Mladí jsou tvořivější a častěji potřebují změnu.

Další otázka byla věnována stěžejní práci s rodinou. Stejně jako uvádí Nešpor a Csémy (16), z rozhovorů vyplynulo, že práci s rodinou můžeme rozdělit na aktivity uvnitř komunity a aktivity mimo ni. Některé terapeutické komunity dávají přednost pevným termínům rodičovských víkendů několikrát do roka, někde mohou rodiče přijíždět v podstatě libovolně a to zpravidla od druhé fáze léčby klienta (6). Pro začátek léčby platí zákaz jakéhokoliv kontaktu se světem mimo komunitu, tedy i s rodinou.

Rozdíl v práci s rodinou spočívá v tom, že zatímco u dospělého, dlouhodobého uživatele, je spíše tendence k osamostatnění se a odpoutání se od citových vazeb, u mladistvého je tomu naopak. U dospělého klienta s delší drogovou kariérou se předpokládá, že jeho resocializace bude probíhat na bázi samostatného bydlení a zajištění zaměstnání, které je pro úspěšnou resocializaci klíčové. Naproti tomu mladiství mají před sebou ještě mnohé úkoly v rámci rodiny, většinou se do ní po léčbě vrací a často také pokračují ve studiu. Proto je práce s rodinou mladistvých klientů intenzivnější a kontakty většinou častější. Dotazováním bylo také zjištěno, že v některých terapeutických komunitách pro mladistvé je spolupráce s rodinou podmínkou pro přijetí klienta, totéž zmiňuje i Kalina (8).

Následně byla věnována pozornost zátěžovým programům, které jsou nedílnou a neodmyslitelnou součástí léčby. Všichni respondenti shodně odpovídali, že každá zátěž

je pro klienty dobrá, a pokud to jen trochu jde, snaží se zapojit všechny klienty. Jeden z respondentů dodává, že pokud klient absolvuje alespoň dva zátěžové programy, zvyšuje se tak pravděpodobnost dokončení léčby. Klienti se zde stmělí a skupina pak dokáže mnohem lépe fungovat i uvnitř komunity.

Rozdíly pak respondenti spatřují ve větším somatickém poškození u starších klientů a nutnosti brát tak větší ohled na jejich somatický stav, který v některých případech skutečně nedovoluje účastnit se některých zátěžových programů. U mladistvých je pak nutno brát v úvahu zpřísněné hygienické normy, častější pauzy, dodržování pitného režimu apod.

Pracovní terapie je další zkoumanou oblastí. Pracovní terapií lze nazvat všechny pracovní činnosti týkající se zajištění chodu komunity. Tyto činnosti jsou blíže popsány v teoretické části práce. Bylo zjištěno, že u pracovních činností je více zohledňováno pohlaví. Z výzkumu dále vyplynulo, že v terapeutických komunitách pro dospělé jsou jednotlivé pracovní bloky delší. U mladistvých pak byla zaznamenána větší potřeba dohledu. Mladiství zpravidla nemají žádné pracovní návyky, takže součástí pracovní terapie je zajištění většího dohledu nad vykonanou prací, než je tomu u dospělých.

Na otázku inspirace psychoterapeutickými směry respondenti shodně odpověděli, že je to především kognitivně–behaviorální psychoterapie a dynamická skupinová psychoterapie. Tato teoretická východiska uvádí i Kalina (8) a Prochaska a Norcross (17). Jeden z respondentů odpověděl, že jsou klasickým příkladem moderní integrativní psychoterapie, která umožňuje čerpat právě to, co je pro dosažení konkrétních cílů nejlepší. Zároveň respondenti shodně odpovídali, že teoretické koncepty, které jsou využívány, jsou ovlivněny také tím, jakému směru odpovídá psychoterapeutický výcvik jednotlivých terapeutů.

Následující zkoumanou oblastí byl denní režim a pravidla. Z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že terapeutické komunity pro dospělé jsou v tomto ohledu demokratičtější. Klienti se zde ve větší míře mohou podílet na spoluvytváření programu a podporovat tak vnímání své dospělosti a spoluzodpovědnosti za chod komunity. Naproti tomu u mladistvých je více uplatňována režimová léčba. Tento fakt, dle mého názoru souvisí s výchovným charakterem terapeutických komunit pro mladistvé, na

který poukazuje i Kalina (6, 8) Zároveň je třeba v této souvislosti zdůraznit již zmiňované zpřísněné hygienické normy u mladistvých, jako jsou častější pauzy a pitný režim.

Další oblastí zájmu byly jednotlivé fáze, kterými klienti za celou dobu léčby procházejí. Léčba v terapeutických komunitách je zpravidla rozdělena do čtyř fází. Tyto jednotlivé fáze jsou popsány v první části práce a dále je detailně rozepisuje také Kalina (8). Z odpovědí respondentů je zřejmé, že věk klienta, ani jeho případná nezletilost, nehraje v přechodu z jednotlivých fází žádnou roli. Pro přechod mezi jednotlivými fázemi má každá terapeutická komunita vypracována vlastní přísná kritéria, která klient musí splnit. Důvodem pro nepostoupení mohou být například tzv. „toxické řeči“, nebo nedostatečná spolupráce klienta a jeho pasivní přístup při podílení se na léčbě. Ten se může projevovat celkovou uzavřeností klienta, nedostatečnou aktivitou při jednotlivých činnostech, či odstupem od ostatních. O přestupu mezi fázemi vždy hlasuje celá komunita. Jediný zjištěný rozdíl mezi komunitami pro mladistvé a dospělé spočívá v délce jednotlivých fází. Tento fakt souvisí s délkou léčby, která již byla popsána výše, proto se tímto rozdílem nebudu dále zabývat.

Následujícím sledovaným jevem byly rozdíly v legislativě v péči o mladistvé a dospělé. Bylo zjištěno, že zásadním rozdílem v péči o mladistvé je nutnost přítomnosti zákonného zástupce při podepisování veškerých smluv týkajících se nezletilého. Zákonným zástupcem pak nemusí být vždy rodič, pakliže klient nepřichází z rodiny, ale např. z výchovného ústavu. Dalším rozdílem je spolupráce s policií v případě útěku nezletilého a jednoznačně spolupráce s OSPOD.

Další část výzkumu byla zacílena na rituály v terapeutických komunitách. Rituály v terapeutických komunitách pro mladistvé i dospělé klienty fungují na stejném principu a liší se spíše charakterem komunity a jejími možnostmi. Podobný výčet rituálů, který uvádí respondenti, popisuje i Kalina (8). Za rozdíl v rámci těchto rituálů mezi mladistvými a dospělými lze považovat fakt, že mladiství potřebují a vyžadují těchto rituálů více, než je tomu u dospělých. Domnívám se, že to do jisté míry může souviset právě se snahou jakýmkoliv způsobem oživit relativně stereotypní denní režim

a se zvýšenou potřebou ritualizace jinak běžných a prostých aktivit, která je pro mladistvé typická.

Následně jsem se respondentů dotazovala na jejich vlastní postoje, názory a přístupy. Byla to konkrétně otázka, která zjišťovala, zda terapeuti osobně uplatňují rozdílný přístup ve styku s mladistvým respektive mladým a dospělým klientem. Protože terapeuti z terapeutických komunit pro dospělé nikdy s mladistvými nepracovali, byla tato otázka rozšířena o pojem „mladý“. Terapeuti, kteří pracují s dospělými klienty shodně odpověděli, že věk klienta zde v podstatě nehraje roli. Naproti tomu terapeuti pracující s mladistvými jednoznačně hovoří o zcela odlišném přístupu k mladistvému a dospělému klientovi. Vyzdvihují zde především důraz na výchovné působení prostřednictvím konkrétní aktuálně prožívané výchovné situace. V této souvislosti dále zdůrazňují již zmiňovaný terapeutický vztah, který je nositelem změny. Dále je zde u mladistvých zmiňováno posilování strategií a stylů chování a jednoznačně větší otevřenost a kreativita.

Další otázka pak zjišťovala, v čem terapeuti osobně spatřují nejmarkantnější rozdíly v péči o mladistvé a dospělé klienty. Tato otázka je v podstatě shrnující a některé z uváděných rozdílů již byly zmíněny výše. Z výzkumu vyplynulo, že za nejpodstatnější rozdíly v péči o mladistvé a dospělé klienty terapeuti považují především nedostatečnou motivaci k léčbě u mladistvých klientů. Ti jsou mnohdy k léčbě donuceni především okolnostmi a zcela zde absentuje motivace vnitřní. Tento fakt se negativně promítá do častějších předčasných ukončení léčby. Je zde třeba mít na paměti, že u většiny mladistvých se jedná o prvoléčbu a klienti tak mnohdy potřebují ještě projít mnohými životními peripetemi, aby byli schopni pochopit smysl léčby a podřídit se tak léčebnému programu. V souvislosti s motivací pak respondenti uvedli také důležitou práci s motivací k dalšímu vzdělávání, která je aplikována u dospělých i mladistvých. Tyto motivační pohovory jsou ale dle mého názoru obzvláště důležité u mladistvých, vzhledem ke komplikované situaci na trhu práce. Mladý člověk se základním stupněm vzdělání je pak vzhledem k absenci jakýchkoliv dovedností a zkušeností ve velmi ztížené pozici. Jako další podstatný rozdíl v péči o mladistvé, respondenti uvedli práci s autoritou. Ta je součástí již zmiňovaného výchovného

přístupu, který je jednoznačně jedním z nejpodstatnějších rozdílů v přístupu k mladistvým.

Dalším zmiňovaným rozdílem je přizpůsobení jednotlivých činností kreativitě mladistvých. Je důležité, aby mladiství pochopili, že zábavné a „ztreštěné“ věci, se dají zažít i bez drog a k tomu je právě bezpečné prostředí komunity naprosto ideální. Kalina (8) dále rozšiřuje toto tvrzení ve smyslu, že bezpečné prostředí komunity pak specificky u mladistvého klienta také umožňuje prožít si díky droze zmeškané vývojové úkoly. Mezi tyto úkoly patří především naučit se přijmout svoje tělo, sexuální roli a získat akceptovatelnou pozici ve vrstevnické skupině.

Další součástí odlišného přístupu k mladistvým je intenzivnější práce s rodinou a snaha o zajištění návratu do bezpečného prostředí. Význam rodinné terapie vyzdvihuje i Rotgers (20) a specificky u mladistvých také Kalina (6). Z výzkumu vyplynulo, že u dospělých klientů je práce s rodinou prováděna také, ale celkově jsou klienti vedeni spíše k osamostatnění se a separaci od rodiny. Rodinné vztahy jsou velmi často silně narušeny dlouhou drogovou kariérou klienta a častěji zde dochází k úplnému zpretrhání rodinných vazeb.

Poslední součástí strukturovaného rozhovoru byla otázka, která zkoumala, jakou psychotherapeutickou techniku či přístup by respondenti zcela vypustili, popřípadě kterou v léčbě naopak postrádají. Jeden z respondentů odpověděl, že v léčbě mladistvých by zcela vypustil všechny techniky týkající se spirituality, hledání smyslu. Zde bych si dovolila polemizovat, neboť dle mého názoru jsou právě mladiství dychtiví po transcendentnu jako takovém. Existenciální otázky mnohdy ještě neumějí formulovat, ale zajímají je. Samozřejmě, že do terapeutické komunity nepatří propagace jakéhokoliv náboženského systému, ale např. některé rituály, které jsou v komunitách běžně prováděny, mají jednoznačně spirituální nádech. Další z respondentů zmínil, že by u mladistvých zcela určitě vypustil přednášku a jakékoliv mentorování. Terapeut má být pouze průvodcem. Nemůže klienta poučovat, a to ani na základě svých četných zkušeností. Klient si na vše musí přijít sám. Na otázku, zda respondentům některá technika chybí, dva z nich odpověděli, že si nic takového nevybavují. Jeden

z respondentů uvedl, že momentálně postrádá odborníka s výcvikem v arteterapii a další z respondentů v komunitě momentálně postrádá exusera.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá rozdíly v psychoterapeutických přístupech a technikách v rámci léčebného procesu v terapeutických komunitách, přičemž si klade za cíl tyto techniky a přístupy zmapovat a definovat rozdíly v péči o mladistvé a dospělé klienty. Při realizaci výzkumu byla využita metoda strukturovaného rozhovoru s polozavřenými a otevřenými otázkami. Dotazování se aktivně zúčastnili 4 terapeuti, přičemž podmínkou při jejich výběru byl zaměstnanecký poměr v terapeutické komunitě pro drogově závislé delší než jeden rok.

Z realizovaného výzkumu vyplynulo, že zásadní rozdíl v léčbě mladistvých a dospělých klientů je v době léčby, přičemž standardní doba léčby mladistvých se pohybuje okolo 6 měsíců a doba léčby dospělých klientů trvá zhruba 12 měsíců. Tento fakt je dán větším poškozením u dospělých související s délkou jejich drogové kariéry. U mladistvých je pak tendence dobu léčby co nejvíce zkracovat a to především v případech, kde je zajištěn návrat do bezpečného prostředí a pokračování ve vzdělávání.

Ve složení multidisciplinárního týmu byly zjištěny minimální rozdíly. Především v terapeutických komunitách pro mladistvé byla vyzdvihnuta důležitost přítomnosti pedagoga volného času a složení týmu věkově kopírující nukleární rodinu. V souvislosti s individuální terapií bylo zjištěno, že mladiství lépe fungují na bázi terapeutického vztahu a velmi důležitá je pro ně individuální práce s garantem. V rámci skupinových technik pak byla vyzdvihnuta potřeba kreativně zaměřených skupin u mladistvých. Zásadní rozdíl byl zaznamenán v práci s rodinou, kdy dospělí klienti jsou vedeni spíše k osamostatnění a separaci (to ovšem neznamená, že je rodinná terapie opomíjena), kdežto u mladistvých klientů je snaha o co nejintenzivnější spolupráci rodiny. Co se týče zátěžových programů, zde je důležité zmínit nutnost zohlednění většího somatického poškození u starších klientů. V souvislosti s pracovní terapií byla zjištěna větší nutnost dohledu u mladistvých a kratší délka pracovních bloků. U otázky na psychoterapeutické směry, ze kterých je nejvíce čerpáno, vyplynulo, že je to především kognitivně-behaviorální psychoterapie a skupinová dynamická psychoterapie. V otázce

denního režimu a pravidel bylo zjištěno, že terapeutické komunity jsou mírně demokratičtější a kladou důraz na mnohem větší samostatnost klientů. V souvislosti s přechodem klientů mezi jednotlivými fázemi nebyly zjištěny žádné rozdíly související s věkem klientů. Co se týče nezletilosti klientů, byla dále zjištěna nutná spolupráce zákonného zástupce, v případě útěku spolupráce s policií a spolupráce s OSPOD. Další otázka zjišťovala osobní postoje a rozdíly v přístupu ke klientům. Bylo zjištěno, že pracovníci z terapeutických komunit zde uplatňují více výchovu než terapii, jsou otevřenější a snaží se být co nejkreativnější. Nejmarkantnější rozdíl v péči o mladistvé a dospělé klienty spatřují v nedostatku vnitřní motivace u mladistvých a z něj pramenící předčasné ukončení léčby. V rámci jednotlivých technik nepostrádají nic, pouze jeden respondent postrádá arteterapii a jeden přítomnost exusera v terapeutickém týmu.

Na základě těchto zjištění byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Výchovní a režimový přístup je více zdůrazňován při léčbě mladistvých, než při léčbě dospělých klientů v terapeutických komunitách.

H2: V terapeutických komunitách pro mladistvé je kladen větší důraz na intenzivnější spolupráci s rodinou, než v terapeutických komunitách pro dospělé.

H3: Mladiství klienti terapeutických komunit mají nižší vnitřní motivaci k léčbě, než dospělí klienti.

Domnívám se, že terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice mohou směle konkurovat podobným zařízením v zahraničí. V jediné záležitosti se nedaří následovat zahraniční zařízení, a to v kapacitě terapeutických komunit u nás. Zatímco v zahraničí se kapacita těchto zařízení pohybuje okolo 30 – 40 osob, u nás je to často pod 20. Nežádá se tak stává, že klient musí nepřiměřeně dlouhou dobu čekat, až se uvolní místo, což je pro drogově závislé velmi obtížné a zvyšuje se tak riziko relapsu. S tímto souvisí i fakt, že je těchto zařízení stále velmi málo a v některých krajích chybí

úplně. Zároveň přibývá klientů, kteří mají specifické požadavky a zvyšuje se tak potřeba zařízení přijímajících specifickou klientelu. Zařízení specializujících se na mladistvé klienty je velmi málo a terapeutická komunita specializující se na starší uživatele je pouze jedna. V našem léčebném systému také chybí léčebny pro dětské uživatele drog. Zvláštní pozornost by stálo za to věnovat i klientům s duálními diagnózami, kterých v poslední době rapidně přibývá, řešení tohoto problému by však přesáhlo rámec bakalářské práce.

Uvedené závěry jsou důkazem naplnění cílů, které si bakalářská práce v úvodu kladla.

Tato práce může sloužit jako ucelenější zdroj informací o daném tématu, a to zainteresované i laické veřejnosti, a dále posloužit jako podklad pro rozsáhlejší výzkum.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3, [online]. 11.11.2004 [citováno 2009-10-27]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace.pdf>.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 2 – Citace: modely a příklady u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0, [online]. 11.11.2004 [citováno 2009-10-27]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace.pdf>.
3. DUŠEK, K., JANÍK, A. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990
ISBN 80-76583-99-4.
4. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. [online]. 2001. [cit. 2010-01-23]. Dostupný z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu.
8. KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

9. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou práci*. 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.
10. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-096-7.
11. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
12. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
13. LIEBMAN, M. *Skupinová arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3
14. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Seznam a definice výkonu drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-811
15. NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-463-X.
16. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1996. ISBN 80-85121-52-2
17. PROCHASKA J., NORCROSS J. *Psychoterapeutické systémy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

18. STŘEDOČESKÝ KRAJ, *Terapeutická komunita pro drogově závislé 1.: Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 80-7106-876-4.
19. STŘEDOČESKÝ KRAJ, *Terapeutická komunita pro drogově závislé 2.: Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.
20. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
21. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SEJŘEK. *Operační manuál*. Žďár nad Sázavou: Kolpingovo dílo České republiky, 2000. 31 str.
22. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SEJŘEK. *Základní informace*. [online]. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.tksejrek.kolping.cz/index.aspx>.
23. VODÁČKOVÁ, D.a kol: *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
24. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-130-1.
25. VYMĚTAL, J. a kol. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
26. ZEIG, J. *Umění psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0
27. ZSF JU V ČB. *Akademický rok 2007/2008*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 367 s.

Klíčová slova

Adolescence

Drogová závislost

Psychoterapie

Terapeutická komunita pro dospělé

Terapeutická komunita pro mladistvé

8. Přílohy

Příloha č. 1 - Adresář zařízení spolupracujících v sekci terapeutických komunit A.N.O.

(8)

Příloha č. 2 – Terapeutická komunita Karlov

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY | ČESKÁ REPUBLIKA

Adresář zařízení spolupracujících v Sekci terapeutických komunit A.N.O.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA FÉNIX BÍLÁ VODA



Provozovatel: Psychiatr. léčebna Bílá Voda
Adresa: 790 69 Bílá Voda
Telefon: 584 413 208-209, 584 414 155
Email: tkfenix@olu.cz
Web: www.pl.bila.voda.jesenicko.com

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PODCESTNÝ MLÝN



Provozovatel: Sdružení Podané ruce, o.s.
Adresa: Kostelní Vydří 64, 380 01 Dačice
Telefon: 384 420 172
Email: komunita@podaneruce.cz
Web: www.podaneruce.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA FIDES BÍLÁ VODA



Provozovatel: Psychiatr. léčebna Bílá Voda
Adresa: 790 69 Bílá Voda
Telefon: 584 414 156, 724 727 465
Email: gabriela.mahrova@seznam.cz
Web: www.pl.bila.voda.jesenicko.com

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA RENARKON



Provozovatel: Renarkon, o.p.s.
Adresa: Podolánky 383, 739 12 Čeladná
Telefon: 558 684 334
Email: tkrenarkon@seznam.cz
Web: www.renarkon.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KALEIDOSKOP



Provozovatel: Obč. sdružení Kaleidoskop
Adresa: Svornosti 7, 150 00 Praha 5
Telefon: 257 321 020
Email: tk@kaleidoskop-os.cz
Web: www.kaleidoskop-os.cz
Komunita Kaleidoskop pracuje s lidmi s poruchou osobnosti.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SANANIM KARLOV



Provozovatel: Sananim, o.s.
Adresa: Karlov 3, 398 04 Čimelice, o. Písek
Telefon: 382 229 655
Email: karlov@sananim.cz
Web: www.sananim.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KROK



Provozovatel: Krok, o.s.
Adresa: Komenského 2124, 697 01 Kyjov
Telefon: 518 616 801
Email: oskrok@oskrok.cz
Web: www.oskrok.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SANANIM NĚMČICE



Provozovatel: Sananim, o.s.
Adresa: Zámek 1, 387 19 Němčice u Volyně
Telefon: 383 396 120
Email: nemcice@sananim.cz
Web: www.sananim.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MAGDALÉNA



Provozovatel: Magdaléna, o.p.s.
Adresa: Včelník 1070, 252 10 Mníšek p.B.
Telefon: 318 599 125
Email: info@magdalena-ops.cz
Web: www.magdalena-ops.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SEJŘEK



Provozovatel: Kolpingovo dílo ČR, o.s.
Adresa: Sejřek 13, 592 62 Nedvědice
Telefon: 566 566 039
Email: tkrejrek@volny.cz
Web: www.tksejrek.kolping.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA NOVÁ VES



Provozovatel: Advaita, o.s.
Adresa: Nová Ves 55, 463 31 Chrástava
Telefon: 485 146 988
Email: komunita@advaitaliberec.cz
Web: www.advaitaliberec.cz

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA WHITE LIGHT I.



Provozovatel: WHITE LIGHT I., o.s.
Adresa: Mukařov 53, 411 45 pošta Ústěk
Telefon: 416 797 069, 602 145 461
Email: tk@whitelight1.cz
Web: www.whitelight1.cz

Většina terapeutických komunit pro uživatele návykových látek v ČR je sdružena v Sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací (Sekce TK A.N.O.). Ta byla oficiálně založena v roce 2000 s hlavními cíli: dodržování standardů kvality služeb, předávání a výměna zkušeností a další rozvíjení efektivních a výzkumem podložených léčebných postupů ve prospěch klientů - uživatelů drog a jejich blízkých.

Všechna členská zařízení Sekce TK se zavázala dodržovat Etický kodex Evropské federace terapeutických komunit (EFTC), Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a jsou akreditována Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

Další kontakty: web Sekce TK: <http://www.terapeutickekomunity.org>; web EFTC: <http://www.eftc-europe.com>.

TK Karlov

Terapeutická komunita Karlov je specifická forma léčebně-rehabilitačního zařízení, kde klienti žijí v úzkém společenství, které má jasný řád a pravidla, a klienti se výrazně podílejí na rozhodování uvnitř komunity a na jejím řízení.

Doba léčby v Terapeutické komunitě Karlov je přibližně 6 - 8 měsíců, jedná se tedy léčbu střednědobou až dlouhodobou.

Základní principy léčby:

- motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné resocializace
- podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života
- schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem resocializace
- závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě, proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní
- terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život v societě, kde jsou formovány základní vztahy
- přechod 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.

Život v komunitě se snaží maximálně přiblížit svými kvalitami životu v běžné společnosti. Klient se zde učí žít odpovědně, učí se respektovat a přijímat pravidla společnosti. Práce týmu v komunitě má dva základní rozměry: pedagogický a psychoterapeutický.

Cílem projektu je **zajištění dostupnosti léčby a sociální rehabilitace pro specifickou cílovou populaci** (mladiství) a integrace osob závislých na návykových

látkách (netýká se primární závislosti na alkoholu). Tohoto cíle se snažíme dosáhnout prostřednictvím terapeutické komunity, která je založena na principu konfrontace klienta s realitou všedního dne a na principu přijímání odpovědnosti.

Základním cílem léčebného programu v terapeutické komunitě je integrace a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence.

Za další cíle projektu a léčby lze považovat:

- zvýšení odolnosti vůči dalším selháním, zvládnání stresových situací
- zvýšení odpovědnosti klientů za své jednání
- získání základních sociálních a komunikačních dovedností
- osvojení si pracovních i hygienických návyků
- přijetí a poznání sebe sama, získání náhledu na své dosavadní chování, na své možnosti a limity
- emoční stabilizace klienta; zlepšení zdravotního stavu, zvýšení fyzické a psychické kondice
- stabilizace sociální situace klienta

Základní metody, formy, aktivity

Metody práce

Základní formou léčby je samotný život v komunitě. Mezi základní metody využívané při léčbě TK Karlov patří:

- **Skupinová terapie** – léčba je založena především na skupinové psychoterapii, klient týdně absolvuje 22 hodin skupinové terapie (dynamické, interakční, tematické, prevence relapsu, samořídící, hodnotící, ženské a mužské skupiny, komunity).
- **Individuální psychoterapie** – využívá se pouze ve výjimečných případech.

- **Režim a pravidla** – celý program je velmi pevně strukturován, je vytvořena podrobná vnitřní legislativa, je definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klient z komunity vyloučen
- **Rodinné a rodičovské poradenství** – jednak je realizováno formou rodičovských skupin, které mají především charakter skupinového poradenství (konají se dvakrát měsíčně), a dále rodinné poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě.
- **Výchova a vzdělávání** – v oblasti výchovy se zaměřujeme především na trénink odpovědnosti, dále na získání hygienických, pracovních a společenských návyků. Příprava plánů týdenních, měsíčních, finančních. Neméně důležité je i další vzdělávání a v rámci možností i příprava klientů na další profesní růst, rekvalifikaci, studium.
- **Pracovní terapie** – je zaměřena především na zabezpečení vlastního chodu domu (vaření, hospodářství, zvířata, zahrada, úklid, praní, svépomocné opravy domu a zařízení, údržba) a pracovní činnost v rámci brigád a pracovních poměrů mimo komunitu. Jejich cílem je získání pracovních návyků.
- **Volnočasové aktivity** – sport, zátěžové a zážitkové akce, klubové pořady, kvízy, čtenářský a filmový klub.
- **Sociální služby** - hlavním cílem poskytování sociální práce v rámci léčby v TK je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život klienta a při jejich nevyřešení by se mohly stát zátěží v budoucnosti
- **Evidence** klienta na příslušném pracovním úřadě s možností získání dávek sociální péče
- **Pomoc** klientovi získat nové osobní doklady (občanský průkaz, pas, průkaz pojištěnce ZP) v případě jejich ztráty či vypršení jejich platnosti
- **Zprostředkování** kontaktu s policií, soudy, probačními pracovníky. Cílem je, aby maximum trestních problémů bylo vyřešeno v rámci léčby v TK
- **Zdravotní péče** – jsou zajištěny služby psychiatra v rámci TK, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří

poskytují kontinuální péči během pobytu klienta v komunitě. Po nástupu klienta do léčby proběhne vstupní prohlídka u praktického lékaře, je zmapován zdravotní stav klienta, v případě nutnosti vytvořen plán individuální zdravotní péče (nutná odborná vyšetření, léčba apod.).

- **Psychiatrická péče** – komunita externě spolupracuje s psychiatrem, který zajišťuje vstupní psychiatrická vyšetření a v případě potřeby kontinuální péči klientům s psychiatrickými onemocněním a medikací
- **Vzdělávací programy** zaměřené na získání odpovídajících znalostí z českého jazyka a matematiky

Týdenní program TK Karlov

Den	7.00 – 13.30	13.30 – 18.45	18.45 – 23.00
Pondělí	Rozcvička, hygiena, snídaně, ranní komunita, 2 pracovní bloky, oběd, ...	Vzdělávání, tematická skupina, relaxace, večere	Dynamická skupina, volný čas, večerka
Úterý	Rozcvička, hygiena, snídaně, ranní komunita, 2 pracovní bloky, oběd, polední klid	Arteterapie, interakční skupina relaxace, večere	výjezdová skupina, osobní volno, večerka
Středa	Rozcvička, hygiena, snídaně, ranní komunita, 2 pracovní bloky, oběd, polední klid	Prevence relapsu, sport, dynamická skupina, večere	Večerní hodnotící komunita, volný čas, večerka
Čtvrtek	Rozcvička, hygiena, snídaně, ranní komunita, 2 pracovní bloky, oběd, polední klid	Práce, relaxace, večere	Dynamická skupina, volný čas, večerka
Pátek	Rozcvička, hygiena, snídaně, ranní komunita, 2 pracovní bloky, oběd, polední klid	Samořídící skupina, tematická skupina, os.volno 2.fázi, organ.volno 1.fázi, večere	Osobní volno, večerka
Sobota	Rozcvička, hygiena snídaně, ranní komunita, celodenní výlet zátěžového charakteru	Celodenní výlet zátěžového charakteru	Volný čas, večerka
Neděle	Snídaně, volný čas	Volný čas	Hodnotící komunita týdne, popř.měsíce, volný čas, večerka

Způsoby, formy a druhy hodnocení

Způsob hodnocení efektivity práce týmu a jednotlivce probíhá v několika rovinách:

- pravidelné týdenní porady týmu; týmová konference 4x za rok
- dokumentace o klientovi, jednotlivých skupinách a komunitě
- supervizní setkání
- hodnocení odborným garantem, odbornou radou
- průběžné a závěrečné zprávy projektu, výroční zpráva organizace

Hodnocení efektivity

Efektivita léčby je měřena a hodnocena následujícími způsoby:

- Dlouhodobé sledování klientů; statistika
- Hodnocení prostřednictvím průběžných a závěrečných zpráv
- Pravidelné kazuistické semináře
- Hodnocení aktuálního stavu prostřednictvím porad týmu a externí supervize
- Hodnocení odbornou radou o.s. SANANIM

Klienti TK Karlov (1/1999 – 30.6. 2010); A – mladiství

	počet	%
CELKEM	352	100%
z toho se ještě nachází v léčbě	10	2,8%
po ukončení léčby	342	100%
z toho Abstinuje , pracuje (studuje), ozývají se	cca 194	cca 56,8%
o klientech nemáme informace, možnost recidivy	cca 148	cca 43,2%

