

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální patologie a sociologie

# **Terapeutická komunita v komplexní léčbě závislostí**

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Remešová  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph. D.

Hradec Králové

2015

# UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	<b>Zuzana Remešová</b>
Osobní číslo:	<b>P121260</b>
Studijní program:	<b>B7507 Specializace v pedagogice</b>
Studijní obor:	<b>Sociální patologie a prevence</b>
Název tématu:	<b>Terapeutická komunita v komplexní léčbě závislostí</b>
Zadávající katedra:	<b>Katedra sociální patologie a sociologie</b>

### Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku Terapeutické komunity Podcestný Mlýn v komplexní léčbě závislostí. Teoretická část charakterizuje multikauzální etiologii závislostí, komplexní možnosti terapie závislostí s akcentem na komunitní zařízení. Podrobněji je charakterizována terapeutická komunita Podcestný Mlýn. Empirická část se zabývá faktory komplexní léčby závislostí. Cílem empirické části je zjistit vliv léčby na zdravotní stav klienta, zmapovat průběh léčby a spokojenost klientů. Výzkumné terénní šetření je realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku vlastní konstrukce.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy:  
Forma zpracování bakalářské práce:  
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:	<b>PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.</b> Katedra sociální patologie a sociologie
Oponent bakalářské práce:	<b>prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.</b>
Datum zadání bakalářské práce:	<b>7.2.2014</b>
Termín odevzdání bakalářské práce:	<b>22.4.2015</b>

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.  
Děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.  
vedoucí katedry

Dne

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma „Terapeutická komunita v komplexní léčbě závislostí“ vypracovala pod vedením vedoucího práce (PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph. D.) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucímu práce, panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi za cenné rady a připomínky při zpracování. Dále bych chtěla poděkovat personálu i klientům Terapeutické komunity Podcestný Mlýn, ve které jsem strávila týdenní stáž, kde jsem načerpala mnoho zkušeností, zážitků, informací a vypracovala výzkumnou část. Můj dík patří také mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali nejen při psaní mé bakalářské práce, ale po celou dobu studia.

## **Anotace**

REMEŠOVÁ, Zuzana. *Terapeutická komunita v komplexní léčbě závislosti*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 55 s. Bakalářská práce.

Má bakalářská práce se zaměřuje na Terapeutickou komunitu Podcestný Mlýn. Cílem bakalářské práce je především zjistit faktory, které ovlivňují léčbu klienta v terapeutické komunitě, vliv léčby na zdravotní stav klienta, zmapování průběhu léčby a spokojenost klientů. Výzkumné terénní šetření bylo zrealizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku vlastní konstrukce. Teoretická část je zaměřena na výklad pojmů jako je závislost tzn. definice, členění dle MKN-10, příčiny a vývoj. Dále popisuje komplexní možnosti terapie v různých zařízeních, která působí na území České republiky s akcentem na komunitní zařízení. Je zde popsáno, jak funguje přijetí do terapeutické komunity, fáze léčby a pravidla pobytu v terapeutické komunitě. Část bakalářské práce vysvětluje pojem psychoterapie v návaznosti na terapeutickou komunitu, tedy jaké druhy psychoterapie se využívají v tomto zařízení.

**Klíčová slova:** závislost, terapeutická komunita, psychoterapie, terapie, klient, léčba

## **Annotation**

REMEŠOVÁ, Zuzana. The therapeutic community in a comprehensive treatment of addiction. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 55 pp. Bachelor Degree Thesis.

My bachelor thesis is focused on the Therapeutic community Podcestný Mlýn. The aim of the thesis is mainly to find out what are the conditions which influence the therapy of the client in this community, the effect of this therapy on each client, the description of the therapy process itself and the satisfaction of the clients. The field research is realized by a semi-structured interview and a self-administrated questionnaire. The theoretical part is focused on the explanation of the terms e.g. the addiction - there is explained its definition, the division according to MKN-10, its causes or the development. Furthermore, it also describes the complex possibilities of the therapy in various facilities, which could be found in the area of the Czech Republic, with the main focus on the community facilities. This part of the thesis describes how works the acceptance into the therapeutic group, it also explains various stages of the therapy or mentions the rules of the stay in the therapeutic community. The other part of the thesis is devoted to the explanation of the term psychotherapy itself as a follow-up to the topic of the therapeutic community mentioned earlier in the thesis. It describes different kinds of psychotherapy that are used in those facilities.

**Keywords:** addiction, therapeutic community, psychotherapy, therapy, client, treatment

# Obsah

Úvod.....	9
1 Multikauzální etiologie závislosti.....	11
1.1 Definice závislosti.....	11
1.2 Příčiny závislosti.....	12
1.3 Znaky závislosti.....	12
1.4 Vývoj závislosti.....	13
1.5 Dělení závislostí.....	13
1.5.1 Látkové závislosti.....	13
1.5.1.1 Droga.....	13
1.5.1.2 Typologie drog.....	14
1.5.2 Nelátkové závislosti.....	15
1.6 Léčba závislostí.....	15
2 Možnosti komplexní terapie závislostí.....	16
2.1 Formy léčby závislostí.....	16
2.2 Druhy léčby závislostí.....	16
2.2.1 Terénní programy.....	16
2.2.2 Kontaktní centra.....	17
2.2.3 Terapeutické kluby a svépomocné organizace.....	17
2.2.4 Ambulantní léčba.....	18
2.2.5 Ústavní detoxikace.....	18
2.2.6 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba.....	19
2.2.7 Následná péče, doléčovací centrum.....	19
2.2.7.1 Chráněné bydlení a chráněné práce.....	20
3 Psychoterapie v komplexní léčbě závislostí.....	21
3.1 Definice a role psychoterapie.....	21
3.2 Formy psychoterapie.....	22
3.3 Faktory skupinové psychoterapie.....	22
3.3.1 Skupinové setkání.....	23
3.3.2 Posilování motivace.....	24
3.4 Druhy terapie.....	24
3.4.1 KBT – Kognitivně behaviorální terapie.....	24
3.4.2 Individuální terapie.....	25

3.4.3 Rodinná terapie .....	25
3.4.4 Skupinová terapie .....	26
3.4.5 Terapie prací .....	27
3.4.6 Volnočasové aktivity .....	27
4 Terapeutická komunita .....	29
4.1 Definice.....	29
4.2 Vznik a vývoj.....	29
4.3 Fáze léčby .....	30
4.3.1 Nástup do terapeutické komunity .....	30
4.3.2 Nultá fáze .....	30
4.3.3 První fáze .....	31
4.3.4 Druhá fáze.....	32
4.3.5 Třetí fáze .....	33
4.4 Pravidla a normy TK.....	34
5 Analýza faktorů ovlivňující léčbu v komunitním zařízení Podcestný Mlýn .....	36
5.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl .....	36
5.2 Výzkumné otázky .....	36
5.3 Výzkumný soubor a procedura .....	37
5.4 Charakteristika výzkumného souboru .....	38
5.5 Analýza výzkumných dat.....	42
5.6 Vyhodnocení výzkumného šetření.....	49
5.7 Závěr výzkumného šetření.....	50
Závěr .....	51
Seznam použité literatury a jiných zdrojů .....	52
Seznam příloh .....	55



## Úvod

*„If you have come here to help me you are wasting your time, but if you have come because your liberation is bound up with mine, then let us work together.“*

– Lilla Watson (Goodreaders, 2015, online)

### **Překlad:**

*„Pokud jste přišli, abyste mi pomohli, pak mrháte svým časem. Pokud jste ale přišli proto, že je vaše osvobození spojeno s tím mým, pak pojďme spolupracovat.“*

– Lilla Watsonová

Při psaní mé bakalářské práce, často vzpomínám na moje dny strávené v Terapeutické komunitě Podcestný Mlýn. Uvědomuji si, že je lehké odsoudit lidi, kteří užívají návykové látky, když neznáme důvod, proč je začali užívat. Ano, samozřejmě existují tací, kteří to chtěli vyzkoušet jenom proto, aby vypadali důležitě a předvedli se před svými vrstevníky, ale pak jsou i ti, kteří prostě jen nejsou tak silnými osobami a jejich životní situace je zahrnala do propasti jménem závislost. Když lidé přicházejí do komunity, je to proto, aby si odpočali, vyléčili nebo našli jiný důvod proč jít dál. Někteří mají problém důvěřovat lidem. Dále si většinou myslí, že ten jejich příběh je nejhorší, ale postupně zjišťují, že nejen oni mají problém. Proč se tedy nespojit a navzájem se nevyslechnout, podpořit se a pomoci si?

Pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala téma *Terapeutická komunita v komplexní léčbě závislostí* - toto téma nebylo náhodné. Jelikož mě terapeutická komunita (dále jen TK), zajímá spoustu let kvůli rodinné známé, která se léčila se závislostí v komunitě, lákalo mě poznat lidi, kteří mají problém se závislostmi, protože mě od dětství fascinovaly všechny věci, které nejsou v normě se společností. Chtěla jsem, poznat princip pobytu v TK, jak funguje a vyzkoušet si pobyt na vlastní kůži. Nechtěla jsem psát bakalářskou práci o něčem, co mi nebude blízké. Po návštěvě v TK jsem si uvědomila, že tato práce, není jednoduchá. Dokázala bych si ovšem tuto práci představit jako moje budoucí zaměstnání, protože ráda pomáhám lidem a zajímají mě jejich životní příběhy a osudy.

Abych problematice více porozuměla, strávila jsem týdenní stáž v TK Podcestný Mlýn, kde jsem později realizovala i výzkum bakalářské práce. Byl to velmi obohacující týden, kdy jsem se stala klientem druhé fáze a zúčastnila se všech aktivit s klienty, tzn. terapeutických sezení, pracovních bloků, volnočasových bloků atd. a povídala si s klienty terapeutické komunity o jejich životech. Pro mě to byla určitě jedna z největších zkušeností v životě. Člověk se stal tak trochu jedním z nich. Zjistil, jak tito lidé žili a žijí, proč dělali, co dělali a proč jsou nyní v léčbě.

V mé bakalářské práci popisuji závislost, jak vzniká, jaké jsou její znaky, jak se závislost dělí a jaké druhy drog existují. V další kapitole se zabývám komplexní terapeutickou nabídkou, tedy jaké zařízení může závislý člověk navštívit, když má zájem o pomoc se zvládnutím jeho závislosti. Třetí kapitola se zabývá psychoterapií, její rolí, dále jaké terapie se uplatňují v terapeutických komunitách. V poslední kapitole se zabývám tématem komunity, tzn. jak funguje, jaká jsou tam pravidla a fáze léčby. Praktická část se zabývá faktory ovlivňující léčbu v TK, dále jaký má léčba vliv na zdravotní stav klienta, jaký je průběh léčby a spokojenost klienta s terapeutickou komunitou. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda se faktory skupinové psychoterapie vyskytují v terapeutické komunitě, jaké faktory jsou podle klientů neúčinnější a jak ovlivňují faktory zdravotní stav klienta a jeho spokojenost.

# 1 Multikauzální etiologie závislosti

## 1.1 Definice závislosti

*„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky“ (Dvořáček, 2011, s. 17)*

Členění závislostí najdeme v MKN – 10 podle tabelárního seznamu v kapitole Poruchy duševní a poruchy chování F00-F99, podkapitola Poruchy duševní a poruchy chování způsobné užíváním psychoaktivních látek F10-F19, které členíme takto:

- F10 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F11 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- F12 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů včetně kofeinu
- F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
- F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014, online)

## 1.2 Příčiny závislosti

V dnešní době se předpokládá, že neexistuje jedna silná příčina závislosti, i když některé aspekty mohou mít na vznik a vývoj rozhodující vliv. Podle Urbana se rozděluje rozvoj závislostí do 4 skupin:

- faktory psychologické – struktura osobnosti
  - faktory farmakologické – chemické vlastnosti drogy
  - faktory environmentální – prostředí, kde se člověk nachází
  - faktory precipitující – životní událost, např. rozvod, úmrtí blízké osoby atd.
- (Dvořáček, 2011)

## 1.3 Znaky závislosti

Nešpor (2000) uvádí tyto znaky závislosti:

**Silná touha nebo pocit puzení užívat látku** – můžeme rozdělit na bažení psychické, tj. objevuje se po delší abstinenci a tělesné, které vzniká při nebo po odeznívání účinku návykové látky.

**Potíže v sebeovládání** – spojeno s prvním znakem, protože bažení může zhoršit sebeovládání, ale není tomu tak vždy, protože i lidé, kteří mají velké bažení, se mohou sebeovládat. Často dochází k potížím se sebeovládáním v rizikových prostředích, kdy dochází k recidivě návykového chování tj. na diskotékách, restauracích – místa, která má člověk spojené s návykovým chováním.

**Somatický (tělesný) odvykací stav** – nedávné vysazení látky po dlouhodobém užívání, příznaky např. bolest hlavy, pocení, zrychlený tep, letargie, únava atd.

**Růst tolerance** – k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek nebo také že při stejné dávce je nižší účinek

**Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** – zanedbávání jiných aktivit na úkor návykové látky. Někteří uvádí, že sehnání, užití a zotavení se po návykové látce zabere v podstatě všechnen čas. V méně extrémních případech desítky hodin v týdnu, nezbyvá tedy moc času na jiné aktivity.

**Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků** – aby toto bylo validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován, např. pacient bude informován o tom, že si návykovou látkou poškozuje játra. Do okamžiku než ho doktor informuje, se nejedná o závislost, ale pokud pokračuje v užívání návykové látky i po této informaci, začíná se o ní jednat.

## 1.4 Vývoj závislosti

Existují 4 stádia vývoje závislosti na návykové látce:

- 1. období „bezproblémového“ užívání** – začíná při prvním užití drogy, další užívání je nahodilé bez pravidel. Užívání člověku ani jeho okolí nevádí, naopak někdy může být oceněn, díky překvapivému chování např. nesmělý člověk má vyšší sebevědomí.
- 2. období utváření stereotypů** – dochází k pravidelnosti užívání drog, spojitost s konkrétními lidmi, místem, časem, situací či rozpoložením
- 3. období vytvořených stereotypů** – stereotypy, pravidla jsou již vytvořena, pokud nedojde k užití drogy, člověk cítí rozladěnost, nepohodlí aj.
- 4. závislost** – snaha udržet si hladinu drogy v těle, zaměření na získání drogy, postupné opouštění všeho, co bylo dříve. Nastává celkový sociální, hodnotový, zdravotní a osobnostní debakl. Závislost může vyústit v:
  - zhroucení tělesného zdraví, smrt
  - zhroucení duševního zdraví např. k demenci
  - úspěšná terapie a abstinence (Dvořáček, 2011)

## 1.5 Dělení závislosti

### 1.5.1 Látkové závislosti

#### 1.5.1.1 Droga

Podle Hroncové (2010) je droga jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která při pravidelném užívání vyvolá závislost organismu, tedy toxikománii. Psychická

závislost se projevuje tak, že člověk má touhu drogu znova užít. Fyzická závislost vznikne, když se droga stane součástí metabolismu člověka, proto tělo reaguje negativními příznaky při absenci drogy.

Ondrejkovič (in Kraus, Hroncová, 2010) uvádí závislost společenskou např. disko-kultura, kdy je to odrazem rituálů, vyjadřováním dané subkultury.

### **V souvislosti s drogou jsou často užívány tyto pojmy:**

**Úzus** je užívání léků (drogy) v zájmu jednotlivce i společnosti. Podle Lieteva to znamená, že se užívá se společenskými konvencemi, např. sklenička vína na přípitek. (Kraus, Hroncová, 2010) Jedná se tedy o přijatelné množství, věk a zdravotní stav a vhodnou dobu. (Skála, 1987)

**Abúzus** znamená zneužívání nebo nadměrné užívání psychotropních látek. Může se také jednat o dobu, kdy je naprosto nevhodné látku užívat např. těhotenství. (Kraus, Hroncová, 2010) Nejedná se jen o nevhodné období, ale může být spjato se zvyklostmi, setkáními, kdy lidé vyhledávají účinek drogy. Úzus a abúzus mohou, ale nemusí vést k závislosti. (Skála, 1987)

**Misúzus** je užívání drog v takové míře, který není v souladu s medicínou. (Kraus, Hroncová, 2010) Jinak řečeno je to zneužívání drogy, uvedu-li příklad - nezletilá osoba užije alkohol, zákon stanovuje abstinenci u nezletilých osob, jedná se tedy o misúzus, protože je to zneužití návykové látky. (Skála, 1987)

#### **1.5.1.2 Typologie drog**

Veřejnost používá nejčastěji dělení na lehké a tvrdé drogy, ale hranice mezi tímto dělením je příliš křehká, proto je lepší užívat dělení na legální a nelegální drogy.

##### **Mezi legální drogy patří:**

Alkohol

Tabák

##### **Mezi nelegální patří:**

Halicunogeny – LSD, Trip, Muchomůrka červená

Opiáty – Heroin, Morfin,

Stimulační látky – Pervitin, Kokain, Extáze

Těkavé látky – Toluén, Benzin, Aceton, Chloroform

Tlumivé látky – Sedativa, Hypnotika (Kraus, Hroncová, 2010)

## 1.5.2 Nelátkové závislosti

**Patologické hráčství** - spočívá v často opakovaných epizodách hráčství, které převládají nad jinými hodnotami a závazky, jako jsou rodinné, pracovní atd. (Nešpor, 2000) Lidé mohou riskovat ztrátu zaměstnání nebo rodiny, protože např. lžou, mohou se zadlužit, aby získali peníze.

**Workolismus**, neboli závislost na práci, má tyto rysy: problémy s identitou, nadměrné ztotožňování se s prací, popírání problému, člověk se cítí unavený, má bolesti hlavy, přejídá se, může mít vředy, mohou se mu stávat nehody. Často se objevují problémy v rodině, nepochopení. Workoholici mají taky velký problém pracovat ve skupině.

### **Jiné nelátkové závislosti:**

Počítače a internet

Patologické nakupování

Závislost na sexu

Některé poruchy příjmu potravy (Hroncová, Kraus, 2010)

## 1.6 Léčba závislostí

Kaufman (in Nešpor, 1996) dělí léčbu závislých do tří stádií:

1. stadium tzv. dosažení střízlivosti - důležitá je detoxikace, léčení dalších pacientových chorob
2. časné údravy - vytváření nových vzorců chování, dochází k nápravě škod, zvyšování sebedůvěry, toto stadium trvá 6 měsíců až 2 roky abstinence
3. pokročilé údravy - až zde se má využívat tradiční psychoterapie

## **2 Možnosti komplexní terapie závislostí**

### **2.1 Formy léčby závislostí**

Léčbu závislostí můžeme rozdělit na dvě formy, a to na ambulantní, kdy klienti docházejí do různých středisek nebo ústavní či pobytová forma, kdy klient bydlí v daném zařízení. Ústavní léčba má, proti ambulantní, dvě výhody:

- a) bezpečnější prostředí, ve kterém je neustálá odborná pomoc, méně spouštěčů po návykové látce a především nižší dostupnost návykových látek,
- b) možnost zorganizování harmonogramu.

Samozřejmě má ústavní léčba i své nevýhody, protože je to nákladnější forma a pacient nemůže docházet do práce, proto je v některých případech lepší docházet ambulantní formou nebo do denních stacionářů. (Léčení drogově závislých, 2008, online)

### **2.2 Druhy léčby závislostí**

#### **2.2.1 Terénní programy**

Terénní práce, jinak nazývaná jako streetwork, je poskytována přímo na ulici. Elich (in Kalina, 2003) ji označuje jako navštěvující sociální práci, která nečeká na to, až ji někdo vyhledá, ale sama se nabízí v místech sociálních konfliktů. Hlavním cílem je navázat kontakt, vytvořit důvěru a potom motivovat ke změně.

Důležité je zaměřit se na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek a na zvýšení motivace ke změně životního stylu, poskytují sterilní zdravotnický materiál, poradenství a informace. (SANANIM z.ú., 2007, online)



## 2.2.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra navazují kontakt s uživateli drog a vytvářejí si vzájemnou důvěru. Pracuje se především s klienty, kteří užívají opiáty nebo stimulanty. (SANANIM z.ú., 2007, online)

Poskytují krizovou intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoc. Není nutné, aby klient abstinovat, vždy si může vybrat, jaký chce žít život. Služba je anonymní, s ohledem na diskrétnost. Kromě poradenství a výměnného programu (injekční materiál), služba pomáhá i v sociální práci, tedy nalézt zaměstnání, ubytování atd. Nabízí také hygienický servis, potravinový servis aj. (Kalina, 2003)

## 2.2.3 Terapeutické kluby a svépomocné organizace

Nejstarším nepřetržitě pracujícím klubem ve střední Evropě je KLUS – Klub usilující o střízlivost. Tyto kluby nejsou v Česku příliš využívány, ale v jiných zemích, jako je např. Itálie nebo Polsko, fungují velice dobře. Ambulantní nebo lůžkové zařízení, které má svůj klub je ve velké výhodě, protože klientům mohou být ukázkou abstinující pacienti. (Nešpor, 1996)

Dodržuje toto desatero:

- chci se sám léčit
- uznávám, že jsem osoba závislá na alkoholu
- musím se od alkoholu navždy oprostit
- budu bezpodmínečně dbát rad lékaře
- s léčbou se netajím
- neobnovuj si staré zvyky
- zájmy, koníčky perspektivy
- upravit si životosprávu
- naučit se řešit problémy
- snaha o lepšího člověka (eStránky.cz, 2015, online)

## 2.2.4 Ambulantní léčba

Pro tuto léčbu jsou vhodní klienti, kteří mají minimum somatických a psychických komplikací, mají vysokou motivaci a dobré sociální zázemí. Vedle farmakoterapie se používá individuální terapie dle potřeby a také skupinová terapie, rodinná terapie atd. po dobu šesti měsíců. Testuje se přítomnost drog v moči.

**Intenzivní ambulantní léčba (denní stacionáře)** – za takový druh léčby se považuje strukturovaný program dvaceti a více hodin. Nejznámější formou jsou denní stacionáře, kde má program 40 hodin týdně tzn. 8 hodin/den v délce 3 - 4 měsíců. Probíhají terapie skupinové a individuální. Střídají se aktivity rehabilitační, edukační a volnočasové. Pro klienta je obtížné být stále v kontaktu s nebezpečným sociálním prostředím. Proto se dělají také testy na drogy v organismu. Nechybí práce s rodinou, krizové intervence, prevence relapsu atd. Denní stacionáře nejsou příliš vhodné pro lidi s dlouhou drogovou kariérou, protože ty většinou léčbu vzdají. (Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí, 2008, online)

## 2.2.5 Ústavní detoxikace

Její smysl spočívá v tom, že se organismus zbaví návykové látky. Překoná prvotní abstinenci příznaky a chrání pacienta před sebou samým. Detoxikace probíhá bez užívání léků a má připravit pacienta na další léčbu. (Nešpor, 1996)

Detoxikace není sama o sobě léčbou a ani není účinným prostředkem, jak dosáhnout dlouhodobější abstinence (Lipton a Maranda, in Gossop, 2009)

Lze provést i ambulantně s využitím farmakoterapie, ale u nás se k tomuto způsobu oproti zahraničí přistupuje jen zřídka. V České republice se detoxikace provádí formou několikadenního pobytu na uzavřené detoxikační jednotce v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Psychoterapeutická péče je v této formě značně omezená. Předpokládá se, že je člověk dostatečně motivovaný. (Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí, 2008, online)

## 2.2.6 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá léčba trvá zhruba 4-9 týdnů, střednědobá 3-6 měsíců. Je uskutečňována na lůžkových specializovaných odděleních nemocnic a psychiatrických léčebnách. Dodržování léčebného režimu se hodnotí bodovacím systémem, je zde strukturovaný léčebný program, tzn. individuální terapie, práce s rodinou, sociální práce, edukační a jiné aktivity atd. (Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí, 2008, online)

Více se zaměříme na střednědobou léčbu. Jak už jsem zmínila, trvá zhruba 3 - 6 měsíců a poskytují ji psychiatrické léčebny, případně některá specializovaná psychiatrická oddělení nemocnic.

Střednědobá ústavní léčba má své akreditační standardy, kterými se musí řídit. Patří mezi ně: multidisciplinárnost týmu, nepřetržité zabezpečení prostoru, řízení specialistou na danou problematiku, zhodnocování individuálních plánů, vytvoření plánu následné péče atd. V ústavní léčbě musí být strukturovaný program, a to nejméně 20 hodin týdně v minimálně pěti dnech. (Kalina, 2003)

Do týmu nepatří jen zdravotnický personál (lékaři, klinický psycholog), ale i psychoterapeuti, sociální pracovníci aj. Terapeutický tým musí být pravidelně supervidován. (Kalina, 2003)

Cílem střednědobé léčby v těchto zařízeních je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Střednědobé léčby vycházejí z apolinářského modelu, který směřuje k abstinenci. Samozřejmě si klient stanovuje postupné cíle, např. vybudování náhledu (uznání závislosti jaké svého problému). (Kalina, 2003)

## 2.2.7 Následná péče, doléčovací centrum

*„Služby následné a doléčovací péče jsou dle §20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a které obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.“ (Růžička, 2014, s.27)*

Částečně jsou tyto programy založeny na formě odpoledních stacionářů v délce minimálně šesti měsíců. (Růžička, 2014) Je to ambulantní program, který pomáhá osobám po ukončení léčby závislosti. Vytváří takové prostředí, aby osoby mohly dále úspěšně abstinovat a začlenit se zpátky do běžného života. Je zde kladen důraz na individuální přístup, klient se účastní programů, jako jsou: prevence relapsu, poradenství, terapie – skupinová, rodinná, arteterapie aj. Cílem služby je, aby se klient stal nezávislým na službách a žil plnohodnotný život. (Závislost na alkoholu Prevence a léčba, online)

Doléčovací centrum Sananim nabízí ambulantní či pobytovou formu doléčovacího programu. Nabízí chráněné bydlení, program podporovaného zaměstnání, poradenství, terapie, prevence relapsu, krizovou intervenci atd. Cílem je snížit riziko relapsu, pomoc obstát v běžném životě, zapojení do pracovního procesu atd. (SANANIM z.ú., 2007, online)

#### **2.2.7.1 Chráněné bydlení a chráněné práce**

Dvořák (in Kalina, 2003) uvádí, že je to prostředek sociální stabilizace, kdy je klientovi na přechodnou dobu zajištěno ubytování. Je vázáno na doléčovací středisko a resocializační služby. Ubytování je poskytováno lidem, kteří v místě bydliště nemají možnost resocializačních či doléčovacích programů anebo pobyt v dřívějším bydlišti není vhodný pro prospěšnou léčbu. Ubytování si hradí klient sám a je na dobu určitou. Podmínkou je bezdrogové prostředí a respektování práv ostatních ubytovaných.

Chráněná práce slouží k zvýšení pracovních dovedností, upevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele.

## 3 Psychoterapie v komplexní léčbě závislostí

### 3.1 Definice a role psychoterapie

*„Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.“*  
(Kratochvíl, 2012, s. 21)

Podle Kratochvíla (2012) specifický rozdíl, který odlišuje psychoterapii od jiných činností, lze najít v těchto směrech:

- a) čím působí
- b) na co působí
- c) čeho má dosáhnout
- d) co se při ní děje
- e) kdo působí

Na klienta působí prostřední nemocnice, ambulance či jiného zařízení, kam se přichází léčit. Atmosféra budovy, místnosti, výzdoba atd. vyvolávají jisté změny v náladě a ovlivňují tak psychosomatický stav klienta. (Kratochvíl, 1987)

Psychoterapie je účinná, navozuje uspokojivější stav nebo prožitek u většiny lidí, kteří ji podstoupí. U některých lidí může psychoterapie způsobit zhoršení psychického stavu, ale je třeba vědět, že ne všechna zhoršení jsou způsobená terapií a ne všem zhoršením může terapeut zabránit. Terapeuti nemohou pomoci každému, ani nesmí slibovat zázraky či zaručenou pomoc. Je důležité se shodnout na tom, že nelze vyléčit někoho, kdo na terapii sám nepracuje a že některé přístupy mohou být u někoho účinné a u jiného nikoliv. (Vybíral, Roubal, 2010) Podle Principe a kol. (in Vybíral, Roubal, 2010) psychoterapie může mít efekt tam, kde je klient připraven se měnit a terapeut umí navázat s klientem terapeutický vztah. Úspěšnost léčby lze předvídat v první fázi terapie, proto je důležitých prvních pět sezení.

Podle Rounsaville a Carrolla (in Rogerts a kol., 1999) existuje mnoho lidí, kteří chtějí pomoc s užíváním návykové látky, ale jen málo z nich si je jisto, že chce opravdu

s drogou skončit. Většina lidí hledá pomoc ve chvíli, kdy se problémy s drogou stanou vážnými, ale nedokáží si jasně představit život bez drogy. Pokud pacient nemá jasnou motivaci a představu o léčbě a připadá mu, že je jinou silou do léčby nucen, je jasné, že pro něj léčba bude mít jen omezenou délku.

## 3.2 Formy psychoterapie

Podle Kratochvíla (2012) se dá za direktivní psychoterapii považovat to, když terapeut přímo usměrňuje klientovi myšlenky, postoje či chování, dává mu příkazy, rady a vyžaduje splnění úkolů. Nedirektivní psychoterapie je taková, kde terapeut vytváří atmosféru, podněcuje klienta ke slovní, emoční či jiné činnosti a vyhýbá se indoktrinaci, tj. udělování rad nebo vlastních názorů. Mezi extrémní případ nedirektivní psychoterapie patří též „mhm terapie“ tzn., když terapeut neřekne ano nebo ne, ale pouze nic neříká „mhm“.

## 3.3 Faktory skupinové psychoterapie

Podle Kratochvíla (in Kalina, 2008) představují účinnou skupinovou psychoterapii tyto faktory:

- členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba, konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností

Podle Yaloma (in Kalina, 2008) jsou to tyto:

- dodávání naděje, univerzalita, předání informací, altruismus, korektivní rekapitulace, primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobování chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze, existenciální faktory

Oba autoři vycházejí z dlouholeté klinické zkušenosti ať už své vlastní nebo jiných terapeutů a výzkumů. Jejich soubory názvů se sice liší, ale lze nalézt množství souvislostí. (Kalina, 138)

### 3.3.1 Skupinové setkání

Podle Kratochvíla (2012) skupinové setkání není primárně zaměřeno na léčbu diagnostikovaných poruch, ale usiluje o rozvoj, osobní růst a zvyšování vnímavosti v interpersonálních vztazích, podněcování sebeaktualizace a umění radovat se ze života.

Podle Egana (in Kratochvíl 2012) se skupinové setkání rozděluje na čtyři body:

- Odhození masky znamená sebeotevření, neboli duševní svléknutí, což je podstatnou součástí skupinového zážitku.
- naslouchání druhým znamená pozorné uvědomování si obsahu i pocitů, které sděluje mluvčí posluchačům a to intonací, gesty i mimikou. Posluchači se snaží mluvčího pochopit, vcítit se do něj a zbavit se svých předsudků.
- emoční podpora se dělí na:
  - a) předcházející, tj. upřímné projevení a utváření atmosféry pro sebeprojevení
  - b) podpora, která posiluje projevené jednání. Pokud má dojít k upřímnému sebeprojevení, skupina musí zajišťovat bezpečnou atmosféru, aby se jedinec odvážil mluvit bez obav, že bude nepochopen a odmítnut. Podporou je úcta a akceptování, které ale nemusí znamenat, že posluchač souhlasí se vším, je to jen vyjádření pocitu solidarity, zájmu, pochopení. Ostatní posluchači by měli pozitivně komentovat a dát najevo, že oceňují upřímnost a reagovat na mluvčího pocity. Účast má být projevena co nejvíce citově, má se využít nejen slov, ale i doteků např. stisknutí ruky, objetí.
- konfrontace přichází, když jedna osoba úmyslně či neúmyslně udělá něco, co nutí druhou promyslet, přezkoumat nebo změnit své chování. Nejčastěji dochází ke konfrontaci ve formě kritiky chování druhého. V takové konfrontaci se uplatňují předsudky a zkreslené pohledy osoby, která se dívá na věc ze svého hlediska. Kritika může přicházet nejen z pocitu pomoci, ale také z nudy, potřeba dominance, snaha utéct od svých problémů nebo se pomstít. Konfrontace je ve skupině důležitá, ale někdy může vést k tendenci úniku ze skupiny.

### 3.3.2 Posilování motivace

O motivaci je někdy hovořeno jako o něčem, co pacient buď má, nebo ne. Správné je motivaci k léčbě vytvářet a udržovat.

Podle Millera (in Nešpor, 1996) základní principy posilování motivace zahrnují:

- reflexivní naslouchání, projevování respektu, porozumění a umění komunikovat o pacientových problémech, probírání budoucnosti – životních cílů, plánů, zpětná vazba, která se týká léčby pacienta
- pomoc klientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije a jak by chtěl žít. Je vhodné připomenout určité skutečnosti z minulosti, avšak není žádoucí, aby se terapeut s pacientem hádal
- pokud klient odporuje, snaží se terapeut rezistenci přijmout či změnit vztahový rámec a využít strategické terapie

Příklad:

*„Jestliže někdo tvrdí, že má stresující povolání, kvůli kterému se uchyluje k návykové látce, lze poukázat na to, že právě při takovém povolání by zasluhoval něco lepšího nežli další tělesnou a duševní zátěž působenou návykovou látkou.“* (Nešpor, 1996, s. 75)

## 3.4 Druhy terapie

### 3.4.1 KBT – Kognitivně behaviorální terapie

KBT je relativně krátká a časově vymezená terapie, která trvá několik měsíců a jen málokdy déle jak jeden rok. Jedno sezení trvá obvykle 45-90 minut, frekvence terapie je 1 - 2x za týden, později ubývá. Terapie je zaměřená na zvládnutí definovaných problémů a vede k dosažení měřitelných cílů. Sezení i léčba mají jasnou strukturu. Základem vztahu mezi terapeutem a klientem je aktivní a otevřená spolupráce, kdy terapeut poskytuje klientovi všechny důležité informace a vysvětluje mu terapeutický postup a klient se aktivně zapojuje a sděluje své prožívání. Terapeutický postup vychází z podrobné analýzy problémů klienta. Zaměřuje se na současné problémy, které jsou konkrétní a ohraničené a neřeší problémy z minulosti. Jen tehdy pokud se promítají



do emocí současných. Léčba se zaměřuje na změnu chování, myšlení a prožívání, kdy si klient nacvičuje nové způsoby mezi sezeními. V léčbě klient směřuje k soběstačnosti, aby si poradil v přirozeném prostředí. (Vybíral, Roubal, 2010)

### **3.4.2 Individuální terapie**

Růžička (2011) popisuje individuální psychoterapii jako skupinovou a rodinnou terapii, při které jsou ostatní účastníci většinou skrytí a zpřítomňují se hraním rolí. Pokud je potřeba, mohou být osoby pozvány. Mimo informací od pacienta lze v terapii uplatňovat také verbální či neverbální chování v řadě situací klienta, dále jsou důležité informace od osob blízkých, protože klient se nikdy nedokáže úplně odkrýt. Pokud nejsou další osoby k terapii přizvány, hrozí iatrogenie, tzn. kladný nebo záporný vliv na zdravotní stav. V tomto případě by šlo pravděpodobně o záporný. Je prokázáno, že terapie bez dalších osob vede i k odcizení v některých případech až k rozchodu, i když ten může být v některých případech žádaný.

### **3.4.3 Rodinná terapie**

Je to nesnadný přístup, protože je jednodušší se zabývat jednou osobou, pokud ale terapeut praktikuje rodinnou, terapii musí se zabývat více členy ve stejnou chvíli s jinými pocity a přístupy. Terapie se doporučuje rodinám, které často vstupují do vzájemných konfliktů, nebo mají problém v komunikaci, která způsobuje užívání návykové látky. (James R. McKay, in Rotgers, 1999)

Existují dva základní modely, a to párová terapie - ta probíhá s klientem a jedním dalším členem rodiny, většinou partnerem, či rodičem, a potom rodinná terapie, do které jsou zapojeni i ostatní členové rodiny. Párová terapie se využívá spíše u dospělých osob, rodinná u adolescentů. Pro terapeuta je důležité navázat vztah, tzv. připojení, s každým členem rodinné terapie. Potom především pečlivě naslouchá a musí umět rodině vysvětlit, že má pochopení pro každého člena a jeho vnímání situace, a také ukázat jasnou představu, jak se vypořádat s problémy, které rodina vnese do terapie. (Rotgers, 1999)

### 3.4.4 Skupinová terapie

V TK lze uplatňovat několik druhů skupinové terapie, a to životopisnou, interakční, tematickou atd. Součástí těchto skupin je arteterapie, psychodrama a psychoterapeutické hry. Je důležité, aby se členové zařadili do skupiny, cítili se bezpečně, sdíleli své problémy s ostatními členy. Důležité jsou také zpětné vazby a konfrontace, u kterých je důležité, aby klient pochopil, proč byl konfrontován a uznal své postoje a měl snahu je změnit. Ostatní členové se mohou s danou problematikou ztotožnit a vnést náhled, rady, jak danou situaci oni sami prožívali a řešili. (Dvořáček, 2011)

V TK Podcestný Mlýn probíhá životopisná skupina cca po dvou týdnech, kdy se klient adaptuje na komunitu. Večer před skupinou je klient v tzv. klauzuře tzn., nemůže mluvit s jinými členy skupiny, utřídí si myšlenky a připravuje si svoji řeč. Skupina probíhá další den odpoledne, kdy jsou klientovi přečteny všechna pravidla komunity a on reaguje na to, jak je pochopil, případně jsou mu vysvětlena. Nesmí chybět ani otevření skupiny, kdy si klient vybere jedno slovo a to všichni v kruhu hromadně řeknou. Stejným stylem se skupina ukončuje. Slovo vždy vybírá ten, koho se skupina týká a slovo může být vždy jiné, může vyjadřovat, to jak se cítí nebo cokoli co ho v dané situaci napadne. Životopisná skupina je o tom, že klient vypráví, co chce, nejlépe o celém jeho životě ostatním členům skupiny a terapeutům. Někdy jsou to velmi emoční chvíle, kdy má klient pocit, že svůj příběh nedořekne, skupina se ho snaží podpořit, naslouchá mu. Klient skupinu v podstatě řídí, proto si může určit, zda chce, aby se ho ostatní klienti doptávali na informace, které je zajímají během vyprávění nebo až po něm. Na konci jsou zpětné vazby klientů a terapeutů. Tato skupina (terapie) umožňuje lépe poznat klienta a pochopit jeho chování a úmysly, kvůli kterým začal návykovou látku užívat.

Interakční skupiny jsou takové, které vznikají na témata, která se právě teď honí klientovi v hlavě, na nějakou událost, která se právě teď stala nebo jen pocity, které chce vyjádřit. Ostatní členové komunity reagují svými postřehy, radami atd.

Při tematické skupině klient předem nahlásí, že si chce tuto skupinu vzít, nahlásí, co se bude dělat či řešit a řídí celou skupinu. Ostatní členové se zapojují a reflektují své

názory, rady atd. Stejně jako životopisná skupina se otevírá i uzavírá vyslovením slova, které si klient vybere.

### **3.4.5 Terapie prací**

Práce je nezbytnou součástí každé TK. Klient si při práci osvojuje nebo obnovuje pracovní návyky, které buď nikdy neměl, nebo je díky závislosti zanedbával. Práce má být nejen resocializačním, ale také terapeutickým cílem. Je důležitá i v upevňování a vytváření vztahů v komunitě, posiluje hodnoty, sociální odpovědnost klienta atd. Všichni klienti vykonávají domácí práce, vaření, úklid. Mnoho komunit má své vlastní hospodářství, takže se musí starat i o zvířata atd. Klienti si zkouší různé pracovní role, které dostávají podle délky léčby. (Kalina, 2008)

V TK Podcestný Mlýn probíhají každý všední den 2-3 pracovní bloky podle programu dne, z čehož jeden pracovní blok trvá 1,5 hodiny. Každých čtrnáct dní se dělí funkce, které klient dostane např. vedoucí domu, sedlák, kuchař atd. Těmto funkcím se klient věnuje čtrnáct dní, kdy se pak vede hodnocení o jeho službě. Nikdo se při práci neulívá, ale nejde o to pracovat na čas, ale o to aby si klient dokázal osvojit pracovní návyk a něco se naučil. Ze začátku je pro některé klienty práce obtížná, protože na ni nejsou zvyklí a jsou ještě vysílení z užívání návykových látek. V TK jsem zažila, že pokud člověk opravdu nemůže, stačí si dojít za tzv. sedlákem, který práci na statku rozdává a může klientovi práci vyměnit, pokud má pádný důvod. Práci tedy rozděljuje sedlák při ranní skupině. V TK Podcestný Mlýn dále praktikují tzv. rajony. Ty probíhají každý den kolem 18 hodiny cca 20 minut. Každý na domě má svůj rajon např. toalety, které musí uklidit po dobu, co mu je rajon přidělen, vše kontroluje vedoucí domu, každou sobotu pak jsou tzv. generály neboli generální úklid, kdy se uklízí perfektně celý dům.

### **3.4.6 Volnočasové aktivity**

Podle Adamečka (in Kalina, 2008) jsou volnočasové aktivity zdrojem pozitivních zážitků, zábavy a uvolnění, která stmelují komunitu. Většinou mezi

volnočasové aktivity patří věci, kterými vyplní zbytek programu dne, procházka, hry atd.

Mezi další volnočasové aktivity patří sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity. Volnočasové aktivity by měly zahrnovat nejen aktivity komunitní, díky kterým se upevňují vztahy a klienti se více poznávají a sbližují, ale také individuální aby si člověk okusil jinak strávit volný čas, odpočinul si. Někdy je důležité, aby si člověk odpočinul sám, protože v TK mají většinou klienti společné pokoje a jsou stále v programu s ostatními klienty. (Kalina,2008)

V TK Podcestný Mlýn mezi takovou zátěžovou aktivu patří třeba týdenní výlet na vodě nebo na kolech. Klienti si aktivně odpočinou a odreagují se, poznají nejen nové věci, ale odpočinou si od stereotypu, který jim komunita přináší.

## **4 Terapeutická komunita**

### **4.1 Definice**

Kratochvíl (in Kalina, 2008) uvádí, že terapeutická komunita je formou skupinové psychoterapie, kde se scházejí a žijí spolu klienti různého pohlaví, věku a vzdělání. Na určitou dobu spolu sdílejí nejen skupinová sezení, program a jiné činnosti, ale všechny problémy ze svého vlastního života.

Hartl (1997) uvádí, že TK, můžeme definovat jako psychoanalýzu a to jako teoretickou koncepci, nebo jako léčebnou metodu. Podle Kratochvíla (in Kalina, 2008) v širším pojetí TK funguje tak, že podporuje všestrannou komunikaci mezi pacienty a personálem, kdy se na rozhodování podílejí jak členové týmu, tak pacienti. Členové týmu se scházejí jak s pacienty, tak navzájem mezi sebou. Schůzky slouží k výměně informací a projednávání problémů. Dále se řeší interpersonální procesy a vyjasňují reakce, které má personál ke klientům anebo mezi členy týmu navzájem. V užším smyslu je TK metoda, při které se využívají situace společenské skupiny jako šablony nepřizpůsobivého chování nebo stereotypů. Při každodenním styku a zajišťování určitých činností stejných lidí je možná diferenciací rolí, kdy se pacienti učí poznávat svůj podíl na svých problémech a konfliktech. Dále se učí pracovat s formami chování, které jsou přizpůsobivější pro jejich následný život.

### **4.2 Vznik a vývoj**

Kratochvíl (1979) uvádí, že první TK, vznikla během druhé světové války ve Velké Británii, kvůli potřebě vojáků, kteří utrpěli během války trauma a byla potřeba je vrátit co nejdříve do boje. Díky tomu se začali využívat skupinové psychoterapie.

Hartl (1997) uvádí, že velký podíl na vypracování systému TK měl Maxwell Jones. Podle něho musí fungovat tři základní teze, a to oboustranná komunikace mezi personálem a pracovníky popřípadě dalším externími spolupracovníky pochopit své

rozhodování, pochopit cíle oddělení a vytvořit kulturu, která vzniká z postojů pacienta a personálu.

Jones své zkušenosti shrnul v roce 1952 v knize „Sociální psychiatrie“, která vyšla v USA s názvem „Terapeutická komunita“. Pod jeho vlivem, vznikla první terapeutická komunita v ČSSR a to v Lobči v roce 1954. (Kratochvíl, 1979)

## **4.3 Fáze léčby**

### **4.3.1 Nástup do terapeutické komunity**

Nástup probíhá v každé TK různým způsobem – každá TK má totiž své zvyky a předpisy. Podle SANANIM-TKK (in Kalina, 2008) jsou obvykle zahrnovány tyto postupy:

- vstupní rozhovor, který je zaměřený na aktuální stav, motivaci a osobní údaje
- ověření dokladů, sociální a právní situace
- toxikologická a dechová zkouška
- v případě, že klienta doprovází rodinný příslušník nebo jiná osoba blízká, tak pohled na závislost u klienta, anamnéza rodinných vztahů atd.
- prohlídka věcí klienta, aby se mohlo být vyloučeno vnesení drog nebo jiných nevhodných předmětů do TK
- většina TK má nějaký rituál, kterým přijímá klienta do TK např. vhození do vody

### **4.3.2 Nultá fáze**

Podle Kaliny (2008) je nultá fáze specifickou subfází první fáze. Během této fáze se dokončují vstupní procedury, sestavuje se individuální plán pro klienta. Často se musí použít krizová intervence, aby klient z komunity neodešel a připravovat krátkodobá řešení pro snížení stresu. Klient je svěřen v této fázi buď staršímu klientovi, který mu dělá patrona tzv. „matku/otce“ nebo „starší sestru/bratra“, který ho seznamuje s ostatními klienty, prostředím, pravidly a rozvrhem TK a poskytujeme mu podporu a členovi týmu (garantovi).

V TK Podcestný mlýn se takovému matce/otci říká anděl. Každý klient dostane svého anděla, který mu pomáhá na cestě komunitou. Každý klient má i svého garanta, tj. terapeuta, který pracuje v TK, a který s ním sestavuje individuální plány a po určité době hodnotí jeho plnění.

Podle Těmínové a spol. (in Kalina, 2008) má klient v této době specifické postavení, protože již pobývá v komunitě, ale není ještě členem, protože o členství musí požádat. Pokud požádá o přijetí do komunity, čeká ho přijímací rituál. Před rituálem tráví 24 hodin v klauzuře, kde přemýšlí o svém rozhodnutí a svých cílech.

V TK Podcestný Mlýn klient zůstává v 24 hodinové klauzuře při vstupech do vyšších fází. V nulté fázi klient klauzurou neprochází. Projde pouze základní prohlídkou tj. prohledání věcí, test na drogy a alkohol. Poté následuje rituál v podobě přeseknutí špalku, kdy ostatní členové komunity hrají na bubny a dodávají podporu. Klient řekne, co cítil při sekání do špalku a stává se členem komunity.

Dle Dvořáčka (in Kalina, 2008) trvá nultá fáze zhruba 1 - 3 týdny. Jde o úvodní dobu na základní adaptaci, k provedení základních vyšetření a k budování základních terapeutických vztahů, posiluje motivaci k setrvání v léčbě.

### 4.3.3 První fáze

Kalina (2008) uvádí, že první fáze je orientovaná na uvedení klienta do komunity, i když se tak děje již v nulté fázi. Je potřeba co nejdříve klienta začlenit do komunity, protože hrozí rizika, že komunitu opustí. Pro vhodné začlenění je podstatné toto:

- izolace od vnějšího světa – klient v této fázi nesmí běžně telefonovat, dostávat zásilky, nesmí být navštěvován, ani odjíždět na návštěvy, využívat internet. Na nezbytné cesty jako je např. návštěva lékaře ho musí doprovázet personál nebo pokročilejší klient. Před problémy sice klient neuteče, ale od členů personálu a klientů je mu doporučováno, aby se nyní soustředil na život v komunitě.
- orientace ve vztazích a pravidlech
- využívání skupinové terapie a získávání podpory
- přizpůsobení života bez drogy, uvádí Delon (in Kalina, 2008)

Kalina (2008) uvádí, že na konci první fáze by měl klient komunitu plně přijmout a měl by také být sám komunitou přijat. Daří se mu zvládat život bez drogy a je připraven pracovat sám na sobě. Pokud klient požádá o přestup do druhé fáze, hodnotí personál a klienti jeho léčbu. Pokud je přestup povolen čeká klienta opět rituál, ale může se stát, že je mu přestup zamítnut, což je pro klienty velice zatěžkávající zkouška, avšak v této době je klient natolik zapojen do chodu komunity, že se s frustrací dokáže vyrovnat a z léčby neodejde.

V TK Podcestný Mlýn jsem se účastnila přestupu z první do druhé fáze léčby, klient musel být 24 hodin v klauzuře, kdy hodnotil svůj pobyt v TK a své cíle do budoucna. Od terapeutů dostal několik otázek k zamyšlení, na které musel při společném rituálu přestupu odpovídat. Hodnotil své klady, zápory, co dokázal v komunitě do dnešního dne, o co chce dále usilovat atd. Klienti i terapeuti dali klientovi zpětnou vazbu a rozhodli se, zda přestup umožní. Přestup byl v tomto případě úspěšný. Zapálili se tedy svíce a konal se rituál, kdy si klient stoupl na židli a spadl do rukou ostatních klientů komunity, kteří jsou ve druhé fázi a výše.

#### **4.3.4 Druhá fáze**

Podle Kaliny (2008) jde o vrcholné období léčby, kdy klient využívá všechny zdroje. De Leon (in Kalina 2008) uvádí, že se v této fázi naplňují širší terapeutické a sociální cíle TK, jako jsou např. socializace, osobnostní růst. Vypracovává se systém hodnot, postojů a dovedností.

Mezi důležité rysy druhé fáze dle Kaliny (2008) patří:

- zlepšování chování
- zvyšování úrovně náhledu
- vzestup postavení v komunitě
- psychologický růst a rozvoj zralosti
- vzrůstající osobní autonomie



Podle Kaliny (2008) je druhá fáze především obdobím změny „ted' a tady“. V druhé fázi také přibývá kontaktů s okolním světem a to nejen s rodinou. Klient v této fázi začíná pracovat na opravě vztahů, kdy se může uskutečnit např. rodinná terapie. Druhá fáze zabírá cca 50 % pobytu v komunitě, tzn. při ročním plánu šesti měsíců. Po dokončení druhé fáze by měl být klient schopen umět působit v tomto prostředí jako jemu přirozeném, které je pro něj bezpečné a stabilní. Při přestupu do třetí fáze se opakuje to samé, jako při přestupu do druhé tzn. žádost, hodnocení, rituál.

#### **4.3.5 Třetí fáze**

Kalina (2008) uvádí, že hlavním cílem třetí fáze je uzavírání terapeutického procesu tzn. separace od komunity a příprava na život mimo TK. V této fázi se od klientů čeká, že se sami dokáží postavit na vlastní nohy a dokáží zúročit všechny nabitě zkušenosti v komunitě při vstupu do vnějšího světa. Je to proto také nejtěžší fáze léčby.

V TK Podcestný Mlýn se klienti třetí fáze separují od ostatních fází tím, že bydlí v jiné bytové jednotce než ostatní. Mají svůj vlastní pracovní plán a nemusí se účastnit komunit a terapií jako ostatní klienti.

Podle Kaliny (2008) tato fáze zahrnuje:

- postupné přecházení do života mimo TK
- ověřování osobní a sociální zralosti
- vytváření individuální sítě pozitivní sociální a psychologické podpory
- bilance tzv. inventura dosažených pokroků a svých možností a mezí, dle SANANIM-TKK (in Kalina 2008, s. 199) klienti vypracovávají tzv. závěrečnou práci, kde hodnotí, čeho dosáhli, co musí ještě udělat a s čím se musí smířit
- emoční rozloučení s komunitou - třetí fáze se ukončuje výstupním rituálem. Klient opouští komunitu a pokračuje do programu následné péče. Ve standartním programu většinou trvá třetí fáze cca 3 měsíce.

Ukončovací rituál je symbolem vyvrcholení pobytu klienta v TK. V těchto rituálech se většinou rozpoznává změna, ke které došlo v TK, nebo by mělo dojít a

uvedení do nového života s nadějí, že bude lepší než ten před léčbou. Rituál je zcela zásadní mělo by zemřít klientovo staré Já a zrodit se nové Já. (Kalina, 2008)

## 4.4 Pravidla a normy TK

Jedním z nejdůležitějších pravidel TK je zajištění bezpečí. Všichni klienti prochází při nástupu do TK změnou a proto není vhodné, aby v komunitě byla nestabilita či se připustili jiné ohrožující vlivy. V TK se provozují tzv. kardinální pravidla a při jejich porušení klient musí ukončit předčasně léčbu, protože je v protikladu s udržením bezpečného prostředí pro ostatní klienty. Kardinální pravidla především zakazují:

- užívání návykové látky, její ukrývání, držení v TK
- fyzické násilí a jiné ohrožující aktivity např. krádež, vydírání, poškozování cizího majetku (Kalina, 2008)

Důležité je také chránění klienta před tlakem skupiny, např. klient má právo říci „ne“, ochrana osobního sdělení před zneužitím, možnost okamžitého projednání mimořádné záležitosti. Za mimořádnou záležitost se dá považovat např. neodvratná chuť klienta na návykovou látku, pocit nebezpečí atd. V takovém případě může terapeut svolat na žádost klienta tzv. „mimořádku“, kdy končí jakákoliv aktivita v TK a začíná se řešit daná situace. (Kalina, 2008)

V TK Podcestný Mlýn se taková situace řeší ohlášením terapeutovi, ten zváží závažnost situace. Pokud terapeut uzná, že je situace mimořádná a musí se jednat. Vedoucí domu zazvoní na zvon a situace se jde neodkladně řešit.

Mezi další důležitá pravidla patří zákaz sexuálních vztahů. Je to velmi diskutabilní téma, jak pro klienty, tak pro tým TK, protože se neví, zda je horší milostný vztah bez sexuálního aktu nebo sexuální akt bez vztahu. Dvojice se může společně bránit a vyvolává navíc v komunitě napětí, komplikuje skupinovou dynamiku, vzniká žárlivost a rivalita. V těchto situacích se vyčerpává spousta energie na pár a jiné důležité věci zůstávají ve stínu. Sex v komunitě může znamenat únik od problému nebo také zneužití jednoho z partnerů či využití k osobním cílům. Protože se v komunitě mluví

o všem, ani o takovéto věci se nesmí mlčet a projednává se vývoj vztahu, blízkost, přitažlivost atd. Pokud se vztah ukončí, většinou nenásleduje žádná sankce, pokud vztah nadále trvá, většinou jeden z dvojice komunitu opouští. (Kalina, 2008)

V TK Podcestný Mlýn jsem zažila tzv. distanc, kdy mezi dvěma klienty vznikl vztah. Nikomu z komunity to nebylo příjemné ani hlavním aktérům a proto požádali komunitu o tzv. „distanc“, kdy se nesměli vídat a mluvit spolu. Po týdnu na společné komunitě řekli, jak jim distanc vyhovoval, co jim to přineslo atd. Další pár se v komunitě do sebe zamiloval a oba ukončili léčbu a odešli spolu žít – i toto je další možnost, jak vztah v komunitě klienti řeší, ukončí léčbu i přes své cíle, že chtějí léčbu dokončit rituálem ve třetí fázi.

## **5 Analýza faktorů ovlivňující léčbu v komunitním zařízení Podcestný Mlýn**

### **5.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl**

Každý výzkum musí začít vymezením výzkumného problému, který se nevymezuje lehce. Výzkumník musí mít dobře prostudovanou teoretickou stránku problematiky. Častým nedostatkem je, že si výzkumník zvolí výzkumný problém velmi široce a to stojí mnoho času, někdy by na to byl zapotřebí i celý výzkumný tým. Další častá chyba je, že si výzkumník stanoví téma a ne výzkumný problém tzn., že autor pouze pojmenuje téma, které bych chtěl zkoumat, ale nestanoví, co by chtěl zkoumat. Poslední problém je, že výzkumný problém je příliš jednoduchý, dá se na něj odpovědět pouze ano nebo ne. (Gavora, 2000)

V této bakalářské práci byl stanoven výzkumný problém a cíl, který souvisí s faktory skupinové psychoterapie. Je známo, že při skupinové psychoterapii, která probíhá ve skupinách, jsou pacienti ovlivňováni různými faktory. Proto je důležité zjistit, zda i v terapeutické komunitě při skupinových terapiích klienty ovlivňují tyto faktory, jakou mírou a které považují za nejúčinnější.

### **5.2 Výzkumné otázky**

Na základě výzkumného cíle jsem si stanovila následující výzkumné otázky: **„Existují v terapeutické komunitě, obdobně jako při skupinové psychoterapii, faktory zvyšující efekt terapeutické intervence?“** To znamená, zjistit, jestli určité faktory mají podle klientů vliv na jejich léčbu a v jaké míře.

**„Existují faktory, které klienti subjektivně pokládají za účinné v průběhu léčby?“** Cílem této otázky je zjistit, které faktory jsou podle nich nejúčinnější a jaké jiné faktory je v léčbě ovlivňují.

Poslední otázkou je: „Existují v terapeutické komunitě faktory, ovlivňující spokojenost klienta s léčbou?“ Jaká je spokojenost klientů při pobytu v terapeutické komunitě a jaký má vliv na jejich zdravotní stav.

### 5.3 Výzkumný soubor a procedura

Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kde se otázky zaměřovaly na faktory ovlivňující léčbu, spokojenost klientů s léčbou, motivaci aj. Dále byl sestaven dotazník, který zjišťoval např. pohlaví, věk a fáze léčby respondenta. Metoda pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní podle počtu klientů. Dotazník měl celkem 33 položek, z čehož jedna položka, měla zjistit faktory skupinové psychoterapie formou škál. Dotazníky byli anonymní. Výzkum byl proveden v počtu 10-ti dotazovaných, kteří byli v dané období klienty TK Podcestný Mlýn. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly vytvořeny podle cíle mé bakalářské práce. Inspirací pro sestavení otázek byl pobyt v TK a jako poslední byly použity faktory skupinové psychoterapie od Yaloma a Kratochvíla.

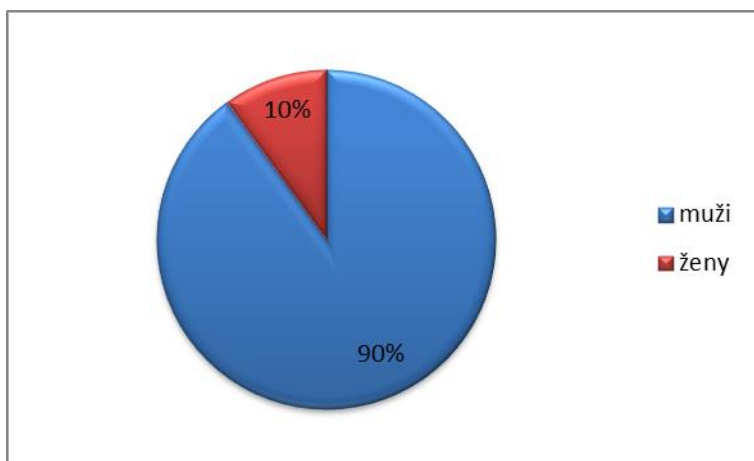
Před realizováním výzkumu jsem nejprve musela, absolvovat pobyt v TK, jako klient druhé fáze. Zařídila jsem si týdenní stáž, kde jsem se domluvila se zástupcem, zda mohu v komunitě výzkum provést. Zástupce mi sdělil, že nejprve absolvuji týdenní stáž v TK a potom se sama domluvím s klienty, zda budou ochotni výzkum podstoupit. V TK jsem tedy strávila stáž (25. - 30. 1. 2015), kde jsem se stala klientem 2. fáze a zapojila se do všech aktivit jako ostatní klienti. Poslední den jsem se s klienty i terapeuty domluvila, jestli by se výzkumu zúčastnili. Někteří klienti chtěli vysvětlit, k čemu výzkum realizují. Sdělila jsem jim tedy, proč realizují a co z práce vyplyne. Jelikož jsem s klienty strávila nějaký čas a můj pobyt probíhal bez problémů, všichni byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Dalšími respondenty měli být terapeuti, které jsem požádala, jestli se výzkumu zúčastní. I když mi všichni svoji účast potvrdili, ve finální fázi se zúčastnili pouze dva terapeuti a z toho důvodu jsem porovnání nemohla realizovat. Po měsíci jsem do komunity přijela výzkum zrealizovat. Samozřejmě někteří klienti za tu dobu ukončili léčbu a přibyli noví klienti, kteří se chtěli výzkumu účastnit a pomoci mi. Nakonec se zúčastnilo 10 klientů z 12, kteří byli v tu dobu v léčbě.

Výzkumným vzorkem tedy byli klienti, kteří v danou dobu působili v TK viz. 5.4. Charakteristika výzkumného souboru.

## 5.4 Charakteristika výzkumného souboru

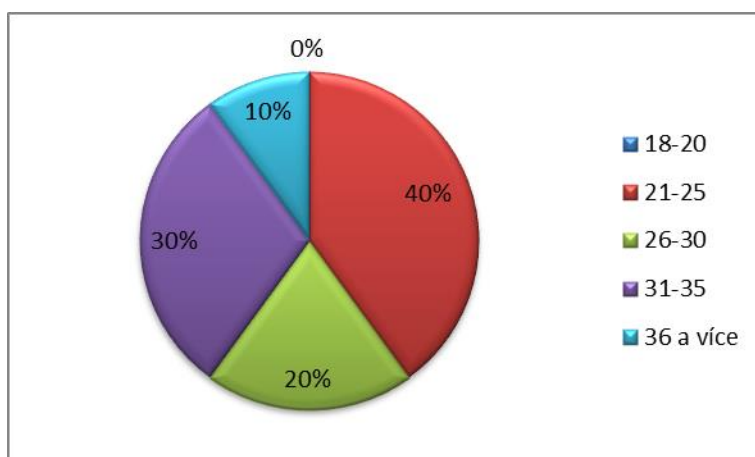
Graf č. 1 zjišťuje pohlaví respondentů z deseti klientů komunity, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. Bylo dotazováno 9 mužů a 1 žena. Celkově v danou dobu bylo v komunitě 12 klientů a z toho jen 1 žena, 2 klienti se výzkumu nezúčastnili kvůli zaneprázdnění.

**Graf č. 1 – Pohlaví**



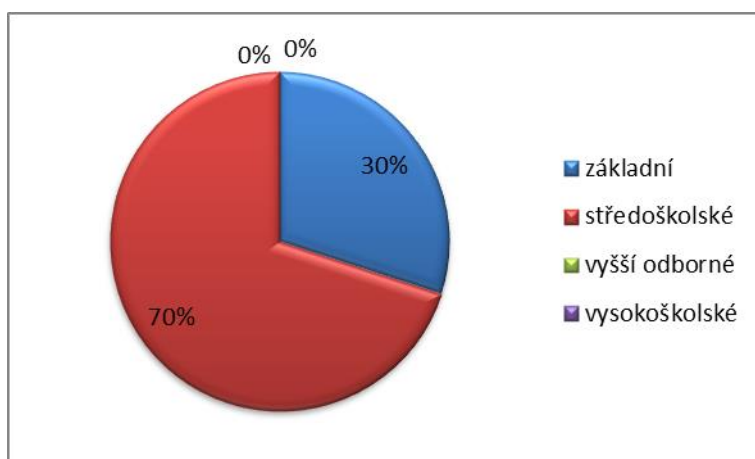
Graf č. 2 zjišťuje věkovou strukturu respondentů. Bylo zjištěno, že věku 18 - 20 let neodpovídá ani jeden respondent, v kategorii 21-25 let byla víc jak 1/3 respondentů tedy 40%, ve věku 26-30 let bylo 20% respondentů, 31-35 let bylo 30% respondentů a 36 a více let pouze 10%. V komunitě jsou tedy lidé zhruba od 21 do 36 let.

**Graf č. 2 – Věková struktura**



Graf č. 3 zjišťoval nejvyšší dosažené vzdělání. Ani jeden z respondentů nemá vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání. Ze 100% mělo 30 % respondentů pouze základní vzdělání a dalších 70% středoškolské. Nebylo zjištěno, zda jejich středoškolské vzdělání bylo zakončeno výučním listem nebo maturitou. Podle rozhovorů s klienty během mého pobytu se však dá dedukovat, že klienti ukončovali studium spíše výučním listem.

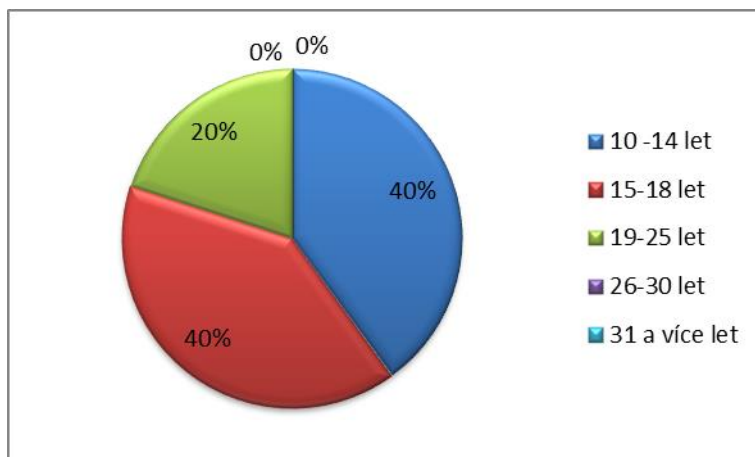
**Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání**



Další graf zjišťoval věk, kdy klienti poprvé užívali návykovou látku. Zajímavé je, že všichni klienti začali užívat návykové látky před 26 rokem života. Tudíž nikdo nezačal užívat návykovou látku v rozmezí 26-30 let a už vůbec ne 31 a více let. Ze 100% užilo 40 % respondentů poprvé návykovou látku již ve věku 10-14 let, 40% ve věku 15-18 let a 20% 19-25 let. To znamená, že většina respondentů užila poprvé

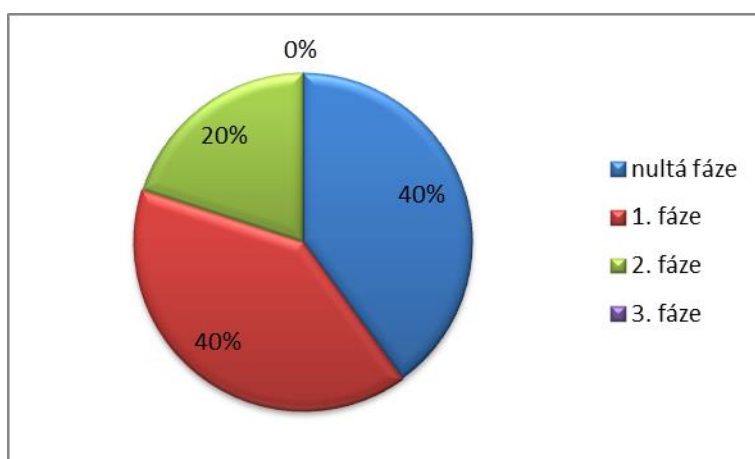
návykovou látku pod hranicí zletilosti tj. 18 let a hranicí právní odpovědnosti což je 15 let.

**Graf č. 4 – Věk, kdy klient začínal užívat návykovou látku**



Graf č. 5 zjišťoval aktuální fázi léčby u klientů TK. Jelikož ve třetí fázi léčby byl pouze jeden klient, a ten se výzkumu neúčastnil, zjištěné údaje ukazují, že z respondentů nebyl nikdo klientem 3. fáze. 40% respondentů bylo klienty nulté fáze, což znamená, že v komunitě pobývali minimální počet dnů či týdnů. V první fázi bylo 40% respondentů a v druhé fázi 20%. Tento výsledek ne zcela ovlivňuje další výzkum, protože i když 40% respondentů je v 0 fázi, tak někteří z nich již léčbu v TK podstoupili dříve a vědí, jak léčba probíhá a co ji ovlivňuje.

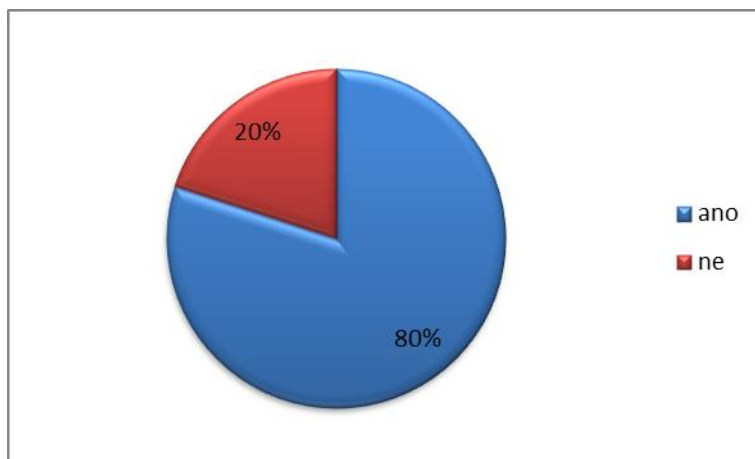
**Graf č. 5 – Aktuální fáze léčby**





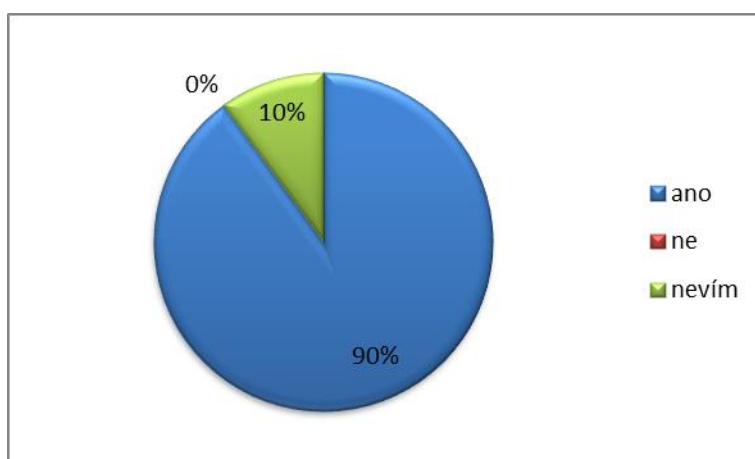
Na grafu č. 6 můžeme vidět, kolik z respondentů již podstoupilo i jiný druh léčby než v TK. 80% klientů podstoupilo i jinou léčbu a 20% nepodstoupilo léčbu v jiném zařízení. Výjimkou je samozřejmě detoxikace, kterou musí projít každý klient, který se chce léčit v TK.

**Graf č. 6 Klienti, kteří se léčili i v jiných zařízeních než je TK**



Poslední graf č. 7 ukazuje klienty, kteří, pokud dokončí léčbu v TK, chtějí pokračovat v návazném zařízení. Celých 90% respondentů chce pokračovat v návazné léčbě, pouze 10% tzn., 1 respondent neví, zda chce pokračovat v návazné léčbě. To může být samozřejmě ovlivněno délkou léčby. Klienti v nulté fázi někdy nevědí, jestli zvládnou vůbec první dny v léčbě.

**Graf č. 7 Klienti, kteří se chystají po ukončení TK do návazného zařízení**

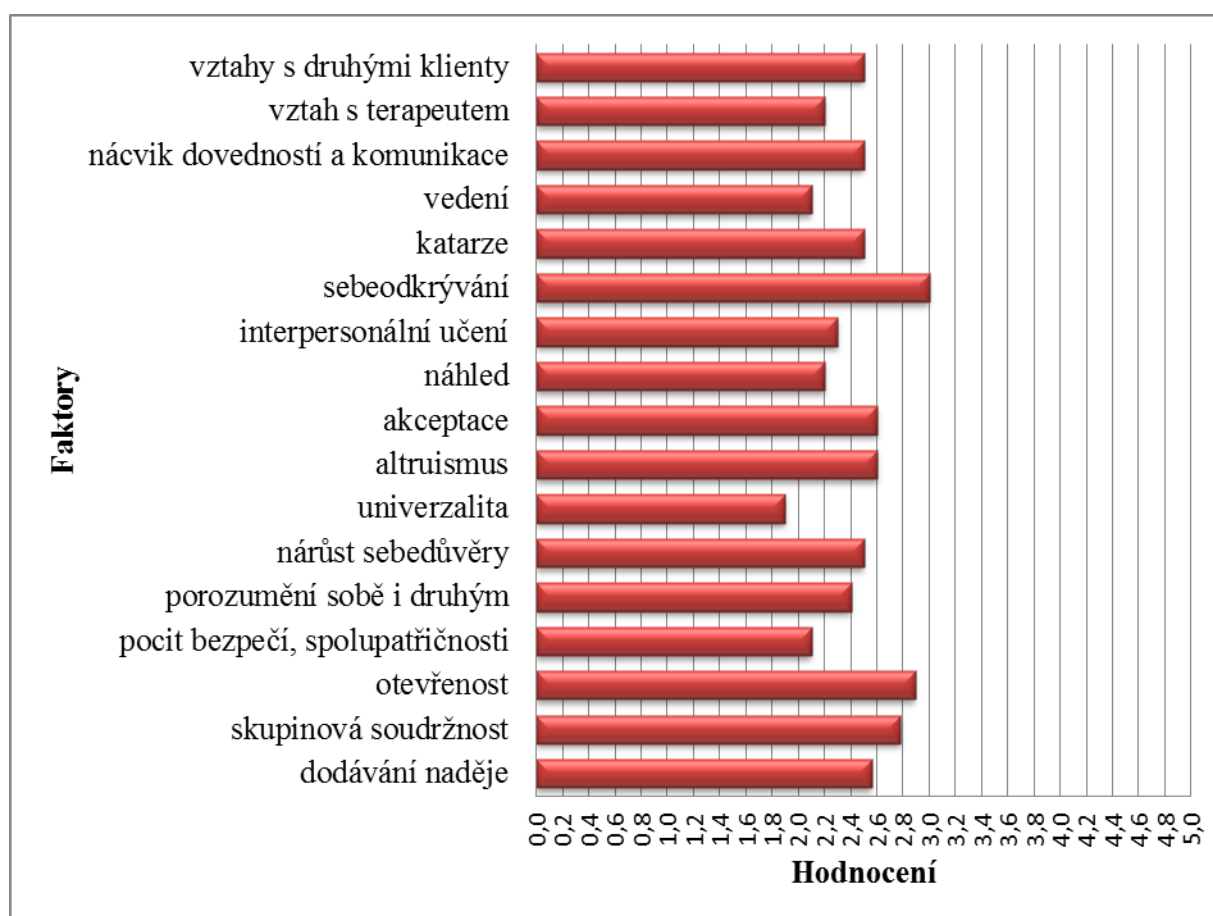


## 5.5 Analýza výzkumných dat

Jednou z nejdůležitějších položek výzkumu bylo označení faktorů, které ovlivňují léčbu v TK. Klienti měli faktory označit na stupnici od jedné do pěti, kdy jedna znamená nejvíce a pět nejméně. Zajímavé je, že při vyhodnocení výsledků bylo zjištěno, že v průměru žádný faktor pro klienty není úplně bez vlivu.

Mezi nejvýznamnější faktory patří univerzalita neboli vědomí skutečnosti, že členové skupiny mají podobné problémy jako klient. Což potvrzuje moje tvrzení, že lidé se nebojí tolik otevřít při sezeních a utvářejí lepší vztahy, protože vědí, že ostatní jsou na tom stejně jako oni, někdy i hůř. Univerzalita se dobře vytváří při životopisných skupinách, kdy se člověk hodně otevře a ostatní členové skupiny zjistí mnoho podstatných informací o životě druhého klienta. Mezi další významné faktory patří vedení a pocit bezpečí, který je velmi důležitý pro pobyt v komunitě. Člověk by měl terapeutům ve skupině důvěřovat a cítit se s nimi bezpečně, protože pokud ne, tak se to pak odráží na jejich pobytu a může to končit odchodem z komunity. Faktor, který je podle respondentů nejméně účinný je sebeodkrývání. Žádný faktor není pro klienty plně nepodstatný. Průměrná hodnota všech faktorů dohromady je 2,45, což se přiklání k tvrzení, že faktory mají spíše větší vliv na pobyt/léčbu klienta.

**Graf č. 1 – Faktory ovlivňující pobyt v TK**



**Otázka č. 1 – Proč jste začal/a užívat návykové látky?**

Respondenti uvedli tyto důvody:

- nuda
- lepší pracovní nebo sexuální výkonnost
- psychické stavy – úzkost, deprese
- odmítání jakéhokoliv prožívání, útek od reality, problémů
- zapadnutí do kolektivu
- nová zkušenost, zvědavost, „frajeřina“, poznání nového sexu
- rozvod, šikana
- „Chtěl jsem být „feťák“, líbili se mi ty lidi.“

Odpovědi jsou opravdu různorodé, od nudy a zvědavosti přes špatné vztahy, deprese až k útěku od reality. Jeden respondent uvedl, že se mu takový lidé líbili,

otázkou je, zda si uvědomoval, jaký to může mít dopad. Nyní se všichni chtějí vyléčit a uspět v životě.

### **Otázka č. 2 Proč jste se rozhodl/a jít léčit?**

Respondenti uvedli tyto důvody:

- dluhy, hrozba vězení
- neschopnost žít s drogou ani bez ní, nesnesitelné psychické stavy, špatné zdraví
- život na ulici, strach z dalšího vývoje užívání drogy, nevážení si sebe sama
- nový plnohodnotný život

### **Otázka č.3, 4, 5 – Daří se Vám pobyt v TK plnit bez větších problémů? Věříte, že léčbu dokončíte? Jaká je Vaše motivace k udržení abstinence?**

Další otázky byly zaměřené na úspěch pobytu, jaká je motivace respondentů k udržení abstinence, jestli věří, že léčbu dokončí a obstojí v reálném životě.

70% respondentů uvedlo, že zvládají plnit podmínky pobytu v TK bez větších problémů. 20% odpovědělo, že kvůli svému výbušnému chování a zvyku na jiný život se jim nedaří absolvovat pobyt zcela úspěšně. Přesto 70% respondentů uvedlo, že věří v ukončení léčby, pouze 10%, tzn. jeden respondent, uvedl, že nevěří v ukončení léčby kvůli vztahům. Dotazovaných 20% neví, jestli léčbu dokončí. K tomu se vztahuje další otázka, a to „Jaká je jejich motivace k udržení abstinence?“.

Odpovědi respondentů byly opět různé. Někteří svůj důvod stále hledají, jiní ho mají jasný. Respondenti uvedli tyto důvody, citují:

- rodina, svoboda
- vlastní zázemí
- lepší život, zlepšení vztahů s okolím, psychického stavu, sociální situace
- cestování
- sám sebe překvapit, poznat sám sebe
- vyřešit soudy

### **Otázka č. 6 – Myslíte si, že v reálném životě obstojíte?**

Další návaznou otázkou bylo, jestli si myslí, že v reálném životě obstojí. I když 70% respondentů odpovědělo, že věří v ukončení léčby, pouze 30% je přesvědčených o tom, že v reálném životě obstojí. Dalších 60% neví, doufá nebo nechce předbíhat. 1 respondent, tzn. 10%, tvrdí, že neobstojí, protože celý život krade.

### **Otázka č. 7 - Co považujete na začátku léčby za nejdůležitější?**

Respondenti uvedli:

- odhodlání, rozhodnutí zůstat, ujasnit si co chci a proč to chci
- podpora a pomoc komunity, zapadnout do party
- prvních 10 minut s terapeutem

### **Otázka č. 8, 9 – Co se Vám na léčbě nejvíce líbí? Je něco, co se Vám na systému léčby v TK nelíbí?**

Dalšími důležitými otázkami bylo, co se klientům na léčbě líbí a naopak. Klientům se líbí:

- soudržnost a spolupráce skupiny, pochopení, emoce
- pocit, že jdu správnou cestou, poznání sebe sama, nové věci
- práce, zvířata, čisté prostředí
- skupinové terapie
- rituály, vážnost
- abstinence, režim

Naopak klienti nejsou spokojeni s těmito body:

- sankce, manuály, žádání o všechno,
- nesvoboda (nesvépravonost), doprovody, odposlech telefonů
- moc pracovních bloků
- odříznutí od kontaktů po určitou dobu, nemožnost řešit hned teď

Pouze 30% tzn., 3 klienti uvedli, že nemají výhrady k léčbě a pobytu v komunitě.

### **Otázka č. 10 – Co Vám léčba přináší?**

Respondenti odpověděli:

- zlepšení zdravotního stavu a vztahů s blízkými osobami, zlepšení psychiky
- trénink zvládnání různých situací, řešení dluhů, soudů
- naději, šanci začít znova, abstinenci, poznávání sebe sama, sebedůvěru

### **Otázka č. 11 - Přivodilo vám užívání návykové látky již nějaké zdravotní důsledky?**

Z celkového počtu 10 respondentů 50 % uvedlo, že jim užívání návykové látky přivodilo zdravotní komplikace. Někteří dokonce uvedli konkrétní příklady. Jedná se o přeléčení interferonem, žloutenku typu C, špatné zuby a žádné emoce. Dalších 50% zatím nemá žádné zdravotní problémy, které souvisejí s užíváním návykové látky.

### **Otázka č. 12 - Jaké vidíte výhody TK oproti jiným zařízením?**

Z odpovědí respondentů vyšlo, že oproti jiným zařízením v TK „není nuda“, mohou si stanovit vlastní řád, který se týká pracovních a volnočasových bloků, mají smysluplný program a intenzivní psychoterapie, což je připravuje na normální život. Léčba simuluje život venku i tím, že to není nemocnice.

### **Otázka č. 13 - Co vás vedlo k výběru TK?**

Respondenti si většinou vybrali komunitu na doporučení ať už bývalých klientů nebo terapeutů, např. s K-Center, někteří měli i dřívější zkušenost. Další důvody byla blízkost rodiny, zoufalost nebo zvědavost.

### **Otázka č. 14 - Jaké jsou spouštěče závislosti?**

Spouštěč závislosti nebo touha po droze je něco, co klienty často v léčbě, hlavně při jejím začátku potká. Při mém pobytu v TK mi jeden klient řekl: „*Mým spouštěčem se často stává to, když se zavřu na záchod, protože jsem si často píchal na záchodech, takže když se ty dveře zavřou, vidím to před očima.*“

Respondenti uvedli tyto spouštěče, cituji:

- ženský, starý známí, peníze
- toxi vzpomínky, toxi řeči
- nuda, úzkost, samota, únava, beznaděj, lítost, stres, nepochopení, přepracovanost

#### **Otázka č. 15 - V čem vidíte přínos (výhody) pobytu v TK?**

Respondenti uvedli výhody pobytu v TK v těchto směrech:

- naučení se zodpovědnosti
- pomoc, příprava na nový začátek, lehčí vstup do společnosti, větší šance na úspěch
- poznání sebe sama
- naučit se znova žít, změna
- přihlížení soudu na to, že abstinuji
- zázemí

#### **Otázka č.16 - Myslíte si, že vás léčba změnila?**

60% respondenů uvedlo, že cítí, že je léčba změnila. Pouze 10%, tzn. 1 klient, uvádí, že ho léčba nezměnila a dalších 30% klientů uvedlo, že zatím není čas na toto hodnocení nebo nepocítuje zatím změnu, či je to na dobré cestě. Důvody, které uvedli jako změnu, jsou tyto, cituji:

- nekradu, víc si věřím, nepovažuji všechny lidi za nepřátele, dokážu sám sobě více naslouchat, mám blíž k lidem, to, že abstinuji je výhra

#### **Otázka č. 17 - Jaké formy terapie vám nejvíce vyhovují?**

V této otázce mohl každý klient uvést, jaká forma terapie je pro něj nejvíce prospěšná. Každý klient mohl uvést více forem. Někteří klienti uvedli, že nevědí, odvíjí se podle situace. 40% klientů uvedlo arteterapii, 40% psychoterapii, 30% klientů dramaterapii, 30% terapie prací, 10% individuální terapie, 10% sankční systém.

### **Otázka č. 18 - Jak hodnotíte svojí účast v TK?**

Každý z klientů ohodnotil sama sebe. Někteří uvedli, že se cítí v roli stresora, velice aktivního člověka, pozorovatele. Další hodnotili, že vidí svojí účast dobře, pozitivně, „za 1“ nebo uspokojivě.

### **Otázka č. 19 - Co podle Vás, ovlivňuje klienty v ukončení léčby?**

Respondenti uvedli, cituji:

- odchody druhých (co něco podělali)
- trpělivost, chutě, odpovědnost,
- rodina, vztah (nadstandardní), vztahy mezi sebou, sex
- pocit samoty, agrese, nechut' se něco naučit

### **Otázka č. 20 - Myslíte si, že spojení všech závislostí v jedné skupině je přínosem nebo naopak?**

Ze 100% respondentů 50% uvedlo, že ano. Dalších 50% uvedlo, že je to těžké posoudit. Jeden respondent uvedl: „*Myslím, že ten, kdo něco bere, tak bere vše, tak je to jedno.*“

Pravdou je, že většina klientů užívala mnoho návykových látek nebo trpí jinou závislostí např. patologickým hráčstvím.

### **Otázka č. 21 - Které prvky léčby byste posílili?**

30% klientů nemá představu, 20% klientů nezodpovědělo otázku a dalších 50% klientů uvedlo tyto prvky: společenské aktivity, terapie sportem, interakční terapie a jeden respondent by povolil partnerské vztahy. Jak je známo, partnerské vztahy jsou v komunitě zakázané a ve většině případů snižují efektivitu léčby, kdy klienti buď odcházejí, nebo jsou vyloučení z léčby.

### **Otázka č. 22 - Co je/bylo pro Vás na léčbě nejtěžší?**

Respondenti uvedli tyto důvody, cituji:

- nemít sex se ženou
- vyrovnat se sám se sebou, mluvit o svých problémech



- zvládání agrese
- nevyčleňovat se s určitou osobou
- oživit si pracovní návyk
- odloučení

## 5.6 Vyhodnocení výzkumného šetření

### Otázka č. 1

Existují v TK, obdobně jako při skupinové psychoterapii, faktory zvyšující efekt terapeutické intervence?

Ve výzkumném šetření byly použity faktory psychoterapie od Kratochvíla a Yaloma, na které respondenti odpovídali pomocí škál, kdy 1 je nejvíce a 5 nejméně. Bylo zjištěno, že všechny faktory se podle respondentů při psychoterapii v terapeutické komunitě vyskytují. Průměrný součet faktorů je 2,45, což se také přiklání k tomu, že všechny faktory skupinové psychoterapie jsou spíše účinnější než naopak.

### Otázka č. 2

Existují faktory, které klienti subjektivně pokládají za účinné v průběhu léčby?

Za nejúčinnější faktory považují **univerzalitu** (vědomí skutečnosti, že členové skupiny mají podobné problémy jako klient), která dostala v průměrném hodnocení 10 respondentů 1,90. Nejméně účinný faktor je podle klientů **sebeodkrývání**, ten měl hodnocení 3,00. Žádné hodnocení nepřekročilo hodnocení 3,00, což znamená, že všechny faktory mají spíše větší vliv na léčbu klienta v komunitě.

### Otázka č. 3

Existují v TK faktory ovlivňující spokojenost klienta s léčbou?

Ano, klienti jsou spokojení, protože se cítí bezpečně, vědí, že je někdo vyslechné a jsou ve skupině, která se dokáže podpořit je soudržná. Dále oceňují vážnost pobytu v komunitě, zlepšení zdravotního stavu a možnost lepšího života, protože se v komunitě naučí např. zodpovědnosti.

## 5.7 Závěr výzkumného šetření

Výzkumné šetření mělo za cíl zjistit, jestli v TK existují faktory skupinové psychoterapie, které ovlivňují léčbu/pobyt v TK, které z nich jsou nejúčinnější a jestli existují faktory, které ovlivňují spokojenost klienta s léčbou. Výzkumným souborem se stali klienti TK Podcestný Mlýn, kteří se v danou dobu léčili se závislostí v této komunitě, celkem tedy 10 respondentů. Výzkum probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy respondenti většinou odpovídali jednoslovně. Dále byl použit dotazník, který zjišťoval charakteristiku výzkumného vzorku, tzn. pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, aktuální fázi léčby atd.

V bakalářské práci se vyskytují faktory skupinové psychoterapie od Kratochvíla a Yaloma. Práci bylo zjištěno, že tyto faktory existují i v komunitě a dosahují podle získaných dat vysoké hodnocení - tedy nejsou pro klienty komunity nepodstatné při léčbě a pobytu v TK. Dále bylo zjištěno, že podle klientů TK Podcestný Mlýn patří mezi nejúčinnější faktory skupinové psychoterapie univerzalita, tedy vědomí toho, že mají i ostatní své problémy. Naopak nejmenší hodnocení mělo sebeodkrývání. Žádný faktor není pro klienty zcela bezvýznamný. Průměrné hodnocení všech faktorů je 2,45 což znamená, že jsou všechny faktory spíše úspěšné než naopak. Bylo zjištěno, že léčba/pobyt v TK ovlivňuje i klientův zdravotní stav a to ať fyzický, nebo psychický. Klienti se cítí bezpečně, vědí, že mohou sdílet a řešit své problémy, zlepšit své pracovní a fyzické návyky.

V bakalářské práci jsem chtěla, porovnat názor na faktory skupinové psychoterapie v TK Podcestný Mlýn také s hodnoceními terapeutů, ale bohužel jsem dostala pouze zanedbatelný vzorek, proto jsem se rozhodla ho do práce neuvádět.

## Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zabývala terapeutickou komunitou v komplexní léčbě závislostí. Popisovala jsem, co to je závislost, jaké jsou její druhy, příznaky a znaky. Dále, co je to psychoterapie a jaké druhy se používají při léčbě v terapeutické komunitě. Tím jsem navázala na terapeutickou komunitu, co to je, jaké jsou fáze léčby v terapeutické komunitě a pravidla. Teoretickou část prolínali také mé zkušenosti s danou oblastí, které jsem načerpala při mé stáži v terapeutické komunitě Podcestný Mlýn. V neposlední řadě se jedna z kapitol zabývala komplexní terapií, která je nabízená v České republice. Jedná se o zařízení, která pomáhají řešit problémy s návykovými látkami a závislost.

Cílem mé práce bylo zjistit faktory skupinové psychoterapie, které ovlivňují léčbu/ pobyt klienta v TK, dále pak spokojenost klienta a vliv léčby na zdraví klienta. Kvůli práci jsem strávila týdenní stáž v TK Podcestný Mlýn, která mě pomohla pochopit systém TK a dala mi mnoho zkušeností do budoucna, z kterých budu jistě čerpat. Výzkum byl prováděn s klienty terapeutické komunity v Podcestném Mlýně, kteří se v danou dobu léčili ze závislosti především na látkových drogách. Klienti i personál TK byl ke mně velice vstřícný, klienti se s vlastním zájmem zapojili do výzkumu.

Díky mé bakalářské práci jsem získala další zkušenosti, které jsou pro mě velmi cenné. Poznala jsem lidi, kteří se léčí se závislostmi, jejich osudy a především jsem hlouběji pronikla do problematiky terapeutické komunity.

# Seznam použité literatury a jiných zdrojů

## Literatura:

1. DVOŘÁČEK, J. a kol. Červenodvorské studijní texty. 1. vyd. Červený Dvůr: prosinec 2011. ISBN chybí.
2. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 8085931796.
3. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, 104 s. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.
4. HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 221 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.
5. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
6. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
8. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012, 403 s. ISBN 978-80-262-0302-5.
9. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychoterapie: směry, metody, výzkumy*. 3. přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 306 s.
10. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha: Academia, 1979, 122 s.
11. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.
12. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 150 s. ISBN 80-7178-432-x.
13. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

14. ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.
15. RŮŽIČKA, Jiří. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011, 341 s. ISBN 978-80-7387-467-4.
16. RŮŽIČKA, Michal a Pavlína PRACHAŘOVÁ. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 300 s. ISBN 978-80-244-4171-9.
17. SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 206 s.
18. VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7.

#### **Internet:**

1. eStránky.cz. *Desatero léčeného alkoholika* [online]. © 2015 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.klushb.estranky.cz/clanky/destatero/desatero-lecneho-alkoholika.html>
2. Goodreaders. *Lilla Watson Quotes* [online]. © 2015 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: [https://www.goodreads.com/author/quotes/7166413.Lilla\\_Watson](https://www.goodreads.com/author/quotes/7166413.Lilla_Watson)
3. Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí. *Léčení drogově závislých* [online]. 2008 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>
4. SANANIM z. ú.. *Doléčovací centrum s chráněnými byty (DC) – Komu je DC určeno* [online]. © 2007 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: [http://sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-\(dc\)/komu-je-dc-urceno.html](http://sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-(dc)/komu-je-dc-urceno.html)
5. SANANIM z. ú.. *Kontaktní centrum (KC) – Komu je KC určeno* [online]. © 2007 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: [http://sananim.cz/kontaktni-centrum-\(kc\)/komu-je-kc-urceno.html](http://sananim.cz/kontaktni-centrum-(kc)/komu-je-kc-urceno.html)
6. SANANIM z. ú.. *Terénní programy (TP) - Poslání* [online]. © 2007 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: [http://sananim.cz/terenni-programy-\(tp\).html](http://sananim.cz/terenni-programy-(tp).html)
7. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)* [online].

2014/4/1 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

8. Závislost na alkoholu Prevence a léčba. *Následná péče Jihlava – Prevence a léčba závislostí na alkoholu* [online]. [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/dolecovak-dolecovaci-centra/nasledna-pece-jihlava/1388-nasledna-pece-jihlava.html>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Dotazník pro klienty

Příloha č. 2 – Dotazník pro terapeuty

## **Příloha č. 1 – Dotazník pro klienty**

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, zabývající se terapeutickou komunitou v komplexní léčbě závislostí.

Dotazník je anonymní a slouží pouze pro účely výzkumné části mé bakalářské práce.

1. Jste muž / žena ?

2. Jaký je váš věk?

18-20

21-25

26-30

31-35

36 a více

3. Jaké máte vzdělání?

základní

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské

4. Proč jste začal/a užívat návykové látky?

5. Kolik vám bylo, když jste začal/a užívat návykové látky?

10-14 let

15-18 let

19-25 let

26-30 let

31 a více let

6. Jak dlouho jste užíval/a návykové látky?

7. Proč jste se rozhodl/a jít léčit?

8. Po kolikáté jste v léčbě?

9. Aktuální délka léčby? (v týdnech)



10. Aktuální fáze léčby?

nultá fáze

1. fáze

2. fáze

3. Fáze

11. Co se Vám na léčbě nejvíce líbí?

12. Co považujete na začátku léčby za nejdůležitější?

13. Co vám léčba přináší? (např. zlepšení zdravotního stavu, zlepšení vztahů...)

14. Je něco, co se vám na systému léčby v TK nelíbí?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte co.

15. Přivodilo Vám užívání návykových látek již nějaké zdravotní důsledky?

Ano

Ne

16. Léčil/a jste se i v jiných zařízeních než je TK? Pokud ano, v jakých?

17. Jaké vidíte výhody TK oproti jiným zařízením?

18. Co Vás vedlo k výběru TK?

19. Daří se Vám pobyt v TK plnit bez větších problémů? Pokud ne, uveďte důvod.

20. Jaká je vaše motivace k udržení abstinence?

21. Co jsou pro Vás spouštěče na chuť po návykové látce?

22. Věříte, že léčbu dokončíte?

23. Myslíte si, že v reálném životě obстоjíte?

24. V čem vidíte přínos (výhody) pobytu v TK?

25. Myslíte si, že Vás léčba změnila? Pokud ano, jak?

26. Jaké formy terapie (terapeutické metody) vám nejvíce vyhovují?

27. Jak hodnotíte svojí účast v TK?

28. Označte, které faktory skupinové práce jsou pro Vás osobně nejúčinnější (1 znamená nejvíce a 5 nejméně).

dodávání naděje	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

skupinová soudržnost	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---

otevřenost	1	2	3	4	5
------------	---	---	---	---	---

pocit bezpečí, spolupatříčnosti	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

porozumění sobě i druhým	1	2	3	4	5
--------------------------	---	---	---	---	---

nárůst sebedůvěry	1	2	3	4	5
-------------------	---	---	---	---	---

univerzalita (vědomí skutečnosti, že členové skupiny mají podobné problémy jako pacient)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

altruismus (pomoc ostatním členům skupiny)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

akceptace (pocit spolupatřičnosti ke skupině, podpora a uznání)	1	2	3	4	5
náhled (klient se učí nové věci, získává vhled do motivace a podstaty problémů)	1	2	3	4	5
interpersonální učení (tvorba nových – adaptivních vzorců chování )	1	2	3	4	5
sebeodkrývání (sdílení osobních prožitků se skupinou)	1	2	3	4	5
katarze (emocionální odreagování „zde a nyní“)	1	2	3	4	5
vedení (informace a rady ze strany terapeuta a členů komunity)	1	2	3	4	5
nácvik dovedností a komunikace	1	2	3	4	5
vztah s terapeutem	1	2	3	4	5
vztahy s druhými klienty	1	2	3	4	5

29. Pokud léčbu dokončíte, chystáte se do doléčovacích programů?

30. Co podle Vás ovlivňuje klienty v ukončení léčby?

31. Myslíte si, že spojení všech závislostí v jedné skupině je přínosem nebo naopak?

32. Které prvky léčby byste posílili?

33. Co je/bylo pro Vás na léčbě nejtěžší?



univerzalita (vědomí skutečnosti, že členové skupiny mají podobné problémy jako pacient)

1 2 3 4 5

altruismus (pomoc ostatním členům skupiny)

1 2 3 4 5

akceptace (pocit spolupatříčnosti ke skupině, podpora a uznání)

1 2 3 4 5

náhled (klient se učí nové věci, získává vhled do motivace a podstaty problémů)

1 2 3 4 5

interpersonální učení (tvorba nových – adaptivních vzorců chování)

1 2 3 4 5

sebeodkrývání (sdílení osobních prožitků se skupinou)

1 2 3 4 5

katarze (emocionální odreagování „zde a nyní“)

1 2 3 4 5

vedení (informace a rady ze strany terapeuta a členů komunity)

1 2 3 4 5

nácvik dovedností a komunikace

1 2 3 4 5

vztah s terapeutem

1 2 3 4 5

vztahy s druhými klienty

1 2 3 4 5