

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Aleš Vích

Pracovní terapie ve vybraných terapeutických komunitách
v České republice

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou diplomovou práci jsem vypracoval samostatně a že jsem použil jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci 15. 5. 2020

.....

Bc. Aleš Vích

Poděkování

Rád bych touto cestou vyjádřil poděkování vážené paní Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za její rady, podněty, které mi jako vedoucí mé diplomové práce poskytla při jejím zpracování. Rád bych ji rovněž vyjádřil poděkování za podporu, jež mi poskytovala. Dále bych rád poděkoval své ženě Gabriele za trpělivost, podporu a za naše dvě sluníčka, Adélku a Magdalénku, jež se nám narodily během let mého studia.

Také nemohu zapomenout na pracovní terapeuty a vedoucí TK, kteří si našli čas a poskytli mi cenné údaje pro výzkumnou část mé práce.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY.....	6
1.1 Vznik a vývoj terapeutických komunit.....	7
1.2 Rozdělení terapeutických komunit.....	11
1.3 Terapeutický tým.....	18
2 KLIENTI TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT.....	23
2.1 Závislost.....	24
2.2 Poruchy osobnosti.....	29
2.3 Psychózy.....	33
3 PRACOVNÍ TERAPIE.....	36
3.1 Historický vývoj.....	36
3.2 Cíle a filozofie.....	37
3.3 Legislativní rámec.....	42
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	46
4.1 Hlavní a dílčí cíle.....	46
4.2 Metodologie, organizace výzkumu a cílová skupina.....	47
4.3 Vlastní výzkum.....	52
4.4 Výzkumné závěry.....	59
ZÁVĚR.....	61
POUŽITÉ ZKRATKY.....	62
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

Úvod

Do terapeutických komunit (TK) jsem se zamiloval na své týdenní stáži v TK Kaleidoskop, která byla v ČR první a je stále jedinou terapeutickou komunitou pro osoby s poruchou osobnosti. Byť se jednalo o lásku na první pohled, nešlo o krátké vzplanutí. Usiloval jsem se do komunity vrátit na delší dobu, což se mi podařilo a nakonec jsem zde pracoval více než dva roky.

Významnou součástí terapeutického procesu, byť v odborné literatuře minimálně zmiňovanou je pracovní terapie (PT). Kamil Kalina ji ve své čtyřsetstránkové monografii o terapeutických komunitách věnuje sotva jednu stranu. Není jediným autorem, který ve své rozsáhlé monografii o TK věnuje pracovní terapii sotva pár odstavců.

Jednou z motivací pro vznik této diplomové práce je popsat úlohu terapeutických komunit a zejména pracovní terapie v procesu resocializace klientů potýkajících se se závislostí a duševním onemocněním.

Domnívám se, že smysluplnou činností lze dát smysl i svému životu, který se do té doby utápěl v chaosu emocí, bludů nebo závislostí, což jsou hlavní důvody, proč lidé přicházejí jako klienti do terapeutických komunit. Proto je hlavním cílem mé diplomové práce zmapovat konkrétně smysl pracovní terapie a kompetence, které si mají rezidenti vybraných TK osvojit. Protože je pracovní terapie významnou součástí terapeutického procesu, je dílčími cíli zjistit, kdo vede pracovní terapii a jaké je jeho vzdělání a výcvik. Dále popsat jak přesně velkou část terapeutického programu ve vybraném vzorku TK pracovní terapie zaujímá. Zajímá mne zda je možné využít pracovní terapii jako jednu z možností spolufinancování provozu terapeutických komunit.

Diplomovou práci tvoří čtyři kapitoly. Nejdříve se zabývám prostředím terapeutické komunity, její historií, filozofií a personálem. Následně vymezuji cílovou skupinu TK, klienty z hlediska důvodů jejich léčby v komunitě. Většinou o nich hovořím jako o klientech, nebo rezidentech, případně uživatelích služby. Píši-li o nemocnicích používám zde běžnější termín pacient. Ve třetí kapitole popisují pracovní terapii z hlediska jejího vývoje, důvodů zařazení do terapeutického procesu. Zabývám se i legislativou, která rámuje nejen pracovní terapii, ale prostředí terapeutických komunit. Čtvrtou kapitolu tvoří výzkumné šetření, kdy byla zvolena kvalitativní metoda zúčastněného pozorování a rozhovoru. Cílovou skupinu tvoří čtyři terapeutické komunity v ČR.

Zvolenou problematikou se u nás zabývají Ferdinand Knobloch, Stanislav Kratochvíl, Kamil Kalina, Petr Nevšímal a v zahraničí, např. Maxwell Jones, Martien Kooyman, George De Leon.

Potenciálně vidím význam této práce v inspiraci pro ostatní komunity, a dále může tato práce přispět k řešení významného sociálního fenoménu jakým je nezaměstnanost znevýhodněných osob potýkajících se s duševním onemocněním, závislostí, nebo kriminální minulostí.

1 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

„V komunitě a skrze komunitu lze dojít ke spáse světa. Nic není důležitějšího. Přesto je téměř nemožné komunitu smysluplně popsat někomu, kdo ji nikdy nezažil...“

M. Scot Peck

Definovat pojem terapeutická komunita není snadné, jelikož neexistuje jedna, většinou uznávaná definice. Navíc jde na TK nahlížet jako na organizaci, kterou bezpochyby je, ale i jako na způsob práce, přesně v duchu definice autora první české publikace o TK, Stanislava KRATOCHVÍLA, který definuje terapeutickou komunitu v širším smyslu jako: *„formu řízení oddělení nebo celé psychiatrické léčebny či určité instituce“* (Kratochvíl, 1979, str.12). Tato forma řízení spočívá v přechodu od autoritativního, hierarchického řízení k organizaci založené na otevřené komunikaci všech složek personálu včetně pacientů (Kratochvíl, 1979).

Světová federace terapeutických komunit definuje TK následovně: *„Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst, toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na společném cíli. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými... Tlak skupiny je často katalyzátorem, který vyvolá pozitivní změnu“* (Nevšímal, 2004, str. 156).

Jeden ze zakladatelů terapeutických komunit Maxwell JONES k tomu dodává, že je to způsob práce, který využívá terapeutický potenciál skrytý v každém členu týmu i klientovi (Jones, in Kratochvíl, 1979).

Terapeutickou komunitu můžeme definovat i jako psychoterapeutickou metodu jako to udělal KALINA (2008, str. 17): *„Terapeutická komunita je zvláštní formou intenzivní skupinové terapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí, a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“*

Jak vidíme, terapeutická komunita je organizací, někteří autoři mluví o organismu, který je založen na otevřené komunikaci všech, s užší organizační strukturou, ve které je smazána dělící čára mezi personálem a klienty. Ti společně spolurozhodují o podstatných i méně podstatných věcech chodu komunity. Míra spolurozhodování se liší dle typu komunity a nikde není absolutní, personál mívá v některých otázkách právo veta.

Terapeutická komunita je prostorem, ve které nejde jen konzumovat terapeutické služby, ale je to prostor, ve kterém probíhá terapie doslova dvacet čtyři hodin. Z každé části programu, i z formy využití volného času, jde pro sebe i pro druhé získat náhled na svoje sociálně disfunkční chování či prožívání a následně i korektivní zkušenost. Každý může růst, platí zde zásada můžeš růst nebo jít. KOOYMAN (2004) říká, tím jak klient postupně chápe a přijímá program, pravidla a filozofii komunity, internalizuje je a stává se tak vzorem pro nové členy.

1.1 Vznik a vývoj terapeutických komunit

Myšlenka terapeutické komunity začala vznikat během 2. světové války v armádních psychiatrických nemocnicích zejména ve Velké Británii, kdy bylo nutné rychle ošetřit velké množství psychicky nemocných vojáků, postižených zejména posttraumatickou stresovou poruchou.

První terapeutická komunita

U zrodu bylo mnoho jmen, KALINA (2008) zmiňuje osobnosti „*H. Bridger, W.R. Bion, S.H. Foulkes a Tom Main*“. Posledně jmenovaný použil patrně jako první v odborném článku termín terapeutická komunita. Důležitou postavou pro autora této práce, i proto, že se na něho často odkazovala ředitelka TK Kaleidoskop Renata Tumlířová, je Maxwell Jones. Tento britský psychiatr vedl několik let vojenskou nemocnici v Mill Hill, kde začal uplatňovat prvky později známé z terapeutických komunit, zejména matnou dělící linií mezi personálem a pacienty. Později pracoval na sociálně rehabilitačním oddělení v nemocnici Belmont Hospital, to se později osamostatnilo a přejmenovalo na Henderson Hospital a v jejich pobočce byla Mgr. Tumlířová v devadesátých letech na několika měsíční stáži a často a ráda o ní mluvila. Na této zkušenosti vystavěla „svoji“ TK Kaleidoskop.

Jones formuloval několik zásad, které inspirovaly mnoho jeho následovníků do té míry, že doc. Kamil KALINA (2008) mluví o **pojetí TK dle Maxwella Jonese**. Tyto zásady jsou stavebními kameny demokratických terapeutických komunit, jak je dnes nazýváme. Popíšeme si je podrobněji v části práce, jež se jim věnuje.

Terapeutické komunity v ČR

Na tento vývoj dokázali velmi rychle reagovat v tehdejšímu Československu manželé Knoblochovi, kteří na pojetí TK dle Maxwella Jonese vytvořili svoji terapeutickou komunitu. Ferdinand Knobloch, který byl u Jonese v letech 1947 až 1949 na stáži v Jonesově komunitě Sutton, v Surrey, po svém návratu z Velké Británie usiloval, spolu se svojí ženou Jiřinou o zavedení terapeutické komunity v tehdejšímu Československu. Jejich společným dítětem se tak v roce 1954 stala komunita v Lobči. Ještě dříve se podařilo založit terapeutickou komunitu, byť on sám takto o ní nemluvil, Jaroslavu Skálovi (Kalina, 2008).

Apolinář a SUR

Úplně první zařízení s prvky TK v tehdejšímu Československu bylo nově založené lůžkové oddělení Všeobecné fakultní nemocnice, které založil a až do svého odchodu do penze vedl doc. Skála. Název zařízení byl odvozen od blízkého kostela, U Apolináře. „**Skálovský**“ přístup kombinoval model terapeutické komunity s prvky behaviorální terapie, byl založen na tvrdém režimu, přísnější hierarchii (než je u TK v té době obvyklé), bodovém systému, byl tedy předchůdcem hierarchických terapeutických komunit pro drogově závislé, které vznikaly o dekádu později ve Spojených státech (Nevšímal, 2004, Skála, 1988).

Po založení a úspěšném rozvíjení Apolináře se podařilo zařízení rozšířit o zámek Lojovice ve středních Čechách. Zde vznikla komunita v roce 1958 nejprve pro muže a od roku 1971 se reorientovala na ženy (Skála, 1988).

V tomto zařízení umístěném v nádherném parku vznikl v druhé polovině šedesátých výcvik psychoterapeutů nazvaný po svých zakladatelích SUR¹ (Kalina, 2008). Tento svého času jediný a jedinečný systém postgraduálního vzdělávání v psychoterapii spočíval v uceleném systému spočívajícím na principech terapeutické komunity. Šlo o setkávání uzavřeného komunitního společenství složeného zpravidla ze tří skupin po 8-12 členech. Komunita se jednou až dvakrát ročně sešla na velkém komunitním setkání a dva až třikrát na setkání jednotlivých skupin a to po dobu čtyř až pěti let. Denní program byl podobný výjezdním setkáním apolinářských klientů a terapeutů, skládal se z ranní rozcvičky, ranní komunity a práce ve skupinách² jichž bylo za den několik (3-4) a případně večerního setkání nazvané klub. Zde probíhala edukace, či nácviky dalších terapeutických přístupů jako například arte terapie, nebo psychodrama atp. (Kalina, 2008, Nevšimal, 2004).

Komunita Lobeč

Dlouholeté úsilí manželů Knoblochových a jejich spolupracovníků bylo korunováno úspěchem a vznikla první terapeutická komunita v celém východním bloku. V začátcích se komunita několikrát stěhovala, než v roce 1954 na pevně zakotvila na zámku v Lobči. Zajímavostí je, že stacionář zde navštívil i M. Jones a několik jeho spolupracovníků.

Jak uvádí prof. KRATOCHVÍL (1979, str. 90) „*podstatnou složkou terapie byla namáhavá tělesná práce zejména v lese, za kterou se chodilo i několik kilometrů. Práce probíhala ve všední dny po dobu 4-6 hodin*“. Smyslem bylo, dle KRATOCHVÍLA (1979, str.92) „*poznání svého skupinové schématu*“. Na modelu malé sociální skupiny, kterou KNOBLOCH (1999) považuje za základní vztahovou jednotku společnosti, a skutečné práce, jež rozvrství skupinu na vedoucí, a jeho podřízené.

Tyto komplementární role se po týdnu obměňují a vytvářejí „*situace klientům důvěrně známé a umožňují promítnout svoje vztahové zkušenosti do členů terapeutického týmu a svých spolupacientů. Terapie vede klienta ke korektivní zkušenosti zejména tím, že léčebný kolektiv nereaguje na pacientovi role tak jak je zvyklý, ale odlišně*“ (Kratochvíl, 1979, str.92). Výhodou tohoto způsobu organizace práce je i to, že se **přenos** přesune z terapeutů na spolupacienty a uleví tak personálu. Ten může věnovat více pozornosti analýze sebepodrávajícího chování klientů (Knobloch, 1999).

¹ Skála, Urban, Rubeš.

² Skupiny probíhaly v psychodynamickém duchu, postupně systém vstřebal prvky psychoanalýzy, ale i humanistické a existenciální psychologie a psychoterapie (KALINA, 2008).

Komunitou v Lobči prošlo do jejího zániku v roce 1994 na tisíce pacientů. „*Jen za prvních 20 let to byly čtyři tisíce*“, jak píše KRATOCHVÍL, (1979, str. 92). Lobeč je zajímavá i tím, že zde pracoval hlavně střední zdravotnický personál a lékaři pouze dojížděli jednou týdně na vizitu. Po odchodu nejprve F. Knoblocha a následně jeho ženy Jiřiny do exilu se vedoucím stal MUDr. Mrázek. KNOBLOCH (1999) se poměrně kriticky vyjadřuje o proměně stacionáře v Lobči po Mrázkově smrti. Kritizuje přijetí málo pro léčbu motivovaných klientů, neznalost (Knoblochových) postupů a základní filozofie léčby.

Komunity v Salské, Brně

Po vzniku komunity v Lobči následovaly v ČR další komunity, a v této části práce si nastíníme jejich postupný vývoj. Další komunitou po Lobči je Salská u Poděbrad, kterou v roce 1965 založil a vedl Milan Hauser, bývalý pracovník komunity v Lobči. Má podobnou strukturu jako Lobeč, liší se tím, že nejde o monoskupinovou komunitu, ale skládá se ze tří skupin. Součástí léčebného programu, jak uvádí KRATOCHVÍL (1979, str. 93) „*je pracovní terapie v délce tří hodin (dvou 1,5hodinových bloků), které jsou vyplněny prací v zahradě, provozu psychiatrické léčebny, nebo drobnou rukodělnou prací.*“ KALINA (2008) doplňuje, že klientelu léčebny v Salské tvořily neurotici a lidé s poruchou osobnosti. Komunita měla krátké trvání, skončila v roce 1976.

Brněnská komunita na psychiatrické klinice se vyvíjela postupně od roku 1966 pod vedením M. Bouchala. Šlo o otevřený systém, kam byli posíláni pacienti s psychiatrických ambulancí bez zvláštního výběru a tomu odpovídala fluktuace. Místo pracovní terapie je zde uplatnila spíše činnostní terapie v dílnách kliniky (Kratochvíl, 1979).

Horní Palata, Kroměříž

Profesor Knobloch před svým odchodem do Spojených států a následně Kanady založil ještě terapeutickou komunitu v podobě denního stacionáře na usedlosti Horní Palata. Toto zařízení vzniklo v roce 1969 a bylo propojeno se sanatoriem v Lobči, a to až do restituce zámku původním vlastníkům. Zařízení v Horní Palatě přežilo změnu režimu a v podobě denního stacionáře pokračuje do dnešních dnů.

V psychiatrické nemocnici v Kroměříži vzniká v roce 1971 pod vedením legendárního Stanislava Kratochvíla na oddělení 18b terapeutická komunita, která trvá do dnešních dnů. Na tomto oddělení, kromě léčby neuróz, probíhal i výcvik v psychoterapii. Adepti této profese si šli „lehnout“ na oddělení na několik týdnů v roli pacienta a zkoumali v interakci s léčebným prostředím (personál a

spolupacienty) svoji interakci z druhými, své přenosové vzorce a získávali náhled na svoji osobní historii a nahrazovali své maladaptivní vzorce funkčními mechanismy (Kalina, 2008, Kratochvíl, 1979).

Horní Beřkovice, Rychnov

Významným milníkem při zavádění terapeutické komunity u nás byl experiment Kamila Kaliny v Psychiatrické nemocnici v Horní Beřkovicích, kde „na pavilónu 17 na rehabilitačním oddělení pro psychotiky v letech 1972 až 1976 byly důsledně uplatňovány zásady TK“ (Kalina, 2008, str. 71). Byly zde zcela nově uplatněny postupy psychodynamické skupinové psychoterapie v léčbě psychotických pacientů, kteří byli podpořeni podpůrnou farmakoterapií, aby byly s to ustát tlak dynamicky orientované skupiny, tedy projekci i přenosový materiál.

Dalším pozoruhodným experimentem na tehdejší dobu byla komuna v Rychnově na Děčínsku. Založili ji manželé Princovi, Květa a Jan. Vznikla v roce 1974 s pomocí Kamila Kaliny v roli konzultanta, který o ní také podává zprávu (Kalina, 2008, str. 72). „Komuna byla určena pro rizikovou mládež zneužívající návykové látky včetně pervitinu. Pomáhala jim s procesem dozrávání a upuštění od rizikového chování, a to za použití pracovní terapie, sportu, prostě společně tráveného času.“

Po čase byly do komunity přiváděni propuštění pacienti z Horních Beřkovic, pavilónu 17 i jiných. Bohužel tento experiment nemohl mít v tehdejších poměrech delšího trvání, podobné ostrůvky tzv. pozitivní deviace tehdejší komunistická moc tvrdě potírala.

1.2 Rozdělení terapeutických komunit

Historický vývoj rozdělil terapeutické komunity do dvou základních směrů, na tzv. staré, neboli původní demokratické komunity určené většinou pro neurotické pacienty, případně pro lidi s poruchou osobnosti, a na komunity pro závislou klientelu, komunity hierarchické.

Demokratické komunity

Jones v roce 1948 (Kalina, 2008, str. 28) „formuloval pět zásad terapeutické komunity:

oboustranná komunikace

proces rozhodování na všech úrovních

společné vedení

konsenzus v přijímání rozhodování

sociální učení v interakci tady a teď.“

Vysvětleme si význam jednotlivých zásad podrobněji. Jak jsme uvedli výše vzájemná otevřená komunikace bez barrier o všem, co si myslí, prožívají jak členové týmu, tak klienti je základní podmínkou společenství. Prvním předpokladem takové otevřenosti je pocit bezpečí, může zaznít cokoli a nepřijde hodnocení, či odsouzení. To však neznamená, že musí druzí členové komunity (klienti a personál) souhlasit se vším co je řečeno, či uděláno. Podstatou komunikace je zpětná vazba, kdy mluvím k druhému a říkám: „tvoje slova, činy ve mne vyvolávají tyto pocity. Nikoli to, co říkáš se mi hrubě nelíbí a ty jsi špatný“.

Důraz na absenci hodnocení v terapeutické komunitě, je důležitým faktorem určující bezpečí ve skupině a podporuje v klientech schopnost se otevřít a nechat nahlédnout do svého světa.

Novátorským počinem při vývoji TK bylo přiznání rozhodovacích pravomocí nejen nižšímu personálu, ale i klientům. Nešlo o to, aby měli všichni stejný podíl moci, ale každému je přiznána taková míra rozhodování, kterou je schopen unést. Tímto delegováním se z pacienta psychiatrické léčebny, tedy konzumenta psychoterapeutických služeb typu individuální, skupinové psychoterapie či farmakoterapie stal spolutvůrce své údravy. Napíši-li tato pravidla, vypadají krásně na papíře, ale uvědomme si, že v moderních komunitách znamenají, že klienti spolurozhodují o dalším pobytu druhých klientů. Když někdo překročí pravidla, dojde k hlasování, zda bude muset odejít, nebo dostane druhou (nebo třetí, čtvrtou, ...) šanci. Popsat skupinovou dynamiku, která je vytvářena kolem této pravomoci a obrovské zodpovědnosti, kterou sebou nese je nad rámec této práce. Vydalo by to totiž na samostatnou diplomovou práci.

„Terapeutická komunita, která deleguje většinu pravomocí na klienty, kteří mají většinu, může být antiterapeutická“ (Kooyman, 2004, str. 33). O některých věcech se nehlasuje, protože by si klienti

bránící se změně odhlasovali např. neúčast na programu a zavládl by chaos. Jako se to stalo v komunitě Emiliehoeve, jejíž vznik a počáteční problémy popisuje Martien KOOYMAN (2004).

Klientů spolurozhodují i spoluřídí každodenního chodu komunity, kdy klienti s personálem rozhodují o obsazení jednotlivých služeb a funkcí v samosprávě, které si komunita zřídila pro svůj chod. Tento moment je důležitý, neboť se kolem něho tvoří významná část komunitní skupinové dynamiky a to tak, že se na tomto poli setkává více skupin, které tvoří komunitu, je-li to komunita více skupinová. Jde o střet, **MY versus ONI**, užší „rodina“ a vzdálenější „příbuzní“. Dále se zde rozhoduje, o tom kdo bude v příštím období velet, kdo bude podřízen. Což je živná půda pro přenos a uplatnění maladaptivních vzorců a vzniká tak potenciální terapeutický materiál do skupinové terapie. Konsensus neznamena, že musí být dosaženo jednohlasného souhlasu, Maxwell JONES (KALINA, 2008) tím myslel naslouchání názoru druhého, snahu si porozumět, být si nablízku a v neposlední řadě společná odpovědnost za výsledek.

Smyslem léčby v terapeutické komunitě není rekonstruovat minulost, ale v interakci teď a tady nahlédnout, jak minulost determinovala klientovo prožívání a chování, skrze interakce a konflikty s druhými, získat nové sociální dovednosti a změnit své prožívání. Sociální učení zahrnuje dle KALINY (2008, str. 30) „*napodobování i konflikt, působení mnohočetných zpětných vazeb, korektivní zkušenost a experimentování s novými vzorci chování, to vše v bezpečném (...) sociálním kontextu.*“

RAPPOPORT (Rappoport, 2001), zkoumal Jonesův přístup se svým týmem sociologů, antropologů, psychiatrů a psychologa, v roce 1960 o tom vydal vlivnou knihu Komunita jako lékař (Community as a Doctor), popsal několik základních kamenů na nichž stojí TK dodnes. **Sounáležitost** jež se manifestuje v blízkých vztazích a toleranci chování členů TK, neustávajícím zpětným vazbám v režimu 24/7. Každý člen, ať z řad personálu, tak klientů má stejný podíl na rozhodování. V tom vidíme jistý rozdíl mezi pojetím samotného Maxwella Jonese a jak k tomu poznamenává KALINA (2008, str. 31) tyto „*vrozené rozpory*“ v pojetí demokracie jsou tím co činí prostředí TK zajímavějším a dynamičtějším, byť bývají zdrojem nedorozumění a selhání. Je to vlastně neustálý pohyb a vyvažování míry demokracie, aby klienti vnímali svoji roli a své slovo jak důležité ve společenství a zároveň se komunita nerozpadla, protože klienti dostanou příliš velkou zodpovědnost, než jsou schopni unést a komunita se stane antiterapeutickou v Kooymanově pojetí (Kooyman, 2004).

Hierarchické komunity

Kořeny hierarchických terapeutických komunit je třeba hledat v USA, zde v roce 1958 zakládá Charles E. Dederich Synanon. Důvodem vzniku nového typu komunit byla nezvládnutelná léčba narůstajícího počtu na heroinu závislých osob, pro které se demokratické komunity ukázaly jako nevhodné. Demokratické komunity vyžadovaly od svých členů víceméně zralé jednání (Kooyman, 2004), čehož závislí nejsou schopni, proto bylo třeba najít vhodnější model. U nás na to svým inovativním přístupem poukázal doc. Jaroslav Skála, viz kapitola 1.1 část o Apolináriji již na přelomu 40. a 50. let minulého století.

Synanon

Charismatický vůdce Dederich odešel od Anonymních alkoholiků, aby uskutečnil svůj sen o společenství lidí, kteří si mohou pomoci ze závislosti nejen tím, že se pravidelně scházejí, ale žijí společně a společně usilují o život bez drog.³ Základním principem byla **Synanonská hra**. Což jak uvádí KOOYMAN (2004) a NEVŠÍMAL (2004) byla skupinová „terapie“, kdy se skupina vždy na přibližně 20 min zaměřila na jednoho svého člena a podrobila jej řízenému verbálnímu útoku skupiny, kdy bylo dovoleno takřka vše. Cílem bylo prolomit veškeré obrané mechanismy, rozbít případné koalice mezi členy, překročit navyklé konvence.

„Hra“ se postupně humanizovala a měnila spíše v diskuzi, ubylo konfrontace a přibyl humor. Filozofií společenství byla myšlenka, že závislost je **naučené chování**, kterému se závislý naučil, aby se vyhnul zodpovědnosti, frustraci a bolesti života. „*Aby se vyléčil musí se naučit novým hodnotám a postojům*“ (Kooyman, 2004). Přestože Dederich nebyl vystudovaným profesionálem vytvořil Synanon jako společenství s velmi přísnou hierarchickou strukturou, kde každá pozice měla vymezená svá práva, povinnosti a kompetence. Každý měl možnost vzestupu až k nejvyšším příčkám a žádná pozice neposkytovala ochranu před konfrontací.

KALINA doplňuje, že se Synanon nepovažoval za terapeutickou komunitu, ani se tak nenazýval. Byl „*sociálním experimentem, samosprávnou komunou, podnikatelskou firmou, klanem a sektou, případně tím vším dohromady*“ (Kalina, 2008, str. 35). Konec Synanonské komunity byl neslavný především pro Dederichův **kult osobnosti**, který si vybudoval, zneužívání moci, osobní obohacení, jeho alkoholové excesy, který vyústily v rozpad společenství. Přesto má cenu studovat příklad a historii Synanonu, abychom věděli, co může terapeuticky působit na klienty a co je naopak nebezpečné a co lze snadno

³ Od počátku se jednalo o společenství lidí závislých na alkoholu a nealkoholových drogách.

zneužit. Ještě doplňme, že pobyt zde nebyl jen na dobu vyléčení se. Ale jednalo se o alternativní životní styl, kdy společenství takto žilo až do svého zániku na konci 70. let 20. století. Synanon poskytoval místo k alternativnímu, bezdrogovému způsobu života (Nevšimal, 2004).

Výhodou Synanonu, kterou bohužel nelze zcela replikovat na terapeutické komunity, byla neustálá přítomnost vyléčených a úspěšně abstinujících „kolegů“, kteří to tzv. dokázali a byly tak **trvalým vzorem** pro nové příchozí. V TK pro závislé často pracují bývalí toxikomani (exuseři), i na pozicích terapeutů, ale to jeden, možná dva z celého týmu. Větší dopad mohou mít v tomto směru setkání současných, aktuálních klientů TK s těmi bývalými, úspěšnými, kteří dokončili celou léčbu a trvale abstinují. Snad každá TK tato setkání organizuje, ať už je nazývá **Výroční komunitou**, nebo jinak. Analýzou Synanonu se zabývalo několik autorů, namátkou DE LEON (2004), KOOYMAN (2004). Z našich autorů zmiňme SKÁLU (1988), NEVŠÍMALA (2004).

Daytop Village

Naproti tomu TK Daytop Village měla za cíl naučit žít své rezidenty bez drog a vybavit je kompetencemi pro život v normální společnosti. Komunitu založil v roce 1963 v New Yorku psychiatr a psychoterapeut Daniel Casriel se svými spolupracovníky. Zmiňme alespoň jednoho z nich, Davida Deitche, bývalého rezidenta Synanonu, kterého si sebou do Daytop Village přivedl Casriel. Když počátkem 60. let pobýval v této komunitě a studoval jejich model s cílem vytvořit nový funkční způsob léčby narůstajícího počtu drogově závislých.

To, co během následujících let společně vytvořili, je jakýmsi **kánonem** nebo konceptem terapeutické **komunity hierarchické**, ze kterého vycházely nově vzniklé komunity pro léčbu závislostí.

Koncepce komunity jako **náhradní rodin**. Většina uživatelů drog pochází z nefunkčního rodinného prostředí, proto jim společenství může pomoci dospět v bezpečném prostředí. I to je jeden z ideových důvodů, proč hovoříme v případě TK o členech, nikoli o pacientech. Zdůvodňuje se tím mimo jiné zákaz sexuálních kontaktů⁴ mezi členy komunity, odkazující na incest. K rodině ukazuje i svépomocné práce na chodu na komunity, tedy společné vaření, praní, úklid.

⁴ Skutečným důvodem je zpravidla únik do vztahu. Jedná se o obraný mechanismus brání změně. Takový klienti na sobě přestávají pracovat a zároveň jak „pár“ poutá pozornost skupiny, přestává pracovat na původních cílech i další členové skupiny.

Konfrontace typu „Synanonské hry“ byly zařazeny do programu Daytop Village, aby se postupně transformovaly do toho, co později získalo název „**tvrdá láska**“ (tough love), tedy konfrontace jako projev zájmu a péče. Konfrontace slouží k nácvičce zvládnání frustrace, protože závislí mají nízkou frustrační toleranci, jak shodně uvádějí KOOYMAN (2004), i NEVŠÍMAL (2004).

Současné TK

KALINA (2008, str. 53) cituje pojem D.H. Clarka: „*TC approach*“ jako nový přístup nejprve v demokratických terapeutických komunitách. Jež přecházeli od léčení neurotických obtíží k závažnějším jevům, zmiňme především poruchy osobnosti⁵. Je tím ale myšlen i přesah TK ze zdravotnictví do dalších oblastí, zde si uveďme zejména sociální práci, práci s narušenou mládeží, vězeňství atp.

Jedním z ideových základů změny bylo antipsychiatrické hnutí, nespokojené se stavem péče o duševně nemocné, které v 90. letech zažilo druhou vlnu zájmu o své myšlenky a do centra zájmu posunulo další skupiny potřebných například mentálně postižené, nemocné AIDS, bezdomovce, propuštěné vězně (Kalina, 2008).

Vývoj TK až k dnešnímu pojetí je průsečíkem amerického tvrdého přístupu s evropským demokratickým. Ale jak uvádí NEVŠÍMAL (2004) šlo i o **fúzi** dvou evropských kořenů, původních demokratických komunit pro duševně nemocné a evropského modelu TK v péči o závislé. Ten se od původního amerického na první pohled lišil omezeným užitím bývalých toxikomanů v týmu TK. Evropský model utvářeli, na rozdíl od amerického, profesionálové v pomáhajících profesích, kterým bylo proti mysli „*přijmout tvrdé konfrontační techniky jako stříhání do hola a drsné lekce*“ (Nevšimal, 2004, str. 204).

Významný vliv na vývoj TK měly přístupy dalších vědních oborů, například sociální a speciální pedagogiku, moderní výchovné postupy a nové přístupy v sociální práci. Uveďme si zde zejména potřebu individuálnějšího přístupu k jedinci, která vede k většímu naslouchání potřeb rezidentů. Samozřejmě nad vším bdí rámec a pravidla TK. Dalším zásahem do původních idejí TK pro závislé, jež tvoří v ČR drtivou většinu komunit, byl přístup **harm reduction**, neprosazující přímo abstinenci, ale snaží se redukovat nepříznivé dopady užívání nelegálních látek.⁶ V centru pozornosti se ocitla

⁵ Léčbu poruch osobnosti v TK považuje (KALINA, 2008) za jeden z hlavních přístupů.

⁶ Jde zejména o substituci metadonem, jehož výhodou je snížení rizika přenosu HIV a žloutenky. Další výhodou je omezení vlivu drogové scény na uživatele. Toto změkčení podmínek státního aparátu (z ekonomických důvodů) do smyslu léčby abstinence, která již není jediným a hlavním cílem vedlo k problémům s financováním TK, protože tato léčba je pro stát mnohonásobně dražší než provoz nízkoprahového centra, kde se distribuuje metadon.

efektivita léčby v komunitách. Proběhla celá řada výzkumů na dané téma, KALINA (2008) i NEVŠÍMAL (2007) jich zmiňují několik, kterými se i v mezinárodním kontextu snažili TK obhájit svoji existenci a jež nutně vedli ke změnám ve filozofii a přístupu ke členům TK.

Nové přístupy v pojetí a filozofii TK umožnilo další rozšíření působnosti TK směrem k **duálním diagnózám**. Kromě závislosti, nejčastěji nealkoholových drogách, je přítomno ještě psychiatrické onemocnění. Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, nebo psychotické stavy. První mohlo být příčinou závislosti, kde droga byla pokusem o samo léčení, které nakonec problémy eskalovalo (KALINA, 2008, NEVŠÍMAL, 2007, MIOVSKÝ a BARTOŠÍKOVÁ, 2003) a druhé spíše následkem nezvládnuté konzumace toxických látek. Přičemž pro stanovení duální diagnózy není stěžejní etiologie vzniku, tedy co bylo dříve, ale souběh obou, případně ještě více diagnóz.

Duální diagnózy vyžadují obrovské nároky na skutečnou **multidisciplinaritu** týmu, proto se jim věnuje v ČR jen několik TK. Zmíňme TK Sejřek na Moravě, který se již mnoho let věnuje psychotické a závislé klientele a TK Magdaléna u Příbrami. Zde dokáží obsáhnout kromě poruch z psychotického spektra (halucinace, schizofrenie, atd) i poruchy osobnosti. Bývalý ředitel Magdalény o.p.s. NEVŠÍMAL (2007) uvádí, že nejčastěji se vyskytuje emočně nestabilní porucha osobnosti dle klasifikace MKN-10.

K dalšímu rozšíření působnosti TK došlo v 90. letech v USA, kdy se do ohniska zájmu odpovědných orgánů dostaly **těhotné ženy a matky**. Rozšířením okruhu klientů směrem k matkám s dětmi došlo ke změně paradigmatu, předmětem léčby již není jedinec, ale matka s dítětem, tedy rodinný systém. Výhodou společného pobytu matky s dítětem je vyšší motivace pro léčbu a nižší riziko relapsu. Nicméně na matky je kladeno více nároků i díky předsudkům,⁷ které má většinová společnost o závislých matkách a jejich dětech.

To, že během léčby rodiče je přítomno i jeho malé dítě si vyžádalo organizační změny, jak v uspořádání domu, struktuře programu, ale i ve složení týmu. Na něj jsou kladeny větší nároky stran pobytu dětí, např.: jejich „zlobení“ nebo **abstinenčního syndromu**, dále se mění přístup ke klientkám jako jednotce složené nikoli z jedné, ale dvou individualit se svými potřebami. Vyvstává otázka, kdo je subjektem léčby, čí potřeby mají přednost, komu pomáháme a jaký je cíl léčby.

⁷ Skoro automaticky se předpokládá, že žena před/po narození dítěte přestane užívat návykové látky, vytvoří si silný mateřský vztah s dítětem, což v reálném životě často neplatí. Očekává se, že její dítě bude postiženo, nebo bude narozené dítě, pravděpodobně, trpět novorozeneckým abstinenčním syndromem a péče o něj bude náročnější.

I když je to těžké, je třeba mít na paměti, že klientem TK je matka, a dítě je „klientem“ jiných organizací, které chrání jeho zájmy. Stále jedinou terapeutickou komunitou u nás, jež umožňuje pobyt těhotných žen a matek (rodičů) s dětmi je TK Karlov (web TK Karlov).

1.3 Terapeutický tým

V předchozí části jsme se dostali k nárokům, které jsou kladeny na terapeutický tým v souvislosti s péčí o klienty s duální diagnózou a o matky s dětmi. Podívejme se na problematiku personálu TK v obecnější rovině.

Výběr a výcvik

V ČR máme na zaměstnance v sociálních službách a tedy i terapeuty v komunitách nároky odpovídající standardům sociální práce, které definuje § 119 zákona 108/2006 o sociálních službách a dále standardy sociální práce. Nejprve si však popíšeme historický vývoj.

V počátcích vzniku komunit v Československu probíhal výcvik tak, že si jednotlivá pracoviště (Lobeč, Kroměříž a Sadská) „vzájemně posílala pracovníky na cvičný pobyt v roli klienta, se všemi právy a povinnostmi, zejména s nárokem na otevřenost“ (Kratochvíl, 1979, str. 50). To jistě nebylo snadné, před svými kolegy hovořit o svých až intimních životních zkušenostech, byla to však dobrá průprava pro práci v terapeutické komunitě, kde je kladen maximální důraz na otevřenou komunikaci nejen klientů (pacientů) navzájem k sobě a směrem k terapeutickému týmu, ale také mezi jednotlivými členy týmu TK.

Dalším stupínkem ve výcviku psychoterapeutů a pracovníků terapeutický komunit, byl výcvikový program SUR a to až do změny režimu po roce 1989. V nových poměrech se nabídka psychoterapeutických výcviků významně rozšířila a záleží na osobní volbě každého terapeuta, kterou školu, či přístup upřednostní. Většina terapeutických komunit není založená na jednom psychoterapeutickém přístupu⁸, ale spíše na nějakém teoretickém základě.⁹ Přesto naprostou většinu TK jež u nás po r. 1989 vznikly, založili absolventi výcvikového systému SUR (Nevšimal, 2004, Kalina 2008).

⁸ Výjimkou je TK Pastor Bonus, která je založena na psychoanalytickém přístupu (web TK Pastor Bonus).

⁹ TK své rezidenty edukují o vzniku závislosti, nebo jejich duševní poruše. Například DBT přístup v TK Kaleidoskop.

Vzdělání a psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý) je jednou z podmínek přijetí do pracovního poměru v TK. Důležitějším faktorem vhodnosti kandidáta na přijetí do týmu je jeho **osobnost**. V následujících řádcích se pokusíme vyjmenovat alespoň základní osobnostní předpoklady dobrého terapeuta, v obecnější rovině člena týmu TK. Přesto si neklademe ambice na úplnost a jistě by čtenář uvedl ještě další vhodné příklady.

Vyjdeme-li z koncepce TK jako náhradní rodiny, která umožní svému členu (rezidentovi) sekundární vývoj k zralejší dospělosti, musí být nutně pracovníci TK klienty vnímáni jako rodiče. Co musí obsahovat „**dobrý rodič**“? KALINA (2008, str. 104) očekává od personálu TK „*otevřenost, čestnost, ... schopnost chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor*“. BROŽA (2007) zmiňuje realistický pohled na svět, ukotvenost vněm. Životní zralost, schopnost vyrovnat se se s událostmi, které ho potkaly a zpracovat je. Být dobrým a empatickým posluchačem, přijímat druhé s jejich odlišnostmi, uvědomovat si, že v tom je bohatství společenství. Být ochoten se dále rozvíjet a růst, spolupracovat s týmem a v týmu. Být si vědom přenosu a protipřenosu, reflektovat ho a vracet do terapeutického procesu.

Složení týmu

V terapeutických komunitách se setkáváme s multidisciplinárními týmy (Bartošíková, 2003, Kalina, 2008), které bývají složeny z profesionálů z oboru psychologie, sociální práce, speciální či sociální pedagogiky, adiktologie a psychiatrie. Posledně jmenovaní fungují zpravidla na externí bázi, nebo jsou zakladateli a ve vedení TK. Rozmanité složení týmu je důležité pro různé pohledy, zaměření se na jiné věci, díky fokusu, které jednotlivé obory nabízí. Závislosti jsou ostatně multifaktoriálním problémem, který musí řešit více odborníků. Je žádoucí, aby tým byl různorodý nejen profesně, ale **genderově**. V ideálním případě na polovinu. Není jistě snadné takto tým upořádat vždy, ale je dobré to mít na paměti při doplňování týmu. Vhodné je i širší věkové rozmezí.

BROŽA (2007) podmiňuje úspěšnost léčby v TK kvalitou terapeutického týmu. Za nejdůležitější faktor podtrhuje uvěřitelnost jednotlivých členů, jejich autenticitu a osobnostní zralost. Schopnost navazovat důvěryhodné vztahy s klienty, protože klientela TK často trpí narušeným vztahovým rámcem. Nejen k druhým a společnosti, ale především sami k sobě. Proto je pracovníkova schopnost navázat a udržovat vztah jako **pracovní spojenectví** zcela zásadní. Umožní rezidentovi vybudovat si v bezpečném prostředí vztah k sobě a následně i k druhým.

ADAMEČEK, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, KALINA (2003) vymezují vhodné vlastnosti dobrého terapeuta negativně jako pasivitu, která bývá klienty vnímána jako nezáměr. Závislost a submisivita

budou terapeutovi bránit se vůči klientovi vymezit a konečně slabá seberegulace, díky níž bude terapeut reagovat na klienta hněvem a bude tak odehrávat klientovi rané konflikty s autoritou.

Více autorů, například KALINA (2008), KOOYMAN (2004), BROŽA (2007), zmiňují důležitost postavy vedoucí komunity. Kromě jeho kvalifikace, zkušeností s vedením komunity, terapeutických schopností, osobnostní zralosti, zmiňují zejména charisma a pevnost. KALINA (2008, str. 222) používá DE LEONŮV pojem „*racionální autorita*“ a myslí tím schopnost vedoucího ustát krizové situace, ztělesňovat řád a bezpečí komunity. Facilitovat proces růstu týmu, přijímat nepopulární opatření, protože i v týmu TK platí, že nelze o všem hlasovat a veškerá rozhodnutí přijmout demokratickou diskuzí a hlasováním.

Vzhledem k zaměření této práce je nutné zmínit člena týmu, kterého většina autorů, snad s výjimkou BROŽI (2007) opomíjí, tedy pracovního terapeuta. Na tohoto člena týmu nejsou kladeny tak vysoké kvalifikační požadavky jako na ostatní členy týmu. Přestože na jeho vzdělání tolik nezáleží, je o to důležitější jeho osobnost. Pevnost, zásadovost a lidskost, to jsou s trochou nadsázky základní pracovní nástroje dobrého pracovního terapeuta.

Častým problémem rezidentů terapeutických komunit, je nezaměstnanost, či přesněji **nezaměstnatelnost**. U tzv. veteránu drogové scény i celoživotní, a zde je dobrý pracovní terapeut vhodným vzorem svým přístupem k práci. Pracovní terapeuté mají zpravidla na starosti údržbu domu, starají se o zvířata, zahradu, dílnu a mají-li navíc ještě funkci hospodáře, dohlíží na nákupy pro kuchyň.

Ve výčtu pracovníků terapeutických komunit nesmíme zapomenout zmínit exusery a sociální pracovníky, kteří pomáhají klientům získat prostředky na svůj pobyt v TK. Jde nejčastěji o dávky hmotné nouze. Dále pomáhají rezidentům s oddlužením, neboť velká část klientely za sebou nese velkou zátěž v podobě dluhů a exekucí. Přijetí a řešení této minulosti je jedním ze způsobů jak dospět a vykročit směrem k budoucnosti. Do výbavy sociálního pracovníka, tak patří znalost legislativy a základní ekonomické pojmy.

KOOYMAN (2004) popisuje, že v začátcích terapeutických komunit pro závislé v USA byl tým složen z exuserů (bývalých toxikomanů). Profesionálové v pomáhajících profesích byly maximálně ve vedení služby, nebo působili v administrativě. Výhoda týmu složeného z bývalých klientů je v trvalém vzoru pro rezidenty a ve větším pochopení pro situaci klientů. Nevýhodou pak určitá rigidita postupů a nízká flexibilita vycházející z přesvědčení „*co bylo dobré pro mne, je dobré i pro tebe*“ (Kooyman, 2004, str. 70). K výcviku profesionála nemůže stačit roční pobyt, byť úspěšný v terapeutické komunitě, ani

již celoživotní abstinence. Dalším rizikem, jak uvádí BARTOŠÍKOVÁ (2003) je u exusera matnější hranice mezi klientem a terapeutem, nejasná motivace a nižší schopnost sebezpozorování.

Přes výše uvedené výhrady, patří bývalí uživatelé do týmu TK. Obecně uznávaná doba abstinence pro exusery zapojené do práce se závislými, jsou v ČR dva roky a více.

Komunikace v týmu

Otevřená komunikace je podstatnou složkou léčebného faktoru v TK, podívejme se na její část, komunikaci mezi členy týmu. Nejprve dejme slovo opět Stanislavu KRATOCHVÍLOVI (1979, str. 51), který cituje M. JONESE „*na každodenních schůzkách týmu probíhajících ideálně po programu komunity, probírá personál dojmy, emoce, které v nich jednotlivý klienti vyvolali, tento způsob komunikace je podstatným rysem terapeutické komunity.*“ Autor této práce z vlastní zkušenosti pracovníka TK uvádí, že je tento způsob komunikace zcela zásadní, protože při těchto schůzkách může dojít k uvědomění si vlastních přenosových, protipřenosových mechanismů na klienty. Při schůzce týmu nejde jen o to přinést svůj pohled na klienta, ale případně jej i korigovat pomocí týmu, nebo později díky klientské supervizi.

Na schůzkách týmu je důležité věnovat cílenou pozornost dynamice skupiny, a to jak celé, tak vzájemné mezi některými členy skupiny a také směrem od klientů k personálu jako celku, případně jednotlivým členům týmu. Například se stává, že některý mužský klient, se zásadně neobrací na terapeutku, nebo když je, přinucen přímou otázkou ji odpovědět, nedívá se na ni. Je nutné si těchto věcí všimnout, což nemusí být vždy snadné, když je skupina dynamická, a oslovit to, zjistit co je zatím. Případně dát takovému jednání jasnou hranici, ne nutně přísnou, restriktivní, ale třeba humorem, ideálně terapeutky.

Popsali jsme si na uvedených příkladech z praxe zásadní důležitost komunikace v terapeutickém týmu (do týmu počítáme i ne terapeutické profese jako pracovního terapeuta a sociálního pracovníka, případně další profese).

SHRNUTÍ

Vzniku a vývoji terapeutických komunit pomohla II. Světová válka, utrpením, jež přinesla světu a zejména jednotlivým lidem, bylo třeba rychle napravit. Ukázali jsme si, že v rámci individuální terapie nebylo možná příval traumatizovaných vojáků zvládnout. Hlavní proud se ubíral cestou skupinové

terapie, protože bylo třeba využít efektivně čas vzniklo celé léčebné prostředí, tedy terapeutická komunita, která rozšířila svůj léčebný potenciál z hodiny, dvou skupinové terapie do celého dne. Protože už samo prostředí TK je lékařem, díky nastaveným pravidlům bezpečí, komunikace a demokratickým mechanismům spolurozhodování.

Vývoj TK probíhal ve vlnách a ve spirále. Nejdříve od formalizovaného a přísně hierarchického nemocničního prostředí k neformálnějšímu, otevřenému pojetí demokratických terapeutických komunit se zploštělou organizační strukturou a matnou, neformální linií mezi personálem a uživateli služeb.

Aby s novou klientelou, které nejprve v USA a následně i v Evropě tvořili závislí, se do hry vrátila hierarchie. Tentokrát, již zřetelnější hranice nevedla mezi personálem a rezidenty, ale spíše mezi nováčky a klienty ve vyšší fázi léčby. Oba přístupy se, alespoň v Evropě postupně integrují a prolínají. Je to dáno tím, že do TK přichází specifická klientela (duální diagnózy, mladiství, matky s dětmi), která dříve nebyla přijímána do léčby, nebo byla neúspěšná. Dalším faktorem je složení týmu TK, který v Evropě většinou tvoří profesionálové v pomáhajících profesích, kteří si vynutili humanističtější pojetí terapeutické komunity.

2 KLIENTI TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

„Nejlepší lidé, které známe, prožili porážky, utrpení a ztráty, o něco usilovali a zápasili. Dokázali se odrazit ode dna a najít cestu. Tito lidé si dokážou život uvědomovat, jsou citliví a rozumí životu, což je naplňuje soucitem, laskavostí a hlubokým zájmem o druhé. Krásní lidé z ničeho nic nevznikají.“

Elizabeth Kubler-Rossová

Existuje mnoho teorií popisujících tak složitý jev jakým je vývoj člověka. Snad žádná teorie není natolik konzistentní, aby vysvětlila základní determinanty vývoje tak jednoznačně, abychom si vystačili pouze s touto jednou.

Začněme u Darwinovi evoluční teorie přírodního výběru z roku 1859,¹⁰ která jak uvádí BARRETT, DUNBAR a LYCETT (2007) není teorií, ale nezpochybnitelná skutečnost. Platí princip proměnlivosti, jedinci stejného druhu vykazují různost znaků behaviorálních i fyziologických. Dalším principem je dědičnost, potomci tíhnou podobat se více rodičům než jiným příslušníkům svého druhu. A třetí princip založený na omezenosti zdrojů a na soupeření o ně. Někteří jedinci jsou v tomto souboji úspěšnější a tuto přednost předají potomkům, jejichž organismus je adaptovanější na své přirozené prostředí. Adaptace postupně proměňuje fyziologii a díky procesu učení mění pozorované chování jedince a posléze díky přírodnímu výběru i celého druhu.

Tím se dostává k historickému sporu, vztaženého již pouze na lidskou populaci. THOROVÁ (2015, str. 53) si klade otázku „*Jaký podíl na vývoji mají biologičtí a jaký sociální činitelé?*“. Jinými slovy, je například abúz alkoholu vrozený, nebo na jeho rozvoj mělo vliv prostředí? Historicky docházelo mezi oběma krajními póly k velkým sporům, dnešní diskuze je spíše dynamicky utvářena mezi nimi, v dílčích aspektech se mohou přiklonit k jedné straně (Thorová, 2015).

LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ (2000, str.206) k tomu uvádějí, podstatné je mít na paměti oba aspekty, protože „*lidské chování je determinováno složitou součinností vnitřních a vnějších činitelů*“.

Do tohoto letitého sporu zasáhl v poslední době nový vědní obor zvaný **epigenetika**, zabývající se změnou funkce genů enviromentálním vlivem a chováním člověka, přičemž jádrová DNA zůstává beze změny. Vlastnost, které je gen nositelem, mění svoji funkčnost, ať již k lepšímu nebo opačně, případně se vůbec neprojeví. Výzkum epigenetiky je teprve na začátku, ale již dnes je patrné, že tvoří

¹⁰ Vydání knihy uspořádal. Věděl, že A.R. Wallace pracuje na stejném tématu a první článek na téma evoluce a přírodního výběru publikoval ve stejném roce (1859).

most mezi biologickými vlivy a faktory enviromentálními. Zde si kromě zhoršujícího se životního prostředí uveďme především vlivy sociální (Thorová, 2015).

Z biologických faktorů, které ovlivňují funkci genů zmíníme: vitamíny, toxické látky (drogy, alkohol, změny životního prostředí) a sociální vlivy: zejména způsob mateřské péče (oběma směry, jak zanedbávání, tak láskyplná péče) ovlivňují funkčnost a zapojení genů, zejména jedincovu adaptaci na stres a jiné¹¹.

V současných vědách o člověku, ať už je to medicína, psychologie a příbuzné obory převládá posledních třech desetiletích ENGELŮV biopsychosociální model člověka (Engel, 1977, in Baštecká, 2001), jež předpokládá, že nemoci v sobě zahrnují příčiny biologické, psychologické a sociální. Má-li být léčba účinná musíme věnovat pozornost všem faktorům.

Důvody proč se klient rozhodne, zpravidla na jeden rok, uzavřít do komunity můžeme rozdělit do tří okruhů. Nejčastěji jsou to **závislosti**, jak uvádějí KALINA (2008), FROUZOVÁ (2007), NEŠPOR (2011) a dvě duševní onemocnění typu **poruchy osobnosti** a **psychózy**, zde uveďme autory KALINU (2008) a NEVŠÍMALA (2007). Podívejme se na jednotlivé důvody podrobněji.

2.1 Závislost

Zneužívání (abúzy) návykových látek je vážným celospolečenským problémem všech vyspělých zemí světa. Pokusy regulovat spotřebu jsou známe již ze Starověku¹² (SKÁLA, 1988).

Definice

Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydává Světová zdravotnická organizace, ve své 10 revizi uvádí syndrom závislosti pod kódy F_{1x.2}, kde x je kód specifické látky na niž vzniká závislost, například F_{10.2} je závislost na alkoholu, dále zmiňme F_{11.2} jež označuje opioidy jako je heroin, nebo F_{16.2} označující halucinogeny.

¹¹ MCGowanův výzkum (2009, in THOROVÁ, 2015) prokázal epigenetické změny na mozku lidí, jež byli v dětství vystaveny psychickému nebo fyzickému násilí a okolo 35. roku spáchali sebevraždu. Změny proběhly na hypothalamo-hypofyzo-thalamovém systému a vedly ke špatné regulaci stresu, takže se zvyšovala úzkost, depresivita a riziko sebevraždy.

¹² Např.: „Čínský císař Vu Vong roku 1220 př. n. l. vydal nařízení, podle něhož se trestaly smrtí všechny osoby přistižené při pitce“ (SKÁLA, 1988).

Uvedme si, že závislost rozlišujeme látkovou (alkohol, drogy) a nelátkovou, jde o závislost na procesech (hráčství, nakupování, sex). Ukazuje se, jak uvádí WEST (2016), že závislí jsou zpravidla závislí na více látkách, nebo procesech.

KOOYMAN (2004, str. 22) definuje závislost takto: „*závislost je pokračující škodlivý proces, ve kterém se původně adaptivní jednání vymyká z kontroly a začíná být samo problémem.*“

Popišme si hlavní znaky závislosti. NEŠPOR (2011) definuje znaky závislosti následujícím způsobem:

- poznávacím znamením, že jde o závislost je silná touha a bažení (craving) po látce.
- potíže se sebeovládáním a sebekontrolou,
- odvykací syndrom,
- zvyšující se množství látky potřebné pro navození libosti,
- nezájem o jiné zdroje potěšení, jako jsou koníčky, přátelé,
- neschopnost skončit s užíváním při zhoršeném tělesném stavu.

Touha po návykové látce se rozlišuje na tělesné úrovni a na psychické úrovni. Tělesné bažení se projevuje zvýšenou tepovou frekvencí, vyšší potivostí a sliněním. Na psychické úrovni se craving projevuje horší pamětí a kognitivními funkcemi. NEŠPOR (2011) má za prokázané, že se mění aktivace v částech mozku, zejména v limbickém systému.

KUDRLE (2003a) zmiňuje výzkumy neurotransmiterů (přenašečů), jejichž funkci ovlivňují návykové látky způsobem tak, že při nedostatku dané látky vzniká **bažení**. Každá látka ovlivňuje centrální nervovou soustavu svým konkrétním způsobem. Například kokain zvyšuje množství (podněcuje) dopaminu, což vyvolává euforické stavy, ale zároveň blokuje jeho zachytávání, čímž se jeho efekt brzy vyčerpá a je potřeba další stimulace v podobě nové dávky.

Podstatným rysem závislosti je **zhoršení sebeovládání**, které se vztahuje na množství užití látky a na nižší schopnost korekce začátku či konce užívání. Zde jsou zmiňovány psychické faktory jako nižší schopnost vnímat a rozumět vlastním emocím, neschopnost si něco odepřít. Důvodem může být aktuální situace, například únava nebo, náhlý emoční stres, jak uvádí NEŠPOR (2011).

Je-li po delším užívání vysazena návyková látka vzniká **odvykací syndrom** (withdrawal syndrome), který je způsoben novou nerovnováhou v těle, neboť na přítomnost látky již byly vytvořeny adaptační mechanismy. Absencí návykové látky v těle vzniká celá řada projevů, příznaky se liší podle návykové

látky,¹³ míry (délky) předchozího užívání a individuálních dispozic. Zjednodušeně lze říci, že odvykací syndrom má přesně opačné účinky než droga samotná, zde můžeme citovat autory jako je FIŠEROVÁ (2003) a NEŠPOR (2011). S odvykacím syndromem se pojí nebezpečí v podobě životu ohrožujících stavů. Nejhorší jsou, píše NEŠPOR (2011) u alkoholu¹⁴ a sedativ či hypnotik.¹⁵

Klesající účinek návykové látky na lidský organismus, může mít dvě příčiny. Za prvé odezva CNS, která se na látku adaptovala, nebo je droga snadněji odbourávána organismem (např.: alkohol v játrech). Platí i opak, tedy, že tolerance klesá, například délkou abstinence, zde jak uvádí NEŠPOR, si musí dát pozor zejména uživatelé heroinu. Pokud by se vrátili po delší odmlce k droze, předchozí množství látky, dříve běžně užívané, by je mohlo zabít. Obvyklá dávka drogy se může stát nebezpečnou při nemoci, nebo léčbě některými léky (Nešpor, 2011).

WEST (2016) přináší pohled na závislost jako na kompulzivní chování, ve kterém nelze přes opakované nežádoucí účinky přestat.

Etiologie vzniku závislosti

Příčiny vzniku drogové, nebo alkoholové závislosti jsou multifaktoriální a zatím nebylo jednoznačně potvrzeno, nic jako predispozice pro závislost. Pro někoho je to způsob řešení psychických problémů, pro jiného jde o sociokulturní záležitost, kde k dobrému tónu patří se napít, nebo užít ve vrstevnické partě drogu. A konečně u někoho jde o fyziologické předpoklady ať už zděděné, nebo získané.

Biologické faktory

Zdá se, že jediné prokázané genetické předpoklady jsou vyšší tolerance alkoholu o potomků alkoholických rodičů. Často bývá interpretována jako schopnost pít a neopít se, protože daný jedinec dokáže tolerovat vyšší množství alkoholu než jeho vrstevníci. Tato vlastnost jej může z této společnosti paradoxně vyloučit, neboť může začít vyhledávat společnost lidí, kteří vydrží pít více nebo déle. A rázem je z této výhody rizikový faktor. K dalším biologickým činitelům můžeme počítat závislost ženy

¹³ Uvedme si příklady odvykacích příznaků u některých návykových látek. U alkoholu jde „*bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, nebo vyšší krevní tlak, ... přechodné halucinace, psychomotorický neklid, nespavost*. Po vysazení opioidů jsou příznaky „*slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, ..., nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu*. Stimulancia jako kokain vykazují příznaky „*letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost*.“ (NEŠPOR, 2007).

¹⁴ Hrozí epileptické stavy a deliria.

¹⁵ Může dojít ke kumulovaným epileptickým záchvatům.

během těhotenství, kdy se plod setkává s návykovou látkou a vytváří se fetální syndrom závislosti a jsou tu i okolnosti porodu, kdy se z některých studií zdá, že podání tisícího léku během porodu ovlivňuje neurobiologický a psychomotorický vývoj dítěte (Kudrle, 2003a).

V poslední době se prosazují teorie přisuzující závislost „**onemocnění mozku**.“ K němuž dochází po užití některých návykových látek a narušení nervových drah kontrolních funkcí, a tím k zesílení motivačních procesů pro pokračování v užívání látky (Brewer a Potenza, 2008, in West, 2016). Podle autorů je zatím amygdala, která stojí za asociačním učením a přední cingulární kůra, jež stojí za kognitivní kontrolou. *„Jakmile se postupem závislosti začne motivované chování stále častěji podřizovat závislostnímu chování, právě změny ve struktuře a funkci těchto oblastí mozku pak přispívají k nadměrnému zaujetí takovým chováním“* (West, 2016, str. 58).

Můžeme si položit otázku, proč někdo podlehne závislosti a někdo ne. Kromě teorie „onemocnění mozku“ jež sama uznává mnoho individuálních faktorů pro vznik závislosti, jsou zde faktory enviromentální a vysloveně protektivní jakými jsou rodina a další sociální vztahy, zájmy i důležitý faktor jakým je **rezilience** (West, 2016, Nešpor, 2011).

Psychologické faktory

KUDRLE (2003b) klade počátky psychologických konsekvencí závislosti do prenatálního období. Jako příklad uvádí budoucí maminku prožívající stres, který pupeční šňůrou posílá (stresové hormony) plodu. Stres může souviset s obavami o průběh těhotenství, ale může mít souvislost s partnerskými, pracovními nebo jinými problémy a situacemi. Pokud začne matka užívat léky na zklidnění přeneše se i tato informace na plod, kde vzniknou první kódy pro řešení stresových situací a ty budou čekat „v záloze“ do pozdějšího věku. Užije-li takto přednastavený jedinec na zklidnění například alkohol, který je výborným anxiolytikem dojde k obnově imprintu z dělohy a touto zpětná vazba může posílit vznik závislosti.

Dalšími faktory vedoucími k závislostem je tzv. **sebededikace**, kdy si jedinec snaží pomoci z psychickými problémy,¹⁶ protože řada návykových látek má anxiolytický a antidepresivní účinek. Zde je dobrou prevencí rozpoznání původních obtíží a nasazení adekvátní léčby. KOOYMAN (2004) k tomu doplňuje, že drogy měly původně sloužit k řešení problémů, aby se nakonec staly sami problémem.

¹⁶ Zde zmiňme depresi, úzkost, distres, následky traumatu, atp.

Jedním z častých problémů, jež mají drogy řešit a jež patří mezi psychologické příčiny vzniku závislosti, je **trauma**. „Traumatizace v dětství vzniká tělesným nebo sexuálním zneužitím rodiči nebo jinými rodinnými příslušníky. Někdy je to náhlá smrt blízkého člověka, separace ve zranitelném věku, bolestivá léčba či stresující hospitalizace, operace. Jindy je to účast u nějaké hrůzné nebo destruktivní události, která může mít traumatizující dopad“ (Kudrle, 2003b, str. 130). V pozdějším věku dochází k traumatizaci sexuálním nebo jiným násilím, vážnou nehodou. Již sama závislost je traumatizujícím zážitkem, a to zejména intravenózní aplikací drogy, pácháním kriminálních činů, prostitucí, nebo zjištěním, že na drogy zemřel blízký člověk. Následkem vzniká posttraumatická stresová porucha. Dopad traumatu je o to větší, čím je oběť mladší, nejhorší je v preverbálním období, kdy dítě nemá možnost verbalizovat. Jedním ze základních dopadů je absolutní ztráta důvěry v sebe, blízké, svět (Kudrle, 2003b).¹⁷

Působení rodičů nemusí být jenom takto devastující, aby vedlo k závislosti. HAJNÝ (2003a) zmiňuje, že v rodinách závislých jsou oblasti, kde jsou na děti kladou nároky a odpovědnosti, které neodpovídají jejich stupni zralosti a na druhé straně jsou v některých oblastech nenárokované a nemají tudíž podněty pro svůj růst. V takto nevyváženém výchovném prostředí vyrůstá jedinec, který se bude bát selhání, bude mít nízkou frustrační toleranci a nebude umět překonávat překážky. Jednou z takových překážek, jež musíme všichni překonat je separace a individuace, tedy období dospívání. Droga zde může sehrát roli **iniciační**, návykovou látkou posílený potomek se najednou dokáže vymezit rodičovské autoritě a zároveň drogou manifestuje odmítnutí rodičovského světa a dokazují si tak vlastní separaci.

„Výhodou,“ kterou drogy poskytují je také možnost vyhnout se vývojovým úkolům, které adolescenty čekají, zmiňme si některé z nich: přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si své sexuální preference, navázat intimní vztah, překonávat překážky třeba při vstupu do pracovního života a nalezení svého místa ve společnosti. Droga dobře překryje bolest a zklamání třeba z partnerského rozchodu a tím zase umožňuje obejít vývojový úkol spočívající ve schopnosti vyrovnat se, se ztrátou blízkého člověka.

Sociální faktory závislosti

HAJNÝ popisuje jakýsi leitmotiv, který se vine jako červená nit rodinami závislých. Je jím nadměrně ochraňující, hyperprotektivní matka a „chladný, slabý či nepřítomný otec“ (HAJNÝ, 2003b, str. 140). Milující, ale nedůsledná matka není schopna zajistit dostatečné výzvy, důležité pro zdravý vývoj syna a ten se tak nenaučí čelit realitě. Rodina je významným zdrojem učení a to bohužel platí jak o

¹⁷ Trauma, obecně nebo ve spojení se závislostí by si zasloužilo obsáhlejší zpracování, bylo by to však nad rámec této práce.

pozitivních zdrojích, tak i o těch méně následování hodných, jakými jsou závislí rodiče. Hajný zmiňuje STANTONOVU (1991, in Hajný, 2003b) studii dělanou mezi heroinisty, kteří v 80 % případů měli rodiče potýkající se s problematickým pitím alkoholu.

K období dospívání patří přirozená potřeba experimentovat, zkoušet si nové sociální role, rebelovat proti autoritám a přirozená potřeba někam patřit. Tato touha se přirozeně manifestuje ve vrstevnické partě, přináležející k některé subkultuře, kde ke vstupním, či sdružovacím rituálům patří droga. Adolescent nacházející se v období ničeho a nikoho, odmítající staré a hledající nové jaksi přirozeně přijme drogu potvrzující příslušnost ke skupině (Frouzová, 2003b).

2.2 Poruchy osobnosti

Na úvod si řekněme, že v naší práci se budeme zabývat pouze jedním typem poruch osobnosti (personality disorders) a to emočně nestabilní poruchou osobnosti, a jejími subtypy impulzivním a hraničním. Důvodem zúžení problematiky je skutečnost, že se z dalšími typy v terapeutických komunitách nesetkáváme (Nevšímal, 2007) a také skutečnost, že vymezení a popsání všech poruch osobnosti by bylo dalece nad rámec této práce.

Definice

Vymezíme si obecnou symptomatiku poruch osobnosti dle **diagnostického manuálu DSM V**, jež je vymezuje těmito kritérii:

A) Trvalý vzorec vnitřního prožitku a chování, který se významně odlišuje od **očekávání dané kultury**, ve dvou anebo více oblastech

- 1) kognice, vnímání, interpretování druhých lidí a událostí
- 2) emoční, rozsah intenzity, labilita, přiměřenost emocionální reakce
- 3) mezilidské fungování
- 4 kontrola impulzu.

B) Trvalý vzorec je neměnný a obsažen ve většině osobních a sociálních situací (interakcí).

- C) Tento trvalý vzorec vede ke klinicky významnému **distresu** nebo znevýhodnění v sociální, pracovní a dalších oblastech fungování.
- D) Vzorec je stály a má dlouhé trvání, jeho počátek může být vystopován k dospívání nebo rané dospělosti.
- E) Tento trvalý vzorec nemůže být vysvětlen jinou mentální poruchou
- F) Tento vzorec nesouvisí s fyziologickými důsledky užívání návykových látek, drog, nebo jiné diagnózy, jako je např. trauma hlavy.¹⁸ (DSM V)

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004, str. 429) definuje emočně nestabilní PO (emotionally unstable personality disorder) dle diagnostického manuálu MKN 10 jako „výrazný sklon jednat impulzivně bez uvážení následků, spolu s afektivní nestálostí, s minimální schopností plánovat dopředu; výbuchy zlosti často vedou k násilí“. Stejný autor k impulzivní variantě dodává, že jedinec s touto diagnostikou není schopen regulovat svoje agresivní impulzy a emoční stabilitu, a to zejména je-li kritizován. Hraniční subtyp má nejasné povědomí o sobě a o druhých, což ho vrhá do stále nových vztahů a z toho pramenících emočních krizí. Časté jsou pocity prázdnoty, nejasná sexuální orientace, či preference (Hartl, Hartlová, 2004).

PRÁŠKO k tomu dodává, že excesivní pokusy vyhnout se opuštění mohou vést k sebepoškozování jako „pálení cigaretou, pořežání kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi“ často i bez zjevné příčiny (Práško, 2003, str. 242). V dalším textu budeme spíše mluvit o hraničním subtypu, jehož symptomatika je závažnější a náprava těžší (Práško, 2003). A také proto, že tento podtyp NEVŠÍMAL (2007) zmínil ve své práci explicitně jako nejčastější typ mezi klienty s PO v TK.

Diagnostický manuál Světové zdravotnické organizace MKN-10 přiřazuje poruchám osobnosti kód F_{60.x}, kde za x je možné dosadit kódy od 1 po 9. Tak například emočně nestabilní porucha osobnosti má označení F_{60.3} a její podtypy F_{60.30} (impulzivní) a F_{60.31} (hraniční) (MKN-10).

Výrazným znakem lidí s hraniční poruchou osobnosti je štěpení na dobré a špatné. S tím se normálně setkáváme u malých dětí, že si maminku rozdělí na špatnou, která trestá a dobrou, která laská, či poskytuje útěchu. V dalším dospívání a zrání, se tyto postavy integrují s uvědoměním, že každý člověk má více osobnostních rysů, nebo jsou chvíle (stres), kdy se chová nutně jinak. Následkem zneužívání (sexuálního, emočního) a výrazného fyzického trestání (bití předměty, zavírání do tmavých prostor), či jiných traumatických zkušeností, dojde k fixaci, resp. regresi do tohoto stádia dětského vývoje,

¹⁸ Ponecháno členění dle originálu.

jedinec ještě není schopen špatnou, nebo dobrou matku (a další postavy) integrovat. A tato vztahová matrice jde s lidmi s PO celý život, zasahuje do jejich pracovního života, kdy se pracovní kolektiv stává neustálým kolbištěm pro bitvy s nadřízenými, kolegy. Zasahuje do partnerských vztahů a samozřejmě i do terapie, nejde však o stabilní jev, obě polohy se střídají, a to i během jedné seance. (Práško, 2003).

Terapeut si musí hlídat svůj protipřenos, neboť terapie klienta s hraniční poruchou osobnosti je hodně zatížena jeho přenosem. PRÁŠKO (2003, str. 247) zmiňuje jak tato klientela v terapii znovu prožívá „zásadní prožitky z raných období života, těžce tolerují jak blízkost, tak odloučení.“ V průběhu terapie je terapeut obdivován jako zachránce, sexuálně sváděn, ale také devalvován. Je zde žádoucí dobrá supervize, aby si mohl terapeut zachovat adekvátní odstup a náhled.

PRÁŠKO (2003) připomíná, že u lidí s hraniční PO dochází k častému abúzu návykových látek. Jak připomíná KALINA (2008) i NEVŠÍMAL (2007) jde o nešťastný pokus o sebeléčbu. Potřeba ulevit si od náročných emočních stavů vede díky slabé schopnosti seberegulace často k závislosti a tím k duální diagnóze. Častější je, že klient s PO přichází do kontaktu s léčbou spíše/dříve pro závislost, než pro svoje obtíže spojené s poruchou osobnosti. Léčba je proto náročnější, protože musí klienta nejdříve stabilizovat, projít detoxem a primárně řešit svoji závislost. Až pak je možné cestu do denního stacionáře, terapeutické komunity, nebo psychiatrické nemocnice. Alternativou, kde je možné obojí je TK Magdaléna, zde mají pro tuto klientelu program CHRPA (web TK Magdaléna).

Etiologie poruch osobnosti

Má se za prokázané, jak uvádí PRÁŠKO (2003), že vznik a vývoj poruch osobnosti je projevem temperamentových predispozic (biologické činitele) a charakteru (psychologické a sociální faktory).

Biologické faktory

Určité **predispozice** pro PO mohou souviset s prenatálním vývojem plodu, kdy na něj působí stres matky, nebo virová infekce případně, došlo k poraněním mozku při porodním traumatu. Pokud by se k predispozicím nepřidaly vlivy rodinné a další, sami o sobě by k rozvoji PO pravděpodobně nestačily. Až výchova a vzor v rodině při zvládání vlastních emocí tyto biologické předpoklady rozvinou (Práško, 2003). Hlavní biologickou determinantou je temperament, který můžeme charakterizovat jako dispozici k emocionálním reakcím. Má několik kvalit, tou hlavní je **vzrušivost** a lze ji popsat v podobě

intenzity vnitřního prožitku citů a v pozorovatelném chování, jež lze charakterizovat jako rázné a aktivní, nebo s malou vzrušivostí jako nenápadné. Další vlastností temperamentu je **citlivost** na podněty. Temperament se kromě vrozených dispozic řídí i psychickými a sociálními determinanty, tedy moduluje jej výchova a schopnost zacházení s impulzy v bezprostředním okolí dítěte (Práško, 2003).

Psychosociální faktory

K těmto faktorům počítáme rodinné prostředí, které je důležité při formování osobnosti. Chaotické, nebo neúplné rodinné prostředí, plné násilí, konfliktů, abúzu návykových látek je živnou půdou, které se podílejí na rozvoji PO. Dalším faktorem je příliš restriktivní, tvrdá výchova, ale také naopak velmi rozmazlující výchova bez hranic, kde se dítěti neustále ustupuje a jeho chování nedostává hranice (Práško, 2003). Vzájemnou interakcí rodičů a dítěte vzniká charakter, jde o získanou složkou osobnosti, na jejímž vývoji se podílí některé rysy rodinného prostředí. Mezi ně patří především citová vazba, výchovný styl rodičů, demokratičnost/autokratičnost, vzory chování a vzájemná důvěra mezi rodiči a dětmi. Prostředkem výchovy je učení nápodobováním, zrcadlením a spoluprací během něhož se vytváří sebepojetí a pocit smyslu v životě (Cloninger, 1993, in Práško, 2003). Učení probíhá pomocí identifikace a ta je spojena s citovou vazbou. Tak se člověk učí milovat, bát se a nenávidět. Předpokládá se, že člověk má minimálně čtyři vrozené emoce: vztek jako reakci na překážku, strach jako reakci na ohrožení, radost jako reakci na získání něčeho žádoucího a smutkem reagujeme na ztrátu.

Významnou teorií při vzniku PO je teorie **připoutání** (attachment) Johna BOWLBYHO. (in Práško, 2003), a jeho narušení. Dítě si tak nevytvoří pevnou vztahovou vazbu a neprožívá blízkost s druhým jako bezpečné pouto z něhož lze čerpat a nalézt v něm útěchu. Souvisí se štěpením o němž jsme psali výše, proto je blízký na začátku vztahu idealizován a později urputně devalvován. Jednou z největších úzkostí člověka s hraniční PO je obava z opuštění.

2.3 Psychózy

Psychózy (psychosis) označuje Psychologický slovník, jako těžké duševní nemoci, u nichž je „*ztracen kontakt jedince s realitou, jeho vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány, chybí vědomí nemoci.* (Hartl, Hartlová, 2004, str. 489).

Definice

Úzkost. Ohromná, ochromující vše prostupující a zaplavující úzkost, která je tím horší o co vyšší je senzibilita a slabší frustrační tolerance na stres. Zde jsou počátky psychotického onemocnění. Pocity bezmoci a bezúčelnosti nahrazuje panika, boří se pojem času, i dalších struktur. Selhává kontrola a detekce reality, stoupá neklid a únava, které někdy ústí v nemotivované násilí. Takto emotivně popisuje počátky psychózy nestorka české psychoterapie a psychologie Eva SYŘIŠŤOVÁ (1974).

HORÁČEK (2003, str. 15) dodává, že „*osoba s psychózou žije svůj vlastní vnitřní svět, který neodpovídá pohledu druhých*“. Odlišnosti jsou ve vnímání a na úrovni myšlení, může dojít ke změnám v dalších oblastech psychiky. Nemocný se uzavírá do svého světa přeludů a iluzí, odchází ze společného světa svého okolí, které mu přestává rozumět. Často se cítí ohrožen a podle toho reaguje. Jedním z průvodních jevů je dezorganizovanost myšlení a řeči. Neschopnost organizovat svůj verbální projev se manifestuje těkáním, neschopností udržet myšlenku, vybírání nepodstatných částí atd.

DOUBEK (2010) optimisticky doplňuje, že ačkoli jde o závažné duševní onemocnění, hluboce ovlivňující osobnost jedince a jeho okolí, jde o onemocnění léčitelné.

Psychózy se dělí na:

organického původu (vzniklé poškozením mozku),

toxické (způsobené látkou ovlivňující vnímání, typicky alkohol, LSD, THC)

funkční psychózy, které nejsou doprovázeny poškozením, nebo ovlivněním mozkové tkáně

(DOUBEK, 2010).

Mezi klientelou TK se prakticky nesetkáváme s prvním, organickým poškozením. Podmínkou přijetí do komunity je schopnost, resp. předpoklad schopnosti náhledu na sebe a své chování, přijetí zodpovědnosti a tomu musí odpovídat kognitivní predispozice.

Klientelu specifických¹⁹ terapeutických komunit, které jsou schopny zvládnout duální symptomatiku, tvoří klienti s toxickou psychózou, méně častou klientelu tvoří lidé se schizofrenií (jež patří do funkčních psychóz).

Mezi charakteristické příznaky patří falešné vjemy, které jsou průvodním znakem narušeného vnímání. Rozlišujeme **halucinace**, tedy vjemy, jež nemají žádný reálný podtext a iluze. Ty mají původ v realitě, ale jsou chybně kognitivně zpracované.

Dochází-li k vlastním myšlenkovým konstrukcím, interpretujícím běh a řád světa, pak hovoříme o bludech. Jde-li skutečně o **blud** poznáme z několika jeho charakteristických rysů, je pro okolí psychotického jedince zjevně nepravdivý, nejde vyvrátit žádnými logickými argumenty a stojí v samém centru myšlení, řídí se jím jednání jedince. Další postiženou oblastí jsou emoce, dochází k emoční oploštělosti, nebo nepřiměřenosti (inkongruence) nálady. Časté depresivní reakce a méně časté až extatické povznesení neodpovídající reálné situaci. U psychotických osob se hojněji setkáváme s depresivitou než mánií, hovoříme tak o depresivní psychóze, či manické psychóze (Syřišťová, 1974, Horáček, 2003).

Etiologie vzniku psychóz

Za vznikem psychózy stojí vzájemná interakce predispozice (biologický faktor) a stresu (psychosociální příčina).

Biologické faktory

K biologickým predispozicím patří nerovnováha v distribuci zejména dvou neurotransmiterů dopaminu a serotoninu. Jde jak o nerovnováhu, tak o špatnou souhru, co je podstatnější, je způsobena geneticky. Nadbytek dopaminu způsobuje, že je v mozku přenášeno nadměrné množství informací, které mozek nedokáže účinně zpracovat, protože se „zahltí“. Serotonin ovlivňuje spánek, bdělost, agresivitu a emoce. Mezi další faktory, které predikují možnost psychotického onemocnění, je nadměrná **citlivost a zranitelnost** (vulnerabilita). Každý člověk má svoji hranici stresu, která když je překročena a nejsou k dispozici jiné strategie, dojde k psychotickému onemocnění. DOUBEK (2010) uvádí, že u potenciálně psychotických jedinců je tato hranice významně snížena.

¹⁹ Pro klienty, kde duální diagnózu tvoří kromě závislosti, psychotické onemocnění, je zde TK Sejřek na Vysočině (web TK Sejřek).

PRÁŠKO (2005) popisuje genetické a negenetické biologické faktory, kromě dědičnosti jsou to virová onemocnění plodu, narušená výživa v době těhotenství a případné porodní komplikace, to vše ovlivňuje vývoj mozku, jež získává predispozici pro psychotické onemocnění.

Psychosociálních faktory

Výzkum psychosociálních faktorů se zaměřil na sledování tzv. dvojznačné vztahy matky (nebo jiného dominantního pečovatele) a dítěte v rodinách s psychotickým onemocněním. Sledovalo se, zda je vztah buď s nadměrně ochrannou nebo naopak odcizenou matkou, přes slibné poznatky z některých výzkumů, se nepodařilo najít jinou významnější odlišnost než je v jiných rodinách (Práško, 2005).

SYŘIŠŤOVÁ (1974) zmiňuje, že lze psychotické stavy navodit experimentálně, kromě farmak k tomu slouží smyslová a senzomotorická deprivace, což se například ukázalo při výcviku kosmonautů, připravovaných na orbitální lety v 60. letech v SSSR.

Shrnutí

Charakterizovali jsme klienty TK z pohledu jejich obtíží. Vymezili definice závislosti, psychóz a poruch osobnosti. Poslední jsme zúžili na PO emočně nestabilní s hraničním subtypem, neboť podle autorů je to nejčastější druh poruchy osobnosti s nímž se v terapeutické komunitě setkáme.

U všech poruch jsme konstatovali, že jejich etiologie je multifaktoriální s tím, že se zdá prokázané u závislostí převažující psychosociální původ nemoci. U poruch a zejména psychóz jsou to spíše biologické faktory, které se zdají zásadnější. Ovšem s výjimkou traumatizace, kterému jsme věnovali velkou pozornost v kapitole o etiologii poruch osobnosti.

3 PRACOVNÍ TERAPIE

„Udělejte co můžete, s tím co máte, tam kde jste.“

Theodore Roosevelt, americký prezident

Mohli bychom začít okřídleným rčením, už staří Řekové ..., a měli bychom pravdu. Ano už stovky let před Kristem Řekové využívali práci v léčbě duševních obtíží. Ve středověku je následovala již jen arabská medicína, v Evropě jsou v té době duševně nemocní ostrakizováni jako posedlí ďáblem a vězněni v nelidských podmínkách. To trvá až do věku osvícenectví.

Opětovné zařazení pracovní terapie v léčbě duševně nemocných kladou autoři (Jelínková, 2009, Klusoňová, 2011) do konce 18. století, kdy po francouzské revoluci psychiatr Phillipe Pinel začal uplatňovat tzv. morální léčbu a zaměstnávání, neboť si všiml, že přiměřené zaměstnávání omezuje projevy symptomů nemoci. Kromě práce využíval tělesná cvičení, poslech hudby a jiné aktivity. U nás využíval práci v léčbě Vincenc Prissnitz²⁰, zakladatel lázní Jeseník a šlo zejména o řezání polen dřeva z jeseníckých lesů. Měl velmi široký záběr, léčil neurózy, anémie, i dnu.

3.1 Historický vývoj

K zásadnějšímu využití terapie prací dochází na přelomu 19. a 20. století, kdy jsou zakládány psychiatrické léčebny často na statcích, jako tomu bylo při založení Psychiatrické nemocnice v Bohnicích, kdy Zemský výbor Království Českého rozhodl o zakoupení bohnického velkostatku včetně polností a blízkého Čimického háje. Od prvopočátku se počítalo s prací pacientů nejen na poli, v zahradnictví, v dílnách, ale i při úklidu budov a v pomocných provozech jako byla kuchyně, prádelna i kotelna. Omezený ekonomický rozpočet počítal s pracovní aktivitou průčeschných pacientů, ale práce byla i terapeuticky využívána a tak pacienti, smysluplně trávili čas svého pobytu aktivitou, jež byla ku prospěchu jim i nemocnici (web PNB).

K zakladatelům využití práce v léčbě duševně nemocných na našem území patří prof. Čermák, který v psychiatrické léčebně v Brně zavedl práci pacientů na zahradě a později i v řemeslných dílnách

²⁰ Vincenc Prissnitz (1799-1851) přezdívaný vodní doktor postavil první vodoléčebné lázně na světě (1822), které se později stal vzorem. V roce 1839 se u něho léčilo na 1500 pacientů a studovalo zde 120 lékařů s celého světa, kteří jeho (Prissnitzovi) postupy rozšířili do celého světa (web. Str. města Jeseníku).

(Kubínová, Křížová, 1997) a prof. Jedlička v Praze. V jeho případě se jednalo spíše o nácvik dovedností prací, tedy o rehabilitaci po postižení.

V anglosaském světě a posléze na kontinentální Evropě se významněji od 50. a 60. let prosazuje deinstitucionalizace péče o duševně nemocné, k čemuž pomohlo i rozšíření komunitního přístupu v léčbě, tak jak jsme si ho popsali v první části této práce. Ve stručnosti si připomeňme, že v Evropě šlo o zapojování pacientů psychiatrických léčeben, či jejich poboček do práce na zahradě a v pomocných provozech nemocnic. Za oceánem se klienti prvních komunit, Synanonu, Daytop Village a jejich následovníků starají o provoz „své domácnosti“ tím, že uklízí, vaří a perou, pěstují si zeleninu, starají se zvířata, tak jako ve skutečné rodině.

V našich podmínkách se pracovní terapie udržela po celou dobu komunistického režimu ve vybraných zařízeních typu Apolináře a jeho pobočky na zámečku v Lojovicích, ve stacionáři v Lobči atd. Většina těchto zařízení skončila s restitucemi novým majitelům. Pochodeň ve využití PT převzali nově vzniklé terapeutické komunity, první svého druhu byli Němčice již v roce 1991 a White Light 1 o dva roky později, brzy následováni dalšími (Kalina, 2008).

3.2 Cíle a filozofie

Pravděpodobně největší uplatnění pracovní terapie najdeme v terapeutických komunitách a to platí v celosvětovém měřítku (De Leon 2004, Kooyman 2004, Nevšimal, 2004, Kalina, 2008). Rozdíly lze najít pouze v objemu pracovní terapie ve struktuře TK a v možnostech, jež komunita má k dispozici. Zkoumat a popsat tyto rozdíly jsou důvodem vzniku této práce. Shrňme si obecné principy PT.

Práce v TK má obnovit, případně nově vytvořit základní pracovní návyky, jako ráno vstát a jít do zaměstnání, tam vykonávat smysluplnou činnost s druhými lidmi. Sleduje ale další, jak zdůrazňuje KALINA (2008, str. 117) „širší (re)socializační cíle“, jako je **posílení sebeúcty** a schopnost spolupráce. Práce posiluje sdílené hodnoty komunity jako jsou soudržnost (koheze) a společný cíl léčby.

ADAMEČEK, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, KALINA (2003) zdůrazňují **důležitost smysluplné práce**. Během pracovní terapie jsou klienti hierarchicky rozděleni, je zde jasná vertikální struktura s vymezenými kompetencemi a rolemi, která na čas PT rozbíjí rovnost klientů během ostatních částí programu. Smyslem je navodit zdání běžného pracovní kolektivu s jeho manifestovanými pozicemi. Hierarchie je zpravidla daná délkou pobytu v TK a zařazením v jednotlivých fázích léčby. Někde je

pro nově přichozí rezervováno „koště“, jako pomyslné Charónovo veslo, které je takto demokraticky předáváno. Klient se musí naučit přijímat pokyny, kritiku výsledků své práce, ale také pochvalu bez pocitů zahanbení či ponížení. V nadřazené pozici jednat s lidmi asertivním způsobem, s respektem a ideálně i jedinečným způsobem přistupovat ke každé individualitě (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Pracovní terapie - prostor k učení

Klienti si během PT nejen osvojí pracovní návyky, což patří k jejich zmeškaným vývojovým úkolům (Kalina, 2008), ale mohou se naučit i novým pracovním činnostem, jsou-li proto v TK vytvořeny podmínky. Mohou získat například zajímavého koníčka, který jim usnadní přechod do nového života po TK. Neméně důležité je schopnost sebeobsluhy, která rezidentům TK umožní lépe fungovat ve své vlastní domácnosti. Výjimkou nejsou dospělí, kteří prvně sami perou prádlo, teprve během svého pobytu v komunitě. Nejde jen o to naučit se obsluhovat pračku, či roztrždit prádlo, na pozadí tohoto učení běží „program“ na získání **důvěry v sama sebe**. Další oblastí učení je nakupování a příprava jídla. Většina TK si zakládá na zdravém životním stylu (Kalina, 2008, Nevšímal, 2004) což zahrnuje i přípravu hodnotné a zdravé stravy. Z tohoto důvodu prochází klienty připravovaný jídelníček supervizí týmu a doporučeními jak sestavit zdravější jídlo.

K nakupování patří práce s rozpočtem, plánováním výdajů, rozvržení plateb na celý měsíc, s čímž klienti nemívají zkušenost,²¹ přitom je to důležitá oblast života a schopnosti jej dobře vést. Většina klientů TK žije z dávek hmotné nouze, splácejí dluhy z předešlého života, či si s pomocí sociálního pracovníka TK vyřizují insolvenční. Tyto skutečnosti budou mít vliv i na jejich pozdější plat po skončení TK a nalezení zaměstnání, jejich rozpočet bude, alespoň v nejbližším období po ukončení programu, omezený podobně jako v komunitě.

Pracovní terapie je bezpečný prostor, ve kterém je možné dělat chyby, učit se novým postupům, zpravidla neexistuje tlak na výkon. Většina klientů TK, a to všech popsanych diagnóz není schopna pracovat pod tlakem, s důrazem na podávaný výkon. To se postupně mění, jak klient postupuje do vyšších fází v hierarchii TK, vzrůstá jeho tolerance vůči tlaku a z něho pocházejícího stresu a zátěže se může zvyšovat buď na jeho (rezidentovu) úroveň, nebo na tzv. aspirační úroveň, o stupínek vyšší, kde by již klient mohl být, dle svých schopností. Cílem je, aby při ukončení léčby snesl srovnání s výkonem v běžném zaměstnání a byl schopen si získané místo udržet. V poslední fázi léčby, už

²¹ Připomeňme si, že jedním z důvodů vzniku poruchy osobnosti je hyperprotektivní výchova. Část klientely TK se rekrutuje z ulice a alespoň krátkodobé bezdomovectví není zdaleka výjimkou.

klienti v komunitě zpravidla jen bydlí a buď si hledají zaměstnání, nebo již pracují mimo komunitu v jejím okolí. Protože řada TK v ČR sídlí v odloučených lokalitách²² provází odchod a hledání zaměstnání problémy s dojížděním. To je důvodem, proč klienti začínají pracovat až během tzv. doléčování. „Doléčovány“ již bývají umístěny ve městech, kde lze snadněji hledat novou práci (Sobotka, 2007).

Až s nalezením a udržením pracovního místa můžeme hovořit o plné resocializaci klienta TK a jeho znovuzaražení do společnosti (Kuda, 2003b).

Terapeutický potenciál pracovní terapie

Práce se stala ústředním bodem přístupu prof. KNOBLOCHA (1999), ten zdůrazňuje nutnost exponovat klienta co možná nejreálnějšími životními situacemi, kterým rezident služby neobstál. Konfrontace s touto realitou mu umožní získat korektivní zkušenost. Je žádoucí skutečně pracovat, jako pracovali klienti jím založených pracovišť (Lobeč, Day House a lesní tábor Haney). Jen tak se mohou klienti vyrovnávat se stavu únavy, napětí a rivalit v kolektivu. Zažívat spolupráci, ale i rozpory vznikající z nadřízenosti, podřízenosti a vyhýbání se odpovědnosti.

KRATOCHVÍL (1979) doplňuje, že pracovní skupina složená z pacientů manifestuje jejich maladaptivní vzorce spojené s prací a pracovním kolektivem a slouží k jejich korekci. Jedním z aspektů terapeutické komunity je vzájemná závislost klientů. Dobře se ukazuje právě při pracovní terapii, kdyby služba v kuchyni neuvařila jídlo, mají všichni hlad. Když uvaří nedobré, nebo špatně odhadne množství je výsledkem minimálně rozmrzelost. Když ostatní nenakoupí, není z čeho vařit, neumytá toaleta, nebo sprchový kout také jistě nikoho nepotěší a takto bychom mohli pokračovat.

Vzájemná závislost má v sobě terapeutický potenciál. O špatném jídle se bude zítra mluvit na komunitním setkání, kuchař si bude nucen vyslechnout a ustát kritiku, což v prvních fázích léčby pro něho bude neskutečné. Je zde prostor popasovat se nejen s kritikou, pojmenovat emoce, které ve mne vyvolává, ale také dát vše do souvislostí svého života. A následně se naučit i jiným reakcím a prožitkům, při tom když se mi něco nepovede. Což se občas stane každému, to vše je práce na několik měsíců (Kalina, 2008).

²² V západní Evropě je rozdílná praxe, zde často komunity sídlí v městském prostředí (SOBOTKA, 2007), aby klienti žili ve svém přirozeném prostředí, do kterého se po léčbě opět vrátí. Je zde výhoda i snadnějšího zaměstnání v poslední fázi léčby.

Připomeňme si oboustrannou provázanost terapeutického procesu, která je reprezentována na jedné straně komunitními setkáními a skupinovou terapií a na druhé straně pracovní terapií. Poznatky ze skupin a komunit jsou přenášeny, do PT a naopak. Klient například svým chováním manifestuje neschopnost či neochotu dokončovat započaté dílo, nebo je zjevný rozdíl mezi jeho plány a realitou, případně se to ukáže z jeho životopisní skupiny.²³ Může z toho vzejít požadavek, nárok do pracovní terapie více si toho u sebe všimnout, a přinášet takové zážitky do skupinového či komunitního prostoru. To pro začátek reprezentovaný např. první fází léčby, a v druhé fázi již k tomu musí rezident přistupovat aktivněji a věci zkoušet dělat. V tomto případě dokončovat svoji činnost, nebo přiměřeněji a realističtěji plánovat, aby nevznikal takový rozdíl mezi plánem a pozdější realitou. Ostatní rezidenti klientovi pomáhají a „hlídají“ jej, a když nepřináší téma sám do komunitního/skupinového prostoru, učiní tak za něj. KRATOCHVÍL doplňuje, že skrze tato upozornění se klient učí, si těchto věcí všimnout (1979).

Bez pracovní terapie by byl terapeutický proces mnohem chudší a pravděpodobně méně efektivní (De Leon, 2004).

Pracovní terapie v praxi

Pro svoje nesporné výhody se PT využívá i v jiných institucích než jsou terapeutické komunity. O psychiatrických nemocnicích jsme se již zmínili. Problémem těchto institucí je, že poskytují „své“ TK²⁴ komfort, často, plného servisu, kdy pacienti pouze pracují na zahradě nemocnice, maximálně vypomáhají v pomocných provozech²⁵ nemocnice. KRATOCHVÍL (1979), KALINA (2008) shodně doplňují, že by více práce a méně servisu bylo pacientům ku prospěchu. Velkými výjimkami byly v českém (resp. Československém) prostředí Skálův Apolinář a zejména Knoblochova Lobeč organizace,²⁶ ale to nebyly klasické psychiatrické nemocnice, kterých píšeme v této části práce.

Dalším místem, kde se můžeme setkat s pracovní terapií je vězení. Zde je důležité nejprve vymezit rozdíly mezi vězením a terapeutickou komunitou. KALINA v této souvislosti cituje KUDU (Kuda, in Kalina 2008), že jde o zařízení, jež si jsou v mnohém protikladná. TK je založena na dobrovolnosti, demokracii²⁷ a vlastní zodpovědnosti za léčbu, to je v přímém protikladu s institucí vězení. Kalina doplňuje, že uvěznění přímo posiluje negativní vztahy a „*minimalizuje korektivní racionální a*

²³ Životopisná skupina je část skupinové terapie na které klient vypráví (čte) svůj životní příběh, anamnézu svých potíží.

²⁴ Zpravidla jen jedno vymezené oddělení, jako například v psychiatrické nemocnici Kroměříž pavilon 17b.

²⁵ Nejčastěji to jsou nemocniční prádelny, méně často kuchyně.

²⁶ Apolinář a jeho pobočka Lojovice, denní stacionář Lobeč a Horní Palata.

²⁷ I v hierarchických TK najdeme mnoho principů z Jonesova pojetí TK s mnoha demokratickými prvky.

emocionální zkušenost, která by jinak mohla facilizovat vývoj a pohyb od antisociálního spektra chování ke zralejším behaviorálním vzorcům“ (Kalina, 2008, str. 271). Dalším faktorem, který zmiňují autoři (Kalina, 2008, Kuda, 2003b) je personál a jeho stabilita, resp. právě časté výměny členů týmu po zapracování a přidělení nového, nezkušeného pracovníka. Jak jsme si řekli v části 1.3 stabilita, spolu s kvalitou terapeutického týmu, je jedním z účinných faktorů TK.

Determinujícím faktorem je povinnost odsouzených dle § 28, zák. 169/1999 o výkonu odnětí svobody pracovat. Pamatuje na to Listina základních práv a svobod, kde v čl. 9 je zakotvena pro osoby ve výkonu odnětí svobody výjimka ze zákazu nucených prací. To jsou podstatné rozdíly oproti filozofii PT v komunitě, jsou ale i shodné rysy. Zde si uvedme, že odsouzení pracují ve vnitřní správě Vězeňské služby např.: v úklidu, v kuchyni, v kotelně, v autodílně, ve skladu. Dále provádějí stavební, zámečnické a montážní práce. Protože Vězeňská služba může dle zákona 555/1992 o vězeňské a justiční strážci České republiky vykonávat vlastní hospodářskou činnost za účelem zaměstnání odsouzených osob, pracují vězni i v těchto provozech, ale mohou, se souhlasem Vězeňské služby pracovat i pro třetí subjekty a to jak uvnitř vězení, nebo i mimo ně v provozech třetích stran (Vězeňská služba).

Z údajů Vězeňské služby vyplývá, že v r. 2018 bylo zaměstnáno v průměru 59 % všech odsouzených osob, tj. v denním průměru 8.858 osob. Další odsouzení byly zařazeni do vzdělávání (954 osob), do terapeutických programů 739 osob na práce bez odměny 583 odsouzených osob (Vězeňská služba, Statistická ročenka r. 2018). Bližší informace není možné od Vězeňské služby získat. Lze se jen odhadovat jak probíhá resocializační učení a jakou roli v něm hraje zaměstnávání odsouzených a návazné terapeutické programy.

Etické otázky

Na příkladu Synanonské komunity je vidět, že je na místě předběžná opatrnost.²⁸ NEVŠÍMAL (2004) zmiňuje práci OTTENBERGA upozorňujícího na přitažlivost náboženské sekty se svojí nabídkou bezpracné spásy, tak svůdnou pro mladé narkomany, kteří mají tendenci předat svoji odpovědnost někomu jinému a upozorňuje na nebezpečí přeměny komunity v sektu. Zdůrazňuje nutnost vnitřní a vnější kontroly organizace.

²⁸ Připomeňme si, že Synanon se v průběhu dvaceti let stal plně soběstačným, měl vlastní školy, auta, čerpací stanice, letadla, přes tisíc členů. Rozprostíral se po celých Spojených státech a odhadovaná hodnota byla 33 miliónů dolarů. Příchozí nováček musel zaplatit vysoký vstupní poplatek jako doklad své motivace. Postupně rostl totalitarismus, zakladatel Dederich prosadil sterilizaci všech členů a nakonec byl odsouzen pro pokus vraždy (NEVŠÍMAL, 2004).

Celá řada autorů, jejichž taxativní výčet jsme zmínili v kapitole 1.3²⁹ zmiňují nutnost charismatické osobnosti na pozici vedoucího komunity. Kromě výhod, které jsme si uvedli v této kapitole, je třeba zmínit i rizika hrozící, když by si sociálně zdatná osobnost vedoucího uzurpovala více moci, nepodléhala kontrole a konfrontaci ostatních členů týmu třeba proto, že si vybrala submisivnější, nebo výrazně mladší spolupracovníky.

Významné nebezpečí vidíme také v tom, aby objem a rozsah vykonávané práce rezidenty TK nevyplňoval program TK a nebyl na úkor terapeutického procesu. Tato otázka je také předmětem výzkumného šetření této práce.

3.3 Legislativní rámec

Právní rámec České republiky je dán Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod, jež byla přijata 16. prosince 1992 ústavním zákonem č. 2/1993 ve znění zákona 162/1998 se v prvním článku, hovoří o rovnosti lidí v důstojnosti a právech (PSP ČR). Článek 3. pokračuje krásnou definicí rovnosti „*Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení*“ (PSP ČR, hlava I., čl.3). To jsou principy všech původních, demokratických terapeutických komunit,³⁰ kde jsou každodenně žita. Zákony omezující některé chování, či příkazující jiné jsou vtěleny do tzv. kardinálních pravidel³¹ a smlouvy, jíž uzavírá TK s klientem. Zde jsou nastavena pravidla hry, práva a povinnosti klient a samozřejmě i komunity.

Hlava druhá Základní listiny práv a svobod v čl. 9 upozorňuje, že „*nikdo nesmí být podroben nuceným pracím nebo službám*“ (Ústava ČR). Tato věta může být v rozporu s povinností rezidentů v komunitě pracovat³². Během přijímacího pohovoru, často jejich několik,³³ aby budoucí klient osvědčil svoji motivaci a přesvědčil komunitu o své touze změnit svůj model chování, se budoucí rezident dozví o

²⁹ ADAMEČEK, TĚMÍNOVÁ-RICHTEROVÁ, KALINA (2003), KALINA (2008), KOOYMAN (2004) BROŽA (2007).

³⁰ Autor této práce se zájmem pozoroval, při jeho práci v TK, návštěvy tzv. z venku, když nějaký dodavatel přivezl zboží a netušil zda mluví s „bláznem“ nebo „normálním“ člověkem (pracovníkem). Bylo zajímavé pozorovat patrnou nervozitu příchozích, nevěděli jak se chovat k domácím, kdo je kdo. Z toho někdy pramenilo pasivně agresivní chování, takže jediným, kdo se choval nenormálně byl návštěvník.

³¹ Kardinální pravidla zajišťují bezpečí v TK, příkazují bezdrogové prostředí, zákaz násilného chování, sex a erotické vztahy atp. Při porušení musí klient zpravidla opustit komunitu (KALINA, 2008).

³² Během výzkumu se nepotvrdila autorova fantazie, že budou klienti TK odmítat pracovat s odkazem na svoje práva.

³³ V TK Kaleidoskop byly tři pohovory během několika měsíců (i tři a více). KALINA (2008) uvádí příklad italské TK CEIS kde vstupní program trvá 10-12 měsíců.

nutnosti účastnit se všech částí programu. Tedy i pracovní terapie a nejpozději při vstupu do TK podepisuje smlouvu a je seznámen s kardinálními a dalšími pravidly TK. Z těchto důvodů nedochází k absencím, či odmítání účasti v pracovní části programu. Naopak, jak uvádí KALINA (2008) práce posiluje hodnoty, „o než se může opírat zdravý a hodnotný životní styl klienta v budoucnosti“ (Kalina, 2008, str.182).

Zákon 108/2006 o sociálních službách, který rámuje činnost terapeutických komunit, ve svém 2 § definuje působnost zákona: „*rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“ (zákon 108/2006). Výše uvedenou definici, si autor práce pro její úplnost a jasnost, dovolil ocitovat celou, je krásnou definicí terapeutické komunity a díky svému **proaktivnímu** účinku její součástí, pracovní terapie.

Dalším §, který se dotýká TK je § 34, který taxativně vyjmenovává sociální služby, pod písmenem n) zmiňuje terapeutické komunity. Dále v § 68 vymezuje pole působnosti TK jako pobytové služby pro osoby závislé, nebo s chronickým duševním onemocněním, jímž poskytuje níže uvedené základní činnosti:

- poskytnutí stravy,
- poskytnutí ubytování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon 108/2006, sb.)

V 7 části, druhé hlavě v § 78 až 108 zákona o 108/2006 sb. jsou vymezeny organizační podmínky fungování sociálních služeb, jejich kontroly orgány státní moci a možnosti jejich financování. Bližší přiblížení těchto částí zákona je nad rámec této práce, která se primárně zabývá pouze popisem činnosti a ideových východisek TK a specifickou částí jejího programu.

Blíže se zastavme u následující části, jež stanovuje podmínky pro zaměstnance sociálních služeb (zákon 108/2006 sb., § 109-117). Zákon ve výše vymezené části stanovuje požadavky na sociální pracovníky, jejich vysokoškolské vzdělání alespoň bakalářského stupně, bezúhonnost, zdravotní způsobilost i nutnost si každoročně doplňovat vzdělání. Vyjmenovává jednotlivé odborníky, jež mohou vykonávat odbornou činnost (§115, zák. 108/2006, sb.). Následující paragraf popisuje působení a vymezuje požadavky na vzdělání pro pracovní terapeuty.

Jejich pracovní činnost je schována pod písmenem b) čl. 1 a opět si dovolíme ocitovat plnou verzi: *„základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti“* (§ 116 zák. 108/2006, sb.). Požadovaným vzděláním je střední vzdělání s výučním listem, či maturitou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu³⁴ (zákon 108/2006, §116, bod 5 b).

Dalším zákonem jež se dotýká oblasti TK je občanský zákoník (zák. 89/2012 Sb.) je pro nás důležitý svými definicemi klientů. Občanský zákoník rozlišuje osoby zletilé, tedy ty jež dovršily 18. rok nebo osoby, které byly za zletilé prohlášeny soudem před dovršením 18.roku, to lze ve dvou případech: *„přiznáním zletilosti, nebo uzavřením manželství“* (§30, občan. zák. 89/2012 Sb.). Nezletilé jsou osoby před dovršením či přiznáním zletilosti. Ještě se rozlišují nezletilý před dovršením a po dovršení 15. roku. Pro význam této práce to již není podstatné.

V praxi se často setkáváme ještě s pojmem mladistvý, někdy chybně používán, proto si připomeňme, že mladistvým je osoba v trestním řízení splňující kritéria § 2, budu 2 a opět citujme celé: *„mladistvým ten, kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku; má se za to, že mladistvým je i ten, kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok věku, ale u něhož není možné bez důvodné pochybnosti určit, že v době spáchání provinění překročil osmnáctý rok věku“* (zák. 218/2003 Sb.).

V tomto zákoně je definováno i dítě, jde o osobu před dovršením 15. roku (§ 2, zák. 218/2003, Sb.). Zmiňujeme se o tom proto, že může být mladistvému uloženo tzv. výchovné opatření (§ 15, zák.

³⁴ Kromě kurzu pracovníka v sociálních službách, mohou pracovní terapeuté absolvovat přímo kurz pracovního terapeuta, jež nabízí například NCO+NZO (dostupné na <https://www.nconzo.cz/cs/pracovni-terapeut-820-1172019>, dne 11.5.2020, 12.00).

218/2003, Sb.) a to může dle § 18 (zák. 218/2003 Sb.) spočívat v uložení léčby závislostí, nebo vhodnému psychoterapeutickému programu (bod 1, písm. f) a g), zák. 2018/2003 Sb.)³⁵

Autor této práce považuje za důležité zmínit v této souvislosti zákon o sociálně právní ochraně dítěte, jež stanovuje podmínky pro působnost zákona mimo jiné u dětí, které vedou zahálčivý nebo nemravný život, **užívají návykové látky**, nepracují i když nemají zdroj příjmů atp. (§ 6, zák. 359/1999 Sb.). Tento zákon používá definici dítěte převzatou z Mezinárodní úmluvy o právech dítěte, která považuje za dítě osobu mladší 18. let.

Shrnutí

Ukázali jsme, jak pomáhá práce ve splnění zameškaných vývojových úkolů rezidenta TK budováním pracovních návyků, ale klade si i širší terapeutické cíle v budování a posilování vlastní sebehodnoty skrze zážitek kompetence tím, že se klienti naučí novou práci, dokáží vést další rezidenty, vysvětlit a naučit je pro ně novou práci. To vše posiluje jeho nízkou sebeúctu, zvyšuje jeho frustrační a stresovou toleranci a násobí tak jeho šance uplatnění na pracovním trhu.

Vyjmenovali jsme si několik zákonů a právních norem, jež určují právní rámec TK a pracovní terapie, upozornili jsme na etické aspekty dotýkajících se terapeutických komunit a rizik plynoucích z jejich přehlížení.

³⁵ Terapeutický program spočívající v pobytové službě poskytuje v ČR pro mladistvé dvě TK. Terapeutické komunita Karlov, organizace SANANIM z.ú. Zde mají léčebné programy pro nezletilé a mladé dospělé od 16. do 25. let, a TK White Light 1, zde mají programy pro nezletilé od 15 let. Pro závislé rodiče s dětmi, primárně matky má léčebný program TK Karlov, kde jsou rodiče s dětmi ubytováni ve zvláštním domě v rámci komunity. (zdroj: webové stránky zařízení <http://www.sananim.cz/o-nas/terapeuticka-komunita-karlovtkk.html> a <https://w11.cz/>)

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na analýzu pracovní terapie ve čtyřech vybraných terapeutických komunitách v České republice. Profesní zájem o pracovní terapii se inicioval v době mého působení v terapeutické komunitě Kaleidoskop.

TK Kaleidoskop neměl v době mého působení (2014-2016) prakticky žádné zázemí pro pracovní terapii, jako jsou řemeslné dílny (truhlárny, kovářské, keramické dílny, aj.), případně chlévy pro hospodářská zvířata či menší políčko pro pěstování zeleniny. PT probíhala ve formě úklidu budovy, vaření a přípravy jídla a v sezóně prací na dvou malých záhoncích se zeleninou. Když se počet klientů přiblížil kapacitě služby (tj. 20), docházelo při pracovní terapii často ke konfliktům, PT se stávala častějším tématem ranních komunit, kde klienti sdíleli, „jak je fakt nebví znovu a znovu mýt čistou chodbu či toalety“. Bohužel bylo nutné zaměstnat příliš mnoho lidí v jasně daném a omezeném prostoru.

Na jiném svém pracovním působišti kde jsem pracoval jako vychovatel v sociální službě zaměřené na resocializaci „problémových“ dětí. Služba byla součástí větší organizace, kam patří i sociální firma, sídlící na statku. Veškerá terapeutická práce s dětmi nejčastěji ve věku 13. až 18. let spočívala v práci na statku.³⁶ Vedení věřilo, že práce je skvělým nápravným prostředkem. Ale pracovní terapií bych to nenazýval a terapií už vůbec ne.

Z těchto důvodů jsem se začal zamýšlet nad smyslem, účelem a důvody pracovní terapie v komunitách.

4.1 Hlavní a dílčí cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zkoumat, jak probíhá pracovní terapie ve vybraných TK.

Dílčí cíle:

- Zkoumat, kdo realizuje pracovní terapii v TK.
- Zjistit vzdělání pracovních terapeutů, velikost jejich úvazku.

Prostřednictvím rozhovorů s členy vedení TK a jejich pracovními terapeuty zmapovat, jaký člen terapeutického týmu naplňuje pracovní terapii a jaké je jeho vzdělání.

³⁶ Mimo školní docházku.

- Zkoumat rozsah pracovní terapie.
- Zjistit, zda je PT vykonávána pro třetí strany.

Cílem je zjistit časovou dotaci pracovní terapie v programu vybraných terapeutických komunitách, a zda může být PT využita jako jeden ze zdrojů financování služby.

4.2 Metodologie, organizace výzkumu a cílová skupina

Na začátku každého vědeckého výzkumu je obyčejná lidská zvědavost, touha přijít na to, jak věci fungují. Dobrý výzkumník je jako dítě, které s údivem otevřenými ústy sledují, pro nás banální věci a jevy a kladou neobvyklé otázky jdoucí po smyslu, ale i proti smyslu pozorovaného, nutíce nás podívat se na svět jejich očima a odpovědět. Pro zkoumání, popsání našeho výzkumného cíle byla vybrána kvalitativní metodologie, která umožňuje detailnější „zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str.17). HENDL doplňuje, že „kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“ (Hendl, 2005, str. 50).

Výzkum zpravidla začíná výběrem tématu, dále pokračuje studiem dostupné literatury, jež byla o problému napsána, sbírají se dostupná data a určí se základní výzkumné otázky. Někdy je kvalitativní výzkumník přirovnáván k detektivovi, protože vyhledává informace vedoucí k pochopení daného jevu, provádí **dedukci** i **indukci**, pracuje přímo v terénu u zdroje svých dat a v delším časovém intervalu (Hendl, 2005).

„Indukce je ... cesta od konkrétního, bezprostředně daného k abstraktnímu, zevšeobecnujícímu“ (Ferjenčík, 2010, str. 25). Indukce předpokládá, že pozorované jevy je mají vlastnosti, které lze přenést a na jevy stejné kategorie jež jsme přímo nepozorovali. Indukce nám tak umožňuje posouvat hranice poznání, jít tzv. za data, za prostý popis věcí a jevů postoupit k stanovení vědecké teorie³⁷. Základy induktivní metody stanovil J.S. MILL do tzv. kánonů či metod indukce (Mill, 1967, in Ferjenčík, 2010). Platí ovšem, že „pravdivost induktivního závěru není absolutní, ale jen více méně pravděpodobná“ (Ferjenčík, 2010, str. 29), protože z ověřených dat jsme utvořili data, která nejsou ověřena. Proto v kvalitativním výzkumu hovoříme o pravdivosti a platnosti výzkumu, musí platit, že učiněné závěry jsou podepřeny důkazy.

³⁷ Proti indukci existuje námitka, že ani obrovské množství poznatků o daném jevu nemůže vést k obecné teorii.

Přestože každé nové zjištění jež je v souladu s induktivně stanovenou teorií ji potvrzuje, vždy je možné, že je tato teorie chybná, protože jsme neprozkoumali všechny související jevy (Ferjenčík, 2010). Jak je možné ověřit induktivně stanovenou vědeckou teorii? Není-li možné dokázat, že je teorie pravdivá, musí se dokázat opak, tedy, že vědecká teorie je nepravdivá. Karl POPPER (Popper in Ferjenčík, 2010) tento postup nazval **falzifikací**, zfalšování vědecké teorie. Cestou k falzifikaci induktivně stanovené teorie, tedy teorie ke které jsme došli sběrem dat a stanovením obecněji formulovaného závěru je, že vezmeme tento závěr a ověřujeme předpoklady z něho vyplývající. Postup od zevšeobecnujícího závěru k jednotlivostem, která ověřujeme se nazývá dedukci (Ferjenčík, 2010). HENDL (2005, str. 36) vidí dedukci „*v logickém odvození závěru z množiny jiných tvrzení, která považujeme za pravdivá.*“

Při řešení výzkumných otázek se dále používá **analýza**, která spočívá v rozdělení celku na jednotlivé části a zkoumání jak tyto komponenty fungují sami o sobě a jaké jsou mezi nimi zákonitosti. Opakem je **syntéza**, kdy jednotlivé části spojíme do celku, abychom mohli popsat vzájemnou závislost jednotlivých částí v něm. Poté co jsme si ozřejmili některé zásady vědeckého přístupu, se podívejme na metody, které jsme použili ve výzkumné části této práce.

Design výzkumného šetření

První zvolenou metodou tohoto výzkumného šetření bylo **zúčastněné pozorování**, které patří mezi nejúčinnější, ale také mezi nejtěžší kvalitativní metody. S jeho pomocí lze popsat pozorovaný jev, jednotlivé subjekty, jejich vzájemné vztahy a zákonitosti, které sledovaný jev doprovází. Za jakých okolností se věci dějí a proč. Smyslem není pouze pozorovat, ale viděné zprostředkovat. Pozorovatel je zároveň účastníkem zkoumaného jevu, zpravidla tichým, který má jiný záměr než ostatní účastníci (Švaříček, 2007). S metodou zúčastněného pozorování jsem začal po svém příchodu do TK Kaleidoskop na jaře roku 2014. Ne vždy jsem mohl být tichým nenápadným účastníkem, když jsem byl v roli terapeuta a měl jsem na starosti chod komunity. Nebyl jsem tehdy ještě výzkumníkem, ale všímavým a zaujatým pozorovatelem jistě ano.

Další metodou jež jsem ve svém výzkumu použil byl sběr a analýza dostupných údajů o předmětu mého zkoumání. Tou se stala terapeutická komunita jako důležitý celek k pochopení celého složitého fenoménu jakým je. Začal jsem sběrem historických dat a důvodů vytváření tohoto léčebného prostředí, zabýval se filozofií i léčebnými faktory. Zkoumal jsem po teoretické stránce vytváření a složení týmu, porovnával teorii se svou žitou zkušeností, i obrazem, který se mi doplňoval třeba na

supervizi, kdy jsme se dívali na role a jejich rozdělení v týmu, nebo jen souhru dvou terapeutů na psychoterapeutické skupině.

Poslední použitou metodou byl polostrukturovaný **rozhovor**, kdy jsem předem připravený souhrn otázek operativně doplňoval o další tak, abych buď osvětlil, či doplnil pochopení respondenta. Nebo jsem otázky řadil jiným způsobem, abych následoval tázaného směrem, kterým se vydal a dobře jej vytěžil. Případně jsem se nechal strhnout k dalším doplňujícím otázkám, abych se dozvěděl více. Což odpovídá pojetí **rozhovoru jako spolupráci** tazatele a respondenta. Tato spolupráce zapojuje výzkumníka svými názory do rozhovoru a společně se podílí na tvorbě významu, což otvírá otázku nestrannosti výzkumníka. Je ale možné být nestranný tam, kde si tazatel vybírá téma, otázky i účastníky výzkumu? Vědec v kvalitativním přístupu není neutrálním badatelem, ŠVARŤÍČEK cituje Kvaleho (1996), který připodobnil výzkumníka k horníkovi, který jde buď po kvantitě hmoty, aby mohl získaná data kvantifikovat, nebo pátrá po drahém kameni a kutá tak dlouho až najde malý drahokam. O způsobu své „těžby“ se rozhoduje sám výzkumník (Švaříček, 2007).

Výzkumné šetření a sběr dat proběhl v jednotlivých komunitách od 11. 2. 2020 do 10. 3. 2020.

Přestože dnes na kvalitativního výzkumníka není kladen požadavek nestrannosti, jako tomu bylo v minulosti, musí mít na paměti **etické aspekty** svého výzkumu. Při svém výzkumném šetření jsem se řídil etickým kodexem České asociace pro pedagogický výzkum (viz příloha 1).

Vlastnímu rozhovoru předcházela příprava, kdy jsem kromě výše zmíněného studia materiálů načel informace o konkrétní komunitě, její historii, klientele a další dostupné materiály z webových stránek organizace. Na základě studia materiálů a formulovaného výzkumného cíle jsem si připravil seznam otázek. Připravil nahrávací zařízení a vyrazil do terénu na předem domluvená setkání.

Předmět výzkumu

V této části charakterizuji jednotlivé TK jež se staly předmětem mého výzkumu. Vymezím jejich cílovou skupinu, jakých cílů chtějí v léčbě dosáhnout. Označím je terapeutická komunita **A, B, C, D**, kvůli důvěrnosti a bezpečí pracovníků, jež mi poskytli cenné informace o svých pracovištích. Považuji to za etické.

Terapeutická komunita A

Byla založena koncem 90. let, je součástí větší organizace, která se věnuje prevenci závislostí, ambulantním službám pro závislé a provozuje i vlastní doléčovací centrum.

Cílovou skupinu tvoří osoby starší 18 let závislé na užívání návykových látek, především nelegálních s těžším psychosociálním, nebo somatickým poškozením, u kterých je obvyklá kombinace několika následujících znaků: dlouhodobá kariéra užívání návykových látek, nitrožilní aplikace, závažné sociální dopady (dluhy, nezaměstnanost, sociální vyloučení, neschopnost pečovat o děti, apod.), předchozí neúspěšné pokusy o uzdravení, včetně předchozích léčeb pobytových i ambulantních, konflikty se zákonem, pobyty ve výkonu trestu apod.

Cíle léčby směřují k sociální rehabilitaci a integraci klientů. Přispívá k obnově fyzického a psychického zdraví klientů, umožňuje jim osvojit si praktické dovednosti pro každodenní život, aktivně pracovat na zlepšení rodinných vztahů a řešit otázky spojené s bydlením, zaměstnáním, studiem i následnou odbornou péčí. Nabízí podporu klientům při řešení problémů v oblasti právní a finanční a doprovází klienty při změně jejich hodnotového systému tak, aby to bylo v jejich zájmu a zároveň pro společnost do níž se budou vracet.

Terapeutická komunita B

Terapeutická komunita založena v ranných 90. letech, určena obyvatelům České republiky od 26 let s diagnostikovanou závislostí na nelegálních drogách. Podmínkou je dlouhodobá závislost na návykových látkách nealkoholového typu, popřípadě kombinovaná závislost. TK zajišťuje dlouhodobou pobytovou léčbu a sociální rehabilitaci občanům České republiky, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout závažné důsledky dlouhodobé kariéry užívání nealkoholových drog. Hlavním posláním je uzdravovat lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímání osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu.

Hlavním cílem je pomoci klientům připravit se k plnohodnotnému a uspokojivému zapojení se do běžného života ve společnosti a podle individuálních potřeb dosáhnout zlepšení stavu v oblasti tělesné, duševní a sociální. Dílčí cíle spočívají v pomoci klientům dosáhnout dlouhodobé abstinence od nelegálních drog a alkoholu, budovat odolnost vůči relapsu, přijímat odpovědnost za sebe, svá rozhodnutí a za druhé, zlepšovat sociální a komunikační dovednosti, osvojovat si pracovní návyky a dovednosti, zlepšovat péči o své tělesné a duševní zdraví a kondici, lépe porozumět sám sobě a vztahům s ostatními. Vyrovnat se s vlastní minulostí, realisticky plánovat vlastní budoucnost a řešit právní a sociální problémy.

Terapeutická komunita C

Terapeutická komunita s více než 10. letým působením v pomoci mladým lidem s dlouhodobým duševním onemocněním. Tato podpora je poskytována prostřednictvím několika pobytových a ambulantních služeb. Jednou z podmínek je zletilost.

Cílem pobytu v terapeutické komunitě je osobní růst a změna každodenního fungování za pomoci komunity zapojených lidí, kteří společně pracují, aby pomohli sobě i druhým. Komunita nevyužívá klasický medicínský model vztahu lékař – pacient, ale je založena na principech společenství, které přirozeně podporuje nové vzorce chování a sekundární emocionální vývoj. Posláním služby je podpora lidí s poruchou osobnosti v plnohodnotném začlenění do společnosti a zlepšení kvality jejich života. Usilujeme o to, aby si klienti po ročním pobytu v komunitě vyhledali práci nebo dokončili vzdělání, našli chráněné či samostatné bydlení, navazovali a udržovali uspokojivé vztahy a věnovali se volnočasovým aktivitám.

Cíle služby vycházejí z výše uvedeného poslání, podpořit běžný způsob života u lidí s poruchou osobnosti. Vytvářet příležitosti k uplatňování vlastní vůle, svobodného rozhodování a uvědomování si následků svých rozhodnutí. Rozvíjet osobnost a vlastní potenciál. Aktivizovat. Podporovat porozumění sobě a své historii. Podporovat stávající vztahy a rozvoj přirozené vztahové sítě. Posilovat chování, které je společností přijímáno. Působit preventivně proti nadužívání psychiatrické péče. Posílit znalost práv a povinností ve společnosti.

Terapeutická komunita D

Terapeutická komunita založena koncem 90. let, jejím hlavním posláním je uzdravovat lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímáním osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu. Je zaměřena na střednědobou léčbu mladistvých toxikomanů a na dlouhodobou léčbu závislých rodičů s dětmi.

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

Dílejší cíle: Zvýšení odpovědnosti klientů za své jednání, zvýšení odolnosti proti selhání, získání základních sociálních dovedností, komunikačních dovedností, osvojení si pracovních, 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

Specifické cíle u skupiny mladistvých: konstruktivní zvládnutí období dospívání, vytváření hodnotového systému a změna základních životních postojů. Příprava na partnerství, stabilizace vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny. Příprava na profesní život, motivace k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace.

Specifické cíle u skupiny matek, otců: vytvoření pevného svazku mezi matkou/otcem a jejím/ jeho dítětem, přijetí role matky/otce. Výchova k rodičovství a partnerství, osvojení si základních dovedností v péči o dítě, nalezení a upevnění místa matky/otce v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu. Získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby.

4.3 Vlastní výzkum

Rozhovory jsem vedl s vedoucími komunit, s výjimkou terapeutické komunity **D**, kde jsem hovořil se zástupcem vedoucího, a pracovním terapeutem. V komunitě **C** jsem hovořil pouze s vedoucím organizace, neboť pracovního terapeuta nemají. V komunitách **B** a **D** jsem výzkumné šetření vedl se zástupcem pracovních terapeutů, protože jich mají několik. Výběr provedl vedoucí TK, resp. zástupce komunity. O vedoucích komunit a pracovních terapeutech hovořím pro jednotnost a přehlednost ve třetí osobě jednotného čísla mužského rodu (ON), přestože jsem během výzkumného šetření zpovídal i ženy. Rozhovory přepisuji v podobě, v jaké jsem je natočil, přepisuji i nespisovné tvary slov, odstranil jsem pouze citoslovce.

I.) Filozofie pracovní terapie

Jaké jsou cíle pracovní terapie?

Které klíčové kompetence má klient získat?

TK	Jaké jsou obecné cíle pracovní terapie?	Které klíčové kompetence má klient získat?
A	Naučit se pracovním postupům, být soběstačný. Vytěžit z PT témata do terapie.	Zodpovědnost, trpělivost, toleranci, schopnost plánovat, flexibilita, frustrační tolerance. Umět si říci o pomoc. Ustát, když se mi něco nepovede. Prožívat se jako kompetentní.
B	Partnerský přístup, vybavit klienta v pracovních kompetencích. Zvládnout podřízenost, nadřízenost, denní režim. Smysluplnost práce, užitek pro TK. Vidět a zažít celý proces „výroby“. Představit si život jako reálnou životní alternativu.	Získat pracovní návyky, zvládat stres, dokončovat práci. Frustrační toleranci. Ustát kritiku, umět ji dát. Prožívat se jako kompetentní. Přijmout chválu i chválit.
C	Získat paletu životních schopností. Ustát kritiku, získat zodpovědnost. Zvládnout podřízenost, nadřízenost.	Spolupracovat, podřídit se autoritě.
D	Vytvořit si pracovní návyky, zodpovědnost a základní sociální dovednosti. Vyrovnat se se situacemi, které nejdou změnit. Konfrontace s životní realitou.	Zodpovědnost, vytvářet mezilidské vztahy, získat autoritu i se umět podřídit. Zvládat stres, zažít úspěch i neúspěch.

Tabulka č.1 Cíle pracovní terapie

Cíle pracovní terapie

Terapeutická komunita A)

PT: naučit klienty nakládat z prací tak, aby to mohli využít venku, zvyknout si, že se chodí do práce, mnozí nemají žádné pracovní zkušenosti, návyky, naučit je že jsou nějaké pracovní postupy, cítit nějaké šéfa směny, být soběstačný třeba v denních úklidech, uvařit si, vyprat, což mnozí nemají.

VK: Pozice PT není úplně jednoduchá, hodně se zde odráží realita života, pracovní terapeut není terapeut pro nic za nic, musí umět alespoň u nás v komunitě vytěžit to co se na pracovkách odehrává, a zároveň mi pak máme příležitost, díky tomu, že to PT umí, vidí to, dokáže se na cítit na klienta a tím, že se pak účastní porad, supervizí máme příležitost zužitkovat to co PT vidí a díky tomu se to potom

promítá do terapie. Garanti klientů se na to mohou zaměřit, může se to objevit na skupině. Když se domluvíme, může jít PT i na skupinu, je součástí terapie, tedy psychoterapie, nejen té pracovní.

Terapeutická komunita B)

VK: *Každý má svůj individuální styl. Přístupovat ke klientům partnersky, předávat co nejvíce kompetencí to jde. Vytyčovat hranice klientům, protože my to máme tak, že ve většině pracovních zařazení pracují klienti dost samostatně. A ta filozofie je taková, že by každý klient měl odcházet vybaven v pracovních kompetencích, pokud chtějí si vyzkoušet vedení nějakých menších týmů, mohou. Měli by prostě fungovat v běžných pracovních vztazích, zvládat podřízenost nadřízenost, zvládat režim dne. Pak je součástí naší filozofie i to, aby naši klienti měli z pracovní terapie taky užitek. My nevyděláváme peníze, nepůjčujeme klienty mimo komunitu, klienti pracují tady. Lidi pracují v komunitě a pro komunitu. To je princip, kterej odděluje pracovní terapii od sociálního podnikání. Pracovní terapie má samostatnou filozofii, také jde o to, aby to nebyla práce typu pásová výroba nebo bavlníková plantáž. To znamená, že práce by měla být relativně pestrá. Klienti by měli být součástí celého procesu, tedy jde o to, aby klienti byli u toho, že se záhonek zraje, a na konci toho procesu klienti zavaňují třeba dýně.*

PT: *Klienti se učí zodpovědnosti, osvojí si práci v týmu, rozdělení zodpovědnosti. Předák té party je víceméně zodpovědný za práci svého týmu, takže kromě toho, že sám pracuje ještě kontroluje práci. U nás je specifická klientela, máme veterány. To znamená lidi, kteří i desítky let brali, nepracovali, nebo seděli ve vězení. Takže opravdu je důležité vytvořit pracovní návyky, ráno vstát a jít udělat co je potřeba, protože třeba u zvířat je nutné jim dát vodu a nažrat. Podojit.*

VK: *Oni potřebují uvěřit, že v tom světě venku ob stojí, získat naději, že to půjde. Pocit kompetence a schopnost představit si život jako reálnou alternativu, ne jako sen. Odstranit nedochvilnost, dát nářadí po práci, tam kde je vzal, prostě základní věci. Potkat se s nároky toho běžného života. Zpětná vazba od těch místních zaměstnavatelů je většinou pozitivní. My to nezjišťujeme, je tu i možnost zaměstnat se i netransparentně, ale zaměstnavatelé se nám ozývají. Měli jsme tu klienta s rejstříkem popsaným na několik stran, a nakonec jsme dostali moc hezkou zpětnou vazbu od jeho zaměstnavatele. My tady nemáme možnost klienty rekvalifikovat, ale můžeme je naučit ty měkké dovednosti.*

PT: *Často klienti mají u nás svoji první pracovní zkušenost, poprvé za něco nesou zodpovědnost.*

Terapeutická komunita C)

VK: *Filozofie, kterou teď máme a která je ve fázi změny je, že klient by měl projít co nejvíce pracovních postů od těch s nejmenších zodpovědností typu mytí podlahy, zalití kytek atd. tak postupně až k věcem kdy už spíše řídí druhé, jsou to funkce organizační, kontrolní. Těch funkcí je tam x v té komunitě a klienti jsou do nich voleni tak, že tento člověk už na to má a měl by ji vykonávat, nebo tento člověk tu věc neumí a měl by se jí naučit. To se diskutuje v rámci voleb. Jsou tam tyto pohledy, aby se klienti naučili širokou paletu schopností. Jak se pere prádlo, jak se mejou záchody, jak se zalévají kytky, jak se vaří, jak se dělá rozpočet na nákup, jak se nakupuje, jak se někomu přiděluje práce, jak se nakládá se situací, když někdo neudělá práci dobře atd. To je v tuto chvíli tak. Návik dovedností, aby mohli fungovat ve své domácnosti, v zaměstnání ve vztahu nadřízený, podřízený, něco slíbím, tak to udělám.*

Terapeutická komunita D)

PT: *Vytvořit ty pracovní návyky a pak taky aby mohli vypustit z hlavy ty skupiny (psychoterapeutické, pozn. autora). Maj jich za den hodně a potřebují vyventilovat a byli na čerstvém vzduchu. Práce ještě nikomu neublížila.*

VK: *Je to asi klasicky, kdy se vychází z bio psycho modelu závislosti a ta filozofie je taková, že u klientu chceme, aby se naučili brát zodpovědnost za sebe a aby se učili základní sociální dovednosti, protože je připravujeme na život v budoucnu, kdy předpokládáme jejich zapojení do pracovního procesu, tak jim simulujeme nějaký režim dne s tím, že je tam inkludovaná část pracovní, ne že bychom tady měli osmi hodinovou pracovní dobu, ale alespoň část dne. Ta filozofie je o tomto a pak je tam část materiálu, kde ty klienti mohou být konfrontovaný s věcmi, které nemohou změnit. Jsou dány komunitou, a ne tak jak by si to představovali klienti, musejí to nějak zkousnout. Je to prostě konfrontace s životem, realitou. Přebírání zodpovědnosti nejen za sebe, ale za nějakou oblast, také režimová opatření v rámci dne, příprava na budoucí život.*

Kompetence klientů

Terapeutická komunita A)

PT: *Být zodpovědný, nejen k okolí, k materiálu, k sobě, k práci, stát si za ní, s vědomím že jsem to udělal dobře.*

VK: *Učit se trpělivosti, umět si to naplánovat, je daný nějaký čas. Občas máme zakázku z venku, kde je termín. Flexibilitu v tom smyslu, že jsme živý organismus a když máme daný program a strukturu,*

tak přijdou události, který tím zahýbou a je třeba ustát to. Klienti to nesou těžce, tyto změny. Občas se jim tím z vědomí jejich frustrační tolerance. Zmiňovali jsme umět věci dotahovat do konce.

PT: *Umět si říct o pomoc, hodně se to ukazuje v kuchyni. Od skupiny občas dostanou nepříjemnou zpětnou vazbu.*

VK: *Ustát, když se mi něco nepovede, a že je úplně normální. Nemusím se jít zahrabat pod koberec, protože se strašně stydím a jsem strašná nula.*

Napadá mne i respekt ve smyslu, když předávám nováčkovi něco, co umím, mohu získat jeho respekt, ale sám sebe mohu prožívat jako kompetentního.

PT: *Tolerance, třeba k tomu, že to druhý dělá jinak. Děláme stejnou věc, máme stejný výsledek, ale došli jsme k tomu různými cestami.*

Terapeutická komunita B)

VK: *Máme veterány, někteří nikdy nepracovali. Maximálně ve výkonu trestu. Takže získat pracovní návyky, dokončit započatou práci, zvládat stres. Posílit frustrační toleranci. Ustát kritiku, umět ji dát. Přijmout chválu a umět pochválit. Klasické soft skills.*

PT: *Nebát se dělat práci, kterou neznám. Ověřit si, že to možná poprvé v životě zvládnou.*

Terapeutická komunita C)

VK: *Zvládnou co nejširší paletu činností, naučit se řešit věci společně, spolupracovat, podřídit se autoritě.*

Terapeutická komunita D)

PT: *Zodpovědnosti a pracovním návykům. Když dělá šéfa baráku, tak má mít přehled o lidech. Musí si obhájit svoji autoritu. Učí ho to se obhájit. Když komunikují se mnou, tak se učí budovat normální mezilidský vztahy, vlastně s každým člověkem.*

VK: *Je to o tom ustát si tlak, je to o spolupráci, na začátku být schopen se podřídit někomu, v dalších fázích léčby nějakým slušným způsobem druhé konfrontovat s výsledky jejich práce. Zvládat situace nátlakové, zažívání úspěchu, neúspěchu. Ona kritika se snáz přijímá a dává, ale naučit se přijímat a dávat chválu. Což je také důležitý.*

II.) Dílčí cíle:

- 1) *Zkoumat, kdo realizuje pracovní terapii v TK.*
- 2) *Zjistit vzdělání pracovních terapeutů a velikost jejich úvazku.*

TK	Kdo vede pracovní terapii, je to a) pracovní terapeut b) terapeut ve službě c) exuser?	Vzdělání PT, co nejkonkrétněji.	Úvazek a pracovní doba	Plat brutto
A	pracovní terapeut	střední, vyučena cukrářka, kurz sociálního pracovníka	1,0 7 – 15.30	21. 000,- Kč
B	3 x pracovní terapeut	VŠ zemědělská VŠ ÚSO, výcvik PST, pedag. minimum	2,3 9 – 17.00	údaj nebyl poskytnut
C	terapeut ve službě	VŠ psychologie, sociální práce	celkem 9 úvazků + stážisté 12hodinové služby	není pozice pracovního terapeuta
D	3x pracovní terapeut	2 x ÚSO 1 x střední, vyučen	7 – 15.30	25. 000,- Kč

Tabulka č.2 Údaje o pracovních terapeutech

Vyjma komunity C, zaměstnávají všechny zkoumané TK pracovního terapeuta, resp. terapeuty. Pro srovnání jsem mapoval i finanční ohodnocení pracovních terapeutů. V komunitě C, jej nemají a v komunitě B, údaje neposkytli, proto není možné získané údaje zevšeobecnit.

- 3) *Zkoumat rozsah pracovní terapie*
- 4) *Zjistit zda je pracovní terapie vykonávána pro třetí strany.*

TK	Rozsah pracovní terapie	Zjistit, zda je pracovní terapie vykonávána pro třetí strany.
A	všední den 9.30 – 12.00 hod úterý a čtvrtek navíc 15.30 – 17.30 hod celkem 16,5 hod/týdně	Ve II. fázi 14 dní brigáda pro místní společnost. Ve III. fázi 1 měsíc. V obou případech jde o 8,5 hod úvazek a plat jde klientům na jejich potřeby a léčbu.
B	všední den 9.00 – 12.00 hod a 14.30-17.00 úterý a pátek odpolední blok končí v 15 hod celkem 23,5 hod³⁸	Ne, platí u nás zásada: práce v komunitě a pro komunitu. Klienti ve třetí fázi, jež bydlí ve svém objektu mimo TK, mají zaměstnání, mimo TK.
C	všední den 10.30-13 hod a 16.30-17.30 celkem 17,5 hod	Není zájem, nabízíme se. Jsou to maximálně jednorázové akce, dobrovolnické, typu úklid obce, atd.
D	všední dny 9.30-12.30 hod pondělí 14.30-16 hod celkem 11,5 hod³⁹	Výjimečně. Klienti ve III. fázi chodí na brigádu a plat používají pro své potřeby a léčbu.

Tabulka č. 3 Mapování pracovní terapie

V rámci týdenního rozvrhu zaujímá pracovní terapie ve všech TK většinu dopoledne, předchází mu, kromě snídaně, případně rozcvičky, pouze komunita v rozsahu 0,5 až 1 hod. Zde je probrána organizace dne, případně je zde možnost, vyjádřit se k průběhu včerejšího dne. Po dopoledním bloku pracovní terapie, následuje oběd a zpravidla polední klid. Po něm jsou zařazeny terapeutické, nebo edukační programy, případně odpolední blok pracovní terapie.

³⁸ Pracovní terapie týmu, který má na starost zvířata probíhá ještě v menším rozsahu (krmení a dojení) o víkendu. Ve všední dny ještě večer po večeři dojí a poklízí kolem zvířat. Proto uvedené penzum hodin platí pouze pro uvedený základ PT, hodiny u zvířat je obtížné kvantifikovat, neboť práce navíc může být kompenzována zkrácením pracovní terapie v některých dnech. Záleží také na šikovnosti každého rezidenta.

³⁹ Klienti zařazení u zvířat krmí a dojí i po večeři a o víkendu. Celkový počet hodin je opět vztažen k základnímu pracovnímu „úvazku.“

4.4 Výzkumné závěry

Z výzkumného šetření vzorku respondentů plyne, že smyslem pracovní terapie je pomocí práce a situace kolem ní přiblížit rezidentům TK reálné životní situace, a tím za **1)** posílit klíčové kompetence pro život po skončení léčby, a zvýšit tak šance na nalezení a hlavně udržení pracovního vztahu, za **2)** využít terapeutický materiál, který takováto konfrontace s realitou v chráněném prostředí terapeutické komunity přináší a posílit jím terapeutický proces.

Pomocí pracovní terapie budují terapeutické komunity kompetence jako je zodpovědnost, trpělivost, vyšší frustrační tolerance. Dále schopnost podřídit se autoritě, navazovat mezilidské vztahy, umět vést a být soběstačný. Po letech užívání návykových látek, si umět naplánovat den a přijmout věci, které nejdou změnit, třeba to, že se každý den chodí do práce.

Ve většině komunit (**A, B, D**) mají svého pracovního terapeuta. Rozsah vzdělání pracovníků je od vyučených (TK **A, D**) dva z celkového počtu 7 pracovních terapeutů. Tři pracovní terapeuté získali úplné střední vzdělání a z nich jeden má psychoterapeutický výcvik. Další dva dosáhli vysokoškolské vzdělání. Uvedené počty jsou bez terapeutické komunity **C**, jež nemá pozici pracovního terapeuta.

Z tabulky č. 3 vyplývá, že rozsah pracovní terapie je v komunitě **A** a **C** takřka shodný. Jde o 16,5 hod versus 17,5 hod. Je to dáno podobným zázemím, které tvoří velký dům s menším pozemkem okolo něj, z toho vyplývá potřeba přibližně stejné péče o ně. Uvedené komunity nevlastní polnosti a hospodářská zvířata.

Z uvedeného výčtu vybočuje komunita **D**, jejíž PT má menší rozsah. Je to dáno klientelou, připomeňme si, že se zde léčí dospívající a mladí dospělí do 25 let, a dále matky s malými dětmi, které se, kromě účasti na programu, starají o své malé děti.

Vyšší počet odpracovaných hodin v rámci pracovní terapie mají rezidenti v TK **B**, to je ovlivněno velkým rozsahem jejich statku, hospodářskými zvířaty, polnostmi. Nutné uvést, že pro komunity **B** a **D** platí, že uvedený rozsah odpracovaných hodin není konečný, neboť skupina klientů pracujících u zvířat ještě nad rámec PT dojí, krmí a poklízí kolem dobytka. Na druhou stranu je v některých dnech pracovní terapie v tomto týmu zkrácena, aby práce navíc byla kompenzována. Je počítáno se standardní dobou pracovní terapie.

U vybraného vzorku TK pracovní terapie zaujímá v programu 17,25 hod týdně, vyjmeme-li ze vzorku komunitu **D**, která má specifickou klientelu, jde již o více než 19 hod týdně. To představuje necelý 0,5 pracovní úvazek.

Ve vybraném vzorku terapeutických komunit, s výjimkou TK **A**, není prováděna pracovní terapie vůči třetím stranám ve smyslu zakázky, nebo smluvní dodávky pracovních sil za úplatu. Komunita **A** má dohodu s místní společností a klienti ve II. fázi zde odpracují dva týdny v klasickém režimu 40 hod týdně. Jde o test či ukazatel výsledků dosavadní léčby a zdroj podnětů pro další terapii, plat je klientovi ukládán na pobyt v doléčovacích centrech po skončení léčby v TK a umožňuje uživatelům služby spolupodílet se na své následné léčbě.

V komunitě **A** je možné dále objednat zakázkovou výrobu keramiky a tkaných koberečků. V případě komunita **B** platí zásada „práce v komunitě a pro komunitu“, nutno podotknout, že kvůli velikosti statku, množství polností a hospodářských zvířat by ani nebylo možné, pracovat pro další subjekty. V případě komunit **C** a **D** je to dáno nedostatkem možností a nabídek, než absencí vůle zapojit své klienty více do pracovního procesu.

ZÁVĚR

Hlavní i většina dílčích cílů diplomové práce byla naplněna. Zmapoval jsem úlohu terapeutických komunit a pracovní terapie v procesu léčby klientů. Tím, že jde o jednu z mála studentských závěrečných prací, která se zabývá pracovní terapií v TK, rozšíří a může poskytnout ucelenější pohled na tuto oblast sociálně terapeutické práce s lidmi s duševním onemocněním a závislostí.

Smyslem existence terapeutických komunit není pouze v případě závislých klientů, jejich již celoživotní abstinence, ale resocializace v širším pojetí, včetně návratu jedince do původního postavení v rodině a společnosti, s možností jejich osobního společenského růstu.

U vybraného vzorku komunit se mi podařilo zmapovat terapeutické cíle i kompetence, které si mají rezidenti TK osvojit a zvýšit tak svoje šance na dokončení léčby a nalezení zaměstnání po jejím dokončení. Kromě toho, že jsem popsalsmysl a cíle pracovní terapie, zjistil jsem konkrétně jak velký prostor zaujímá ve vybraných TK, kdo a s jakým vzděláním a výcvikem ji vede.

Jedním z cílů práce bylo zkoumat, zda je možné využít práci klientů, jako jednu z možností financování chodu terapeutických komunit. Tento cíl se nepodařilo naplnit, neboť pouze jedna z TK využívá zakázkovou práci a pravidelnou dodávku pracovních sil třetím stranám. A zde prostředky, které plynou z produkce výrobků slouží k financování volnočasových aktivit klientů a spolufinancují pobyt v doléčovacím centru.

Pro úplnost si dovoluji podotknout, že ze studia webových stránek některých terapeutických komunit v ČR vyplývá, že je zde prováděna pravidelně pracovní terapie ve spolupráci s třetími stranami a ta je dohodnuta na úrovni vedení TK. Bohužel zákaz vstupu platný od 10. 3. 2020 mi znemožnil podrobnější analýzu. Budu v ní pokračovat v rigorózní práci, či zde je prostor pro další zájemce o tuto oblast terapeutické práce v TK.

Použité zkratky:

PNB Psychiatrická nemocnice Bohnice

PO poruchy osobnosti

PT pracovní terapie

PTT pracovní terapeut

TK terapeutická komunita

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMEČEK, David, Martina RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Kamil KALINA, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách, In KALINA Kamil a kolektiv, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6

BARRET, Louise, Robin DUNBAR, John LYCETT, Evoluční psychologie člověka, Překlad Jitka LINDOVÁ, Robert KANÓCZ, Karel STIBRAL, Praha: Portál, 2007, str. 551, ISBN 978-80-7178-936-7

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, Práce v multidisciplinárním týmu, In KALINA Kamil a kolektiv, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6

BAŠTECKÁ, Bohumila, Petr Goldmann, Základy klinické psychologie, Praha: Portál, 2001, první vydání, str. 436, ISBN 80-7178-550-4

BROŽA, Jiří, Složení terapeutického týmu, In Terapeutická komunita pro drogově závislé II, Česká praxe, Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s Magdaléna o.p.s., 2007, ISBN 978-80-7106-937-9

DE LEON, George, Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe, In Terapeutická komunita pro drogově závislé I, Vznik a vývoj, Překlad David Adameček, Praha: Středočeský kraj a Magdaléna o.p.s., 2004, ISBN 80-7106-876-4

DOUBEK, Pavel, et al., Psychóza v životě život v psychóze, rady informace, doporučení, Praha: Maxdorf, 2.vydání, 2010, str. 57, ISBN 978-80-7345-231-5

FERJENČÍK, Ján, Úvod do metodologie psychologického výzkumu, překlad Petr Bakalář, Praha: Portál, 2010, druhé vydání, str. 255, ISBN 978-80-7367-815-9

FIŠEROVÁ, Magdaléna, Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6

FROUZOVÁ, Magdalena, Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (a)

FROUZOVÁ, Magdalena, Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (b)

HAJNÝ, Martin, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (a)

HAJNÝ, Martin, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (b)

HARTL, Pavel, Helena Hartlová, Psychologický slovník, Praha: Portál, první vydání, opravený dotisk, 2004, ISBN 80-7178-303-X

HENDL, Jan, Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, Praha: Portál, 2005, str. 407, první vydání, ISBN 80-7367-040-2

HORÁČEK, Jiří, et al., Psychotické stavy v klinické praxi, Praha: Academika Medica Pragensis-Amepra s.r.o., 2003, 1. vydání, str. 263, ISBN 80-86694-01-1

JELÍNKOVÁ, Jana, Maria KRIVOŠÍKOVÁ, Ludmila ŠAJTAROVÁ, Ergoterapie, Praha: Portál, 2009, str. 272, první vydání, ISBN 978-807367-583-7

KALINA, Kamil, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil, Terapeutická komunita, Praha: Grada, 2008, první vydání, ISBN 978-80-247-2449-2

KLUSOŇOVÁ, Eva, Ergoterapie v praxi, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2011, první vydání, str. 264, ISBN 978-80-7013-535-8

KNOBLOCH, Ferdinand, Jiřina KNOBLOCHOVÁ, Integrovaná psychoterapie v akci, Praha: Grada, 199, str. 322, ISBN 80-7169-679-X

KOOYMAN, Martien, Terapeutická komunita pro závislé, In Terapeutická komunita pro drogově závislé I, Vznik a vývoj, Překlad Martin Hajný, Petr Nevšímal, Praha: Středočeský kraj a Magdaléna o.p.s., 2004, ISBN 80-7106-876-4

KRATOCHVÍL, Stanislav, Terapeutická komunita, Praha: Academia, 1979, první vydání, 21-082-79

KUBÍNOVÁ, Dagmar, Alena KŘÍŽOVÁ, Ergoterapie, Olomouc: Univerzita Palackého, 1997, první vydání, ISBN 80-7067-698-1

KUDA, Aleš, Relaps, prevence a zvládání relapsu, In Kalina Kamil a kolektiv, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2, Praha, Úřad vlády, 2003 ISBN 80–86734–05–6 (a)

KUDA, Aleš, Následná péče, doléčovací programy, In Kalina Kamil a kolektiv, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2, Praha, Úřad vlády, 2003 ISBN 80–86734–05–6 (b)

KUDRLE, Stanislav, Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (a)

KUDRLE, Stanislav, Trauma a závislost, In KALINA, Kamil, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády, 2003, ISBN 80-86734-05-6 (b)

LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ, Vývojová psychologie, Praha: Grada Publishing, 1998, str. 344, druhý dotisk, 2000, ISBN 80-7169-19-5-X

MIOVSKÝ, Michal, Ivana BARTOŠÍKOVÁ, Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí, In KALINA Kamil a kolektiv, Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2, Praha, Úřad vlády, 2003 ISBN 80–86734–05–6

NEŠPOR, Karel, Návykové chování a závislost, Praha: Portál, 2011, čtvrté aktualizované vydání, str. 176, ISBN 978-807367-908-8

NEVŠÍMAL, Petr, Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé, In Terapeutická komunita pro drogově závislé I, Vznik a vývoj, Praha: Středočeský kraj a Magdaléna o.p.s., 2004, ISBN 80-7106-876-4

NEVŠÍMAL, Petr, Duální diagnózy, In Terapeutická komunita pro drogově závislé II, Česká praxe, Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s Magdaléna o.p.s., 2007, ISBN 978-80-7106-937-9

PRÁŠKO, Ján, et al. Poruchy osobnosti, Praha: Portál, 2003, první vydání, str. 376, ISBN 80-7178-737-X

PRÁŠKO, Ján, et al., Léčíme se s psychózou, Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách, příručka pro nemocné a jejich rodiny, Praha: Medical Tribune Group, 2005, str. 96, ISBN 80-239-5482-2

RAPOPORT, Robert N., Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community, London: Routledge, 2001, str. 344, ISBN 0-415-26461-8

SOBOTKA, Jan, Zázemí TK, In Terapeutická komunita pro drogově závislé II, Česká praxe, Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s Magdaléna o.p.s., 2007, ISBN 978-80-7106-937-9

SKÁLA, Jaroslav, Až na dno? Praha: Avicenum, 1988, čtvrté přepracované a doplněné vydání, str. 139, ISBN 0804588

SYŘIŠŤOVÁ, Eva, Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy, Praha: Univerzita Karlova, 1974, první vydání, str. 162

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al., Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách, Praha: Portál, 2007, první vydání, str. 377, ISBN 978-80-7367-313-0

THOROVÁ, Kateřina, Vývojová psychologie, Proměny lidské psychiky od početí po smrt, Praha: Portál, 2015, str. 576, ISBN 978-80-262-0714-6

WEST, Robert, Modely závislostí, Praha: Úřad vlády České republiky, 2016, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, ISBN 978-80-7440-157-2

Legislativa:

ČESKO. Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In Sběrka zákonů ČR, ročník 1993, částka 1. ISSN 1211-1244

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37

ČESKO. Zákon č. 40 z roku 2009, trestní zákoník, In. Sběrka zákonů České republiky. 2009, částka 11

ČESKO. Zákon 218 z roku 2003, Zákon o soudnictví ve věcech mládeže, In Sběrka zákonů České republiky, 2003, částka 79

ČESKO. Zákon č. 89 z roku 2010, občanský zákoník, In Sběrka zákonů České republiky, 2012, částka 33

ČESKO. Zákon č. 359 z roku 1999, o sociálně právní ochraně dětí, In Sběrka zákonů České republiky, 1999, částka 111

ČESKO. Zákon č. 169 z roku 1999, o výkonu odnětí svobody, In Sbírnka zákonů České republiky, částka 58

ČESKO. Zákon 555 z roku 1992 o vězeňské a justiční stráži České republiky, In Sbírnka zákonů České republiky, částka 112

Internetové zdroje:

ČAPV dostupné on line: <http://www.capv.cz/index.php/cz/zakladni-udaje/clenstvi-v-capv/eticky-kodex>

DSM V dostupné online:

<https://cdn.websiteditor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>,

JESENÍK dostupné on line: <https://www.jesenik.org/cz/volny-cas-v-jeseniku/35-vincenz-priessnitz-1799-1851.html>)

KARLOV TK webové stránky, dostupné on line: <http://www.sananim.cz/o-nas/terapeuticka-komunita-karlov-tkk.html>

MAGDALÉNA TK dostupné on line: <http://www.magdalena-ops.eu/cz/slu%C5%BEby-pro-z%C3%A1visl%C3%A9/1%C3%A9/C4%8Dbá/program-pro-klienty-s-du%C3%A1ln%C3%AD-diagn%C3%B3zou>

MKN 10 dostupné on line: na <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

PASTOR BONUS TK dostupné na: <http://www.pastorbonus.cz/>

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, dostupné on line: <https://bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>

STANDARDY KVALITY, VÝKLADOVÁ SBORNÍK, dostupné on line:
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9

SEJŘEK TK dostupné on line <http://www.tksejrek.kolping.cz/o-nas/>

ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE, dostupné on line
<https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>

VĚZEŇSKÁ SLUŽBA, dostupné on line www.vscr.cz

VĚZEŇSKÁ SLUŽBA, Statistická ročenka r. 2018, dostupná on line : <https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2019/05/Statistick%C3%A1-ro%C4%8Denka-2018.pdf>

WHITE LIGHT 1 TK, webové stránky, dostupné on line <https://w11.cz/>

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Etický kodex ČSPV.....	72
Příloha č. 2 Etické principy publikační činnosti	73
Příloha č. 3 Otázky výzkumného rozhovoru	74
Příloha č. 4 Fotografická dokumentace zázemí pracovní terapie	76