

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k bakalářské zkoušce

**Terapeutická komunita v léčbě a resocializaci
uživatelů drog**

Studijní obor:

**Sociální práce se zaměřením na
komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Veronika Pánková

vedoucí práce:

Mgr. Jakub Zlámaný

2006

Poděkování:

V úvodu své bakalářské práce děkuji všem, kteří mi pomáhali při její realizaci. Především Mgr. Jakobovi Zlámanému za odborné vedení a cenné připomínky, Janu Čížkovi za pomoc, podporu, důvěru a pochopení, Doc. Mudr. Růženě Pánkové Csc. za celoživotní důvěru, podporu a pochopení, v neposlední řadě Ester, která mi dovolila nahlédnout do nejintimnějších sfér svého života a Pankimu, díky kterému bylo možné dokončení této práce práce.

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze, 25. srpna 2006

Veronika Pánková

Obsah:

Úvod	5
Teoretická část	7
1.1 Drogová závislost	7
1.1.1 Vznik a rozvoj závislosti.....	10
1.1.2 Faktory ovlivňující vznik závislosti.....	15
1.1.3 Prevence.....	18
1.1.4 Přehled zařízení poskytujících odbornou pomoc v problematice závislosti.....	22
1.2 Terapeutická komunita	26
1.2.1 Vývoj terapeutických komunit v ČR.....	28
1.2.2 Cíle TK.....	31
1.2.3 Terapeutické faktory.....	33
1.2.4 Podmínky přijetí.....	35
1.2.5 Struktura pobytu v TK.....	37
1.2.6 Základní pravidla TK White Light I.....	40
1.2.7 Pracovní terapie.....	40
1.2.8 Práce s blízkými osobami klientů.....	41
1.3 Závěr teoretické části	43

2. Praktická část – kasuistika.....	45
2.1 Zdůvodnění volby tématu praktické části.....	45
2.2 Rodinná anamnéza.....	45
2.3 Osobní anamnéza.....	47
2.4 Pobyť v TK Helianna.....	52
2.5..Období po odchodu z TK Helianna.....	56
2.6 Současný vývoj.....	58
Závěr.....	59
Soupis bibliografických citací.....	61
Příloha č.1: Situace v ČR v roce 2004.....	I
Příloha č.2: Seznam TK pro léčbu a resocializaci uživatelů drog v ČR.....	III

Úvod

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila především z důvodu absolvování několika stáží v terapeutických komunitách zaměřených na terapii závislostí na nealkoholových látkách. První z nich jsem absolvovala už v roce 2000, v té době jsem studovala gymnasium a o problematice závislostí jsem nevěděla téměř nic. Byl to pro mě velmi silný zážitek, jistě jsem měla sklon si mnoho věcí idealizovat, snad jsem prostředí komunity i klienty viděla v poněkud romantickém světle, ale právě z důvodu naprosté profesionální nevybavenosti, jsem se opravdu ocitla v téměř stejné situaci jako přichozí klient. Což je nesmírně cenná zkušenost, kterou, doufám, budu umět využít ke vcítění se do pocitů klientů. Dnes, díky studiu, dalším stážím, praxím a hlavně psychoterapeutickému výcviku, chápu některé věci jinak. Nicméně, neustále je pro mě forma komunitní léčby fascinující. Je výjimečná svou demokratičností, nároky, kterými klade na klienty, nepřístupuje k nim jako k pasivním „zachráněným“, ale jako k odpovědným, svobodným bytostem, které mají právo i povinnost rozhodovat o svém životě, se všemi pozitivními i negativními důsledky, které to přináší. I když není možné zcela se vyhnout jistému „skleníkovému efektu“, který jakékoliv terapeutické prostředí vytváří a vztahy zde jsou do určité míry nereálné a zkreslené, je to zřejmě léčba, která je realitě nejbližší, jak jen to jde. Téma závislostí je velmi obsáhlé a rozsah bakalářské práce mi neumožňuje věnovat se všem jeho

aspektům, proto se zmíním jenom o těch, které považuji za zásadní pro popis léčby a resocializace v terapeutické komunitě.

V první, teoretické, části mé práce nejprve definuji základní pojmy, nutné pro orientaci v tématu. Dále se zmíním o prevenci a to zejména na úrovni rodiny. V další kapitole se zaměřuji na faktory majících vliv na vznik drogové závislosti. Okrajově vyjmenuji jiné formy služeb pro uživatele návykových látek. Popíši vývoj terapeutických komunit v ČR. Uvedu charakteristiku léčby drogových závislostí formou pobytu v terapeutické komunitě.

Ve druhé, praktické, části zpracuji kasuistiku, podrobný popis osobní zkušenosti bývalé klientky s drogovou závislostí, léčbou v terapeutické komunitě, následnou abstinencí a zařazením se do chodu běžné společnosti.

Mým cílem je přiblížit se co nejvíce pochopení fenoménu závislosti, zvláště poslední část mé bakalářské práce se snaží o co nejvíce autentický pohled na okolnosti, krizové momenty v životě a osobnostní, rodinné i společenské faktory přispívající ke vzniku drogové závislosti v konkrétním kontextu příběhu bývalé klientky.

1. Teoretická část

1.1. Drogová závislost

V této kapitole definuji nejdůležitější pojmy, jejichž pochopení je nezbytné pro orientaci v tématu. Nejprve je třeba definovat pojem droga:

„Ve farmacii je to látka živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem. Dle E. Urbana látka, která je používána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, případně v centrální i periferní nervové soustavě, při opakovaném užívání možnost závislosti...“ (*Hartl a Hartlová, 2000, s. 122-123*)

Slovo droga můžeme definovat jako jakoukoliv látku, přírodní nebo syntetickou, kromě jídla, která svou chemickou povahou mění strukturu nebo funkci živých organismů... (*Ray a Ksir, 1999, p. 4, volný překlad autorky*)

Dalším pojmem, více diskutabilním, je drogová závislost. Tedy otázka, kdy je možné určit tuto diagnózu. „Závislost je stav chronické nebo periodické otravy použitím přirozené nebo syntetické drogy, která postihuje postiženého i společnost. Dnes většinou používán termín závislost drogová nebo přesněji závislost látková. Droga má totiž ve farmakologii jiný význam, než je tomu v případě drogové závislosti, zde je zneužívanou látkou. U závislosti jde o zvláštní patologický vztah mezi organismem a látkou (drogou), vznikající opakovaným užitím látky, které posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat. Bývá snížena schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dávky je třeba zpravidla zvyšovat, aby bylo dosaženo žádoucího

účinku, vynechání užívání může vést k abstinčním příznakům.“ (*Hartl a Hartlová, 2000, s. 699*)

..

Definice syndromu závislosti (F1x.2) dle MKN-10:

„Je to skupina behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může vzniknout v souvislosti se specifickou látkou (např. tabákem, alkoholem nebo diazepamem), skupinou látek (např. opioidy), nebo se širokou škálou farmakologicky různých psychoaktivních látek.“ (*Smolík, 1996, s. 119*)

Diagnostická kritéria (MKN-10) pro stanovení syndromu závislosti:

Diagnózu závislosti je možno stanovit pokud během posledního roku došlo nejméně ke třem z následujících jevů:

1. silná touha nebo nutkání získat látku
2. potíže v kontrole užívání látky
3. somatický odvykací stav, nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky
4. zvýšená tolerance k účinku látky
5. zaujetí užíváním látky, projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů
6. zvýšením množství času nutného k získání látky, nebo zotavení se z jejích účinků

7. pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků
(Nešpor, 2000)

Jednotlivé druhy závislostí se rozlišují kódy:

F10.2 závislost na alkoholu

F11.2 závislost na opioidech

F12.2 závislost na kanabinoidech

F13.2 závislost na sedativech nebo hypnotikách

F14.2 závislost na kokainu

F15.2 závislost na jiných stimulancích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 závislost na tabáku

F18.2 závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

(WHO, 1992)

Definice závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV):

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři z dále uvedených příznaků během 12 měsíců:

1. růst tolerance
2. odvykací příznaky při vysazení látky
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení

7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky

(*Nešpor, 2000*)

1.1.1 Vznik a rozvoj závislosti

Základním otázkou je proč vlastně závislost vzniká a tedy co vede především mladé lidi k experimentování s drogami a jejich následnému zneužívání. Důvody jsou velmi individuální, hrají zde roli mnohé faktory snad ze všech sfér života. Vždy jde o jejich vzájemnou interakci. Uplatňují se zde činitelé na biologické úrovni (např. typ drogy, dědičnost, typ metabolismu), sociální úrovni (např. vliv rodiny, vliv vrstevníků, postoj společnosti k drogám, rozšířenost, míra možnosti uplatnit se, dostupnost drogy) i psychické úrovni (např. psychopatie, nevyřešené konflikty, psychická deprivace, posttraumatické stavy).

Bergeret (*1995, s. 32*) ve své knize *Toxikomanie a osobnost* dochází k následujícím poznatkům:

- Neexistuje hluboká a stabilní psychická struktura, specifická pro závislé chování. V kterékoliv duševní struktuře může vzniknout závislé jednání.
- Závislé chování nikdy nemění specifickou povahu dané hluboké psychické struktury, pouze více nebo méně modifikuje způsob jejího fungování.
- Závislost na toxickém prostředku vzniká nejen kvůli více či méně vědomé nebo zjevné potřebě subjektu, ale též jako pokus o obranu a regulaci snížených schopností nebo příležitostných mezer, které vykazuje hluboká struktura v každém jednotlivém případě.

Vágnerová (1999, s.297) vyzdvihuje skutečnost, že na vzniku závislosti se vždy podílí souhra několika faktorů a jejich vzájemná interakce. „Na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu; vlivy vnějšího prostředí, které lze diferencovat na obecné, sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a situační podněty. Výsledek interakce uvedených dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na psychoaktivní látce.“

Přesto, že je každý jednotlivý příběh klienta jiný, existují některé společné rizikové faktory, které je možné sledovat v menší či větší míře v anamnéze většiny klientů. Klienti terapeutických komunit pro léčbu drogových závislostí se v našich podmínkách vyznačují určitými společnými znaky. Nejproblematičtějšími a většinou hlavními drogami jsou zpravidla heroin a pervitin, věkový průměr klientů se pohybuje mezi šestnácti a třiceti lety. Jedná se tedy především o mladistvé. Jak uvádí Vágnerová (1999) „ je období dospívání fázi hledání a vytváření vlastní identity. Je to také období, které je z hlediska rizika vzniku závislosti nejnebezpečnější. Cílem dospívajícího je individuálně specifické sebevymezení, které ovšem může být obtížné. V procesu rozvoje individuální identity je významná fáze skupinové identity. V této době nabývá na významu ideál, který si dospívající vytvořil. Významnou součástí identity se může stát i profesní role, k níž směřuje. Zde se projeví i míra jeho identifikace s rodinou a jejími hodnotami. Součástí identity jsou i vztahy k jiným lidem, člověk se definuje také tím, ke komu patří, ať už jsou to rodiče, přátelé či partner. V adolescentním období se završuje rozvoj ego-identity dospívajících. Mnohdy nejde o samotné hledání identity, ale o pouhé převzetí modelu, který je pro danou sociální skupinu charakteristický. Jednou z variant vymezení vlastní identity je volba negativní identity, která je spojena s odmítnutím hodnot preferovaných rodinou

a společností. Adolescent se vymezí přesně naopak. Příčiny bývají různé, ale obvykle je jejich základem rozpor mezi možnostmi a požadavky, nevyhovující rodinné zázemí, nízké sebehodnocení a pocit nedostatečných kompetencí, potřeba dosáhnout alespoň nějakého sebevymezení a sebeúcty, i když bude negací standardní varianty. Tito jedinci odmítají společenské normy a vymezují se opakem toho, co je očekáváno a požadováno.“

Názor Vágnerové je jednou z možností, jak vysvětlit touhu experimentovat s drogami. Domnívám se, že v současné době může být pro dospívající dosti těžké rozlišit, co jsou hodnoty „preferované společností“, neboť například z užívání marihuany se postupně stává norma, alespoň pokud ji chápeme z matematického hlediska, tedy, že normální je to, co dělá většina. Propagaci drog můžeme spatřovat i v některých uměleckých dílech, jako jsou hudba nebo filmy, které jsou nejčastěji zaměřeny právě na mladé lidi. Orientaci ztěžuje poněkud ambivalentní postoj majoritní společnosti k návykovým látkám jako takovým, kdy je běžná propagace alkoholu a tabáku, stát jejich prodej daní, společnosti, které se jejich prodejem zabývají bývají sponzory kulturních i sportovních akcí a celkově jsou opomíjeny rizika, které jejich užívání představuje, ovšem na druhé straně co se týče nelegálních drog je majoritní společnost striktně represivní, ačkoliv velmi málo informovaná. Domnívám se, že postoj většinové společnosti naprosto neodpovídá reálné situaci.

Podle Nešpora (2001) v důsledku zvýšení dostupnosti alkoholu a drog začínají narůstat problémy s návykovými látkami u dětí a dospívajících v ČR. Důležitou úlohu zde sehrává i trend trávit v práci prakticky veškerý čas, což znamená, že není dostatek času na výchovu. Navíc je u nás běžné nabízení alkoholu formou přímé i nepřímé reklamy. Nejrozšířenějšími návykovými látkami jsou tabák a alkohol. Podle výzkumu z roku 1998 mělo zkušenost s alkoholem 85,5 % jedenáctiletých chlapců a 80,2 %

stejně starých dívek, 6,1% jedenáctiletých chlapců bylo 2x nebo vícekrát opilých. Velmi se také rozšířilo užívání marihuany. Z takzvaných tvrdých drog jsou u nás nejrozšířenější pervitin a heroin. Typickou drogou dětí a dospívajících, díky finanční dostupnosti zejména těch pocházejících ze slabších sociálních vrstev, jsou těkavé látky, v současné době (dochází k masivnímu výskytu tzv. tanečních drog, např. extáze).

Kudrle upozorňuje, že život probíhá ve vztahu antagonistických dualit (zrození a smrt, štěstí a utrpení, láska a nenávisť...), který vyvolává napětí a je zodpovědný za základní dynamiku vývoje. Spatřuje zde hlubší motivace a potřeby, mezi nimi zmiňuje:

- potřebu vyhnout se bolesti či nalezení klidu, úlevu od bolesti fyzické i duševní (je to i bolest z neuspokojení, pocitu odlišnosti, nízkého sebehodnocení)

Umocnění tohoto prožitku nabízejí sedativa (opioidy).

- potřebu euforie, slasti, extáze, radosti, pocitu kompetence

Na tuto potřebu odpovídají stimulanty.

- potřebu transcendentního utrpení v zážitku splynutí, jednoty se sebou samým a s druhými, zážitku jednoty s Bohem.

Zde se uplatňují psychedelika.

Domnívám se, že díky hektičnosti dnešní doby, míry odcizení ve vztazích a přerušení náboženské tradice ve společnosti, existuje velmi málo přirozených příležitostí jak uspokojit potřeby, o kterých Kudrle mluví. Zejména co se týče potřeby transcendentního je dnešní dospívající, ale nejenom on ve velmi zmatené situaci. Ačkoliv je potřeba smyslu, náboženskosti, pokračování tradice jednou ze základních a specifických potřeb člověka, zdá se jako by jej společnost zcela opomíjela. Pozoruji,

že tendencí současnosti je otázky smyslu života a jeho přesahu odsunout, pokud možno tak dokonale, až si je nepřipouštíme. Přirozené součásti života, jako například krize nebo smrt jsou pro nás těžkým traumatem, pro jehož zvládnání jsme velmi málo vybaveni. Nemá-li život smysl ani přesah, není příliš důležité jak budeme žít, zodpovědnost a řád se mění v utilitaristický chaos. Jediným možným východiskem jak se vypořádat s neodvratnou skutečností vlastní smrtelnosti je popření a útěk. V obojím jsou drogy nápomocné. Náboženstvím současnosti je kult věčného mládí, bezproblémovosti a dokonalosti. Ani jeden z těchto požadavků není splnitelný a právě disproporce mezi nerealistickými nároky a zákonitým selháním v jejich realizaci způsobuje utrpení.

Skála (1987, str. 140) nabízí vysvětlení vzniku toxikomanie jako souhru psychologických a biochemických faktorů. Uvádí : „ Jedinec registruje změnu způsobenou drogou většinou jako příjemnou a žádoucí, zvláště když jeho výchozí stav před subtoxikací je nějak výrazněji vychýlen, ať už ve směru dysforie a deprese (které by se chtěl zbavit) nebo naopak nadneseněji euforie (která vyvolává touhu po ještě dalším stupňování). Teoreticky nejmenší hodnotu by měl tento prožitek mít pro zdravého jedince, který žije ve vyrovnané pohodě vnitřní i mezilidské, plně zaujatý aktuální aktivitou i pozitivními perspektivami. Taková optimální pohoda je však asi v lidském životě dost vzácná, takže dočasná změna , získaná pomocí drogy poměrně pohodlně a rychle, je nejen velmi vítána, ale po jejím odeznění vzniká navíc chuť a přání po jejím opakování. Je tím naléhavější, čím nepříznivější nebo rozkolísanější je základní somatopsychický stav.“

V podstatě všechny zmíněné teorie je možno shrnout v bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu, autoři v nich v různé míře poukazují na všechny tyto aspekty

existence. Nedostatky v kterémkoliv z nich nejsou jednoznačnou predispozicí ke vzniku závislosti, vždy se jedná o kombinaci několika faktorů.

1.1.2 Faktory ovlivňující vznik závislého chování

Jak jsem se zmínila v předchozí kapitole na vzniku závislého chování se vždy podílí souhra mnoha faktorů. Mezi biologické činitele patří i genetické předpoklady. Dědičnost se ve vztahu k návykovým látkám neprojevuje automaticky, ale v kombinaci s dalšími vlivy. Kudrle k tomu píše: „ Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů-alkoholiků. Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem. Mylně bývá interpretována jako pozitivní faktor, protože dotyčný víc snese, není mu zle v intoxikaci, nemívá vážnější problémy po odeznění intoxikace, tedy nemívá problematičtější kocovinu. To, co je zprvu často obdivováno se rychle vyvíjí v rizikový faktor, protože dotyčný musí konzumovat více alkoholu, než ostatní, aby dosáhl kýženého ovlivnění.“ Často jsou genetické vlivy přeceňovány. Jak uvádí Kudrle : „ Rozvoj epidemiologických vln drogové závislosti všude ve světě těžko můžeme vztáhnout na biologické faktory, protože genofond, ani další biologické dispozice se u člověka tak rychle nemění. Spíše za tyto jevy zodpovídá vyšší dostupnost, popularizace, reklama, módí trendy, absence duchovních hodnot apod.“

Nešpor (2001) se dále zaměřuje na faktory, které jsou pro vznik závislosti kritické.

Faktory zvyšující riziko problémů s návykovými látkami:

- problémy s návykovými látkami u předků
- duševní nemoc v rodině
- komplikovaný porod, poškození mozku při porodu, těžký úraz hlavy
- návykové látky vyvolávají spíše příjemné pocity, slabá nebo žádná kocovina
- chronická traumatizace (týrání, pohlavní zneužívání, šikana)
- sklon k násilí, špatné sebeovládání, impulsivnost
- poruchy pozornosti a nadměrnou aktivitou
- nižší inteligence
- setkání s návykovou látkou v mladém věku
- chronické onemocnění (zvláště bolestivé)
- neschopnost zvládat stresové situace
- absence sociálních dovedností, neschopnost čelit sociálnímu tlaku
- nízké sebevědomí
- nesprávné hodnoty
- neschopnost vyvolat si příjemné stavy zdravými způsoby
- nízká frustrační tolerance
- sklon k sebelítosti, depresím a malá pružnost v myšlení

Na úrovni rodiny také existuje velké množství rizikových činitelů (Nešpor, 2001):

- citová deprivace v dětství
- nedostatečné citové vazby dítěte
- nedostatek péče a dohledu

- nesoustavná, přehnaná přísnost střídaná se zanedbáváním dítěte
- nejasná pravidla týkající se chování dítěte, dlouhodobý manželský konflikt mezi rodiči
- rodiče na výchově nespolupracují
- rodiče schvalují alkohol a jiné návykové látky u dětí
- někdo z rodičů nebo sourozenců žijících ve společné domácnosti zneužívá alkohol nebo jiné návykové látky
- rodiče jsou osamělí, vůči společnosti lhostejní nebo dokonce vysloveně nepřátelští
- výchova nepomáhá vytvářet dobré vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu
- podceňování nebo naopak přehnaná ctižádost rodičů
- špatné duševní a společenské fungování rodičů
- časté stěhování rodiny
- nevyrovnanost rodičů
- chudoba či nezaměstnanost rodičů
- sexuální zneužití nebo týrání dítěte
- chybí prostor pro kvalitní zájmy a záliby
- zmatek, nejasné nebo nepřiměřené rozdělení rolí
- výchova pouze jedním rodičem bez pomoci příbuzných
- dítě žije bez rodiny a bez domova
- špatné mezigenerační vztahy nebo vztahy v širší rodině

Dítě dále významně formuje působení školy, výběr budoucího zaměstnání a příprava na něj, vliv vrstevníků, společenské prostředí, ve kterém žije. Je třeba věnovat pozornost tomu, jaký mají rodiče vztah k návykovým látkám. Jaký dávají

příklad svým dětem, třeba při zvládání krizových situací. Jaký je jejich životní styl. Zda-li se v rodině vyskytuje neřešený konflikt a jak s ním zacházet. Také způsoby zvládání duševních problémů, sklonů k násilnému a impulzivnímu jednání rodičů mohou ovlivnit výchovu. Důležitá je spolupráce se školou, protože v ní dítě tráví nejvíce času. Rodiče by měli mít vůči škole realistická očekávání. Mezi ně patří předpoklad, že škola bude místem, kde nebudou dostupné alkohol, drogy ani tabák. Škola bude používat postupy, které mají smysl a jsou účinné. Zprostředkuje rodičům informace, které jim při prevenci pomohou. Může jim také doporučit, kde hledat pomoc pro různé problémy jejich dětí. Bude povzbuzovat žáky ke kvalitním způsobům trávení volného času a ke zdravému způsobu života. Bude s rodiči v kontaktu i za normálních okolností a tím spíše v případě problémů nebo komplikací. Naopak by rodiče neměli předpokládat, že se škola ujme výchovy za ně. *(Nešpor, 2001)*

1.1.3 Prevence

Prevence zneužívání návykových látek je téma, které zahrnuje velmi široké spektrum aktivit. Jejím cílem je zmírnit škody působené návykovými látkami. To znamená, že se snaží nejenom zabránit vzniku závislosti, ale působí i při jejich průběhu. Uplatňuje se na úrovni rodiny, školy, obce i celospolečenské.

„Někdy se v souvislosti s návykovými látkami hovoří pouze o prevenci vzniku závislosti na nich. Takové pojetí prevence by bylo příliš úzké. Světová zdravotnická organizace místo toho hovoří o prevenci problémů působených alkoholem (nebo jinými návykovými látkami). Nejde totiž jen o to, předcházet vzniku závislosti, ale i o to, předcházet řadě dalších škod, které jsou na závislosti vázány. Příkladem mohou

být dopravní nehody pod vlivem návykových látek, předávkování u dospívajícího, který s drogami experimentuje, nebo toxické psychózy po halucinogenech, které nezdávka postihují i lidi, kteří nejsou na drogách závislí. Cílem prevence je tedy předcházet všem škodám působeným návykovými látkami včetně vzniku závislosti.“
(*Nešpor, Csémy, 1996b, s.6*)

Mezi v ČR realizovanými preventivními programy můžeme uvést přednášky ve školách, informační kampaně, peer programy, snižování dostupnosti návykových látek, léčbu nebo mírnění následků a mnoho dalších. Zaměřila jsem se dále především na prevenci v rámci rodiny, na ty faktory, které mohou posílit riziko vzniku závislosti a na ty, které naopak přispívají k jeho snížení.

Nešpor (2001) uvádí osvědčené postupy v prevenci problémů působených návykovými látkami u dětí. Jsou to především způsoby projevení zájmu, schopnost získat si důvěru dítěte. Je třeba věnovat mu pozornost, naslouchat jeho problémům. Nechat ho projevit jeho názory. Součástí prevence je informovanost o návykových látkách, je třeba se tomuto problému nevyhýbat, ale umět o něm s dětmi diskutovat. Poskytnout jim příklad vyváženého životního stylu, možnost najít si hodnotné záliby. Ideální výchovný styl je vřelý a středně omezující. Nejlépe jsou na tom děti z rodin, kde dostávají lásku, zájem a pozornost, ale kde také existuje řád a předvídatelné prostředí. Považuje za prospěšné nabídnout dětem dobré hodnoty a vzory, například postoj k alkoholu a jiným návykovým látkám v rodině ovlivní postoje dospívajících v budoucnu. Je třeba dítě podporovat, aby bylo zdravě sebevědomé, pokud si váží samo sebe a svého zdraví, dokáže spíše odmítat a spíše dosahuje svých cílů. Dobrá spolupráce mezi dospělými, kteří se o dítě starají, pronikavě zvyšuje naději na úspěch.

Způsob prevence se také liší podle věku dítěte. Už v prenatálním období je zapotřebí pečovat o tělesné zdraví, vyhýbat se návykovým látkám, včetně alkoholu a tabáku, dbát na dobrý psychický stav matky. (Nešpor, 2001) Plod v prenatálním období velmi citlivě reaguje na psychický stav matky, zejména vnímá stres, který prožívá. Jestliže matka užívá k překonání stresu tlumivé látky, přenesou se tyto informace i na plod a dojde k imprintu, kódu, vzoru jak řešit zátěžové situace. Tento vzor se může uplatnit pokud se jedinec v budoucnu setká se stejně působící látkou, zažije sice nový, ale také již dávno poznatý efekt. Pozitivní zpětná vazba může posilovat vznik návyku (Kudrle) .

Dalším důležitým obdobím vývoje dítěte je novorozenecký a kojenecký věk, Nešpor (2001) považuje za vhodný častý fyzický kontakt, dlouhodobé kojení, citlivé a pohotové reagování na potřeby dítěte, bezpečné, předvídatelné a podnětově dostatečně bohaté prostředí.

V batolecím období je vhodné trpělivě a důsledně vymezovat hranice toho, co je možné a co ne.

V předškolním věku je třeba komunikovat s dítětem kongruentně, tak, aby byla slovní a mimoslovní část sdělení v souladu, poskytovat vřelost a dostatek času. Obraz světa, který rodiče nabízejí, by měl odpovídat skutečnosti a usnadnit fungování. V tomto věku se dítě musí naučit vytvářet sociální kontakty mimo rodinu, respektovat normy, hranice a nutná omezení, osvojovat si první sociální role.

V mladším školním věku by rodiče měli zabránit dostupnosti návykových látek v rodině. Je třeba dbát na to, aby se dítě pohybovalo pokud možno v bezpečném prostředí, a aby byl zajištěn přiměřený dohled.

V dospívání povzbuzovat ke kvalitním zájmům a zálibám, umožnit rozvoj jeho schopností a nadání, ale zároveň na něj neklást nerealistické nároky. Prohlubovat svoji znalost pozitivních alternativ k návykovým látkám. Všestranně rozvíjet osobnost dospívajícího a připravovat ho na život mimo rodinu. Získávat dovednosti v oblasti sebeuvědomování, relaxace, autoregulace. Schopnost předvídat následky svého jednání, mediální gramotnost (*Nešpor, 2001*). Tento výčet ideálních dovedností se dá pojmut jako doporučení, neboť v praxi bude zřejmě velmi obtížné splnit všechny nároky kladené na výchovu.

Stuchlík (*1999, s. 40*) zmiňuje ve společnosti vžitou představu uživatele drog: „Do říše bájí patří obraz uživatele drog jako špinavého, pološíleného bezdomovce neurčitého věku a pohlaví, který se potuluje na okraji společnosti. Současní uživatelé jsou převážně šestnáctiletí až dvacetiletí mladí lidé. Většinou studenti středních škol, dosud bez jakýchkoliv potíží ve studiu nebo doma. Čistí, upravení, o drogách dobře informovaní. Statistiky uvádějí, že každý třetí středoškolák zkusil marihuanu. Odhaduje se, že pervitin vyzkoušelo 30-40% středoškoláků. Statisticky je pravděpodobné, že značná část rodičů by mohla zjistit, že se potomek nějakým způsobem o drogy „otřel“ (ať už formou jednorázového experimentu, krátkodobým občasným konzumem nebo jinak).“

Je nezbytné neustále zvyšovat povědomí většinové společnosti v drogové problematice, protože je zjevné, že dnes se tento problém týká opravdu všech, ne pouze specifické úzké skupiny obyvatel.

1.1.4 Přehled zařízení poskytujících odbornou pomoc v problematice závislosti

V současné době existuje v ČR ucelený systém péče o uživatele drog i jejich blízké, které jejich závislost zasahuje. Velmi důležitá je fungující vzájemná komunikace a spolupráce mezi jednotlivými zařízeními, poskytujícími různé druhy péče. Uvádím zde pouze jejich stručný přehled, obšírněji se budu posléze věnovat formě komunitní léčby.

Formy intervence postupují chronologicky od prvního kontaktu klienta, přes léčbu, až po jeho podporu ve snaze znovu se začlenit do společnosti.

STREETWORK (terénní práce)

Rhodes (1999, s.11): „Cílem terénní práce je vyjít vstříc cílové skupině populace. Většina jiných způsobů intervence je institucionalizovaná a spoléhá na to, že jednotlivci sami vyhledají pomoc. Terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. To znamená, že může intervenovat v počáteční fázi drogové dráhy konzumenta, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům užívání drog.“

Hlavní náplní terénní práce je kontaktování klientů, výměna sterilního injekčního materiálu za použitý, distribuce kondomů a poskytování informací o bezpečném způsobu užívání. Pokud se terénnímu pracovníkovi podaří získat důvěru klienta,

může ho případně nasměrovat k využívání jiných forem péče, nebo mu poskytnout informace o léčbě.

KONTAKTNÍ CENTRA

Hajný in Vodáčková a kol. (2002, s.434): „Místa, kde lze zčásti anonymně měnit jehly, získat informace o léčbě a zdravotních rizicích. Mnohde bývá k dispozici zdravotní sestra či lékař. Kontaktní centra také často evidují zájemce o léčbu v dalších zařízeních a zprostředkují jejich přijetí. V některých probíhají i tzv. motivační skupiny, kde se scházejí ti, kteří o abstinenci uvažují, ale ještě se plně nerozhodli.“

Podle mého názoru, který jsem měla možnost konfrontovat při své stáži v pražském nízkoprahovém zařízení Drop in, je největší výhodou kontaktních center jejich anonymita (i když v prostředí menšího města je situace jistě komplikovanější). Domnívám se, že tato forma poskytování péče je velmi účinná v oblasti mírnění negativních dopadů užívání drog, ať už z hlediska předcházení zdravotních rizik nebo psychologické podpory klientů, a tak pozitivně ovlivňuje výskyt sociálně nežádoucích jevů ve společnosti.

ÚSTAVNÍ LÉČBA

Nešpor, Csémy (1996a) doporučují využívat ústavní hospitalizaci pouze tam, kde se nedaří intervence ambulantní formou nebo pomocí denního stacionáře. Za indikaci k jejímu použití považují zejména:

- stavy, u kterých je nutná nepřetržitá nebo průběžná asistence zdravotníka (např. těžké odvykací syndromy, psychotické stavy, suicidální stavy)
- těžké emoční a behaviorální problémy
- vysoká rezistence vůči léčbě
- nebezpečné nebo nevhodné přirozené sociální prostředí klienta

- léčba je nařízena soudem nebo okresním úřadem

Autoři doporučují použít jednotlivé intervence a uzpůsobit délku hospitalizace individuálním, specifickým potřebám klientů. Léčba je hrazena pojišťovnou, obvykle se zde využívá psychoterapie, poradenství, v některých případech farmakoterapie.

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Touto formou léčby se budu zabývat samostatně v kapitole 1.2.

DOLÉČOVACÍ CENTRA

„Doléčovací centra poskytují škálu služeb pro klienty, kteří prošli léčbou ústavní nebo v terapeutické komunitě. Obvykle jde o poradenství, skupinovou terapii, klubovou činnost, sociální rehabilitaci a chráněné bydlení. Zvláště klienti, kteří se vracejí zpět do původního prostředí – podobných rodinných vztahů, situace bez přátel, bez zaměstnání, tuto pomoc nezbytně potřebují, aby bez drog vydrželi.“
(Hajný in Vodáčková a kol., 2002, s. 435)

Domnívám se, že návrat do skutečného života je pro abstinující uživatele mnohdy těžší než samotná léčba. Často je nutné aby zpřetrhali všechny své sociální kontakty, odešli trvale z prostředí, ve kterém užívali drogy a vytvořili si zcela nový životní styl. To je situace, která by byla zcela jistě traumatická i pro člověka, který za sebou nemá problémy se závislostí, o to je to těžší s tímto handicapem. Velké procento problémových uživatelů nemá dokončenou střední školu, velmi často právě po ukončení léčby musí řešit důsledky trestné činnosti, které se dopouštěli v době drogové kariéry, splácet dluhy, zachraňovat poškozené vztahy s rodinou, hledat si

zaměstnání atd. K tomu všemu se přidružuje nízké sebehodnocení, pocit promarněného času (často i několika let) na drogách, nepřipravenost řešit každodenní situace bez pomoci intoxikace. Z těchto důvodů je role doléčovacích center nezastupitelná.

SUBSTITUČNÍ TERAPIE

„ V posledních letech některá zdravotnická zařízení nabízejí substituční léčbu nebo metadonovou detoxikaci. Starší klienti, dlouhodobí toxikomani a klienti po mnoha neúspěšných léčbách si pravidelně docházejí pro substituční lék, který jim umožňuje vyhnout se nepříjemným abstinenčním příznakům a popřípadě si najít i zaměstnání. Dávky se pak lékař snaží snižovat až na nulovou hranici. Z této léčby bývají vyloučeni dospívající či mladí dospělí, lidé se zdravotními problémy, které to znemožňují, nebo ti, kteří k substituci ještě navíc užívají drogy.“ *(Hajný in Vodáčková a kol., 2002, s. 435)*

1.2 Terapeutická komunita

V této kapitole se budu věnovat specifické formě pomoci uživatelům návykových látek, léčbě v terapeutické komunitě (dále pouze TK). Nejdříve se pokusím definovat fenomén TK, vystihnout jedinečnost komunitního přístupu ke klientům. Dle Skály (1987) spočívá odlišnost TK především ve změně chápání vzájemných vztahů mezi všemi jejími členy z řad klientů i zaměstnanců.

- Kratochvíl (1979) shrnul principy TK do těchto několika bodů:
- aktivní podíl pacientů na léčení
- vytvoření dobré oboustranné komunikace na všech úrovních, tedy mezi pacienty, mezi pacienty a týmem i uvnitř terapeutického týmu
- rovnoprávnost v rozhodování
- kolektivnost
- sociální učení, jehož součástí je rychlá zpětná vazba

Nešpor (1996) uvádí další zvláštnosti tohoto programu, jde především o vnitřní diferenciaci komunity, klienti, kteří jsou v programu déle získávají řadu výhod, jež se týkají propustek, návštěv nebo míry soukromí, zároveň se od nich očekává větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě.

Pojem komunita můžeme podle Hartla a Hartlové (2000, s.267) chápat v širším slova smyslu jako: „přirozené společenství v určité lokalitě nebo skupina lidí sdílejících společné zájmy“ .

Terapeutickou komunitu můžeme definovat jako: „Organizace léčby, v níž personál i pacienti vědomým úsilím vytvářejí otevřenými informacemi propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem. Pacienti se zde stávají

aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů, přenáší se na ně část zodpovědnosti za chod komunity i za léčebný proces. Jde též o léčebnou metodu, která využívá vlivu velké skupiny osob na jednotlivce.“ (*Hartl, Hartlová, 2000, s.267*)

„Terapeutická komunita (léčebné společenství) je způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě.“ (*Kratochvíl, 1997, s.258*)

Kooyman předkládá definici terapeutické komunity, která vznikla v roce 1981 u příležitosti vzniku Světové federace terapeutických komunit:

- Hlavním cílem TK je napomoci osobnímu růstu. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci.
- TK představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi a to morálními i etickými. To představuje sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího statutu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje.
- Lidé v TK jsou jejími členy – tak jako v rodině – nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní.
- Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází ke spolupráci na smysluplných úkolech ve prospěch komunity.
- Tlak skupiny vrstevníků je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vhléd vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní problémy se děje prostřednictvím

skupiny a individuální interakce, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám.

- TK zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti.
- V komunitě existují dvě linie autority - horizontální a vertikální – to podporuje myšlenku sdílení odpovědnosti podpory procesu společného rozhodování – pokud je to prospěšné a v souladu s filosofií a cíly terapeutické komunity.

(Kerr in Kooyman, 1992)

„Terapeutická komunita pro závislé je bezdrogová modalita (rezidenční léčby – pozn. autorky) využívající jedinečný sociálně psychologický přístup k léčbě drogové závislosti. Jejím charakteristickým prostředím je společné komunitní bydlení. Terapeutické komunity nabízejí širokou škálu služeb zahrnujících služby sociální, psychologické, vzdělávací, lékařské, právní a sociálně právní. Tyto služby jsou ale koordinovány v souladu s tradičním přístupem rezidenční terapeutické komunity.“

(De Leon, 2002, s.134)

1.2.1 Vývoj terapeutických komunit v ČR

V této kapitole čerpám především z textu Petra Nevšímal *Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé (2004)*. Zakladatelem systému péče o závislé v České republice je Doc. Jaroslav Skála. V roce 1948 založil na Psychiatrické klinice Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze socioterapeutický klub „KLUS“ (Klub lidí usilujících o abstinenci) po vzoru Anonymních alkoholiků. Již od počátku

se zde objevovali některé prvky komunitních principů jako pravidelné setkávání, společný cíl, stejná ideologie, určitá demokracie v rozhodování. KLUS funguje dodnes a je tak nejstarším socioterapeutickým klubem v ČR. Posléze se klub přestěhoval do větších prostor v Apolinářské ulici č.4. Skála považoval, alkoholismus za „naučené chování“ na podkladě schopnosti alkoholu „změnit nepříjemné stavy tenze, úzkosti a frustrace a vyvolávat euforii. Režim Apolinářského oddělení má pacienty naučit jak snášet stavy stresu a úzkosti, jak překonávat zážitky frustrace, má je naučit volnému úsilí, novým zájmům a činnostem, jež tvoří nezbytné podmínky pro vznik euforie.“ (citace dle Nevšímalá, 2004, s.188) Skála též sestavil “apolinářský desetiboj“, který představoval principy léčby závislostí a dle mého názoru jsou všechny jeho prvky stále platné pro léčbu nejenom alkoholových závislostí, na pacienty kladl tyto nároky:

1. Angažovat se, propracovat se k produktivnímu náhledu (jednota slov a činů).
2. Léčbu platit úsilím.
3. Naučit se brát i dávat.
4. Brát na sebe zodpovědnost (někdy jako zdroj možné gratifikace).
5. Jindy – při neúspěchu – prožít si bez drog stav frustrace.
6. Přijímat fyzickou i psychickou zátěž, ale nakládat si jen tolik, kolik unesu.
7. Postupně získávat sebedůvěru a úctu.
8. Akceptovat axiom trvalé a důsledné abstinence (TDA).
9. Pracovat na své hodnotovém žebříčku a jeho změnách.
10. Již během léčby myslet na doléčování a jeho formy.

(Skála, 1987)

Tématem mé práce jsou sice terapeutické komunity pro léčbu nealkoholových závislostí, přesto musím zmínit přínos odborníků, kteří se soustředili na léčbu

problémů spojených se zneužíváním alkoholu jako MuDr. Rubeš, který s MuDr. Skálou v roce 1971 otevřel první zařízení pro léčbu nealkoholových závislostí (Středisko drogových závislostí), MuDr. Fanfulová a později MuDr. Nešpor. První terapeutická komunita pro neurotiky vznikla v r. 1954 pod vedením Mudr. Jaroslava Knoblocha. O rozšíření metody terapeutické komunity se především zasloužil systém sebezkušenostního vzdělávání psychoterapeutů „SUR“ (Skála, Urban, Rubeš).

Drogově závislí začali být samostatně léčeni (mimo standardní programy pro alkoholiky) v podstatě až po roce 1989, dříve byl počet uživatelů ilegálních návykových látek velmi malý. Po pádu komunistického režimu a masivnímu rozšíření drog tohoto typu si situace vyžádala vytvoření nových modalit pro tuto specifickou skupinu klientů.

První TK pro drogově závislé založilo v r. 1991 sdružení SANANIM v Němčicích, v komunitě od začátku pracují profesionálové vycvičení v metodách psychoterapie, především absolventi výcviku typu SUR.

Další dlouhodobou rezidenční komunitou byla TK White Light v severních Čechách. Dále pak Pastor Bonus, jediné zařízení, které nabízí léčbu partnerským párům a jediné, které nespolupracuje v rámci sekce TK Asociace nestátních organizací. Ve druhé polovině devadesátých let 20. století vznikaly už standardní programy pro drogově závislé TK Fides Bílá Voda na Javornicku (zřízená a spolupracující s psychiatrickou léčebnou), TK Nová Ves na Liberecku (zřízená Centrem sociálních služeb), TK Pocestný mlýn u Dačic (zachovává si svůj křesťanský ráz, založena o.s. Podané ruce), TK Magdaléna v Mníšku pod Brdy (nabízí chráněné bydlení i zaměstnání v areálu v rámci programu následné péče), dnes již neexistující TK Helianna na Mladoboleslavsku, TK Karlov u Čimelic (nabízí dva odlišné rezidenční programy – střednědobou léčbu mladistvých a léčbu závislých

matek s dětmi, založilo ji o.s. SANANIM), TK Renarcon v Beskydách, TK Sejček na Vysočině (vedená exusery), TK Krok v Kyjově, TK Medvědí Kámen.

„Vzhledem k tomu, že tyto komunity jsou závislé na financování státem prostřednictvím grantového systému, přijaly všechny jednotné standardy poskytované péče, vydané Meziresortní protidrogovou komisí. Tím je dán zásadním způsobem jejich profesionální charakter, struktura péče, definovány jsou pravidla výběru personálu i mechanismus vnější kontroly zařízení. Jejich programy jsou v zásadě podobné a odlišují se zejména možnostmi, které jednotlivé komunity mají, ať dané zřizovatelem, nebo místními podmínkami, nebo personálním obsazením. Jejich pestrost je ve státem daných mantinelech dostatečná, některé více akcentují práci exuserů, další specifické terapeutické techniky, jiné charakter pracovních či zátěžových programů, nebo míru religiozity.“ (Nevšímal, 2004, s.195)

1.2.2 Cíle TK

V následujících podkapitolách se pokusím o charakteristiku fungování terapeutické komunity. Jednotlivá zařízení tohoto typu se od sebe v některých rysech liší. Odlišná mohou být například v délce trvání programu, počtu jednotlivých fází nebo i v některých pravidlech. Každá komunita si stanovuje své vlastní podmínky pro přijetí klienta, některé z nich jsou např. schopné přijímat závislé matky s dětmi, jiné nikoliv. Domnívám se, že nejlépe je možné demonstrovat fungování TK na konkrétním příkladě, proto používám pro zjednodušení jako model TK White Light I., kde jsem absolvovala týdenní stáž v roli klienta. Informace jsem čerpala z internetových stránek www.whitelight1.cz.

Základním cílem programu je umožnit klientům TK dosáhnout celkové změny jejich chování ve vztahu k drogám, orientované na abstinenci, změnu postojů a hodnot a postupný návrat do normálního života.

Dílčí cíle na cestě k bezdrogové budoucnosti jsou především:

- znovuoobnovení psychických a fyzických sil
- osvojení sociálních dovedností, pracovních a hygienických návyků
- převzetí odpovědnosti za sebe i za své jednání
- získání dovedností řešit krizové situace v běžném životě
- schopnost reálného sebehodnocení a sebedůvěry

(www.whitelight1.cz)

Skutečnost, že dosažení abstinence není jediným cílem TK zmiňuje též Kooyman (1992): „Hlavním cílem léčby v terapeutické komunitě není jen umožnit závislému žít život bez užívání drog či jiného autodestruktivního chování. Nejde jen o odstranění negativního symptomatického chování. Cílem je také rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres konstruktivním způsobem, změnit jeho negativní sebepojetí na pozitivní, naučit ho vytvářet uspokojivé blízké vztahy s druhými lidmi a užívat si života. Cíl léčby v terapeutické komunitě se netýká pouze změny chování, jeho chování je považováno za symptom jeho vnitřních obtíží. Jen pokud přestane drogy užívat, mohou se tyto problémy vynořit. V terapeutické komunitě se člověk učí znovu cítit důvěru v sebe a druhé. Konečný cíl není neutrální, ale pozitivní. Klient se v TK učí zvládat stres a konflikty konstruktivním způsobem. Zjišťuje také, že žádat o pomoc neznamena být bezmocný. Léčba v TK se zaměřuje na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj klienta. V tomto procesu je důležité, aby klient poznal limity svých schopností, naučil se, že není všemocný obr svých snů ani trpaslík svého strachu, a že je to tak v pořádku.“

1.2.3 Terapeutické faktory

Terapeutické prostředky používané v TK White light1:

- skupinová a individuální sezení
- pracovní terapie a strukturovaný režim dne
- práce s blízkými osobami klienta
- zátěžové akce a sportovní činnost
- terapeutické smlouvy, resocializační plány
- sociální servis

(www.whitelight1.cz)

Jak píše Kooyman (1992) specifickou výhodou léčby v TK je možnost nepřetržitého terapeutického působení na klienta. Poskytuje klientovi náhradní rodinu, v jejímž bezpečném prostředí může dospět.

Filosofie léčby je srozumitelná a pro klienty přijatelná. Struktura má jasná pravidla, nevyskytují se zde žádné dvojné vazby, což poskytuje bezpečí a jistotu. Toto prostředí vytváří dostatek prostoru pro tlak nutný k učení, ale také dost struktury, bránící chaosu, aby se vymkl kontrole. Musí být možné dělat chyby, pokud má TK příliš mnoho pravidel je mrtvá. Klient musí mít možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnosti.

TK směřuje k rovnováze mezi demokracií, terapií a autonomií. Demokracie je chápána jako způsob, jak delegovat moc na všechny lidi, jak umožnit rozhodovat

většině a jak řešit konflikty. Terapie je povinná. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.

Učení se děje prostřednictvím sociální interakce, klient se nemůže izolovat. Musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování. Starší klienti se stávají vzory pro nově příchozí vzory. (*Comberton, 1986, cit. dle Kooymana, 1992*) Klienti se učí fungovat v různých sociálních rolích, zpětná vazba jim umožňuje porozumět svému chování. Učí se dělat rozhodnutí a nést důsledky své volby.

Klienti se též učí tím, že se během léčby dostávají do krizových situací, Erikson (*1963*) považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, když se podaří krizi zvládnout.

Filosofie TK vychází z přesvědčení, že klient je zodpovědný za své chování. Není chápán jako pacient zbavený povinností, které jinak patří k jeho roli. Klient není obětí a neměl by vinit ze svého selhání společnost nebo někoho jiného. Je to člověk, který potřebuje pomoc a který se musí naučit o ni žádat, též má potenciál pomoci druhým.

Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání, jedná „jako by“ se nebál. Zvýšené sebevědomí dále snižuje strach ze selhání a odmítnutí. Pomoc druhým též zvyšuje jeho sebeúctu.

Objevují se pozitivní hodnoty, které klient postupně zvnitřňuje. Učí se být upřímný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.

Po určité době se začíná klient v terapeutickém programu otevírat, začíná mu důvěřovat a jeho obrany se naruší. V této situaci, kterou může prožívat jako krizi, je připraven začít měnit své chování a postoje. Učí se mluvit o svých vnitřních konfliktech a čelit emocionálnímu stresu spojenému s pocity viny a neschopnosti,

posléze by měl být schopen opustit zcela své obrany. V této chvíli přichází přímá emocionální konfrontace. Zjistí, že ostatní změnu oceňují, což snižuje strach z odmítnutí a též pochopí, že aby byl milován nemusí být perfektní. Zjistí, že konfrontace není namířena proti němu, ale proti jeho chování.

Důležitým terapeutickým faktorem je též pozitivní tlak vrstevníků. Klient je veden k tomu, že bude sledovat a kritizovat či komentovat chování a postoje ostatních. Neoceňuje se hra na oběť a manipulativní chování bývá rychle rozpoznáno a odsouzeno (*Kooyman, 1992*).

1.2.4 Podmínky přijetí

Komunita White Light I. nabízí střednědobou léčbu a resocializaci (6 - 8 měsíců) drogově závislých mladých lidí ve věku 15-26 let.

TK má kapacitu 15 míst, přijímáni jsou chlapci i dívky pokud:

- jde o osoby s diagnostikovanou závislostí na drogách
- absolvovali detoxifikaci s lékařskými vyšetřeními (komplexní somatické a laboratorní vyšetření)
- netrpí psychotickými onemocněními
- jejich IQ není výrazně podprůměrné
- jsou motivováni k léčbě, mají podporu rodiny

Klient je do terapie přijímán na základě jednoduché písemné žádosti zaslané na adresu komunity. Klient, který se uchází o přijetí do komunity musí spolu se žádostí o přijetí poslat TK životopis v rozsahu 5 stran formátu A4 (velký sešit), ve kterém popíše své dětství, školy a zaměstnání, kterými klient prošel s důvody ukončení, svoji rodinnou situaci, vztahy v rodině, přátelské vztahy, současná situace ve které klient

žije, drogová kariéra a dosavadní pokusy o léčbu (kdy, v kterém zařízení, jak dlouho, ukončení léčby, situace po léčbě, proč opět začal brát drogy) a svou motivaci k léčbě. O přijetí nového klienta do programu rozhoduje tým TK, klient bude písemně nebo telefonicky vyrozuměn. Na základě vyrozumění o přijetí do programu si klient zařídí detoxikaci ve specializovaném zařízení (to je možné zajistit ve spolupráci s kontaktním centrem, krizovým centrem, lékařem....) s těmito lékařskými vyšetřeními:

- komplexní somatické vyšetření
- laboratorní vyšetření: žloutenky: HbsAg, anti HAVIgM, anti HCV, anti HIV1,2
- jaterní testy: TZR, ALT, AST, GMT, ALP, Chol, T-Bi + glukóza
- Syfilis: VDRL
- ženy gravitest: HCG

Lékařskou zprávu je nutné si vyžádat. Lékařská zařízení je vystavují až po propuštění a častokrát se do komunity nedostanou. Je proto lepší se s ošetřujícím lékařem dohodnout předem a zprávu před nástupem zaslat na adresu komunity nebo přivést s sebou.

Finanční spoluúčast klientů na den pobytu je 130,-, jednorázový vstupní poplatek 3000,- při nástupu do TK. (www.whitelight1.cz)

K tématu přijetí klienta do TK se úzce váže otázka motivace a posouzení připravenosti klienta k nástupu léčby tohoto typu. Přijetí do TK klade na klienta vysoké nároky co se týče prokázání jeho motivovanosti. Klienti se do komunity často dostávají po absolvování několika jiných typů léčby, ve kterých nezdědka selhali. Je samozřejmě nerealistické očekávat od nově přichozích klientů, jejichž abstinence trvá v průměru několik týdnů, aby zaujali jasně negativní postoj k drogám a ve svém vztahu k nim nekolísali, přesto je jejich rozhodnutí se své závislosti zbavit jedním

z nejdůležitějších činitelů zvyšujících naději na úspěch. Na začátku často vychází jejich motivace především z tlaku okolí, ať už rodiny, přátel nebo ze strany soudů, případně institucí sociální péče v případě mladistvích.

Pobyt v TK se dle Nešpora (2000) hodí pro klienty, kteří splňují následující kritéria :

- závislost dosáhla určitého stupně závažnosti, lehké formy závislosti nebo zneužívání návykových látek bez závislosti lze často léčit časově méně náročnými postupy
- jsou tělesně a zejména duševně schopni takový pobyt zvládnout
- nemají dostatečné zázemí a kvalitní přátele, takže by kratší léčba byla spojena s neúměrně velkým rizikem recidivy
- jsou ochotni takovou léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat, přípravou na pobyt v TK může být krátkodobá nebo střednědobá léčba

1.2.5 Struktura pobytu v TK

Opět jsem jako model zvolila TK White Light I. Pobyt v komunitě je rozčleněn do 4 fází, které se od sebe liší především mírou odpovědnosti, kterou klient v rámci skupiny postupně přebírá.

Nultá fáze:

Trvá 2 - 4 týdny, je vstupní fází klienta do TK, kdy si zvyká na režim, na skupinu a na povinnosti v ní, je obdobím podpory a přijetí - nároky na klienta jsou nižší, pracuje se na motivaci k léčbě, na konci tohoto období se klient rozhoduje o jeho setrvání v programu.

První fáze:

Je dlouhá 1 - 2 měsíce. Hlavním cílem v tomto období je vytvořit atmosféru vzájemné důvěry, společně charakterizovat a formulovat klientovy problémy a nastítnit kroky nezbytné k jejich řešení.

Druhá fáze:

Je zpravidla nejdelší etapou pobytu klienta v komunitě, 2 - 3 měsíce. Cílem této fáze je plánovitá a postupná práce na klientově problému, učení se novým sociálním rolím, způsobům komunikace a snaha o dosažení pozitivních změn v jeho chování. Postupně přebírá odpovědnost nejenom za sebe, ale i za jiné členy skupiny, aktivně se spolupodílí na organizaci a řízení života komunity.

Třetí fáze:

Poslední fáze, charakterizovaná postupným odpoutáváním se od komunity probíhá v rozmezí 1 – 2 měsíce. Klienti v tomto období už mohou chodit do zaměstnání mimo TK, stále se však ještě zúčastňují některých skupinových aktivit a jsou za některé oblasti života skupiny zodpovědní. Plánuje se odchod z TK ve spolupráci se zařízeními následné péče - doléčovací programy, sociální pomoc, hledání zaměstnání, dokončení studia... (*www.whitelight1.cz*)

Nejčastěji je léčba rozdělena do následujících třech stádií (*Csémy, Nešpor, 1996a*):

1. úvodní stadium – trvá do šedesáti dní, komunita během něj posoudí vhodnost kandidáta pro léčbu, klient se připravuje na členství v TK

2. stadium primární léčby – trvá 2-12 měsíců, cílem je socializace, rozvoj osobnosti, sebeuvědomění a sebepoznání (toto stadium se obvykle člení do několika podstadií)

3. re-entry stadium – návrat do společnosti, obvykle trvá 13-24 měsíců

- v první polovině se klade důraz na praktické dovednosti (např. hospodaření s penězi, hledání zaměstnání, využívání volného času, dovednosti ve vztazích), očekává se stanovení jasného plánu do budoucna

- ve druhé polovině žije již klient mimo komunitu, dochází do zaměstnání a vede vlastní domácnost, účastní se doléčovacích aktivit, frekvence kontaktů s komunitou se pozvolna snižuje až např. na návštěvu 1krát měsíčně nebo na telefonické hovory

Hlavním indikátorem, podle De Leona (2002), jak rozpoznat okamžik kdy je klient připraven postoupit do další fáze programu ovšem není časové hledisko, ale jeho vnitřní vývoj. Jak klient dokázal zpracovat nároky na něj kladené a do jaké míry se ztotožnil s principy fungování komunity. Z tohoto pohledu je možno rozdělit vnitřní vývoj do čtyř stadií:

1. stadium podrobení se – klient přijímá normy komunity pod tlakem vnějších okolností
2. stadium konformity – přidává se snaha udržet si nově získané vztahy a vazby
3. stadium zaujetí – klient přijímá a aktivně prosazuje normy komunity
4. stadium internalizace norem a postojů

1.2.6 Základní pravidla White Light I.

Jejich porušení může být příčinou k vyloučení z komunity:

- důsledná abstinence - zákaz držení, manipulace a užití drog včetně alkoholu
- žádné formy násilí - fyzického či psychického
- žádné erotické svazky
- přijetí terapie
- akceptování rozhodnutí komunity

(www.whitelight1.cz)

1.2.7 Pracovní terapie

Pracovní terapií v TK se rozumí bloky pracovní terapie, které jsou součástí programu a začleněny v režimu týdne a činnosti ve prospěch komunity (např. vaření, úklid, praní, atd.). Cílem pracovních činností v komunitě je především obnova nebo získání základních pracovních návyků (včetně hygienických) a dovedností. Na pracovní činnost jsou všichni členové skupiny povinni nastupovat včas a přiměřeně oblečení dle vykonávané práce. Pracovní činnost je možno vykonávat rovněž i mimo TK. Jednak jako forma činnosti realizované ve prospěch komunity (např. česání ovoce, sběr brambor, apod.). Jednak jako pracovní činnosti uskutečňované jako možnost výděleku pro klienty (jednorázové činnosti, brigády, apod.). Podmínkou pro umožnění takových akcí je, aby nenarušily chod komunity, tj. program léčby a resocializace. Takových pracovních příležitostí se mohou účastnit zpravidla klienti od 2. fáze, v době od 9,00 - do 15,00 hod. Z takto získaného výděleku klientů je do komunitní pokladny odveden příspěvek, jehož výše je dojednána v rámci skupiny a

týmu, a náklady na odvoz klientů do místa výkonu pracovní činnosti (pokud byla doprava zajišťována z prostředků TK). (*www.whitelight1.cz*)

Zodpovědnost za každodenní chod zařízení je základním prvkem metody svépomocné komunity. Pracovní terapie přispívá k resocializaci a vzdělávání klientů, poskytuje příležitost pro rozvoj dovedností, posiluje sebepoznávání a osobnostní růst. (*De Leon, 2002*)

1.2.8 Práce s blízkými osobami klientů

Probíhá zpravidla 1x měsíčně v souvislosti s návštěvními dny. Probíhá ve dvou základních rovinách : skupinové sezení terapeutického týmu se signifikantními osobami klientů (rodičů a dalších blízkých příbuzných klientů -sourozenci, přítel/-kyně) a „individuální“ rodinná sezení v chráněném prostředí komunity. Smysl těchto setkávání spočívá především v informování blízkých osob klientů o aktuálním životě komunity, změnách za uplynulé období, plán činnosti, aktivity, program apod. na další období. Individuální rodinná sezení se týkají otázek vztahů a problémů v rodině, o nichž klient nebo jeho rodiče, blízcí nejsou schopni bez podpory ze strany terapeutů společně hovořit.

Cíle :

- informování osob blízkých klientům o dění v komunitě
- otevírání otázek vztahů a problémů v rodině, práce s nimi
- změna patologických vztahových vzorců v rodině klienta

Rodičovské víkendy:

Uskutečňují se 1x za 3 měsíce za účasti, pokud možno všech rodičů a dalších blízkých příbuzných klientů (sourozenci, přítel/-kyně), co největšího počtu členů týmu. Probíhá formou intenzivní práce skupinové - skupiny rodičů a příbuzných, skupiny klientů, smíšené skupiny rodičů a klientů - a individuální práce s jednotlivými rodinami. Součástí setkání jsou i společné zážitkové aktivity, která mají za cíl posílit atmosféru vzájemné důvěry a spolupráce mezi všemi zúčastněnými stranami.

Cíle :

- zprostředkování zážitku ze života klienta v komunitě rodičům
- výměna zkušeností mezi rodiči nebo příbuznými různých klientů
- získání náhledu na problematiku léčby drogové závislosti
- otevření a řešení otázek rodinných vztahů a problémů s nimi spojených
- vzájemné poznání

(www.whitelight1.cz)

„Vztahy s rodiči a dalšími blízkými se za pomoci týmu mění od okamžiku prvního kontaktu po období separace v první fázi programu. V této době chodí rodiče do rodičovských skupin, které někdy začínají už před zahájením léčby. V terapeutických skupinách lze s rodiči vyřešit řadu „nedokončených záležitostí“, kde jsou rodiče zastoupeni symbolicky (prázdné židle, hraní rolí klienty či terapeutů).“

(Kooyman, 1992, s.35)

1.3. Závěr teoretické části

Problematika drogové závislosti je velmi široké téma. Její vznik je ovlivněn celou řadou faktorů, je to fenomén, který souvisí s velkou škálou činitelů na biologické, psychologické, sociální i spirituální úrovni. Vzhledem k současné politické situaci, kdy se Česká republika čím dál více otevírá světu, což se sebou nese pozitivní i negativní důsledky a pomyslná bariéra před světem drog je prolomena, se dá očekávat, že celou naši společnost budou drogy ohrožovat čím dál tím víc. Jsem názoru, že ačkoliv zneužívání návykových látek není v našich podmínkách až tak novým jevem, jsme nedostatečně připraveni mu čelit. Zvláště co se týče informovanosti běžné populace a prevence jako takové máme velké rezervy. Vývoj drogové scény také úzce souvisí se sociální politikou obecně, neboť nízká životní úroveň, vysoká nezaměstnanost a nevhodná legislativa, jsou zásadními predispozicemi vedoucími k problematickému užívání omamných látek, které se sebou přináší i celou řadu vedlejších sociálně patologických jevů jako šíření infekčních nemocí, vysokou kriminalitu, prostituci... V tomto smyslu se tento problém týká opravdu nás všech.

Terapeutické komunity pro léčbu a resocializaci uživatelů návykových látek vnímám jako jedinečný a komplexní přístup k léčbě. Umožňují klientům nejenom dosáhnout abstinence, ale svým nepřetržitým terapeutickým působením na klienty jim též umožňují získat praktické sociální dovednosti, dozrát v bezpečném prostředí, alespoň zčásti vyřešit problémy, které vedly ke vzniku závislosti a tím značně zvyšují naději jejich úspěšného zařazení se do chodu běžné společnosti. Největší úskalí v jejich fungování spatřuji v nedostatku finančních prostředků a také neprůhlednosti některých z nich. Klienti jsou jistě při nástupu léčby v krizové situaci a domnívám se, že zneužití jejich dezorientovanosti je velmi lehké. Tento etický problém se ale týká

celé sféry psychologických a sociálních služeb. Z tohoto důvodu bych chtěla vyzdvihnout nutnost odborné supervize, což je opět téma, které se týká všech zařízení poskytujících psychosociální služby.

2. Praktická část

2.1 Zdůvodnění volby tématu praktické části

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem se rozhodla zpracovat kasuistiku bývalé klientky TK Helianna. Ester (jméno jsem kvůli anonymitě změnila) jsem poznala v roce 2000, kdy jsem v této komunitě absolvovala týdenní stáž v roli klienta. Byla jsem si s ní ze všech klientů nejbliže a po ukončení stáže jsme si asi rok dopisovaly, poté jsme ztratily kontakt. Minulý rok mne po šesti letech znovu kontaktovala a pozvala na svoji promoci. V té době jsem přemýšlela nad zpracováním své bakalářské práce a velmi mě potěšilo, že byla ochotna poskytnout mi autentickou výpověď o své zkušenosti se závislostí a léčbou v terapeutické komunitě. Domnívám se, že není nic cennějšího než pohled klienta, protože žádné teoretické teze nejsou schopny lépe vystihnout podstatu prožitku závislosti i terapeutického působení než vlastní zkušenost. Zvláště cenná je otevřenost a upřímnost, se kterou na této práci spolupracovala.

2.2 Rodinná anamnéza

Ester se narodila v roce 1975 po tříletém vztahu a uzavření sňatku rodičů, těhotenství bylo chtěné, porod klasický, bez komplikací. Matce bylo 26 let, otci 31 let.

Matka pochází z vesnické rodiny, starali se o větší hospodářství a vlastnili pivnici. Výchovný styl v její rodině charakterizuje Ester jako přísný a chladný, ve kterém se

neprojevovaly city, občas se používaly fyzické tresty. Otec matky se o děti nezajímal a téměř s nimi nekomunikoval, často pil, opilost málokdy. Matka je vyučená prodavačka, toto zaměstnání vykonávala až do r. 1989, poté se starala o rodinný penzion. Ester ji popisuje jako introvertní, nesebevědomou, potlačující vlastní názor, pracovitou, pečlivou, snad až přehnaně čistotnou (nenávidí špínu). Co se týče vztahu k dětem chladná, žádné mazlení, plochá komunikace, často používala fyzické tresty. Velmi dbala na to, aby byly děti poslušné, čisté, většinu času věnovala péči o domácnost. Vždy podléhala otci, ke kterému cítila velký respekt, velmi ho milovala a obdivovala.

Otec Ester také pochází z vesnice, rodina se později přestěhovala do Prahy. Jeho matka byla citlivá, milující, starostlivá. Vlastní otec mu zemřel v dětství, vyrůstal s bratrem a nevlastním otcem, se kterým měl výborný vztah. Nevlastního dědečka si Ester pamatuje jako hodně komunikativního, vnoučata i pohladil, což je v celé rodině výjimečné, projevoval city, často kupoval dárky. Babičku z otcovy strany měla Ester moc ráda. Otec Ester vystudoval stavební průmyslovou školu, odmítl vstoupit do KSČ a dál už nestudoval, začal pracovat ve stavební společnosti, kde se stal posléze mistrem, po r. 1995 začal velmi úspěšně podnikat. Ester ho charakterizuje jako autoritativního, schopného, vždy musí být po jeho, málo komunikuje, zvláště o emocích, hlavní prioritou je práce a zabezpečení rodiny, workholik, v dětství Ester nebyl příliš doma. Ester ho měla vždy mnohem radši než matku, má s ním lepší vztah, myslí si, že mu je hodně charakterově podobná. Při výchově nepoužíval fyzické tresty, spíše výčitky, podceňování a ponižování. Dětem stejně jako matka nikdy neřekl, že je má rád, ani se s nimi nemazlil. Matce byl příležitostně nevěrný, což bylo rodinné tabu, matka o tom zřejmě věděla, ale nikdy se o tom nemluvilo.

Ester má o tři roky mladší sestru. Jako dítě ji měla na starost, což jí vadilo, zvláště protože za ni často dostávala vynadáno. Moc si nerozuměly, našly k sobě cestu až v dospělosti. Ester ji charakterizuje jako optimistku, je sebevědomější, urážlivá, vždy se uměla více prosadit než Ester, ničím se příliš netrápí. Není ctižádostivá, ve škole měla horší prospěch, ale zdálo se, že jí to nevadí. Rodiče je vychovávali stejně, Ester měla blíže k otci, sestra k matce. Sestra nikdy neužívala žádné nelegální návykové látky.

Sociální situace v rodině byla dobrá, později nadprůměrně finančně zajištěni. Důležité byly základní věci (jídlo, zabezpečení dětí), nikdy se neutrácelo za věci pro radost (oblečení, dovolené).

Oba rodiče jsou ateisti. Náboženství nehrálo v rodině žádnou roli, ačkoliv jsou oba rodiče pokřtěni.

V rodině se nikdy v minulosti nevyskytlo žádné psychopatologické nebo sociálně patologické chování ani problematické zneužívání návykových látek. Otec pije podle Ester poměrně hodně, málokdy je opilý, mezi rodiči kvůli jeho pití docházelo ke konfliktům, vyhledal psychologickou pomoc na popud matky, ale dále už tento problém neřešil. Matka a sestra Ester jsou téměř abstinentky. Sestra kouří, otec před šesti lety přetal ze zdravotních důvodů.

2.3 Osobní anamnéza

Matka byla s Ester na mateřské dovolené tři roky. Poté navštěvovala mateřskou školu, vnímala to jako utrpení. Jako dítě byla podle svých slov nesebevědomá, na

základní škole začala mít komplexy kvůli vzhledu – brýle, nadváha. Děti se jí posmívaly. Domnívá se, že byla vychovávána hodně přísně, byla izolovaná, nesměla se kamarádit s vrstevníky, hodně zákazů a trestů. Bylo velmi důležité „co by řekli lidi“. Celý její svět byly povinnosti v rodině, škola a zájmové kroužky. Byla velmi ctižádostivá, nikdy nebyla podle svých představ „dost dobrá“. Na ZŠ měla vyznamenání, ale bylo „vydřené“, učila se každý den do pozdních nočních hodin. Rodiče ji nikdy nechválili, nikdy nedostávala žádné dárky jen tak, vždy za výkon nebo na Vánoce a narozeniny. Chyběla úcta, city, pohlazení. Pokud jí něco nešlo, otec ji ponižoval, nadával jí. V dětství si přála být lékařkou a později letuškou. Radost pro ni představoval úspěch ve škole nebo při sportu a sledování MTV. Jako malá hrála v divadle ABC, což milovala. Chodila na němčinu, gymnastiku, volejbal, atletiku. Sama sebe charakterizuje jako velmi cílevědomou, ctižádostivou, puntičkářskou. Vždy byla sama se sebou nespokojená. Neustále na sobě nalézala chyby, depresivní stavy se dostávají nejčastěji kvůli vzhledu.

Po ZŠ nastoupila na obchodní akademii. Učení věnovala téměř všechn svůj volný čas, ale i přesto se jí zhoršil prospěch. Ester říká, že začala být uzavřená, stále více izolovaná, nespokojená sama se sebou. Neměla žádné kamarády, pořád se jenom učila, připadala si neschopná, neměla se ráda. V této době začala navštěvovat kurz pro manekýnky, kde se cítila „tlustá“. Začala zvracet, aby zhubla. Tajně zneužívala povzbuzující léky v kombinaci s alkoholem. V maturitním ročníku se nešťastně platonicky zamilovala.

O Vánocích spáchala podle svých slov vážně míněný pokus o sebevraždu, koupila rodině dárky k Vánocům, zanechala dopis na rozloučenou, užila velké množství analgetik a zapila je litrem vína. Druhý den se probudila, našla ji sestra. Následovala několikadenní hospitalizace v PL Bohnice. Celý tento incident částečně zlepšil

komunikaci v rodině, Ester už nebyla ta „dokonalá“. Začali být více otevření. Po překonání krize se ovšem vše vrátilo do původního stavu. I přes hospitalizaci a problémy zvládla složit maturitní zkoušku v termínu. Za odměnu dostala vlastní byt, měla z toho velkou radost. Její byt sousedil s bytem sestřenice, se kterou poprvé užila drogu.

Ester byla hodně naivní, o drogách se v rodině nemluvalo, vlastně ani netušila, že existují a nevěděla nic o rizicích jejich zneužívání. První setkání s nelegálními návykovými látkami bylo prostřednictvím LSD, nedostavil se žádný účinek. Asi půl roku poté na soukromé párty u sestřenice poprvé zkusila pervitin, formou šňupání. Intoxikace se projevila přívalem energie (to si Ester vždycky přála, aby měla více energie na učení, aby měla více času na sobě pracovat, být výkonnější), pocit sebevědomí. Celý víkend opakovaně užívala pervitin, nespala, protancovala jej v klubech. Po vystřízlivění jí bylo velmi zle. Asi měsíc po první intoxikaci si samostatně koupila dávku pervitinu. Začala ho zneužívat víkendově, asi půl roku vedla dvojí život. Pracovala jako sekretářka, vydělávala poměrně dost peněz, chodila elegantně oblékaná, víkendy trávila na techno párty, začala se identifikovat s prostředím, ve kterém se zneužívaly návykové látky, našla si zde přítele, nemusela spát a měla spoustu energie na tanec, který velmi milovala. Rodina nic netušila. Toto období by se dalo charakterizovat jako šťastné, droga zatím přinášela pouze pozitivum. Ester se konečně cítila sebevědomá, měla přítele, dobré vztahy s rodinou, kamarády, práci, dostatek peněz na financování drog. Velmi důležitá pro ni byla také skutečnost, že začala po pervitinu dramaticky hubnout, byl to jeden z hlavních důvodů užívání.

Půl roku po první intoxikaci si pozvala k sobě do bytu kamaráda, který pervitin zneužíval nitrožilně, zde tuto formu užívání viděla poprvé. Po týdnu ho sama vyhledala a poprosila, aby ji drogu aplikoval nitrožilně, „chtěla zkusit všechno“.

Objevila novou, mnohem intenzivnější, dimenzi zážitku. Okamžitě začala s nitrožilním užíváním. Po velmi krátké době přešla k dennímu užívání. Dbala na sterilitu jehel. Začaly se objevovat první problémy, v práci dostala výpověď, střídala různá místa, čím dál horší a hůře placená, nikde dlouho nevydržela. Sousedí v domě, kde bydlela sepsali petici, že ji v domě nechtějí („feťácký byt“) a tak se o drogách dozvěděla i rodina. Rodiče Ester odebrali byt, z domova utekla a začala poprvé žít na ulici se závislým přítelem. Pervitin už tolik neúčinkoval, na ulici žila ve špíně, lidské trosky, bylo jí ze sebe zle. Rodiče byli závislostí dcery zaskočení, co se týče drog byli naprosto neinformovaní. Po krátké době se Ester vrátila domů a začala abstinovat, pravidelně navštěvovala Drop in. Přiznala, že to zkusila, ovšem tvrdila, že s tím rozhodně nemá problémy. Rodiče jejím slibům a ujišťování věřili. Zapojili se do terapie, začali o tomto tématu otevřeně komunikovat.

Abstinence trvala dva měsíce, Ester na sebe byla hrdá. Navázala vztah s chlapcem, o kterém nevěděla, že užívá heroin. Rozhodla se mu pomoci s drogami přestat. Místo pomoci s ním ovšem poprvé zkusila heroin (šňupání, kouření), kombinovala ho příležitostně s marihuanou. Při intoxikaci se cítila šťastná, neřešila žádné problémy. Byl to silnější a „hezčí“ zážitek než na pervitinu. Rychle přešla k dennímu užívání, dostavila se nezodpovědnost, vyhodili ji z práce. Začala být fyzicky závislá, na dalším pracovišti začala krást. Pak už kradla i v obchodech, nejdříve s partou, když se rozpadla, tak s přítelem. Kradla malé věci (např. parfémy), vždy při tom byla nervózní, měla výčitky svědomí a moc jí to nešlo. Další přítel byl drogový dealer, který neužíval drogy, chtěl Ester pomoci, ale místo pomoci s ní zkusil heroin a začal být také závislý. Čím dál častěji se hádali kvůli drogám, přítel začal být agresivní, Ester měla strach a utekla od něj. Rodina se snažila Ester opakovaně pomoci, zvláště otec. Matka se od ní spíše distancovala. V některých obdobích jí

dokonce kupoval drogy, aby jí udržel doma. Přivazoval ji řetězy k posteli, neustále ji hlídal. Ester přesto utekla, vyskočila oknem, našťípla si páteř a natřikrát si zlomila holeň. Byla několikrát na léčení (3-4x, Apolinář, PL Bohnice), vždy odešla po krátké době po podepsání reversu. „Až tak moc jsem nechtěla přestat“, návštěvy závislého partnera, užívala heroin i v léčebně, při abstinenci jí bylo velmi zle, nemyslela na nic jiného než jak si opatřit dávku. „Jak žít ve světě bez drog – je to tak hrozně daleko? Jak můžou lidé existovat bez drog, kde berou energii k životu?“

Navázala vztah s dalším přítelem, naplánovali, že Ester na oko prodají jako prostitutku do Teplic a nejpozději druhý den ji „ukradnou“ zpátky. Příklad už se neobjevil, teplická rodina jí vyřídila v Praze pas (snad to ani nebylo nedobrovolné, dali Ester drogy a ona v podstatě spolupracovala), pořád si nepřipouštěla, že půjde o prostituci. „Žila jsem v naivním oparu, byla jsem pořád malá holčička a na heráku mi bylo všechno volný.“ Odvezli ji do Amsterdamu a až tady pochopila, že je něco špatně. Prodali jí do nevěstince ve městě, prostitute jí moc nešla, tak ji prodali dál na venkov. Nový majitel byl „hodný“, měl Ester rád. Ester se dostala až na svoji nejvyšší dávku 4g heroinu plus 2g kokainu denně. „Byla jsem tam docela spokojená, měla jsem drogy, jídlo, šaty...“ Majitel jí chtěl dokonce pomoci přestat brát a vozil ji do centra methadonové substituce. Vše skončilo policejní razií, následovala deportace do Čech a tři dny vězení. Po propuštění kontaktovala kamarády v Praze a začala samostatně provozovat prostituci. Měla strach z ostatních prostitutek, z pasáků, zákazníků, ze špatné dávky, ze smrti. „Už jsem nevěděla kudy kam, bylo to zoufalství.“ Bála se bolesti a toho že jí bude zle z abstinčních příznaků, ale také se bála krást i provozovat prostituci. Byla znovu unesena do nevěstince v severních Čechách, utekla okýnkem na záchodě a potom autostopem do Prahy. V Praze se dostala do konfliktu s ostatními prostitutkami, což byla asi poslední kapka. Špinavá,

podvyživená, celá od krve šla za babičkou z matčiny strany, aby jí půjčila 300 Kč. Babička byla v šoku, dala Ester najíst a řekla, že jde koupit chléb. Po chvíli se v bytě objevil otec a její sestra, které zavolala babička. Dali Ester ultimátum, buď se půjde léčit nebo ztratí definitivně rodinu. Ester měla „absták“, škemrala o poslední dávku. Hodinu stáli na ulici v dešti a ona se rozhodovala mezi ulicí a rodinou. Připadalo jí to kruté a nespravedlivé. Nakonec s nimi odjela domů. Otec nechal vybudovat speciální zamřížovaný pokoj. Tam ji zamkli. Týden jí dávali methadon. Celkem strávila zamčena v pokoji tři měsíce, bylo jí zle, byla nešťastná, ale poprvé v životě chtěla opravdu přestat. Otcí napsala: „hrozně chci přestat, ale nemám na to sílu“. Následovala žádost o přijetí do TK Helianna.

2.4 Pobyť v TK Helianna

Následující kapitolu jsem zpracovala formou strukturovaného rozhovoru, Ester zde pokládám otázky, jejichž cílem je pochopit její pocity, které měla při nástupu a v průběhu léčby v terapeutické komunitě a zachytit vývoj její motivace a vztahu k terapii. Odpovědi jsem zaznamenávala během rozhovoru a ponechala jsem je ve formě hovorové češtiny ve snaze zachovat autentický ráz.

Co bylo důvodem tvého rozhodnutí nastoupit léčbu v TK Helianna?

Léčbu jsou měla soudně nařízenou, to ale pro mě nebyl vůbec žádný důvod přestat. Já jsem dokonce před soudem řekla, že s rozhodnutím plně souhlasím, a že vím, že léčbu potřebuju. Brala jsem terapeutickou komunitu jako poslední šanci. Je to skutečně poslední místo, kam každý těžký feťák může jít a začít žít nový život, když

tam přijdeš jsi opravdu zoufalá, vyčerpaná, zničená, bez síly a dáváš svůj život do rukou posledních možných pomocníků. Tam vážně jdeš s tím, že skutečně už nechceš brát a jediný tvůj každodenní sen je přestat, jinak tam nemáš šanci vydržet. Byla to zoufalá situace, chtěla jsem žít bez drog. Otec řekl, že když nenastoupím, pošle mě na léčení do Malajsie, někde si přečetl, že tam léčí drogově závislé. Opravdu jsem chtěla přestat, ale věděla jsem, že to sama nezvládnou.

Jaké jsi měla pocity, když jsi do TK nastupovala?

Nic jsem o tom nevěděla. Představovala jsem si maximálně tři měsíce léčby, když mi řekli, že tam budu nejmíň půl roku, byl to pro mě šok, prostě děs. Připadalo mi to jako hrozná ztráta času. Myslela jsem si, že tam nevydržím. Navíc se mi stalo to, že u mě po týdnu při osobní prohlídce našli methadon, nevěděla jsem, že ho tam mám a sama jsem je ještě na to upozornila, když jsem ho našla. Vyhodili mě pro porušení komunitních pravidel a doporučili na tři měsíce do léčebny, abych se pak mohla vrátit. Připadalo mi to jako hrozná nespravedlnost, nechápala jsem proč mi nikdo nevěří. Otec mi řekl, že svět je občas nespravedlivej.

Chtěla jsi se po téhle nepříjemnosti ještě do komunity vrátit?

Měla jsem za sebou sice jenom týden v komunitě, ale pro mě to byl už kus cesty, kterej jsem měla za sebou. Rozhodla jsem se, že to vydržím a vrátím se.

Jaké to bylo v léčebně?

V léčebně to bylo úplně jiný, jsi tam jenom anonymní číslo, není to vůbec osobní. Hrozně brzy dostaneš vycházky a výjezdy na víkend. Našla jsem si tam vztah a to byl průšvih. S ním jsem se na výjezdu dvakrát opila a on si přede mnou dokonce dal.

Nabízeli mi to, ale já to vydržela i když to bylo strašný, celou noc jsem strávila ve vedlejším pokoji, měla jsem chutě a abst'ák. Nakonec jsem ty tři měsíce v léčebně nějak přežila. Komunita mě podpořila. Všichni o mě měli starost, zajímali se o mě a když jsem se vrátila, tak mě obdivovali a měli radost.

Jaké to potom bylo v komunitě?

Rychle jsem se tam zaběhla. Režim, i když byl dost náročnej a přísněj nebyl až takovej problém, nejhorší byla terapie. Hlavně zrcadla (skupiny, na kterých klienti dostávají zpětné vazby na své chování a nesmějí reagovat – pozn. autorka) nebo horká židle.

Co pro tebe bylo v komunitě nejtěžší?

Nejtěžší je, když se ti zboří identita, rozsype se ti obraz o tom kdo jsi. Nejtěžší témata pro mě byla prostituce a znásilnění. Taky druhá půlka životopisnejch skupin, kdy jsme probírali jak to vlastně mám a začátek hříšného života až po nástup. A pak taky vztah k rodičům a rodičovský skupiny, kdy jsem byla sama jenom s terapeutem a vždycky jedním z rodičů nebo sestřičkou byly těžký. Cítila jsem vinu. Hrozně moc se tam brečelo.

Jak jsi snášela zpětné vazby od ostatních klientů?

Byla jsem hrdá, snažila jsem se s tím prát sama. Než jsem si bouchla první mimořádnou skupinu, přehrála jsem si to snad stokrát v hlavě. Když mě kritizovali reagovala jsem ze začátku obranou, popřením, cítila jsem nenávist, agresi, říkala jsem si co si to vůbec dovolujou. Pak jsem o tom vždycky přemýšlela na pracovní terapii,

tam máš dost času, okopáváš záhonky a přemýšlíš. Někdy jsem s nimi nemohla vydržet ani v tý kuárně, jak jsem je nesnášela. Tam brečeli úplně všichni, i drsný kluci. Dlouho jsem si budovala důvěru k ostatním. Postupně jsem pochopila, že mi nechtějí ublížit, nejsou proti mně. Byli na stejné lodi. Pokud jsem měla problém, byli tu pro mě. Starší klienti pro mě byli velký vzor, byla to velká motivace, dokázat to co oni.

Chtěla jsi někdy utéct?

Pryč se ti chce po skupinách, kvůli kritice a kvůli tomu věčnému rozebírání problémů. Měla jsem stavy, že mi můj život připadal jako černá díra, neměla jsem nic o čem jsem si dřív myslela, že mám. Taky přichází období ponorek, kdy máš plný zuby těch samých ksichtů a řešení těch samých problémů, režim je stereotyp a otrava. Hlavně v první fázi, kdy tě doprovází i k doktorovi a nikam nemůžeš je to takovej skleník. Ale jinak není těžký tam vydržet, oproti léčebně je to tisíckrát lepší, tam jsi jenom číslo. Hodně lidí to tam vydrželo, bylo tam takový teplo domova a to hlavně díky Helče (vedoucí a zakladatelka TK Helianna – pozn. autorka).

V čem vidíš jedinečnost terapeutické komunity?

Je to tvoje rodina, věnují se ti a poskytují ti zázemí, záleží jim na tobě, mají k tobě osobní přístup. Prostě jsou to tvoji přátelé, kteří ti chtějí pomoci, poslouchají tě a přemýšlí nad tím. Naučili mě hrozně moc věcí, můžeš si tam dodělat vzdělání, je tam prostor uvědomit si co chceš od života, mluvit o emocích, naučí tě pracovat, najít si zájmy... Na komunitu se můžeš kdykoliv obrátit, i když už tam nejsi. Vždycky to

bude můj druhý domov. Občas jsem přemýšlela, že se tam na týden vrátím, když mi bylo zle.

Připadá ti něco jako nevýhoda komunity?

Nebyla jsem moc dobře připravená na život venku. Byli jsme hodně navázaný na komunitu a na Helču. Život venku se mi zdál hrozně tvrdý a ostřej. Nikdo se s tebou nebabrá, je to všechno na tobě, nemáš si s kým promluvit. Rozhazovaly mě úplný maličkosti.

2.5 Období po odchodu z TK

I v této kapitole pokračuji v rozhovoru s Ester.

Co jsi dělala po odchodu z komunity?

Chodila jsem půl roku na doléčovák v Mladé Boleslavi. Už ve třetí fázi jsem pracovala v drogerii, pak jsem se přestěhovala do Prahy, kde jsem pracovala jako sekretářka. Chodila jsem rok pravidelně do Sananimu. Pak jsem navštěvovala rok jazykovou školu, dělala různé brigády. Hodně těžký bylo získat zpět důvěru rodiny, najít si nové přátele, bydlení. Nakonec jsem začala studovat bakalářské studium práv. To hlavní bylo, že jsem začala skutečně žít svůj život, poznávat opravdový svět, sama sebe v něm, nakročila cestu za splněním snů a tužeb a byla opravdu šťastná.

Jaký je dnes tvůj vztah k drogám?

Toleruju je, prostě jsou. Když jedu tramvají po Národní třídě a vidím narkomany, tak je nejdřív nenávidím, jsou mi odporný a pak je začnu litovat. Z drog mám respekt. My všichni, kteří jsme byli závislý, máme blízko k tomu si zničit život, ve srovnání s člověkem, který nebral jsem tomu určitě blíž. Mám čím dál, tím menší chuť, prostě to nepotřebuju. Nechci si dát ani když mám depresi. Vím, že už si nedám nikdy.

Co ti drogy vzaly?

Vzaly mi určitě čas, pak taky zdraví, přátelství, důvěru, domov, rodinu. Hrozně těžký je získat zpátky důvěru. Ze začátku, ještě před léčbou, mi vzaly sebeúctu. A taky tak trošku „zdebilníš“, už asi nikdy nebudeš úplně normální.

Co ti drogy daly?

Ze začátku mi ukázaly jak si naplno užít života, i když pak už taky ne. Porozumění lidem, kteří zažili bahno. Při léčbě se o sobě dozvíš hrozně moc, dospěješ. Utřídila jsem si, co je pro mě v životě důležité, hodnoty. Celkově mě změnilo, poznala jsem sama sebe a to i v extrémních situacích.

Přála bys si aby se to nestalo?

Ani ne, jsem s tím smířená, patří to ke mně. Asi se to mělo stát. Jsem úplně zdravá a to jsem mohla být mrtvá. Já mám v životě hrozný štěstí, asi nějaký andělíčky, který nade mnou bdí. Někdy si říkám, že si to ani nezasloužím, proč zrovna já? Chtěla bych to nějak vrátit. Rodiny mi je líto víc než mě, pro mě to byla zkušenost, hodně jsem

získala. Jenom kvůli lidem okolo bych chtěla, aby se to nestalo, ale i rodině to hodně dalo, zlepšila se komunikace, naučili se říkat mám tě rád.

2.6 Současný vývoj

Dnes je Ester úspěšnou absolventkou bakalářského studia práv, má stálou práci a jak je pro ni typické opravdu hodně zálib, zájmů a aktivit. Splnil se jí sen hrát ve filmu, byla přijata na školu, kde si může dodělat magisterské studium. Její život je dnes úplně někde jinde a drogy v něm hrají už jen velmi malou roli. Jsem Ester opravdu velmi vděčná, že mi dovolila projít s ní znovu zkušenost pádu do světa drog a jejího boje se závislostí. Víím, že to pro ni nebylo lehké, jak sama říká mozek má naštěstí milosrdnou schopnost zapomínat to zlé. V některých chvílích jí opravdu nebylo dobře, sama se divila, jak se jí vracejí pocity z té doby.

Pro mne je její důvěra a upřímnost, se kterou se mnou o svém životě mluvila neocenitelnou zkušeností, která mi poskytla možnost proniknout do, pro mne jinak nedostupného, světa autentického prožitku závislosti a léčby, což mi doufám pomůže porozumět klientům. Navíc je její příběh plný optimismu a naděje, že i tak těžký soupeř jako je závislost na heroinu se dá porazit. Rozhodně, i když Ester by to nepřijala, má můj obdiv.

Závěr

Jak jsem již nastínila v úvodu, cílem mé práce bylo co nejvíce se přiblížit pochopení fenoménu terapeutické komunity. Praktická část navazuje na předešlou teoretickou. Formou ilustrativní případové studie, ve které jsem se snažila vystihnout krizové momenty a predispozice vedoucí v tomto případě ke vzniku závislosti na stimulancích a posléze na opiátech, potvrzují některá teoretická východiska zmíněná v první části. V příběhu Ester je hned několik faktorů, které se často vyskytují v anamnéze klientů. Je to především přísná výchova orientovaná na výkon, neschopnost poskytnout dítěti bezpodmínečné přijetí ze strany rodičů, nízké sebehodnocení Ester. Potřeba vše kontrolovat je v jejím životě ústřední téma, nápadně se projevuje v poruchách příjmu potravy, které jí pronásledují již od puberty. Ale i zneužívání návykových látek je možno chápat jako projev potřeby kontroly, je to způsob jak kontrolovat vlastní prožívání, vnímání, náladu. Dalším možným pohledem je, že drogová závislost pro ni byla jediná cesta jak se emancipovat od rodiny, na kterou byla velmi úzce vázána.

Terapeutická komunita pro Ester představovala konečně bezpečné prostředí, ve kterém byla přijímána. Ze strukturovaného rozhovoru s Ester by se dalo shrnout, že z jejího pohledu spočívá účinnost tohoto typu léčby především v prostoru, který má vyhrazený pro práci s klientem. Ve srovnání s ústavním i ambulantním typem zařízení je TK výjimečná osobním přístupem a mírou zájmu, který věnuje klientovi. Toto specifikum umožňuje rezidenční léčba, ale jde hlavně o způsob uspořádání struktury, protože ústavní léčba je sice také rezidenční, nicméně alespoň podle Ester i

mé zkušenosti, se jí příliš velkého prostoru pro individuální práci s klientem nedostává. Malý počet klientů, víceméně stálé osazenstvo komunity, velký vliv klientů, kteří jsou v léčbě déle a jsou pro nově příchozí pozitivními vzory, a především nepřetržité terapeutické působení tvoří dohromady jedinečné prostředí s velkým potenciálem dosáhnout změny v oblasti chování i náhledu na prožívání vlastní situace. Hlavní přínos vidím v chápání klienta jako svobodné lidské bytosti, která má právo i povinnost rozhodovat o svém životě a nést za své rozhodnutí důsledky. Ačkoliv jistě život není spravedlivý a nestojíme všichni na jeho začátku na stejné startovní čáře, i přesto že na vznik závislého chování působí celá řada faktorů, se kterými se jiní vůbec nemusejí potýkat, je užívání návykových látek vlastní volbou. Stejně tak rozhodnutí s drogami přestat musí být volbou dobrovolnou.

Soupis bibliografických citací:

- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria publishing, 1995
- CSÉMY, L., NEŠPOR, K. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: PCP, 1996a
- CSÉMY, L., NEŠPOR, K. *Návykové látky – prevence a časná intervence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1996b
- DE LEON, G., KOOYMAN, M., NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha: NLN, 2004
- ERIKSON, E.H. *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton, 1963
- HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK, R. *Akta Y – drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia, 1999
- HARTL, P., HATRTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000
- KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979, 122s.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997
- KSIR, CH., RAY, O. *Drugs, society, and human behavior*. New York: Mc Graw-Hill, 1999
- KUDRLE, S. *Filosofie nucené odvykací léčby v kontextu nové trestněprávní úpravy*. Internet. Možno najít na: <http://www.polac.cz/knihovna/dz0202.pdf>
- MRAVČÍK, V. *Rok 2004 – souhrn základních informací o užívání drog a jejich následcích v ČR – přehled vybraných indikátorů. Zaostřeno na drogy 2004/5*. Internet. Možno najít na: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ČR-v-roce-2004>
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000

- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001
- RADIMECKÝ, J. Terapeutické komunity pro uživatele drog. Internet. 2006/8. Možno najít na: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/173/Terapeuticke-komunity-pro-uzivatele-drog.html>
- RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog*. Boskovice: Albert, 1999
- SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2001
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. Praha: UZIS, 1992
- White light I - Terapeutická komunita*. Internet. Možno najít na: <http://www.whitelight1.cz/tks.php>

Příloha č.1:

Situace v ČR v roce 2004

Následující informace jsem čerpala z internetového serveru www.drogy-info.cz, pocházejí z dokumentu: Rok 2004 – souhrn základních informací o užívání drog a jejich následcích v ČR – přehled vybraných indikátorů (2005).

INDIKÁTOR	HODNOTA
Zkušenost s užitím konopných látek v obecné populaci	20,6%
Zkušenost s užitím extáze v obecné populaci	7,1%
Počet problémových uživatelů drog	30 000
Počet injekčních uživatelů drog	27 000
Počet problémových uživatelů heroinu	9 700
Počet problémových uživatelů pervitinu	20 300
Počet žadatelů o léčbu (z toho nových)	8 845 (4 600)
Podíl uživatelů heroinu na prvních žádostech o léčbu	15,4%
Podíl uživatelů pervitinu na prvních žádostech o léčbu	59,0%
Podíl uživatelů konopných látek na prvních žádostech o léčbu	21,6%
Průměrný věk prvožadatelů o léčbu v souvislosti s heroinem	25,1 let

Průměrný věk prvožadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem	23,1 let
Průměrný věk prvožadatelů o léčbu v souvislosti s konopnými látkami	19,5 let
Podíl problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy	60%
Podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě metadonem a buprenorfinem	20-30%
Výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog	< 1%
Výskyt VHB mezi injekčními uživateli drog	10-50%
Výskyt VHC mezi injekčními uživateli drog	30-60%
Incidence VHC mezi injekčními uživateli drog (na 100 osob a rok)	12,2
Smrtelná předávkování drogami (včetně psychoaktivních léků)	241
Úmrtnost uživatelů drog (ve srovnání s běžnou populací)	7-11krát větší
Počet stíhaných pachatelů za drogové trestné činy (§187-188TZ)	2100
Podíl stíhaných za držení drogy (§187a)	8%
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s heroinem	6,4%
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s pervitinem	50,4%
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s konopnými látkami	36,3%

Příloha č.2:

Seznam TK pro léčbu a resocializace uživatelů drog v ČR

Seznam jsem sestavila podle Radimeckého (2006).

TK Bílá Voda

Ludmila Jahodová

pl.bila.voda@ova.pvtnet.cz

Tel. 584 414 156

790 69 Bílá Voda

TK Helianna Mukařov

Helena Bartoňová – ředitelka, Petra Kristlová

helianna@atlas.cz

Tel. 326 786 149, 602 208 737

Mukařov 33, 295 01 Mnichovo Hradiště

TK SANANIM Karlov

Petr Vácha

karlov@sananim.cz

Tel. 382 229 655

TK Karlov

Čimelice, okres Písek

TK Krok

Mgr. Hana Čamlíková

krok_os@seznam.cz

Tel. 518 616 801, 605 120 488

Komenského 2124

697 01 Kyjov

TK Magdaléna

Petr Nevšímal, Martina Berdychová

magdalena.ops@iol.cz

Tel. 318 599 125, 603 867 385(4)

Areál Včelník, PO BOX 3

252 10 Mníšek pod Brdy

TK Medvědí kámen

Pavla Vondrová

statis.do@worldonline.cz

Tel. 379 496 687

STATIS o. p. s., Rybník 77

345 25 Hostouň

TK Podcestný Mlýn

Ing. Jan Bartošek - vedoucí

komunita@podaneruce.cz

Tel. 384 420 172

Kostelní Vydrří 64, 380 01 Dačice

TK Renarkon

Tomáš Kvarda

tkrenarkon@post.cz

Tel.558 684 334

739 12 Čeladná - Podolánky 383, okr. Frýdek-Místek

TK SANANIM Němčice

Pavla Dolanská - vedoucí

nemcice@sananim.cz, pavla.dolanska@email.cz

Tel. 383 396 120

Zámek 1, Němčice u Volyně, 387 19 Čestice

TK Sejřek

tksejrek@kolping.cz

Tel. 566 566 039, 608 816 719, 724 238 205

Sejřek 13, 592 62 Nedvědice

TK White Light I

Mgr. I. Radimecká

kwl.iva@volny.cz

Tel. 416 797 069, 602 188 113

PO Box 3, 407 25 Verneřice (Mukařov 53)

TKDZ Nová Ves

David Adameček - ředitel tekadez@volny.cz

Tel. 485 146 988, 723 464 374

Nová Ves 55, 463 31 Chrastava

Písemná práce k bakalářské zkoušce

„Terapeutická komunita v léčbě a resocializaci uživatelů drog“

Autor: Veronika Pánková

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Resumé:

Cílem mé bakalářské práce bylo co nejvíce se přiblížit pochopení fenoménu terapeutické komunity pro drogově závislé. Teoretická část poskytuje odborný rámec. Nejdříve se věnuji definici a popsání závislosti na návykových látkách. Zaměřuji se na vybrané teorie vzniku a rozvoje závislosti, faktory, které jsou pro ně predisponující a naopak ty, jež se pozitivně uplatňují v prevenci. Prevenci se oširněji věnuji v následující podkapitole a to zejména na úrovni rodiny. Dále uvádím přehled zařízení poskytujících odbornou pomoc v této problematice, spolu se shrnutím největšího přínosu jednotlivých forem péče.

Druhá kapitola teoretické části je věnována terapeutické komunitě. Obsahuje historický přehled vývoje terapeutických komunit v České republice, dále pak popis fungování zařízení tohoto typu. Vyzdvihuji specifika, která je odlišují od jiných forem terapie. Zabývám se terapeutickými faktory, používanými v léčbě, otázkou pro které klienty je vhodná ve vztahu k jejich motivaci. Na konkrétním příkladu demonstruji strukturu a pravidla terapeutického programu.

Praktická část obsahuje ilustrativní případovou studii a strukturovaný rozhovor s bývalou klientkou terapeutické komunity. Jde mi zde především o sdělení autentického prožitku závislosti na drogách a následné léčby, navazuje na závěry teoretické části.

OPONENTSKÝ POSUDEK

na bakalářskou práci

Jméno studentky: Veronika Pánková

Název práce: Terapeutická komunita v léčbě a resocializaci uživatelů drog

Celkový počet stran : 62

Počet kapitol : 2 , podkapitol 1.řádu: 9, podkapitol 2.řádu: 12

Počet literárních pramenů : 20, z toho internetových zdrojů : 4

Přílohy : 2 na 5 stránkách, z toho tabulky : 1 (na 2 stránkách).

Téma je velice vhodně voleno, odpovídá aktuálním potřebám společnosti. Autorka je si vědoma, že praktická stránka resocializace zmíněné minoritní skupiny je velmi obtížná, a přesto se chopila tohoto tématu s otevřeností a odvahou, která svědčí o tom, že se jím opravdu vážně zabývala, a nebylo pro ni jen předmětem náhodné volby pro bakalářskou práci.

Zpracování je pečlivé a svědomité, autorka se netají svými názory, které jsou realistické, nesrší ani obvyklým entuziasmem začínajícího odborníka, ani nepodléhá nadměrné skepsi po dotyku s mnohdy tvrdou realitou. Je zde jasná tendence sociální starostlivosti a snaha pomoci postiženým s vědomím toho, že náprava neleží jen v rukách odborníka, ale je uskutečnitelná pouze za pomoci klienta.

Autorka zvolila, poněkud atypicky, kurzívu pro citace v závorkách, zřejmě k rychlejší orientaci pro čtenáře této práce.

Teoretická a praktická část má vlastní Závěr, z něhož první zahrnuje obecné úvahy o stavu drogové závislosti v České republice a o významu terapeutických komunit v léčbě. Autorka zde prezentuje také vlastní názory.

Po stránce vyjadřování a gramatiky je práce v pořádku.

Připomínky :

V práci se čísluje Úvod, což se již nedělá. Naopak tam není číslován Závěr.

Na s.11 je příliš dlouhá přímá citace, zahrnující 18 řádků. Podobně je dlouhá citace Koymana na s.32. Jsou to texty, které mohla autorka zkrátit a uvést vlastními slovy. Navíc zde neuvádí stránky, jak je zvykem u přímé citace.

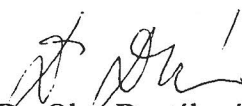
Práce má tyto *nedostatky*:

- Na více místech není za závorkou s citací tečka např. na s.7 ve 2.a 3.odstavci.

- U převzaté citace nepoužívá autorka obvyklého odkazu „cit.dle ...jméno autora, odkud bylo převzato, rok, případně stránka“, ale používá např.(Hajný in Vodáčková a kol., 2002, s.435) na s.24 a 25 nebo (Kerr in Kooyman,1992) na s.28. Na s.29 má téměř správně (citace dle Nevšimala).
- Při vyjmenovávání jednotlivých bodů nejsou někde odděleny žádným znaménkem např.na s.8, 9, 16, 17, 26, 33, 35, 36, 37, 40, kdežto na s.10, 27, 28, 29 a jinde je to v pořádku. Toto je však pouze nedostatek zcela formální.
- Na s.15 má autorka 2x přímou citaci Kudrleho bez dalších náležitostí. U téhož autora na s.20 u nepřímé citace je opět uvedeno pouze jméno. Totéž je u přímé citace Koymana na s.32, který je druhým ze tří autorů podle bibliografických citací. Správně měl být uveden první autor a k tomu aj. Pravopis Koymana je zde s jedním o, vzadu s dvěma o, taktéž na s. 32.
- Na s.19 má být vloženo mezi autory Nešpor a Czémy „a“.

Zavěr

Práce je vhodně strukturována, autorka umí pracovat s literaturou a problematiku se jí podařilo zvládnout. Vyjadřování je jasné a srozumitelné a autorka dobře prezentuje vlastní názory. Domnívám se, že nedostatky v práci nebrání tomu, aby byla doporučena k obhajobě.



MUDr. Olga Dostálová, CSc.

POSUDEK VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V Praze dne 15.9.06

Název: „Terapeutická komunita v léčbě a resocializaci uživatelů drog“

Autor: Veronika Pánková

Téma: Téma terapeutických komunit v léčbě a resocializaci drogových závislostí autorka zvolila na základě své praxe a osobní zkušenosti ze stáže v terapeutické komunitě. Komunitní psychoterapie je téma pro autorku očividně velmi blízké vzhledem ke studovanému oboru i zaměření své praxe. Z hlediska oboru sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii je to téma plně vystihující zaměření studovaného oboru.

Základní informace o práci:

Předkládaná práce svým rozsahem (cca 60 str. a 7 str. přílohy) přesahuje požadavky na závěrečné práce bakalářského studia. Autorka rozčlenila práci do dvou celků – na teoretickou a praktickou část.

V první části se věnuje definování a etiopatogenezi drogových závislostí a shromažďování základních informací o terapeutických komunitách. Členění kapitol v teoretické části je přehledné, kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Obsahem kapitol první části je zejména shromažďování informací z odborné literatury o drogových závislostí, druzích léčby a popis terapeutické komunity jako specifické metody resocializace. Autorka se v této části spíše zdržuje vlastních názorů a přednost dává citovaným autorům. V závěru si uvědomuje i etická rizika práce se závislými. Citace jsou prováděny dle normy a řádně uváděny v textu. Práci by neškodil větší počet cizojazyčných zdrojů literatury. Celkově čerpá z 20 zdrojů (2 cizojazyčné), což je pro bakalářskou práci dostatečný rozsah odborné literatury.

Druhá část práce je nazvána praktickou a stylisticky je rozdílná od části první. Autorka zde zpracovala kasuistiku a semistrukturovaný rozhovor z jednou z klientek. Praktická část je jakousi „živou“ ilustrací pro část teoretickou, má charakter „ilustrativní případové studie“, kde se autorka snaží o konkrétní popis jednoho případu „typické“ klientky terapeutické komunity. Kasuistika je vypracována biograficky, přehledně s ohledem na rodinnou, sociální a osobní anamnézu. Strukturovaný rozhovor je orientován na současnost klientky spojenou s pobytem a odchodem z komunity do „reálného světa“. Kasuistika je psána čtivě s literární kvalitou. Autentický záznam rozhovoru je součástí textu v praktické části, což není příliš obvyklé v odborném textu. Dává to práci jakýsi „žurnalistický punc.“ Autorka je stylisticky zdatná.

Na jedné straně kolegyně prokazuje nadání pro kvalitativní pohled na studovanou problematiku, na druhé straně je na škodu, že ze sebraného materiálu v rámci rozhovoru vytěžila závěry velmi skromné. Rozhovor sice nepostrádá „autenticitu a živost“, nicméně bylo by možné z něj vydobýt více o zkušenosti klientky i autorky s tímto typem léčby popř. stanovit hypotézy a se získaným materiálem dále pracovat. Praktická část by tím více získala na vědecké hodnotě, ale to již přesahuje obsahové i formální nároky na bakalářskou práci.

Závěr: Domnívám se, že autorka se zabývala tématem, který je velmi blízký studovanému oboru, prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V praktické části prokázala schopnost kvalitativního přístupu prostřednictvím ilustrativní případové studie „typické“ klientky. Ocenit musíme zejména schopnost autorky získat klientčinu důvěru pro otevřený rozhovor a shromáždění biografických dat. Nedostatek můžeme spatřit pouze ve způsobu zpracování dat. Toto téma bych považoval za vhodné rozvinout v diplomové práci až v magisterském stupni studia.

Klasifikace: Navrhuji práci jako výbornou

Zpracoval: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

