

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Věroslav PINC

Učitelství prakt. vyučování a odborného výcviku

Výchovně léčebná jednotka jako specializovaný útvar VÚDD

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, PhD.

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 2. dubna 2012

.....
Věroslav Pinc, v.r.

Poděkování

Děkuji vedoucí této bakalářské práce Mgr. Vladimíře Lovasové, PhD. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce a za čas strávený konzultacemi.

Děkuji také slečně Janě Svobodné za jazykovou korekturu.

Obsah

Úvod.....	7
1. Závislost.....	8
1.1 Vymezení pojmu závislost.....	8
1.2 Znaký závislosti.....	11
1.3 Druhy závislostí.....	15
1.4 Příčiny a spouštěče závislosti.....	21
1.5 Sociální aspekty závislosti.....	24
1.6 Léčba závislosti.....	26
1.7 Úloha rodiny v léčebném procesu.....	28
2. Terapeutická komunita.....	30
2.1 Vymezení pojmu <i>terapeutická komunita</i>	30
2.2 Vznik a vývoj terapeutických komunit.....	32
2.3 Situace terapeutických komunit v České republice.....	36
2.4 Bližší charakteristika nejrozšířenějších modelů terapeutických komunit.....	37
3. Výchovně léčebná jednotka Medvědí kámen	45
3.1 Principy výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen	45
3.2 Individuální rozhovory s klienty Výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen.....	51
3.3 Posouzení úspěšnosti strategie integrace rodin pacientů v léčebném procesu Výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen a interpretace výsledků empirické části práce.....	53
Závěr.....	56
Resumé.....	57
Seznam použité literatury a pramenů.....	59

Úvod

Užívání nealkoholových drog je v České republice relativně nový fenomén – před revolucí u nás tvrdé drogy prakticky nebyly známy. V devadesátých letech se odborníci na rostoucí počet drogově závislých snažili reagovat zakládáním různých léčebných zařízení, z nichž nejradikálnější, avšak pravděpodobně také nejúspěšnější je model terapeutických komunit.

Mladiství jsou obzvláště náchylní do drogové pasti spadnout a jen těžko se z ní dostávat – přijímat do terapeutických komunit mladistvé je vlastně pro české psychiatry takovou výzvou, že většina takovýchto léčebných jednotek je u nás vyhrazena pro plnoleté.

VLJ Medvědí Kámen je jednou z mála českých terapeutických komunit specializovaných na nezletilé klienty. Jako taková se rozhodla více než jiná léčebná zařízení spolupracovat s rodinami svých pacientů, a to i přesto, že příbuzenské vztahy v těchto rodinách bývají více než problematické – dysfunkce rodiny bývá nezdědka jednou z hlavních příčin užívání návykových látek u mladistvých.

Účelem této bakalářské práce je na základě studie fungování zmíněné výchovně léčebné jednotky popsat, jak přesně spolupráce s rodinami odvykajících si mladistvých pacientů probíhá, a posoudit, jaký vliv má na průběh léčby a nakolik je efektivní.

1. ZÁVISLOST

1. 1 Vymezení pojmu závislost

Jiří Presl, přední český odborník na drogovou problematiku a zakladatel centra DROP-IN, zdůrazňuje, že na závislost na drogách (ať už měkkých či tvrdých) bychom se jednoznačně měli dívat jako na onemocnění. To dokládá tím, že závislost na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách je zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí, jejíž nejnovější verzi MKN-10, publikovanou několik let po Preslově knize, samozřejmě vydala Světová zdravotnická organizace¹; o český překlad se stará Ministerstvo zdravotnictví. Magdaléna Fišerová, profesorka Karlovy univerzity, cituje definici expertů Světové zdravotnické organizace následovně: „*psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu*”.² Preslova definice je rozšířenější – vymezuje čtyři hlavní body, z nichž se podle něj skládá definice závislosti, jak jí rozumí mezinárodní lékařská komunita. Jsou to *neodolatelná touha po opakovaném požití látky, tendence ke zvyšování dávek, přítomnost tzv. abstinenčního syndromu fyzického či psychického typu při vysazení látky* a *konečně negativní důsledky pro jedince a společnost*.³ Ihned však dodává, že tato čtyři kritéria závislosti samozřejmě nepůsobí univerzálně – u určitých typů drog mohou být jednotlivé příznaky méně významné, mnohde jeden či více z nich zcela chybí. Hovoří však o jakési přirozené „rovnováze“, pokud různé typy drog porovnáváme mezi sebou – zatímco u mnoha drog se sníženým potenciálem závislosti hrozí významný dopad na zdravotní stav užívajícího, u opiátů je podle něj například vysoké riziko závislosti vyváženo relativně nízkou mírou poškození organismu.⁴

Karel Nešpor, známý český psychiatr působící v oddělení závislostí pražské psychiatrické léčebny Bohnice, se také odvolává na Světovou zdravotnickou organizaci. Samotnou závislost představuje jen jako jednu z několika příkladů škodlivého působení návykových látek. Mezi tři z deseti diagnostických kategorií z Mezinárodní klasifikace nemocí⁵, o kterých se rozepsal, patří akutní intoxikace a škodlivé užívání⁶ – je třeba si uvědomit, že návykové látky jsou nebezpečné i bez toho, aby vznikala závislost. Za zmínku stojí, že Nešpor (na rozdíl od Presla) po vzoru MKN používá

¹ ICD-10 (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

² Postgraduální medicína, ročník 2, číslo 3, rok 2000, strany 288 - 298

³ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 11

⁴ Tamtéž

⁵ ICD-10 (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

⁶ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 31-33

termín *syndrom* závislosti (syndrom je definován jako soubor příznaků), čímž se elegantně vyhýbá nutnosti specifikovat, že problém nastává i u případů, kde nejsou nutně splněna všechna kritéria. Syndrom závislosti je zde popsán jako „*skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jednání, kterého si kdysi cenil více*“, což je parafráze MKN. Definice se zkonkrétňuje identifikací ústředního znaku závislosti, touhy brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák, a to „*touhy často silné, někdy přemáhající*“.⁷ K tomu se vztahuje zajímavý, nepříliš často uváděný jev typický pro symbol závislosti, jímž je podle Nešpora uvědomění si závislosti a řada „*pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání*“.⁸ Jde však jen o jakousi teoretickou definici syndromu závislosti – k Nešporovu seznamu praktických ukazatelů se dostaneme později.

K Nešporově definici syndromu závislosti lze jen podotknout, že je zajímavé, že v její teoretické podobě nenalzáme zmínku o abstinenčních příznacích jako takových – z praxe je totiž známo, že ona touha po opětovném užití návykové látky, na které se Presl a Nešpor zřejmě shodují jako na určujícím znaku závislosti, je podpořená pocity často jednoduše potlačitelnými téměř výhradně novou dávkou. Na obranu Nešpora by se však dalo samozřejmě namítnout zaprvé to, že v jiných částech knihy abstinenční příznaky – ač je nazývá jinak – uvádí, a zadruhé fakt, že v mnohých případech se abstinenční příznaky vůbec nevyskytují.

Jako další zdroj lze použít vlastní definici zmíněné farmakoložky Magdalény Fišerové. Také závislost na návykových látkách považuje za onemocnění, chronické onemocnění centrální nervové soustavy. Je pozoruhodné, že Fišerová omezuje závislost na psychiku – o fyziologické stránce se nezmiňuje. Podle jejího článku v odborném časopise *Postgraduální medicína* se závislost (neboli náruživost) dá považovat za „*psychický fenomén charakteristický neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování (užívání drogy) a nepříjemnými pocity při vynechání (abstinenci)*“.⁹

Přání změnit prožívání reality je kritérium, se kterým se u obecné definice závislosti setkávám vůbec poprvé. Ačkoli jde o jaksi „nelékařský“ pojem, připadá mi jako velmi trefný popis reality zahrnující nejrůznější motivy vedoucí k užívání návykové látky, u kterých se setkávám v praxi. Má malá výtku se vztahuje k *neodolatelnému nutkání* – už jen mé povolání je postaveno na

⁷ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 32

⁸ Tamtéž, str. 33

⁹ http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm – Fišerová – uveřejněno v *Postgraduální medicína, ročník 2, číslo 3, rok 2000, strany 288 - 298*

víře, že tomuto nutkání odolat lze! Nešporova formulace o „často silné, někdy přemáhající“ touze je mnohem otevřenější a optimističtější, protože nechává prostor přemožení závislosti.

Pokud se v této práci opírám o Mezinárodní klasifikaci nemocí, nemohu nezmínit také americký Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM), který má v psychiatrické diagnostice podobný status jako MKN v klasické medicíně. Ve čtvrté edici DSM je konkrétně *látková závislost* definována následovně: „*Látkovou závislost můžeme diagnostikovat, pokud jedinec pokračuje v užívání alkoholu nebo jiných drog nehledě na problémy spojené s užíváním této látky. Kompulzivní opakované užívání může vést k toleranci vůči účinkům drogy a k abstinenčním příznakům, pokud je užívání omezeno nebo přerušeno.*“¹⁰

Zde si všímám zejména toho, že ve zbývající části definice, kterou by bylo nadbytečné citovat, se nebavíme o onemocnění, nýbrž o poruše. Je to samozřejmě proto, že se na závislost díváme z ryze psychiatrického hlediska. Slovo onemocnění však má v češtině přátelštější konotace, proto se přikláním k němu. Dále postrádám bližší vysvětlení výrazu *problémy* spojené s užíváním látky, jenž je součástí této definice – roli hraje nejen charakter, ale i *závažnost* takovýchto problémů.

Pro potřeby této práce se nyní pokusím na základě pěti uvedených zdrojů vytvořit souhrnnou definici závislosti. Z mého pohledu vyčerpávající definice dosáhnou totiž jediné jejich kombinací. Podle mě tedy závislost charakterizují následující vlastnosti:

- silná, někdy až neodolatelná touha psychického či fyzického charakteru – touha po opakovaném požití určité látky s příslibem změny prožívání reality, touha mnohdy spojená s nutkáním k chování takové požití doprovázejícímu
- přítomnost abstinenčního syndromu fyzického či psychického typu při omezení či vynechání přísunu látky; sama nesnesitelnost prožitku tohoto syndromu často žene závislého ke snaze krátkodobě ho ukončit opakovaným požitím
- pokračování v užívání látky i přes vnímané negativní důsledky pro závislého a jeho okolí, což je často zapříčiněno nevládnutím kontrolovat užívání
- vyvinutí tolerance vůči účinkům látky spojené s tendencí ke zvyšování dávek
- výrazná změna priorit po započetí opakovaného kontaktu s danou látkou

Řekněme, že čím více z těchto pěti shrnujících kritérií se sejde u daného konkrétního případu závislého, tím závažnější taková závislost je. O jakých látkách se zde bavíme, bude upřesněno v oddílu 1.3.

¹⁰ Překlad z DSM-IV & DSM-IV-TR: Substance Dependence

1.2 Znaky závislosti

Poté, co jsme definovali závislost z teoretického hlediska, přesuneme se k praktickým ukazatelům závislosti. Rád bych na tomto místě zdůraznil, že konkrétním účinkům jednotlivých psychotropních látek se budu věnovat jen okrajově – zaměřím se hlavně na příznaky závislosti jako takové, a to nejprve z právního a poté z diagnostického hlediska.

Je důležité si uvědomit, jak se na závislost na drogách dívá současný právní rámec České republiky. Ve většině zemí Evropské Unie včetně té naší není přímo zakázáno užívání drog (mít u sebe jednu dávku drogy je v ČR naprosto legální), avšak držení drog, byť pro vlastní potřebu, dovoleno není. Nedovolená výroba, přechovávání či šíření omamné či psychotropní látky, případně přípravku obsahujícího omamnou či psychotropní látku, prekursor nebo jed, jsou zakázány, ať už se jedná o jakékoli množství, pokud tak někdo činí pro jinou osobu, a to podle § 187 trestního zákona.¹¹ Podle okolností bude pachatel potrestán jedním až patnácti lety odnětí svobody. To je však nutno odlišit od přechovávání pro sebe, kterému se věnuje § 187 a): „*Kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.*“¹² Z této podoby zákona, kde má toxikoman šanci vyváznout „jen“ s pokutou nebo varováním, je vidět moderní, polistopadový přístup dekriminlizující¹³ osoby užívající drogy, který se zakládá na filosofii, že každý má svobodu dělat si se svým tělem (nebo životem), co chce.¹⁴ Na druhou stranu se však zákon pokouší ochraňovat jak osoby, jimž by i přechovávatele předstírající držení pro vlastní potřebu mohl látku podat, tak přechovávatele samotného, a to v momentě, kdy hrozí skutečně vážná závislost – onen známý výraz „množství větší než malé“ (podle české praxe to bývá, ale nutně nemusí být, 10 dávek¹⁵) se pokouší určit hranici mezi relativně bezpečným a života ohrožujícím množstvím látky. Něco podobného platí u druhé části zmíněného paragrafu – podle té bude pachatel zaručeně potrestán jedním až pěti lety

¹¹ BORNÍK, Miroslav. *Trestná činnost a nealkoholová toxikomanie*. Praha: THEMIS pro Odbor prevence kriminality MV ČR, 2000. - 166 s. ISBN 80-85821-92-3, str. 25

¹² Tamtéž, str. 33

¹³ Užívání drog v EU., legislativní přístupy, str. 23 a PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80-85800-18-7, str. 84

¹⁴ JOHN Radek, PRESL Jiří. *Drogy! Otázky & odpovědi*. 1. vyd. Praha: MEDEA KULTUR PRAHA s.r.o., 1996. 83 s., str. 58-59

¹⁵ Kolektiv autorů. *Užívání drog v EU - legislativní přístupy*. 1. vyd. v češtině. Český překlad publikace vydané původně EMCDDA, 2005. 48 str. ISBN 80-86734-50-1., str. 24

vězení, „*spáchá-li uvedený čin ve větším rozsahu*“.¹⁶ Kde začíná „množství větší než malé“ a „větší rozsah“ je u konkrétních případů určeno soudním znalcem z oboru toxikologie.¹⁷

Při posouzení českého trestního zákoníku vidíme, že ne držení drogy samotné, ale buďto její šíření, nebo tak nebezpečná *závislost* na ní je viděna jako problém. Jako důkaz závislosti je z tohoto pohledu přechovávání velkého množství látky.

Je třeba odlišit závislost od návykového chování. Termín *návykové chování* (který mimochodem také proslavil Karel Nešpor) bývá často nesprávně používán ve smyslu „jakékoli chování zapříčiněné závislostí na návykových látkách“. Přesný význam se však pohybuje jinde – návykové chování jsou činnosti, „rituály“, spojené s užíváním návykové látky, na kterých se jedinec postupně stane téměř stejně závislý jako na látce samotné. Vykonávání těchto činností mnohdy přinese určitou úlevu dokonce i bez přítomnosti drogy. Nemožnost opakování těchto činností také vyvolá abstinenci příznaky, mezi nimiž se uvádí například silná nervozita, střídání nálad, projevy hysterie až agresivity, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, návaly horka či poruchy metabolismu.¹⁸ Příkladem takového návykového chování je třeba charakteristické držení cigarety mezi prsty či její žmoulání, pozorování vyprazdňující se injekční stříkačky, zvyk chodit do určitého baru nebo postup při přípravě drogy. Zbavit se „*stereotypu toxikomanického života*“ bývá těžší než oproštění se od drogy jako takové.¹⁹

Na šesti diagnostických kritériích závislosti se shodují všechny dostupné zdroje – všechny totiž v zásadě vycházejí z MKN-10.²⁰ Jsou to:

1) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku, nebo také *bažení* – termín, který korunoval Karel Nešpor jako překlad anglického výrazu „*craving*“. Nešpor popsal tyto subjektivní příznaky bažení:

a) vzpomínky (často nepřesné) na pocity pod vlivem látky, fantazie na toto téma

b) silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, neklid, podrážděnost, zhoršené vnímání okolí, vzrušení

c) svírání na hrudi a v žaludku, zvýšená tepová frekvence, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, sucho v ústech, pocení²¹

¹⁶ BORNÍK, Miroslav. *Trestná činnost a nealkoholová toxikomanie*. Praha: THEMIS pro Odbor prevence kriminality MV ČR, 2000. - 166 s. ISBN 80-85821-92-3, str. 33

¹⁷ Tamtéž, str. 37

¹⁸ HUBÁČKOVÁ, Dagmar. *Návykové chování a závislost*. Brno, 2008. 41 str., str. 9

¹⁹ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80-85800-18-7, str. 12

²⁰ Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ISBN: 978-80-904259-0-3), Ministerstvo zdravotnictví ČR 2008, str. 193

d) slábnutí paměti, zhoršování postřehu, delší reakční čas²²

Bažení je velmi nebezpečné pro abstinující – láká je k relapsu. Kamil Kalina cituje studii Kunze a Kampeho, podle které „*craving během období abstinence 20-120 týdnů udává zhruba 60-70% abstinujících*“.²³ Při odvykání se intenzita bažení zesiluje při návratu na místa, kde dříve látku užíval. První krok ke zvládnutí bažení je uvědomění si jeho existence. Terapeutické komunity se zpravidla snaží předcházet bažení absolutním zákazem drog jako předmětu rozhovorů – v „kultuře“ takové komunity může být bažení po droze vnímáno jako „*projev slabé vůle či nedostatečného pokroku v léčbě*“.²⁴ Snahy o naprosté potlačování touhy po droze jsou však podle Kaliny kontraproduktivní – mohou totiž vyvolávat úzkost, nízkou sebeúctu a pocity viny, což jsou stavy, které touhu po droze často ještě zesílí.

2) Potíže v kontrole užívání látky, a to zejména:

a) Když člověk s drogou nechce (znovu) začínat, ale neudrží se

b) Když člověk plánuje ukončit užívání drogy, ale pořád to odkládá

c) Když člověk hodlá užít jen malé množství, ale po okušení onoho malého množství si látky nakonec bere více a více

Jde o problémy s odoláváním výše popsanému bažení, pro závislého člověka prakticky nezvládnutelné. Teprve abstinence a působení odvykacích zařízení sebekontrolu bývalého toxikomana znovu upevňuje – práce na sebeovládání a z toho plynoucí snaha o prevenci relapsu je vlastně hlavním úkolem terapeutických komunit. Učí klienty zvládat typické konkrétní situace, při nichž dochází ke ztrátě sebekontroly:

a) Je nutné vyhýbat se prostředím, v nichž by člověk mohl být okolnostmi „dotlačen“ k užití drogy – jedná se samozřejmě o místa, kde je látka dostupná, místa, kde člověk potká další toxikomany, místa, kde člověk drogy kdysi užíval, nebo o místa, kde potká své bývalé přátele, kteří na něj mohou mít neblahý vliv. Takovýto člověk se však musí naučit rozpoznávat i místa, která na první pohled nebezpečná nejsou, například restaurace, kam by někdo mohl, ale nemusel přijít, v protikladu s bezpečím domova.²⁵

²¹ KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 394 stran. ISBN 978-80-247-2449-2, str. 211

²² HUBÁČKOVÁ, Dagmar. *Návykové chování a závislost*. Brno, 2008. 41 str., str. 6

²³ KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 394 stran. ISBN 978-80-247-2449-2, str. 211

²⁴ Tamtéž, str. 212

²⁵ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 80

b) Je třeba snažit se porozumět vlastní psychice, emocím a tělesným změnám a „*korigovat kognitivní zkreslení*“ – černobílé vidění světa, vymyšlení katastrofických scénářů, unáhlené přijímání závěrů, přílišná sebelítost, iluzorní podceňování negativních účinků drogy.²⁶

c) Člověk musí mít na paměti, že intoxikace jinou drogou, než na které byl závislý, je také velmi nebezpečná ve vztahu k relapsu.²⁷

d) Je nezbytné vytvořit si zdravý životní styl plný rozptýlení, nových podnětů a cílů, s dostatkem nových sociálních vztahů apod. V případě hrozby přemýšlení o minulosti se jedinec musí mít na co „přeladit“.

e) Nezatěžovat se obavami z možného neúspěchu, nezabývat se neúspěchem známých v podobné situaci, dávat si krátkodobé, zvládnutelné cíle (říkat si „*abstinuji právě dnes*“ místo pochybování, že člověk vydrží abstinovat celý život).²⁸

f) Pouze pasivní reakce na vlastní myšlenky, meditace.

3) Somatický odvykací stav, který je typicky také příčinou opakovaného sáhnutí po droze: Jiří Presl popisuje tzv. syndrom „odnětí“.²⁹ Ten se projevuje posunutím hladiny, v jaké je člověk s drogou a bez drogy. Stav, kdy bez drogy je člověku normálně a s drogou lépe, se postupně, plíživě promění ve stav, kdy bez drogy člověka mučí abstinenci příznaky a teprve s drogou se cítí normálně. Droga se tak stane nutností už jen kvůli zapuzení somatického odvykacího stavu.

Příznaky odvykacího stavu bývají silně individuální, jak psychického, tak fyzického typu. U některých případů je jediným východiskem jeho zvládnutí detoxifikace.

4) Vzestup tolerance (neboli snášenlivosti) – snižuje se reaktivita na látku, tedy tělo si na ni zvyká. Pro docílení stejného efektu jako na začátku nebo proto, aby látka vůbec fungovala, je třeba postupně zvyšovat dávky. V pokročilém stádiu si tělo již přivykne na dávky, které by dříve mohly být i smrtící. Toto je typické pro opiátové závislosti. Důsledky tohoto jevu jsou mimo jiné rapidně rostoucí finanční nároky.

5) Postupné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky³⁰ – to nastává zejména u nejpokročilejších případů drogové závislosti. Droga je v takovýchto případech jedinou věcí, na kterou závislý myslí, a to nejen proto, že o všechny ostatní zájmy závislý

²⁶ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 81

²⁷ Tamtéž, str. 84

²⁸ Tamtéž, str. 85

²⁹ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 12

³⁰ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 23

již většinou přišel. Téměř veškerý čas závislému zabere nejprve shánění peněz na drogu, potom i shánění drogy samotné, její užití a vypořádávání se s následky abstinenčního syndromu.

6) Pokračování v užívání přes zjevné důkazy škodlivých následků takového počínání. Nejjasnější z takových důkazů bývají zdravotní následky takového jedince – ať už jde o játra, plíce nebo povrch kůže. Další takové důkazy se však mohou týkat bezprostředního okolí člověka, a to nejčastěji rodiny, kterou závislost může ničit jak emocionálně, tak materiálně.

Nejčastěji se však toto hledisko používá při diagnostice drogově závislého jedince – a to se většinou bavíme o uvědomění si vlastního zdravotního stavu. V praxi je někdy třeba subjekt pro rozhodnutí, zda toto kritérium splňuje, o jeho kondici nejprve informovat.³¹

Aby se potvrdila diagnóza syndromu závislosti, musí být splněna minimálně tři z těchto šesti kritérií.

1.3 Druhy závislostí

Hodilo by se vymezit, o jakých závislostech se přesně v této práci bavíme. Typů závislostí na drogách je v podstatě tolik, kolik je typů drog. Proto se pojďme na typy závislostí dívat ve spojitosti s konkrétními látkami, které je vyvolávají. Nejprve drogy rozřadím klasicky na měkké a tvrdé (s tím, že tato práce se zaměřuje na ty tvrdé) a popíši nejrozšířenější typy, poté vysvětlím kategorizaci drog podle českých zákonů.

Odborníci na drogovou problematiku veřejnost často upozorňují, že je nutné si uvědomit, kolik z látek, bez kterých by se dnes civilizace neobešla, také splňují definici drogy – kde nejde jen o cigarety a alkohol, ale i o kávu, čaj a kolu. K tomu se vztahuje názor Jiřího Presla, že holandský způsob nazývání drog je mnohem logičtější a přesnější než ten český: v Holandsku se drogy dělí na skupinu s přijatelným rizikem a s rizikem nepřijatelným.³² To přibližně odpovídá českému rozřazení na měkké (lehké) a tvrdé (těžké) drogy, přičemž na pomyslné hranici mezi těmito dvěma skupinami stojí alkohol.

Ve skupině měkkých drog, které zde uvedu, je tabák, alkohol a konopné produkty a skupina tvrdých drog zahrnuje stimulační drogy, tlumivé léky, opiáty, halucinogenní drogy a těkavé látky. U každého typu vyjmenuji nejrozšířenější druhy drog, popíši, jak vypadají a jak se užívají, za účelem navození jakých účinků, jaké jsou známky *závislosti* na nich a jaké má užívání dopady.

³¹HUBÁČKOVÁ, Dagmar. *Návykové chování a závislost*. Brno, 2008. 41 str., str. 8

³²PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 10

1) *Tabák* se balí do cigaret a dýmek, které mohou užívat plnoletí občané všech zemí světa, a to kouřením, tedy zapalováním a vdechováním kouře. Má podobu usušených lístečků. Jeho aktivní složkou je nikotin, který vyvolává mírnou euforii, zvyšuje koncentraci a uvolňuje, avšak vzbuzuje v uživateli závislost.³³ Příznaky užívání jsou zápach z úst, bledost, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, zhoršená nálada.

Nikotin vzbuzuje velmi silnou psychologickou závislost – ve výše popsané tabulce uveřejněné v časopisu *The Lancet* je tabák na třetím místě z dvaceti v pořadí indexů psychologické závislosti, hned za heroinem a kokainem.³⁴ Mezi příznaky takové závislosti jmenujme typický „kuřácký kašel“ a potíže s dýcháním včetně astmatu, pokles tělesné výkonnosti, rychlejší stárnutí pleti, srdeční obtíže, ve výjimečných případech mužů také impotence. Odvykací obtíže, které se však vůbec nemusí objevit, bývají nervozita, problémy s trávením, tloustnutí a mírná nespavost. Dlouhodobé užívání může zapříčinit zhoubné nádory, srdeční onemocnění a nemoci cév, nemoci dýchacího systému (rakovina plic) nebo neplodnost.

2) *Alkohol* má podobu nápojů obsahujících určité procento ethanolu. Patří sem nápoje od piva a vína až po koktejly a lihoviny. Ten, kdo se nedokáže zřeknout svých obvyklých dávek alkoholu (což se ovšem stane teprve po letech užívání), je na alkoholu závislý, tedy alkoholik. Účinky alkoholu (opilost) jsou euforie, uvolnění, amnézie, mnohmluvnost, snížení zábran atd. To pak přechází v útlum a únavu.³⁵

Příznaky časté konzumace jsou častý výskyt příznaků jako alkohol v dechu (někdy maskovaný bonbóny apod.), zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra, ospalost, problémy s artikulací, oslabení zábran, agrese, časté bolesti hlavy u kocoviny, deprese. Příznaky závislosti jsou okna (časté zapomínání toho, co člověk dělal pod vlivem), vyhledávání pití i bez přátel, hltavé pití, snížená schopnost omezit dávku pití při příležitostech, kdy se zvýšená konzumace nehodí, častější úrazy.³⁶ Mezi hlavní hrozby alkoholismu patří onemocnění jater, nezodpovědné (životy ohrožující) chování v opilosti, mozková atrofie, poruchy krvevotvorby, impotence, hypertenze či stav delirium tremens.

3) *Konopné produkty*, a to marihuana a hašiš. Drogy z indického konopí (*cannabis sativa*) se nejčastěji suší a kouří (buďto v dýmce, nebo v jointu, který si každý uživatel sám balí), ale mohou se

³³ http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm – Fišerová – uveřejněno v *Postgraduální medicína, ročník 2, číslo 3, strany 288 - 298, rok 2000*

³⁴ *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse – Lékařský časopis The Lancet. Tabulka.* URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607604644/table?tableid=tbl3&tableidtype=table_id§ionType=green> Publikováno roku 2007.

³⁵ *Abúzus návykových látek – Wikiskripta.* URL: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%B4zus_n%C3%A1vykov%C3%BDch_l%C3%A1tek> Verze 3.0.

³⁶ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat.* 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 38

i např. přidávat do pečiva či nápojů. Z hašiše se také někdy dělá olej. Účinky aktivní látky, tetrahydrokannabinolu (THC), jsou uvolnění, euforie, někdy i halucinace.

Brzké známky užívání jsou zarudlé oči, kašel, sucho v ústech, hlad, změněný pach potu, únava, nezáměr, kolísání nálad, chladné končetiny. Po odeznění účinku nastupuje stav podobný kocovině.³⁷ Informace o tom, že marihuana nevzbuzuje závislost, není pravdivá (podle zmíněné studie publikované v periodiku The Lancet jde sice o závislost méně závažnou než u tabáku, ale zato závažnější než třeba u LSD³⁸). Člověk závislý na marihuaně nebo hašiši (který má až desetkrát vyšší účinek než marihuana) se projevuje následujícími příznaky: menší péče o zevnějšek, podrážděnost, zhoršená schopnost soustředění a delší reakční čas, zhoršení paměti, nižší obratnost, zhoršená schopnost orientace v čase a prostoru, nevyzrálost, kolísání nálad, citové otupění, ztráta hodnot. Dlouhodobé dopady takovéto závislosti mohou být oslabení imunitního systému, chronické záněty spojivek, hltanu a dýchacích cest, rakovina, vyšší riziko duševních poruch. Droga se hromadí v těle – jen po vykouření jedné marihuany se v tukových membránách uloží takové množství THC, že 1% z něj je při chemickém testu patrné i po 120 dnech.³⁹

Přestože mohou výše uvedené měkké drogy být velmi nebezpečné, tato práce se jimi podrobněji již nebude zabývat a zaměří se na závislosti na následujících tvrdých drogách:

4) *Stimulační drogy* jsou hlavně pervitin (metamfetamin), amfetamin, efedrin, kokain a crack a extáze. Tyto drogy se nejčastěji vyskytují v prášku, i když mohou být i ve formě pilulek; listy koky se tradičně žvýkaly. Efedrin lze získat extrakcí z různých kompozitních léků a pak jej pomocí varu chemicky změnit na metamfetamin.⁴⁰ Ten se pak, podobě jako kokain, vpravuje do těla šňupáním nebo pícháním do žíly. Crack má formu granulek a obvykle se kouří. Psychotropní efekty pervitinu jsou celkové povzbuzení a zvýšení výkonnosti, odstranění únavy i hladu, zrychlení psychiky, euforie, zvýšená sebejistota, zlepšená schopnost empatie, uvolnění zábran. Kokain, alkaloid obsažený v listech keře *Erythoxylon coca*, má podobné účinky jako pervitin, jen je zde navíc obvykle zdůrazňováno „*zvýšení sexuální apetence spolu se snížením skutečné potence*“.⁴¹ Crack je kokain uzpůsobený ke kouření, což zvyšuje jeho účinnost. A konečně se dostávám k extázi (MDMA), derivátu amfetaminu, která se typicky užívá na diskotékách jako pilulka. Její účinky jsou snížení agresivity, pocit solidarity a vzájemného porozumění, euforie. V druhé fázi nastupuje hyperaktivita a

³⁷ Nešpor, Karel a Csémy, Ladislav: *Alkohol, drogy a vaše děti*, str. 39

³⁸ *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse – Lékařský časopis The Lancet. Tabulka.* URL: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607604644/>>

³⁹ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 39-40

⁴⁰ Tamtéž, str. 15

⁴¹ Tamtéž, str. 18

působení všech těchto účinků se prohloubí. Potom nastává klidná fáze spojená s příjemným prožíváním.⁴²

Příznaky užívání u všech stimulantů mohou být následující: zrychlený tep, rozšířené zorničky, nepozornost, neklid, podrážděnost, vzrušení, třes, úzkosti a deprese, zvýšená potřeba spánku.⁴³ Jedním z nejvýznamnějších příznaků závislosti nebo opakovaného požívání je tzv. „stíha“ – různé formy paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu. Ten, kdo se stane obětí „stíhy“, najednou všude hledá důkazy, že se svět proti němu spiknul, že si o něm všichni povídají a že mu hrozí nebezpečí. Fascinace soudržností drogové party se tak mění ve vzájemnou podezíravost. Když se k účinkům takového změněného vnímání přidají i halucinace (obrazy či zvuky útočící na člověka a ohrožující ho), jedná člověk vůči svému okolí velmi nedůvěřivě, často panikaří, nesmyslně se brání či utíká.⁴⁴ Další příznaky závislosti jsou poruchy spánku, pocení, vyrážky, bolesti hlavy, bledost, chronická rýma, úzkostné stavy, výrazné hubnutí, poruchy vidění, agrese, poškození srdce a jater apod.⁴⁵ Nedochozí ke zvyšování dávek, ale k častějšímu užívání látky. Vedle rizik, jež jsem zahrnul do příznaků závislosti, bych ještě zmínil poruchy paměti.

5) *Tlumivé léky* jsou rozličné pilulky a kapsle, ale i injekční ampule. Patří mezi ně barbituráty, hypnotika, sedativa, anxiolytika a různé léky tlumící bolest.⁴⁶ Užívají se zejména proto, aby tlumily (i duševní) bolest, uvolnily organismus, uměle vyvolaly spánek, zapudily těžko zvládnutelné stavy. Bez výjimky však mají i vedlejší účinky.

Přestože nejde primárně o drogy, i tlumivé léky způsobují těžkou závislost. Znaky závislosti jsou: poruchy myšlení, zpomalená řeč, poruchy orientace, zpomalený dech, ospalost, roztřesenost, poruchy výživy, zkažené zuby, poruchy krevního oběhu. Odvykací obtíže mohou při náhlém vysazení ohrozit i život (např. epileptickými záchvaty).⁴⁷ Nebezpečím těchto látek je mimo jiné i to, že tlumí projevy bolesti, nikoli její příčiny.

⁴² PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 20

⁴³ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat.* 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 42

⁴⁴ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 16

⁴⁵ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat.* 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 42

⁴⁶ *Přehled drog a jejich účinků – Centrum drogových závislostí Třebíč.* URL: <<http://www.volny.cz/kackotr/rodice/prehled.html>> Verze z roku 2001.

⁴⁷ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat.* 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 40

6) *Opiátů* je mnoho a každý typ může mít jinou formu. Opium je sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého, která se užívá po jídání nebo kouřením.⁴⁸ Z opia se vyrábí i kodein (v podobě tablet) a morfin (roztok kdysi bohatě užívaný k tlumení bolesti). V sedmdesátých letech se začal z kodeinu vyrábět účinnější derivát, tzv. braun, který měl podobu hnědé tekutiny. Z morfinu se zase připravuje heroin, bílý až hnědý prášek aplikovaný pomocí injekčních stříkaček, ale i kouřením či inhalováním. Metadon, který také patří do této kategorie, je látkou používanou při odvykání od nejtěžších závislostí na opiátech. Psychotropní efekty opiátů jsou uvolnění, pocit vymizení problémů života, příjemné, pasivní prožívání.

Závislost na opiátech není zpočátku lehké vystopovat – po opojení takovými látkami se totiž jedinec ničím zvláštním neprojevuje. Soustředí se na vlastní prožívání a je v celkovém útlumu. Po požití má zúžené zornice, při odvykacích příznacích rozšířené. Později se však závislost projevuje znaky jako je husí kůže, zrychlený dech i tep, slzení, průjem, nechutenstvím, neklidem, bolestí svalů a kloubů, zvýšená teplota, bledá kůže. Ve velmi pokročilém stádiu závislosti jsou po těle patrné desítky zanícených vpichů. Neustálé zvyšování dávky tyto příznaky zintenzivňuje. Velkým nebezpečím je předávkování, až smrtelná otrava.⁴⁹

7) Nejčastější *Halucinogenní drogy* jsou LSD (a trip), extáze, které jsem se již věnoval výše, a u nás rozšířené lysohlávky. Můžou mít podobu pilulek, malých papírků napuštěných tekutinou nebo různých odvarů (z hub). Účinky jsou hlavně halucinace všech představitelných forem. Obvykle tyto drogy prohlubují aktuální náladu jedince – může tedy dojít nejen k přehnaně radostným stavům, ale například i ke zhoršení deprese. Halucinogeny mohou vyvolávat tzv. flashbaky – samovolná opakování stavů podobných omámení halucinogenní drogou i v případě, že zrovna požitá nebyla (mnohdy i po týdnech abstinence).

Při intoxikaci se setkáváme s rozšířenými zornicemi, rychlejším pulsem, horším sebeovládáním či zhoršenou schopností rozhodování.⁵⁰ Závislost lze poznat podle projevů pocitů úzkosti, zhoršení kontaktu s realitou a opakovaným pozorováním výše popsaných znaků. Nebezpečí dlouhodobého užívání halucinogenů jsou: těžko odstranitelné psychické výkyvy (a zhoršování psychických poruch, pokud k nim má jedinec sám o sobě sklony) a vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů.

⁴⁸ *Abúzus návykových látek – Wikiskripta*. URL: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%BAzus_n%C3%A1vykov%C3%BDch_l%C3%A1tek> Verze 3.0.

⁴⁹ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 43-44

⁵⁰ Tamtéž, str. 44-45

8) *Těkavé látky* zahrnují organická rozpouštědla, ředidla, lepidla, barvy či čisticí prostředky. V naprosté většině tedy jde o láhve či tuby s tekutinou, z níž se vypařuje látka, kterou člověk vdechuje. Většinou tak činí s použitím igelitového sáčku nebo zabalen v látce. Mezi kýžené účinky patří útlum, pocit štěstí a zbavení se problémů, spavost a poruchy vnímání.⁵¹

Rozpoznat závislost je naštěstí relativně snadné. Člověk čichající těkavé látky je cítit po chemikáliích, je mu často špatně, mívá rozšířené zornice a zarudlé oči, nepřítomný pohled, mívá problémy s výslovností, bez zjevného důvodu se směje, je lenivý, mívá vyrážku kolem úst a nosu, zanedbává práci nebo školu. Později užívání těchto látek může být spojené s rizikem poškození mozku, poruchou krvevotvorby, ohrožením srdce a dýchání, či zhoršeným fungováním pohybové soustavy.⁵² Navíc hrozí obrovské nebezpečí (až smrtelné) otravy, protože množství inhalované dávky je téměř nekontrolovatelné.

Podařilo se nám dotknout se všech kategorií, u kterých může vzniknout syndrom závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí – v té jsou látky, které nás zajímají, seřazeny takto:

- „F10.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu*
- F11.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů*
- F12.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů*
- F13.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik*
- F14.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu*
- F15.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulací, včetně kofeinu*
- F16.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů*
- F17.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku*
- F18.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel*
- F19.X Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek“⁵³*

Kromě kofeinu a kombinace více drog najednou (které je vlastně nekonečno druhů, čímž je příliš nevypočitatelná na to, abychom rozebírali její příznaky) jsem tedy přiblížil všechny důležité typy závislostí.

Nyní se pojďme podívat, jak drogy klasifikuje český legální systém. Tam se vyskytuje pět hlavních pojmů, které je potřeba specifikovat: omamná látka, psychotropní látka, prekursor, pomocná látka a jed. Návykové, omamné a psychotropní látky jsou uvedené v přílohách č. 1 až 7

⁵¹ *Přehled drog a jejich účinků – Centrum drogových závislostí Třebíč*. URL: <<http://www.volny.cz/kackotr/rodice/prehled.html>> Verze z roku 2001.

⁵² NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 41

⁵³ Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ISBN: 978-80-904259-0-3), Ministerstvo zdravotnictví ČR 2008, str. 195-196

zákona č. 167/1998 Sb.⁵⁴ Přípravky jsou zahrnuty v příloze č. 8, prekursory v příloze č. 9 a pomocné látky v příloze č. 10 zákona č. 167/1998 Sb. Oba pojmy se vztahují i na roztoky nebo směsi tyto látky obsahující, s výjimkou určitých typů léčiv a výrobků, z nichž by prekursor nemohl být pomocí dostupných prostředků získán.⁵⁵ Jedy vyjmenovává příloha č. 1 k zákonu č. 114/1999 Sb., k čemuž patří i chemické přípravky obsahující minimálně 7% látky.⁵⁶ Diazepam, amfetamin či metamfetamin jsou například zahrnuty do psychotropních látek, zatímco kodein je přípravek, toluen je pomocná látka a kokain, methadon nebo opium jsou látky omamně. Nicméně účinky jsou samozřejmě stejně škodlivé, ať už se na tu kterou drogu díváme z pohledu jakéhokoli klasifikačního systému.

1.4 Příčiny a spouštěče závislosti

O příčinách závislosti se obvykle mluví ve spojitosti s hledáním důvodů, které člověk může mít ke zvolení si cesty k drogám. Spouštěče závislosti naproti tomu podmiňují již abstinujícího jedince k recidivě.

Určit příčiny závislosti je nelehké, ba nemožné. Byly však identifikovány rizikové situace, které nebezpečí propadnutí závislosti výrazně zvyšují. Vše platí tím více, čím blíže je jedinec ke kritickému věku 13-22 let.

1) *Biologické faktory* – některé vrozené predispozice člověka činí náchylnějším k závislosti. Prvním z takových problémů je porucha pozornosti a hyperaktivita, dnes velmi častý jev, nebezpečný zejména v období dětství a dospívání, než se jedinec tento charakterový rys naučí zvládat. Takoví lidé nezdědka reagují impulzivně, bez rozmyslu, mají ve škole problémy s chováním a prospěchem (ač mohou být velmi chytré) a často na ně působí negativně pocit, že zklamali rodiče. Je nutné nevinít dítě za jeho hyperaktivitu a naopak „přizpůsobit nároky na něj jeho možností“.⁵⁷ Dalším problémem tohoto typu je sklon k násilí, který zvyšuje riziko nepřizpůsobení se společnosti a páčání trestné činnosti. V takovýchto případech by rodiče již od malička měli dítě učit řešit konflikty nenásilně a navíc je chránit před médii prezentujícími násilí. Třetí rizikový vrozený faktor je tendence ke strachu a úzkosti. Pokud normální strach (ze tmy, ze samoty, o druhé) přeroste u dítěte v úzkostné stavy a fobie, může se stát, že alkohol nebo (později) drogu použije jako prostředek k tomu takové pocity odstranit.⁵⁸ U dospělých lidí se naprosto stejně projevuje sklon k depresím.

⁵⁴ BORNÍK, Miroslav. *Trestná činnost a nealkoholová toxikomanie*. Praha: THEMIS pro Odbor prevence kriminality MV ČR, 2000. - 166 s. ISBN 80-85821-92-3, str. 25

⁵⁵ Tamtéž, str. 26

⁵⁶ BORNÍK, Miroslav. *Trestná činnost a nealkoholová toxikomanie*. Praha: THEMIS pro Odbor prevence kriminality MV ČR, 2000. - 166 s. ISBN 80-85821-92-3,, str. 141

⁵⁷ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 28

⁵⁸ Tamtéž, str. 30

Jiří Presl má na biologické faktory zvyšující pravděpodobnost závislosti zajímavý pohled – náchylné osoby dělí na dvě skupiny. Ta první není příliš překvapivá, zahrnuje osoby citlivé, zranitelné a úzkostné, jak bylo popsáno výše. Takoví lidé mohou trpět komplexy nedostatečnosti a drogu pak používají jako řešení svých emočních problémů. Do druhé skupiny však Presl řadí extroverty a egocentriky s hédonistickými tendencemi. Ti podle něj mají důvod vyhledávat opiáty, které jim poskytnou „*prožití nepoznaného stavu vnitřního klidu a míru*“.⁵⁹

2) *Nedostatečné uspokojení citových potřeb* je stav, do které se dostává typicky dítě z dysfunkční rodiny, které má pocit, že se o ně nikdo nezajímá a že je zanedbáváno. V takové situaci ale může být dítě z velmi chudé rodiny, z rodiny s příliš zaměstnanými rodiči, z rodiny s mnoha dětmi, děti z neúplných rodin, děti nezodpovědných rodičů, děti vyrůstající v dětském domově apod. Takoví lidé se mohou uchýlit ke drogám buď aby na sebe upozornili, nebo aby si nedostatek citových vazeb vynahradili. Toto se samozřejmě netýká jen malých dětí – dětství takového rázu jedince může poznamenat nepřímo a k závislosti může dojít až mnohem později. A do obdobné situace se může dostat i dospělý – ač měl dětství bezproblémové – například v nefungujícím manželství. Kompenzací nedostatečného uspokojení citových potřeb je „*nabízení lepších možností*“⁶⁰, než by byla droga, prvky životní náplně jako vzdělávání, péče o jiné atd. Také je důležité navazovat vztahy mimo rodinu.

3) *Špatná pozice ve škole* může být zaviněna špatnou pozicí mezi vrstevníky z důvodu špatného prospěchu (a to nejen z nedostatku nadání, ale i kvůli nevyhovujícím podmínkám k učení nebo špatnému zdravotnímu stavu), nepřizpůsobivého chování, ale i třeba diskriminace na základě vzhledu. Prospěch má vliv na oblíbenost dítěte a oblíbenost zase na prospěch. S tím souvisí i nepřijetí na školu a problém nezaměstnanosti mládeže. Když se dítě nedostane na školu, nesmí to doma být bráno jako závažné selhání a ostuda. Naopak je klíčové nepodkopávat sebevědomí dítěte, ale pomoci mu najít náhradní řešení. Když rodina v tomto neuspěje, dítě se snadno upíná na partu, která na něj může mít špatný vliv. K tomutož může dojít i z pouhé nudy, proto je důležité, aby byl člověk (nejen dítě) po celý den něčím zaměstnán.⁶¹

4) *Problémy s alkoholem či drogami u rodičů* má statisticky na svědomí nejvíce případů pozdější závislosti u dětí. Rodiče samozřejmě nejsou jediný vzor dítěte. Mohou také fungovat jako mimořádně účinný odstrašující případ. Přesto je však důležité dítě od alkoholu či drog izolovat –

⁵⁹ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 49-50

⁶⁰ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 30

⁶¹ Tamtéž, str. 31-33

selhávajícího rodiče může (dočasně) nahradit třeba strýček či babička, v extrémních situacích je na místě zásah úřadů.⁶²

5) *Vliv vrstevníků* je zejména u mladých lidí značný. Pravděpodobnost, že jedinec bude vzhlížet k jakémukoli fenoménu – nejen nedovoleným látkám –, se zvyšuje, pokud je tomu tak u většiny ve společenství, v němž se jedinec pohybuje. Pokud je v kolektivu, s nímž se jedinec identifikuje, například marihuana v módě, může si takový názor snadněji osvojit, čímž získá respekt ostatních. Pro člověka mimo skupinu je ovšem téměř nemožné posoudit, zda je skupina nakloněna drogám příznivě či nepříznivě – směrodatné tu nemusí být ani vzdělání, ani vyhraněnost jiných názorů a stylu. Vhodným způsobem předcházení špatnému vlivu ze strany vrstevníků je využití tohoto tlaku správným směrem a ovlivnit skupinu odpovídající informační kampaní.⁶³

6) *Stres* je posledním z rizikových faktorů, které zmíním. V posledních dvaceti letech se v terapeutických komunitách objevuje skupina lidí, které drasticky ovlivňoval stresový charakter jejich profese – ta pro ně představovala tak významnou psychickou zátěž, že nakonec sáhli po droze. Jejich vysoké pracovní nasazení jim totiž nedovoluje odpočívat, jejich vysoká zodpovědnost na ně působí stresově a jejich úspěchy jim dodávají sebevědomí a pocit, že si můžou dovolit s návykovými látkami experimentovat bez toho, aby jim podleli.⁶⁴ Navrhovat jakoukoli metodu předcházení stresu kvůli snižování rizika závislosti na drogách by bylo absurdní – stresu se není v dnešní době možné zbavit. Psychiatr Karel Nešpor doporučuje jógu, jiní snížení nároků na sebe samého či věnování více pozornosti rodině.

Pokusům o nalezení té správné metody zabraňování recidivy u abstinujících jedinců bylo minulosti věnováno již mnoho a mnoho energie. Již v souvislosti se sebekontrolou jsem popsal, jak se abstinujícím doporučuje zapuzovat bažení. Teď popíši systematický přístup k identifikování tzv. *spouštěčů*, situací potenciálně vedoucích k relapsům, díky kterému v tom můžou být úspěšní.

Takzvaná vícestupňová obrana proti působení spouštěčů má šest fází: rozpoznání varovných známek a obrana proti nim (rozpoznat zdánlivě nevýznamná rozhodnutí a činit pozitivních zdánlivě nevýznamných rozhodnutí, zkoumat racionalizace), vyhýbání se spouštěči (vědět, co přesně neudělat, hledání náhradních aktivit), dobré zpracování spouštěče (rychle a vhodně reagovat), zvládnutí pocitu – přeladění (neutápět se v pocitu, ale zaměřit se na něco jiného a čekat, až odejde), bezpečné jednání (nechat pocit bezpečně se projevit, s někým o něm hovořit, vyhledat pomoc) a

⁶² , Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 33-34

⁶³ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7, str. 53-55

⁶⁴ Tamtéž, str. 56-57

rychlé zvládnutí recidivy (recidivu zpracovat jako zkušenost a dále se jí nezabývat).⁶⁵ Příklady spouštěčů můžou být, kromě dříve uvedených, třeba samota, alkohol či poslouchání hudby asociované s minulostí.

1.5 Sociální aspekty závislosti

Sociální aspekty závislosti budou hlavním tématem empirické části této práce. Proto považuji za důležité rozebrat pozitivní i negativní vliv, jaký může na jedince mít rodina a škola/práce v souvislosti s návykovými látkami – za pozitivní vliv považuji vliv buďto preventivní, nebo podpůrný při léčbě závislosti (protektivní činitele); negativní vliv (rizikové činitele) se pak podílí na vzniku závislosti nebo již existující závislost prohlubuje.

1) *Rodina*: Mezi rizikové činitele patří kromě nedostatečných citových vazeb zmíněných v předchozí sekci také nedostatek času na dítě, nejasná pravidla chování, přehnaná přísnost, manželský konflikt, podceňování, rodina lhostejná nebo nepřátelská vůči společnosti, duševní choroba jednoho ze členů rodiny, sexuální zneužití, zmatení rolí v rodině, výchova pouze jedním rodičem, časté stěhování, neexistence domova.

Některé z protektivních činitelů jsou naopak jasná rodinná pravidla, přiměřená péče, pozitivní hodnoty (např. vzdělání), vzájemná spolupráce (a sdílení povinností), středně omezující styl výchovy (ani despotický, ani laxní), splnitelná a jasná očekávání, vzájemný respekt, bezpečí, stabilní pozice rodiny ve společnosti, zdraví, snaha pomáhat druhým, mezigenerační spolupráce a důvěra (členové rodiny si nelžou, umí se omluvit a přiznat chybu).⁶⁶

V souvislosti s rodinou terapeut Michael Chytrý navrhuje použít nevítanou přítomnost drogy v rodině ku prospěchu – „převlékat“ drogu jako „*teploměr na měření teploty vztahů, směrovka ukazující na vzdálenosti mezi členy rodiny, kalkulačka na spočítání počtu našich kontaktů, předkladatel návrhu na vytvoření nových zákonů a vyhlášek či zákazník požadující vyprojektování hranic*“.⁶⁷ Takový netradiční pohled jistě stojí za doporučení.

2) *Škola* je proti „své“ vůli spojována s celou řadou rizikových činitelů. Nejnebezpečnější jsou školy, kde neexistuje systematická prevence (maximálně jednorázové přednášky), škola nespolupracuje s prospěšnými organizacemi a institucemi v okolí, učitelé nekomunikují s rodiči (a

⁶⁵ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 82

⁶⁶ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky, prevence a časná intervence*. Praha: Min. zdrav. 77 str., str. 7-8 a NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 7

⁶⁷ CHYTRÝ, Michael: Role, místo a úloha drogy v rodině, kapitola v knize *Mladiství a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9, str. 36-37

když, pak pouze věcně), jako by neměli společný cíl, pravidla týkající se návykových látek buď neexistují, nebo neodpovídají poznatkům psychiatrů, drogy jsou na škole tolerovány nebo snadno dostupné, učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští a lhostejní, neberou žáky jako své partnery, zaměřují se pouze na nedostatky studentů, problémoví žáci jsou ponižováni, atmosféra školy postrádá pozitivní hodnoty, převládá cynismus a odcizení, neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity. Studenti mají tendenci bouřit se proti autoritám, kultura vzájemného zesměšňování a snižování sebevědomí, šikana.

Protektivní činitelé mohou být: systematická prevence problémů působených návykovými látkami, peer programy a pozitivní alternativy, dobrá komunikace s rodiči při prevenci, stejně jako spolupráce s relevantními organizacemi (dům dětí a mládeže, nemocnice atd.), na škole panují rozumná a přiměřená pravidla, návykové látky jsou plošně zakázány, alkohol, tabák i drogy jsou studentům málo dostupné či ideálně nedostupné, učitelé jsou vnímáni jako pečující, pomáhající rozvoji žáků, pro problémové žáky jsou hledány alternativy, pedagogové se snaží chránit jejich sebevědomí, škola vede k pozitivním hodnotám, prosociálnímu chování a pomoci druhým, je dobrá návaznost na mimoškolní programy a ty jsou mezi žáky oblíbené a vyhledávané. Žáci mají aktivity neslučitelné nebo nesouvisející s drogami, jsou schopni přijímat dobré hodnoty dospělých, projevují si vzájemně respekt.⁶⁸

3) Rizikové činitele v *zaměstnání* jsou hodně stresu, dlouhé směny, dlouhé dojíždění/docházení do práce, vnímaná bezperspektivnost, nárazovost pracovního nasazení, termínovaná práce, napjaté pracovní vztahy, zaměstnanci jsou příliš zatíženi odpovědností, na pracovišti jsou nejasná nebo nerespektovaná pravidla týkající se zákazu alkoholu a drog na pracovišti, vyskytuje se sociální tlak užívat tyto látky na pracovišti, hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem je nejasná, zaměstnání vyžaduje časté cestování, špatně placená práce nebo nepředvídané příjmy.

Protektivní činitele na pracovišti na druhou stranu bývají: přiměřené množství stresu, možnost práci si organizovat, pocit smysluplnosti a důležitosti, dobrá spolupráce a soudržnost mezi kolegy, preventivní programy na pracovišti, a dobrá sociální politika zaměstnavatele, zákaz alkoholu a drog na pracovišti je nekompromisní a respektovaný, funguje sociální tlak alkoholu a drogám se

⁶⁸ CHYTRÝ, Michael: Role, místo a úloha drogy v rodině, kapitola v knize *Mladiství a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9, str 8-9 a 7

vyhnout, existuje jasná hranice mezi soukromým životem a prací, zájmy nesouvisejí s prací (dobré možnosti odreagování se), možnost být zastoupen.⁶⁹

Jak je vidět v tomto stručném výčtu, opora v sociálních sítích jedince je velmi důležitá a měla by být pěstována už jen z preventivních důvodů.

1.6 Léčba závislosti

1) Když prevence, jakou jsem nastínil v předchozích dvou sekcích, nefunguje, *časná intervence* je ještě relativně mírný způsob pomoci člověku zapletenému s drogami. Je nutné si uvědomit, že patologická závislost je až poslední stupeň užívání návykové látky – předchází jí často několik let dlouhý řetězec: setkání a experiment → kontrolované užívání → užívání → problémové užívání → závislost. Zařazování lidí v prvních dvou stádiích do psychoterapeutické léčby je velkým omylem.⁷⁰ Vhodnější variantou je časná intervence – ta může být poskytnutá v prvních třech stádiích, a to i třeba v ordinaci běžného lékaře, ve školách nebo svépomocí.⁷¹ Klíčové je včasné rozpoznání problému podle znaků užívání, popsanych například ve třetím oddílu této části. Následuje diagnóza (nejčastěji podle tolik zde citované MKN) a většinou prostá rada zanechat škodlivého užívání dané látky a seznámit ho s dalšími možnými následky. Dále je vhodné pokusit se vyléčit, co látka dosud napáchala, nabídnout pacientovi poradenství a dále ho sledovat, případně doporučit mu sebemonitorování (zaznamenávání si, kdy a za jakých příležitostí látku opět požil) a dávat mu zpětnou vazbu. Pokud takovéto kroky nezaberou, je radno předat pacienta ke specializované léčbě.

2) *Rodinná terapie* se ukazuje být relativně účinnou. Spočívá ve spolupráci s rodinou člověka, který má problém s drogami, místo jeho institucionalizace. Takový člověk se problémového užívání nebo závislosti snaží zbavovat doma, ve známém prostředí, kde by měl být dostatek emocionální podpory a motivace. Domácí léčení s sebou na rozdíl od ústavní léčby nenese žádné stigma. Dva nejčastější modely rodinné terapie jsou léčba mladého uživatele nealkoholových drog ve spolupráci s jeho rodiči a léčba ve spolupráci s partnerem nebo partnerkou závislého nebo závislé na alkoholu.⁷²

⁶⁹ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky, prevence a časná intervence*. Praha: Min. zdravotnictví, 1997. 77 str., str. 9 a NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str., str. 8

⁷⁰ Platz, Ivan: Možnosti terapeutické práce s dospívajícími problémovými uživateli drog (model pracoviště CESTA Řevnice), kapitola v knize *Mladiství a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9, str. 36-37

⁷¹ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 27

⁷² Tamtéž, str. 63

Zvládnutí *relaxačních technik* je užitečné jak v prevenci, tak v léčbě. Například jóga pomáhá odbourávat stres, dostává člověka do kolektivu lidí, kteří žijí zdravě, a může mírnit některé psychosomatické obtíže.

3) Účelem *detoxifikace* je zbavit pacienta toxických nebo alkoholických psychóz (při nichž je nebezpečný sobě i okolí) a připravit ho na další léčbu (zpravidla psychoterapeutického typu). Děje se tak buď bez použití léků, nebo za farmakologické podpory. Nejprve je pacient vyšetřen a je alespoň přibližně zjištěno, jaké látky na něj působí. Poté je zajištěna jejich bezpečnost i bezpečnost okolí, odpovídající prostředí, dostatek tekutin, psychická podpora.⁷³ Následuje farmakoterapie, přičemž k intoxikaci a k odvykacímu syndromu se přistupuje zvlášť. Látky tlumící odvykací syndrom částečnou substitucí drogy (hlavně anxiolytika, hypnotika a analgetika) také často vyvolávají závislost. Podávají se také antidepresiva.

Farmakoterapie může být komplikována takzvanou *dvojí diagnózou* – u lidí, kteří kromě závislosti na návykové látce zároveň trpí nějakou duševní chorobou. Léky musí být samozřejmě ordinovány s opatrností.

4) Po detoxifikační kúře se otevírá několik možností – vedle propuštění, ambulantní léčby a ústavní léčby také terapeutická komunita. *Terapeutická komunita*, vedená terapeuty, bývá malá skupina abstinujících s podobným problémem. Takovéto skupiny mívají velmi striktní pravidla (např. žádný alkohol, žádné milostné vztahy nebo zákaz společného snění o drogách). Jejich členové se aktivně podílejí na léčení, vlastním i ostatních. S pomocí různých metod *psychoterapie* učí zvládat krizové situace (např. odmítání nabídnuté drogy nacvičené pomocí tzv. psychodramatu), získávat sebekontrolu, připravují se na praktická hlediska návratu do života a odolávat somatickým příznakům syndromu závislosti. Součástí psychoterapie také bývá posilování motivace (vyslechnutí a podporování klienta v jeho plánech), muzikoterapie (poslech hudby a přeladování se, skupinový zpěv, vyjadřování skrz hudbu atd.), arteterapie (kreslení či malování svých pocitů, debaty o kresbách, používání umění k plánování života nebo vyprávění příběhů), poetoterapie (něco podobného s básněmi), různé formy divadla, relaxace, sport atd.⁷⁴

Porovnávání různých typů terapeutických komunit a jejich filosofii bude předmětem následující části této práce.

⁷³ NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2, str. 39-47

⁷⁴ Tamtéž, str. 74-105

1.7 Úloha rodiny v léčebném procesu

Na základě své zkušenosti z praxe se na pacienty terapeutických komunit nejsem schopen dívat jako na „odstříhnuté“ jednotlivce – uvědomuji si totiž ohromný vliv sociálních vztahů (či jejich absence) na vývoj pacientů, obzvláště mladistvých. Rodina je bezpochyby absolutně nejdůležitější kategorií sociálních vztahů – jak jsem popsal v kapitole *Sociální aspekty závislosti*, její role je klíčová v prevenci drogové závislosti (poskytnutím stabilního, emočně naplňujícího domácího prostředí); také když rodina nefunguje správně, člověk je k podlehnutí drogám mnohem náchylnější.

V případě, že se člověk drogově závislým tedy stane, ale rozhodne se s tím skoncovat, je to opět rodina, která na něj může (či spíše musí) zapůsobit a poskytnout mu odpovídající podporu, aby byla zpětná integrace do společnosti úspěšná. Proto (a také vzhledem k tomu, že se na vztahy závislého s rodinou budu zaměřovat v následující části) jsem se rozhodl úloze rodiny v léčebném procesu věnovat zvláštní kapitolu.

České modely terapeutických komunit se i od těch evropských (natož amerických) liší tím, že na spolupráci s rodinou v léčebném procesu kladou mnohem větší důraz. To je dáno mimo jiné tím, že naše zařízení tak často pracují s velmi mladými lidmi – v roce 2003 byl průměrný věk klientů českých komunit 24,5 let (kdežto například v Norsku to bylo 29,8 let)⁷⁵. Česká praxe začleňování rodiny také bezpochyby vychází z bohaté tradice léčení alkoholové závislosti právě s pomocí rodin alkoholiků. Zahraniční modely se v otázce zpětného začlenění do společnosti více spoléhají buď na své sociálně integrační programy, jimiž podporují budování nových vztahů, nebo na to, že klient vezme svou sociální rehabilitaci⁷⁶ do vlastních rukou.

Synanon i Daytop Village (popsané dále, v sekci 2.2) se považovaly za novou rodinu klienta, takže přílišný kontakt s příbuznými z „minulého života“ nebyl minimálně prvních několik měsíců léčby považován za žádoucí – původní rodině byl připisován negativní vliv. Pozdější komunity však rodinu začaly brát jako spojence – mimo jiné také proto, že rodiny jinak „úsilí komunity sabotovaly“⁷⁷.

⁷⁵ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 136

⁷⁶ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 63-65, 69

⁷⁷ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 64

Národní strategie protidrogové politiky na rodiny závislých také nezapomíná – jedním ze specifických cílů je „*zvýšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace*“⁷⁸.

Rodinám je v první řadě třeba důkladně vyložit, proč se pacient choval tak, jak se choval – profesionálové se jim snaží vysvětlit, proč si nemají brát příliš osobně lhaní, krádeže, manipulace, násilí a jiné důsledky závislosti. Potom je na rodinu nutné působit už jen proto, že po propuštění se klienti nejčastěji vrací právě ke svým rodinám. V takovém případě klientovi můžou dát tolik potřebnou podporu a zároveň se pokusit udělat všechno pro to, aby nedošlo k relapsu. I přes tyto zjevné výhody kontaktu s rodinami bývalého toxikomana se stále stává, že komunikace s rodinami vážne a jejího potenciálu není plně využito. V českých podmínkách je to dané zejména tím, že terapeutické komunity zpravidla sídlí daleko od civilizace (pro znemožnění přístupu k drogové scéně při vycházkách po okolí), takže je pro rodiny často náročné do léčebny pravidelně dojíždět.

Konkrétní náplň rodinné terapie se liší podle toho, jakou teorii o rodině ten který terapeut upřednostňuje. Pokud se přiklání k *behaviorální rodinné teorii*, hlavní příčinu drogového užívání klienta vidí v prostředí, které ho ovlivňovalo, pročež při rodinné terapii procvičuje modely chování, díky nimž zúčastnění předcházejí konfliktům. Perspektiva *rodiny jako systému* zase velí měnit formu interakcí mezi příbuznými. Na základě *integrativního přístupu* se rodinná terapie snaží odhalit vztahové vzorce, které užívání drog podporují, a snaží se je měnit.⁷⁹

Rodina se může účastnit mnoha speciálně připravených aktivit. Ku prospěchu léčby je často získávání informací od příbuzných klienta, a to ať už formou dotazníků, individuálních rozhovorů nebo diskusních skupin za účasti několika rodin (které si vzájemně mohou vyměnit zkušenosti). Rodiny se někdy dokonce účastní výše popsaných *konfrontací* při smíšených skupinách vedených v terapeutické komunitě. Účinnou strategií české terapeutické komunity White Light je pozvat vybrané rodinné příslušníky klienta do nedalekých rekreačních objektů, kde pacient s rodinou tráví čas; kromě toho mají za úkol sestavit tzv. tripartitní smlouvu (třetí strana je TK), v níž navrhnou, co se bude dít po odchodu klienta z komunity.⁸⁰

⁷⁸ *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0, str. 18

⁷⁹ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 141

⁸⁰ Tamtéž, str. 12-144

2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

2.1 Vymezení pojmu *terapeutická komunita*

Terapeutická komunita je jen jednou z několika odnoží residenčních léčebných programů (mezi ty další patří v České republice hlavně *specializovaná oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny*⁸¹). *Residenční protidrogová léčba* je široký pojem, pod nějž spadají různé typy pobytových zařízení, kde na klienty působí chráněné prostředí zařízení léčebného či rehabilitačního typu.⁸² Je však nutné podotknout, že existují i terapeutické komunity, které nejsou residenční. Hlavním rozdílem mezi zastřešujícím pojmem *residenční protidrogová léčba* a poněkud specifitějším modelem *terapeutické komunity* je povaha léčebných programů, jejichž pomocí je ke klientům přistupováno – zatímco *residenční zařízení pro drogově závislé* v obecném slova smyslu není spojováno s žádným specifickým pojetím léčby, *terapeutickým komunitám pro drogově závislé* je společná jedinečná filosofie léčby skrze rozličné skupinové aktivity s očekávanou aktivní participací klientů na vlastním pokroku⁸³; další odlišností je fakt, že v terapeutických komunitách soužití klientů není jen nevyhnutelným důsledkem cílené léčby jedinců s podobnými problémy – potenciálu skupiny osob společně směřujících k podobnému cíli je zde promyšleně využíváno. V odborné praxi je nezbytné tyto dva pojmy nezaměňovat.

V odborné literatuře se význam pojmu *terapeutická komunita* dokonce posunul tak, že je přímo asociovaný s příslušnou formou organizace léčebných zařízení (tedy nikoli s jejich samotnými *obyvateli*, jak by se intuitivně mohlo zdát). Taková forma řízení léčebného oddělení je pak charakterizována zejména snahou o potření hranic mezi rolí personálu a pacientů: členové personálu jsou plnohodnotnými členy dané skupiny; pacientům je zase svěřeno právo rozhodovat o své léčbě. V nejužším slova smyslu se o *terapeutické komunitě* mluví jako o psychoterapeutické metodě, při níž jsou účastníci léčby podněcováni k tomu, aby si prostřednictvím modelových situací vyzkoušeli různé formy reakcí, šplhali k odstraňování stereotypů maladaptivního interpersonálního prožívání a chování a porozuměli vztahu mezi vlastními rozhodnutími a stále se opakujícími životními problémy.⁸⁴ Takovouto strategii používají i léčebné jednotky, které nejsou nutně terapeutickými komunitami v původním slova smyslu.

⁸¹ PRESTON, Andrew, MALINOWSKI, Andy a ŠEFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě – Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 60 str. ISBN 978-80-87041-28-4, str. 27

⁸² KALINA, Kamil a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4, str. 93

⁸³ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004., str. 134

⁸⁴ Tamtéž, str. 155-157

Definice *terapeutické komunity* zformulovaná Světovou federací terapeutických komunit je velmi podrobná. Popisuje dvě linie autority – jak vertikální, tak horizontální –, přičemž u té druhé jmenované zdůrazňuje zejména vzájemnou spolupráci členů zařízení na osobním růstu druhých (tlak vrstevníků vyzdvihuje na stejně vysokou úroveň jako roli ostatních členů coby vzorů hodných následování). Dále zmiňuje důležitost pocitu účasti na něčem, co členy komunity přesahuje, a prosazuje pevně daná pravidla chování v komunitě.⁸⁵

Počet klientů terapeutické komunity obvykle nepřesahuje 20; věkové složení se až na výjimky pohybuje mezi 15 a 25 lety. Délka léčebného programu bývá okolo 9-15 měsíců.⁸⁶ Financován bývá z velké části z veřejných zdrojů a soukromých darů; klienti většinou přispívají hlavně ze svých sociálních dávek nebo s pomocí své rodiny – z pochopitelných důvodů nebývají schopni hradit si svůj pobyt v plné výši sami.

Mezinárodní protidrogová komise pod Radou vlády ČR jmenuje mimo jiné následující prvky terapeutické komunity: jednotná filosofie, učení prostřednictvím krizí, zodpovědnost klientů za své chování, učení prostřednictvím krizí a konfrontací, terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, zvyšování sebehodnocení vlastní prací, pocit úspěchu, zlepšování schopnosti vyjádřit emoce a také, velmi relevantně pro tuto práci, zlepšení vztahů s původní rodinou.⁸⁷

Posledním hlediskem, jímž k definici terapeutické komunity v této práci přistoupím, je výčet výkonů pro terapeutickou komunitu jako jednu z drogových služeb se schváleným standardem odborné způsobilosti. Rezidenční péče v terapeutických komunitách zpravidla nabízí většinu z těchto mnoha výkonů: chráněná práce/podporované zaměstnání, individuální poradenství jak pro klienty, tak pro jejich rodiny a blízké, individuální psychoterapie, jiné odborné vyšetření, krizová intervence, odběry biologického materiálu, orientační test moči, práce s rodinou, pracovní terapie, psychiatrické a psychologické vyšetření, rekvalifikace, rodinná terapie, skupinová psychoterapie, skupinové poradenství, skupiny pro rodiče a blízké klientovi, sociální péče, socioterapie, somatické vyšetření, telefonické/písemné/internetové poradenství, testování infekčních nemocí, vstupní zhodnocení stavu klienta, zátěžové programy a zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby.⁸⁸

⁸⁵ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004., str. 156

⁸⁶ PRESTON, Andrew, MALINOWSKI, Andy a ŠEFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě – Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 60 str. ISBN 978-80-87041-28-4, str. 27

⁸⁷ KALINA, Kamil a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4, str. 108

⁸⁸ Kolektiv autorů. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 88 str. ISBN 80-86734-81-1, str. 14

Ač vidíme, že terapeutické komunity je nelehké jasně definovat, po zhodnocení všech výše uvedených zdrojů se nám poskládal ucelený obraz všeho, co tato zařízení charakterizuje. Každá komunita však mívá svá vlastní pravidla ohledně otázek romantických vztahů a sexu, uspořádání času, zvyků a rituálů, vyžadované míry zapojování se, práce, volnočasových aktivit, charakteru kontaktu s vnějším světem, vzájemné pozice terapeuta a klienta, manipulace s penězi, délky pobytu, témat rozhovoru či dokonce přemýšlení, způsobu vyjadřování se, moci, spirituality, postojům k vlastní rodině a podobně.

2.2 Vznik a vývoj terapeutických komunit

Je všeobecně známo, že terapeutické komunity pro léčbu závislostí se inspirovaly terapeutickými komunitami pro léčbu sociálně deviantních psychiatrických pacientů, které se objevily ve Velké Británii v padesátých letech minulého století (pod vlivem Maxwella Jonese). Terapeutické komunity pro léčbu závislostí byly naproti tomu poprvé zřízeny ve Spojených státech amerických v šedesátých letech 20. století (a bývají spojovány se jménem Charlese E. Dedericha).⁸⁹ Koncept terapeutické komunity pro závislosti se rozvinul mimo hlavní proud psychiatrie, psychologie a medicíny, ale ukázal se jako relativně úspěšný a rozšířil se po celém světě.⁹⁰ Vydáme-li se však ještě hlouběji do historie, zjistíme, že koncept terapeutických komunit (i když ne těch protidrogových) je starý přinejmenším dva tisíce let a má náboženské kořeny.

První terapeutické komunity fungovaly ve formě židovsko-helénských a raně křesťanských společenství – členové těchto komunit si říkali *therapeutae*, protože si cenili duše stejně jako těla.⁹¹ Tyto skupiny lidí se však nevymezovaly vůči sociálně patologickým jevům, nýbrž proti hříchům jako je pýcha, zloba, nedostatek pokory apod. Žily v lásce, pokoře a úctě k Bohu a podobně jako dnešní terapeutické komunity měly jasně stanovený systém sankcí za porušení vnitřních pravidel.⁹² Právě z takovýchto společenství se vyvinuly mnišské řády (prvním z nich byl řád sv. Benedikta v 5. století našeho letopočtu).

V novověku se objevila náboženská uspořádání, která z dnešního pohledu tvoří jakýsi mezistupeň mezi tradičními křesťanskými řády a moderními terapeutickými komunitami – dvě

⁸⁹ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 53-54

⁹⁰ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 133

⁹¹ Tamtéž str. 158

⁹² Tamtéž

nejhlavnější byly založeny na Oxfordské univerzitě.⁹³ V roce 1729 šlo o metodisty založené Johnem a Charlesem Wesleyovými, kteří se původně scházeli ve skupinkách po 5-10 lidech, v rámci kterých se zpovídali a vzájemně komentovali své chyby. Později se tento model rozšířil po celém světě; právě zde jsou pravděpodobně kořeny svépomocné skupinové psychoterapie.⁹⁴ Druhé takové hnutí se jmenovalo Oxfordská skupina a vzniklo z iniciativy luteránského pastora dr. Franka Buchmana. Tato skupina byla také postavena na vzájemném svěřování se a motivování se k vyšším morálním cílům.

Právě odtud převzal Bill W. principy, na jejichž základě spolu s Bobem S. založil hnutí Anonymních alkoholiků: klíčem k úspěchu tohoto dnes již masivního společenství je absence odborného personálu a veřejné rozebírání problémů jednotlivých členů.⁹⁵ Na přelomu 19. a 20. století model psychoterapeutických skupinek přebírali pokrokoví pedagogové zejména ve Velké Británii a zřídili četná pokroková zařízení pro „nepřízpůsobivé děti“.⁹⁶ Průkopníkem zařízení pro dospělé byl Joshua Bierer, který již roku 1938 zřídil při britské nemocnici (ve Wickfordu) pro neurotické a psychotické pacienty „therapeutic social club“, tedy terapeutický společenský klub.

Dalším úspěchem v historii terapeutických skupin byly birminghamské snahy W. R. Biona, H. Bridgera a jejich spolupracovníků – ti všichni experimentovali se skupinovou terapií za účelem pomoci demoralizovaným, traumatizovaným vojákům ve druhé světové válce.⁹⁷

Maxwell Jones, který v letech 1947-1959 působil jako ředitel londýnské Henderson Hospital pro pacienty s těžkými poruchami osobnosti, je snad nejčastěji zmiňovaným otcem novodobých demokratických terapeutických komunit – právě on nejsystematičtěji transformoval tradiční hierarchické vztahy nemocnice v demokratická uskupení tehdy revolučním prosazováním volné komunikace mezi pacienty, sestrami a lékaři (což později začalo být nazýváno *matení rolí*).⁹⁸ Zkoumal skupinovou dynamiku a začal jí konstruktivně využívat – místo jednostranného informování pacientů o jejich symptomech zavedl společné instruktážní schůzky a později skupinové diskuse mezi pacienty. Nebývale úspěšným prvkem těchto diskusí se stalo to, že dlouhodobější pacienti, kteří nabyli právě díky neustálému veřejnému analyzování příznaků svých nemocí rozsáhlé znalosti a zkušenosti, začali přebírat roli lékařů v moderování rozhovorů s méně ostřílenými pacienty. Později pacienti začali takovéto schůzky využívat i k probírání osobních konfliktů a otázek

⁹³ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str.53

⁹⁴ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004., str. 161

⁹⁵ Tamtéž, str. 161-163

⁹⁶ Tamtéž, str. 163-167

⁹⁷ Tamtéž, str. 168-169

⁹⁸ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 54

morálky, což vedení začalo s radostí podporovat (a dokonce vyžadovat *zpětnou vazbu*). Roku 1944 Jones dokonce zavedl techniku společného vytváření a následného aktivního analyzování krátkých divadelních scének týkajících se mezilidských vztahů a osobních problémů, s nimiž se pacienti potýkali.⁹⁹ Později, když budoval nemocnici pro válečné zajatce v Darfordu, Jones také položil základy praxi dnes tak oceňované pracovní terapie. Mimoto se zasloužil o rozšíření tzv. *živého učení*, úspěšné psychiatrické metodě okamžitého řešení individuálních problémů, porušení řádu či osobních konfrontací na mimořádné krizové schůzi komunity.¹⁰⁰ Své poznatky o tom, jak by měla terapeutická komunita vypadat, Jones nakonec shrnul v následujících pěti bodech: (1) oboustranná komunikace na všech úrovních, (2) proces rozhodování na všech úrovních, (3) společné vedení, (4) konsensus v přijímání rozhodnutí a (5) sociální učení v interakci tady a teď.¹⁰¹

Nyní už jen zbývá rozepsat se o vývoji terapeutických komunit specificky určených pro drogově závislé. Prakticky všechny takové komunity, jak je známe dnes, jsou obdobou Synanonu, organizace založené roku 1958 v Kalifornii Charlesem Dederichem. Sám Dederich měl svého času problémy s alkoholem a účastnil se setkání Anonymních alkoholiků, jež později vedl i ve svém domě. Synanon zřídil v kalifornském Ocean Park v reakci na postupnou změnu své klientely – jeho posezení (která nazýval „hrami“) začínalo navštěvovat stále více drogově závislých. Postupně se od Anonymních alkoholiků zcela odklonil; zády se otočil i k náboženské ideologii – v té době by se čekalo, aby právě ta motivovala klienty takového zařízení.¹⁰² Komunita, kterou vybudoval, nešla v demokratických stopách výše popsaných britských projektů – Dederich přišel s naprosto novým konceptem *hierarchické terapeutické komunity*, kterou jako všemi obdivovaný, charismatický ředitel sám vedl.¹⁰³ Synanon se stal novou rodinou klienta – za dodržování pravidel tohoto společenství se každý klient mohl dočkat kromě jídla a ubytování také pevně vymezené role v absolutně podporující, loajální komunitě. Ideál „spolehnout se na sebe samého“ a zodpovědnosti za vlastní život byl v Synanonu posílen hierarchickou strukturou, v níž měl každý, kdo se choval podle pravidel, možnost stoupat výš, zaujímat čím dál zodpovědnější pozice a užívat si čím dál větších privilegií. Takové prostředí bylo pro nově příchozí silně motivační – na příkladu ostatních viděli, že úspěch je možný. Další radikální technikou prolomení negativních stereotypů chování pacientů byla metoda

⁹⁹ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 170-172

¹⁰⁰ Tamtéž, str. 173-175

¹⁰¹ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 54

¹⁰² Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 176

¹⁰³ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 54

konfrontace a frustrace – nováčci a selhávající účastníci programu bývali organizovaně podrobováni prudkým (až agresivním) vlnám kritiky jejich chování ze strany ostatních členů komunity; pláč byl podporován jako forma katarze.¹⁰⁴ Takováto aktivita pro umocnění terapeutického účinku na účastníky někdy trvala až desítky hodin. Jednou z hlavních premis Synanonu bylo, že toxikoman je nezodpovědný, ale má růstový a tvořivý potenciál a je jeho povinností se jej snažit rozvíjet. Další svéráznou myšlenkou Synanonu je, že cílem společného života je štěstí.¹⁰⁵

Po několika letech se ze Synanonu stala nezávislá, rapidně se rozrůstající jednotka – v jisté fázi měla přes 1000 členů, vlastnila auta, školy, letadla, čerpací stanice a pozemky po celých Spojených státech. K záhubě tuto organizaci vedlo to, co jí umožnilo vyrůst: kult osobnosti umožňující Dederichovi totalitární tendence. Jeho podporovatelé a následovníci se na jeho popud neváhali pokusit o vraždu; některé nápady vůdčího představitele, jež zašly až příliš daleko (např. sterilizace mužů, hromadění zbraní či zavedení tělesných trestů), neměl nikdo možnost kritizovat. Pro úplnost portrétu tohoto revolucionáře uvedu, že jeho činnost skončila roku 1977, kdy se po smrti své ženy vrátil k alkoholu, načež byl v roce 1978 uvězněn za spoluúčast na plánování pokusu o vraždu.¹⁰⁶

Nebezpečí proměny terapeutické komunity v sektu je velmi aktuální. Je mu nutné předcházet vnější i vnitřní kontrolou každého léčebného zařízení.¹⁰⁷

Posledním zlomovým modelem hierarchické terapeutické komunity pro drogově závislé, který tady představím, je americký Daytop, o němž by se dalo říci, že se úspěšně vyhýbá chybám výše popsané organizace (například začleněním kontrolních orgánů do struktury léčebny). Vzhledem k bezprecedentnímu úspěchu Synanonu se v šedesátých letech minulého století mnoho profesionálů snažilo tento typ léčebny napodobit. Mezi nimi i psychiatr Daniel Casriel, který po návštěvě Synanonu založil roku 1963 v New Yorku komunitu s názvem Daytop Village. Ta se od Synanonu lišila zejména tím, že se snažila vrátit klienty zpět do společnosti. Společný tyto dvě komunity zase měly přísný přístup ke klientům, který se osvědčil jako lépe motivující k zodpovědnosti než v té době již obvyklá benevolentní demokratická společenství: klient nebyl přijat automaticky (ač na rozdíl od Synanonu naštěstí neexistoval vstupní poplatek), ale musel učinit určité kroky a tím projevit vážný zájem. Daytop také kladl důraz na veřejnou zpověď pacientů – nezodpovědné chování bylo ostře odsuzováno, kdežto pozitivní vývoj byl hlasitě chválen. Princip trestů a odměn se tu

¹⁰⁴ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 177-178

¹⁰⁵ Tamtéž, str. 15

¹⁰⁶ Tamtéž, str. 178-179

¹⁰⁷ Tamtéž, str. 179

osvědčil – klienti se měli možnost vypracovat dokonce až na funkci ředitele komunity. Rehabilitační proces byl rozdělen na 3 fáze: (1) zkoumání vlastní osobnosti a zpověď, (2) změna a (3) upevnění změny.¹⁰⁸

V Evropě se terapeutické komunity tohoto typu uchycovaly jen pozvolna – zaprvé bylo těžké vybudovat si důvěru úřadů v tom, že vyléčený toxikoman by mohl vést léčebnu stejně dobře jako vystudovaný psychiatr (ne-li lépe); zadruhé většina raných terapeutických komunit inklinovala spíše k demokratickému modelu a ten hierarchický byl zaváděn jen pomalu (rovnostářská forma organizace protidrogových léčeben je v Evropě vlastně dosud mnohem populárnější než v USA). Na začátku sedmdesátých let byly založeny dvě terapeutické komunity v Anglii; na konci dekády Anglii následovaly Itálie, Španělsko, Německo, Rakousko a Řecko.¹⁰⁹ Koncem minulého století už protidrogové terapeutické komunity různých typů (ať už – opět – religiózní či zemědělské) rostly po celém světě. U nás byla první taková komunita otevřena roku 1991.

2.3 Situace terapeutických komunit v České republice

Terapeutické komunity pro drogově závislé jsou v České republice poměrně mladým konceptem, ale myšlenka svépomocných společenstev tu už byla v 19. století, kdy vznikaly první svépomocné organizace léčících se alkoholiků, tzv. spolky střízlivosti. První lůžkový léčebný ústav vznikl roku 1909 ve Velkých Kunčicích. První socioterapeutický klub zaměřený na pomoc alkoholikům vznikl již roku 1932 v Brně.¹¹⁰ Velice významnou institucí v historii českých komunit proti závislosti je Anonymními alkoholiky inspirovaný Klub lidí usilujících o střízlivost (KLUS) založený roku 1948 světovou kapacitou v oblasti boje proti alkoholismu Doc. MUDr. Jaroslavem Skálou. Jeho působení se rozrůstalo a kapacita jeho protialkoholové léčebny se zvyšovala; nakonec se vyvinula ve stéle ještě fungující středisko Apolinář. Skála byl jedním z prvních Čechů, kteří praktikovali techniky jako averzivní terapie, psychoterapie, pracovní terapie či pohybová terapie. Na konzumaci alkoholu se díval jako na naučené chování, které se snažil pomocí skupiny odbourat.¹¹¹

V druhé polovině minulého století Skálovy myšlenky přebíraly desítky nově vznikajících protialkoholových léčeben, mezi nimi také Psychiatrická léčebna v Bohnicích, která začala být známa svými komunitními principy léčby. Českým terapeutickým komunitám pro drogově závislé

¹⁰⁸ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 179-181

¹⁰⁹ Tamtéž, str. 181-182

¹¹⁰ Tamtéž, str. 185

¹¹¹ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 91-93

předcházely také úspěšně fungující komunity pro neurotiky, z nichž první vznikaly již v 50. letech, a výchovné komunity pro budoucí psychiatry.¹¹²

Užívání drog se v České republice rozmohlo až po revoluci. První reakcí na potřebu skupinové léčby drogově závislých bylo založení terapeutické komunity v areálu bývalého zámku v Němčicích roku 1991. Byla organizovaná demokraticky spíše než hierarchicky a pojetí vedení bylo profesionální spíše než svépomocné. V průběhu devadesátých let následovalo mnoho dalších komunit; mnoho z nich založili bývalí žáci pana Skály. Přibylo White Light v severních Čechách či Elim, křesťanská pracovní komunita nedaleko Písku. A koncem devadesátých let vznikly terapeutické komunity TK Fides Bílá Voda (zařízení částečně provázené s psychiatrickou léčebnou), TK Nová Ves u Chrastavy na Liberecku, TK Podcestný mlýn u Dačic (křesťansky zaměřená skupina), TK Magdaléna v Mníšku pod Brdy, TK Heliana na Mladoboleslavsku, TK Karlov u Čimelic (pro mladistvé a později také pro závislé matky s dětmi), TK Renarcon na Frýdkomístecku, TK Sejrek na Vysočině (jediné zařízení vedené bývalými toxikomany) a TK Krok v Kyjově, TK Medvědí Kámen (o němž se rozepíši v následující části této práce).

Kromě právě vyjmenovaných středně-a dlouhodobých programů funguje i několik krátkodobých, a to pro mládež určený Klíčov – Alternativa v Kostelci nad Labem, Cesta v Řevnicích a dříve také Locus na Liberecku. Roku 2002 vznikla TK domov Agapé na Opavsku – šlo o první terapeutickou komunitu specializující se na drogově závislé děti, a to konkrétně děti mezi 12 a 15 lety. Kromě toho u nás existují ještě skupiny Teen Challenge (v Praze, ve Šluknovském výběžku a na Plzeňsku).¹¹³ Většina českých terapeutických komunit je situována do bývalých statků či zámků.¹¹⁴ Celkem jich v naší republice je, pokud vím, okolo 15.

2.4 Bližší charakteristika nejrozšířenějších modelů terapeutických komunit

Pojetí vedení terapeutických komunit existuje celá řada a názory odborníků na to, který přístup je nejefektivnější, se často velmi liší. Na úvod výkladu o chodu terapeutických komunit představím body, v nichž se experti nejčastěji rozcházejí.

V první řadě se nabízí pohovořit o rozdílech mezi *demokratickým* a *hierarchickým* modelem. Rád bych čtenáře odkázal na předchozí kapitolu, kde jsem se věnoval historickému vývoji obou těchto přístupů. Zde se zaměřím ryze na praktické rozdíly. Tím nejvýznamnějším je způsob, jakým

¹¹² Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 186-191

¹¹³ Tamtéž, str. 192-196

¹¹⁴ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 60

se v dané terapeutické komunitě činí rozhodnutí – zatímco prvně zmíněný přístup bazíruje na konsensu, ten druhý autoritu zakládá na služebním postavení. Hierarchické pojetí bývá vyzdvihováno jako více motivační, protože všem pacientům garantuje odměnou za dobré chování atraktivní privilegia, ale na druhou stranu kritizováno jako dávající prostor autoritářství (podobně jako u Synanonu, jen v menším měřítku). Obránci hierarchického modelu však namítají, že je nutné rozlišovat autoritativní a autoritářský management – a že kontrola rozumnosti rozhodnutí je do systému zabudovaná.¹¹⁵ Další, s tímto související dvojicí rozdílných přístupů je *svěpomoc* versus *profesionalismus*. Profesionální skupiny bývají vedeny psychiatry, ale i psychology, sociálními pracovníky či pedagogy, kdežto lídrem svěpomocných skupinek se stávají vylčení toxikomani. Mezi jejich výhody patří jedinečný způsob, jakým se dovedou vcítit do pacientů, protože si sami prošli stejným procesem – tím, že byli úspěšní, si u pacienta získají respekt, ale zároveň nikdy nevytvářejí dojem, že se nad klienty mají důvod povyšovat (což se pacientům někdy zdá u odborného personálu). V Evropě převažují demokratické modely s profesionálním vedením, kdežto v USA jsou rozšířenější svěpomocné hierarchické komunity.

Dva rozdílné úhly pohledu na fungování psychoterapeutických komunit jsou *psychoanalýza* versus *behaviorismus*. Pomocí psychoanalýzy klienti rozebírají své rané zážitky, kterým přiznávají vliv na jejich pozdější rozhodování; snaží se porozumět svým emocím. Behavioristický přístup takovou praxi odmítá, jelikož introspekce prý nutně nevede ke změně chování – místo analyzování dávné minulosti (což podle nich může vést k věčnému vyloučení se na determinismus traumatizujícího dětství) se pacienti pod vedením behavioristů zaměřují na nacvičování nových vzorců chování (emoce jsou často ignorovány) a přebírání plné zodpovědnosti za své činy.¹¹⁶

Tři další teorie, které na rozdíl od výše uvedených dvojic nestojí proti sobě, ale pouze na léčbu nahlížejí z pozice rozdílných disciplín, jsou *sociální*, *biologická* a *na systém orientovaná teorie závislosti*. Stoupenec sociální teorie zdůrazňuje nutnost vysvobodit pacienta z kontextu, v němž se jeho závislost vyvíjela, a umožnit mu život v čistém prostředí, kde drogy a s nimi spojenou subkulturu nic nepřipomíná. V pozdější fázi léčebného procesu klienta obklopuje zajímavá, inspirativní společnost, která mu dává nové podněty zejména kulturního rázu (sportovní utkání, muzea, kina, divadla, zájmové kluby apod.), čímž si klient vybuduje novou identitu definovanou v kontextu společnosti.¹¹⁷ Program podepisující se pod biologickou teorií závislosti vychází z předpokladu, že u osob náchylným k závislosti na drogách lze pozorovat „*biochemickou dysfunkci*

¹¹⁵ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 198

¹¹⁶ Tamtéž, str. 200-201

¹¹⁷ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 28

jako důsledek rané traumatizace“ či pocitu odmítnutí v dětství.¹¹⁸ Tento úhel pohledu si všímá pacientova přístupu k bolesti – buď se jí vyhýbá, nebo ji v různých formách vyhledává. Během odpovídající terapie se klienti učí zažívat bolestivé emoce prostřednictvím uměle vytvořených modelových situací, které jsou ve skutečnosti ozvěnami minulosti. A konečně zastánci na systém orientované teorie závislosti se snaží pacienty pospojovat v rámci náhradní rodiny (v – extrémně častém – případě, že původní rodina neplní svou roli). Nová rodina bezpečného prostředí léčebny klientovi poskytuje místo pro růst a učení se z chyb; klíčové je budování nejen vzájemného respektu, ale i vzájemných pozitivních citů.¹¹⁹

Pojďme se však teď zaměřit na to, co má většina psychoterapeutických komunit společného. V návaznosti na oddíl 2.1 zde představím konkrétní náplň pobytu v takovém zařízení.

Záleží na konkrétním léčebném oddělení, zda klienta nechá podrobit se *individuální terapii*, anebo zůstává u té *skupinové*. Individuální terapie, probíhající prostřednictvím pravidelných rozhovorů profesionálního psychiatra s klientem, v dnešní době v léčbě závislostí není příliš obvyklá, protože není tak efektivní jako ta skupinová a protože je nákladnější. Na druhou stranu se však považuje za ideální pro osoby, které se necítí na závazek skupinové terapie připraveni. Bývá také doporučována klientům s duální diagnózou, která bohužel snižuje pravděpodobnost úspěšného absolvování skupinové psychoterapie.¹²⁰ Systematická skupinová terapie je pak nejučinnější metodou terapeutických komunit pro drogově závislé. Využívá dynamiky vzájemných vztahů obyvatel dané komunity a pacientů se tak dotýká neustále – nejen při společných sezeních. Pacienti společně směřují k hlubokému sebepoznání a k odbourání či zmírnění nežádoucího chování.¹²¹ Ke konkrétním aktivitám využívaným ve skupinové terapii se dostanu níže.

Než totiž začnu popisovat psychiatrické strategie terapeutických komunit, načrtnu elementární pravidla pobytu v léčebné jednotce. Několik zdrojů se shodne, že klíčová pravidla společná snad všem psychoterapeutickým komunitám – pravidla, bez nichž by tento model pravděpodobně nemohl fungovat – jsou: (1) neužívat drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí, (2) neužívat násilí či výhrůžek a (3) nemít sex s dalším členem komunity. Porušení pravidla číslo jedna je tak závažné, že má mnohdy za následek okamžité vyloučení pacienta.¹²² K pravidlu číslo tři je třeba dodat, že za nežádoucí není považován jen sexuální styk (který je díky křehkému stavu

¹¹⁸ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 24-25

¹¹⁹ Tamtéž, str. 27-28

¹²⁰ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 36-37

¹²¹ Tamtéž, str. 37-38

¹²² NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 38

psychiky pacientů v této fázi spíše projevem agresivity než něhy), ale i citové vazby mezi dvojicemi – ty jsou neúspěšné skupině jako celku, protože členové podskupin se většinou svěřují navzájem a potom nemají potřebu rozebírat své problémy před celou komunitou.¹²³ Každé společenství má vedle těchto tří pravidel ještě sadu dalších psaných zákonů – ty nebývají neměnné, aby vyjadřovaly potřeby stále se vyvíjející komunity. K tomu se ústně předávají ještě dodatečná, nepsaná pravidla, která jsou však v mnoha případech mýty plynoucí z nesprávného pochopení skutečných pravidel.¹²⁴

Konečně se dostávám k nástrojům léčby, tolik charakteristickým pro terapeutické komunity. Bude snazší prezentovat je v bodech:

Striktní *režim* terapeutických komunit přímo vychází z potřeb komunity (není to jen režim pro režim) – to jedinci pomáhá uvědomit si odpovědnost vůči ostatním a denně zažívat pocit sounáležitosti, když všichni dělají to samé. To vše přispívá k obnovení sociálních dovedností. Pravidelnost také pacientům dodává pocit bezpečí a jistoty.¹²⁵

Organizace každodenního života často nutí klienta k *pomoci ostatním* – skrze práci pro druhé si klient uvědomí, že stejně jako jsou na něm závislí ostatní, on je závislý na ostatních. V momentě, kdy se pomoc ostatním stane samozřejmostí, komunita spěje k pozitivní atmosféře, kde si členové vzájemně důvěřují (znovu si vybudovat důvěru v lidi je pro klienty nepředstavitelně náročné). Mnoho terapeutických komunit klientům umožňuje integraci s okolím léčebny prostřednictvím *pracovní terapie* – často se jedná o namáhavou fyzickou práci, která dá klientovi možnost odreagovat se. Také na své práci názorně vidí, že je schopný něco dokázat.¹²⁶

Sdílení pocitů viny, typicky při posezeních v kruhu, je extrémně důležité, protože pacientovi přináší nesmírnou úlevu (pacienti mají většinou tendenci pocit viny dusit v sobě, což na něj může působit až sebe-destructivně).

Jednej jako by je nedocenitelná technika vycházející z behavioristických předpokladů, že pečlivě nacvičeným chováním lze změnit přemýšlení člověka – když člověk předstírá, že se nebojí, přestane se pomalu bát; když člověk jedná, jako by byl plný energie, energie se dostaví.¹²⁷

Pacienti se obvykle střídají v představování určitých *rolí* v (hierarchicky uspořádané) *komunitě* – ať už jde o funkci vrchního kuchaře, lékaře či vedoucího terapeutické skupiny. Díky

¹²³ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 83-86

¹²⁴ Tamtéž, str. 87

¹²⁵ Tamtéž, str. 88

¹²⁶ KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 204

¹²⁷ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 17-19

tomu se klienti naučí přebírat zodpovědnost za chod věcí; také jim tím začne skutečně záležet na tom, aby se ostatní chovali správně, a k jejich usměrňování se budou stavět aktivně.¹²⁸

Klienti se učí přijímat konstruktivní *kritiku* se sebevědomím – brát ji jako ukazatel situace spíše než osobní napadení. Organizovaná kritika ze strany ostatních členů komunity také rozvíjí pacientův smysl pro realitu.¹²⁹

Pacienti často mívají potíže s navazováním zdravých partnerských vztahů – většinou mívají problém si vnitřně uvědomit, že za ně nemusí ničím platit. Když se potenciální partner pokusí o vytvoření citového pouta, jsou pro ně typické dva druhy reakcí: přijímající a odmítající. Přijímající člověk je ochoten pro lásku bojovat, ponižovat se a procházet bolestí, ale neví, jak přistupovat k lásce ničím nepodmíněné – takové se bojí a vyhýbá se jí. Odmítající člověk se naproti tomu naučil žít sám a do vztahů nehodlá nic investovat, aby se nezranil – své emoce skrývá, neřekne si o pomoc a místo blízkosti lidí vyhledává drogy. *Bonding terapie* si klade za cíl řešit tyto problémy vystavováním členů komunity vzájemné blízkosti. Mění jejich smýšlení z negativního v pozitivní.¹³⁰

Důležitou složkou fungování terapeutické komunity je *společné plánování* – ať už rozdělování si menších úkolů (v kuchyni apod.), plánování denní náplně, organizace chodu zahrady na bázi ročních plánů (či hospodářství, pokud je k oddělení nějaké připojeno). Takovéto aktivity v klientech budují schopnost myslet na budoucnost – schopnost, kterou vlivem závislosti zpravidla zcela ztratili.¹³¹

Ve stopách Synanonu se klienti (českých) terapeutických komunit často učí *prostřednictvím krize a konfrontace*. Děje se tak v uměle vytvořených situacích při psychoterapii i v reakci na prohřešky proti vnitřním pravidlům. Klient se učí chápat, že konfrontace není namířena na něj jako na člověka, ale na chování, kterého se dopustil.¹³²

Pozitivní tlak vrstevníků funguje skrz osobní příklady úspěšně abstinujících. Zodpovědnost k nově vybudovaným vztahům by pacienta také měla motivovat k tomu nesklouznout zpět k drogám.

Systém odměn a sankcí funguje velmi úspěšně – v počátečním stádiu osobního růstu na klienty platí nejsilněji právě cukr a bič (spíše než abstraktní ideály). Mezi privilegia patří vzestup

¹²⁸ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 89

¹²⁹ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 31

¹³⁰ Tamtéž, str. 31-32

¹³¹ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 102

¹³² Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 33-35

v hierarchické struktuře a pravomoci s tím spojené (např. vycházky), sankcemi bývá např. zákaz mluvení či přidělení nepříjemné práce (typicky v kuchyni).¹³³

Reflexe je specifický typ vzájemného upozornění na prohřešky proti řádu, na něž by se mělo reagovat poděkováním (a v některých komunitách je viník vybídnut k tomu, aby všem ostatním vysvětlil, co ho k porušení pravidel vedlo). Reflexe posílí pozitivní postoj obou zúčastněných.¹³⁴

Rituály, například *vstupní rituál*, jsou v terapii klíčovým postupem. Aby se klient mohl stát součástí komunity, je většinou požádán, aby prokázal vážnost svého zájmu o členství (například aby zakřičel o pomoc, co nejhlasitěji dovede, nebo ostatním věnoval pramen svých vlasů). Když se komunitě představuje, je často podroben nelítostné vlně kritiky za to, že ke drogám sklouznul – to v klientech pomáhá budovat pocit odpovědnosti za své činy.¹³⁵ Někdy bývá symbolicky hozen do vody, aby si uvědomil, že se musí spoléhat na sebe. Rituály přechodu zmírňují dopady změn; rituály ceremoniální dělají z menších úspěchů klientů větší událost.¹³⁶ I společné jídlo či domácí práce plní rituální funkce.

Mytí hlavy je rituál, který může zahájit kterýkoli člen komunity v případě, že se domnívá, že jiný pacient nereaguje správně na kritiku – nepřipouští si ji. Během mytí hlavy si dotyčný stoupne doprostřed místnosti, zatímco ho obstoupí dva až tři dobrovolníci a podrobí ho verbální konfrontaci – na tu on však nemá povoleno reagovat jinak než poděkováním. Cílem této aktivity je ukázat tomuto člověku spojitost mezi negativním chováním v komunitě a zhoubnými rozhodnutími ve skutečném světě. Dále mu mohou navrhnout, jak se zachovat příště, a ukázat mu, že v minulosti se s podobnou situací již vypořádal pozitivně.¹³⁷

Lekce je univerzální metoda vypořádání se s nežádoucím chováním. Může spočívat například v tom, že dotyčný napíše na kus papíru větu typu „jsem zloděj“ nebo „starám se jenom o sebe“. Tento papír pak musí nosit určitou dobu na zádech, přičemž ostatní se ho ptají, co vlastně udělal. Dalším typem lekce je umožnění vybranému klientovi, aby se na týden stal někým jiným – ať už má chodit oblékaný jako zdravotní sestra, kovboj, nebo moudrý muž. Velmi náročným typem lekce je vyslání pokročilého klienta na několikadenní výzkumnou cestu na místa, kde se zdržoval před

¹³³ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 42

¹³⁴ Tamtéž

¹³⁵ Tamtéž, str. 16

¹³⁶ Tamtéž, str. 103-107

¹³⁷ Tamtéž, str. 42-43

nástupem do komunity. Taková zkušenost, obvykle velmi intenzivní, „*posiluje klientovo odhodlání vložit další energii do léčby*“.¹³⁸

Encounter je velmi známý nástroj léčby, opět vyvinutý v Synanonu. Encounterová skupina se vždy zaměří na jednoho člověka, který je konfrontován zbytkem skupiny – kdokoli chce (ideálně však každý člen) může danému jednotlivci něco říci. Takovéto schůzky se většinou konají pravidelně, zhruba třikrát týdně, a účastní se jich 10-12 lidí; vedoucí se snaží, aby složení těchto skupin bylo pokaždé jiné. Trvání musí být časově omezené (většinou se jedná o 90 minut až dvě hodiny). Idea encounterové skupiny je založena na následujících myšlenkách: kritika je cenná; každý se může mýlit; nikdo se nevyhýbá konfrontaci; čím více lidí se na něčem shodne, tím vážněji by to zúčastnění měli brát; od skupiny člověk dostane jen to, co do ní vloží. Encountery jsou většinou doprovázeny hlasitými projevy emocí – to je žádoucí. Nedoporučuje se, aby se konfrontovaného někdo zastával – nechat ho zformulovat svou obhajobu je součástí terapie. Mezi mechanismy, které se často v encounterech záměrně používají, patří zesměšňování, napodobování či přehánění. Účastníci mají také dovoleno převzít předem definované role typu svědek (který vnáší vlastní důkazy, kdykoli někdo jiný přijde s kritikou), zrcadlo (které předvádí, jak se člověk právě chová) či rušič (jenž se snaží odvést pozornost od tématu). Extrémních reakcí si terapeuti cení jako momentů katarze. Na konci skupiny obvykle ten, kdo ji zahájil, konfrontovaného obejmě. Většina komunit se ihned po rozpuštění encounterové skupiny znovu schází, aby zhodnotila, jak to probíhalo.¹³⁹

Další skupiny bývají tematicky orientovány (např. na sexualitu, autoritu či vinu) a nezřídka trvají i dlouhých 48 hodin. Dalším typem jsou sezení, při nichž noví členové hodnotí svou minulost či odcházející členové mluví o své budoucnosti. Výjimkou nejsou ani divadelní *scénky*, o jakých jsem se zmiňoval v předchozí sekci. V rámci *seminářů* si pacienti procvičují mozek při diskusích (často filosofických) nebo se učí o věcech venku, které by je mohly zajímat (více než droga). Mnohdy jsou pozvány velké skupiny účastníků zvenčí.¹⁴⁰

Poslední aktivitou, kterou zmíním, je *fyzické cvičení* či *meditace*. To probíhá každé ráno před snídaní. Je totiž důležité nezanedbávat zdraví ani těla, ani mysli.

Léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Mezi detoxifikační kúrou a nástupem do terapeutické komunity obvykle bývá období, kdy se klient musí aktivně snažit o to, aby byl do komunity přijat. Během této doby může komunitu navštívit a rozhodnout se, zde je to něco pro něj. Je také například požádán, aby vyplnil předvstupní dotazník, vypracoval životopis či aby po

¹³⁸ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 43-44

¹³⁹ Tamtéž, str. 44-50

¹⁴⁰ Tamtéž, str. 52

dobu jednoho týdne docházel každý den do léčebny, a to vždy výhradně střízlivý. Po vstupních rituálech se klient účastní léčby, která se skládá ze tří až čtyř fází.

Během nulté fáze, jež obvykle trvá okolo dvou týdnů, klient teprve poznává, jak daná komunita funguje. Do jejího chodu bývá zasvěcován zkušenějším členem neboli garantem (také zvaným „mámou“, „tátou“ či „andělem“). V tomto stádiu klient často vyhledává individuální konzultaci. Metoda konfrontace se zatím příliš nepoužívá. Klient si také zvyká na naprosté odříznutí od svého minulého života.

V první fázi pacient přijímá první úkoly jakožto člen komunity. Odnaučuje se negativní a destruktivní chování a učí se otevřeně mluvit o svých emocích (hlavně pocitech viny).¹⁴¹ Spolu se svým garantem pracuje na individuálním plánu léčby. Přijímá zodpovědnost za svůj vývoj.

Ve druhé, nejdelší (obvykle až šestiměsíční) fázi léčby se pacient již může vypracovat v hierarchii léčebny – může vést ranní skupiny, buduje si vztahy s ostatními členy, získává větší svobodu a je mu dovoleno jezdit ven. Roste mu sebeúcta a přijímá plnou zodpovědnost za své chování. Začíná přemýšlet o své budoucnosti mimo léčebnu. Obvykle se mu již podařilo úspěšně internalizovat pravidla komunity, takže plní zodpovědnou roli dobrého příkladu ostatním.¹⁴²

Třetí fáze je období příprav na doléčování a život mimo terapeutickou komunitu. Klient začíná opět pracovat na vztazích s lidmi ze svého života před závislostí. Nemusí se již povinně účastnit veškerého programu léčebny; pokud je to možné, žije na pokoji sám. Obvykle má za úkol strávit týden až dva psaním hodnocení svého pobytu v terapeutické komunitě – v této fázi nemá nic jiného na práci, aby se na tuto důležitou činnost plně soustředil. Zabývá se praktickými otázkami návratu do běžného života – hledá si bydlení, zajišťuje si práci, naposledy si ujasňuje, v jakých situacích je ohrožitelný a jakým místům či lidem se vyhýbat, aby nedošlo k relapsu.¹⁴³ Před úplným započatím nového života klient stráví nějaký čas v doléčovacím centru.

¹⁴¹ Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004, str. 59

¹⁴² KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 205

¹⁴³ ¹⁴³ NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007, str. 91-96

3. VÝCHOVNĚ LÉČEBNÁ JEDNOTKA MEDVĚDÍ KÁMEN

3.1 Principy výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen

K případové studii jsem si vybral výchovně léčebnou jednotku Medvědí Kámen, a to z následujících důvodů: (1) Tato práce se specializuje na způsob a intenzitu spolupráce rodiny léčícího se toxikomana s léčebnou. To souvisí s tím, že jsem se rozhodl zaměřit právě na mladistvé toxikomany – právě u nich můžeme pozorovat, jak značný vliv na rozhodování a chování rodina hraje. To je mimo jiné proto, že s rodinou těsně před léčbou žili, takže ji mají v čerstvé paměti (na rozdíl od starších, již dlouho osamostatněných klientů, kteří buď vliv rodiny částečně nahradili jinými vlivy, nebo svou rodinu z paměti vytěsnili). U mladistvých pacientů také typicky vidíme větší účast ze strany rodiny než u dospělých jedinců. Když integrace rodiny v léčebném procesu selže (a to nejen vinou neochoty rodiny, ale i neschopností terapeutické komunity rodinu vhodně „využít“), právě na mladistvých je to nejlépe znát. Léčebna Medvědí Kámen je v naší zemi velmi vzácným příkladem terapeutické komunity přijímající nezletilé pacienty: dalších takových existuje jen hrstka (dále vím jen o kyjovském KROKu, Karlově na Písecku, WHITE LIGHT v Úštěku a samozřejmě Teen Challenge); Medvědí Kámen je vlastně snad jedinou tuzemskou terapeutickou komunitou pro drogově závislé s horní věkovou hranicí (18 let). Z pohledu záměru práce bychom tedy u nás nenašli vhodnější léčebnu. (2) Klíčovou metodou výzkumné části práce byly zvoleny individuální rozhovory. Jelikož ve VLJ Medvědí Kámen pracuji, dá se předpokládat, že jsem si u pacientů vybudoval dostatek důvěry na to, abych od nich získal mimořádně upřímné zpovědi.

V prvním oddílu této části popíši fungování Medvědího Kamene; v druhém se zaměřím na charakter spolupráce léčebny s příbuznými klientů; ve třetím oddílu představím výsledky série rozhovorů, jež jsem vedl s klienty této komunity, a tyto výsledky souhrnně zanalyzuji.

Výchovně léčebná jednotka Medvědí Kámen se nachází v okrese Domažlice, mimo civilizaci – nejbližší obec, Rybník, je vzdálená několik kilometrů. Jedná se o terapeutickou komunitu pro chlapce, kteří jsou problémovými či závislými uživateli nealkoholových drog. Pobytu v TK Medvědí Kámen předchází maximálně měsíc dlouhý adaptačně motivační program na nedalekém pracovišti Nové Domky. Medvědí Kámen disponuje šestnácti lůžky pro klienty mezi 15-18 lety; průměrná délka pobytu se pohybuje okolo šesti měsíců.

Kromě ubytovacího zařízení je jeho součástí ještě zahrada, farma se zvířaty a sportovní zařízení (včetně posilovny). Klienti se o provoz komunity starají sami – pracují jako kuchaři, topiči, starají se o prádlo, zajišťují drobné opravy, pečují o zvířata a uklízejí si; mezi způsoby, jimiž se klienti sami starají o chod zařízení, je také sekání trávy, sušení sena a hrabání listí či sněhu.

Specifikem terapeutické komunity pro mladistvé je fakt, že klient dochází do školy.

Klienti, které přijímáme, pocházejí velmi často z neúplných či nefunkčních rodin; vyznačují se poruchami chování jako např. krádeže, lhaní, útoky z domova či záškoláctví a velmi často již přicházejí se zkušeností s jinými výchovnými ústavami. Jejich užívání alkoholových a nealkoholových drog většinou přerostlo v závislost. Hlavním cílem našeho působení je pomoc klientům v přemožení závislosti, ale věnujeme se samozřejmě i dalším problémům, jakými je například kriminalita, neúplné vzdělání či špatné sociální schopnosti.

Chod Výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen se řídí podle šesti hlavních principů, přičemž s každým z nich je spojený pevně daný postup, který volíme, když ho někdo poruší. Prvním principem je nutnost spolupráce, otevřenosti a dodržování denního režimu; pokud pacient nejeví zájem o spolupráci, je z VLJ vyloučen. Dalším vnitřním zákonem je samozřejmě absolutní zákaz užívání drog či manipulace s nimi jak uvnitř, tak během vycházek a výjezdů (toto se týká i předmětů spojených s drogami jako např. injekčních stříkaček, lžiček apod.); v případě pozitivního testu na drogy uplatňujeme dva postupy: pokud se klient do Medvědího Kamene vrátil sám, je nucen absolvovat 3-5denní detox a nějakou dobu musí žít odděleně od komunity – ale pokud je do VLJ navrácen policií, musí se podrobit pětidennímu detoxu v jiném zařízení a po jeho navrácení je mu na 14 dní upřeno mnoho výhod, např. komunikace s domovem, nošení vlastního oblečení, hodiny osobního volna apod. Princip číslo tři se týká zachování čistoty domu, což v praxi znamená zejména zákaz držení tabákových výrobků; když se něco takového najde, svolá se mimořádná skupina, při níž se hledají viníci a shromažďují se veškeré informace o incidentu, po čemž probíhá tzv. „cikán“, generální úklid celé budovy. Čtvrtý princip zakazuje používání násilí, a to jak fyzického, tak i psychického (tam patří třeba šikana, sexuální obtěžování, vyhrožování či vydírání); výchovná opatření následující porušení tohoto pravidla jsou v mírnějších případech povinná interakční skupina a v těch závažnějších degradace do nižší fáze, odejmutí široké škály privilegií a mnohdy dokonce přivolání policie. Za páté je zakázáno krást a úmyslně ničit vybavení léčebny a osobní věci ostatních pacientů; pokud se na krádež přijde, musí věc viník vrátit či uhradit a dostane jednorázový pracovní úkol. Poslední princip pacientům nedovoluje užívat či nosit nepovolené předměty, mezi něž patří např. šperky, erotické časopisy, zbraně či elektronika; když se na nějaký takový předmět přijde, je pacientovi až do skončení pobytu zabaven.

Kromě toho existuje seznam dalších, „menších“ pravidel. Ta se týkají například šetření energií, zásad společného stravování, čistoty oblečení, žádosti o výjimky z jakéhokoli pravidla, pití kávy, soužití pacientů různých fází na jednom pokoji, nebo nakládání s penězi.

Stejně jako každá terapeutická komunita má i Medvědí Kámen své specifické tradice a rituály, které mají podobnou roli jako pravidla. Vstupním rituálem je křest v rybníce – to

symbolizuje očištění od drog. Každý odcházející člen se po rozloučení v závěrečné skupině naposledy prochází po farmě a loučí se i se zvířaty a poslední věcí, kterou udělá, je symbolické položení kamene na mohyly.

Hlavními prvky denního režimu jsou: jídla, osobní volno, dopolední a odpolední zaměstnání, výuka, ranní, večerní a terapeutická skupina, komunita, krmení zvířat, sport (fotbal, ping pong či střelba) a jiné hry, zájmová činnost a úklid. Denní režim se mění podle dnů v týdnu. Každý den kromě víkendu se vstává v sedm hodin. Škola probíhá od 9:00 do 12:00. Délka a čas odpoledních společných činností se každý den liší – některé dny začínají ve 13:30, jindy až v 16:00. Terapeutická skupina se koná jen v úterý, středu a čtvrtek. Den klienta je přísně rozkouskovaný; osobní volno nikdy není příliš dlouhé – klienti na ně mají nárok čtyřikrát denně, ale nikdy netrvá déle než půl hodiny; nejdelší úsek osobního volna má dvě a půl hodiny, v pátek a v sobotu večer. O náplni večerního osobního volna rozhoduje vychovatel.

Nejdůležitějším elementem psychoterapeutického působení na pacienty jsou skupiny. V průběhu fungování Medvědího Kamene se vyvinulo deset různých druhů. Při *ranní skupině*, které je vyhrazeno 30 až 60 minut, se mluví o událostech předchozího večera, a to hlavně o konfliktech; klienti s ostatními sdílejí obsahy telefonátů; často se vyprávějí a rozebírají sny; zvolí se šéf dne. Při delší, devadesátiminutové *terapeutické skupině* vybraný člen komunity hovoří o své minulosti – o svém dětství, své rodině, škole a drogové kariéře. Hodinová *večerní skupina* je určena ke zhodnocování průběhu celého dne pod vedením šéfa dne; nesoustředíme se pouze na kárání klientů, ale i na pochvaly věcí, které se povedly; vyjádřit se musí všichni klienti. *Tematická skupina* není součástí denního rozvrhu – je zahájena, kdykoli je nutné prodiskutovat nějaké závažné téma, např. průběh léčby, drogy, budoucnost apod. *Interakční skupina* je také zařazována v reakci na události v komunitě – na místě řeší konflikty mezi dvěma klienty či skupinami klientů. *Skupina prevence relapsu* také záleží na aktuálních potřebách komunity. Nedělní týdenní hodnotící skupina shrnuje nejvýznamnější události uplynulého týdne – úspěchy a neúspěchy v osobním vývoji abstinujících nebo mezilidské vztahy. *Mimořádná skupina* může být svolána kdykoli v průběhu dne či noci v okamžité reakci na závažné porušení pravidel; jejím výsledkem je verdikt – celá komunita se shodne na charakteru trestu. Náplní *relaxační skupiny* může být sledování nějakého oddechového filmu, společný poslech hudby, soutěž či skupinová diskuse o něčem příjemném. Každý první čtvrtek v měsíci se koná tzv. *velká komunita*, které se účastní všichni pacienti, vychovatelé a pan ředitel; během velké komunity se projednávají ty nejzávažnější záležitosti jako ukončení něčí léčby, změny pravidel, personální změny či přestupy klientů do další fáze (což musí odsouhlasit nadpoloviční většina zúčastněných).

Terapeutická komunita Medvědí Kámen je svou organizací někde mezi demokratickou a hierarchickou – ač je autorita vychovatelů nepopíratelná (a žádný klient nikdy nemá tak silné slovo jako dospělí), pacienti sami jsou součástí vysoce vertikální struktury, což platí jak v rámci funkcí, které mezi nimi rotují, tak díky existenci několika fází léčby spolu s výsadami s nimi spojenými.

Nejvýznamnější funkcí, kterou může klient dostat, je *šéf dne* či *šéf domu*. Šéfem dne může být nominován kdokoli, kdo se nachází v druhé až třetí fázi léčby. Mezi zodpovědnosti šéfa dne patří provádění zápisu během skupin a svolávání všech denních skupin (zvonem); privilegii této pozice je například pravomoc mluvit vychovatelům do toho, jaké sankce a odměny kdy udělí, nebo úloha spolurozdělovatele práce ostatním. *Šéf kuchyně* je, stejně jako šéf domu, jmenován při ranní skupině. Typicky se jedná o pacienta v druhé fázi léčby. Významně se podílí na přípravě snídaně, oběda, svačiny i večeře; místo poledního klidu se stará o nádobí. Stráží kuchyň před vstupem ostatních klientů. Zvonem svolává ostatní k jídlu. *Šéf u zvířat*, klient v první nebo druhé fázi, je také jmenován ráno. Neúčastní se dopoledního programu – místo něj zamíří k prasatům, načež pokračuje ke slepicím, králíkům, býkovi, ovcím, kozám, psovi, kočkám a papouškovi.

Průběh čtyř fází léčby ve většině ohledů kopíruje obecný model, jež jsem popsal v minulém oddílu, proto se o tomto vyjádřím jen stručně. Když přijde klient do nulté fáze (což je většinou velice náročné), je nepsaným pravidlem, že se všichni budou obzvláště snažit udělat dobrý dojem. Klientovi není dovoleno manipulovat s penězi; je mu přiděleno ústavní oblečení. Nultá fáze skončí, když klient odevzdá životopis, jehož přečtením před komunitou zahájí první fázi své léčby. Také oznámí, kterého garanta si vybral. Maximální výše kapesného je v tomto stadiu 300 Kč měsíčně plus nanejvýš 150 Kč od rodičů. Do druhé fáze se klient může dostat jen na základě žádosti, kterou přednese před skupinou; konečné rozhodnutí je v rukou vychovatelů. V této fázi získá pacient mnohem více svobody: může přijímat i posílat dopisy, pobírat od rodičů kapesné v neomezené výši, účastní se výletů a brigád mimo léčebnu; jednou měsíčně má nárok na celodenní samostatnou vycházku. Postup do třetí fáze je také podmíněn vlastní písemnou žádostí. Kromě obvyklých ukazatelů osobního pokroku se hledí i na úspěch ve škole. V poslední fázi klient bydlí samostatně v levém křídle budovy a dostane i klíč. Vycházek může využívat i v pracovní dny, může se stýkat i s jinými lidmi než s rodiči a je mu dovoleno volně používat mobilní telefon.

Na konci výchovně léčebného procesu by měly být významně rozvinuty následující oblasti klientovy osobnosti: adaptační schopnosti, motivace (a eliminace pocitu nudy), smysl pro odpovědnost, touha po vzdělání či socializace (a vzájemný respekt). Klient, který naším zařízením projde, také snad přehodnotil své cíle a vydá se jiným směrem, než jakým se ubíral před nástupem do VLJ. Významně se také zlepšila jeho fyzická zdatnost.

Pro ilustraci dodávám několik fotografií VLJ Medvědí Kámen:



Obr. 1: Bok budovy VLJ Medvědí Kámen na podzim



Obr. 2: Předek budovy VLJ MK v zimě



Obr. 3: Předek budovy VLJ MK v létě



Obr. 4: Pracovní náplň léčby



Obr. 5: Pacienti obstarávají dřevo



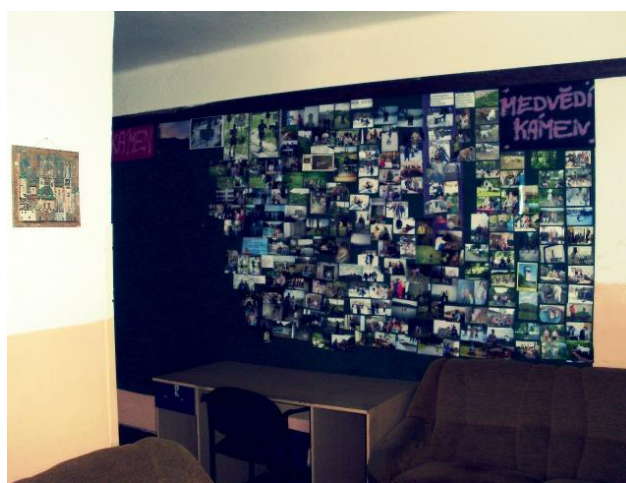
Obr. 6: Společný výlet



Obr. 7: Společná vánoční večeře



Obr. 8: Společenská místnost



Obr. 9: Nástěnka fotografií – vzpomínek

3.2 Individuální rozhovory s klienty Výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen

Z mých mnohaletých zkušeností práce v terapeutické komunitě si dovoluji domnívat se, že *ač jsou nefungující rodinné vztahy většinou jednou z nejvýznamnějších příčin užívání drog a následné drogové závislosti, nezletilé pacienty je nutné motivovat k léčbě právě zdůrazňováním jejich rodinných vazeb*. Jinými slovy, tvrdím, že pokud terapeutická komunita zvolí ten správný přístup, může být v mnoha případech úspěšná nejen ve vyléčení závislosti, ale i ve zlepšení vztahů s rodinou – a zároveň že zlepšení vztahů s rodinou procesu léčení závislosti významně pomáhá.

Abych toto tvrzení mohl posoudit, musí platit, že:

(1) Existuje spojitost mezi dysfunkcí rodiny a sáhnutím po drogách.

Zde je relevantní část 1.5, kde jsem se snažil dokázat, že přestože nefungující rodina samozřejmě není podmínkou vzniku závislosti, v naprosté většině případů se v dětství toxikomanů rodinné problémy objevují – mějme na paměti, že i úplná či ekonomicky stabilní rodina může být dysfunkční. Níže toto potvrdím i na základě empirického výzkumu.

(2) „Nefungující rodinné vztahy [musí být] jednou z nejvýznamnějších příčin užívání drog“ u většiny subjektů mého výzkumu.

Jinak, abych tak řekl, v oblasti rodinných vztahů „není co zlepšovat“, což by podkopalo hodnotu mého výzkumu. Níže ukážu, že drtivá většina účastníků mé studie rodinné problémy skutečně popisuje.

(3) Naše léčebna úspěšně spolupracuje s rodinou v léčebném procesu

V opačném případě by nebylo možné dopad takové spolupráce v této studii posoudit. Domnívám se, že z pohledu vedení léčebny jsem toto tvrzení dokázal výše v tomto oddíle; z pohledu pacientů jsem se ke své radosti nepřímo dozvěděl totéž – viz níže.

(4) Takováto spolupráce má na pacienty znatelný pozitivní vliv

Na základě analýzy obsahu rozhovorů s klienty budu sledovat, zda pokud léčebna s rodinou spolupracuje, má to také nějaké výsledky. Tato část bude nejméně přímočará, ale přesto věřím, že se mi svůj pohled podaří obhájit.

Za účelem naplnění vytyčených úkolů jsem realizoval sérii individuálních rozhovorů se svěřenci VLJ Medvědí kámen. Rozhovory jsem doslovně přepsal a v písemné podobě jsem je posléze analyzoval. Výzkumný soubor tvoří celkem 12 klientů, kteří k mému rozhovoru svolili. V té době jsme měli celkem 14 klientů, tudíž pokrývám 86% subjektů. Abych upřesnil svou výzkumnou metodu, zmíním, že jsem se snažil klienty nechat volně mluvit o svém životě a své kariéře v naší léčebně – abych byl objektivní a nepostrkoval klienty k určitým výpovědím, snažil jsem se omezit

své doplňující otázky na minimum. Můj způsob zpracování dat z výzkumu je následovný: klíčové části výpovědí jsem si z nahrávek přepsal do textové podoby a obsahy rozhovorů jsem porovnal.

Když klienti mluvili o svém dětství, celých 10 z 12 zmínilo problémy doma (samozřejmě nemám na mysli problémy zaviněné užíváním drog). Dovolte mi citovat příklady takových výpovědí. Klient Standa například řekl: „*Doma to stálo za ***, naši se hádali, pak se rozvedli. Dost mě to mrzelo, tak jsem se dal do party kluků, kde se chlastalo – někteří byli starší, ale mně se mezi nima líbilo a cítil jsem se volněj a bez starostí. Pak jsem začal s cigaretami a pak jsem si poprvé zahulil trávu a hned jsem věděl, že to bude moje vášeň.*“¹⁴⁴ (Dále popisuje, jak se později dostal i k LSD, kokainu a pervitinu.) Podobné zkušenosti má i klient David: „*Máma se rozvedla s fotrem a já právě musel k mámě. Tam to bylo tak na ***, že jsem musel utéct. Doma jsem měl problémy a hlavně s přítelem mámy – byl to hroznej ***. (...) Doma to bylo peklo, začal jsem utíkat, nechodil jsem do školy, vždy jsem někde přespal... (...) Fetoval jsem dál, jak to šlo, a jak byla dávka a příležitost, tak mě ta ***, máma, dala zase do ústavu. Byl jsem v diagnostáku, pak v Liběchově na Vratislavě, pak zase v diagnostáku, no a pak mě doma nechtěli, tak jsem dostal ústavku.*“¹⁴⁵ Vidíme, že tyto rozhovory dokázaly nejen přítomnost problémů doma, ale i jejich souvislost s cestou ke drogám. Je mimochodem zajímavé, že téměř všichni dotázaní mluví o lásce a podpoře své matky, zatímco otce téměř nikdo nezmiňuje (jak je vidět hlavně níže). To by mohlo dokazovat, že otcovské figury těchto mladých mužů zcela selhaly. Dál se k této otázce již nebudu vyjadřovat – upozornit na vztah mezi dysfunkční rodinou a drogami není příliš objektivní. Spíše se zaměřím na okamžiky, kdy se klienti zmínili o vztahu se svou rodinou během ústavní péče v naší léčebně.

Minimálně 8 z interviewovaných se o své rodině v přítomnosti vyjadřuje jednoznačně v dobrém a pokládají ji za motivaci (dva o rodině mluvili negativně a u dvou dalších na to nepřišla řeč). Lukáš například řekl: „*(...) od té doby je to tak 8 měsíců, co jsem čistej – byl jsem i několikrát doma a nevzal jsem nic. Máma a babička jsou spokojený, ale stále ve střehu. Já mám novou přítelkyni, která je pro mě velkou oporou, mám slíbeno od mámy, že pokud budu čistej, tak budu moct od nového školního roku znovu nastoupit do školy. Brát už nechci, mám milující rodinu a konečně chci pro sebe udělat něco sám. Doufám, že už nikoho nezklamou a že jednou na to budu vzpomínat jako na zlej sen.*“¹⁴⁶ Pacient Pavel vzpomíná: „*Co jsem tady, to je asi rok a půl, tak jsem bral fet pouze jednou na dovolence a to byla marjána, od té doby jsem se zklidnil a už jsem nevzal nic. V tom mě podporoval děda, kterej se jako jedinej ke mně choval dobře a já ho měl strašně rád,*

¹⁴⁴ Osobní rozhovor s klientem Standou

¹⁴⁵ Osobní rozhovor s klientem Davidem

¹⁴⁶ Osobní rozhovor s klientem Lukášem

ale on mi na Vánoce umřel. Děda mi nechal půlku baráku a asi čtvrt milionu na knížce, tak až odjedu, tak bych chtěl dělat u strejdy v zednické firmě a mít se dobře.“¹⁴⁷ Klient Vašek vyprávěl: „...nějak jsem se začal zklidňovat. Taky jsem byl rád, že se mnou máma zase vcelku normálně mluví, mohl bych také jet na návštěvu, což se bojím, ale uvidím, jak dopadnu na Velikonoce, pokud domů pojedou a máma mi to umožní. Zatím po dobu, co jsem tady na Kamení, tak jsem tu spokojenej, jsem víc než tři měsíce čistej, chodím tady do učení na kuchaře a je mi tu celkem dobře. (...) Teď mi hlavně záleží na tom, abych byl zadobře s mámou, viděl svý sourozence, abych se vyučil a mohl se vrátit domů. Chybí mi rodina, dělal jsem blbosti, kradl jsem, dělal jsem starosti mámě a všechno mi bylo jedno, protože jsem smažka a mám to v hlavě vymydlený...“¹⁴⁸ Posledním příkladem, který uvedu, je výpověď klienta Standy: „Samozřejmě že jsem vždy neměl na financování mých drogových úletů, tak jsem začal krást a páchat různé činy, kterých pak lituju, zvlášť když mi pak volá mamka a já se jí vždycky omlouvám, říkám jí, jak jí mám rád, ale pak to vždycky pěkně po***. (...) Teď jsem již ale jistý čas čistej, tak doufám, že do prázdnin to vydržím, abych mohl být u rodiny. (...) Nechtěl bych však zklamat mámu, na který mi opravdu záleží... Tak jsem rozhodnutej, že s fetováním skončím. (...) na útěk v této chvíli nepomejšlím, protože chci řidičák, tak doufám, že to dám. Taky rád budu doma s mámou, protože vím, jak jí tím fetem ubližuju“.¹⁴⁹

3.3 Posouzení úspěšnosti strategie integrace rodin pacientů v léčebném procesu Výchově léčebné jednotky Medvědí Kámen a interpretace výsledků empirické části práce

Individuální rozhovory pořízené speciálně pro tuto práci doplňují detailní rozbor řádu a fungování této léčebny, založený jak na opakovaném prostudování vnitřních dokumentů instituce, tak na několikaleté praxi. Dám-li všechny tyto úhly pohledu dohromady, mohu prohlásit svůj předpoklad za ověřený.

Nejprve vyzdvihnu ta pravidla fungování terapeutické komunity Medvědí Kámen, která využívají v léčebném procesu rodinu klienta. V popisu zaměření našeho pracoviště totiž stojí: „V průběhu léčby se snažíme o maximální spolupráci s rodiči, zákonnými zástupci či kurátory“.¹⁵⁰

Podle vnitřního Operačního manuálu provozu VLJ Medvědí Kámen jsou „změny vztahů v rodině“ jedním z hlavních cílů. To vychází ze zkušenosti, že chyby v budování vztahů nejsou jen na straně klienta.

¹⁴⁷ Osobní rozhovor s klientem Pavlem

¹⁴⁸ Osobní rozhovor s klientem Vaškem

¹⁴⁹ Osobní rozhovor s klientem Standou

¹⁵⁰ *Operační manuál k provozu VLJ Medvědí Kámen pro klienty a pedagogické pracovníky na MK*. Houstoň: interní tisk VLJ MK, 2011. 45 str., str. 4

Léčebna má jasně vymezená pravidla četnosti a způsobu komunikace s rodiči v průběhu pobytu. Větší možnosti spojení s rodinou úspěšně používáme jako motivaci snažit se postoupit do vyšší fáze léčby. V nulté fázi má klient nárok jen na jeden jediný telefonát rodičům, v němž je informuje o novém místě svého pobytu a kontaktních informacích. Rozhovor osobního ladění není povolen. To je jak proto, že v této fázi klient nemá ještě příliš ujasněno, jak ke své rodině přistupovat (a proto typicky volí negativní přístup), tak z důvodů nutnosti, aby si klient dobře uvědomoval, co to znamená být v nulté, nejnižší fázi – a snažil se do komunity začlenit. Vzkaz od rodičů prostřednictvím jednoho z vychovatelů je však možný. V první fázi je již možno přijmout návštěvu rodičů v budově areálu, avšak jen výjimečně a s předchozí domluvou a povolením vedoucího zařízení. V této fázi k pozitivnímu vývoji komunikace s rodiči přispívá to, že rodiče jsou jediní, komu má klient povoleno telefonovat, nicméně pokud se telefonáty nevyvíjejí dobře, i toto právo ztratí. Dalším mechanismem pro uvědomění si role rodičů je způsob přidělování kapesného – v první fázi klient dostane něco od léčebny a něco od rodičů, ale nemá možnost vydělat si peníze sám. Ve druhé fázi jsou již pacienti posíláni na dovolenku, ale opět by měli mířit domů, za rodiči – jiné destinace nejsou příliš podporovány (rodiče mají například povoleno přispět svým dětem na cestu, ale jen na cestu domů). Velmi také vítáme návštěvy rodičů (přestože klienty mají ve výjimečných případech možnost navštěvovat i jiní lidé); vycházky mimo budovu VLJ s někým jiným než s rodinou však dovoleny nejsou. Ve třetí fázi mají klienti již dostatek svobody na to, aby komunikovali a stýkali se, s kýmkoli chtějí. S radostí však pozorujeme, že pacienti v mnoha případech volí právě rodiče, s nimiž mívají mnohem lepší vztah než na začátku.

Velmi silným prostředkem léčby je také sdílení obsahu rozhovorů s rodiči během skupinových sezení. Pacient vždy dopodrobna vypoví obsah a náladu svých telefonátů s rodinou a s ostatními členy komunity je hodnotí. Rodina každého pacienta je tak pomyslně přítomná v samotné léčebně, i když žije daleko. Vztah klienta se svou rodinou je veřejnou záležitostí, nikoli osobním problémem; proto můžeme využít mocného tlaku ostatních na pacientovu snahu o zlepšení své rodinné situace.

Další věc spojená s rodinou, která na klienty, zdá se, platí, je koncept sankcí. Například prokáže-li se, že se klient mimo zdi komunity dopustil trestné činnosti, jedním ze samozřejmých postihů je naprostý zákaz komunikace s vnějším světem (ať už jde o telefonáty, SMS zprávy nebo klasickou korespondenci) – a to i s rodiči, kteří s tímto prohřeškem obvykle nemají co dělat. Za fyzické násilí či šikanu obvykle zakazujeme návštěvy.

Po ukončení pobytu i následného doléčení se snažíme postarat o to, aby se klient vrátil právě domů, ke svým rodičům.

Z mého pohledu pedagogického pracovníka na této výchovně léčebné jednotce jsem přesvědčen, že tak silný důraz na obnovení či upevnění dobrých vztahů s rodinou je pacientům jednoznačně ku prospěchu.

Nyní se přesunu k rozboru individuálních rozhovorů s klienty ve vztahu k zapojování jejich rodiny do léčebného procesu. Obávám se, že pro člověka, který tyto pacienty nebo naši komunitu důvěrně nezná, vliv působení terapeutické komunity na vztah s rodinou (a spolupráce těchto dvou stran) z citací, které jsem uvedl, nemusí být na první pohled příliš zřejmý. Rád bych však tyto vztahy na uvedených citacích demonstroval. Nejdříve si všimněme slovníku klientů – jsem přesvědčen, že některá slova by dříve nepoužili a nabyli je až po rozhovorech, které jsme v terapeutické komunitě vedli. Jak je známo, změna slovníku odráží změnu myšlení: na našich skupinách se často vyskytují obraty jako „být ve střehu“ (viz Lukáš), „rodina je velkou oporou“ (Lukáš), „milující rodina“ (opět Lukáš), „být s mámou zadobře“ (viz Vašek), či „na mámě mi záleží“ (Standa) – a i kdyby jen polovina z těchto příkladů byla následkem rozhovorů na komunitách, je to jednoznačný úspěch. Dále na výpovědích pacientů vidím pozitivní vliv našeho systému pravidel s odměnami a sankcemi – zakořenil se v nich princip *pokud se budu chovat tak a tak, stane se tohle a tohle*, což je v této fázi pozitivní. Vidíme to například u Lukáše: „mám slíbeno od mámy, že pokud budu čistej, tak budu moct od nového školního roku znovu nastoupit do školy“, u Vaška: „pokud domů pojedu a máma mi to umožní“, ale i u Standy: „na útěk v této chvíli nepomejšším, protože chci řidičák, tak doufám, že to dám“. Zatřetí bych rád vyzdvihl, že všichni jsou schopni dívat se do budoucnosti, což například na začátku léčby vůbec není samozřejmostí. Všichni mají nějakého rodinného příslušníka, na kterého se upínají, kterého nechtějí zklamat a s nímž chtějí později žít.

I na základě perspektivy pacientů tedy vyvozují, že naše léčebna možností spolupráce s rodinami klientů skutečně využívá. Mohu říci, že *ač jsou nefungující rodinné vztahy většinou jednou z nejvýznamnějších příčin užívání drog a následné drogové závislosti, nezletilé pacienty je nutné motivovat k léčbě právě zdůrazňováním jejich rodinných vazeb*.

Toto šetření má samozřejmě několik limitů. Tím prvním je fakt, že se empirická část zaměřila pouze na jednu léčebnu a tudíž ji neměla s čím srovnat – pokud by to bývalo možné, větší váhu by pravděpodobně mělo srovnání dvou podobných terapeutických komunit, z nichž jedna s rodinami klientů spolupracuje více než ta druhá. Metoda individuálních rozhovorů zafungovala, ale kdyby byly pacientům pokládány cílené otázky, možná bychom se dozvěděli více. Za třetí by možná šlo pochybovat o objektivitě práce – osobní zkušenost autora se studovanou terapeutickou komunitou je výhodou z hlediska úplnosti informací a hloubky analýzy, ale i nevýhodou z hlediska objektivity praktické části tohoto šetření.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti na nealkoholových návykových látkách. Celkově je rozdělena do tří základních oblastí.

V první oblasti jsem se díval na závislost jako takovou, specifikoval u nás nejrozšířenější typy závislostí a nabídl stručný přehled látek, jichž se toto týká. Dále jsem analyzoval příčiny, které především mladé lidi vedou k užívání drog, a shledal, že velice významnou roli v tomto hrají sociální aspekty života pozdějších problematických uživatelů drog. Poté jsem se zaměřil na nejrůznější přístupy k léčbě závislosti. Nakonec jsem popsal přístupy k léčbě, které obzvláště využívají rodin pacientů či klientů.

Ve druhé části práce jsem dopodrobna rozebral model terapeutické komunity. Nejprve jsem z celosvětového pohledu popsal, jak tento koncept vzniknul a jak se vyvíjel; poté jsem se soustředil na léčebná zařízení v České republice. Nakonec jsem detailně vyložil, čím se od sebe různé typy terapeutických komunit liší (přičemž jsem poukázal zejména na rozdělení na demokratický a hierarchický model a s tím spojený „souboj“ mezi svépomocí a profesionalismem), a vyjmenoval hlavní léčebné metody a postupy v terapeutických komunitách.

Třetí kapitolu jsem zahájil popisem fungování výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen. Dále jsem shrnul výsledky rozhovorů se svěřenci této léčebny. V poslední části jsem z pohledu role, kterou v léčebném procesu hraje jejich rodina, analyzoval jak vnitřní řád zmíněné VLJ, tak výpovědi klientů. Upozornil na speciální status, který rodičům ve srovnání s ostatními představiteli „vnějšího světa“ dává vnitřní řád tohoto zařízení. Poukázal jsem na pravidla, díky nimž se zlepšování vztahů s rodinou pro pacienty stává jednou z hlavních motivací ve snaze o osobní růst: jde zejména o chytré „dávkování“ možností komunikace s rodinou, zdůrazňování důležitosti rodinných vazeb při terapeutických skupinách, společné analyzování vývoje vztahu s rodinou po každickém telefonátu a systematické informování rodiny o průběhu léčby se všemi potížemi s tím spojenými. Výsledky těchto mechanismů jsem zpětně dokázal na výpovědích většiny svěřenců VLJ Medvědí Kámen: na jejich vyjadřování je znatelný posun v přemýšlení o rodině – stejně jako o vlastní budoucnosti. Vyvodil jsem, že integrace rodin pacientů do léčebního procesu má jednoznačně pozitivní vliv.

V širším smyslu se na toto krátké šetření lze dívat jako na velmi úzce zaměřenou instrumentální případovou studii, z níž vyplynulo, že terapeutické komunity nejen v kontextu České republiky by měly co možná nejvíce spolupracovat s rodinami svých klientů – dovoluji si tvrdit, že léčebné jednotky specializované na dospělé klienty tak nečiní, přestože by to bylo ku prospěchu.

Resumé

Klíčová slova: *nealkoholová drogová závislost, abstinence, klient, dysfunkce rodiny, hierarchická terapeutická komunita, skupinová terapie, profesionální přístup k vedení léčebny*

Tato bakalářská práce si kladla za cíl posoudit, nakolik důležité – a nakolik efektivní – je zapojení rodin klientů terapeutických komunit pro mladistvé nealkoholové toxikomany do procesu léčby a výchovy. První část teoretického základu této práce zevrubně popisuje proces vzniku závislosti, přičemž zvláštní pozornost je věnována sociálním aspektům závislosti a také rozebírá roli, jakou v různých modelech léčby hraje rodina; druhá část se zaměřuje na vývoj terapeutických komunit v zahraničí a v České republice. Třetí část je případovou studií západočeské výchovně léčebné jednotky Medvědí Kámen, jež se vyznačuje právě vysokou mírou spolupráce s rodinami svých výhradně mladistvých klientů. Na rozboru vnitřních pravidel této terapeutické komunity spolu s analýzou výpovědí pacientů byl demonstrován pozitivní vliv integrace rodin do léčebného procesu, a to zejména proto, že opětovné budování vztahů s rodinnými příslušníky úspěšně funguje jako motivace do budoucna.

Summary

Keywords: *non-alcoholic drug addiction, abstinence, client, family dysfunction, hierarchical therapeutic community, group therapy, professional approach towards the treatment*

The aim of this undergraduate thesis was to evaluate how important – and how effective – it is to cooperate with the families of clients in therapeutic communities for teenage non-alcoholic drug addicts. The first section of the theoretical part of this paper contains a detailed description of various conditions leading to drug addiction where a special focus is given to social implications of drug abuse; the role of family is also considered with respect to the treatment. The second section delves into the history of therapeutic communities in the Czech Republic and abroad. The practical part of this thesis consists of a case study of the “Medvedi Kamen” therapeutic community for teenagers located in Western Bohemia, a substance abuse treatment unit known for its emphasis on the integration of family in the treatment process. An investigation of the internal rules of this therapeutic community combined with an analysis of interviews with most of its patients served as a proof of the hypothesis that the influence of cooperating with the clients’ families is beneficial. The main reason that was found is the fact that reestablishing stable family relationships can be seen as a challenge motivating the patients to try hard to work on themselves.

Seznam použité literatury a pramenů

1) Knihy

- BORNÍK, Miroslav. *Trestná činnost a nealkoholová toxikomanie*. Praha: THEMIS pro Odbor prevence kriminality MV ČR, 2000. - 166 s. ISBN 80-85821-92-3
- JOHN Radek, PRESL Jiří. *Drogy! Otázky & odpovědi*. 1. vyd. Praha: MEDEA KULTUR PRAHA s.r.o., 1996. 83 s.
- KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, Kamil a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4
- KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 394 stran. ISBN 978-80-247-2449-2
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM: *Drogy, Otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 198 str. ISBN 978-80-7367-223-2
- Kolektiv autorů. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 88 str. ISBN 80-86734-81-1
- Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2004.
- Kolektiv autorů. *Užívání drog v EU - legislativní přístupy*. 1. vyd. v češtině. Český překlad publikace vydané původně EMCDDA, 2005. 48 str. ISBN 80-86734-50-1.
- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008. ISBN: 978-80-904259-0-3)
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 str.
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 201 str. ISBN-10: 80-85121-52-2
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky, prevence a časná intervence*. Praha: Min. zdrav. 77 str.
- NEVŠÍMAL, Per a kolektiv. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou, o.p.s., 2007.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. 85 str. ISBN 80- 85800-18-7.
- PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O., CHYTRÝ, M. a kol. *Mladiství a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.
- PRESTON, Andrew, MALINOWSKI, Andy a ŠEFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě – Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 60 str. ISBN 978-80-87041-28-4

2) Jiné publikace

Operační manuál k provozu VLJ Medvědí Kámen pro klienty a pedagogické pracovníky na MK. Houstoň: interní tisk VLJ MK, 2011. 45 str.

KONCEPCE – Výchovně léčebná jednotka Medvědí Kámen. Houstoň: interní tisk VLJ MK. 19 str.

BOLEK, T. *Vývoj smysluplnosti života klientů v terapeutické komunitě pro drogově závislé.* Brno, 2007. 49 str. Bakalářská práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university na katedře psychologie. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslava Štěpánková, PhD.

HUBÁČKOVÁ, D. *Návykové chování a závislost.* Brno, 2008. 41 str. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Masarykovy university na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Nikola Peřinová.

3) Internetové zdroje

Abúzus návykových látek – Wikiskripta. URL: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%B4zus_n%C3%A1vykov%C3%BDch_l%C3%A1tek> Verze 3.0. [Citováno 14. 8. 2011]

Historie, příčiny a léčení drogových závislostí – Stránky ústavu farmakologie 3. LF UK. URL: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>. Verze z roku 2000. [Citováno 14. 8. 2011]

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. URL: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>. Verze z roku 2010. [Citováno 11. 8. 2011]

Léčba závislostí – Psychiatrická léčebna Šternberk. URL: <<http://www.lecbazavislosti.cz/>>. Poslední úpravy roku 2010. [Citováno 3. 3. 2012]

MAGDALÉNA, o.p.s. – prevence a léčba drogových závislostí. URL: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=74>>. Poslední úpravy roku 2007. [Citováno 1. 3. 2012]

Přehled drog a jejich účinků – Centrum drogových závislostí Třebíč. URL: <<http://www.volny.cz/kackotr/rodice/prehled.html>> Verze z roku 2001. [Citováno 14. 8. 2011]

Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse – Lékařský časopis The Lancet. Tabulka. URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607604644/table?tableid=tbl3&tableidtype=table_id§ionType=green> Publikováno roku 2007. [Citováno 12. 8. 2011]

4) Multimediální zdroje

Fotky: Obr. 1-9 – Archív VLJ Medvědí Kámen

Audionahrávky a následné přepisy rozhovorů s 14 klienty VLJ Medvědí Kámen