

*20 let
terapeutické komunity
pro závislé v ČR*

Sborník odborné konference

Praha 23.–24. května 2011







*20 let
terapeutické komunity
pro závislé v ČR*

Sborník odborné konference

Praha 23.–24. května 2011



Za podporu děkujeme Magistrátu hlavního města Prahy

Editorka:

PhDr. Miluše Sadílková

Autorský kolektiv:

David Adameček

Draga Čermáková

Jiří Dvořáček

Patrik Folíř

Martin Hulík

Petr Jeřábek

Kamil Kalina

Jana Putnová

Martina Richterová Těminová

Miluše Sadílková

Jan Sobotka

Marek Stránský

Petr Vácha

© PhDr. Miluše Sadílková a kol.

© SANANIM, 2012

Obálka © Jan Tippman, 2012

Vydalo občanské sdružení SANANIM, Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-3-0

Obsah

<i>Terapeutická komunita a filosofie změny</i>	
Kamil Kalina	9
<i>Sedm patronů terapeutické komunity</i>	
Petr Jeřábek	15
<i>Milníky vývoje terapeutické komunity z pohledu procesu, psychoterapeutického přístupu, týmu a klientů</i>	
Martina Richterová Těmínová	21
<i>Využití principů terapeutické komunity v ústavní léčbě</i>	
Jiří Dvořáček	27
<i>Komunita, skupina a tým</i>	
David Adameček	33
<i>Terapeut v terapeutické komunitě – výzvy a úskali</i>	
Martin Hulík	37
<i>Edukativní přístupy a intervence v léčbě mladistvých klientů</i>	
Petr Vácha	43
<i>Vývoj terapeutických nástrojů v týmu TK</i>	
Jan Sobotka, Patrik Folíř	47
<i>Práce s přenosem v terapeutické komunitě</i>	
Miluše Sadílková	51
<i>Výchovný ústav vs. komunita</i>	
Marek Stránský, Draga Čermáková	59
<i>Videotrénink interakcí (VTI) v terapeutické komunitě – v programu léčby matek</i>	
Jana Putnová	65

Úvodem

V lednu 1991 přijala Terapeutická komunita Němčice do léčby první klienty. Byla prvním zařízením občanského sdružení SANANIM, ale především byla vůbec první komunitou pro drogově závislé, která v České republice vznikla.

K jejím dvaceti letům jsme na jaře 2011 ve spolupráci s Magistrátem hlavního města Prahy uspořádali konferenci, která si dala za cíl reflektovat vývoj terapeutických komunit u nás od 90. let minulého století. Při sestavování programu nám šlo o to pokrýt celou řadu odborných témat, která by mapovala vnitřní procesy uvnitř terapeutické komunity, a jako přednášející jsme pozvali kolegy, kterých si velmi vážíme.

Bohužel se do sborníku nepodařilo zajistit v písemné podobě všechny příspěvky, což nás velmi mrzí, protože v rámci konference byly podstatnými kamínky v kaleidoskopu vytvářejícími barevný obraz našeho vidění tématu komunit.

I tak je sborník holdem všem klientům i pracovníkům Terapeutické komunity Němčice, jelikož na současném obrazu komunit mají velký podíl.

Kolegům děkuji za zajímavé přednášky a doufám, že i pro čtenáře to bude čtení inspirativní.

dr. Martina Richterová Těmínová, odborná ředitelka o. s. SANANIM

Terapeutická komunita a filosofie změny

Kamil Kalina

ZDROJE ZMĚNY V TK

Být místem změny je smysl terapeutické komunity. Filosofie TK vyjadřuje víru v možnost změny a osobního růstu. Tuto *filosofii změny* shrnuje známý výrok D. Deitcha „*Terapeutická komunita je místem naděje a víry v to, že se můžeme vědomě změnit.*“ Je to možné pouze prostřednictvím přijímání odpovědnosti za vlastní život a za své okolí, přičemž skupina může tento proces změny výrazně urychlit a struktura, kterou komunita nabízí, stabilizuje a ukotvuje.

Britští zakladatelé v době po 2.světové válce, Maxwell Jones a Tom Main, vycházeli z toho, že utváření psychosociálního prostředí a změna jsou kauzálně spojeny. Navrhli prostředí TK tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty v komunitě navodily pozitivní změny u jednotlivých účastníků.

Globální účinný faktor, agens a v personalizovaném smyslu i aktér změny je komunita jako celek. „*Komunita je doktor*“, napsal Rapoport, první výzkumník nového fenoménu v 50. letech minulého století. Jednotlivé složky TK – struktura, jistota podpory 24 hodin denně, komunitní setkání, diverzifikovaná vztahová síť, opora ostatních klientů, silný pocit sounáležitosti, uspořádaný den, jasná pravidla a hranice – se vzájemně potencují a působí jako systém, který je víc než souhrn částí. Můžeme ale najít dvě vzájemně propojená ohniska změny v TK: učení v situaci „*tedy a teď*“ a mezilidské vztahy.

1) TK zajišťuje jednak širokou škálu situací obdobných skutečnému životu, v nichž klienti znovu zakoušejí vztahové obtíže z minulosti, jednak trvalou platformu, která umožňuje tyto obtíže poznávat a poučit se z nich. Všechno, co se přihodí mezi členy TK během jejich společného života, je pojímáno jako „*situace živého učení*“ a využíváno jako příležitost k učení.

2) Léčebná práce se děje prostřednictvím vztahů. Členové komunity jsou podporováni ve vytváření hlubokých a blízkých vztahů mezi sebou navzájem, k personálu a ke společenství jako celku. Tímto způsobem TK zajišťuje korektivní emoční zkušenost začlenění do společenství a sounáležitosti, což v minulosti klientů bylo téměř vždy vážným problémem. Podle Kennarda se tak v TK naplňuje vývojový úkol „*nahradit obrany a nedůvěru smyslem pro sounáležitost tak, aby druzí lidé mohli být pojímáni jako spolehlivé, přijímající, vymezující a altruistické bytosti.*“ David Deitch nám říkal: „*Pamatujte, že vztah je nositelem změny.*“

Změna v TK se netýká toliko příznaků či chování, ale celé osoby, celého člověka. Je pochopitelné, že taková radikální proměna není bez bolesti a nebezpečí. Člověk, který se jí vystavuje, přijímá nemalé riziko, protože částečně ztrácí svou dosavadní identitu a jeho osobnostní struktura a ohraničení prodělávají přechodně jakousi tvořivou dezintegraci, než se znovu integrují novým způsobem, který více umožňuje růst. Z toho vyvěrá mnoho úzkostí a obřan, společnost je však připravené riskujícího adepta změny zpevnit a podpořit – přivést ho k „bodu obratu“ a dodat mu víru, že změna je možná a otevírá budoucnost.

CÍLE ZMĚNY V TK

Vzhledem k životní praxi formuluje G. De Leon a jeho škola „**Pět S pro sebezměnu**“:

Sebepéče: Klient si musí osvojit osobní hygienu, uklízení a přiměřené oblékání. Musí se naučit zvykům a postojům, které jsou nezbytné pro udržení údravy, a předcházet situacím, které přinášejí pocit debaklu. Dobrá péče o sebe vyjadřuje změnu v prožívání a vnímání vlastní hodnoty.

Sebesledování: Klienti se musí naučit sledovat svoje impulsivní reagování (jako nadávání, vyhrožování, posměch, útok, odchod apod.) na to, co dělají nebo říkají druhí lidé. Zlepšené sledování vlastních odpovědí vyjadřuje klientovo porozumění, že příčinou jeho problémů nejsou druhí lidé.

Sebeřízení: Klient se musí naučit přemýšlet o následcích dřív, než začne jednat, odkládat okamžité emoční uspokojení a rozvíjet v sobě zdravé způsoby emočního zvládnání. Zlepšené sebeřízení vyjadřuje klientovo porozumění, že může být sám sobě nebezpečný.

Sebeporozumění: Klient musí rozumět spojitostem mezi svou minulou zkušeností a současným chováním, postoji a prožíváním. Zlepšené sebeporozumění představuje schopnost klienta vidět souvislosti svého života.

Sebepojetí: Klient musí vyvinout pozitivní vědomí vlastní hodnoty a smyslu svého života. Zlepšené sebepojetí se objevuje, když si klient uvědomí, že může změnit svůj život a přispět ke změnám v životě ostatních.

ZMĚNA A ÚZDRAVA

Změna není ani pouze vhléd či porozumění, ani pouze nácvik. Zahrnuje komplex sebepojetí a pojetí druhých lidí (a pojetí společenství, do nějž člověk spolu s druhými náleží), interpersonálních vztahů, hodnot a chování. Uvolňuje zablokované možnosti osobního růstu, zrání a rozvoje „potenciálu zdraví“. Tím poukazuje na budoucnost. Je pravda, že v určitém a snad nejpodstatnějším období léčby v TK by se klient o to, co bude „tam a potom“, vůbec neměl starat a měl by se plně ponořit do „tady a teď“, jinak se s výzvami ke změně mine. Ale stejně jako smyslem specificky utvářeného prostředí TK je navození změny, je smyslem změny ukotvit nové vzorce prožívání a chování v reálném životě a vztazích „tam a potom“, po skončení léčby v TK. Teprve pak lze mluvit o **úzdравě**.

Pro nás, kteří pracujeme se závislou klientelou, je toto pojetí úzdravy, přesahující období strávené v komunitě, velmi významné: je opodstatněné praktickou zkušeností, že ke zvratu navozené změny (tj. k relapsu) může dojít hodinu poté, co klient opustí chráněné prostředí. Stejně tak je významné pro klienty TK, z jejichž sdělení je často patrná trpká zkušenost rozdílu „být v komunitě“ a „být ve světě“, obtíže s udržením změny po přechodu z TK do běžného života a obavy a úzkosti, jimiž je tento přechod předjímán a provázen.

CO TEDY ZNAMENÁ ÚZDRAVA PRO TOHO, KDO PROŠEL TERAPEUTICKOU KOMUNITOU?

1. Udržení celkové změny sebepojetí, vztahů a chování, k níž došlo v TK, v podmínkách reálných interpersonálních a sociálních kontextů (rodina, přátelé, vrstevníci, osoby v pracovním prostředí, autority, instituce apod.). Často to znamená i změnu v těchto kontextech: indukci změny, je-li to možné, nebo jejich opuštění a nalézání jiných, pokud to možné není.
2. Obnovu ztracených schopností a dovedností potřebných pro život nebo začátek jejich ovládnutí a používání. De Leon k tomu zajímavě poznamenává, že je někdy obtížné hovořit o „recovery“, pokud předtím nebylo žádné „covery“, a od této slovní hříčky přechází k vážnému rozlišení „rehabilitace“ a „habilitace“. Úzdrava znamená pro mnoho klientů „rehabilitaci“ ve smyslu obnovy ztracených schopností a dovedností, pro mnohé další „habilitaci“, jejich primární nabytí a uplatnění tam, kde předtím nebyly, faktický začátek plnohodnotného života.
3. Uplatnění morálních hodnot a norem získaných v TK, např. pravdivost, otevřenost, čestnost, odpovědnost a altruismus. V literatuře i v praxi se opakovaně setkáváme s tím, že klienti TK či členové výcvikových komunit se právě v tomto bodě setkávají se značnými obtížemi, protože „svět je jiný“, a kdo se v něm chová podle etiky a morálky TK, často naráží. Také odborní kritici poukazují na to, že TK v tomto aspektu překračují rámec terapie a indoktrinují klienty hodnotami, které v podstatě snižují jejich adaptační schopnost ve vnějším světě. Jako ve všem, i v tomto ohledu záleží však na rozhodnutí klienta, co z TK do dalšího života přeneše; TK ho pouze může vybavit kapacitou pro lepší a zralejší rozhodování. Je však nesporné, že určité morální hodnoty k duševnímu zdraví a osobní zralosti patří; léčba v terapeutické komunitě napomáhá jejich objevení či oživení. Filosofie TK tak představuje zajímavý příspěvek k diskusi o často upozadovanému významu těchto hodnot pro léčení a úzdravu psychických poruch.
4. Symptomatickou úlevu. Jak jsme uvedli výše, léčebná filosofie TK se primárně na symptomy nezaměřuje. Stejně tak neslibuje jejich vymizení. Příznivé změny ve struktuře osobnosti však mají přirozeně vliv i na příznakovou komponentu poruchy. Příznaky někdy ustoupí, jindy zeslábnou či se objeví jiné, méně závažné či trýznivé. K této reziduální symptomatice (craving u závislých, úzkosti, depresivní rozlady, nejistoty identity či zbytky paranoidně-halucinatorní symptomatiky apod.) však klient může získat odstup, může ji korigovat a zvládat nebo se s ní vyrovnávat ve smyslu známého Freudova výroku, že léčba může změnit neurotické utrpení v obyčejné lidské neštěstí.
5. „Abstinenci“. U drogově závislé klientely TK nutno uvozovky vypustit – jasně zde platí, že abstinence od zneužívaných psychoaktivních látek je předpokladem pro udržení úzdravy. Ale existují jistě i další vzorce chování, které člověka poškozují a od

nichž je třeba „abstinovat“, aby se úzdrava udržela, protože působí např. jako spouštěcí mechanismy dekompenzace či recidivy.

6. Rozvoj osobní identity a celkové změny životního stylu včetně životního scénáře, postojů a hodnot. V tomto smyslu je úzdrava částí kontinuálního celoživotního procesu osobního růstu.
7. Úzdrava má tudíž v podstatě stejný obsah jako Freudova definice duševního zdraví: „*schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou*“. Obvykle se ještě zdůrazňuje např. zdravá sebevědomí, svoboda a možnost volby, respekt ke svobodě a autonomii druhých, přijetí, láska, altruismus, osobní hodnoty, jako je čestnost, samostatnost, soběstačnost a odpovědnost vůči sobě a důležitým druhým, a pozitivní sociální hodnoty, jako je etika práce, sociální produktivita a odpovědnost vůči společenství.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA JAKO UČEBNICE LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Behaviorálně orientovaní autoři se domnívají, že v léčbě závislostí mají význam pouze krátkodobé programy založené na učení a chování. Terapeutické komunity ale nabízejí podstatně jinou odpověď, vhodnou pro žádoucí léčebnou změnu klientů, u nichž se syndrom závislosti typicky propojuje s jádrovou osobnostní problematikou. „Struktury, které upevňují“ vycházejí vstříc psychodynamickým potřebám a výstavbě zralějšího Já.

Léčebný přístup adiktologických TK

- zahrnuje na jedné straně zabývání se „*spodními proudy lidské mysli*“ ve smyslu Woodhamse, na druhé straně pevný řád a systém pravidel, jejichž poznávání, přijetí a zvnitřnění vede k nalézání nových strategií jednání vůči sobě, druhým a světu;
- rovněž obsáhne vše, co je mezi tím – reflektování bezpočtu způsobů, jimiž se lidské nevědomí a setkání či utkání s řádem promítá do přenosových i reálných mezilidských vztahů a do představ o Já a Ty;
- zdůrazňuje uvědomování si toho, jak tyto intra- i inter-personální děje, prožívání a chování ovlivňovala droga a jak je ovlivňuje abstinence;
- zobrazuje tyto děje v reálném životě společenství a reflektuje je v terapeutických situacích;
- v neposlední řadě strukturuje celý proces změny v čase a stupních-fázích léčebného programu.

Významnými katalyzátory procesu změny v TK jsou abstinence a krize. Psychoterapeutická léčba závislosti je založena na tom, že abstinence není cílem, ale prostředkem. Je prostředkem k dosažení změny sebepojetí a pojetí vztahů, k dozrání a dosažení zdravého životního stylu. Je také prostředkem k tomu, aby psychoterapie (resp. taková psychoterapie, která se zaměřuje na osobu a kořeny problému, nikoliv pouze na symptom) vůbec mohla proběhnout: abstinence je předpokladem léčby, ne jejím výsledkem.

Léčba v TK se zaměřuje na problémy, které jsou příčinou užívání drog a které lze efektivně řešit jen, když klient s užíváním přestane. Vysazení drogy a přerušování závislostního stereotypu je ale samo o sobě stresem. Klient před vstupem do léčby používal závislostní stereotyp jako hlavní způsob reagování na celou řadu vnitřních i vnějších ohrožujících podnětů, jako jsou konflikty, úzkost, deprese, bolest atd. Bez možnosti užít drogu je klient jakoby obnažený vůči dalším stresujícím podnětům a situacím, které život v komunitě zejména na počátku

představuje. Kooyman uvádí, že v konfrontaci s kardinálními pravidly – žádné drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí, žádný sex, žádné vyhrožování a násilí – klient nemůže odehrávat své problémy tím, že by bral drogy, alkohol, užíval násilí či konzumoval sex. Má možnost *růst, nebo jít*, buď volit útěk z komunity ke své droze, nebo zůstat a měnit se. Počáteční tlak klienti často prožívají jako ohrožení, ale právě v této krizové situaci se otevírají změně.

Z hlediska neurobiologických teorií závislosti může být „*učení se zvládat krize*“ v podmínkách abstinence podstatným podnětem pro přestavbu mechanismů rychlé odměny, které perpetuují užívání návykové látky.

Zdá se, že je to režim a pravidla, tj. na první pohled behaviorální prvky, co v terapeutické komunitě udržuje abstinenci prostředí a tím umožňuje stabilizaci. Je však značný rozdíl mezi neosobním režimem s mechanickou soustavou pravidel a *řádem*, který je ztělesněný lidmi (terapeuty a ostatními klienty) a generovaný a udržovaný jejich vzájemnými vztahy.

Podle Kooymana na výzvu *růst, nebo jít* odpovídá určitá část klientů tak, že skutečně odchází. U těch, kteří zůstávají, snad více než původní motivace rozhoduje prostředí komunity, vznikající důvěra, posilovaná naděje – tudíž vztahy a hodnoty jako nositelé změny, jak to tvůrci modelu TK zamýšleli a nám předali.

Literatura u autora. Autor se omlouvá, že tento text odpovídá jen částečně přednášce na konferenci; snad prohlubuje to podstatné, co název přednášky obsahuje.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Přednáší na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze a v o. s. SANANIM pracuje jako vrchní odborný lékař.
e-mail: kalina@adiktologie.cz, kalina@sananim.cz

Sedm patronů terapeutické komunity

Petr Jeřábek

Souhrn: Příspěvek byl napsán k počtě 20. narozenin Terapeutické komunity Němčice. S jistou hyperbolou a autorskou licencí se autor ve zkratce pokouší přiblížit mohutné historické a kulturní zdroje, které mohou spoluvytvářet základ léčebných filozofií terapeutických komunit, a to zvláště v České republice.

I. Úvod

Autor absolvoval konvenční vzdělání v psychiatrii a adiktologii, běžně dostupné v České republice. V konfrontaci s cíli a úkoly rezidenční klinické adiktologické praxe měl posléze pocit, že zná jen o něco více než nic.

V první polovině 90. let absolvovala cyklus besed s pacienty PL Bílá Voda řádová sestra Magdaléna, z řehole svatého Františka, pod patronací archanděla Gabriela. Na dotaz sdělila, že úroveň svých odborných znalostí se nijak zvlášť netrápí a že jejich řád se v intencích svatého zakladatele snaží pomáhat potřebným lidem, naplňující odkaz lásky, přijetí a zájmu o bližního. Dle sestry Magdalény by se měl o druhého člověka starat jen ten, kdo o něj má opravdový zájem a pak je všechno ostatní druhořadé. Tato teze ovšem poukazuje na nezbytnost propojení akademických adiktologických teorií s multikulturní humanitní tradicí. Od té doby jsem si začal všimnout toho, co může k úkolům denní klinické praxe dodat nejen akademická obec, ale navíc i mnoho historických, kulturních, religiózních a mytologických vlivů a podnětů, včetně jejich protagonistů. Z hlediska klinika se nabízí model doplnku k zavedeným akademickým teoriím, které jsou mnohem mladší a vyvíjejí se cca od 2. poloviny 19. století. V dalším textu používám metaforu patronů, kteří inspirují, podporují a chrání.

II. PATRONI TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Pramáti Eva

Ženské jméno Eva, hebrejsky Chawwá = Živa, vychází ze stejného slovního kořene jako sloveso chájá = žít. Tímto jménem nazval podle biblické tradice první člověk (Adam) svou ženu. Adam s Evou se dopustili hříchu, porušili Boží příkaz a byli ze zahrady Eden vyhnáni. Jejich provinění spočívalo v tom, že jedli z plodů stromu poznání dobra a zla, ze kterého jako jediného jim bylo zakázáno jíst. Byl to had, který přesvědčil Evu, aby jedla, a Eva přesvědčila Adama. Starozákonní tradice zde akcentuje prvotní hřích a trestem za něj pro ženu je mj. trápení a bolesti těhotenství a rození a rovněž vláda muže nad ženou.

Adiktologická praxe je navíc svědkem jevů, které jsou z hlediska Starého zákona bezprecedentní: četná sexuální, potratová a vztahově agresivní traumata, která nejsou asimilována. Eva může být z tohoto hlediska nejen patronkou terapeutické komunity, ale dokonce celé antropogeneze: jako **organizátorka a facilitátorka generativity**.

Praotec Adam

Etymologie odkazuje k hebrejskému Ádám = člověk, obecné označení pro člověka jako pomíjivé bytosti. 1. kniha Mojžíšova Genesis uvádí trest za porušení božích přikázání: mj. „*v potu své tváře budeš jíst chléb*“. Z hlediska praxe TK to však může obsahovat i výzvu směrem k základnímu životnímu určení, a to ve smyslu nutnosti pracovní adaptace a s tím související pracovní terapie. Alternativou k hříchu a trestu může být i existenciální volba Adama s Evou. Zde by mohl být Adam **patronem práce, která není za trest, ale je bytostným určením člověka**.

Praotec Mojžíš

S jistou pravděpodobností se jedná o historického otce-formovatele židovského národa, žil zřejmě ve 13. století př. n. l. Skrze něj dal Bůh Izraeli na hoře Sinaj Desatero a uzavřel s ním smlouvu, díky které se lid Izraele stal lidem Božím. Dle starozákonní tradice vytvořilo Mojžíšovo Desatero základní pravidlovou strukturu pro lid Izraele. Analogicky je v TK smlouva/kontrakt základním terapeutickým nástrojem.

Mojžíšův odkaz je pro praxi TK klíčový. Jak uvádí Vágnerová (2000), dítě ve svém vývoji potřebuje přiměřené lpění na pravidlech, stereotypech a rituálech, neboť jsou předpokladem jistoty a bezpečí. Podobně Prekopová a Schweizerová (1994) doporučují, aby byl vývojově uspokojivý řád jednoduchý, srozumitelný a dodržovaný. Někteří autoři mají s těmito postuláty (aplikovanými v adiktologii) problém, neboť „*dospělý drogově závislý není dítě*“. Zde je možno argumentovat, že v praxi TK pravidla a hranice prolínají celým léčebným systémem. Základem je triáda kardinálních pravidel: bez drog, bez agrese, bez sexu v TK. Obecně pravidla a hranice prolínají všemi léčebnými úrovněmi, ať se jedná o terapeutický kontrakt, práci s časem na komunitním a skupinovém setkání, plnění rolí a výkon funkcí, úzký vztah hranic a odpovědnosti (za svěřený majetek, za hranice mezi terapeutem a klientem, případně jeho komunitním sourozencem) apod.

Na hoře Sinaj byl Mojžíš 40 dnů a čekání bylo pro jeho lid stresující, někteří malověrní odlili modlu a klaněli se jí, za což je Mojžíš následně tvrdě ztrestal. Popsaný příběh uvedl

stresově-závislostní (obecně stresově-defenzivní) narativní paradigma: ve stresu má jedinec tendence k překračování hranic a následně je s tím konfrontován. V praxi TK se může jednat např. o různé režimové přestupky v adaptačním období nováčků (toxi řeči), různé behaviorální nápadnosti (od nezhasínání světla až po sebepoškozování), akcentaci poruch příjmu potravy (přejídání se, zvracení) apod. U terapeuta může hrozit kontinuum od nedodržování kontraktu až po abusus klientů nebo závislejších členů komunity (narativním příkladem zde byl zakladatel Synanonu Ch. Dederich). V této souvislosti je terapeutickou výzvou otevření komunikačního prostoru (včetně supervizního) s otázkou: v čem spočívá ten stres? Zde již je spojnice k dalšímu patronu – Sókratovi.

Mojžíše můžeme tedy v TK považovat za **patrona hranic, struktury a stability**.

Antigone

Mytologická Antigone doprovázela otce Oidipa do vyhnanství. Mezi syny Oidipa propukl spor o moc a o nástupnictví v Thébách, v souboji smrtelně zranili jeden druhého. Trůnu se ujal Kreón, který byl v koalici s mrtvým Eteoklem. Kreón nařídil, že mrtvola Polyneikova nesmí být pohřbena. Sestra Antigone přestoupila příkaz a Kreón ji dal za trest zaživa zazdít do královské hrobky.

K Antigone jsem měl vždy zvláštní emoční vztah a současně jsem se bál ducha Sigmunda Freuda, že mně vyčte apologetiku incestu případně odčínování hluboce internalizovaných pocitů viny. Po letech jsem však došel k závěru, že Antigone vlastně doplnila 11. příkázání k Mojžíšovu Desateru: „*Svým bližním mrtvým úctu prokazovat budeš*“. Současně se zde nabízejí etické konsekvence: z úcty k mrtvým by měla vyplývat úcta k živým a obecně úcta k minoritám by měla podmiňovat úctu k majoritě.

K tomu je možno připojit následující kasuistický střipek:

Oliver, s polymorfní látkovou závislostí, v opakované rezidenční léčbě, po detoxu přeložen do TK. Má chuť, přemýšlí o odchodu, depresivní stavy, myšlenky na sebevraždu, pocit, že to nezládá. Cítí podporu okolí, dojalo ho, že mu dali oblečení, aniž by ho znali. Líčí traumatické dětství v pěstounské rodině – toužil po svobodě, tu mu dala ulice. Posléze pásl holky v pohraničí, setkal se tam s heroinem, se smrtí jedné z dívek. Následovala mohutná reakce skupiny, zvláště žen: v komunitě zavládl strach, který zablokoval terapeutický proces. Oliver byl ze skupin unavený, vyčerpaný, došlo k dekompenzaci somatického stavu, téměř denně epileptiformní paroxysmy, občas až charakteru grand mal, úzkostné sny, výkyvy nálady, craving, vyrovnávání se se svědomím. V týmu se objevily rozdílné názory, nakonec převážilo: pokud nepomůže identifikovat hrob mrtvé kněžky lásky (srovnej s etickou normou Antigone), nemůže Oliver v léčbě v komunitě pokračovat.

Z tohoto pohledu je **Antigone patronkou úcty k mrtvým a ke zranitelným minoritám**.

Sókratés

Sókratés (469–399 př. n. l., Athény) měl zato, že lidé chybují hlavně proto, že nedovedou správně užívat rozum a jednají podle svých domněnek – místo toho, aby se snažili skutečně poznávat. Zavedl sókratovskou metodu tázání – maieutická metoda (řecky

μαιδευτρία – maieutria = porodní bába). Pracoval s negativní metodou vylučování hypotéz, kdy lepší hypotézy byly zastávány, horší vylučovány. Pomáhal přivádět na svět implicitní názory tázaného, kterým pak dotyčný lépe porozuměl.

Z terapeutického hlediska pracujeme analogicky, když pomáháme klientovi zvědomit si implicitní a většinou nevědomě introjikované sebepojetí, obrany, problematickou integraci emocí nebo internalizaci vztahů k objektu či internalizaci superega (Jeřábek, v tisku). S tím souvisí nezbytnost otevření komunikačního prostoru formou dialogu a současně plná akceptace dialogického partnera. Toto poslední popisuje Platón v Sókratově dialogu Menón: Menón volá jednoho ze svých otroků... Sokrates se vyjadřuje o otrokovi: „*Tento člověk s nesmrtelnou duší*“...

Opakem akceptace může být neakceptace klienta, jak je vidět výjimečně v TK, o něco častěji na konvenčních psychiatrických odděleních: oddělená jídelna pro terapeuty, vlastní příbory, zbytečná izolace HIV pozitivních, oslovování se navzájem příjmením apod.

Pokud zbytečně nezabředneme do pastí metafyzického balastu a nánosu, můžeme ze Sókratova odkazu vylovit dva zářivé brilianty: dialog + akceptace = základní kameny veškeré psychoterapie. Sókrata pak můžeme považovat za **patrona otevřené dialogické komunikace a mezilidské akceptace**.

Ježíš Kristus

Učení Ježíše Krista (7–1 př.n.l – 29–33 n.l.) navazuje na židovské tradice, které se snaží obnovit v návaznosti na tradici prorockou. Ježíš hlásá dobrou zvěst (εὐαγγέλιον – euangelion, evangelium) o osvobození od jha formálních a rituálních náboženských požadavků a znovobjevění a posílení jejich jednotlivých principů: autentičnosti, plnosti a neokázalosti v lásce k Bohu a k bližnímu. Toto osvobození je spojeno s pokáním, obrácením, změnou smýšlení. Požadavky jsou zaměřeny na odpovědnost a smýšlení jednotlivců, nikoliv na vzpouru vůči státnímu nebo náboženskému systému jako celku.

Etické principy sounáležitosti a milosrdenství k bližním klade Ježíš nad náboženskou, etnickou či rodinnou příslušnost i nad planou servilitu vůči Bohu. Důraz klade na víru, která se projevuje nejen ovocem ducha, ale i zákraky a mocnými činy. V podobenstvích a kázáních podporoval racionální uvažování a rozeznávání „znamení doby“. Cílevědomě organizoval šíření svého učení osobním příkladem i výkladem. Pravidlo lásky, skrze které se druhý člověk stává bližním (srv. sv. Augustin – Aurelius Augustinus, 354–430), je základní výzvou.

Z toho pohledu můžeme Ježíše Krista Nazaretského považovat za **patrona autentičnosti, angažovanosti, odpovědnosti, empatie, akceptace a lásky**.

Marie z Magdaly

K hledání odkazu poslední patronky mne inspirovala nedávná sexuologická diskuse na odborné konferenci SANANIMu, kde byl tématem sex v komunitě. Marie z Magdaly patřila k prvním ženám, které se rozhodly následovat svého Mistra. Ježíš ji prý zbavil „sedmi démonů“, kteří jí nedovolovali vstoupit mezi tzv. „slušné lidi“. Často citovaná legenda o ní vypráví, že byla velkou hříšnicí a až setkání s Kristem ji napravilo. Pocházela z rybářského města Magdala (v překladu „věž nasolených ryb“), o němž se jeden ze starých židovských

textů zmiňuje jako o hnízdu neřesti, které zničí Bůh. Později stála pod křížem v hodinách Ježíšova bolestného umírání, provázela jej až k nejzazší hranici mezi životem a smrtí.

Z biblického příběhu jednak vyplývá Ježíšova narativní zkušenost: investuj svoje čisté srdce a jistou celibátní epizodu, potom za tebou půjde oddaná, krásná, bystrá a empatická žena, půjde s tebou až na samotnou hranici života a smrti.

Současně a s přihlédnutím k jejímu předchozímu způsobu života můžeme Máří Magdalénu představit jako **patronku statečnosti, oddanosti a změny.**

III. ZÁVĚR

S jistou licencí a ve zkratce jsem se pokusil přiblížit několik mohutných historických a kulturních zdrojů, které explicitně nebo implicitně tvoří základ léčebných filozofií řady terapeutických komunit, a to zvláště v českomoravskoslezském sociokulturním kontextu. Můžeme rovněž uvažovat o integraci starých humanitních myšlenkových proudů a současné klinické empirie. Historická, narativní a etická zkušenost věků je většinou personifikována, přičemž vůdčí osobnosti by současně mohly být i ctihodnými patrony terapeutických komunit, pokud by samotné komunity o jejich inspirující odkaz stály.

Literatura

Jeřábek Petr. *Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*. In: Praško Ján, Látalová Klára, Ticháčková Anežka, Stárková Libuše (eds.). *Klinická psychiatrie*, Praha, Tegis, 2011.

Prekopová Jiřina, Schweizerová Christel. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1994.

Vágnerová Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000.

(Seznam další související literatury u autora)

MUDr. Petr Jeřábek

Je ředitelem Psychiatrické léčebny Bílá Voda, kde v roce 1996 otevřel TK Fides a v roce 2008 TK Fénix.

e-mail: jerabek@olu.cz

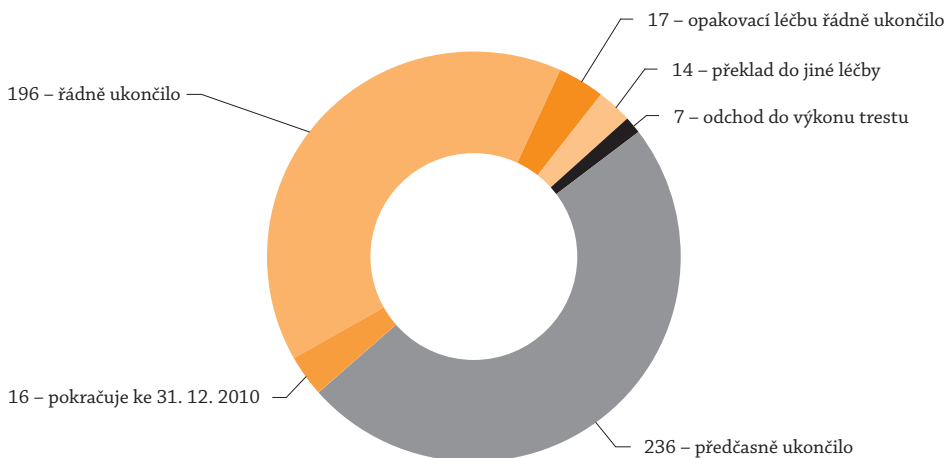
Milníky vývoje terapeutické komunity z pohledu procesu, psychoterapeutického přístupu, týmu a klientů

Martina Richterová Těmínová

V letošním roce je to 20 let, co byla otevřena první terapeutická komunita (dále jen TK) pro léčbu závislosti na nealkoholových drogách v ČR. Jako pamětníkům nám, prosím, dovoluňte malé ohlédnutí. Pokusíme se použít TK Němčice jako studijní materiál.

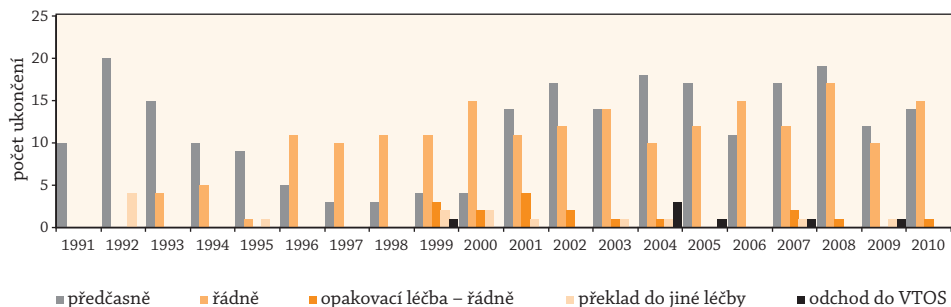
Při pohledu zpět dokážeme poměrně dobře zmapovat komunitní vědomí. Ale co s komunitním nevědomím? Co s těmi dávno zasutými vzpomínkami, které už obstoupily obranné valy a vytěsnily je z našeho vědomí? Pokusíme se zalehnout na analytické lůžko a poctivě volně asociovat, co nás k jednotlivým tématům napadá. Přesto pojďme nejdříve ke **komunitnímu vědomí**. Nabídneme vám několik grafů, popisujících uplynulých 20 let.

Graf č. 1: **Ukončení léčby**



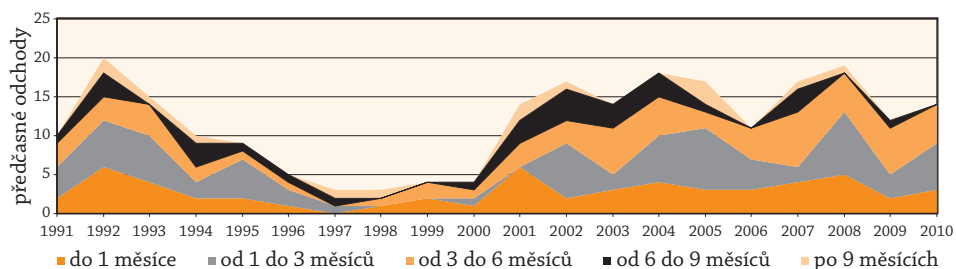
Z klientů, kteří v uplynulých 20 letech nastoupili do léčby v TK Němčice, 48,56 % ukončilo léčbu předčasně v různých fázích léčby a po různé délce léčby, zatímco 43,21 % ukončilo léčbu řádně. Ostatní buď odešli do jiného typu léčby, nastoupili do vězení nebo pokračují dále v léčbě.

Graf. č. 2: **Způsob ukončení léčby**



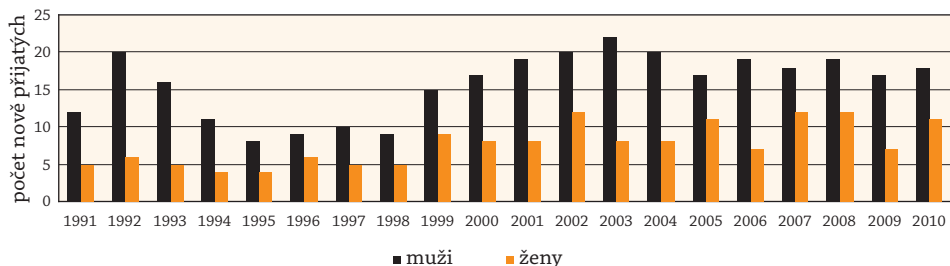
První dva roky nikdo z klientů neukončil léčbu. Bylo to dáno tím, že odborný program se postupně vyvíjel a svoji roli v tom hrál i fakt, že na takto dlouhou léčbu zde klienti nebyli „nastavení“, naprogramováni. V dalším období začal počet ukončivších klientů stoupat a od roku 1996 do roku 2000 výrazně převažovali klienti, kteří léčbu celou dokončili. V roce 2001 došlo ke změně koncepce: jednak byla navýšena kapacita díky otevření domu pro třetí fáze, jednak se změnila cílová skupina, kdy jsme začali cíleně přijímat klienty s dlouhodobou drogovou kariérou, dlouhým pobytem ve vězení a s dalšími sociálními a zdravotními komplikacemi. Od té doby je počet klientů ukončivších léčbu řádně a předčasně v rovnováze.

Graf. č. 3: **Předčasné odchody klientů a délka setrvání v komunitě**



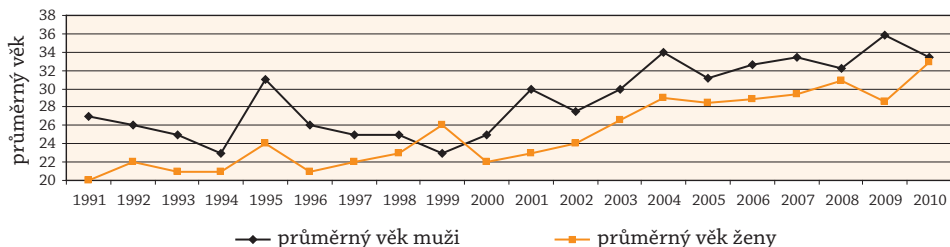
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že drtivý počet předčasných odchodů se děje do 6 měsíců pobytu v komunitě. Kdo vydrží déle, je více méně jisté, že léčbu dokončí. Počet klientů, kteří předčasně odejdou do 1 měsíce, je v podstatě dlouhodobě stabilní a nejsou zde výrazné výkyvy. Klienti, kteří vydrží v léčbě více než 90 dnů, mají velkou šanci na zvládnutí života bez drog.

Graf č. 4: **Poměr mužů a žen**



V Němčicích se dlouhodobě daří držet poměr mužů k ženám 2:1, což je pro efektivitu skupinové terapie velmi dobré.

Graf č. 5: **Průměrný věk**



Tento graf dokládá změnu koncepce zařízení v kategorii změny cílové populace, kde je evidentní, že do zařízení chodí stále starší klienti a tento fakt se týká mužů i žen.

A NYNÍ POJĎME K TOMU NEVĚDOMÍ

Nejdříve se budeme věnovat otázce, zda se nějak vyvíjela filosofie léčby, přístup ke klientovi, pojetí společenství a jak si s stojíme nyní s vírou v komunitu. Když se podíváme na programové prohlášení o.s. SANANIM, asi bychom vůbec nic neměnili. Možná dnes víme více o mechanismech fungování závislosti, účincích drog, ale podstata zůstává stejná. Jedná se o profesionální pomoc, podporu, ne jenom léčení symptomu, ale pochopení individuálních příčin trápení každého klienta a další jeho provázení prostřednictvím sebepoznání, sebe-přijetí, sociálního učení k celkové úzdavě, se základní podmínkou aktivity a vlastní práce každého klienta.

Při zahájení provozu komunity jsme věřili tomu, že nastavený systém bude fungovat. První dva roky jsme se však propadali do beznaděje – žádný klient léčbu neukončoval. Otázky, čím to je, co děláme špatně, jsme se ani neodvažovali nahlas vyslovit. Od prvního

klienta ukončivšího léčbu jsme začali věřit, že je to možné. Stále více jsme si uvědomovali sílu **víry** v komunitu a její uzdravné procesy. Sílu **naděje**, že každý člověk má šanci a možnost dokázat změnit sám sebe, a sílu **vztahu** ke každému jednotlivému klientovi, bez kterého není možné dojít k vzájemnému **setkání**. Během let jsme ovšem také pochybovali, potřebovali jsme důkazy funkčnosti, jako nevěřící Tomášové jsme potřebovali vkládat ruce do ran. Jedním obdobím pochybnosti byla např. recidiva klienta po 10 letech fungování a abstinence. Kladli jsme si otázku: Má to smysl, umíme jim pomoci? Neukazujeme jim slepou cestu? Nevzbuzujeme příliš velké naděje? Připravujeme je opravdu pro reálný život?

Uvědomili jsme si, že komunita stojí na zdánlivě neslučitelných rozporech: připravujeme klienta na náročný reálný život, který se s ním nemazlí, a na druhé straně v rámci regrese přivádíme klienta k pocitu bezbrannosti, závislosti na komunitě, snažíme se, aby klient znovu prožil to, co je to bazální důvěra, odevzdání se do moci druhého, uvěřil tomu, že jeho strasti, trápení a hrůzy je schopen někdo být jen vyslechnout, přijmout, pomoci zpracovat, zprehlednit, neleknout se, neutéct, recyklovat je na užitečné poznání sebe sama a vzniklou energii využít pro další seberozvoj.

V tom je pravděpodobně největší náročnost léčby v TK, že souběžně probíhají dva procesy: proces vědomý – sociální vcnění, konfrontace, „žiji jakoby“, navenek se měním, pracuji, a velmi komplikovaný proces vnitřní změny, kdy vynořujeme nevědomé obsahy, pereme se svými démony, úzkostmi, strachy.

Myslím si, že v počátcích jsme dobře pracovali s individuální regresí každého klienta. Bylo to pro nás však velmi osobně náročné proto, že vlastně neexistovala „komunita“. Klienti regredovali a odevzdávali se jednotlivým terapeutům, což jsme ne vždy unášeli, bylo to náročné emočně. Neměli jsme ještě vytvořené „TO“, nebo spíše „TU“, která všechny sílu emocí unese, prostě **„imago komunit“**. Vlastně jsme se mu stejně s našimi klienty učili důvěřovat, testovali jsme jeho hranice, pokoušeli jsme ho, zraňovali, experimentovali. Myslím si, a to si teď drobně saháme do rádooby vytěsněného kusu historie, že neexistovala hranice komunity, kterou bychom nevystavili zátěžovým zkouškám a neatakovali jsme ji. Myslím si, že jsme nepřevzali rigidně model terapeutických komunit, ale všechny postuláty jsme tvrdě otestovali, např. oblíbené pravidlo vztahů a sexu v komunitě, a to jak ze strany klientů, tak ze strany terapeutického týmu.

Jak se to vlastně stane, že najednou je v zařízení imago communitas, které je schopné sehrát roli psychického kontejneru všech hrůz, úzkostí klientů, týmu, které má uzdravnou sílu, v které věříme a cítíme ho?

Před 15 lety jsem přednášela u příležitosti otevření komunity v Bílé Vodě o tom, co se musí udělat, aby komunita byla komunitou. Dnes to tedy jistě nevím, ale inspirovalo mne o letošních Velikonocích velkopáteční Janovo Evangelium, kde je napsáno: *U Ježíšova kříže stála jeho matka, příbuzná jeho matky, Marie Kleofášova a Marie Magdalská. Když Ježíš uviděl svou matku a jak při ní stojí ten učedník, kterého měl rád, řekl matce: „Ženo, to je tvůj syn.“ Potom řekl učedníkovi: „To je tvá matka.“ A od té chvíle si ji ten učedník vzal k sobě.* Dnes bych tedy řekla, že na počátku komunity musí být **odevzdání se něčemu a přijetí někoho** v tom nejhlubším a nejtěvřenějším slova smyslu.

V dalším období jsme se učili s klientem být, překonávat období, kdy se nic neděje, kdy čekáme na změnu, čekáme, že se něco stane. Buďto změna probíhá postupně, pomalu,

nenápadně a nebo si duše „štosuje“ energii. Kladu si dnes otázku, zda jsme byli dostatečně trpěliví, zda jsme dokázali být s klientem i v době, kdy je „nuda“, mrtvo. Jak často nás zachvacovala panika, že se klient neléčí, pocit, že se nic neděje. Nebyla přehrášle zátěžových akcí – náročných i nebezpečných – naší potřebou akce, změny? Myslím, že tohle byla (a nevím, jestli ještě je) naše drobná komunitní pastička: jak naučit klienty nebýt sám se sebou a trochu se nudit a utéct k nějaké aktivitě, jelikož je to společensky žádoucí.

Tuto vyčkávací dobu považují za klíčovou. Dobu, kdy se bez ohrožení mohou potkávat a integrovat dva základní procesy změny – vnější a vnitřní. Za důležité zde považují časování: klient musí oblékat takové šaty, které odpovídají jeho vnitřnímu prožívání, námořnický obleček zaviněnému rozpolcenci škodí, pokud ho obléká příliš dlouho. Žít „jakoby“ je funkční pouze po omezenou dobu. Námořnický obleček změnu může potom jenom imitovat, klienta brzdit, nebo vytvářet falešný sebeobraz a přitom ty námořnické oblečky na výročních fotografiích komunity se tak dobře vyjímají. To znamená, že proces výchovný a psychoterapeutický by měly probíhat vedle sebe, měly by se doplňovat, prolínat se.

Za nejméně zvědomělý proces považují období ukončování léčby v komunitě, období separace. Každý, kdo v komunitě pracoval či pracuje, dobře ví nebo spíše cítí, že se jedná o proces vícestranný, kde separace probíhá u všech podstatných hráčů komunity. Je otázkou, zda dokážeme dobře číst způsoby separace klientů. Dokážeme si představit, že – stejně jako v rodině – můžeme pro klienta účinnou separační metodu považovat za zlobení, zhoršení stavu, důkaz, že klient na tom není dobře. Přitom neshody jsou pravděpodobně vývojově zdravou a nutnou součástí separačního procesu. Veškeré neshody a potíže by měly být zarámovány ve vzájemném pocitu spřízněnosti mezi klientem a komunitou.

Na straně terapeutického týmu vidím několik rizik. Jedním z nich je, že nejsou identifikovány způsoby klientovi separace, kdy tomuto období není věnována specifická pozornost z tohoto úhlu pohledu. Dalším rizikem je neschopnost zdravě se od klienta odseparovat a vztah s ním neúměrně prodlužovat a udržovat jej v závislosti na sobě, a to i po léčbě.

Může zde však být druhý extrém: ze strachu, abychom neporušili etický kodex, můžeme se od klienta rychle a náhle oddálit, nedáme separačnímu procesu čas a klient může oddálení vnímat jako odmítnutí. Dalším rizikem může být nezvládnutí našeho protipřenosu v separačním období. Můžeme se na klienta začít zlobit a rozrušovat vzájemný pocit spřízněnosti, což může separační proces zablokovat. Často si též sebestředně vztahujeme projevy separace klienta na sebe. Přitom hlavním úkolem klientovi separace je oddělení od imaga komunity a my terapeuti bychom se právě o tento proces měli laskavě starat a věnovat mu pozornost.

Na závěr se krátce zamyslím nad vývojem týmu v TK Němčice. Práce v komunitě je krásná, ale velmi náročná. První tým v komunitě byl založen na přátelství a měli jsme za sebou též společnou pracovní historii v jiném zařízení. Pro počátek komunity to bylo velmi dobré. Znali jsme se, měli jsme mezi sebou velmi zkušenou a dobrou psychoterapeutku, která hlídala procesní stránky. Byli jsme poměrně odolný tým, avšak náročnost skupiny klientů se nám přenesla do vzájemných vztahů, které byly hodně komplikované. Též to měli velmi těžké naši noví kolegové, kteří se samozřejmě charakteru vztahů lekli a nemohli snadno vstoupit do jádrového týmu.

Po třech letech se základní tým začal postupně rozpadat, přišli noví kolegové, bylo to období velké tvořivosti týmu a velké radosti z práce, dobrých vztahů v komunitě, zlobení,

radosti, legrace. Z hlediska vedení týmu byla komunita postavena na matriarchátu – první dvě vedoucí byly ženy. Po jejich odchodu nastoupili do komunity na post vedoucího muži. Několik let a několika mužům – vedoucím – trvalo, než se styl vedení převedl na patriarchálně demokratický model, někdy museli i bojovat. Až nyní jsem si uvědomila, jak je těžké překonat styl vedení předchozího vedoucího v komunitě a vést si tým po svém, jelikož paměť komunity je sloní a vyjetí ze zaběhaných kolejí je velmi náročné a musí se vybojovat.

Z toho jasně vyplývá, že vzhledem k náročnosti práce, velmi jemným hranicím v komunitě mezi všemi zúčastněnými, je nutno se o tým dobře starat a supervize je opravdu nezbytná.

Děkuji velmi současnému týmu Němcic za jejich velkou profesionalitu a užitečnost pro klienty.

Použitá literatura

www.sananim.cz

Programové prohlášení o. s. SANANIM

Bible. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2010.

PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Pracuje jako odborná ředitelka o. s. SANANIM, které v r. 1990 spoluzaložila. Přednáší též na Katedře adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze.

e-mail: teminova@sananim.cz

Využití principů terapeutické komunity v ústavní léčbě

Jiří Dvořáček

I. ÚVOD

Cílem sdělení je zamyslet se nad možnostmi využití terapeutické komunity (dále jen TK) v prostředí psychiatrické léčebny (dále jen PL), nad limity v její aplikaci a nad zvláštnostmi prostředí PL. Přes původní úvahy o institucionálních zvláštnostech PL a faktorech limitujících plné rozvinutí nástroje terapeutické komunity v prostředí „kamenné“ zdravotnické instituce, jejíž činnost je svázaná mnoha různými předpisy, jsem se ovšem dostal k úvaze nad myšlenkovými omezeními, která aplikaci TK v PL mohou bránit (možná dokonce více než různé institucionální požadavky). Jak se záhy ukáže, vybraná myšlenková omezení neomezují aplikaci TK jen v prostředí PL. Předem zdůrazňuji, že jde o pouhou a velmi osobně pojatou úvahu.

Následující úvahy budu rozvíjet na základě zkušenosti vývoje léčebného společenství, resp. terapeutické komunity v PL Červený Dvůr. Doplnuji, že snaha o aplikaci terapeutické komunity provází Červený Dvůr od zrodu léčebny (tedy od r. 1966). Dřívější, v našem oboru obecný, způsob formování komunity byl z mého dnešního pohledu ale podivný: na jedné straně byla snaha o léčebné společenství, na straně druhé byl závislý pacient vnímán jako mírně nesvéprávný a vyžadující direktivitu. O členu léčebného společenství bylo dříve uvažováno takto:

- primárně se nepočítalo, že závislý pacient mluví pravdu (viz Skálovo *Alcoholicus semper mendes*),
- pacient byl nerozumný – neměl náhled, nepřipouštěl problém
- pacient se musel hlídat a kontrolovat (či přímo izolovat).

Myslím si ale, že bez respektu k členům nelze budovat terapeutickou komunitu.

II. DOGMATA V ODVYKACÍ LÉČBĚ

Z té doby částečně přetrvávají v našich hlavách některá dogmata, která plné aplikaci přístupu TK podle mě brání. V nové době pak přibyla dogmata další. Zde si troufám nabídnout

několik, podle mě, nejčastějších dogmat. Dogma vnímejme v tuto chvíli bez negativního nádechu jako tvrzení, o kterém se nepochybuje (křesťanská dogmata byla vyhlášována papězem nebo koncilem, ta naše vznikají méně zřetelně nějak podobně). Nemyslím, že je problém mít dogma, ale může být problém zaměňovat dogma za výsledek rozvahy či dodatečně odůvodnění hledat.

DOGMA PRVNÍ – ODVYKACÍ PROGRAM VYŽADUJE PŘÍSNÁ PRAVIDLA

Je zvláštní, že odvykací programy vynikají nápadným množstvím pravidel. Nám všem v oboru to připadá jako normální, ale rozhlédnu-li se po ostatní medicíně, jde o něco zcela ojedinělého. Kladu si otázku: Kde se vzala taková potřeba pravidel? Potřebujeme vůbec tolik pravidel?

Nějaké odpovědi si představit umím, ale nenacházím odpověď, proč takové množství pravidel nepotřebuje jiná malá lidská skupina. Zda jsou naši pacienti skutečně natolik jiní, že hyper-regulaci potřebují. A také, čemu je vlastně hyper-regulace naučí. Přemyslím, proč i náhodně vytvořená skupina neznámých lidí nepotřebuje mnoho pravidel (např. účastníci zájezdu nebo třeba jakýkoli zájmový klub) a proč se domníváme, že pacienti v našich zařízeních ano. Přemyslím, proč se v zařízení opakují zbytečné pravidla, která jsou upravena jinde (například: *Nesmíš krást.*). Mám také pochybnost, nakolik pravidla na zdi jsou prožívána vnitřně, a domnívám se, že jejich internalizace může být komplikovaná. Formulováním jakéhokoli pravidla dáváme člověku mimo jiné najevo, co si o něm myslíme. V tomto směru výčet našich pravidel dopadá docela negativně. Jak se budeme cítit, když přijedeme do hotelu a na recepci nám řeknou, že jim nesmíme nic ukrást? Myslím, že tím, co zakazujeme, předem stigmatizujeme.

Pravidla upravující na zdi řešení konkrétní situace neprobouzejí zodpovědnost v takové míře jako společné řešení ve skupině. Myslím, že je dobré učit se přijímat vnější pravidla bez remcání (tj. respektovat vnější řád), ale také je dobré ponechat volnost pro zodpovědné rozhodování (tedy rozhodování s důsledky). A k tomu je malá lidská skupina ideální. Některá pravidla používáme, abychom nejistý svět uměle zpřehlednili a strukturovali – kořeny formulování některých pravidel mohou být neurotické. Myslím, že malá komunita by mohla snížit počet pravidel na minimum. Zjednodušeně řečeno by mohla platit dvě pravidla: 1. platí, co si dohodneme, 2. nemůžeme si dohodnout nic, co někomu škodí. Na zdi by se mohla ponechat jen malá část pravidel, vše ostatní by bylo věcí řešení v komunitě, tedy dohody. Stálo by to mnoho času, ale tenze z toho, že situace není řešena pravidlem, by zůstala v komunitě a nutila by komunitu nalézat zodpovědné a perspektivní řešení.

Myslím také, že v lidských skupinách v běžném životě jsou mezilidská pravidla formulována jinak než v našich zařízeních na zdi. Mají paměť. Buď jsou nesena příkladem těch, kteří jsou v lidské skupině dlouho (otcové...dědové...exklenti) anebo konkrétním příběhem.

K prvnímu dogmatu ocituji klasika (Lao-c')

*„Čím víc je na světě zákonů a zákazů, tím bídňější je lid!
Čím víc je mezi lidmi naostřených zbraní, tím větší panuje ve státě rozvrat!
Čím více je mezi lidmi dovedných mistrů, tím více přibývá divných věcí!
Jak přibývá zákonů a nařízení, množí se zloději a lupiči!“*

DOGMA DRUHÉ – TERAPIE MUSÍ BÝT TVRDÁ

Odvykací programy samy sebe propagují jako tvrdé, exklenti toto rádi prohlašují, terapeuti všelijak zdůvodňují... Mám s tím letitý problém. Na jedné straně sice direktivita může zkrátit čas, na druhou stranu pro tvrdost a direktivitu u svéprávného člověka není etické zdůvodnění nikdy (Lao-c': „Každé ovlivňování je násilí.“).

Kde se vůbec vzalo pojetí, že odvykací léčba má být tvrdá (a terapie že má bolet)? Kde vůbec terapeut bere oprávnění k tvrdosti? Čím jsem k tomu jako terapeut delegován? Čím jsem vůbec delegován k zásahům do života druhého? Nenacházím jednoznačné odpovědi, ale přijde mi bezpečnější se takto ptát.

S tvrdostí souvisí direktivita. Oboje vychází z předpokladu, že vím lépe než druhý, co je v jeho životě třeba. Toto je ovšem v našem oboru předpoklad velmi pochybný. Linie řešení problému v ostatní medicíně je odlišná, než je tomu u problémů závislostních. V běžné medicíně v prvním kroku odborník rozpozná problém, ve druhém kroku odborník nastaví léčbu, ve třetím odborník provádí léčbu. V našem oboru je cílem, aby pacient sám se stal expertem na svůj problém a on sám rozpoznal problém a nastavil si jeho řešení. A příznivejše si, že jsou důvody, proč u nás nelze léčbu nastavit podle linie zmíněné výše. Jednak závislostní problém je příliš komplexní a složitý, problémy se vyjevují postupně a nejsou tak přístupny ke kompletní diagnostice na začátku, mozek a duše jsou příliš dynamické a kontinuální a náš poznatek je příliš diskontinuitní a statický, a taky proto, že do hlavy druhému prostě vidět nelze. Z toho mi plyne, nejen že je nezbytné rezignovat na snahu o plné rozpoznání problému, ale i na snahu o plnou aplikaci evidence based přístupu.

Alternativním přístupem může být „environmentální enrichment“ (český oficiální překlad jsem ještě nezaznamenal). Dlouhodobě je známo, že negativní environmentální podmínky (např. stres) zvyšují odměňující efekt drog a riziko závislosti. Nově je známo, že pozitivní environmentální podmínky redukovat odměňující efekt drog a mohou fungovat jako ochrana před vznikem závislosti. Zcela nově je pak známo, že pozitivní environmentální podmínky mohou eliminovat již vytvořené závislostní chování a mohou **dramaticky** redukovat neurochemické důsledky závislosti. Ocituji M. Solinase z roku 2008: „*Positivní a stimulující environmentální podmínky mohou samy o sobě redukovat craving a usnadnit abstinenci od drog. Toto může znamenat, že obecné životní podmínky drogově závislého by měly být zvažovány jako součást terapie a pozitivní prostředí a environmentální stimulace může být klíčový faktor v dlouhodobé léčbě závislosti.*“ Jinými slovy: více opodstatnění najdeme pro přívětivou terapii než pro terapii bolestivou. V našem kontextu by součástí pozitivních environmentálních podmínek mohlo být zejména: prostředí (příjemné, vlnivé, bezpečné), způsob, jakým se k pacientovi vztahujeme, způsob, jakým se k sobě mají lidé v týmu, prostředí pravidel a řádu (bezpečné, vlnivé, podpůrné, ponechávající volnost).

DOGMA TŘETÍ – SEX JE HOROR

Snad ve všech terapeutických zařízeních je sex mezi klienty „zakázán“, jen někde je „povolen“ po překonání určitých bariér. Nebudu se opakovat, viz blíže sborník ze sananimské konference Sexualita a drogy. Zde jen shrnu: podle mě není nepochybný odborný důvod, a tedy ani etické oprávnění omezovat dospělým lidem jejich intimní život. A ještě: mohli bychom o nadměrné energii investované do potírání sexu a vztahů přemýšlet. Myslím, že v malé komunitě není důvod k zákazu intimního života svéprávného člověka.

- Možná by komunita získala **novou dynamiku**...
- Možná by se tým **nemusel trápit**, že někoho vyhazuje kvůli sexu...
- Možná by se energie mohla věnovat **něčemu jinému**...
- Možná by mnoho klientů získalo, kdyby se v terapii o těchto věcech mohli bavit **otevřeně**...

Nabízím ke zvážení, zda k intimním tématům nepřístupovat takto:

- Zamyslet se, co nám vlastně na tom vadí, a případně pravidly vymezit skutečně to, co vadí, a ne intimitu.
- Např. vadí-li nám, že se někdo nevěnuje terapii kvůli vztahu, dejme do pravidla, že kdo se věnuje čemukoli jinému než terapii, ať jde pryč.
- S tématem intimity a vztahu pak pracovat v komunitě jako s jakýmkoli jiným důležitým tématem.

DOGMA ČTVRTÉ – NEJDŮLEŽITĚJŠÍ JE PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie (terapie postavená na slovu) je brána jako klíčová aktivita. Psychoterapeuti jsou bráni jako nejdůležitější terapeuti (i sebe sami tak berou). Shledávám psychoterapeutické programy a vůbec všechny momenty bezpečného lidského kontaktu a zájmu za velmi důležité. Cítím, že hlavní nástroj („pozitivní formování lidským společenstvím“) je vhodné v individuálně různém poměru jinou psychoterapií **doplňovat**. Dovolím si prohlásit, že nevidím zřetelnou pevnou vazbu mezi perspektivou pacienta a spoluprací v psychoterapii, nevidím jednoznačnou obecnou koncepci psychoterapie u závislosti. Naopak sám vidím nouzi i v jiných zařízeních, co vlastně na skupinách dělat, jak a nakolik pracovat s biografií, jak vydefinovat cíle.

Myslím, že je obecně důležité: podporovat lidskou skupinu, aby maximálně rozvinula svůj podpůrný, regulační a výchovný potenciál, a podporovat, motivovat pacienta k odvaze ke změně, k uvěření v lidskou hodnotu (svou i dalších lidí). Myslím, že obecně důležité není: hledat příčiny, analyzovat minulost, hledat problém, vše interpretovat.

Osobně bych rád dosáhl následujících cílů:

- zamyslet se, nakolik je přístup TK (jako psychoterapeutická metoda) dostatečný a nakolik musí být doplňován jinými metodami (osobně věřím, že dostatečný je),
- nesměřovat terapeuty k expertství a klienty k soudcům či rádcům,
- nehledat za každou cenu problém,
- nepsychologizovat za každou cenu.

DOGMA PÁTÉ – BEZ SUPERVIZE NENÍ TÝM

Dnes je vyžadovanou nutností mít externí supervizi. Požadavek na externí supervizi je dnes větší než požadavek na způsob a kvalitu vnitřního managementu. V tomto je obor závislosti jedinečný. Mám ovšem pochybnost, zda externí supervize sama o sobě je dobrá. Dle mého má následující rizika:

- Externí člověk má minimální šanci najít skutečně vážné problémy v týmu, pokud je tým společně tabuizuje. Řešení banálnějších problémů (a neřešení problému podstatných, ovšem tiše sdílených) pak může hrubě měnit hodnoty a normy týmu.

- Externí supervizor bývá bez jakékoli zodpovědnosti. Nemám rád názory bez zodpovědnosti.
- Samotný fakt supervize může všechny falešně uklidnit, že tým pracuje dobře.

DOGMA ŠESTÉ – BEZ VÝCVIKU NENÍ TERAPEUT

V současnosti je normou, že všichni musí mít výcvik. Někteří jich za život stihnou několik. Motivy pro absolvování výcviků jsou různé. Pro někoho má účast ve výcviku ego-expanzivní nádech. Přemýšlím, zda nejsou výcviky v některých směrech přeceňované. Myslím, že výcvik sám o sobě z nikoho terapeuta neudělá. Naopak může petrifikovat některé nevhodné osobnostní rysy. Může vytvořit zvyk „hledání problémů“. Může změnit myšlení terapeuta v psychologizování. Výcvik sice z člověka terapeuta neudělá, bohužel lepší a pravděpodobnější cestu, jak se stát terapeutem, neznám.

DOGMA SEDMÉ – ZÁVISLOST JE NEMOC

Závislost je v současnosti medicínskou diagnózou. Nicméně je zřejmé, že problém závislosti je širší než medicínský, že medicínský přístup na řešení sám nestačí, že závislost je někdy dominantně sociálně podmíněna atd. Krom nepřesnosti má tento teoretický model (stejně jako všechny ostatní) riziko induktrance pacienta (ovlivnění myšlenkových konceptů pacienta a průběhu závislosti).

Některé možné induktrance teoretickým modelem:

- Už navždy budete závislý.
- Jednou se napijete, a jste v tom zpátky.
- Většina lidí recidivuje.
- Léčba závislosti je dlouhý a náročný proces.
- Sám to nezvládnete.

Je těžké najít hranici mezi informováním pacienta o problému a induktrací. Mám pocit, že v ostatní medicíně se informace sdělují v méně jednoznačné a méně jisté podobě. A také v méně emotivní formě.

III. DOGMA NA ZÁVĚR

Dovolím si na závěr nabídnout jiná dogmata. Věřím v korigující a výchovnou sílu malých lidských skupin, věřím, že mají tendenci se chovat perspektivně. Věřím, že náš mozek je k působení malé lidské skupiny nastaven (a že naopak od určité velikosti přestává regulace skupiny působit). Tedy také, že v TK by mohlo být vše uzpůsobeno tak, aby se tento potenciál plně využil.

MUDr. Jiří Dvořáček

*Působí jako primář a ředitel Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.
e-mail: informace@cervenydvur.cz*

Komunita, skupina a tým

David Adameček

Terapeutické komunity v České republice jsou většinou uspořádány jako jednoskupinové. Platí tedy snad, že komunita rovná se skupina? I v tomto uspořádání se v terapeutických komunitách vyskytují skupiny dvě, a to skupina personálu a skupina klientů. Tato skutečnost je v komunitách různě reflektována a různě ji pojmenováváme. Obvykle se hovoří o skupině a týmu, jednotlivec je pak buď členem skupiny, nebo členem týmu, zároveň jsou všichni považováni za členy komunity. Tým pracuje s komunitou a zároveň je její součástí. Úkolem týmu je obsáhnout, ohraničit a zpracovat, co se ve skupině (a v celé komunitě) děje, a srozumitelně a přijatelně to do komunity vracet¹. Má-li tým obsáhnout a zpracovávat děje v prostoru, jehož je součástí, vyžaduje to jeho náležitou pozornost a důkladnou spolupráci a vnímavost k sobě v týmu navzájem. Co se děje ve skupině, může se různě odrážet v týmu a naopak.

MECHANISMY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Které mechanismy v komunitě běží? Které využíváme? O kterých víme? Které jsou tvořivé? Jsou nějaké naopak ničivé? Odpovědi na tyto otázky z velké části najdeme v knize Kamila Kaliny o terapeutické komunitě (Kalina, 2008). Její kapitoly o týmové práci a reflektivních setkáních týmu byly inspirací a východiskem pro můj příspěvek. Nabízím něco z teorie skupinové analýzy, jejíž průkopníci stáli také u zrodu hnutí demokratických terapeutických komunit. Následuje výběr několika konceptů skupinové analýzy, jak je uvádí Davey Rawlinson (1999).

Zrcadlení (mirror reaction) – klienti vidí části sebe v jiných členech skupiny. Děje se tak při sdílení myšlenek, pocitů a chování. Lidé jsou schopni rozpoznat kvality, které vidí u ostatních, jako aspekty sebe sama, a tak si znovu přivlastnit projikované pocity. Přispívá to k většímu sebeuvědomění, klienti se cítí méně izolováni a mají méně obav.

Kondenzační fenomén (condenser phenomenon) popisuje soustředění kolektivních nevědomých pocitů ve skupině. Projevuje se prostřednictvím užívání symbolů a symptomů.

1 Pro tento proces se někdy používá nepřilíš české slovo kontejnovat (z anglického to contain).

Členové zažívají úlevu, když slyší ostatní, jak přinášejí věci, které je pro ně samotné těžké zmiňovat.

Dalším konceptem je **rezonance**. Někdo například hovoří o tom, že chce odejít ze skupiny. To vyvolá u někoho jiného pocity spojené s tím, jak ho někdo důležitý v minulosti opouštěl nebo někoho takového ztratil, což nikdy plně nepřijal či v souvislosti s tím nikdy netruchlil.

Výměna (exchange), je podle Foulkese specifickým terapeutickým faktorem právě pro skupiny – lidé spíše přijmou něco od jiného člena skupiny než od terapeuta. To je právě mimořádně důležité v TK, kde se vyskytují lidé s hlubokou nedůvěrou k autoritám/profesionálům. Lépe akceptují konfrontaci a výzvy od sebe navzájem než od terapeutů. Davey Rawlinson uvádí příklad, kdy pacientka s anamnézou opakovaného sexuálního zneužívání několika členy rodiny a sklonem k sebepoškozování přinese do TK žiletky. Požádá tým o to, aby jí je zabavil. Na komunitním sezení pacientku komunita ocení, ale zástupce týmu ji vyzve, aby přijala za situaci odpovědnost a zbavila se žiletek sama. To u ní vede k pocitu naprostého odmítnutí pomoci od týmu. Jakékoli další intervence ze strany týmu pacientka vnímá jako útok. V tu chvíli přichází nabídka od členů skupiny, kteří navrhnou, že s pacientkou půjde někdo do lékárny žiletky odevzdat. Pocit, že někdo se jí zabývá, mění její nastavení. Nabídku přijímá a později se k situaci vrací a popisuje, jak ji dojala jejich péče.

SKUPINOVÁ DYNAMIKA V KONTEXTU PRÁCE S TÝMEM

„Základní zákon skupinové dynamiky“ je současně základním kamenem skupinové analytické teorie. Hovoří o tom, že *„nejhlubší příčina, proč pacienti mohou navzájem posílit své normální reakce a upravit své neurotické reakce, je to, že kolektivně vytvářejí naprostou normu, ze které se jednotlivě odchylují. Je to proto, že každý jednotlivec je do značné míry částí skupiny, do které patří“*².

Máme například klienty, kteří odehrávají směrem ven – chováním – a sami sobě ubližují nebo házejí věcmi. Jiní odehrávají dovnitř – zaplavující vztek směřují do sebe sama, což se projevuje depresí. Ve skupině mají tyto hraniční způsoby reagování tendenci se normalizovat a modifikovat se tím, jak se klienti učí od sebe navzájem vyjadřovat související pocity v síti vztahů.

Foulkes věnoval malou pozornost temnějším, více destruktivním silám, které se ve skupinách také projevují. Morris Nitsun přišel s konceptem antiskupiny, jejímž cílem je fragmentovat a podkopat skupinu, útočit na ni a na její vztahovost, a tím zničit její integrační a terapeutický potenciál. Zahrnuje štěpení, projekci a projektivní identifikaci. Navenek se ve skupině projevuje různě – například zdůrazňováním předností individuální terapie.

Byly vám procesy v předchozích řádcích povědomé? Uvažujete nad tím, jakápak rezonance, kondenzace a výměna? Vždyť to je v naší terapeutické komunitě na denním pořádku. Jako poučné a využitelné pro nás v terapeutických komunitách se mi zdá zdůrazňování pozitivního a opomíjení destruktivního. Pokud je cílem antiskupiny fragmentace a štěpení, co

2 V orig. „The deepest reason why these patients can reinforce each other’s normal reactions and wear down and correct each other’s neurotic reactions, is that collectively they constitute the very Norm from which individually they deviate.“ (Foulkes)

se k fragmentaci více nabízí než tým, jehož členové se ve směnách různě střídají? Kolikrát jste na supervizi např. pracovali na tématu nejednotnosti týmu ve věci pravidel nebo něčeho jiného? Co je vhodnějšího k neustálému dělení na my (klienti, tým) a oni (tým, klienti) než jednorskupinová komunita?

DOPORUČENÍ PRO TÝM

Kamil Kalina (2008) nabízí na stranách 231–234 řadu doporučení ve věci týmové spolupráce. Dovoluji si zde několik tezí citovat.

Skupina personálu a každý její člen jsou v pozici kormidelníka – navigují klienty vířivými proudy komunitního života i jejich vnitřního vývoje. Musí proto být *bdělí vůči vlastním hranicím* a současně *pracovat i s negativními emocemi* (bolestí, hněvem, křivdou, ztrátou, destrukcí či sebedestrukci), které se vyplavují z klientů účastných v terapeutickém procesu.

Vedle komunitní a individuální roviny práce členů týmu TK je potřebné definovat a v praxi udržovat třetí, vnitřní rovinu, na níž se tým zabývá sám sebou a svými členy. Na této rovině má personál pracující v TK získávat dostatečné porozumění svým vlastním procesům (probíhajícím v týmu jako ve skupině i u jednotlivých členů), aby mohl provádět kontinuální průzkum vlastních emocí a chování a používat přiměřené prostředky a procesy, jak udržet vlastní hranice a rovnováhu.

Význam podpůrné, korigující a učící role týmu pro jeho členy nikdy nemůže být dostatečně zdůrazněný. Důležité je, aby byla nasycená každá složka této role:

Nedostatek podpory, odstup a přílišná kritičnost oslabuje motivaci k otevřenosti a omezuje ztotožnění s týmem i s komunitou samotnou. Jedním z důsledků může být, že pracovník ztrácí motivaci, odchází pod tlakem vnitřních i vnějších konfliktů nebo vyhledává podporu u klientů.

Nedostatek zpětných vazeb a příliš velký důraz na podporu a akceptování vede sice k jistému (a dočasnému) emočnímu uspokojení, ale zabraňuje osobnímu i odbornému růstu. Jedním z důsledků může být, že pracovník stagnuje v práci s komunitou, skupinami a klienty, nebo naopak získá dojem, že „vše je dovoleno“, a riskuje porušování pravidel komunitní práce či traumatizaci jednotlivců.

Nedostatek teoretických a metodologických podnětů a praktických vzorů vede nejen k individuální stagnaci, ale i ke stagnaci celého týmu. Jedním z důsledků pro jednotlivého pracovníka je, že nakonec z práce v TK žádný přínos nemá (odchází nebo setrvává v bezpečné rutině). Pro celý tým pak tento deficit přináší riziko postupné degenerace terapeutického potenciálu týmu vůči klientům a komunitě.

K tomu ještě doplňuji:

Supervize jednou měsíčně nestačí. Vrátil-li se k tezi, že co se děje ve skupině, může se různě odrážet v týmu a naopak, pak se domnívám, že supervize je zde proto, aby pomohla především s tím, na co v týmech občas opravdu nedohlédneme. A to s prozkoumáváním těch

případů, kdy se něco z týmu přenáší do skupiny. Opačně se to děje tak často, že na to je supervize v běžných podmínkách málo. Je třeba se tomu pravidelně věnovat na úrovni týmu samotného.

Literatura

Kalina, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

Rawlinson, D. *Group analytic ideas: extending the group matrix to TCs*. In *Therapeutic communities: past, present and future*. Edit. by R. Haigh and P. Campling. 1st ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. ISBN 1-85302-626-3.

Kennard, D. – Roberts, J. – Winter, D. A. *A Workbook of Group-Analytic Interventions*. 2st ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000. ISBN 1-85302-897-5.

MUDr. David Adameček

Pracuje jako odborný ředitel občanského sdružení ADVAITA, které se zabývá prevencí, léčbou a sociálním začleňováním uživatelů návykových látek a patologických hráčů.

e-mail: adamecek@advaitaliberec.cz

Terapeut v terapeutické komunitě – výzvy a úskalí

Martin Hulík

V tomto sdělení bych vám rád představil několik postřehů k roli terapeuta v TK. Toto téma se dá jistě pojednat z mnoha úhlů. Já se pokusím zaměřit na některé zisky a výzvy pro terapeuta a na některá možná úskalí či rizika.

ZISKY A VÝZVY

Na první místo kladu velmi intenzivní, rozsáhlou a **pestrou terapeutickou zkušenost**. V terapeutické komunitě máme to štěstí, že s klienty během roku jejich léčby navážeme blízký vztah. Pokud v léčbě vydrží, dobře si i po letech vybavíme všechny klienty a mnohé konkrétní zážitky s nimi. Nestane se, že by nám splynuli do anonymního davu. S klienty se setkáváme v mnoha různých situacích – na skupinové terapii, při sportu, u jídla, při práci, na mnoha různorodých akcích mimo komunitu. Sdílíme s nimi, pokud jsme v práci, de facto společnou domácnost. Každý terapeut přímo vede zhruba 400 hodin skupinové terapie za rok. Další přímé práce s klienty je ještě mnohonásobně víc. To vše se skupinou, kde je nízká fluktuace klientů. Klienti jsou navíc relativně úspěšnější – asi polovina jich pobyt u nás řádně ukončí. To samo o sobě vytváří podmínky pro intenzivní a nesmírně zajímavou práci na všech tématech, která si klienti do léčby přinášejí a která se během ní objevují.

V terapeutické komunitě se člověk neschová. Proplouvat nelze. To platí pro klienty stejně jako pro terapeuty. Výzvou pro terapeuta je dokázat udržet krok s klienty v otevřenosti, v odvaze překonávat vlastní nejistotu a nevyhýbat se konfliktu, pokud je správné do něj jít. Také umět ocenit, povzbudit a být spravedlivý. Dalo by se předpokládat, že terapeuti jaksi automaticky tyto a další dovednosti mají, zatímco klienti se jim musí teprve postupně učit. Zdaleka to není pravda. Často si vzpomenu na slova kolegyně z Doléčovacího centra SANANIM Kamily Zogatové, která glosovala úroveň práce jistě výcvikové skupiny slovy: „Kdyby naši klienti pracovali na skupinách jako vy, byli by všichni už dávno mrtví.“ S tím je spojena nevyslovená výzva k neustálé sebereflexi, individuální i týmové. Je třeba si připustit, že se od našich klientů lišíme jen velmi málo – klienti řeší v zásadě univerzálně lidské problémy, stejně jako my. Většinu kolegů, které jsem blíže poznal, změnila terapeutická komunita podle mého názoru k lepšímu.

Terapeuti i klienti se s terapeutickou komunitou identifikují. Zatímco pro klienty se terapeutická komunita stává domovem, my bychom měli mít svůj domov jinde. Přesto i **terapeuty komunita dalekosáhle (a věřím, že pozitivně) ovlivňuje** v pohledu na společnost, ve které žijí, na mezilidské vztahy, na role muže a ženy, rodinné a partnerské vztahy, otázky občanské angažovanosti. Navíc paradoxně práce s lidmi, kteří se dlouhou dobu pohybovali na okraji společnosti, nám možná dává širší náhled na fungování společnosti jako celku a nové souvislosti, které můžeme využít pro sebe i pro naše okolí.

Výzvou pro terapeuty je **usilovat o zdravé a přátelské vztahy v týmu**. Každý terapeut by měl mít možnost najít si v týmu takové místo, kde bude moci být sám sebou, fungovat v týmu beze strachu, bez šikany, bez neřešených konfliktů, být přínosem pro ostatní. Měl by mít možnost ovlivňovat směřování celého zařízení, být ostatními respektován a využíván celý svůj lidský a terapeutický potenciál. Domnívám se, že prostředí terapeutické komunity k tomu dává výborné předpoklady a snad se nám tuto výzvu i dost často daří naplňovat. Považuji to za luxus, který není mnoha pracovištím a mnoha profesím dopřán.

Poslední zisk pro terapeuty, který uvedu, nazvu **existenciální potenciál terapeutické komunity**. Denně jsme svědky malých zázraků – toho, že člověk za pomoci společenství skutečně může účinně změnit svůj život k lepšímu, dokáže se reálně zabývat otázkami svobody, samoty, viny, smíření, odpovědnosti a smyslu života a dosazuje si je do své každodenní reality přirozeným a civilním způsobem. Existenciální a přesahové fenomény jsou v terapeutické komunitě všudypřítomné a žádoucí. Naši klienti přicházejí do léčby většinou ve stavu existenciální prázdnoty a zoufalství. Je velmi příjemné vidět, jak během léčby v komunitě např. vrle a bezprostředně pečují o mentálně postižené děti, které k nám jezdí na prázdniny, nebo jak smysluplně stráví společný týden s vozíčkáři. Pro mě osobně zůstávají nejsilnějším zážitkem mého působení v TK Němčice večerní skupiny s klienty během několikadenní návštěvy památky holocaustu v Osvětimi.

ÚSKALÍ A RIZIKA

Rizikové je, když **těžiště života terapeuta leží v terapeutické komunitě**. To se stane, když je jeho osobní život dlouhodobě neuspokojivý, nebo – v horším případě – žádný osobní život nemá. Jen v TK se cítí dobře, je tam de facto doma, klienti mu nahrazují rodinu a přátele, dostává se mimo roli terapeuta (té se ale nevzdává, protože je pro něj výhodná), což znamená překračování hranic bezpečného vztahu a ústí v emoční či jiné zneužívání klientů. Vzniká patologická dyáda zneužívající a zneužívaný, protože takový terapeut, je-li dostatečně schopný, je některými klienty milován. Hledají v něm nikdy nepoznaného akceptujícího rodiče, přítele či partnera. A terapeut se jim nadstandardně věnuje: dává jim najevo svou přízeň, uzavírá s nimi koalice vůči jiným, méně oblíbeným členům komunity. Tragédií je, že klienti většinou nemají šanci rozpoznat, že je takový terapeut používá pro uspokojování vlastních potřeb. Klienti terapeutům většinou důvěřují, zradu tohoto typu nečekají a jsou vůči terapeutům v nerovném postavení.

Podobná situace může nastat, **pokud je terapeut dlouhodobě nespokojený v týmu, je odmítán nebo je komunikace o důležitých týmových záležitostech z nějakého důvodu zablokována**. Může pak nacházet větší pochopení u klientů než u kolegů, sdíli

s klienty drobná tajemství, vytváří koalice, a kompenzuje si tak deficit moci a oblíbenosti v týmu. Důsledky mohou být podobné, jaké jsem zmínil před chvílí.

Dalším úskalím je, že terapeut může mít někdy tendenci **schovávat se za roli**. Z nepřijemné konfrontace s klientem (např. kritiky terapeutova chování, vyjádření negativních emocí vůči terapeutovi) unikne odkazem na svou formální autoritu nebo klienta podobným způsobem zastráší. Tento postup pak naruší klientovu důvěru. Pouhým prosazováním formální autority se terapeut nestane autoritou přirozenou, spíše naopak. Toto úskalí nastává i v jiných případech: nejsme-li s klienty ochotni vyjednávat a **přiznat jim reálný podíl odpovědnosti za fungování komunity**. Třeba z naší obavy, že odpovědnost nezvládnou, protože jsou to „neschopní feťáci“. Toto očekávání nám pak rádi splní tím, že se při vhodné příležitosti zachovají jako „neschopní feťáci“. Je ale jasné, že je mnoho situací, kdy je terapeut povinen nést odpovědnost a svoje rozhodnutí prosadit i přes případný nesouhlas klienta či skupiny. V této souvislosti si vzpomínám na období před několika lety, kdy jsme se na poradách týmu častěji zabývali tím, jak nám který klient „přerůstá přes hlavu“ a jaká opatření je vůči němu třeba přijmout. Když jsme se tímto problémem konečně začali zabývat jako problémem čistě týmovým, zmizel sám a už se neobjevuje. Po zkušenostech s našimi němčickými „kriminálníky“ si troufám tvrdit, že větší problémy s disciplínou, rozsáhlejší porušováním pravidel, tendencemi skupiny k anarchii a dvojímu životu v komunitě, jsou vždy na straně týmu.

Dalším problémem či úskalím je **nadměrná indoktrinace** klientů terapeuty. Naši klienti se pokoušejí během léčby udělat si jasnou představu o svém budoucím řádném životě a získat pro něj v léčbě potřebné dovednosti. Terapeuti jim slouží jako „pozitivní a vyzrálý vzor“, jak praví etický kodex o. s. SANANIM. Nemáme univerzální odpověď na to, co je řádný život, a nemáme ani patent na život klientů. Potíž by nastala, kdybychom si to mysleli a pojali touhu tento náš řádný život vnutit našim klientům, pokud možno i s naším světonázorem a z něj plynoucích regulí. Snadným terčem by mohly být samozřejmě nábožensky orientované léčebné programy. Ovšem indoktrinace tohoto typu nemusí být systémová, jejími nositeli mohou být i jednotliví terapeuti. V obecné rovině vystavujeme klienta riziku nadměrné indoktrinace v případě, že na otázku „*Co mám dělat, abych už nebral drogy a byl šťastný?*“ odpovíme seznamem konkrétních rad a požadavků. Touha být klienty vnímán jako moudrý guru se může občas objevit v každém z nás. Méně častý je opačný extrém – též nežádoucí – totiž důsledné uplatňování přístupu „*Na to si holt musíš přijít sám...*“.

Fascinace sociální patologií. Toto úskalí se v primitivnější formě projevuje např. u některých mladých studentů s nevyjasněným vztahem k drogám, ale pochopitelně nejenom u nich. Jsou magicky přitahováni světem drog a jejich uživatelů a zároveň z něj mají strach. Tento rozpor pak lze řešit vstupem do pomáhajících profesí. (Existují názory, že za vstupem do pomáhající profese je vždy nějaká patologie.) U zkušenějších terapeutů, kteří mají už fascinaci drogami za sebou, může tento problém vyvstat s příchodem nových klientů, kteří vykazují obzvlášť těžkou anamnézu. Terapeut jistě neudělá dobře, pokud bude např. ze zvědavosti od klientů mámit detailní informace o fungování podsvětí – komunita má zůstat vždy ostrovem bezpečí a terapeut má zůstat zdrženlivý.

Přestože máme v Němčicích klienty, kteří nás už jen stěží mohou překvapit spektrem životních útrap, jakými prošli (nebo které působili jiným), stále nás překvapují jejich intenzitou (tam patří oblast týrání, zanedbávání péče, sexuálního zneužívání a jiné obzvlášť závažné násilné trestné činnosti). Abychom se s nimi vyrovnali, můžeme mít tendenci

k rozhodnutím, která nemusí být v zájmu klientů – např. tlačit klienty k razantnímu řešení, přestože na to nejsou připraveni nebo nejsou v jejich zájmu, špatně časovat terapeutické intervence nebo si od klientů držet nadměrný emoční odstup. Může se také stát, že takto nároční klienti spotřebují většinu pozornosti terapeutů a skupiny a ti „normálnější“ jdou do pozadí. Sami také mohou pociťovat, že je nepatřičné brát si na skupinách prostor pro své problémy, když nebyli v např. dětství zneužíváni a neviděli alespoň jednu vraždu. Vnímám jako výhodu, že klienty, kteří by byli jen prostě závislí na drogách, v komunitě nemáme a zřejmě nejsou ani v jiných zařízeních. Nedocenitelná je v tomto ohledu týmová supervize.

Dalším úskalím je **budování totální instituce**. Terapeuti, otráveni častými předčasnými odchody klientů, jejich drogovými relapsy, reálnými neúspěchy a ztrátou naděje, že se klienti mohou ze závislosti a přidružených obtíží uzdravit, se opevní ve zdech zařízení a začnou pracovat na jeho nedobytnosti. Odvrátí svou pozornost od terapeutické práce s klienty a věnují čím dál větší úsilí udržet v chodu instituci pomocí maximální kontroly života klientů. Systém pravidel, nařízení a rigidních postupů se stává čím dál složitější a řeší nejmenší detaily. Výklad legislativy a její uplatňování pak zabírá mnoho času a brzdí jakoukoli dynamiku, která je vnímána spíše jako komplikace. Protože systém pravidel, pokud je příliš složitý, kolabuje, jsou zaváděna nová pravidla a systém výjimek z pravidel. Protože ale změny nelze domyslet do všech souvislostí, zavádějí se další pravidla. V této souvislosti bývá kritizován bodový systém v některých zdravotnických zařízeních. Domnívám se, že tento scénář více nebo méně hrozí každé léčebné instituci. Je třeba průběžně legislativu zpochybňovat a ponechat si jen taková pravidla, ve kterých vidí terapeuti i klienti jasný smysl. Je také třeba důsledně dbát na hierarchii pravidel, jen pár je opravdu zásadních. Maximální prostor je třeba ponechat vyjednávání a odpovědnosti klientů a terapeutů. Podmínkou ovšem je, že cíle a metody zařízení jsou v souladu s potřebami klientů.

Dalším úskalím je **terapeutická nekompetentnost**. Těžko může někdo o sobě tvrdit (alespoň já určitě ne), že je za všech okolností kompetentní, vynikající terapeut. Přesto je určitý druh nekompetentnosti, pro který není omluvy. A to je ten, který vede k retraumatizaci klientů v léčbě. Myslím, že hrozí tam, kde si je terapeut nejistý svými základními terapeutickými dovednostmi, zkušenostmi a jejich limity, a přesto je nucen nebo má ambice pouštět se do terapeutických intervencí nebo technik, které jsou nad jeho síly. Komplikací také může být nedostatečná supervize a odborné vedení, případně nedostatečný výcvik. Typický příklad: klientka, v dětství týraná rodiči, zneužívaná jako sexuální otrokyně a oběť domácího násilí je vystavena v léčbě ponižující „technice“, kdy na ni mohou sahat muži ze skupiny, kdykoliv se klientka podle jejich názoru nechová dostatečně žensky. Podotýkám, že terapeutka neměla výcvik v KBT a o terapii zaplavením jistě nešlo. V dalším zařízení pak klientka toto trauma zpracovávala na skupinách.

Předposledním typem úskalí role terapeuta je **zjevné zneužívání moci**. Požádal jsem naše klienty, aby ve stručné dotazníkové sondě odpověděli na to, zda se během předchozích léčebných pokusů setkali u sebe nebo u někoho, koho osobně znají, s následujícími čtyřmi jevy, a pokud ano, stručně je popsali:

1. sex anebo partnerský vztah mezi terapeutem a klientem v léčbě
2. práce zadarmo ve prospěch terapeuta (pokud nešlo o malíčkovost)
3. agrese, vydírání, ponižující nebo nezákonné chování vůči klientovi
4. jiné chování terapeuta, které klient považuje za nevhodné

Polovina klientů odpověděla kladně a objevovaly se následující odpovědi:

- vztah klienta se sestrou (2×)
- vztah klienta s psycholožkou
- pracovali jsme na stavbě rodinného domu terapeuta, malovali jsme byt sestřičce, pomáhání na zahradě
- sestra mi řekla, že jsem hnusný tlustý prase, ať na ni nemluví
- terapeut zřackoval klientku
- terapeut mi nabídl, že můžu zůstat v léčbě po zaplacení určité částky, jinak mě disciplinárně vyloučí
- pítí alkoholu v přítomnosti klienta

Jsem přesvědčen, že rozsah problému zjevného zneužívání moci vůči klientům je pro naši branži stejně zdrcující jako pro politiku a byznys korupce nebo pro katolickou církev sexuální skandály kněží. Narozdíl od těchto oblastí ale mezi profesionály v léčbě závislostí nezaznamenávám žádnou paniku nebo veřejnou debatu na toto téma.

Na závěr bych rád krátce promluvil o některých úskalích souvisejících se **zaměstnáváním a rolí ex-userů v léčebných zařízeních**. Práci ex-userů si velice vážím. Pro terapeutickou komunitu nebo jiný léčebný program je beze sporu velkou výhodou, mají-li ex-usery v týmu. Jsem také rád, že v organizaci, ve které pracuji, neexistuje institut laického terapeuta. Všichni ex-useri jsou zároveň kvalifikovaní profesionálové a zkušenost vyléčené závislosti a léčby je jejich přidaná hodnota. Bohužel někteří ex-useri za svou touhu realizovat se profesně v léčbě závislostí platí poměrně vysokou cenu. Jsou vystavováni situacím, které jsou eticky pochybné a vedou k úvahám o zneužívání moci. Především jsou často zaměstnáváni v zařízeních, kde (třeba ještě nedávno) byli klienty. Šéfy a kolegy jim dělají jejich ještě nedávni terapeuti. Zaznamenal jsem i případ, kdy terapeutka svého klienta přijala do výcviku a poté mu ještě dělala supervizorku. Vzhledem k tomu, že toto téma by bylo na samostatnou prezentaci, uvedu jen stručně důvody, proč by se nám tato pochybení stávat neměla:

- ex-userům bychom měli umožnit mít zařízení, kde se léčili, spojené s určitým životním obdobím – zařízením, které mohou svobodně opustit
- možnost pracovat s relapsem je pro příliš brzy zaměstnaného ex-usera značně omezená
- loajalita vůči vedení a zařízení by měla být motivována stejnými principy u všech zaměstnanců
- kumulování rolí vůči ex-userovi (bývalý terapeut, šéf, supevizor, výcvikový vedoucí) je potenciálně rizikové pro obě strany (na jedné straně pokušení zneužití moci, na druhé straně nepředvídatelné škody)

Bc. Martin Hulík

Pracuje v občanském sdružení SANANIM jako vedoucí Terapeutické komunity Němčice.

e-mail: hulik@sananim.cz

Edukativní přístupy a intervence v léčbě mladistvých klientů

Petr Vácha

V tomto příspěvku bych se chtěl věnovat specifickým edukativním faktorům, ovlivňujícím terapeuticko-etopedický proces léčby jedinců v adolescentním věku. Konkrétně v TK Karlov hovoříme o věku cca 16–20 let. Tito mladí lidé vstupují do léčebného procesu jako vysoce rizikovní uživatelé psychoaktivních látek s jednoznačně pozorovatelnými prvky a rysy závislostního chování a s již zásadními následky jejich negativních aktivit, včetně důsledků psychických, somatických i sociálních.

Záměrem a výsledkem edukativního působení na mladistvého klienta je pak zajištění úspěšné sociální rehabilitace a opětovné integrace, zejména pak do primární rodiny (pokud je alespoň částečně funkční) a do skupiny vrstevníků, resp. do studijního procesu.

Výchova v terapeutické komunitě pro mladistvé by měla být záměrná, cílevědomá, plánovitá a všestranná činnost směřující k přípravě mladistvého klienta pro jeho abstinenci, společenské úkoly a osobní život. Edukativní aktivity by měly být zastoupeny po celou dobu jeho léčby a následné péče. Zaměřit bychom se měli na proces učení a sociální rehabilitace, s cílem přeměny mladistvého klienta po všech stránkách, tedy tělesné i duševní.

Výchovou v TK můžeme klientovi zprostředkovat získání znalostí, dovedností a zejména zdravých a bezpečných postojů (kompetencí). Plánování výchovného procesu v TK musí mít posloupnost od krátkodobých, přes střednědobé až po dlouhodobé cíle.

Při výchovné činnosti v TK jde vždy o vztah mezi stanovenými cíli a použitými prostředky výchovného působení, přičemž zvolené cíle určují volbu volených prostředků. Naším základním léčebným prostředkem v tomto snažení je terapeutická komunita jako taková a život v ní, který se snaží maximálně přiblížit běžnému životu v rodině, se svým programem, režimem, pravidly, utvářením hodnotového systému a získáváním základních sociálních a pracovních dovedností. Jako základní metody jsou využívány skupinová terapie, individuální plánování, pracovní terapie, sociální práce, práce s rodinou, výchova, sport, zátěžové aktivity a prožitková terapie.

Cílem naší edukativní a léčebné snahy je klienty nejen vést k abstinenci od psychoaktivních látek a rizikového chování, ale také je připravit na samostatný život a učit je plánovat a vytvářet si alespoň krátkodobé a střednědobé cíle, chovat se zodpovědně, vytvářet si

dospělé vzorce chování a bezpečné vztahy, trávit volný čas a umět se studijně, popř. profesně směřovat a rozhodovat.

ČEHO CHCEME VČASNÝMI EDUKATIVNÍMI INTERVENCEMI U MLADISTVÝCH KLIENTŮ DOSÁHNOUT?

- zastavit stupňující se zaostávání v psychosociálním vývoji – sebekontrola, sociální a komunikativní dovednosti, citové vyzrávání, schopnosti vytváření bezpečných vztahů, hledání smyslu vzdělávání a vzdělání, vztahy v rodině, vztahy ve škole, narůstající trestná činnost
- odstranit negativní sociální důsledky drogové kariéry – evidence klienta na příslušném úřadě práce s možností dosáhnout na sociální dávky, získat nové osobní doklady, jako je občanský průkaz a průkaz pojištění ZP, zprostředkovat kontakt s policií, soudy, probačními pracovníky, maximum trestních problémů vyřešit v rámci léčby v TK
- získání nutných osobních dovedností – zvýšení odpovědnosti za své jednání, osvojení si pracovních a hygienických návyků, získání náhledu na své dosavadní chování, na své možnosti a limity
- emoční a somatická stabilizace – zlepšení zdravotního stavu, zvýšení fyzické a psychické kondice
- zabránit pokračování velmi rizikového a nebezpečného chování v intoxikaci – psychózy, delikvence, agrese, šikana, gambling, prostituce, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy

OBCENÁ CHARAKTERISTIKA SOUČASNÉHO ADOLESCENTNÍHO KLIENTA TK KARLOV

- Věk je 16–20 let.
- Typické je nadužívání všech dostupných psychoaktivních látek. Nejčastější kombinací je alkohol, THC, pervitin i.v. cca 1–4 roky. Pervitin je ve většině případů uváděn jako primární droga. První užití psychoaktivní látky nejčastěji okolo 12 let.
- 90 % těchto klientů má dokončeno pouze základní vzdělání a o další vzdělávání jeví zájem pouze zřídka. U mnohých se projevují poruchy učení a ADHD. Motivace k jakémukoliv nadstavbovému studiu a vzdělání je součástí terapeuticko-etopedického procesu léčby.
- Objektivně pozorované zdravotní a psychosociální důsledky užívání psychoaktivních látek a s tím související nebezpečné chování se u mladistvých nejčastěji projevují komplikovanými a výrazně narušenými vztahy v rodině a ve skupině bezpečných vrstevníků, často řešených umístěním do diagnostických ústavů a nařízením náhradní výchovy ve výchovném ústavu.
- Zdravotní komplikace se projevují přetrvávajícími psychózami vyvolanými užíváním amfetaminu, setkáváme se s diagnostikovanou hepatitidou typu C, kožními chorobami, velmi častá je zanedbaná stomatologická péče a u dívek významně narůstá počet klientek s poruchami příjmu potravy.

- U dívek se v anamnézách poměrně často setkáváme se zneužíváním, popř. se znásilněním. Velmi časté je soužití s dealerem (ze zjištěných důvodů a s následky, z tohoto soužití vyplývajícími) či prostituce.
- Typickým a zásadním jevem jsou zanedbané sociální záležitosti klientů a s tím spojený nárůst naší sociální práce a poradenství. Pouhé zmapování této oblasti je proces komplikovaný, dlouhodobý a bez pomoci zkušeného poradce pro klienta neřešitelný.
- Více klientů vstupuje do léčby s duální diagnózou, s nutnou psychiatrickou medikací a z toho vyplývajícími omezeními v režimové léčbě. Nejčastější duální diagnózou je porucha osobnosti.

ÚČINNÉ EDUKATIVNÍ PROSTŘEDKY A AKTIVITY OVLIVŇUJÍCÍ ÚSPĚŠNÝ PROCES LÉČBY MLADISTVÝCH

- vztah klient-skupina, klient-terapeut, klient-tým, klient-komunita
- pochopení – srozumitelnost, jednoduchost pravidel, opakované vysvětlování, proč jsou pravidla taková, jaká jsou, a jak vznikla, snažit se o přehledný strukturovaný program s menším počtem různých pravidel
- přizpůsobení jazyka tak, aby nám mladiství klienti byli schopni porozumět
- pochvala jako součást bezpečného vztahu
- zážitkové a zátěžové programy v komunitě i mimo ni, např. v přírodě
- prostředí léčí – podnětná vybavenost léčebného prostředí (hřiště, hudební nástroje, sportovní potřeby, společenské hry, posilovna apod.)
- méně obecného mluvení a více bezprostředních prožitků – divadlo, arteterapie, sport
- plánování průběhu terapie v posloupnosti krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých cílů
- vytýkat a negativně reflektovat pouze zásadní a důležité chyby

Často je vedena diskuse o tom, co je pro léčbu v terapeutické komunitě důležitější a účinnější – zda je to proces psychoterapeutický, či etopedický. V poslední době se mezi odbornou veřejností objevuje názor, že v terapeutické komunitě pro adolescenty je jediným účinným procesem proces etopedický. Osobně se domnívám, že psychoterapeutické postupy – i přes specifika období adolescence – mají své nezastupitelné a opodstatněné místo v tomto procesu a jejich vhodné zařazení má na léčbu adolescentních klientů jednoznačně pozitivní vliv.

PhDr. Petr Vácha

Pracuje v o. s. SANANIM jako vedoucí TK Karlov.
e-mail: karlov@sananim.cz

Vývoj terapeutických nástrojů v týmu TK

Jan Sobotka, Patrik Folíř

Na úvod tohoto textu je třeba říci, že si text neklade za cíl podat odborné veřejnosti nějaké obecně platné závěry. Text je pouze osobní reflexí práce v jedné (a možná několika) z terapeutických komunit, práce s klienty a práce v týmu pracovníků.

Začneme jednou historkou. Nedávno navštívila naši komunitu jedna z úplně prvních klientek. Vyprávěla, jak nějakou dobu po komunitě prožívala těžký partnerský vztah a přemýšlela o individuální terapii. Dlouho ale toto své rozhodnutí zvažovala, protože terapie v Sejrku byla pro ni přeci jen dost náročná a moc se jí nechtělo do něčeho podobného znovu.

Nicméně situace ji nakonec donutila vyhledat odborníka, a ejhle jaké bylo její zjištění: terapie nemusí být jen o konfliktu s autoritou, ale může být dokonce i příjemná. Vyvolalo to v nás pousmání, ale i zamyšlení nad tím, jak se vyvíjely terapeutické nástroje nás jako pracovníků komunity od počátku do současnosti. Je třeba říci, že nepříjemná, konfliktní, ale přesvědčivá terapie vlastně celkem fungovala, jelikož prvním klientům se v životě vesměs daří dobře. Je to ale s podivem, jelikož v té době byl tým téměř bez odborných zkušeností a bez větší sebereflexe, a tudíž velmi profesně nejistý.

V této nejistotě jsme dokázali pracovat v podstatě jen s jedním terapeutickým nástrojem, a tím bylo **uplatňování moci**. Terapeut byl vševědoucí autoritou, která si ví rady za všech okolností. A když neví, přinutí klienty, aby si mysleli, že ví. Klientům i nám se podařilo toto období přežít jen díky týmovému nadšení a víře, že „*léčíme správně*“ (komunita jako kultura víry, D. Deitch, Těmínová, in Kalina, 2008). Na opravdové potřeby klientů se v této době nikdo moc neptal, o potřebách terapeutů se nemluvílo. Terapeut vlastně nic nepotřeboval, protože si uměl se vším poradit. Obecné povědomí hlásalo, že terapeut je vyzrálý pozitivní vzor, tudíž dokonalost sama. Fakt, že klient potřebuje terapeuta jako průvodce a ne „vševěda“, jsme zjistili až později. Zjistili jsme to až přes vlastní potřebu dobrého průvodce, kterého jsme našli v moudrých a citlivých supervizorech. Samozřejmě, že jsme nejprve chtěli po supervizorech, aby byli vševědoucí a vyřešili naše problémy se zlobivými klienty. Konzumovat supervizní podporu a tuto podporu smysluplně a cíleně investovat do klientů jsme se naučili až časem.

Zmínili jsme etapu konfliktu a užití komunitní moci. Další zajímavou etapu bych nazval **příznání chyby**. Nebyla to, pokud se dobře pamatuji, etapa moc dlouhá (kdo by také stále příznával vlastní chyby, že). Ale hlavním nástrojem bylo to, že po nějakém rozhodnutí či

konfliktu s klientem terapeut prostě uznal, že rozhodnutí nebo jeho jednání bylo chybné. Samozřejmě i s tím, že v daný okamžik jsme byli přesvědčeni, že tak je to správně. Odůvodnili jsme to klientům tak, že každý dělá chyby a může se splést a poučení pro klienta spočívá v tom, že lidé kolem něj jsou chybujiící. A nakonec sám si může dovolit se mýlit a chybovat. Pro klienty je to zajímavá zkušenost, která je učí, že nelze ve všem spoléhat na druhé ani na autoritu. Zároveň je to může vést k poznání, že se mohou spoléhat sami na sebe i s tím, že když se do něčeho pustí, ne vždy se to vydaří tak, jak chtěli. Je třeba mít na paměti, že někteří klienti mají zkušenost s opakovaně selhávajícími autoritami, na které se nedá spolehnout. Takovou situaci pak řeší tím, že o své autority pečují, případně se jim snaží vyhnout. Terapeut by do jisté míry měl umět zabránit opakovanému vystavování klientů takové zkušenosti v TK.

Další etapa se jmenuje **všechno je možné, nemůžeme soudit**. Vzpomínáme si, že tato doba byla charakteristická naší tendencí vše jen pozorovat a správně popsat. Byla charakteristická rezignací na platnost vlastních postojů, protože vše se dá nazírat z různých úhlů, nikdo nemůže mít patent na rozum a vše se za chvíli ukáže úplně v jiném světle. Jak jsme postupně pronikali do složitostí lidských vztahů a lidského prožívání, zjišťovali jsme, jak je těžké zaujmout jasný postoj, a bránili se tomu. Výhodou pro klienty může být zaměření na to, že cokoli se s nimi děje, má svoji platnost a svůj smysl. Někdy může být dost dobré situaci či prožívání přijmout, jak je, a nesnažit se porozumět, přijít tomu na kloub a změnit to. Problémem může být neschopnost autorit jasně se vyjádřit. Terapeut může mít strach, že když zaujme postoj, ovlivní tím prožívání klienta a možná že nevhodným směrem.

Myslíme si, že pokud by komunita pracovala jen s touto filozofií, či spíše taktikou, stane se časem naprosto nečitelným prostorem bez struktury a bude nás vracet na začátek, tedy k oně již několikrát zmiňované moci.

Každá etapa byla něčím důležitá, ale přinášela i mnohá úskalí. Současná situace je jakýsi mix předchozích etap, resp. léčebných nástrojů. Jedním z předpokladů takovéto dnešní **multiinstrumentální fáze** je, že terapeut dokáže být v kontaktu se sebou samým i s potřebami klientů a umí mezi obojím rozlišovat. Je k tomu zapotřebí zázemí terapeutického týmu, který umožňuje pochybovat a otevřeně se hlásit ke svým chybám, zraněním, a tím i mapovat terapeutický potenciál, ale i limity jedince. To znamená, že terapeut jako průvodce nemusí být schopen doprovázet klienta do míst, kde se sám cítí ohrožen, tedy do míst, která sám nemá zmapovaná a nechce se mu tam.

Osobnost terapeuta a jakási metaosobnost týmu se v čase vyvíjí. Vývoj může spočívat v tom, do jaké míry je terapeut a celý tým schopen reflektovat své aktuální prožívání, resp. rozlišovat, co patří jemu a co klientovi. Také do jaké míry je schopen zůstat u svého prožívání a rozhodnout se, že jej v terapeutickém procesu použije nebo nikoliv.

V jedné z našich starších úvah o moci v TK, resp. o tom, jak s mocí či vlastní bezmocností zacházejí terapeuti, jsme vyslovili domněnku, že není-li terapeut v dobrém kontaktu se sebou a zejména se svými zraněními, které v něm klienti svými příběhy, nároky a prožíváním ožívují, může užitím komunitní moci zakrývat vlastní bezmocnost nad svými zraněními. Tím učí klienty dělat totéž (ve zkratce řečeno).

Podíváme-li se touto optikou na teorii containmentu (Kalina a další), můžeme objevit jedno z úskalí složitého a dynamického vztahu mezi klientem a terapeutem. Containování chápeme tak, že dost dobrý dospělý (terapeut) si všimá toho, co se děje s dítětem (klientem), pomáhá

mu toto dění popisovat – „aha, vypadá to, že ses lekl, máš strach...“ – a zároveň se nenechá zaplavit či pohlitit prožíváním dítěte (klienta), je schopen ho obsáhnout a přiměřeně reagovat.

Úskalí podle nás spočívá v tom, že se může stát, a stává se nám, že v rámci svého skrývaného zranění (jsme přece zralí a profesionální) můžeme přeformulovat klientův stav do nám přijatelnější podoby – „aha, vypadá to, že jsi udělal chybu a teď se cítíš provinile“. Můžeme tak klienty (a třeba své děti) mylně informovat o jejich prožívání, a oni, jelikož nám věří a spoléhají se na nás, si o svém stavu či prožívání udělají stejně nepravdivý obraz, s jakým k nám původně přišli. Částečně jsou totiž závislí klienti odkázáni na terapeuta jako na někoho, kdo jim pomáhá orientovat se v jejich prožívání. Sami často neumí své emoční stavy popsat a rozlišovat.

Na konferenci jsme dále zavzpomínali na jednu historku s naším dnešním supervizorem. Historka se týkala jedné zřetelně lidské schopnosti ocitnout se najednou v záplavě nepříjemného prožívání, schopnosti nevědět si rady v nějaké situaci, tedy obrazně řečeno – ocitnout se v bažině. Záměrně píšeme o lidské schopnosti, jelikož se v praxi setkáváme s tím, že takové ocitnutí v bažině mívá vždy nějaký smysl. Schopnost lze spatřovat i v umění v takové bažině chvíli zůstat. Terapeuti neradi zůstávají v terapeutické situaci, v níž si nevědí rady. Volí pak různé způsoby zacházení s vlastním chaosem, podobně jako naši klienti.

Dostane-li se člověk – klient – do takové pro něj nečitelné bažiny, má terapeut nebo kdokoli na blízku několik možností, jak reagovat. Může zachovat profesionální odstup a ze břehu popisovat, co se s klientem asi děje, ptát se ho, jak to prožívá – „řekni ještě nějaký pocit, než se utopíš“ – své ruce v kapsách, aby se od bahna neušpinil. Nebo může za klientem skočit a zoufale se ho snažit z bažiny vytáhnout, to se ale pravděpodobně utopí oba. Může také rychle přivolat pomoc někoho dalšího, někoho, kdo má lano nebo jeřáb, tedy někoho kompetentnějšího, s větším potenciálem. Nebo může riskovat, natáhnout ze své bezpečné pozice, z pevné půdy pod nohama, ruku směrem ke klientovi. Ano, riskuje, že se od bahna ušpiní, ale je to živá, odvážná ruka, která může klienta zachytit. No a klient pak umírá s pocitem, že pro něj někdo aspoň něco udělal, neumírá sám. Ještě si může terapeut uvědomit, že klient se do bažiny nedostal jen tak náhodou, určitě udělal nějakou chybu, porušil pravidla a musí nést za své jednání následky. Takže ještě než se stihne utopit, tak ho z komunity vyloučíme. Dostali jsme tak komunitnímu principu, že za své jednání zodpovídá každý sám a v naší komunitě se zodpovědní a zralí klienti prostě netopí.

Závěrem se omlouváme laskavému čtenáři za provokativní, vymyšlený obraz bažiny. Nabízíme ho s důvěrou a nadějí v to, že snad může vzdáleně připomínat některé naše terapeutické situace, ze kterých se dnes můžeme již jen poučit.

Autoři děkují Terapeutické komunitě Němčice za dlouholetou profesní i osobní inspiraci a podporu.

Bc. Jan Sobotka

Pracuje jako terapeut v TK Sejřek (Kolpingovo dílo ČR); externě učí na FSS MU v Brně.

Patrik Folíř

*Pracuje jako terapeut v TK Sejřek.
e-mail: tksejrek@kolping.cz*

Práce s přenosem v terapeutické komunitě

Milúše Sadílková

Co je to terapeutická komunita? Je to tedy způsob léčby, nebo mystérium? I když mnozí z nás jsme teď naplněni spíše otázkami než odpověďmi na toto téma, zdá se mi ke konci prvního dne našeho setkání zbytečné vysvětlovat, na čem je terapeutická komunita založena a jak to celé funguje. Pokusím se v mém příspěvku nastínit, jak se v komunitě dá či nedá pracovat s přenosovým a protipřenosovým fenoménem. Co to ten přenos je, jaké jsou naše možnosti a jaké jsou limity v zacházení s těmito procesy.

Zřejmě očekáváte, že se pustíme do složitých psychoanalytických definic a přenosových veletočů. Částečně máte pravdu. Ale dovolím si být, a to nejen v úvodu, trochu osobní.

Jak se to stalo, že několika desítkám unaveným posluchačům teď tady povídám o přenosu? Může za to něco, co s tématem úzce souvisí. Před dvěma měsíci, v době příprav této konference, mi zavolala odborná ředitelka SANANIMu, Martina Těmínová, a požádala mě, zda bych na téma přenos mohla přednést příspěvek. Martiny si osobně velmi vážím a její práci obdivuju. Myslím, že je to dobrá šéfká a dobrá terapeutka. Takže ví, jak na lidi. To se potvrdilo už v průběhu zmíněného telefonátu: když jsem chvíli váhala a zvažovala své odborné i časové kapacity, Martina mé pochyby rozptylovala výroky typu: „*Ono se o tom málo v souvislosti s komunitami mluví, ... bylo by to potřeba, ... ty se tím přece zabýváš a je ti to blízké...*“ Zkrátka okořenila sousto na talíři voňavou směsí a nešlo odolat: tuto narcistní výzvu jsem přijala. Jsem přece poslušná holka, a když mě matka o něco požádá a ještě přitom zdůrazní, že jsem pro ten úkol dost dobrá, nemůžu to odmítnout. I když vím, kolik mě to bude stát sil a času.

Úkol je o to těžší, že samotné téma přenosu je velmi složité, obtížně přístupné, a to nejen díky pojmovému aparátu psychoanalýzy, která s ním prvotně přišla. Je nesnadné, přiblížit problematiku přenosu těm, kteří jsou tomuto jevu sice permanentně vystaveni, ale v každodenním shonu terapeutické komunity nemají prostor se jím dostatečně zabývat, a současně nenudit ty, kteří o přenosu vědí dost a zmapovali svá riziková teritoria během mnohaleté cvičné psychoanalýzy a sebezkušenostních výcviků. Ale co – třeba mě pak matka pochválí, třeba bude na mě i pyšná a já budu nakonec ráda, že jsem to dokázala. Navíc matce přece za mnohé vděčím a cítím povinnost vrátit jí aspoň něco z toho, co dala ona mně. Tím víc, že je to možné už jen ve vzpomínkách. Nebo v nových vztazích – třeba s jinou autoritou.

Tak funguje přenos. Svoje zkušenosti z dřívějších vztahů s důležitými osobami našeho života přenášíme na další, v nějakém aspektu podobné vztahy. A to, co jsem tady teď předvedla, je pokus o minianalýzu přenosu v každodenním životním kolotoči. Chtěla jsem zdůraznit význam analýzy přenosu i protipřenosu pro naši práci s klienty a připravit půdu pro teoretický rámec, který nás teď čeká.

CO TO JE PŘENOS?

Nejčastěji se setkáme s trochu volnějším pojetím, že přenos jsou pocity, které vyvolává terapeut v klientovi. Neboli emoční postoj klienta ke svému terapeutovi a také stav duše, vytvořený v klientovi přenosem. Podíváme se teď na to, jak se tyto jevy definovaly a vyvíjely v čase.

Psychoanalýza definuje přenos jako proces, při němž pacient přemísťuje na svého analytika své pocity a myšlenky, které mají kořeny v dřívějších postavách jeho života (Rycroft, 1993). Ke svému terapeutovi se vztahuje, jako by byl oním dřívějším důležitým objektem jeho života a vybavuje ho i takovými vlastnostmi a významem.

Podstatné je, že základem přenosu je **projekce**. Klient tedy do osoby terapeuta projikuje duševní reprezentace objektu, které přijal za své procesem internalizace a následně procesem introjekce. Funkce vnějšího objektu, třeba matky, tak byly přebrány dítětem dovnitř sebe a vztah k matce „tam venku“ byl nahrazen vztahem k představě matky „uvnitř“. Tento proces je částečně obranou proti separační úzkosti, částečně jde o normální vývojový krok dítěte na cestě k jeho větší autonomii.

Projekcí tedy rozumíme proces, kdy si člověk představuje, že jeho specifické impulsy, přání a aspekty sebe sama nebo vnitřní objekty jsou umístěny někde mimo něj. Konkrétně v osobě terapeuta nebo – v případě skupinové psychoterapie – také v osobě jiného člena skupiny. Důležité je si uvědomit, že projekci předchází popření: člověk popře, že cítí takovou či onakou emoci nebo že má nějaké přání, ale naopak tvrdí, že tuto emoci nebo ono přání má někdo jiný. Projekce vnitřních objektů spočívá v tom, že jedinec přepisuje někomu ve svém okolí pocity, které směřují vůči němu a pramení z minulosti vnějšího objektu, který byl introjikován. Takže introjikované objekty samy o sobě jsou velkým zásobníkem projekcí. Jako terapeuti se pak v kontaktu s klientem, který na nás přenáší, tedy projikuje, můžeme cítit zmateně: klient na nás vrhne nejen nějaký aspekt svých rodičů, ale také aspekty svého tehdejšího Já. Tedy své pocity jako dítěte v minulosti. Je pro nás tudíž stejně tak významné, jako obtížné se v přenosovém kontextu orientovat. O to více bychom měli být bdělí a vnímaví vůči vlastním pocitům, které nás v terapeutickém dění zaplavují.

Pokud tedy vše výše řečené shrneme, můžeme říct, že **přenos je speciální typ projekce**. Je to nevědomá emoční vazba klienta vůči terapeutovi v procesu psychoterapie. Nebo ještě jinak: přenos je vztah k druhému člověku, který je prožíván zkresleně pod vlivem dřívějších vztahů k důležitým osobám (Kratochvíl, 2005). Takže dívka z rodiny, kterou otec opustil, se ve svých partnerských vztazích opět obává, že bude opuštěna svými důležitými muži.

Fenomén přenosu prošel od doby svého objevení složitým vývojem. Zpočátku **Freud** považoval přenos za zcela nežádoucí a vyloženě škodlivý. Mluvil o něm dokonce jako o „*politováníhodném fenoménu*“. V roce 1912 došel naopak k závěru, že přenos je zásadní součást

terapeutického procesu. Byl přesvědčen, že v podstatě každý konflikt je nakonec vyřešen v sféře přenosu. Přenosová situace dokáže oživit zapomenuté obsahy implicitní paměti, které nejsou přístupné jako vzpomínka, o níž by se dalo vyprávět. Ale dávný pocit, který jsme zažili třeba jako dítě ve věku do tří let, kdy ještě není epizodická paměť vyvinuta, ten si v přenosovém kontextu vybavit dokážeme a lze s ním terapeuticky pracovat. Pojetí Freuda, že přenos je pacientovo chování, „jako by“ byl analytik jeho otcem, je tak vlastně velmi blízké principu jednání „jakoby“ v terapeutické komunitě. A to i navzdory rozdílnému kontextu.

Jung naproti tomu zaujímal k přenosu během svého života různá, často protichůdná stanoviska. Jednou říká, že „přenos je překážka, nikdy výhoda“, a jindy zase, že „zacházení s přenosem je vzácnou a neocenitelnou příležitostí ke stažení projekcí, k vyrovnání ztrát podstaty a k integraci osobnosti“ (Sharp, 2005, s. 127). Ale spolu s Freudem nakonec nepochybuje o významu přenosu, když už k němu dojde: „Pacient se při přenosu přimkne k člověku, od něhož si slibuje dosažení nového postoje, v přenosu se snaží dosáti proměny, kterou nutně potřebuje, i když si toho není vědom.“ Jung věřil, že klient projikuje na terapeuta nevědomé obsahy, potřebné pro zdravé fungování. Proto klade tak velký důraz na analýzu přenosu, při níž vracíme tyto promítané obsahy zpět ke klientovi a tím mu dáváme do ruky nástroje, sloužící jeho rozvoji a individuaci.

Neanalytici samozřejmě přenosovou problematiku dále rozpracovávali, jak si pak ukážeme na některých příkladech. Ale nejen oni. Také dnešní **neurobiologie** se zabývá rolí empatie (kterou zmiňoval už Jung) v procesu přenosu a hledá její vyjádření v neurologických strukturách našeho mozku. Ty, kteří stále ještě váhají, zda uvěřit v existenci nevědomí a jiných podobných jevů, včetně přenosu, snad přesvědčí moderní neurobiologické výzkumy. Ty experimentálně prokázaly přítomnost tzv. zrcadlových buněk. Zjednodušeně řečeno jsou zodpovědné za empatii a schopnost chápat a předvídat pocity a chování druhého člověka. Zrcadlové neurony byly lokalizovány ve vícero mozkových strukturách, při pokusech byly nejvíce činné v čelní a spánkové oblasti mozkové kůry. Empatie hraje v přenosovém dramatu významnou roli. Také její pomocí se klient snaží vyrovnat se zdravějším postojům terapeuta a tím být lépe přizpůsobený k životu, ve kterém dosud nějakým způsobem strádal.

Takže jsme si probrali základní teoretická východiska přenosu a můžeme se tedy pustit do jejich aplikace v praxi terapeutických komunit. Podíváme se na jednotlivé druhy přenosů a konkrétní situace, kdy teorie bude možná blednout nebo nabývat zcela nových barev.

PŘENOS VE SKUPINĚ – OKOVY, NEBO ÚČINNÝ TERAPEUTICKÝ NÁSTROJ?

Rezidenční léčba v komunitách stojí z větší části na skupinové psychoterapii, kde funguje přenos poněkud rozmanitěji. Přenos vzniká stejnou měrou také mezi členy skupiny vzájemně a tento proces také mnohdy cíleně podporujeme (Kalina, 2008). Konstelují se tak nová témata jako například sourozenecká rivalita, partnerská komplementarita nebo i setkání agresora a oběti v jednom časoprostoru. Někdy jsou přenosové situace dojemně naivním důkazem sebe sama: jeden klient, který byl z hlediska své mentální kapacity na hranici možností skupinové psychoterapie, natolik odmítal pochopit svůj přenos na jinou klientku, že jí dokonce tvrdohlavě a nám navzdory nějaký čas oslovoval jménem té své bývalé, tehdy zraňující přítelkyně. Nejen tato historka dokazuje, že skupinu je dobré s přenosem seznamovat a vysvětlovat jeho princip. V opačném případě to skupinu mate a dění v kruhu je pak

pro klienty mnohdy nesrozumitelné. Důležité je ovšem správné načasování, citlivost a velká míra srozumitelnosti.

Usednutí do kruhu často v klientech vyvolává rané konstelace s rodiči, učiteli, autoritami, sourozenci (Yalom, 2007). Navíc každodenní život v komunitě v mnohém rodinu připomíná a na některých dobrých patriarchálních základech také vědomě staví. Může se tak stát, že skupina vybaví terapeuta nadlidskou mocí: očekávají, že bude vždy všechno vědět, odhadne nějak zázrakem jejich potřeby, myšlenky, pocity a beze zbytku je naplní. Asi tak jako ideální matka vnímá a uspokojuje potřeby svého dítěte. Terapeut je pak jakási božská postava a skupina pomalu ztrácí schopnost pomáhat sama sobě. Když pak například nějaký klient posbírá odvalu a vytáhne těžké téma, všichni mlčí, aby mu dopřáli reakci onoho božského terapeuta. To se děje tím více, čím hlubší individuální vývojové deficity ve skupině existují. A potřeby klientů jsou pak mnohdy nenasytitelné. Ale dobrá matka se také zcela nepřizpůsobí dítěti. Toto přijmout je často obtížné pro obě strany – skupinu i tým.

ZÁKLADNÍ DRUHY PŘENOSU A JEJICH VZTAH K POTÍŽÍM KLIENTA

Přenos může být pozitivní a negativní (Sharp, 2005).

Pozitivní přenos je charakteristický pocity respektu až obdivu klienta k terapeutovi. Zpravidla se má za to, že pozitivní přenos je jednoznačnou výhodou terapeutického procesu. Pokud jde ovšem o klienta, kterého bychom označili spíše za asociálního rebelu, u nějž pozitivní přenos k autoritě znamená ozdravnou životní zkušenost. Naopak poslušný klient může časem v pozitivním přenosu stagnovat a vyhýbat se vlastní zodpovědnosti.

Negativní přenos se vyznačuje odporem až hostilitou klienta vůči terapeutovi. Z výše uvedeného plyne, že rebelující klienti se pod jeho vlivem mohou ještě více dostávat na šikmou plochu nezdravého vzdoru. Naopak ti poslušní mohou takto snáze vykročit vlastní cestou, naučit se říkat „ne“, obecně se lépe vymezovat a navazovat tak pravdivější vztahy s lidmi. Nedávno jedna taková poslušná klientka ke konci druhé fáze sdělovala zpětnou vazbu terapeutům na skupině slovy: „Už nějak cítím, že musím jít dál. Už je mi to tady malé. Taky jsem si všimla, že vás v týmu jinak vnímám. Vždycky jsem vás měla na nějakém piedestalu, daleko a vysoko. Ale současně jsem vás moc nemusela. Teď už pro mě nejste takové modly, takové autority, ale taky vás nějak mám radši.“

Adorace a láska však může terapeuta zaslepovat a klást větší nároky na udržení si hranic a důslednosti v tom, čemu se říká psychoterapeutická abstinence (Kratochvíl, 2002). V případě terapeutické komunity narážíme v tomto bodě na jasné limity: s klienty nejsme a nemůžeme být v kontaktu jen v jasně ohraničeném kontextu psychoterapeutických sezení. S našimi klienty jíme u jednoho stolu, jezdíme na kole, sklízíme seno nebo k pobavení všech chytáme v hluboké noci po stovkách kuřata, která míří do nejbližší drůbežárny. To by asi Freud s Jungem zvedali mírně obočí. Ve všech těchto situacích nás klienti pozorují a vyhodnocují. Někdy se aktivně brání vědomí, že máme lidské rozměry a vlastní životy mimo komunitu. Jedna klientka řekla při neformální skupinové seanci u cigarety naší kolegyni: „Hlavně mi neříkej, že máš nějakou rodinu! To já nechci slyšet!“

Podobně nesplnitelná je pro nás jinak obecně přijímaná terapeutická zásada vyvarovat se negativním sdělením vůči jednotlivým členům skupiny. Víme, že to může skupinu brzdit ve vývoji a způsobit přenosový zmatek. Ovšem role terapeuta v komunitě je různorodá. Vystupujeme někdy jako rodičovská postava, jindy jako vychovatel a současně garantujeme bezpečné prostředí pro všechny přítomné.

Takže například klient terapeutické komunity, který byl doma fyzicky trestán matkou, se může vždy při autoritativní interakci s terapeutkou cítit zase jako malý, bezmocný a očekává, že bude bit. Podle toho též na terapeutku reaguje – jako malý a bezmocný. Oživuje své nevědomé fantomy a promítá je do terapeutky stejně jako zničující sílu matky. Současně aktivizuje své tehdejší strategie, chová se dětinsky a iracionálně. Tím vším se pak jako terapeuti můžeme cítit zaplaveni, zatíženi a zmateni. Současně se cítíme jako vystrašené bité dítě, současně jako krutý rodič a v tom všem se máme zachovat dle etického kodexu komunity jako „zralý a pozitivní vzor“. Citlivá reakce by zněla asi takto: „*Cítím vztek, ale nezlobím se na tebe.*“ Jenže v praxi mnozí z nás v podobné situaci vybuchnou, využijí legitimitu jádrné komunitní mluvy a pošlou klienta někam. Vzpomenout si v takové chvíli na přenos a protipřenos může být nadlidský výkon.

Je prakticky nemožné vyhnout se v běžném provozu kritice a vyjádření negativních pocitů, které v nás jednání toho či onoho klienta vyvolalo. O to více bychom měli umět zacházet s podobnými sděleními na naši adresu ze strany klientů. Ti mohou mít nejrůznější zábrany v tom, aby nám vyjadřovali negativní zpětnou vazbu. Bojí se posměchu, odmítnutí, trestu, naší domnělé magické moci a v neposlední řadě nevědomě brání naši integritu. Pokud se klient konečně odváží, terapeut by se měl vyvarovat vysvětlování, obraně, obhajobě či protiútoků. Terapeut by měl negativní či agresivní výtku přijmout, dovolit, aby se ho dotkla, brát ji vážně (Yalom, 2007). Neměli bychom se chovat jako netrpěliví rodiče, kteří agresi či nepohodu svého dítěte neunesou a chtějí to hned změnit.

Můžeme se citlivě, ale čitelně k tomu všemu vyjadřovat. Například slovy: „*Vidím, že jsi na mě naštváný a možná bys o tom chtěl mluvit víc. Ale třeba to teď ještě nejde.*“ Nebo můžeme pomoci klientovi testovat realitu: „*Možná to tak mají i ostatní ve skupině, bylo by dobré si to ověřit.*“

Testovat realitu ale musíme i my. Ne všechny vztahy mezi námi a klienty jsou přenosové. V komunitě je jich velká část reálná a my si nemůžeme dovolit ten luxus, abychom vše, co se nám na sdělení klientů směrem k týmu nelíbí, sváděli na přenos. Někdy to vypadá, že kdybychom ten přenos neměli, museli bychom si ho vymyslet. Je třeba brát vážně, když nám klienti něco vytýkají a za zpětnou vazbu je ocenit. Současně je třeba kultivovat prostředí směrem k osobní zodpovědnosti za svobodu, se kterou sdělujeme svoje pocity a reagujeme na dění okolo sebe.

PROTIPŘENOS A JEHO SPECIFIKA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Protipřenos je specifickým případem projekce. Je to nevědomá emoční odezva terapeuta na klienta v rámci terapeutického vztahu.

U některých potíží, se kterými se v komunitě hojně setkáváme, jako je **hraniční a narcistická porucha osobnosti**, je přenos a náš následný protipřenosový (často velmi nepřijemný) pocit terapeuta normální reakcí. Tito klienti potřebují své potlačené a nepřijatelné impulsy projikovat do nás, a učinit je tak pro sebe bezpečnými. Například popřená agrese se promítne do terapeuta, ten se cítí naštvaně, reaguje v souladu s tím, jak se cítí, tedy taky agresivně. Klient pak má ale možnost takovým způsobem své nebezpečné afekty skrze nás kontrolovat. Navíc může na nás reagovat také agresivně a ventilovat svůj emoční přetlak. Ale to už bude z jeho hlediska i z hlediska skupiny normální a ospravedlnitelná reakce. Takže je to v pořádku a konflikty do komunity jistě patří. Jen my občas nechápeme, proč jsme se nechali vytočit, co nás to tak štve, proč se hádáme s oblíbeným kolegou v kanceláři, nebo dokonce se svým partnerem po návratu ze služby.

Ještě pár slov o **přenosu zrcadlícím, idealizujícím a blíženeckém** tak, jak je rozlišil Kohut (Mitchell, Blacková, 1999) právě u narcistních klientů. Ve všech třech typech přenosu není terapeut prožíván jako samostatný člověk, ale jako součást klientova oslabeného Já. Klient pak potřebuje svého terapeuta ovládat tak, jak by rád vládl nad svým vlastním životem. V lepším případě se vyjadřuje k tomu, co nám sluší za oblečení, v horším nám říká, co máme dělat, jak máme pracovat a co máme v té které situaci dělat, nebo nám dávají najevo, že naše slova vůbec nevnímají. K těmto projevům je třeba být empatický, citlivý, šetřit interpretací a trpělivě čekat, až se z regresivního pohroužení klient vynoří a vnitřně zesílí. V tom je naše práce náročná. Domnívám se, že znalosti protipřenosové dynamiky hraničních a narcistních klientů nám mohou hodně pomáhat případné nepříjemné pocity zvládat a brát je jako součást klientova problému.

ROZLIŠUJEME DVA ZÁKLADNÍ DRUHY PROTIPŘENOSU:

Homogenní protipřenos se vyznačuje tím, že konkrétní pocity daný klient vyvolává ve všech lidech, a má se obvykle za to, že není třeba jej zásadně rozebírat. Zatímco **protipřenos idiosynkratický** se týká jen konkrétního terapeuta, a je tedy víceméně závislý na jeho vlastní osobnosti. Pak se musí nutně stát předmětem supervizního sezení. Tak je to v běžné individuální psychoterapeutické praxi.

Ovšem v týmu to funguje trochu jinak: různorodost emočního vyladění na klienta bývá často výhodná a umožňuje nahlédnout jeho problém z různých hledisek. Homogenita naopak rizika může umocňovat. Vyvolané pocity se násobí počtem členů týmu a onen synergický efekt může pro klienta představovat neúnosný tlak. Pro tým terapeutické komunity a zejména její klienty je častokrát jediná záchrana, že alespoň jeden člen týmu z homogenity protipřenosu nějakým způsobem vystupuje a má to k němu tzv. „jinak“. A to bez ohledu na to, zda je převažující protipřenosové nastavení týmu vůči dotčenému klientovi pozitivní, či negativní. Jistě – kdyby to měl klient se všemi therapy a klienty v komunitě špatné, neměl by moc šanci se z pasti vymanit a obstát. Ale ani všemi oblíbený klient nemusí nutně vytěžit z terapie dostatek, pokud se nenajde ve skupině a v týmu někdo, kdo se k němu staví aspoň trochu kriticky a je pro něj ztělesněním nároků. Takže homogenní typ protipřenosu je v týmové práci zřetelohodný a může po supervizním zpracování posunout tým i klienta a skupinu dál.

RIZIKA A LIMITY

Projekce není vědomým procesem. Přenos a protipřenos tedy také ne. Hlavní riziko pro terapeutickou práci spočívá v tom, jak velká část nevědomí do hry vstupuje na straně terapeuta. Jinými slovy, jak moc se známe, či neznáme, do jaké míry jsme si vědomi svých předsudků, slabých míst a obtíží. Jak moc jsou tato místa podobná potížím, se kterými nás vyhledal náš klient. Stále platí, že nelze klienta dovést dál, než jsme došli sami. A my se vyvíjíme. Dřívější potíže ustoupily třeba nějakým novým, staré pochyby a nejistoty se v čase třeba nějak proměnily.

V terapeutickém týmu pozorujeme zcela rozdílná protipřenosová témata v souvislosti s tím, jakou životní etapu kdo z nás právě prožívá a jaký vývojový úkol má před sebou. Někdo je citlivější na týrání a zanedbávání dětí, někdo na partnerský nesoulad, jiný na existenciální témata smyslu a konce života.

Byla jsem osobní v úvodu, dovolím si to i teď. Jako nejstarší členka týmu – všimněte si, že mi to ani jako ženě nečiní potíže vyslovit. Na terapii je totiž svůdné, že jako jedna z mála profesí nám dává s přibývajícím věkem i nepopiratelné výhody. Ale k věci. Máme tři děti a čtyři vnoučata. Obě starší děti, synové středního věku, mají hezké rodiny a vedou spokojený život. Nejmladší, dcera, je také spokojená, ale stále svobodná a své místo v partnerském životě teprve hledá. Z hlediska vývojového je ve stadiu časné dospělosti. To je jedním z důvodů, proč se pokud možno vyhýbám v komunitě práci s klienty v léčebném procesu podobné, třetí fázi. Mám obavy, že bych rozezvučila příslušné protipřenosové zvony v mé hlavě a klientům bych příliš neprospěla. Ale i to se může jednou změnit a moje limity budou vypadat jinak. Domnívat se, že si vystačíme s jedním výcvikem na počátku kariéry, je stejně tak troufalé jako naivní. Takže nezbyvá než se smířit s tím, že sebezkušenost, sebezpoznání a seberozvoj je pro terapeuta práce na celý život. Nejde o nějaké nekonečné hledačství psychoanalytických směrů a zázračných technik. Jde o hledačství uvnitř sebe sama. A to nikdy nekončí. Můj příspěvek naopak končí právě teď. Děkuju vám za pozornost.

Literatura:

- Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- Kratochvíl, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005.
- Kratochvíl, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002.
- Mitchell, Stephen A., Blacková, Margaret. *J. Freud a po Freudovi*. Praha: Triton, 1999.
- Rycroft, Charles. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1993
- Sharp, Daryl. *Slovník základních pojmů psychologie C. G. Junga*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2005
- Yalom, Irvin. D., Leszcz, Moly. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007.

PhDr. Miluše Sadílková

Pracuje jako psycholog v Terapeutické komunitě Němčice SANANIM
e-mail: nemcice@sananim.cz

Výchovný ústav vs. komunita

Marek Stránský, Draga Čermáková

Některé prvky systému TK – úspěchy, neúspěchy v jejich implementaci do práce s dětmi s poruchami chování

O NÁS

Následující řádky se zakládají na zkušenostech získaných na odloučeném pracovišti Výchovného ústavu (dále jen VÚ) Praha 9 - Klíčov – oddělení Křešín. Na našem oddělení realizujeme dlouhodobé pobyty dětí s poruchami chování v kombinaci se zneužívání návykových látek.

CO JSME SI ZE SYSTÉMU TK „VYPŮJČILI“

Funkce – rozdělení úloh v rámci společné péče o chod oddělení. Dobře funguje především plnění těch funkcí, které jsou vázány na (pro všechny) nutnou a smysluplnou práci (příprava jídla, starost o teplo v domě), u níž jsou vidět rychle výsledky a lze získat také ocenění od ostatních. Tam, kde je nutná trpělivost, aby bylo možné vidět výsledky a malá naděje na ocenění od ostatních, je plnění funkcí problémové (péče o zvířata, prádlo, úklid).

FÁZE POBYTU

Využíváme systému 4 fází (0–3) v běžném pojetí adaptace, učení se, pokročilé zvládnutí povinností a uvolňování ve směru k samostatnosti.

Děti, se kterými pracujeme, nejlépe chápou povinnosti 1. fáze – osvojení si a plnění řádu a režimu oddělení. Dovedou přijmout a adaptovat se na systém odměn a postihů.

Se stupňujícími se nároky dalších fází přibývají potíže dětí. Na vynikající dlouhodobé plnění svých povinností, či dokonce zaujímání role „vedoucího domu“ se těmto dětem nedostává vnitřní motivace, odvaha, zralost. Znamená to příliš velké riziko konfliktu a hrozba

narušení stávajících vztahů mezi vrstevníky. V rámci naší práce tak zůstáváme u opakovaných pokusů pomáhat dětem ve vhodných chvílích tuto roli alespoň na chvíli zaujímat. Minimum dětí se dostane až do 3. fáze. Pokud se dostanou až sem, zpravidla už se jim blíží datum odchodu a - dle jejich názoru - nemá smysl snažit se o naplnění všech cílů pobytu. Nebo naopak ví, že zůstanou daleko déle, protože při chybějícím rodinném zázemí nemohou legálně odejít jako nezletilí.

V procesu zvládnání plnění podmínek jednotlivých fází se promítá i délka pobytu dětí a jejich nereálná očekávání. Na začátku si klienti hodně věří. Čekají, že vše půjde hladce a rychle, vrhají se do plnění s elánem (1. fáze). Postupně ochabují a poznávají, že je stále hodně práce před nimi (2. fáze). V mnoha případech je neochota postoupit dále (často do poslední fáze) výsledkem vyčerpání sil i motivace. Zvláštní podskupinu tvoří děti, které se „navážou“ a začnou spolupracovat na základě vztahů. Tyto děti přestávají být motivovány účelově body a výhodami, ale chtějí zažít spolupráci bez neustálého připomínání, že jsou v ústavu, což se děje právě bodováním a udělováním výhod na základě fází.

Nicméně 3 fáze, jako 3 vývojové stupně či 3 hodnosti, jsou v podstatě velmi srozumitelné a připomínají klientům i dospělým, že osobní vývoj a pokrok je to, co se nesmí ztratit z dohledu. V případě selhání nás to nutí ke kontrole. Ve VÚ, kde žádné vývojové stupně či stupně pokroku nejsou (běžně se s nimi nepracuje), se uvažování o dítěti a jeho dosaženého pokroku v záplavě „minus a plus bodů, aktuálních výhod a nevýhod“ snadno vytrácí.

ROZLOŽENÍ PRAVOMOCÍ MEZI VŠECHNY ČLENY

Je to zajímavý prvek v naší práci, přestože jsou děti k sobě často nápadně shovívavé – při hlasování, které by někomu mohlo přinést nevýhodu, omezení apod. – nebo nemají zájem se na kolektivním rozhodování podílet. Velmi záleží na složení skupiny. Zkušenost s hlasováním nicméně považujeme za cennou. Může posílit skupinovou soudržnost, probouzí odpovědnost, pocit vlastních možností a sebeúctu.

RITUÁLY

Jsou u nás zastoupeny málo. Nutná je opatrnost, vyhýbání se přílišné dramatizaci, spíše věcný přístup. Emoce rituálů děti ohrožují a vyvolávají v nich tendenci ke „shazování“ emočně nabitých situací.

ZVÍŘATA

Péče o zvířata je u nás možná jen v omezeném rozsahu, nicméně jsou pozorovatelné rozporuplné postoje dětí – jak velké přijetí, tak i odmítání. Přístup ke zvířatům nicméně o dětech hodně prozradí.

DÉLKA POBYTU

Zaznamenáváme v čase daleko větší rozptyl než v TK. Není možné délku pobytu jasně stanovit. Nástupy a úvodní plány se často po nástupu dítěte zásadně mění s tím, jak se vyjasňuje rodinná situace a postoje kurátorů. Téměř s jistotou lze říci, že u nás bude do zletilosti. Vypozorovali jsme, že v případě úspěšného nastartování pozitivního obrátu dítěte tento žádoucí vývoj trvá jen určitou dobu. Zpravidla 12–15 měsíců, což odpovídá běžnému rozpětí

pobytu klientů v TK. Je-li tato doba překročena, dosažené výsledky se ztrácejí a dochází k regresi ve vývoji. Bohužel jen pro malou část dětí se v pravý okamžik dá nalézt odpovídající prostředí, které by jim pomohlo realizovat jejich rozvíjející se samostatnost a sociální integraci.

KTERÉ ROZDÍLY JSOU PODSTATNÉ?

Výchovný ústav nebude nikdy komunita, resp. komunitní prvky zde lze využít jen omezeně. Proč? Jsou zde rozdíly.

1. **Klienti VÚ jsou především děti!** Děti, kterým chybí základní návyky (hygienické, stravovací atd.). V rámci své závislosti jsou často teprve na začátku cesty plné problémů a schází jim i minimální náhled a ochota na sobě pracovat. Vztahy umí navazovat jen závislé, nebo vůbec ne.
2. **Skupina je výrazně homogenní,** pokud jde o charakteristiky dětí (chlapci, 15–18 let, podobné problémy i anamnéza). V takové skupině je velkým problémem sociální učení mezi sebou navzájem i pozitivní tlak vrstevníků.
3. **Tyto děti většinou nemohou nevnímat svůj nástup do VÚ než jako velmi razantní a nepřátelský krok** (ať už se stal právem, nebo ne) a chtějí po nich dobrovolnou spolupráci je prostě příliš. Podobné by to bylo s požadavkem náhledu na svou situaci a s požadavkem na změnu svého životního názoru.

ROZDÍLY MEZI VÚ A KOMUNITOU OBECNĚ

Pokud se na rozdíly mezi výchovnými ústavami a komunitami podíváme z globálního hlediska, jsou zde i institucionální rozdíly, které by bylo možné částečně nebo úplně setřít. Aspekty, v nichž systém VÚ zbytečně „pokulhává“ za systémem TK, přináší následující tabulka.

VÚ	TK
— o základní potřeby se starají dospělí (zaměstnanci)	— starají se klienti (vazba na realitu a bytí v ní)
— chybí terapeutická hlediska	— nechybí terapeutická hlediska
— méně intenzivní program	— hodně intenzivní program
— málo citelné postihy za přestupky, chybí možnost vyloučení	— rychlé a citelné postihy (sankce)
— model náhradní rodiny – schází intenzivnější péče o něj	— model náhradní rodiny – pěstuje se
— oddělení dospělých od klientů je větší	— oddělení dospělých od klientů je menší
— vazba na reálný život je slabší	— vazba na reálný život je silná
— méně společných činností	— hodně společných činností (včetně jídla)

MODEL TK A MODEL RODINY

Komunita nabízí funkční rámec a v něm principy, jako je:

1. pospolitost
2. návrat k základnímu venkovskému prostředí a práci
3. terapeutický přístup

Tento model zůstane živý a inspirativní navždy.

Pro VÚ je stejně významná inspirace modelem funkční rodiny. Rodinný model je pro děti adekvátnější než model komunity. Jestliže TK dovede vytvořit atmosféru rodiny mezi účastníky, ve VÚ je to úkolem dospělých. Model komunity s jejími nároky bude pro naše děti vždycky obtížný a v některých aspektech za hranicemi jejich možností. Dospělí zde hrají a budou hrát klíčovou, výlučnou roli – jejich úkolem je umožnit přimknutí dětí, vytvoření vztahů a pomoci se zpracováním problémových emocí.

Pro oddělení VÚ, které se snaží využívat principy TK ve své práci s dětmi, je nutné děti pro tento program pečlivě vybírat. To bylo zřejmé už při zakládání našeho oddělení. Tlak tohoto programu je zvýšený a bez určitého výběru by vůbec nebylo možné jej realizovat. Děkujeme v této souvislosti za spolupráci DÚ Lublaňská i vedení VÚ Praha.

PRÁCE S RODINOU VE VÚ

Příběhy klientů terapeutických komunit a výchovných ústavů jsou v mnohém podobné. V čem se ale zásadně liší, je motivace klientů k osobnostní změně. Ve výchovném ústavu se setkáváme s dítětem, které má také zkušenost s drogou, problémy samo se sebou, s rodinou, stejně jako většina klientů TK. Dítě ale není ve výchovném ústavu dobrovolně, protože se v něm ocitá nikoliv z vlastního rozhodnutí, ale tzv. za trest.

Ve stručnosti popíší, jak pracujeme s dítětem a jeho rodinou, s kolika lidmi se dítě potká a kde vidíme největší úskalí práce.

Po nařízení ústavní výchovy soudem je dítě zpravidla umístěno do **diagnostického ústavu**, odkud přechází cca po 2 měsíčním pobytu do **výchovného ústavu**, kde setrvá do 18, popř. 19 let. Sloužící vychovatel, společně se sociální pracovníci, etopedem, ředitelem zařízení, popř. jeho zástupcem či zdravotníci jsou první lidé, se kterými dítě, umístěné do ústavu, přichází do kontaktu. Takže v jeden den pozná tři až pět nových dospělých lidí, kteří se informují na základní fakta z jeho života včetně údajů z rodinné anamnézy. Tito dospělí také nabízejí dítěti podporu a pochopení. Po tzv. **příjmu** je dítě umístěno na **nástupní oddělení**, kde se setká opět s jedním až třemi dosud neznámými dospělými, kteří ho seznámí nejen s řádem oddělení, ale nabídnou i pomoc. Dítě se tedy ocitá v prostředí, které je silně pečovatelské. Zde může, ale nemusí, všech nabídek využít.

První **kontakt s rodinou** po nástupu dítěte navazujeme z naší iniciativy. Zasiíláme sms, kde předáme rodině základní data – telefonické spojení, adresu, jméno vedoucího vychovatele. Další kontakt s rodinou nastává v momentě, kdy se oddělení informuje na souhlas či

nesouhlas rodičů s dovolenkou. Tentokrát již spojení neprobíhá formou sms, ale telefonátem, u kterého bývá často přítomno i dítě. Další terén spolupráce jsou vzájemná písemná sdělení: pokud byl sepsán plán dovolenky a oddělení si vyžádalo zprávu od rodičů, rodiče se písemně vyjádří k průběhu pobytu dítěte doma. Popsané postupy jsou standardní, dodržují se u všech dětí a jsou v kompetenci sloužícího vychovatele.

Osobnější kontakt dítěte s rodinou, který bychom preferovali, má svá omezení v několika základních aspektech:

1. sociální status rodiny

Dovoluje ekonomická situace rodiny přispívat dítěti na jízdné a stravu o víkendy? Je aktivita a zájem dítěte o kontakt s rodinou natolik silný, že si je toto dítě ochotno samo vydělat, popř. přispět z kapsného na častý pobyt doma?

2. celkový příběh rodiny

Chce dítě skutečně zpět do rodiny, nebo je dovolenka pouze zástěrka pro kontakt s vrstevníky v místě bydliště? Potřebuje si odpočinout rodina od dítěte (a proto jeho pobyt doma nepodporuje), či dítě od rodiny (a proto o dovolenku ani ne žádá)?

Dále do kontaktu s rodinou zasahuje institut **kurátora pro mládež**. Je to další dospělý, který může rozhodnout, zda ke kontaktu s rodinou dojde, či nikoliv. Většinou se jedná o člověka, který je podrobně informován o situaci v rodině, zná dostatečně rodinné prostředí i aktuální situaci dítěte v ústavu. Někdy ale z pozice moci může kontraproduktivně zasáhnout a negativně spolupráci s rodinou ovlivnit.

Bez ohledu na zájem či nezájem rodiny informuje každé oddělení VÚ formou **sms** rodinu každý týden o tom, jak si dítě vedlo během týdne na oddělení. Jedná se o stručné sdělení, co se dítěti povedlo, co nepovedlo. Málokdy se stává, že by rodiče na tuto zprávu reagovali, ale i takové výjimky se najdou. Pokud je třeba, funguje kontakt po telefonu nebo přes e-mail, popř. facebook.

Rodičům jsme nabídli i možnost tzv. **rodičovských setkávání**. Skupina byla koncipována jako dobrovolná s prvky podpůrné terapie. Pokud se již skupina sešla, byli jsme svědky především sdílení traumatických zážitků rodičů (mám dítě v pastáku, bere drogy, co na to okolí, jak to zvládat, co říci mladšímu sourozenci apod.). Méně jsme zaznamenávali projevy změny rodinného prostředí, což ani nebylo cílem skupinových sezení. Odpověď na otázku, kterou jsme si opakovaně s rodiči kladli: „*Kolik chcete investovat času do svého dítěte?*“, zůstala většinou bez odpovědi. Na skupiny přicházeli sice aktivní rodiče, ale zatížení traumatem vlastního selhání. Rodiče, kteří dítě do ústavu tzv. odložili, se nikdy takových skupin nezúčastnili. Neměli potřebu, neboť ústav vnímali jako odkladiště, popř. opravnu zlobivých dětí. Aktivně spolupracující rodiče se časem začali omlouvat a tak skupiny skončily. Rodičovská setkávání, určená především pražským rodičům, jsme tedy pro nezájem byli nuceni zrušit.

Další forma, kterou volíme při práci s rodinou, je **návštěva rodinných příslušníků** v ústavu nebo návštěva v místě bydliště. Zásadní je přítom účast dítěte. Potřebujeme pozorovat, jak probíhá komunikace a vztahování se v rodině, abychom mohli vytvořit hypotézy pro další práci. Než k návštěvě rodinných příslušníků přistoupíme, zvažujeme:

1. Je vůbec vhodné vstupovat do rodinného systému a kolik času máme k dispozici? Jiná situace je u dítěte, které má u nás strávit rok, a jiná u dítěte, které za čtvrt roku odchází.
2. S jakou rodinou pracujeme? Je to rodina funkční, problémová, dysfunkční?
3. Jaké je složení rodiny? Pro představu: v dubnu 2011 z celkového počtu 59 dětí mělo úplnou rodinu pouze 7 našich klientů. 30 dětí bylo z rozvedené rodiny a zůstaly v péči matky, v 16 případech se o dítě starala matka (otec zemřel, popř. neuveden), v 1 případě bylo dítě v pěstounské péči, další bylo v péči staršího sourozence a 1 byl sirotek.

Dále musíme mít na paměti související faktory a otazníky, které mohou být limitující pro práci s rodinou ve výchovném ústavu. Je to především motivace ke spolupráci ze strany dítěte, rodiny, VÚ a OSPODu. VÚ či OSPOD by si měly pohlídat, aby se nepasovaly do role expertů či záchranářů namísto odborníků či průvodců. Nejčastěji kladená otázka je, proč bychom měli vůbec měnit rodinu, co tím chceme docílit.

Související otázky jsou:

1. Co je tématem rodinných setkání – Nezlobit? Nebrat? Zdravit? Učit se? Někdy? Chodit do školy? Návrat do rodiny? Plánování společné budoucnosti? Osamostatnění? Rekonstrukce vztahů v rodině?
2. Má dítě samo sílu přinést eventuální změny, se kterými se setkal, do rodinného systému po návratu z VÚ?
3. Jaké poradenství v ústavu poskytovat – pedagogické, či terapeutické? A kdo ho má poskytovat?
4. Je možné smluvně zajistit externí rodinné terapeuty?

Na závěr svého příspěvku bychom rádi zopakovali, že největším oříškem pro naši práci s rodinou bývá nemotivované dítě, někdy i rodina. Rodina může být z předešlé péče již tak unavená, že nechce navazovat vztah s lidmi z další instituce, natož investovat čas do společných setkání. Jiná rodina může ústav vnímat, jak jsme již uvedli, jako odkladiště či opravnou děti. Výchovný ústav zatím nemá nástroje, jak tuto situaci změnit. Vše je v rovině doporučení a dobrovolnosti. Možná, kdybychom měli pomocníka v podobě zákona o povinné spolupráci rodiny se zařízením, byla by celá situace jednodušší.

Mgr. Marek Stránský

Pracuje jako vedoucí Komunitního oddělení Křeštn, odloučeného pracoviště Výchovného ústavu a střediska výchovné péče Klíčov.

e-mail: kresin@klicov.cz

Mgr. Draga Čermáková

Pracuje ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče Klíčov jako etopedka.

Videotrénink interakcí (VTI) v terapeutické komunitě – v programu léčby matek

Jana Putnová

Příspěvek se zabývá individuální terapií zaměřenou na podporu vztahu a komunikace mezi matkou a dítětem, a to ve specifickém prostředí komunity, kde se léčí matka z drogové závislosti a zároveň u toho pečuje o své dítě. V příspěvku v krátkosti představuji zařízení pro drogově závislé matky, poté metodu VTI a následně se zabývám tím, jak je metoda využívána.

I. LÉČBA ZÁVISLÝCH MATEK V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KARLOV SANANIM

Terapeutická komunita Karlov je zařízení určené mladistvým, závislým matkám s dětmi a těhotným ženám. Od roku 2001 je zde otevřen dům plně vybavený pro pobyt matek s dětmi. Věk matek je omezen jen spodní hranicí 16 let. V České republice se stále jedná o ojedinělou možnost, kdy se matka může zároveň léčit z drogové závislosti a zároveň se plnohodnotně starat o své dítě. Karlov nabízí místo devíti matkám.

Do komunity přijímáme i matky se soudně nařízenou léčbou a klientky, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče (tato situace se týká cca 30% našich klientek). V těchto případech je nutný souhlas OSPOD (odboru sociálně-právní ochrany dětí) či jiného zákonného zástupce dítěte s pobytem dítěte v našem zařízení. Matka pak má možnost o dítě celodenně pečovat a rozvíjet svůj vztah k dítěti pod dozorem školeného personálu, který dohlíží na péči a prospěch dítěte (vychovatelky, dětská lékařka, speciální pedagog, psycholog, psychoterapeuti).

V letech 2001–2011 prošlo TK Karlov 125 matek a 135 dětí (děti byly ve věku od narození do 6 let, jedno dítě bylo starší.) Klientkám se v komunitě narodilo 12 zdravých dětí.

II. SITUACE KLIENTKY PŘICHÁZEJÍCÍ S DÍTĚTEM DO KOMUNITY

Klientky přicházejí do léčby často pod tlakem vnějších okolností tak, jak je běžné u drogově klientely.

- závislá na drogách
- nedostatečné podmínky pro péči a výchovu dítěte
- riziko odebrání dítěte
- partner často též problémový uživatel drog
- narušené vztahy s primární rodinou
- zdravotní potíže
- sociální problémy (dluhy, riziko nástupu trestu odnětí svobody apod.)

Dítě bývá matkou chápáno jako šance (někdy jako poslední) pro abstinenci, stává se hlavní motivací ke změně. Matky v léčbě prožívají své ambivalentní pocity k dítěti: na jednu stranu dítě chtějí, na druhou stranu cítí, že jim dítě zabránilo pokračovat v dosavadním stylu života, který jim do jisté míry vyhovoval, a nebýt dítěte, necítily by potřebu na něm něco měnit.

III. HLAVNÍ CÍLE PROGRAMU PRO MATKY

Během pobytu matky v komunitě se snažíme realizovat dva hlavní cíle: podpora mateřství a léčba drogové závislosti.

1. podpora mateřství

Umožnit matce strávit co nejvíce času s dítětem, naučit se postarat se o jeho potřeby, orientovat se v tom, co její dítě prožívá. U některých klientek to také znamená změnit nefunkční vzorec jednání s dítětem, který si nese ze své původní rodiny.

2. léčba drogové závislosti

Získat maximum z léčebného potenciálu komunity tak, aby v budoucnu zvládla život s dítětem a bez drog. Jde tedy o klasické cíle komunit, které se zabývají léčbou drogové závislosti. Pro klientku je ale tento proces ztížen péčí o dítě, kdy má jen omezený čas sama pro sebe.

IV. CO TO JE VTI – VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ

- Metoda vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemsku.
- Dnes je používána v mnoha zemích Evropy i v USA jako progresivní metoda intervence při poruchách interakce mezi aktéry komunikace (zejména poruchách kontaktu rodič – dítě, učitel – žák, pomáhající – klient) nebo jako metoda na podporu úspěšné komunikace v různých kontextech pomáhání i profesionálního rozvoje pomáhajících.
- Jejím tvůrcem je holandský psycholog a terapeut Harpie Biemans.

V České republice ji do existujících poradenských struktur zavádí již od roku 1995 občanské sdružení SPIN.

- Metoda **videotrénink interakcí (VTI)** je původně krátkodobou intenzivní formou pomoci v domácím prostředí rodiny.

- Je určena rodinám, které mají obtíže při výchově a vedení svých dětí nebo při každodenním kontaktu s nimi.
- VTI vychází z předpokladu, že kontakt s ostatními lidmi je pro vývoj dítěte životně důležitý.
- VTI je založen na principech dobré komunikace a na podrobné analýze interakčních prvků a vzorců v rodině. Tato analýza interakcí nabízí nový pohled na problémovou situaci v rodině a na možnosti změny. Vybrané pozitivní momenty komunikace jsou pak zpětně přehrávány rodičům a rodiče jsou „trénováni“ v jejich širším využívání.
- Metoda vychází také z předpokladu, že spolu rodiče a děti chtějí dobře komunikovat. Dokonce i tehdy, pokud je vztah vážně narušen, zůstává tato touha netknuta.

Významná je u VTI orientace na pozitivní prvky v komunikaci mezi rodičem a dítětem. Tyto pozitivní prvky se snaží nalézt a podpořit jejich rozvíjení a používání v situacích, které jsou pro rodiče problémové.

V. ZPŮSOB PRÁCE „VIDEOTRENÉRA“

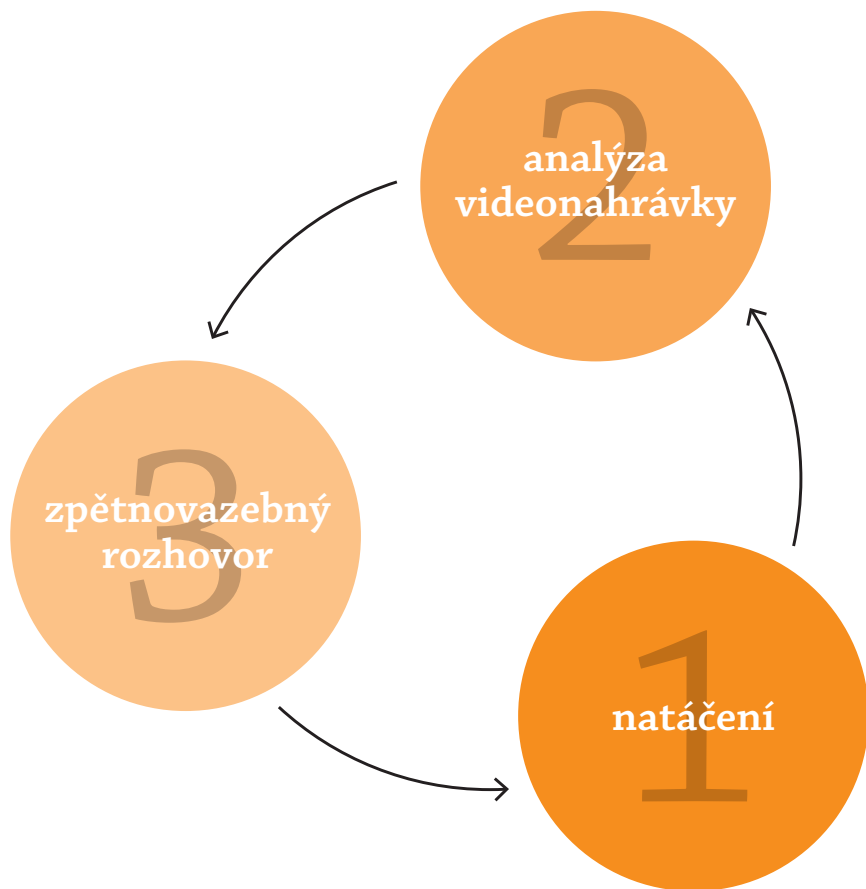
Prvním krokem je samozřejmě dohoda s klientem, zda potřebuje nebo chce využít tuto formu pomoci. Po té následují kroky: dohoda na zakázce, natáčení, analýza videonahrávky, zpětnovazebný rozhovor. Tyto čtyři kroky se pravidelně opakují až do závěrečné domluvy o ukončení vzájemné spolupráce.

Dohoda o zakázce probíhá vždy na začátku spolupráce a často bývá aktualizována. Zakázka by vždy měla být co nejkonkrétnější a měřitelná. Měla by být také časově uskutečnitelná.

Natáčení je 10–15 minutový záznam interakce dítěte a matky. Cílem natáčení není „nachytat“ matku při tom, co dělá špatně. Snahou videotrenéra je nalézt pozitivní prvky v komunikaci. Pokud se matka chová za přítomnosti kamery jinak, lépe, je to pro společnou práci přínosem.

Analýza videonahrávky je prací videotrenéra samotného. Vybrané ukázky by měly pomáhat matce rozvíjet své možnosti, objevit či zdůraznit její silné stránky a zdroje, neupozorňovat na selhání.

Zpětnovazebný rozhovor je prostor, kde videotrenér a matka společně diskutují vybrané momenty na videozáznamu s cílem posílení užitečných vzorců komunikace, hledání nových významů úspěšných interakčních momentů a často i s cílem najít možnosti pro změnu, pokud je to nezbytné a žádoucí. Vybrané úseky nahrávky si společně prohlížejí.



VI. S ČÍM PŘICHÁZejí KLIENTKY TK KARLOV

Klientky naší komunity mají často málo pozitivních zkušeností s rodičovstvím. Jednak s vlastním rodičovstvím, ale i s rodičovstvím ze své primární rodiny.

Mívají narušený vztah k dětem, protože:

- po určitou dobu s dítětem nebyly
- jsou zahlcené výčitkami za své chování v době užívání návykových látek, dítě jim připomíná, že nedokázaly, např. ani kvůli němu, přestat brát drogy apod.
- mají narušenou tzv. přirozenou rezpozivitu

Často nemají k dítěti rozvinutý citový vztah. Mají zatím pocit, že dítě mají rády, chtějí o něj pečovat, ale chybí jim pozitivní zážitky s dítětem, které by je ve vzájemném vztahu podpořily.

VII. CÍL VIDEOTRÉNINKU V TK KARLOV

- Ujistit a podpořit matky v tom, jak komunikovat a jednat s dítětem.
- Pomoci jim získat z péče o dítě pozitivní zážitek – aby zažily, že péče o dítě není jen povinnost, ale i něco pěkného a příjemného.
- Pomoci jim najít účinné postupy a těmi nahradit problematickou komunikaci a jednání s dítětem – tedy zaměřit se na to pozitivní a pochvalu, nikoliv na negativa a kritiku (tím ovšem není kritika úplně vyloučena).

TYPICKÉ ZAKÁZKY KLIENTEK TKK:

- Chci být trpělivější k dítěti při usínání a krmení, aby to nekončilo pláčem.
- Jak si můžu se svým dítětem hrát?
- Chci umět mluvit na své dítě tak, aby vědělo, že má poslechnout a není to legrace.
- Chci vědět, jestli je to pro moji malou hezké, když jsem s ní.
- Jak s ním mám mluvit, aby mě poslechl?

VIII. PŘÍKLAD PRAXE

ÚVODNÍ INFORMACE

Anežka, téměř 3 roky, v sebeobsluze umí dovednosti přiměřené svému věku. Romana toho po ní moc nechce, je pro ni těžké dát dítěti hranici, Anežku omlouvá. Anežka nechce příliš jíst, Romana řeší potíže s jídlem. Anežka jezdí ke svému otci, s čímž se Romana těžko vyrovnává, Anežka jí pak říká, že ho má raději apod. Romana nerespektuje, že Anežka je dítě, jedná s ní často jako s partnerem a zároveň je ve svých požadavcích nedůsledná.

ZAKÁZKA KLIENTKY

Jak to dělat jinak s Anežkou, aby poslouchala?

NATÁČENÍ

Jak se oblékají a chystají na procházku.

ROZBOR NAHRÁVKY

ZPĚTNOVAZEBNÝ ROZHOVOR

Rekapitulace toho, co klientka potřebuje: Jak zařídit, aby malá poslouchala, abychom ale měly hezký vztah a mohly se i mazlit?

Sledujeme ukázkou v délce 1 minuty:

Matka má dobrá východiska pro komunikaci, kdy se jí daří oční kontakt, snížení se na úroveň dítěte, dívání se na dceru, příjemný výraz v obličeji, jasně daný pokyn, který Anežka poslechla. Pomáhám Romaně najít, čím to v této situaci zařídila, že ji dcera poslechla. Na žádost Romany se věnujeme části nahrávky, kdy se již dařilo méně a kdy Anežka přes opakované výzvy neposlechla. Romana vymýšlí, co vše mohla udělat v dané situaci jinak, co by mohla použít z první ukázky, kde se jí dařilo.

Romana si dává po domluvě úkoly do příštího natáčení:

Když bude po Anežce něco chtít, bude používat: snížení se na úroveň dítěte, dívání se na ni, být u ní blízko.

Další úkoly, které si klientka po následujících setkávání stanovila:

- Využít při dávání pokynů Anežce oslovení jménem a doteku.
- Dát maximálně 4 pokyny – první 2 milé, 3. přísný, 4. už velmi rozhodný, nebude tedy dceru přemlouvat.
- Říkat věci, o kterých je rozhodnutá, oznamovacím způsobem, ne se na to Anežky ptát.

IX. PŘÍNOS VTI PRO MAMINKY V TKK

- Téměř u všech je důležité zjištění, že něco dělají dobře, že jsou věci, které umí. Důležité je, že na to přicházejí samy pomocí videa, a podporuje to tak jejich sebedůvěru v péči o dítě.
- Praktické rady, např. ověření si významu očního kontaktu, oslovení, opakování apod. Přestože jsou to často informace, které slyšely už před tím od vychovatelek, VTI je pro ně mnohem silnějším impulsem pro jejich využití.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ:

- Je v komunitě místo a čas pro individuální formu práce s klientkami pomocí VTI?
- Komu VTI nabídnout – všem, nebo jen vybraným klientkám?
- Jakým způsobem začleňovat informace z VTI zpět do dění v komunitě?
- Je možné využít VTI i jinde než jen ve vztahu matka a dítě?

Pro zpracování příspěvku části IV. a V. byly využity výukové materiály o. s. Spin ze základního výcviku VTI a informace na www.spin-vti.cz

Mgr. Jana Putnová

Pracuje v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM a specializuje se na práci se závislými matkami.
e-mail: karlov@sananim.cz

Miluše Sadílková (ed.)
20 let terapeutické komunity pro závislé v ČR

V roce 2012 vydal SANANIM, o. s., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13
Grafický design a sazba Jan Tippman, www.tippman.cz
Tisk BCS, s. r. o., Chrást č. 59, 289 14 Poříčany

ISBN 978-80-904536-3-0

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-3-0

