

Od léta 1978, kdy se stal metadon široce dostupný v tzv. nízkoprahových centrech, bylo obtížnější získávat klienty do vstupního programu (ambulantního zařízení motivujícího klienty k zastavení užívání drog alespoň na jeden den s cílem přijít druhý den čistý). Pro mnoho klientů přestal být tento požadavek možným východiskem, i když někteří byli úspěšně detoxifikováni v ambulantním metadonovém detoxifikačním programu vedeném stejným psychiatrem jako abstinenční programy. Detoxifikovat klienty užívající metadon bylo daleko obtížnější než klienty na heroinu nebo amfetaminech. S cílem zvýšit šance klientů na úspěšnou detoxifikaci vznikl plán na založení lůžkového zařízení po vzoru centra Heemraadssingel z Rotterdamu propojeného s komunitou Essenlaan. 14. května 1980 bylo otevřeno oddělení „De Weg“ o 12 lůžkách jako součást abstinenčního programu. Toto zařízení se nyní stalo Vstupním programem klientů Emiliehoeve, s výjimkou těch, kteří přišli z jiného detoxifikačního centra, nebo z vězení. S otevřením De Weg započala nová fáze (Wagenaar, 1981).

## **VII. Fáze otevřeného programu (květen 1980 – únor 1982)**

V tomto období se komunita Emiliehoeve velmi angažovala v preventivních programech propagujících hodnoty bezdrogového životního stylu. Personál a klienti se podíleli na výcvikových programech pro vězňice a policii, pro sociální pracovníky, studenty medicíny a další pracovníky v programech pro drogově závislé.

V terapeutické komunitě nefungovalo uspokojivě spojení ředitele zodpovědného za léčebný program a spoluředitele zodpovědného za personál a management. Na jaře r. 1980 se spoluředitel stal ředitelem programu následné péče Maretak a ředitel Emiliehoeve ji opustil. Programový ředitel tak převzal dočasně obě pozice v TK.

V této fázi bylo přijímáno více klientů z národnostních menšin, zejména surinamského původu. Když dosáhli pětičlenné skupiny, na kterou dohlížel surinamský klient následného programu, vymizela jejich tendence k časnému vypadnutí z léčby. Od té doby byla v Emiliehoeve vždy skupina klientů z národnostní menšiny.

Léčebný program se v tomto období stabilizoval. Před přestupem do další fáze byl pokrok klientů hodnocen týmem i spoluklienty. Bylo vytvořeno schéma popisující podmínky potřebné k požádání o přestup do vyšší fáze. Po první dvoutýdenní fázi, v které byli klienti nazýváni „mladíci“, následovaly 4 další fáze o délce 3–4 měsíce. Tři až čtyřikrát ročně se dělaly před spoluklienty osmihodinové zkoušky – skupina první fáze („žabáci“) zaměřená na minulost, skupina druhé fáze („klokani“) na tady a teď, skupina třetí fáze („fanatici“) zamě-

řena na sebepoznání a skupina čtvrté fáze („diamanty“) na budoucnost. Klienti čtvrté fáze měli povinnou docházku do nějakého klubu mimo terapeutickou komunitu za účelem kontaktu s vrstevníky, kteří neužívali drogy.

Před vstupem do programu následné péče se stávali klienti na 14 dní jeho kandidáty. Byli nazýváni „pionýry“. V terapeutické komunitě bydleli odděleně a psali zhodnocení svých dosavadních zkušeností z komunity. Měli společné skupiny s klienty první fáze následné péče.

V programu následné péče strávili klienti asi 2 týdny v domě, poté okolo 3 měsíců v první fázi pracovali pod vedením personálu, pak následovala fáze, v které pracovali jako dobrovolníci mimo zařízení. A v poslední fázi pracovali na plný úvazek mimo zařízení a přestěhovali se do vlastního bydlení. Klientům následného programu, kteří neměli před přijetím problému s alkoholem, bylo umožněno užívat alkohol po dobu 4 týdnů v druhé fázi. V tomto období mohli experimentovat s pitím alkoholu mimo dům a na závěr před spoluklienty zhodnotili své schopnosti nakládat s alkoholem.

Ačkoli byly umožněny sexuální vztahy mezi klienty v intencích zmíněných výše, tyto vztahy nebyly podporovány a nebyl s nimi vydán souhlas pokud klient nebyl v programu alespoň 6 měsíců. V průběhu této VII. fáze byl otevřen druhý program následné péče, aby bylo možno zvýšit stav klientů na 20 ve dvou domech. V přízemí druhého z nich bylo otevřeno informační centrum poskytující informace o léčebných a preventivních programech.

V září 1981 se stal ředitel detoxifikační jednotky De Weg novým ředitelem Emiliehoeve (příčemž byl jejím bývalým absolventem). Zakladatel programu a její programový ředitel na 10. výročí zahájení programu oznámil svůj odchod a přešel do vedení společností pro léčbu závislých na alkoholu a drogách - Jellinek Centrum v Amsterdamu.

## **VIII. Fáze dospělého programu (únor 1982 - současnost)**

S odchodem programového ředitele byl opuštěn i jeho způsob vedení organizace. Jeden psychiatr měl na starosti lékařskou problematiku léčebných programů v detoxifikačním centru De Weg, v terapeutické komunitě Emiliehoeve a v programu následné péče Maretak. Další psychiatr se stal odpovědný za léčebný program denního stacionáře Het Witte Huis. Vzhledem k tomu, že byl Het Witte Huis součástí jiného léčebného zařízení, ztratil jeho program své úzké napojení na Emiliehoeve.

Emiliehoeve a De Weg se více včlenily do Bloemendaalské nemocnice a zlepšil se jejich management. V programu Emiliehoeve byla zdůrazněna vlastní odpovědnost klientů za změnu. Období, po které museli klienti nosit

stejnokroje, bylo nejprve zkráceno na 2 týdny a posléze od něj bylo úplně upuštěno. Od r. 1983 bylo užíváno pouze někdy jako speciální lekce. Od r. 1988 bylo upuštěno od nošení velkých značek a přešlo se na malé knoflíky nebo placky. Bonding terapie a skupinové zátěžové programy se staly integrální součástí programu. Od r. 1989 se konaly skupiny vedené v duchu bonding terapie každý týden.

Na vývoji programu během této fáze bylo více než dříve vidět, že se musí klienti sami rozhodnout, zda chtějí setrvat v programu. Například byl zrušen pozůstatek z období uzavřené komunity – pravidlo, že noví klienti nesmí být ponecháni o samotě. Přechod z detoxifikačního centra De Weg do terapeutické komunity se skládal z více stupňů. Klienti De Weg navštěvovali komunitu o víkendech. Ve všední dny se mohli setkat při vzájemných sportovních utkáních. Klienti Emiliehoeve pořádali na detoxifikační jednotce semináře. Klienti jsou do komunity obvykle přijímáni po dvojicích a nemusí se emočně nasazovat formou hlasitého křiku o pomoc před celou skupinou. Namísto toho se užívá pohovoru s několika členy týmu a klienty. Emoční nasazení bylo odloženo do přestupu do další fáze. Za nové klienty je zodpovědný jeden z členů týmu a může s nimi hovořit individuálně pokud to uzná on nebo klient za potřebné. Noví klienti nemusí měnit svůj zjev při přijetí. Namísto toho je jejich zjev konfrontován spoluklienty během postupné změny.

Čtyři fáze pobytu klienta v Emiliehoeve předchází dvoutýdenní období kandidáta členství. Po těchto úvodních dvou týdnech jsou klienti v první fázi asi dva měsíce. V této fázi se věnují své minulosti, vypráví svůj životní příběh, udělají si přehled svých dluhů a podobně. Učí se pohybovat v programu a jeho řádu, pracují na různých pracovištích. Po dvou týdnech klient získá malé kapesné. Osobní věci, jako např. make up nebo klenoty uschované u personálu, mu jsou po měsíci vráceny. Po dvou měsících smí klient požádat o další výhody jako např. vyřizování pošty, telefonování či přijímání návštěv. Na konci této a každé další fáze klient píše její zhodnocení spolu se žádostí o přestup do další fáze. Poté následuje pohovor s členem týmu.

Druhá fáze trvá zhruba 3 měsíce. Věnuje se více pozornosti dění ve skupině. Na počátku této fáze lze požádat o další výhody jako opuštění komunity na jeden den o víkendu v doprovodu klienta vyšší fáze. Koná se setkání člena týmu s rodiči nebo jinými příbuznými.

V třetí fázi o délce zhruba tři měsíců se zaměřuje pozornost zejména na člověka samého na jeho schopnost sdílení intimity a navazování vztahů. Od r. 1988 byly znovu zavedeny skupiny bonding terapie, které před tím na pár let téměř vymizely. A o rok později byly pevně včleněny do týdenního programu. V komunitě klient plní úkoly s větší mírou odpovědnosti, jako je vedoucí oddělení, dozorčí, nebo šéf domu. V této fázi také klient může strávit jeden víkend mimo komunitu v doprovodu klienta vyšší fáze.

Ve čtvrté fázi o délce tří měsíců si klient připravuje kroky pro budoucnost. Může pracovat jako dobrovolník mimo komunitu, nebo provádět určité úkoly ve vstupním či preventivním programu. Víkendy tráví mimo komunitu sám. Provede zhodnocení celé doby strávené v komunitě a absolvuje pohovory s ředitelem Emiliehoeve, ředitelem programu následné péče a s dalšími kandidáty tohoto programu (Kooyman, 1992).

Rodiče se účastní skupinového programu pro rodiče již od prvního měsíce pobytu jejich dětí v komunitě, stejně tak rodiče klientů detoxifikační jednotky. V Emiliehoeve i v Het Witte Huis jsou vybírány případy pro rodinnou terapii. Existují zvláštní skupiny pro sourozence klientů, pro klienty a jejich (bezdrogové) partnery, pro klienty s dětmi. Týdně dochází do komunity učitel, aby klienty připravoval na školní docházku, nebo je vzdělával v základních věcech. Čas od času běží divadelní kroužek vedený dobrovolníky.

Přechod do programu následné péče je více než dříve postupný proces. Klienti čtvrté fáze navštěvují jednou týdně zvláštní tématickou skupinu, vedenou týmem následné péče, zaměřenou např. na plánování volného času, vzdělávání, vztahy, rodičovství, sexualitu. V posledním měsíci v komunitě stráví v programu následné péče za účelem seznámení jedno odpoledne. Musí si zařídit vše nezbytné pro svou novou situaci. Musí začít navštěvovat klub mimo program a pozvat rodiče na setkání s týmem programu následné péče. V první fázi programu se účastní jednou týdně encounterové skupiny a také skupiny pro rodiče. Po pěti měsících může pít ve zkušebním období alkohol. Po osmi měsících program následné péče opouští. Alespoň jednou za 14 dní dochází do encounterové skupiny. Najde si zaměstnání nebo začne chodit do školy. Tato druhá fáze programu následné péče trvá 3 měsíce a po ní je měsíční příprava na ukončení.

Vážným zásahem do programu bylo v r. 1984 rozhodnutí města Haagu přestat financovat nadaci Maretak. Dohoda byla taková, že program následné péče převezme nemocnice Bloemendaal. Informační a preventivní centrum se přestěhovalo do jednoho z pater domu Maretak a klienti programu následné péče byli dočasně ubytováni v bývalé ubytovně pro zdravotní sestry na druhém patře oddělení geriatrické psychiatrie. Nadace Maretak byla zrušena. Až v r. 1989 byla založena zvláštní nadace „Steigers“ s cílem získat peníze na nový dům následné péče ve městě, v kterém by si klienti mohli pronajímat byty a personál by mohl poskytovat léčebný program. O jeden a půl roku později se klienti mohli přestěhovat do lepšího domu na pozemku nemocnice Bloemendaal, který byl na její hlavní třídě. A o rok později v září 1990 byl z prostředků nadace Steigers otevřen nový dům programu následné péče v Haagu.

Délka programu byla ohraničena na dva roky, jeden rok v terapeutické komunitě a jeden v následné péči. Počet klientů z národnostních menšin vzrostl v posledních 10 letech na jednu třetinu celkového počtu. Počet klientů v terapeu-

tické komunitě se ustálil na zhruba 40 klientech a počet klientů následné péče na 15 klientech.

Novým problémem je, jak nakládat se séropozitivními klienty. Klienti s diagnózou AIDS přijímání nejsou, protože program není schopen naložit s faktem, že se klienti nemohou účastnit všech činností. A kromě toho je otázkou, jak by se klienti s AIDS začlenili do léčebného prostředí zaměřeného na budoucí život, který nemohou očekávat.

Abstinenční programy Emiliehoeve, De Weg, program následné péče a preventivní centrum byly zřízeny jako samostatná oddělení nemocnice Bloemendaal. Ředitel Emiliehoeve, který po absolutoriu pokračoval v profesním výcviku, se stal vedoucím odpovědným za management a personál; psychiatr byl odpovědný za léčebný program. Řediteli terapeutické komunity a následné péče jsou absolventi s profesním výcvikem a vedoucí detoxifikační jednotky je psychiatrická sestra. Informační a preventivní oddělení je součástí centra následné péče.

Emiliehoeve se úzce propojila s Erasmus University v Rotterdamu. Její databáze více než tisíce klientů je velmi cenná pro další výzkum.

## Souhrn

Vývoj programu Emiliehoeve poskytl v jeho jednotlivých fázích odlišné výstupy. Stabilizace programu v jeho „dospělé“ fázi trvala deset let. Personál dělal v různých fázích chyby jako např. delegování pravomocí klientům, kteří je nebyli schopni zastat, nebo užívání technik a nástrojů převzatých z amerických komunit bez ohledu na to, z jak odlišné kultury vycházejí. Naštěstí se personál z těchto chyb poučil a mohl si zvolit alternativní řešení. Během deseti let přišel nový personál a zase odešel. Psychiatr, který komunitu založil, byl za její léčebný program odpovědný po celou tuto dobu.

V první fázi personál nedával najevo přímou emoční odpověď a nestanovoval jasné hranice. V druhé fázi zde byly přímé emoční reakce bez pevné struktury. V třetí a čtvrté fázi vzrůstal důraz na řád a disciplínu. V páté fázi byla pozornost personálu zaměřena na změnu chování klientů, přičemž personál se více oddálil. Struktura komunity byla extrémně rigidní. Klienti měli tendenci jednat bez ohledu na možné následky negativního chování. V šesté fázi byla struktura méně rigidní a bylo možné se k personálu více přiblížit. V této fázi vzrůstal mezi klienty a personálem emoční kontakt stejně jako oboustranný zájem. Vytvořila se rovnováha mezi důvěrností a stanovováním hranic negativnímu chování. V následujících fázích byla tato důležitá rovnováha udržena.

## Emiliehoeve a společnost

Emiliehoeve začala jako alternativa k hospitalizaci na psychiatrii a k meta-donovým programům, které selhaly v zastavení užívání drog u závislých. Při svém vzniku byla ovlivněna demokratickým hnutím ze šedesátých let. Principy demokratické terapeutické komunity formulované Maxwellem Jonesem zapadly do konceptu sdílení a společného rozhodování. Zavedení hierarchické struktury klientů a personálu šlo proti zavedeným postupům sociálních pracovníků a dalších profesionálů v pomáhajících profesích. Jejich prvotní souhlas se vznikem nového léčebného centra odlišného od stávajícího lékařského modelu vystřídala ostrá kritika za kruté metody užívané v terapeutické komunitě. Částečně byla tato kritika oprávněná. Emiliehoeve se stala v polovině sedmdesátých let 20. století společností sama pro sebe díky přijímání metod z amerických programů, jako je stříhání dohola, aniž by se zvažilo, jaký vliv to bude mít na pověst programu.

Objevil se ještě jeden zvláštní fenomén. Když bylo v prvních letech úsilí o léčbu klientů dosahováno slabých výsledků, pracovníci odlišných léčebných programů vyjadřovali svou podporu. V okamžiku, kdy se začalo dosahovat dobrých výsledků, sympatie vystřídal skepticismus.

V psychiatrické léčebně byla TK Emiliehoeve cizím prvkem. Personál nemocnice Bloemendaal se díval na klienty s obavami. Když v prvních měsících procházeli klienti cestou mezi domy personálu, volali rodiče děti domů ze strachu před závislými. Tento postoj se změnil až po dětském dni, který TK zorganizovala. Byly pozvány všechny děti ze sousedství i se svými rodiči. Úspěch slavilo loutkové divadlo i pohoštění zmrzlinou. Rodiče se přesvědčili, že klienti neužívají drogy a nejsou nebezpeční. V pozdějších letech management nemocnice nejprve nechtěl, aby exuseři pracující v Emiliehoeve chodili na oběd do personální jídelny, nakonec však byli schopni přijímat bývalé pacienty do zaměstnání. Nemocniční oddělení pro mladistvé přijalo část struktury i metod z komunity, klientům byla dána větší odpovědnost za jejich program.

Od r. 1975 platilo, že se absolventi komunity mohli stát členy týmu. Tehdy bylo nové, aby jejich vlastní zkušenost byla uznána za dostatečnou kvalifikaci k této práci. Výhodou přijetí Emiliehoeve za součást nemocnice bylo, že program mohl být financován podobně jako ostatní psychiatrická oddělení.

Nevýhodnou byla státní politika snižující počet psychiatrických lůžek včetně těch pro drogově závislé, čímž byl limitován počet míst v Emiliehoeve na max. 45 (Kooyman, 1986d). Tím byl dán limit rozvoje programu, a to byl také jeden z důvodů pro vznik denního centra Het Witte Huis, který byl zpočátku téměř kopií Emiliehoeve se strukturou terapeutické komunity ve všední dny od 9 do 17 hodin.

TK Emiliehoeve zásadně ovlivnila ostatní holandské léčebné programy pro závislé. Podle ní byly modelovány téměř všechny terapeutické komunity pro závislé na drogách či alkoholu, a některé z nich mají naprosto identický program. V r. 1975 utvořily komunity „Federation of Drug-free Programs“, která pracovala asi 5 let s cílem spolupracovat při výcviku personálu a jeho výměnách, při pořádání workshopů nebo zlepšování kontaktů se státní správou. Počáteční záměr federace mít podobnou programovou strukturu, aby se usnadnila výměna klientů či personálu, byl použitelný pouze dočasně. V pozdějších letech se komunity přirozeně diferencovaly, což je výhoda s ohledem na různé potřeby klientů.

Program Emiliehoeve se stal modelem i pro komunity z jiných zemí. Byl zde cvičen personál komunit z Belgie, Anglie, Německa, Rakouska, Švýcarska, Norska, Švédska, Indonésie, Itálie a Řecka. Personál Emiliehoeve se aktivně podílel na pořádání mezinárodních setkání, v r. 1980 se v Noordwijkerhout uskutečnila V. světová konference terapeutických komunit. Během této konference byla založena Světová federace terapeutických komunit.

Program Emiliehoeve ovlivnil nejen léčebné programy. Změnil pohled na drogově závislé v Holandsku - jako na člověka odpovědného za svou volbu, na místo dřívějšího pohledu - jako na bezmocnou oběť. Emiliehoeve se účastnila zakládání programů připravujících drogově závislé na abstinenci léčbu, jako je detoxifikace, nebo vězeňské programy.

Velký vliv mělo zahrnutí rodičů, partnerů nebo dalších blízkých do léčby. Emiliehoeve otevřela první skupinu pro blízké klientů v Holandsku a podobné programy se brzo staly součástí filosofie mnoha dalších léčebných programů.

Personál, klienti a jejich příbuzní byli mnohokrát aktivní při změnách místní nebo vládní protidrogové politiky. Několik set absolventů z celé země pochodovalo v r. 1977 do parlamentu, aby protestovalo proti plánům na podávání heroinu závislým. Podobný protest byl proti distribuci metadonu závislým v autobusech. Plán předepisovat heroin se nikdy neuskutečnil, distribuce metadonu v autobusech závislým, bez úmyslu je odvrátit od užívání drog, se realizoval v holandských velkoměstech (Kooyman, 1984a). Hlavní cíl těchto programů - snížit kriminalitu - se ovšem nezdařil (Grapendaal, c.s., 1991). Vedlejším efektem těchto programů bylo odložení úmyslu závislých hledat léčbu na pozdější dobu, což se odrazilo ve vyšším věku klientů žádajících o léčbu - a to od okamžiku, kdy byly tyto nízkoprahové programy otevřeny (Kooyman, 1985c).

Výše uvedené může vyvolat dojem, že metadonové programy a abstinenci orientovaná léčba nemohou spolupracovat. Podle našich zkušeností je vzájemná spolupráce velice plodná. Ředitel Emiliehoeve byl současně odpovědný za programy metadonové substituce v Haagu, Rotterdamu i Leidenu. Tyto programy měly za cíl přimět klienty k zastavení užívání ilegálních drog. Pro

mnoho závislých, např. s vážným duševním nebo tělesným onemocněním, je metadonová substituce dobrou alternativou, jelikož nemohou být léčeni ve stresujícím prostředí terapeutické komunity. Pro mnoho klientů byl metadonový program prvním kontaktem s nějakou léčbou vůbec. Spolupráce abstinčního programu s programem, který se vzdal cíle zastavit užívání drog, je ovšem téměř nemožná.

Emiliehoeve také pořádala řadu setkání se zástupci města Haagu a jejich návštěvy v komunitě byly významným propojením se společností, zabraňujícím izolaci.

### **Další vývoj**

Na drogové scéně devadesátých let 20. století se stále oblíbenější stává kokain a užívá jej pravidelně i více než polovina uživatelů heroinu. Výsledky Emiliehoeve ukazují minimálně stejnou efektivitu léčby u uživatelů amfetaminů jako u závislých na heroinu nebo metadonu.

Rostoucím problémem se stává u mladistvých gambling. V případě, že selže ambulantní péče jako rodinná terapie a skupinové programy, lze uvažovat o přijetí těchto klientů do komunity. Zda by měli tito klienti mít samostatný program, nebo začleněný do stávajícího, je otázkou pro blízkou budoucnost.

Vývoj krátkodobých programů na principech TK o délce 4 až 5 měsíců pro uživatele více typů drog, kteří ještě nerozvinuli „fetácký“ životní styl, se zdá být nezbytným doplňkem stávajících léčebných programů v Haagu.

Jak se ukázalo na psychiatrickém oddělení pro dospívající v Bloemendaalu mohou být struktura a techniky terapeutické komunity s výhodou užity i pro další skupiny pacientů, jako jsou neurotici nebo mladiství delikventi. Použitelnost pro terapeutické komunity pro alkoholiky se plně prokázala v TK Hoog Hullen, zabývající se léčbou klientů s těžkou závislostí na alkoholu.



## Ediční poznámka

*Původní text disertační práce Martiena Kooymana obsahuje kromě teoretického rámce i praktickou výzkumnou část.*


*Výzkum je zaměřen na vlastní léčebné výsledky komunity Emielhoeve. Zahrnuje studii prvních 250 klientů komunity a porovnává je se vzorkem klientů komunity Essenlaan a klientů ambulantního programu. Klienti byli sledováni 1 rok po opuštění programu, nebo 1 rok po prvním interview u klientů ambulantních. Kritéria „úspěchu“ jsou přitom velmi přísná – např. žádný relaps na tvrdých drogách, neužívání alkoholu, užívání kanabinoidů, sedativ či hypnotik méně než jednou týdně, žádná kriminalita související s drogami, nebo žádná léčba pro drogový problém. S těmito kritérii dosahují klienti komunity Emielhoeve 32% úspěšnosti v porovnání s 21,3% u klientů komunity Essenlaan a 4,5% u ambulantních klientů. Kromě čistě katamnestického porovnání výzkum ověřuje následující hypotézy. 1) Čím delší pobyt v komunitě, tím lepší léčebné výsledky. 2) Zahrnutí rodičů do léčby pomáhá udržet klienty v léčbě a zlepšuje tak jejich léčebné výsledky. 3) Nižší primární vzdělání vede k vyšší tendenci k opuštění programu. Tyto hypotézy byly výzkumem jasně potvrzeny. 4) Fáze programu, které mají jasnou strukturu, dosahují lepších výsledků. 5) Fáze programu, které nabízejí možnost naučit se zacházet se strachem z intimity, dosahují lepších výsledků. 6) Fáze programu, které nabízejí oboje – jak jasnou strukturu, tak učení se zacházení se strachem z intimity, mají nejlepší výsledky. Tyto hypotézy našly ve výsledcích oporu, ovšem mohly zde hrát roli i jiné faktory. Přihlédneme-li např. k času stráveném v programu, jako nejlepšímu prediktoru úspěšnosti, pak z klientů s pobytem kratším než 30 dní nebyl úspěšný ani jeden, a naopak z klientů absolvujících celý program bylo úspěšných 85%. Celkový response rate byl přitom 70% – 76% (ambulantní – komunitní klienti).*

*Překlad a vydání kompletní práce včetně praktického výzkumu přesahuje možnosti této publikace. Stejně tak text teoretické části byl krácen s ohledem na rozsah, dostupnost jiné literatury o problematice a na obsahovou náplň ostatních částí této publikace. Naopak některým tématům se věnujeme v další části knihy podrobněji. Úplně tak byla např. vypuštěna kapitola o vývoji terapeutických komunit, nebo významně zkrácena kapitola popisující obecně známé teorie závislosti. Mírně jsou zkráceny kapitoly týkající se rodiny a výzkumných studií. Přes tyto úpravy textu je pro zájemce o hlubší vhled do problematiky k dispozici v citacích úplný přehled literatury, z které M. Kooyman ve své práci čerpal.*



George De Leon

**Terapeutické  
komunity  
pro drogové  
závislosti:  
vývoj v Severní  
Americe**



131



➤ V současnosti existují dvě hlavní varianty terapeutické komunity. První, užívaná v sociální psychiatrii, je založena na pokrokových odděleních určených k psychologické léčbě a zacházení se sociálně deviantními psychiatrickými pacienty v (a mimo) prostředí léčebny duševně nemocných (Jones, 1953; Rapaport, 1960). Termínu „terapeutická komunita“ bylo poprvé použito při popisu těchto psychiatrických terapeutických komunit. Druhý typ, terapeutická komunita pro závislosti, nazývaná také konceptuální (*concept*) či bezdrogovou terapeutickou komunitou, se objevil v Americe v šedesátých letech 20. století a používá se po celém světě. Není jasné, zda a jak britské psychiatrické komunity ovlivnily severoamerické terapeutické komunity pro závislé. Rozdíly a podobnosti mezi těmito dvěma druhy byly popsány jinde v literatuře (Broekaert, 1998; De Leon, 2000; Jones, 1968; Sugarman, 1968). Přes jisté zkresení mají oba typy hlavní komunitní prvky jako základní léčebnou složku (Kennard, 1983).

Terapeutická komunita pro závislosti je v podstatě svépomocný přístup, který se rozvinul mimo hlavní proud psychiatrie, psychologie a medicíny. Stručnou historií terapeutické komunity pro závislosti se zabývá Broekaert (2000) a De Leon (2000). Dnes ovšem je terapeutická komunita pro závislosti sofistikovaným typem služeb, rozšířeným po celém světě. Tento text je zaměřen na současný stav terapeutické komunity pro závislosti v Severní Americe s důrazem na rozmanitost jejího využití a na pokroky v teorii a výzkumu.

## **Pojem „terapeutická komunita“ a jeho chybné užívání**

K tomu, abychom měli správný obraz o terapeutické komunitě pro závislosti, je třeba nejprve vyjasnit terminologii, pojmy a jejich vnímání. Ne

všechny rezidenční drogové programy jsou terapeutickými komunitami, ne všechny terapeutické komunity jsou rezidenční a ne všechny programy, které samy sebe nazývají terapeutickými komunitami, využívají stejných sociálních a psychologických modelů léčby. Ve skutečnosti je pojem terapeutická komunita široce používán k neurčitému vyjádření odlišnosti svého přístupu téměř v jakémkoli prostředí, včetně komunitních bydlení, nemocničních oddělení, vězení a přístřeší bezdomovců. Toto nálepkování zamlžilo vnímání terapeutické komunity jako protidrogového léčebného programu i to, jak dobře funguje, kde funguje nejlépe a pro které klienty je nejvhodnější.

Rezidenční léčba je obecný termín pro označení programů, které jsou naprosto odlišné, co se týká přístupu, modelu léčby a poskytovaných služeb. Zvláště důležité je všimnout si rozdílu mezi termínem „terapeutická komunita“ a často volně používaným označením „rezidenční protidrogová léčba“. Mají málo společného, kromě toho, že klienti žijí 24 hodin denně v zařízení, kde se léčí (De Leon, 1995a).

Rezidenční léčebné programy se liší v personálním obsazení, filosofii, plánovaném trvání léčby a klientech, kterým jsou služby poskytovány. Chybí v nich zejména léčebné modely nebo jsou nezřetelné či pouze vyjadřující celkové uspořádání lékařských, duševně zdravotních, svépomocných a sociálně psychologických prvků. Některé programy, které jsou v institucionalizovaných podmínkách, se také nazývají terapeutickými komunitami, ačkoli tradičnímu modelu programu terapeutické komunity se podobají jen vzdáleně. Pojem „komunita“ je vlastně zřídka definován, o to méně pak její podstatné terapeutické součásti. Tyto programy „terapeutických komunit“ jsou nicméně neoprávněně srovnávány s ostatními léčebnými modalitami či s tradičními dlouhodobými terapeutickými komunitami, což často plodí zavádějící závěry o efektivitě (či neefektivitě), ceně a obecné využitelnosti modelu terapeutické komunity.

Terapeutická komunita pro závislé je bezdrogová modalita využívající jedinečný sociálně psychologický přístup k léčbě drogové závislosti; jejím charakteristickým prostředím je společné komunitní bydlení. Programy terapeutické komunity byly ovšem začleněny i do různých dalších prostředí, jak rezidenčních tak nerezidenčních, např. do nemocnic, věznic, škol, domů na půl cesty, do denních stacionářů a do ambulantních programů. Terapeutické komunity nabízejí širokou škálu služeb zahrnujících služby sociální, psychologické, vzdělávací, lékařské, právní a sociálně právní. Tyto služby jsou ale koordinovány v souladu s tradičním přístupem rezidenční terapeutické komunity. Ten prokázal efektivitu a je prototypem pro současnou různorodost využití terapeutické komunity.

## Model rezidenční terapeutické komunity

Většina programů rezidenčních terapeutických komunit je primárně podporována z veřejných zdrojů, které musí být doplňovány z dodatečných soukromých a veřejných darů. Existuje tedy velký rozdíl v tom, jaké množství finančních a materiálních zdrojů mají organizace k dispozici. Pobytová kapacita programů terapeutických komunit se velmi liší, v rozpětí od 30 klientů v malých organizacích do 2000 ve velkých organizacích, které mají oddělené programy umístěné do mnoha pobytových zařízení. Obvykle takový „dům“ v komunitním uspořádání pojme 40–80 klientů (*residents*). \*

„Statická kapacita“ terapeutické komunity je maximální množství klientů, které může komunita v daném čase ubytovat. Terapeutická komunita může například být „čtyřicetilůžkovým zařízením“ nebo „obsahuje čtyřicet míst“. Klinické a manažerské zkušenosti ukázaly, že optimální je statická kapacita mezi 40–80 lůžky. Určité množství klientů (okolo 40) je potřebné k vytvoření stupňovité (*stratified*) vrstevnické struktury (např. „služebně“ mladší, střední a starší klienti) a k zaplnění všech pozic potřebných k hierarchickému rozdělení práce. To pak umožňuje vertikální pohyblivost, změny v pozicích a formování vzorových rolí (*role models*) – tedy prvky, které považujeme za nepostradatelné v modelu terapeutické komunity.

„Dynamická kapacita“ je skutečný počet příjmů za rok. Ta bývá obvykle čtyřikrát vyšší než kapacita statická. Vzhledem k obměně klientů při ukončení a absolvování programu, při předčasných odchodech, disciplinárních propuštění apod., může za jedno roční období program posloužit mnohem většímu množství než je těch „čtyřicet lůžek“.

Velikost, kapacita a financování terapeutických komunit není bez vztahu ke klinickým záležitostem programu. Plný popis těchto aspektů a toho, v jakém jsou vztahu k pojetí a k přístupu terapeutické komunity, je poskytnut jinde (De Leon, 2000).

---

\* V posledních letech některé větší organizace provozovaly rezidenční zařízení se statickou kapacitou 200–300 osob na komunitním podkladě a dokonce ještě s větší ve vězeňském prostředí. Vyhodnocení naznačují, že tato kapacita je uskutečnitelná, pokud je rozdělena do menších jednotek o 50–100 klientech (Corcoran prison in Kalifornie). Naopak modifikované programy TK v azylových domech a v prostředí péče o duševního zdraví jsou menší domy o 30–50 klientech (De Leon, 1997; Liberty et al. 1998). Postupně se záležitosti jako lůžková kapacita, poměr personál/klienti a počet hodin programu dostávají pod regulační tlaky (Kalifornie Department of Corrections, 1998).

## Základní prvky v modelu terapeutické komunity

Rozmanitost programů v rámci modality terapeutické komunity podtrhuje potřebu definovat nebo alespoň popsat základní prvky jejího pojetí a přístupu. Detailní výčet teorie, modelu a metody terapeutické komunity je poskytnut jinde (De Leon, 2000), stejně jako v jiných textech ve zhuštěné verzi (De Leon a Rosenthal, 1989).

Z pohledu terapeutické komunity je zneužívání látek onemocněním celého člověka. Uzdravení je svépomocný proces postupného učení směřujícího k trvalé změně v chování, postojích a k hodnotám správného života (*right living*), které jsou spojeny s udržením abstinence. Základní prvek v přístupu terapeutické komunity můžeme nazvat „komunita jako metoda“ (De Leon, 1995a, 1995b, 1997, 2000). To, co odlišuje terapeutickou komunitu od jiných léčebných přístupů (a jiných komunit), je záměrné využití společenství vrstevníků pro usnadnění sociální a psychologické změny u jednotlivců. Takže v TK jsou všechny aktivity navrhovány tak, aby působily terapeutickou a výchovnou změnu v jednotlivých účastnících, a jednotliví účastníci jsou prostředníky těchto terapeutických a výchovných změn.

Pojetí a přístup terapeutické komunity umožňuje definování obecného modelu programu TK z hlediska jejích základních součástí. Tabulky I. a II. jsou přejaty z posledních materiálů o teorii a modelu (De Leon 1995a, 1995b, 2000). Jsou v nich vyjmenovány některé ideové základy komunity jako metody a programové složky obecného modelu terapeutické komunity, který může být rozličně přizpůsoben v různém prostředí, jak rezidenčním, tak nerezidenčním.

**Tabulka I.:** Komunita jako metoda – základní prvky

### Role členů

Každodenní život v terapeutické komunitě poskytuje příležitosti k učení tím, že jednotlivci přijímají různé sociální role jako účastníci v komunitě. Úlohy členů jsou různé a zahrnují rozdílné pracovní funkce, jako je pracovník, manažer, člen personálu, vedoucí vrstevníků, student, lektor, poradce. Při vztahování se k ostatním vyžadují tyto role od členů změnu chování, postoje, hodnot a ovládnutí emocí a hodnot.

### Odezva členů (*feedback*)

Nejdůležitějším zdrojem pokynů a podpory v individuální změně je pozorování a nefalšované reakce členů. Poskytování takové nepřetržité odezvy je sdílenou zodpovědností všech účast-



níků. Pozitivní i negativní odezvu vyjadřují členové se zodpovědným zájmem (*responsible concern*).

**Členové jako vzory** Každý účastník usiluje o to, aby byl vzorem v procesu změny. Kromě toho, že členové poskytují odpovědně druhým odezvu o tom, co musí změnit, musí také poskytovat příklady toho, jak se mohou změnit.

**Vztahy** Vztahy jsou v terapeutické komunitě využívány k podpoře údravy a osobního růstu různým způsobem. Mohou usnadnit zapojení, zlepšit důvěru, povzbudit v emocionálním riskování a sebepoznání a učit interpersonálním dovednostem. Vztahy rozvinuté v léčbě se často stávají základem pro sociální síť potřebnou k podpoře uzdravení po léčbě.

**Kolektivní forma učení** Zkušenosti nezbytné k uzdravení a k osobnímu růstu se objevují prostřednictvím sociálních interakcí. Proto se vzdělávací, výcvikové a terapeutické aktivity odehrávají na skupinách, setkáních, seminářích, v pracovních funkcích a při rekreaci. Jednotlivec se zapojuje do procesu změny především s ostatními vrstevníky. Tyto kolektivní rámce soustřeďují sílu zkušeností skupin a týmů a potencují učení a změny.

**Kultura a jazyk** Terapeutická komunita je kulturou změny. Oslavy, tradice a rituály se proto využívají ke zvýšení komunitní koheze a k posílení individuálního postupu. Zejména ideály (*concepts*), přesvědčení (*beliefs*), hodnoty, normy a filosofie, které směřují k uzdravení a ke správnému životu, jsou vyjadřovány specifickým jazykem či žargonem terapeutické komunity. Proto učení se místnímu jazyku terapeutické komunity odráží splynutí s kulturou terapeutické komunity a postupující vývoj změny identity.

**Struktura a systém** Pracovní funkce, povinnosti a předepsané postupy udržují každodenní fungování zařízení. Tyto aktivity upevňují svépomoc a jsou prostředkem k učení vlastnímu rozvoji. Učení a růst se objevuje prostřednictvím dodržování postupů a způsobů a v zodpovědném chování člena komunity, na kterém jsou ostatní členové závislí. Systém výhod a sankcí udržuje pořádek a bezpečí komunity a usnadňuje individuální změnu prostřednictvím učení se z důsledků.

**Otevřená komunikace**

Veřejný charakter sdílení zkušeností v komunitě je využíván k terapeutickým účelům pro jednotlivce a pro ostatní. Soukromý vnitřní život jednotlivce je důležitý k uzdravení a k procesu změny nejenom pro daného jednotlivce, ale i pro jiné členy. Kdy a jak jsou soukromé záležitosti sdíleny veřejně vždy záleží na přání jednotlivého účastníka. Zvláště citlivé soukromé problémy (zneužívání v dětství, sexuální orientace, kriminální minulost, zdravotní stav) mohou být nejdříve sdíleny s blízkým vrstevníkem nebo členem personálu, který dodržuje důvěrnost, ale povzbuzuje k případnému otevření ve skupině. Soukromé záležitosti vztahující se k základním a jiným pravidlům komunity (aktuální užívání drog, krádeň, půjčování peněz, kriminalita, sexuální odehrávání, žhářství, násilí apod.) ovšem musí být sdíleny veřejně, aby se podporovalo bezpečí, důvěryhodnost a zdraví komunity.

**Rovnováha mezi komunitou a jednotlivcem**

Smyslem komunity je sloužit jednotlivci, ale vztah mezi jednotlivcem a komunitou je oboustranný. Potřeby komunity a jednotlivce musí být vyváženy, aby podporovaly členovo pozitivní vnímání komunity jako opravdové a důvěryhodné. Toto vyžaduje, aby komunita měla prostor pro sebekritiku prostřednictvím trvalého sebezkoumání chování a postojů personálu stejně jako klientů. Samotní členové, personál i klienti mají odpovědnost za konfrontování, potvrzování a napravování komunity.

*Zdroj: De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community: Theory, Model and Method. New York: Springer Publishing Company Inc.*

**Tabulka II: Součásti obecného modelu programu terapeutické komunity****Oddělenost komunity**

Jednotlivé terapeutické komunity mají svá vlastní jména, často inovovaná klienty a nacházejí se odděleně od jiných organizací nebo institucionálních programů či celků, nebo obecně od prostředí s nějakým vztahem k drogám. Klienti rezidenčních programů zůstávají odtrženi od vlivu vnějšího světa 24 hodin denně po několik měsíců než si zaslouží výhodu krátkodobé jednodenní vycházky. V nerezidenčních „stacionárních“ programech je klient v prostředí terapeutické komunity 4–8 hodin a pak je sledován vrstevníky a rodinou. Dokonce i v těch nejméně omezujících ambulantních podmínkách se vyskytují programy vycházející z terapeutické komunity a využívající jejích součástí.

**Prostředí komunity** Vnitřní prostředí vlastní terapeutické komunity zahrnuje společný prostor, který podporuje smysl pro společenství a společné aktivity. Nápis vyjadřují filosofii programu, poselství správného života a uzdravení. Nástěnky a tabule popisují všechny účastníky podle jejich jména, dosaženého stupně v léčbě a podle pracovního zařazení v programu. Stejně tak je vyvěšen i denní program. Je tak viditelně znázorněna organizace programu, ke kterému se jednotlivec může vztahovat.

**Komunitní aktivity** Aby byly léčebné či vzdělávací služby účinně využívány, musí být poskytovány v kontextu komunity vrstevníků. Proto jsou všechny aktivity, s výjimkou individuálního poradenství, organizovány kolektivní formou. To zahrnuje aspoň jedno společné jídlo připravené, podávané a sdílené všemi členy; denní rozpis skupiny, setkání a seminářů; týmové pracovní funkce; organizovaný odpočinek/volný čas; oslavy a rituály (např. narozeniny, přestupy do dalších fází apod.).

**Úloha a funkce personálu** Personál je směsí svépomocně uzdravených profesionálů a dalších profesionálů (např. sester, lékařů, právníků, případových pracovníků, poradců), kteří musí být integrováni komunitně založeným výcvikem. Profesionální dovednosti vymezují funkci personálu; přesto je ovšem jejich obecně použitelnou rolí role členů komunity, kteří spíše než poskytovateli a léčitelé jsou moudrými autoritami, facilitátory a průvodci metodou svépomocné komunity.

**Vrstevníci jako vzory (*role models*)** Na členy, kteří se chovají očekávaným způsobem, který odráží hodnoty a učení komunity, se pohlíží jako na vzory. Síla komunity jako kontextu pro sociální učení pochopitelně souvisí s počtem a kvalitou jejích vzorů. Od všech členů komunity, na všech úrovních a v každé situaci, se očekává, že budou vzorem, aby udrželi integritu komunity a zajistili šíření účinků sociálního učení.

**Strukturovaný den** Struktura programu souvisí s pojetím komunity, především s pohledem na klienta a na proces údravy. Uspořádání běžných aktivit je v rozporu s typicky neuspořádaným životem klientů a narušuje negativní myšlení a nudu, faktory predisponující k užívání drog. Takže den má oficiální rozvrh hodin různých terapeutických a vzdělávacích aktivit s předepsanou formou a běžnými postupy.

## Práce jako terapie a vzdělání

V souladu s metodou svépomocné komunity jsou všichni klienti zodpovědní za každodenní správu zařízení (tzn. úklidové aktivity, příprava a podávání jídla, údržba, nákupy, bezpečnost, koordinační rozvrhy, příprava před skupinami, setkáními, semináři, aktivitami apod.). Pracovní funkce zprostředkovávají podstatný vzdělávací efekt, podporují spojení s programem, poskytují příležitost pro rozvoj dovedností a posilují sebepoznávání a osobní růst. Možnosti (*scope and depth*) pro pracovní funkce klientů záleží na prostředí programu (*setting*) (např. institucionální vs. samostatný) a na možnostech klienta (úroveň psychologického fungování, sociální životní dovednosti).

## Fáze

Léčebný protokol nebo plán terapeutických a vzdělávacích aktivit je rozdělen do fází, což odráží vývojový pohled na proces změny. Důraz je na postupné učení v každé fázi, což posouvá jednotlivce do dalšího stupně uzdravování.

## Ideály TK (*concepts*)

Osnova, jak formální, tak neformální, se zaměřuje na učení pojetí terapeutické komunity, zvláště na ideu uzdravení svépomocí a na způsob správného života. Tyto myšlenky se opakují během společných aktivit a v písemných materiálech, veřejných i soukromých.

## Encounterové skupiny

Hlavní komunitní nebo terapeutickou skupinou je encounter, ačkoliv jsou potřebné a využívají se i jiné formy terapeutických, vzdělávacích a podpůrných skupin. Minimální cíl encounteru vrstevníků je v programech založených na terapeutické komunitě podobný – zvýšit povědomí jednotlivce o určitých postojích a vzorcích chování, které by měly být upraveny. Průběh encounteru se může ovšem lišit, a to podle intenzity a míry řízení personálem, což záleží na podskupinách klientů (např. adolescenti, chovanci věznic, klienti s duálními poruchami).

## Učení se sebeuvědomění

Všechny terapeutické a vzdělávací intervence se týkají zvyšování vědomí jednotlivce o vlivu jeho chování a postojů na něj a na sociální okolí, a opačně o vlivu chování a postojů ostatních na něj a na sociální okolí.

## Učení se emočnímu růstu

Dosahování cílů osobního růstu a socializace zahrnuje učení toho, jak se v pocitech vyznat, jak přiměřeně pocity vyjadřo-

vat a jak s pocity konstruktivně nakládat během interpersonálních a sociálních požadavků veřejného života.

#### **Plánované trvání léčby**

Optimální délka plného zapojení do programu musí být v souladu s cíli terapeutické komunity a s jejím vývojovým pohledem na proces změny. To, jak dlouho musí být jednotlivec zapojen do programu, závisí na jeho stadiu uzdravy, ačkoliv nějaké minimální období plného zapojení je nezbytné, aby se zajistilo zvnitřnění učení terapeutické komunity.

#### **Návaznost péče**

Dokončení základní léčby je jedním ze stupňů v procesu uzdravení. Služby následné péče jsou nezbytnou součástí v modelu terapeutické komunity. Program následné péče může probíhat v prostoru terapeutické komunity nebo samostatně, jako je tomu v rezidenčních či stacionárních domech na půl cesty nebo ambulantních zařízeních. Pojetí a přístup následné péče musí každopádně navazovat na základní léčbu v TK. Tak názory na způsob správného života, na uzdravení svépomocí a na využití sítě vrstevníků jsou nezbytné k rozšiřování a vhodnému využívání pracovních, vzdělávacích, sociálních a duševně zdravotních služeb následné péče.

*Zdroj: De Leon, G. (1995). Therapeutic Communities for Addictions; A Theoretical Framework. International Journal of the Addictions 30 (20), 1603-1645.*

## **Vývoj uvnitř modality terapeutické komunity**

Modalita terapeutické komunity dnes zahrnuje širokou škálu programů, které poskytují služby různým klientům, kteří užívají různé drogy a kromě užívání drog mají složité sociálně psychologické problémy. Různorodost klientů společně s klinickými požadavky a s realitou financování podpořily rozvoj modifikovaných rezidenčních TK s kratší plánovanou dobou pobytu (tří, šesti a dvanáctiměsíční) stejně jako komunitně zaměřených denních stacionářů a ambulantních programů. Nápravná zařízení, zdravotnická zařízení, léčebny pro duševně nemocné, komunitní bydlení a azylová zařízení, které jsou zaplavené problémy s alkoholem a ilegálními drogami, začlenily programy terapeutických komunit do rámce svých institucí. Následující text shrnuje hlavní modifikace přístupu terapeutické komunity a její užití u určitých populací.

## **Současné modifikace modelu terapeutické komunity**

Většina tradičních terapeutických komunit rozšířila své sociální služby nebo začlenila nové intervence, aby vyšla vstříc potřebám rozličných klientů. V některých případech tyto doplňky vylepšily základní režim terapeutické komunity, aniž by jej změnilly; v jiných významně pozměnily vlastní model terapeutické komunity.

### **Přístupy služeb rodinám**

Účast rodin nebo významných blízkých znamenala důležitý vývoj v terapeutických komunitách pro adolescenty i pro dospělé. Některé terapeutické komunity nabízejí programy individuální nebo hromadné rodinné terapie jako součást svých programů pro adolescenty, nerezidenčních a (spíše v poslední době) krátkodobých rezidenčních programů. Rodinná terapie v tradičních terapeutických komunitách je v souladu s jejich přístupem v tom, že primárním cílem léčby zůstává klient v zařízení spíše než rodinný celek.

Zkušenosti ukázaly, že s výhodou lze užít i jiných způsobů účasti významných blízkých než je rodinná terapie. Semináře, podpůrné skupiny, dny otevřených dveří a jiné další aktivity se zaměřují na to, jak mohou významní blízcí ovlivnit klientovo setrvání v léčbě; učí pohledu terapeutické komunity na uzdravení a poskytují prostor ke sdílení společných záležitostí a strategií ke zvládnutí budoucího návratu klienta do širší společnosti. Účast na rodinných aktivitách potencuje rehabilitační proces terapeutické komunity pro rezidenční klienty tím, že vytváří spojenectví mezi důležitými blízkými a programem.

### **Primární zdravotní péče a zdravotnické služby**

Ačkoliv financování služeb zdravotní péče zůstává pro terapeutické komunity nedostatečné, rozšířily tyto organizace služby pro rostoucí počet rezidenčních klientů se sexuálně přenosnými a imunodeficientními stavy, včetně seropozitivity HIV, AIDS, syfilis, hepatitidy B a C (Barton, 1994; McCusker a Sorenson, 1994). Screening, léčba a rostoucí zdravotnické vzdělávání se zdokonalilo díky spojení s organizacemi primární zdravotnické péče.

### **Služby následné péče**

V současnosti má pro své absolventy většina dlouhodobých terapeutických komunit propojení s ostatními poskytovateli služeb a se skupinovými programy Dvanácti kroků. Terapeutické komunity s krátkodobějšími programy zřídily přesně definované programy následné péče jak v rámci svých systémů, tak prostřednictvím vazeb na jiné organizace. Toto úsilí o poskytování následné péče má svoje limity a svá úskalí zejména v rozdílech v pojetí mezi terapeutickou komunitou a ostatními organizacemi. Toto téma je zpracováno jinde (De Leon, 1990-91).

## **Nácvik prevence relapsu (NPR)**

Tradiční terapeutické komunity se, vzhledem ke svému přístupu k úzdra-  
vě, vždy zaměřují na hlavní témata prevence relapsu. Čtyřadvacetihodinový  
společný život terapeutické komunity posiluje proces učení, jak odolávat  
negativnímu chování a chování vedoucímu k braní drog. V prostředí sociál-  
ního učení je jednotlivec vystaven mnoha sociálním, emocionálním a dalším  
podnětům k užívání drog, které existují v širší společnosti. Tento širší kon-  
text sociálního učení v podstatě poskytuje kontinuální nácvik prevence  
relapsu.

V současnosti ovšem velký počet terapeutických komunit do programu  
zařazuje speciální workshopy nácviku prevence relapsu a využívá učební osno-  
vy, odborné lektory a formy, které se rozvinuly mimo oblast terapeutických  
komunit (Marlatt, 1985). Tyto workshopy jsou nabízeny jako formální doplň-  
ky existující náplně terapeutických komunit, a to obvykle v poslední fázi pro-  
gramu. Některé programy však zařazují NPR do dřívějších léčebných stadií  
a v několika málo dalších je NPR ústředním prvkem základní léčby (Lewis  
a kol., 1993). Klinické dojmy, podporované předběžnými daty o účinnosti  
NPR v prostředí terapeutické komunity, jsou příznivé (McCusker a kol., 1995).

## **Součástí Dvanácti kroků**

V minulosti se absolventi terapeutických komunit z různých důvodů neza-  
čleňovali snadno do setkání Anonymních alkoholiků (AA) (De Leon, 1990–91). V  
posledních letech ovšem začalo postupné začleňování setkání AA,  
Anonymních narkomanů (NA) a Anonymních kokainistů (CA) do léčby v tera-  
peutické komunitě i po ní, což je dáno velkou sociální a demografickou růzností  
uživatelů a vedoucím postavením užívání alkoholu bez ohledu na primární  
drogu. Společný rodokmen terapeutických komunit Severní Ameriky a skupin  
Dvanácti kroků je zjevný většině zúčastněných a podobnosti ve svépomocném  
názoru na úzdravu daleko převažují nad odlišnostmi v specifickém zaměření.  
Skupiny Dvanácti kroků dnes mohou být užity v rezidenční terapeutické komu-  
nitě v jakékoli fázi, ale považují se za povinné v poslední fázi léčby, v následné  
péči, nebo v dalších fázích procesu léčby po odchodu z rezidenčního prostředí.

## **Péče o duševně nemocné**

Mezi těmi, kteří žádají o přijetí do terapeutických komunit, vzrůstá počet  
klientů s psychiatrickou anamnézou (Carroll a McGinley, 1998; De Leon, 1993;  
Jainchill, 1994; Jainchill a De Leon, 1992). Část těchto klientů je léčena v rámci  
tradičního modelu terapeutické komunity a vyžaduje určité úpravy ve službách  
a v personálním obsazení. Ve vhodné fázi léčby se užívá u vybraných klientů  
například psychofarmakologické léčby a individuální psychoterapie (Carroll  
a McGinley, 1998). Bez ohledu na to nemůže tradiční model terapeutické

komunity pojmout uživatele drog s vážnou psychiatrickou poruchou. Jak je popsáno níže, v části o duševně nemocných zneužívajících drogy, tento typ uživatelů vyžaduje speciálně upravené typy modelu terapeutické komunity.

### **Terapeutická komunita s více programy a matching klienta**

Mnoho terapeutických komunit nabízí více variant svých léčebných programů (rezidenčních i nerezidenčních) s ohledem na potřeby dané klinickým stavem a situací klienta. Tyto varianty zahrnují krátkodobé (pod 90 dnů), střednědobé (6–12 měsíců) a dlouhodobé (1–2 roky) rezidenční programy a abstinenční ambulantní programy (6–12 měsíců). Některé provozují abstinenční stacionáře a udržovací metadonové programy. Terapeutické komunity tak např. rozvinuly na základě tlaků systému poskytování péče krátkodobé rezidenční a ambulantní programy pro zaměstnané, více socializované klienty. Příjímací kritéria a vyšetřovací protokoly se pokouší přiřadit klientům odpovídající způsob léčby v rámci organizace. Proveditelnost a účinnost těchto přiřazovacích strategií zůstávají ovšem stále předmětem vyhodnocování.\*

### **Současné využití rezidenčních terapeutických komunit pro specifickou populaci**

144

Vývoj terapeutických komunit je nejlépe patrný na jejich využití pro specifickou klientelu a ve specifickém prostředí. V typických příkladech tohoto trendu zůstává zachováno zaměření na vzájemnou svépomoc, společně se základními prvky komunitního přístupu, tj. společná setkání, skupiny, pracovní struktura a pohled na proces uzdravy a správný život. Tato část textu upozorňuje na některá klíčová využití léčebného přístupu terapeutické komunity pro skupiny klientů v rozličném prostředí (De Leon, 1997).

### **Terapeutické komunity pro adolescenty**

Závažnost užívání drog u mladistvých a specifické potřeby adolescentů vedly k úpravám tradičního přístupu terapeutické komunity, které se jeví jako vhodnější pro tyto klienty. Tyto úpravy zahrnují členění zařízení podle věku s velkým důrazem na řízení a kontrolu, na potřeby vzdělávání, zapojení rodiny a individuální poradenství. Rozsáhlejší popis léčby adolescentů v terapeutických komunitách a její efektivity je obsažen v jiných textech (De Leon a Deitch, 1985; Jainchill, Battacharya a Yagelka, 1995; Jainchill, 1997; Jainchill a kol., v tisku; Pompei, 1994).

---

\* Srovnávací studie ústavní a ambulantní léčby závislosti na alkoholu a kokainu nevykazují žádné rozdíly ve výsledcích (Alterman et al. 1993), nezahrnuje ovšem rezidenční léčebné programy typu terapeutických komunit.



## **Závislé matky s dětmi**

Několik terapeutických komunit přizpůsobilo model závislým matkám s jejich dětmi. Profil závislých matek v zařízeních se obecně neodlišuje od ostatních uživatelů, ačkoliv odráží více nevýhod, chabou socializací a převládání užívání cracku a kokainu. Nejzřetelnější je, že tyto ženy potřebují změnu životního stylu a příležitost k osobnímu dozrání. V kontextu režimu terapeutické komunity se tak nabízejí dodatečné služby a úpravy, které se zaměřují na jejich specifické potřeby. Tyto úpravy zahrnují rodinné ubytování pro matky a děti, zdravotnickou a psychologickou péči, trénink rodičovství a péče o děti. Další popis klinické problematiky programů terapeutických komunit pro ženy obecně i konkrétně pro závislé matky je obsažen v literatuře (Coletti, 1989; De Leon a Jainchill, 1991; Egelko, 1996; Galanter et al., 1993; Stevens, Arbiter a Glider, 1989; Stevens a Glider, 1994).

## **Terapeutické komunity pro závislé ve vězeňském prostředí**

Modely terapeutické komunity byly v posledních letech přizpůsobeny pro uživatele drog ve vězeňském prostředí. Do modifikovaných programů terapeutické komunity ve vězeňském prostředí je začleněno na několik tisíc uživatelů drog (Lipton, 1999). K tomuto rozvoji pomohla přeplněná vězení, příliv drogových delikventů a potvrzený úspěch prvních vězeňských terapeutických komunit ve snižování recidiv kriminality a relapsů v užívání drog (Wexler a Williams, 1986).

Úpravy v modelu terapeutické komunity jsou podmíněny specifickými rysy nápravných institucí, např. jejich zaměřením na bezpečnost, jejich cílem brzkého propuštění, jejich omezením fyzického a sociálního prostoru a samotnou vězeňskou kulturou. Nicméně komunita vedená vrstevníky s cílem sociálního učení je zřízena pro chovance, kteří se do programu dobrovolně přihlásí. Podstatným znakem modifikovaného vězeňského modelu je oboustranné zapojení správních úředníků a správců vězení společně s paraprofesionály v oblasti duševního zdraví a terapeutické komunity. Pro chovance, kteří opouštějí tyto vězeňské terapeutické komunity byly v poslední době zřízeny programy návazné léčby v zařízeních typu terapeutických komunit (Knight, Simpson a Hiller, 1999; Lockwood a kol., 1997; Martin a kol., 1999; Wexler a kol., 1999).

## **Terapeutické komunity pro duševně nemocné uživatele drog**

Speciálně přizpůsobené modely terapeutických komunit se rozvinuly k výhradní léčbě vážněji duševně nemocných uživatelů drog. Některé z nich vznikly v rámci terapeutických komunit jako zvláštní programy v detašovaných pracovištích nebo jako vedlejší kolej hlavního proudu terapeutické komunity (Carroll a Mc Ginley, 1998). Jiné byly uskutečněny jako novátorské výzkumné projekty v léčebnách pro duševně nemocné (Silberstein, Metzger a Galanter, 1997).

a v zařízeních pro duševně nemocné bezdomovce užívající drogy (Sacks a kol., 1997; De Leon a kol., 1999, 2000; Rahav a kol., 1995; Egelko a kol., v tisku).

V těchto modelech pro nemocné s duálními poruchami zůstává zachováno základní zaměření na vrstevnickou organizaci a na denní režim, ačkoliv je zde větší důraz na odlišnosti jednotlivců, což je viditelné na větší pružnosti v plánování délky pobytu, struktúře a rozdělení do fází. Specifické úpravy zahrnují užívání standardních psychofarmak, mírnější intenzitu skupin, nižší požadavky na práci, významné využívání individuální psychoterapie, případovou práci (*case management*) a trénink dovedností.

Souhrnně lze říci, že úspěšné adaptace terapeutické komunity se drží pohledu na úzdravu a na správný život a základního přístupu – komunity jako metody. Zachovávají základní součásti obecného modelu včetně jeho sociální organizace, pracovní struktury, denního rozvrhu setkání, skupin, seminářů a volnočasových aktivit a rozdělení programu do fází. Různorodý personál potřebný v těchto adaptacích je koncepčně začleňován při zachování pojetí a přístupu terapeutické komunity prostřednictvím intenzivního výcviku. Úpravy v postupech a v jednotlivých složkách programu se pro specifickou klientelu týkají cílů léčby a plánované doby pobytu, pružnosti ve struktúře programu a zaostření na individuální odlišnosti a na intenzitu vzájemných interakcí klientů. Zvláštní služby a intervence jsou začleněny do programu jako doplňkové k primární léčbě terapeutické komunity. Úspěšné uskutečnění programů terapeutické komunity ve specifických prostředích vyžaduje přizpůsobení se cílům, postupům, složení personálu, obecné praxi a omezení těchto prostředí. Výzkum vztahující se k těmto adaptacím terapeutické komunity je shrnut v následující části.

## Výzkum a hodnocení

Výzkum terapeutické komunity pro závislé sahá asi 30 let do minulosti. Studie zahrnovaly jak samostatné programy, tak více programů a byly řízeny výzkumnými týmy jak z daného programu, tak i nezávislými. Prakticky veškerý výzkum terapeutických komunit v Severní Americe byl federálně financován, především Národním institutem pro abuzus drog (NIDA).

Samozřejmě není v možnostech této kapitoly odpovídajícím způsobem prozkoumat tuto literaturu. Mohou být nicméně shrnuty hlavní závěry jednotlivých zkoumaných klíčových oblastí: účinnost léčby, udržení v léčbě a předpoklady klientů pro úspěšnou léčbu. V poslední době byly průzkumy nasměrovány na účinnost programů modifikované terapeutické komunity pro specifickou klientelu a prostředí, na ekonomické analýzy léčby v terapeutické komunitě, na objasnění léčebného procesu a na zdokonalování léčby.

## Účinnost léčby (*Treatment effectiveness*)

Značná část literatury zabývající se vyhodnocováním dokumentuje účinnost přístupu terapeutické komunity v rehabilitaci jedinců zneužívajících drogy (De Leon, 1984, 1985; Hubbard a Condelli, 1994; Hubbard s kol., 1984; Institute on Medicine, 1990; Simpson a Sells, 1982; Tims, De Leon a Jainchill, 1994; Tims a Ludford, 1984). Následuje stručné shrnutí zjištění z krátkodobých a dlouhodobých sledování následně po léčbě, a to z výzkumů jednoho i více programů.

K významnému zlepšení dochází v jednotlivých výsledných proměnných (jako jsou např. užívání drog, kriminalita a zaměstnanost) i ve smíšených ukazatelích pro měření úspěšnosti jednotlivců. Maximálně až průměrně příznivých výsledků (které jsou postaveny na užívání opioidů, ne-opioidů a alkoholu, na četnosti uvěznění, na opakování léčby a na zaměstnanosti) se dosahuje ve více než v polovině ze vzorku ukončených i neukončených léčeb (De Leon, 1984; Simpson, 1979; Simpson a Sells, 1982).

Mezi dobou strávenou v rezidenční léčbě a výsledným stavem následně po léčbě existuje pevný pozitivní vztah. V dlouhodobých terapeutických komunitách se například míra úspěšnosti (ve smíšených ukazatelích žádného užívání drog a žádné kriminality) blíží 90%, 50% a 25% postupně pro absolventy / dokončené pobyty, pro předčasné odchody alespoň po roce a pro předčasné odchody po méně než jednom roce v rezidenční léčbě. Obdobně klesá míra zlepšení oproti stavu před léčbou, která se pro výše uvedené blíží 100%, 70% a 40% (De Leon, Jainchill a Wexler, 1982).

V několika málo studiích, které zkoumaly psychologické výsledky, zjištění jednotně ukázala významné zlepšení v dlouhodobém sledování (Biase, Sullivan a Wheeler a kol., 1986; De Leon, 1984; Holland, 1983). Přímý vztah se ukázal mezi úspěšností chování po léčbě a mezi psychologickou změnou (*psychological adjustment*) (De Leon, 1984; De Leon a Jainchill, 1981-1982).

Předkládané výzkumy se uskutečnily na dřívější generaci jedinců zneužívajících drogy, především se závislých na opioidech. Od raných 80. let ovšem většina přijímaných do rezidenčních terapeutických komunit zneužívá více drog současně, včetně kokainu, cracku a alkoholu, s relativně malou skupinou primárně závislých na heroinu. Zjištění, která vzešla z několika rozsáhlých federálně financovaných vyhodnocení, všechna dokládají účinnost terapeutických komunit pro měnící se populaci uživatelů drog. Tyto zahrnují National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES, 1996), Drug Abuse Treatment Outcome Study (Hubbard a kol., 1997) a výzkumný program, který probíhá v Centru pro výzkum terapeutické komunity - Center for Therapeutic Community Research (viz bulletin 1996 a 1997).

## Retence

Předčasný odchod – vypadnutí (*drop out*) – je pravidlem pro všechny modality protidrogové léčby. Pro terapeutické komunity je retence mimořádně důležitá, protože výzkum prokázal pevný vztah mezi časem stráveným v léčbě a úspěšným výsledkem. Většina přijatých do programů terapeutických komunit ovšem ze zařízení odchází, mnozí po kratší době, než jaká se považuje za potřebnou k tomu, aby se léčebný vliv mohl efektivně uplatnit.

Výzkum, který se zabývá retencí v terapeutických komunitách, v posledních letech vzrostl. Přehledy výzkumu věnovanému retenci v terapeutických komunitách jsou obsaženy v literatuře (De Leon, 1985, 1991; Lewis a Ross, 1994). Studie se zaměřují na několik otázek: míra retence, předpoklady k vypadnutí na straně klientů a pokusy o zvýšení retence v léčbě. Klíčová zjištění z nich stručně shrneme níže.

### Míra retence

Vypadnutí je nejvyšší (30–40%) v prvních 30 dnech od nástupu, ale následně ostře klesá (De Leon a Schwartz, 1984). Tento časový vzorec vypadnutí je společný programům terapeutických komunit (i jiných modalit). V dlouhodobých terapeutických komunitách se míra dokončenosti pohybuje mezi 10–25% ze všech přijatých. Míra jednorocní retence se pohybuje mezi 20–35%, ačkoliv nedávné trendy naznačují její zvyšování.

### Předpoklady k vypadnutí

Neexistují žádné spolehlivé typické znaky, které by předpovídaly udržení klienta v léčbě, s výjimkou závažné kriminality a/nebo závažné psychopatologie, které jsou obě spojeny s dřívějším vypadnutím. Nedávné studie ukazují na důležitost dynamických faktorů předpovídajících udržení v léčbě, jako je zákonný tlak, motivace a ochota k léčení (Condelli a De Leon, 1993; Condelli a Dunteman, 1993; De Leon, 1988; De Leon, Melnick, Kressel a Jainchill, 1994; Hiller a kol., 1998; Hubbard a kol., 1988; Joe, Simpson a Broome, 1998).

### Zvyšování retence v terapeutických komunitách

Některé experimentální pokusy ke zvýšení retence v terapeutických komunitách využívaly ke snížení časného vypadnutí zlepšenou orientaci na léčbu pomocí zkušených členů týmu (De Leon, Hawke a Jainchill, 2000). Další se pokoušejí, aby retenci v rezidenčních programech zvýšili, poskytovat speciální programy pro matky s dětmi (Coletti et al., 1992; Stevens, Arbiter a McGrath, 1997) a na osnovách založené metody prevence relapsu (Lewis a kol. 1993). Výsledky tohoto snažení jsou slibné a ukazují rostoucí míru retence vedoucí k větší části příznivých výsledků.

Ačkoliv je retenci věnována patřičná pozornost, nelze si ji plést s efektivitou léčby. Terapeutické komunity jsou účinné pro ty, kdo zůstanou dostatečně

dlouho na to, aby se vliv léčby projevil. Má-li mít z programu terapeutické komunity prospěch více klientů je klíčovým tématem zvyšování schopnosti si klienty udržet.

### **Léčebný proces**

Rozvoj v poslední době usnadnil empirické studie v donedávna méně prozkoumané oblasti – léčebného procesu. Zevrubný teoretický rámec terapeutické komunity pro závislosti byl v literatuře rozpracován (De Leon, 2000). Jsou popsány základní prvky přístupu terapeutické komunity, koncepce léčebného procesu a stadia úzdravy v terapeutické komunitě (De Leon, 1996, 2000). Rozvoj výzkumu založeného na těchto formulacích objasnil některé aktivní součásti v léčebném procesu (Melnic a De Leon, 1997). Zvláštní důraz je kladen na roli motivace a připravenosti k vyhledání léčby a setrvání v ní, stejně jako v léčebném procesu samotném (De Leon a kol., 1994; De Leon, Melnick a Hawke, 2000; Joe, Simpson a Broome, 1998; Simpson a kol., 1997).

### **Účinnost modifikovaných terapeutických komunit**

Účinnost různých aplikací terapeutické komunity byla dokumentována. Ačkoli se vyhodnocovací výzkum stále rozvíjí, hlavní zjištění pro různé populace jsou stručně shrnuty. Rozsáhlé studie léčených adolescentů v různých modifikacích terapeutických komunit dokumentovaly pozitivní výsledky po jednom roce (Jainchill, 1997; Jainchill, Battacharya a Tabelka, 1995; Jainchill a kol., 2000), zatímco pětileté studie jsou před dokončením.

Řada studií dokumentovala účinnost modifikovaných TK pro chovance ve věznicích (Knight, Simpson a Hiller, 1999; Martin a kol., 1999; Wexler a kol., 1999; Wexler, Melnick, Peters a Lowe, 1999). Tyto studie zdůrazňují důležitost následné péče po propuštění pro stabilitu výsledků.

Podobně zhodnocení demonstřují účinnost a nákladovou efektivitu (*cost-effectiveness*) modifikovaných TK pro uživatele-bezdomovce v azylových domech (Liberty et al., 1998); pro duševně nemocné uživatele drog v komunitně založených zařízeních (De Leon et al., v tisku; French et al., 1999); pro závislé matky s dětmi (Coletti et al., 1992; Stevens, Arbiter a McGrath, 1997); a pro metadonové klienty v programech denních stacionářů komunitně spravovaných (De Leon et al., 1995).

### **Rozvojové iniciativy**

Bohatá rozmanitost všech aplikací, vytrvalý tlak na snižování nákladů, přival personálu z tradičních zdravotnických a sociálních služeb – to jsou některé z faktorů, které ohrožují celistvost jedinečného svépomocného přístupu tera-

apeutické komunity. Jako odpověď na tyto výzvy jsou naléhavě potřebné nebo už běží některé iniciativy. Ačkoliv jsou podrobněji probrány v jiných textech (De Leon, 1997, kapitoly 1 a 17; De Leon, 2000, kapitola 25), mohou být tyto iniciativy stručně shrnuty pod širším tématem aplikování teorie a výzkumu v praxi.

### **Teorie a praxe**

Jak bylo zmíněno dříve, byl zformulován zevrubný teoretický rámec terapeutické komunity pro závislosti, který může vést klinickou praxi, výzkum a politiku (De Leon, 2000). V tomto rámci jsou nabízena obecná vodítka pro přizpůsobení terapeutické komunity pro specifické prostředí, specifickou populaci a pro omezené financování. Teorie, praxe a výzkum také poskytují základ pro sjednocování principů a postupů terapeutické komunity do jednoznačných standardů, aby se zachovala celistvost modelu a metody programu. Tyto standardy byly vyvinuty konkrétně pro programy terapeutických komunit ve věznicích (*Therapeutic Communities in Correctional Settings*, 1999) a obecně pro instituce terapeutických komunit (*community-based TC agencies*) (TCA Newsletter, 1998).

### **Výzkum pro praxi**

Na teorii a výzkumu byly založeny rozličné strategie uplatněné ve zlepšení výcviku a odborné podpory v TK. Tyto strategie financované hlavně National Institute on Drug Abuse (NIDA) a Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) slouží k zachování kvality postupů terapeutické komunity a ke zdokonalení léčby obecně. Federální granty jsou udělovány k vyhodnocování technologie přenosu metod a konají se konference s výslovným cílem upevnit spojitost mezi výzkumníky a praktiky v protidrogové léčbě, včetně terapeutických komunit. Centra pro výcvik a odborné postupy v závislostech (The Addiction Technology and Training Centers - ATTCS) zastupují CSAT financované systémy regionálních center pro zdokonalení léčby založené na výzkumu a nejlepší praxi (Talboy, 1998).

Jsou k dispozici manuály pro rozvoj a výcvik v programech modifikovaných TK pro duševně nemocné uživatele (Sacks et al., 1998), pro TK ve věznicích (Talboy, 1998). Nezávisle byly vyvinuty jiné výcvikové materiály využívající výzkumná zjištění (Carroll a Sobel, 1986; Deitch a Solit, 1993). Aktivitou ve stadiu plánování je vytvoření široce koncipovaného výcviku založeného na zkušenostech z klinické praxe a z výzkumu (např. národní akademie terapeutických komunit). Tato snaha zahrnuje a koordinuje základní součásti výcviku personálu podle jednotného studijního programu, fakultu zkušených lektorů a odpovídající didaktický a na zkušenosti založený výcvikový rámec (CTCR Newsletter July 1999).

Závěrem: více než třicetiletý vývoj současné terapeutické komunity pro závislé v Severní Americe může být charakterizován jako hnutí z okraje do hlavního proudu léčby závislostí na návykových látkách a sociálních služeb. Současné stadium je pravděpodobně zatím nejvíc vzrušující, byť riskantní. Vyzývá terapeutickou komunitu k tomu, aby si uchovala jedinečnou identitu současně s účinným přizpůsobováním a úpravou svého přístupu.





Petr Nevšimal

# **Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé**



153



## Definice

➤ Pojem komunita obsáhleji uvádí Velký sociologický slovník (1). Uvádí komunitu jako společenství charakterizované jednak zvláštním typem vnitřních sociálních vazeb mezi členy, jednak specifickým vymezením v rámci širšího sociálního prostředí. Rozlišuje se zde komunita sídelní či místní (městské, venkovské), komunita tradiční, komunity profesní, umělecké, vědecké, zájmové. Dále jsou zmiňována komunitní hnutí jako ášramy, kláštery, kibucy, nebo komunity hippies. Samotný pojem komunita je vnímán velmi nejednoznačně. Hlavním důvodem je významový posun pojmu v posledních dvou stoletích. Tradiční (historická) komunita je charakterizována jednoznačným prostorovým vymezením, propojením příslušníků rodinnými vztahy, schopností uspokojit z vlastních zdrojů všechny potřeby členů, příbuznou hodnotovou orientací členů a mocenskou suverenitou (jak vůči členům, tak vůči okolí). V moderní společnosti se výše uvedené znaky redukuje, komunita přestává být chápána jako autonomní či dokonce soběstačný celek, ztrácí vazbu ke konkrétnímu místu. Výrazněji se tedy vyzdvihuje určitá mentální a hodnotová přírůžnost.

Terapeutickou komunitu definuje Stanislav Kratochvíl (v první české publikaci o terapeutické komunitě z r. 1979) ve dvou dimenzích (2, 3).

- i. Jako formu organizace, kdy jde o systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a spoluúčast všech složek, včetně pacientů, na rozhodování i léčbě. Usiluje se, oproti hierarchickému modelu, o setření ostrých hranic mezi rolí personálu a pacientů. Významnou částí organizace je existence pokud možno každodenních schůzek personálu s pacienty, kde dochází k vzájemnému informování a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzek personálu, na nichž se usiluje o pochopení dění v komunitě a objasnění reakcí členů týmu vůči pacientům a vůči sobě navzájem.

2. Jako psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce a konflikty materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl na vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně má při tom i možnost po tomto poznání vyzkoušet i jiné formy chování a jejich společenský dopad.

Pro srovnání uvádím ještě definici Terapeutické komunity přijaté Světovou federací terapeutických komunit v r. 1981, kterou uvádí Kooyman (4).

„Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. To představuje sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího statusu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině –, nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní. Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází ke spolupráci na smysluplných úkolech ve prospěch komunity. Tlak skupiny vrstevníků je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vhléd vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní problémy se děje prostřednictvím skupiny a individuální interakce, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám. Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti. V komunitě existují dvě linie autority – horizontální a vertikální –, to podporuje myšlenku sdílení odpovědnosti podpory procesu společného rozhodování – pokud je to prospěšné a v souladu s filosofií a cíli terapeutické komunity“ (Kerr, 1986).

Podle Kooymana předcházelo přijetí definice několik let diskusí a zjevně bylo nakonec snahou přijmout co nejširší konsensus v rámci odborné veřejnosti. Problémy kolem definování pojmu terapeutické komunity pro drogově závislé trvají dodnes. Blíže se k tomu vyjadřuje De Leon: „Ne všechny rezidenční léčebné programy pro drogově závislé jsou terapeutickými komunitami, a ne

všechny terapeutické komunity jsou provozovány ve formě rezidenčního pobytu; ne všechny programy, které se nazývají terapeutická komunita, užívají stejné sociální a psychologické modely léčby“(5). Dále z jeho popisu problematiky vyplývá, že díky těmto terminologickým nejasnostem nelze často validně porovnávat léčebné výsledky jednotlivých zařízení. Tedy ani nelze srovnávat jejich efektivitu ve vztahu k léčebným nákladům. Odlišuje zejména rezidenční programy, které prvky terapeutické komunity využívají v malé míře, od vlastních dlouhodobých terapeutických komunit pro drogově závislé. O srovnání rezidenčního modelu léčby s modelem terapeutické komunity se pokoušelo pouze několik studií a dle De Leona v nich vykazují „pravé“ TK signifikantně vyšší úspěšnost v péči o uživatele tvrdých drog oproti ostatním rezidenčním programům.

V dalším textu užívám obou pojmů, jak rezidenční program, tak terapeutická komunita, přičemž první z nich (v souhlasu s De Leonem) nevypovídá o užívání léčebné metody terapeutické komunity.

## Náboženské kořeny

➤ Princip sdružování lidí do skupin, společenství či komunit je daný charakterem lidstva jako živočišného druhu. Člověk je tvor společenský. A nejrůznější uskupení vytvářel pravděpodobně od té doby, co chodí po zemi. Od prvotních uskupení sběračů, lovců, větších či menších rodin, národů či států se myšlenka terapeutické komunity liší ve svých cílech. Nejde o primární nutnost zachování života či rodu, ale o vyšší cíle spojené se snahou o změnu jednotlivce směrem k duchovním ideálům, víře, osobnímu růstu, či nastolení správného, zdravého způsobu života.

Terapeutická komunita pro drogově závislé má svůj původ ve věčném boji člověka hledajícího jednotu mezi citem a rozumem, náboženstvím a vědou, věděním a vírou (6). Od počátku křesťanské éry některé židovsko-helenistické komunity usilovaly o tuto jednotu. Členové těchto komunit se nazývali *therapeutae*, jelikož byli odborníky na léčení nemocí těla i duše. Otázky viny a překračování pravidel byly veřejně diskutovány. Tato praxe veřejné výpovědi o myšlenkách a pocitech (nazývaná *exomologesis*) je popsána jako úplná otevřenost o vlastním životě, minulosti i současnosti. Byla provázána podporou a dodáváním odvahy ostatními členy společenství a následována důležitými osobnostními změnami jednotlivce (Mowrer, 1976). Tento koncept *exomologese* byl později přejet ranými křesťanskými společenstvími.

První zmínku o takové snaze lze najít (v dějinách západní civilizace) dle Glasera (7) ve spise, jehož autorem byl Philo Judaeus již 25 let před Kristem. Jsou zde popsány příběhy skupiny žijící v Egyptě v Kumran. Píše se zde, že „...ovládají umění léčit lépe, než je to obvyklé v městech; protože tamti léčí jen tělo, zatímco tito léčí duše, které posedly strašné, téměř nevléčitelné choroby. Choroby, u kterých radosti a choutky, úzkosti a smutky, vášně a bláznovství, nepravosti a nespočet dalších žádostivostí a rozmarů osudu zaútočí na člověka...“. Jsou zde podrobně popsány hříchy či nepravosti, kterých se člověk

dopouští, jako např. lakomství, pýcha, lež, krutost, zloba, nedostatek ctnosti či pokory apod. V této společně žijící komunitě se lidé vzájemně podporovali v pravdě, lásce a pokoře, měli pevná pravidla vzájemného chování a vztahování a stejně tak pevný řád sankcí za porušování daných pravidel (většinou dočasné či trvalé vyloučení z komunity). Bylo možné svolat společné shromáždění, jehož závěry byl člen povinen respektovat, atp. Základním duchovním principem byla víra v Boha a v jím dané Zákony. Glaser uvádí, že způsob jejich života a přístup k řešení problémů se velmi podobá současným principům užívaným v terapeutických komunitách, a spojuje dále snahu náboženství o vysvětlení nejzákladnějších otázek povahy člověka a jeho místa ve světě s obdobnou snahou terapeutických komunit.

Podobné úsilí o správný život směřující k čistotě a schopnosti předstoupit před Boha lze pozorovat v celé křesťansko-židovské tradici a komunitní prvek zde zastupují např. mnišské řády. Prvním z nich byl řád sv. Benedikta, založený v 5. století n. l. V jeho spise *Regula Benedicti* (8) jsou prvně obsáhle zakotveny praktické pokyny pro uspořádání života v komunitě a tento řád se zachoval dodnes. Celý text Řehole se svými praktickými pokyny, předpisy o denním řádu i trestními sankcemi má smysl duchovní a lze je chápat jako prostředky k dosažení duchovního cíle. Společný život křesťanských mnichů v komunitě se odvozuje od žalmu ze svatého Písma: „Hle jak je dobré a jak milé, když bratři bydlí pospolu.“ Ve společném životě se vidí dokonalé naplnění Písma svatého, na rozdíl od osamocené poustevničení či askeze. Dalším příkladem byla jeruzalémská obec, kde podle sv. Augustína: „Obec věřících měla jedno srdce a jednu duši, její členové měli všechno společné a dělili svůj majetek mezi všechny, jak kdo potřeboval.“ (Takové majetnické vztahy mělo později i mnoho terapeutických komunit pro závislé, např. Synanon.) Podle Benedikta představovala řehole především ideál společného života podle vzoru prvotní církevní obce v Jeruzalémě. Podobnými principy se inspirovaly i pozdější protestantská svépomocná hnutí viz. níže. Význam slova „řehole“ lze chápat různě, stejně jako dnes např. význam slova komunita. Řehole může znamenat Bibli (lat. označována také *regula*, pravidlo), nebo všeobecně křesťanský životní postoj, nebo nepsaný řád spolu žijících mnichů, nebo klášterní zákonodárství, nebo i slovo opatovo. Mnišská komunita je chápána jako symbol „domu Božího“ – a to ve smyslu samotné stavby, v které žijí, ve smyslu společenství, ve kterém žijí, a i v rozměru jednotlivce, člena této komunity.

I v současnosti lze pod pojmem komunita chápat budovu, společenství, nebo třeba organizaci vzájemných vztahů.

## Předchůdci terapeutických komunit

➤ V celku zabývajícím se terapeutickou komunitou mohou být rozlišeny dvě hlavní oblasti (6). Tyto oblasti mají dost společného, aby mohly být vnímány jako verze jednoho způsobu, i když jsou docela rozdílné ve svém původu a historickém vývoji, odlišné metodologií a slouží jinému druhu klientů.

Jedno z těchto odvětví (ačkoli zde pojem terapeutická komunita nebyl původně používán) sestává z komunitně orientovaných programů, vyvinutých za účelem pomoci dětem a dospělým s různými psychologickými, sociálními, výchovnými a psychiatrickými potížemi. Jedná se o pedagogický proud, tedy členové tohoto proudu byli profesionály v oblasti výchovy. Toto pojetí, vzniklé v Evropě, je dále uváděno ve shodě s autory (6) jako „terapeutická komunita pro děti“.

Druhá větev vycházela především z náboženských kořenů a svépomocného hnutí a měla daleko větší tradici v Americe. Z tohoto proudu také vznikla první hnutí zaměřená primárně na pomoc drogově závislým, jako AA nebo později Synanon. Následně se od něj odvíjí celé spektrum současných terapeutických komunit pro drogově závislé, které jsou obvykle v literatuře (5, 6) nazývány „Drugfree TC“ nebo „Concept TC“ (u nás překládáno jako abstinenční terapeutická komunita, nebo jen terapeutická komunita pro drogově závislé).

### Svépomocné náboženské organizace

Níže uvádím přehled svépomocných hnutí či organizací zmiňovaných v literatuře (6,7,9), které předcházely zrodu principů terapeutické komunity. Většinou tato hnutí vycházela z protestantismu, který jako mohutný proud křesťanství zdůrazňoval klíčovou úlohu člověka samotného na cestě k Bohu, tedy přeneseně uchopení života do vlastních rukou.



## **Metodisté**

V roce 1729 založili John a Charles Wesleyovi na Oxfordské univerzitě malý náboženský klub, od něž se odvíjela po roce 1738 celá řada skupin a spolků. Tyto skupiny se nazývaly „metodisté“ pro svůj metodický přístup k chápání náboženství, sestávaly z 5 až 10 členů a setkávaly se jednou týdně. Konečná pravidla jejich setkávání stanovil právě John Wesley. Všichni vůdci těchto skupin byli laici, skupiny byly děleny podle pohlaví a stavu ženatý/svobodný. Každý člen v nich mohl mluvit o skutečném stavu své duše tak svobodně, jasně a stručně, jak chtěl. Každý člen počínaje vůdcem se musel vyznat ze svých chyb a pokušení a ze stavu své duše, a přijmout kritiku. Aby byl přijat do skupiny, musel každý vyslovit své přání, aby se mu o všech jeho chybách říkalo, i kdyby ho to mělo ranit.

V takovýchto náboženských skupinách lze nalézt počátky svépomocné skupinové psychoterapie.

## **Washingtonští**

Washingtonští se nazývala skupina šesti pijáků, kteří se ve čtyřicátých letech 19. století spojili, složili slib zřeknutí se alkoholu a stali se konvertity. Při hledání způsobu, jak učinit svá setkání zajímavějšími, je napadla myšlenka požádat každého člena, aby popsal sám sebe v době, kdy byl alkoholikem, a potom provedl srovnání se svým novým abstinenčním způsobem života. Později hnutí odumřelo pro svůj odmítavý postoj k podpoře snah o úplnou prohibici v sedmdesátých letech 19. století. Svým způsobem je tato skupina přímým předchůdcem Anonymních alkoholiků.

## **Oxfordská skupina**

Stejně jako u předchozích se jedná o religiózní organizaci, kterou založil v r. 1909 luteránský pastor dr. Frank Buchman. Tato náboženská skupina byla zaměřená na duchovní přerod lidstva, a i když je známá jako „Oxfordská skupina“, zpočátku se jmenovala „Bratrstvo křesťanů z prvního století“. Až později v r. 1938 se přejmenovala na „Morální přezbrojení“. Tato organizace stále existuje a v dobách svého největšího rozmachu měla tisíce členů v Evropě i Severní Americe. Jednalo se v podstatě o reformační hnutí, v historických souvislostech sahající až k Lutherovi a jeho současníkům (významný švýcarský protestantský kněz byl přímým Buchmanovým předkem), které mělo docílit u svých členů „konverze“, „osvícení“ prostřednictvím vyznání se ze svých hříchů a jejich odčinění. Vyznání ze svých hříchů – veřejná zpověď – byla hlavní součástí večerních setkání a byla první podmínkou pro přijetí do skupiny (stejně jako tomu bylo později u AA a také např. u současného Daytopu). Členové měli usilovat o dosahování absolutních hodnot, které byly čtyři – absolutní čestnost, absolutní čistota, absolutní nesobeckost, absolutní láska. Tímto hnutím byl přímo

ovlivněn zakladatel AA Bill W., který se ovšem domníval, že takovéto myšlenky lze podávat jen po lžičkách, ne po kýblech, a že by tak byly příliš velkým soustem pro většinu alkoholiků. Určitou část těchto ideálů i principů přijal a přenesl do principů AA.

### **Hnutí Anonymních Alkoholiků**

Toto hnutí (7, 9) založili dva alkoholici – Bill W. a dr. Bob S. – v r. 1935, v Akronu, v Ohio. Stalo se tak během jejich setkání na cestách v hotelovém pokoji při vzájemném vyprávění vlastních osudů. Toto setkání a „zpověď“ pro ně byly tak přínosné, že se dohodli na pravidelném setkávání a založení svépomocné skupiny pro lidi na alkoholu závislé. Počáteční zásady setkání vycházely z principů Oxfordské skupiny, kterou Bill W. dobře znal. K Oxfordské skupině se Bill W. dostal přes svého přítele, alkoholika, který se pro svou závislost léčil u C. G. Junga a po ukončení své léčby zrecidivoval (10). Nato mu Jung doporučil účast v duchovně orientovaných diskusních Oxfordských kroužcích. Sám pak popisuje tento vliv na AA takto: „Podstatné je, že rané AA převzalo svoje myšlenky sebezpytování, přiznání charakterových chyb, odškodnění za předchozí ublížení a práci pro druhé – skutečně přímo od Oxfordské skupiny.“ To znamená, že ústředními prvky byly také příklon k Bohu, veřejné rozebírání příběhů a problémů jednotlivých členů (zpověď), silná vzájemná sounáležitost a princip svépomoci (nepřítomnost odborného personálu). Toto hnutí se zvolna rozrůstalo a jeho celonárodní rozšíření a prudký nárůst členů odstartoval v r. 1941 článek v *Saturday Evening Post*. Pro uvědomění si rozsahu působení AA je třeba vědět, že v současnosti má AA jenom v Americe 2 mil. členů, což je zhruba 0,5 % celkové populace; to by v našich měřítkách znamenalo 50 tisíc členů AA v České republice, přičemž ve skutečnosti jich je několik stovek.

Vzhledem k významu AA pro rozvoj péče o závislé i pro rozvoj dalších svépomocných hnutí uvádím základní zásady tohoto hnutí shrnuté do tzv. Dvanácti kroků (10, 11):

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru a revizi sebe sama.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolni s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.

9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme si to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly jí uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

Kromě skupinových setkání má velký význam v AA i individuální forma vedení, kdy každý nováček dostane zkušenějšího člena skupiny jako patrona (11). Tento patron tradičně zajišťuje každodenní telefonické spojení, je rádcem a jako člověk, který má svou cestu již za sebou, slouží i jako průvodce. Nováček se s ním kdykoli může spojit a může s ním konzultovat svou cestu k abstinentnímu životu, své starosti a nesnáze. Tento aspekt intenzivní obětavé podpory poskytované novému členu k úspěšnosti hnutí bezpochyby významně přispívá.

## **Pedagogický proud (Terapeutické komunity pro děti)**

Dále volně cituji z prací (6, 9, 12). Na konci 19. a počátkem 20. století vznikl tlak vůči principům tehdejšího tradičního školství. Podle „nových pedagogů“, jako Decroly, Claparéde, Kohnstamm, Ferrière, Piaget, Montessori, Dewey, Freinet a Steiner, mělo být vzdělávání založeno na zájmu a potřebách dětí spíše než na přísné disciplíně a učení z knih. Zpochybňovali akademické přetížení a psychický tlak, vzdělávací strukturu, výuku morálky, malost a individualismus tehdejších tradičních škol a hledali funkční pedagogiku založenou na zájmu a aktivitě (Broekaeert, 1993).

Ve Velké Británii byly tyto pokrokové iniciativy zacíleny zejména na „nepřízpůsobivé“ děti a byly shodně nazývány „terapeutickou výchovou“. Chronologicky můžeme ve vývoji pokrokových zařízení pro „nepřízpůsobivé“ děti rozlišit tři období. První je před první světovou válkou, druhé v letech 1930–40 a třetí v letech 1960–70.

Kromě těchto britských iniciativ na poli výchovy delikventní mládeže sem jistě patří i aktivity ruského učitele Makarenka nebo Morenovy rané práce (viz níže).

### **Průkopníci ve Velké Británii**

Před první světovou válkou byly podle (6) školy pro tzv. nevzdělavatelné

(delikventní a chudou mládež) zakládány průkopníky jako Mary Carpenterová (založila Kingswood v r. 1852 a Red Lodge v r. 1854), William Hunt (založil Wallingford Farm Training colony v r. 1911), Leila Rendel (Caldecott Community v r. 1911), Homer Lane (Little Commonwealth v r. 1913) a Russell Hoare (Sysonby House v r. 1914). Bridgeland (1971) uvádí, že principy samosprávy pro léčbu delikventní mládeže byly opravdově užity poprvé v Little Commonwealth (1913–1918).

Navzdory odlišnému zázemí a vzdělání tito průkopníci vykazovali společné charakteristiky: velkou ochotu experimentovat, inspirující charismatickou osobnost bez dogmatické ideologie či náboženství, nepodmiňovanou úctu k jednotlivci, víru v osobní svobodu a pohled na lásku a důvěru jako na hybatele léčby. Všichni považovali emoční deprivaci – která může být vyjádřena sociálním chováním – za příčinu nepřizpůsobivosti. Domnívali se, že nepřizpůsobivé děti postrádaly klíčové zkušenosti. Cílem léčby pro ně bylo osobní, sociální a vzdělanostní zotavení a zdůrazňovali terapeutickou cenu hry a práce, aktivity a tvořivosti.

### **Otto Shaw a David Wills**

V meziválečném období vzrůstal podle (6) počet nových léčebných iniciativ, zejména pod vlivem „nové“ dynamické psychologie, jež dosáhla vrcholu ve dvacátých letech minulého století. Tyto iniciativy, ovlivněny Freudem, Jungem, Adlerem a Reichem, zdůrazňovaly emoční deficit. Hlavními reprezentanty tohoto období byli dr. Dodd (zakladatel dr. Dodd's Residential School v Blackheath v r. 1920), Alexandr Neil (Summerhill v r. 1924), dr. Fitch (Dunnor Hall v r. 1935), Otto Shaw (Red Hill School v r. 1934) a David Wills (Hawkspur Camp v r. 1936 a Barns Hostel v r. 1940).

Shaw zdůraznil význam psychoanalýzy, protože „... akademická práce nemůže být úspěšná bez nakládání se skrytými deficity“ (Bridgeland, 1971). Wills vyzdvihl, že sdílená odpovědnost se musí vytvářet spontánně a že „... mít řád v sobě, namísto být v řádu prostřednictvím druhých, je břímě“ (Wills, 1964).

Wills je považován za „výjimečný příklad průkopníka, protože často impulzivně, ale vždy přesvědčivě ukazoval nové cesty, které jeho pokračovatelé obzřetně následovali“ (Bridgeland, 1971). Jeho práce byla prvním praktickým experimentem v tom, co nazýváme „řízená terapie prostředím“ (*Planned Environmental Therapy*).

V knize *What Do We Mean By Planned Environmental Therapy* Wills popisuje nepřizpůsobivost jako důsledek sociálních faktorů a hlubších emocionálních problémů. Předpokládá, že základem stabilního vývoje je láska, kterou každý dostává jako dítě. Ve své práci chtěl poskytovat zážitky, které posilují ego a odstraňují obranné mechanismy vůči bolesti, strachu a pocitům viny. Děti žily a pracovaly

společně a byly jim nabídnuty jisté terapeutické vztahy se stabilními dospělými. Odpovědnost byla sdílena v ovzduší otevřené terapii. Ze vzájemného jednání mohly vyrůstat morální zásady.

V r. 1951 založili Otto Shaw a David Wills „Association of Workers for Maladjusted Children“ (Sdružení pracovníků pečujících o nepřizpůsobivé děti), která se stala ideální půdou pro tříbení jejich principů a praxe v rámci národní organizace.

### **D. W. W. Winnicott**

Bodem obratu v terapeutické výchově se stala druhá světová válka (6). Nepřizpůsobivost dětí se stala národním tématem v důsledku války a masové evakuace dětí z velkých měst do malých vesnic. Postřehy průkopníků se náhle dostaly do popředí národního zájmu. Práce v evakuačních ubytovnách pro děti odloučené od rodičů, kterou vykonávali John Bowlby, Anna Freudová a zejména psychoanalyticky orientovaný pediatr D.W.W. Winnicott, se stala významným doplňkem terapeutického vzdělání.

Jeden z hlavních postojů ve Winnicottově práci je, že důvěryhodná a důsledná mateřská (nebo někoho, kdo zprostředkovává tuto roli) péče (dobrá a dostatečně pevná) o dítě vede k integraci osobnosti (Winnicott, 1976 a 1978). V tomto období před integrací dítě pozvolna opouští matku a ponechává „potenciální prostor“, který náleží oběma stranám. Stopy tohoto prostoru přetrvávají a lze je nalézt v prvním předstíraném vlastnictví dítěte - „přenosovém objektu“ (např. panence). Tento objekt je jedním z mostů mezi individuální psychikou a vnější realitou. V jeho přenosovém a potenciálním prostoru leží původ schopnosti pro hru, tvořivost a kulturu. Emočně deprivované dítě nedosáhne integrace, protože mu schází „dostatečně pevná prvotní zkušenost“, a nerozvine základní důvěru. Terapeutická komunita může podle Winnicotta působit jako „dobré a dostatečně pevné prostředí“, a nabízí tak přirozeně léčivé kvality zdravého rodinného života.

Sociální skupina může být za jistých podmínek užita terapeuticky. Skupina sama o sobě není součástí vnitřního prožitku jednotlivce, ani není součástí reality běžného života. Je něčím mezi „uvnitř“ a „vně“, jakýmsi „třetím prostorem“. Winnicott jej nazývá „iluzorní oblastí“ a „přenosovým prostorem“ (Winnicott, 1984 a 1990, Van der Linden, 1988).

### **Melvyn Rose a Richard Balbernie**

V Anglii se v rámci státního systému (6) začaly rozlišovat stále více odlišné skupiny dětí (v r. 1945 je nepřizpůsobivost popsána jako nová kategorie handicapu v *Regulations for Handicapped Children*). Jako výsledek přeměny některých „schválených škol“ (rigorózní vzdělávací instituce pro delikventní mládež) do nezávislých škol s méně autoritativním režimem postupně vznikla celá řada

terapeutických komunit v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Hlavními představiteli tohoto trendu jsou The Costwold Community (Richard Balbernie, 1966) a Peper Harow Community (Melvyn Rose, 1973). U Balbernie byl rozvoj těchto škol založen zejména na teoriích Winnicotta a jeho žákyňe Barbary Dockar-Drysdaleové, zatímco Roseová věnovala zvláštní pozornost Eriksonovým teoriím.

### **J. L. Moreno**

Jacoba L. Morena zde uvádím proto, že pracoval během první světové války s problémovými skupinami obyvatel jako byli zanedbávané děti, prostitutky, vystěhovalci. A svou prací měl bezesporu vliv na pozdější utváření terapeutických komunit pro drogově závislé (6, 9). Intenzivně se věnoval studiu skupinových vztahů a vzájemných náklonností a vyvinul ve třicátých letech jejich grafický popis, jenž nazval „sociometrií“. Dále se velmi zajímal o role, jež člen skupiny zastává, a rozvinul techniku hraní rolí nazvanou „psychodrama“. Na její používání kladl velký důraz s cílem získání přesného obrazu klienta o sobě samém. Do práce se skupinami vnesl také pojem „skupinová psychoterapie“.

### **A. S. Makarenko**

Pokud jsou zmiňovány pokusy o převýchovu delikventní mládeže v anglicky mluvících zemích, je třeba připomenout také Makarenkův vklad do výchovy takových dětí (12). Anton Semjonovič Makarenko byl ruský učitel, který byl v r. 1920 pověřen, aby zorganizoval u Charkova pracovní kolonii pro mladistvé provinilce. Během několika let se mu podařilo vybudovat funkční instituci nazvanou „Pracovní kolonie Gorkého“. Pokračováním této kolonie bylo vybudování „Pracovní komuny Džeržinského“ (1927–1935) u Charkova pro výchovu bezprizorních dětí. V obou institucích zavedl Makarenko vojenskou organizaci – žáci byli řazeni do oddílů, v jejichž čele stáli velitelé, nejvyšším orgánem komuny byla volená rada velitelů, které předsedal Makarenko. Den byl rozdělen na několik hodin vyučování a několik hodin práce, součástí výchovy byla rozsáhlá mimo vyučovací kulturní a zájmová činnost. Jeho výchovními principy byly: 1) optimismus – hluboké přesvědčení o účinnosti výchovy a důvěra v žákovy síly a schopnosti dosáhnout předpokládaných výchovných cílů; 2) humanismus – trvalá náročnost spojená s úctou k žákově osobnosti; 3) perspektivnost – cílem účinné výchovy má být „výchova perspektivních cest“, tj. stanovení blízkých, středních i dlouhodobých perspektiv u žáků. Makarenko zdůrazňoval řídicí úlohu vychovatele; jeho autorita má vyplývat z hodnoty jeho práce, z jeho zásadovosti, organizačního mistrovství a jeho kladného vztahu k žákům. Odmítal přitom autoritu založenou na útlaku, na odstupu nebo na namyšlenosti, na pedantismu nebo rozumování, na nezdravé lásce a dobrotě nebo na falešném přátelství či podplácení. Mnoho pozornosti věnoval

Makarenko problematice kázně a režimu. Odmítal představu kázně jako pouhého výchovného prostředku, považoval kázeň za výsledek výchovného procesu, především za výsledek veškerého úsilí samotného kolektivu chovanců. Kázeň je dle něj „nutná pro dosahování cílů, je potřebná z hlediska optimálního rozvoje jednotlivce, musí být postavena nad zájmy jednotlivců. Je zároveň ozdobou kolektivu, každému jedinci zabezpečuje svobodu a pocit bezpečí, projevující se především v mezních situacích“. Cestou k dosažení kázně je režim, jeho pomocí kolektiv organizuje vnější rámec chování, přičemž ponechává na každém chovanci, aby naplnil tento režim vnitřním obsahem. Kolektivní výchova probíhala jednak přímo prostřednictvím pedagoga, jednak nepřímo prostřednictvím tzv. „aktivu“ – členy aktivu byli všichni chovanci, kteří měli dobrý vztah k ústavu a jeho úkolům, účastníci se práce samosprávy, vedení výroby i práce klubovní a kulturní. Aktiv zajišťoval posloupnost pokolení a jednotu kolektivu, dorůstající členové nastupovali na místa propuštěných chovanců. Aktiv zajišťoval paralelní výchovné působení na kolektiv, bylo třeba jej trvale zapojovat do činnosti a vždy respektovat. Většina konfliktů byla řešena konfrontací jedince s kolektivem, Makarenko varoval před řešením „mezi čtyřma očima“, které odpovědnost vůči kolektivu snižuje (2). Klíčová rozhodnutí činila rada velitelů a společné shromáždění jako nejvyšší mocenský orgán, jemuž se podrobovali i vychovatelé. Vedení sice mělo právo veta, ale této možnosti využívalo minimálně. Cílem přitom bylo, aby se každý za rozhodnutí cítil odpovědný. Podle Pohla (1972) je patrná podobnost mezi pozdějšími Jonesovými teoriemi a Makarenkovým přístupem (2).

## První terapeutické komunity pro dospělé

➤ V následném textu volně cituji z prací (6, 13, 14). Joshua Bierer (1964) uvádí, že první „the therapeutic social club“ vznikl v r. 1938. Na jeho založení spolupracoval s dr. R. Ström-Olsenovou v Runwell Hospital pro neurotické a psychotické pacienty ve Wickfordu, v Essexu (Anglie). Bierer byl ovlivněn individuální psychologií Alfreda Adlera – psychologií celostního pojetí. „The social club“ umožnil růst konceptu terapeutické komunity. Bohužel pokus přeměnit celou nemocnici na terapeutickou komunitu byl v té době shledán příliš revolučním, takže to bylo možno realizovat pouze částečně. Bierer zdůrazňoval význam celého prostředí, sdílenou demokracii a síť vzájemných vztahů „Patient-THERapist-RelatioNships“ (PATHERN).

Na počátku druhé světové války vznikly dva nezávislé trendy v evropské terapeutické komunitě. Představuje je na jedné straně M. Jones a na straně druhé W. R. Bion a H. Bridger.

### W. R. Bion a Harold Bridger

Mezi lety 1942 a 1948 (během války) probíhaly v Northfieldu (Birmingham) v Hollymore Hospital experimenty spojené s úsilím poskytnout vojákům úlevu od psychologických potíží. První experimenty jsou spojeny se jmény J. Rickman a W. R. Bion, následující s S. Foulkes, T. Main a H. Bridger. Bion byl vedoucím rehabilitační jednotky v průběhu prvního experimentu. Rozvinul formu skupinových aktivit, v kterých si všímal skupinových úkolů a výsledků, stejně tak jako skupinového procesu. V tomto případě se snažil zjistit, jak se vůdce, jmenovaný k určitému úkolu, vztahoval ke členům skupiny, již se v těžkých válečných podmínkách ujímali svých dílčích odpovědností. Tento experiment vyvolaný potřebou znalosti dynamiky rozhodovacích procesů v armádě během války velmi při-



spěl k pozdější znalosti skupinové dynamiky a skupinových procesů. V Notrhfieldu to prakticky znamenalo (Nešpor, 1996), že na jaře r. 1943 převzal Bion oddělení s množstvím naprosto demoralizovaných a nedisciplinovaných neurotických vojáků. Bion jim oznámil, že za jejich chaotické jednání odmítá přebírat odpovědnost. Z otázky disciplíny učinil problém celé komunity, aby z ní udělal společný zájem. Byl tedy ochoten hovořit pouze s těmi vojáky, kteří za ním přišli čistě a předpisově oblečení. Prosazoval zásadu otevřené komunikace, kdy např. s problémem nočního pomočování pracoval v komunitě, a ne dříve obvyklým tajněkářským způsobem. Během 6 týdnů došlo k pronikavému zlepšení atmosféry na oddělení, ovšem nadřízení nebyli (Kenaard, 1998) ochotni akceptovat Bionovo odmítání zodpovědnosti a prvotní chaos. Main později napsal, že jeho počínání bylo terapeutické pro vojáky na oddělení, ale bylo antiterapeutickým pro službu v armádě. Po krátké době byl Bion převelen v důsledku vzrůstajících disciplinárních potíží v celé nemocnici. Podcenil totiž vliv své činnosti na oddělení a celou nemocnici (Bridger, 1984). Celkové období, které Bion v Northfieldu strávil, trvalo jen 3 až 4 měsíce.

O dva měsíce později převzal vedení oddělení psychoanalytik Foulkes a vedl jej 3 roky. Nejprve se věnoval pacientům v terapeutických skupinách, které rozšířil i o psychodrama (znal práce Morena), a později zlepšoval spolupráci mezi personálem a aktivně zapojoval sestry do léčebného procesu, včetně rozhodování. Asi po roce a půl nastoupili na oddělení další významní spolupracovníci Harold Bridger, učitel matematiky, a Tom Main. Spolu zde prováděli tzv. druhý experiment a v souladu s Winnicottovými myšlenkami považovali terapeutickou komunitu za přechodové společenství. Zejména Bridger podporoval množství nových skupinových projektů (nejenom terapeutických skupin, ale také zájmových kroužků, vydávání novin, atp.). Poté, co umožnili, aby vznikl v oddělení volný prostor (*social club*), stal se tento prostor díky touze pacientů po sdružování terapeutickým. V tomto období byl poprvé použit termín „terapeutická komunita“ Tomem Mainem v r. 1946 v článku *The Hospital as a Therapeutic Institution*.

Podle Kennarda (14) definovali tak následující klíčové myšlenky – 1) problematika rušivého chování je definována jako sdílený, společný problém; 2) programová nabídka a příležitost se lépe uskuteční uvolněním rukou pacientů než nařízením; 3) skupiny jsou sestavovány z různých pacientů a za různými cíli, což vede k zlepšení vzájemné komunikace a kooperace; 4) vedení není konečným stavem, ale krokem personálu k uchopení vedení samotnými pacienty; 5) je zakotvena „kultura dotazování“ (*culture of enquiry*), což zahrnuje zejména vztahy mezi personálem; 6) je rozpoznáno, že inovace v jedné části organizace zasáhne všechny její části, a že je tak živou prací se všemi součástmi. Pro tyto nové myšlenky použil Main termín terapeutická komunita.

Ve své knize (13) Jones velmi zajímavě popisuje vznik prvních komunit. Popisuje vývoj dvou zařízení, v kterých působil – Mill Hill a Dartford, a označuje je za dvě rané experimentální komunity.

Oddělení v Mill Hill Emergency Hospital bylo určeno pro léčbu únavového syndromu (*the effort syndrom* zahrnoval směs neurotických příznaků, dnes pravděpodobně diagnostikovaných jako únavový syndrom, posttraumatická stresová porucha, nebo somatomorfní či generalizovaná úzkostná porucha; v překladu se držím jím užívaného termínu).

Na počátku války byl rozdělen tým Maudsley Hospital do dvou částí. Jedna do Mill Hill na severním předměstí Londýna, druhá do Suttonu na jižním okraji. Obě centra se věnovala léčbě neurotických obtíží a přestože vzešla ze stejného zdroje, měla odlišný další vývoj. Sutton Emergency Hospital se věnoval krátkodobým metodám léčby u akutních forem válečných neuróz, jako např. inzulinová léčba, narkóza, éter, narcoanalýza. Mill Hill se vyvíjel zcela odlišným směrem. Základem bylo užívání sociologických a psychologických metod léčby.

Oddělení pro léčbu únavového syndromu o 100 lůžkách bylo v Mill Hill založeno pod vedením kardiologa Paula Wooda a psychiatra M. Jonese. První ze jmenovaných 1,5 roku vedl oddělení a na základě svých zkušeností publikoval v r. 1941 práci *Neurocirculatory asthenia* (Neurocirkulační asthenie). Po zbývající 3,5 roku byl za vedení oddělení plně zodpovědný M. Jones a v řízení měl téměř neomezenou svobodu. Na počátku bylo oddělení k nerozeznání od tehdejšího tradičního nemocničního oddělení – slovo staniční sestry bylo zákonem a mezi sestrami a lékaři byla minimální komunikace, stejně tak jako mezi sestrami a pacienty. V té době získali vynikající střední personál – vyspělé a vzdělané ženy z různých profesí, které se rozhodly pro práci v nemocnici v rámci válečného nasazení. Takové sestry očekávaly aktivní roli v léčebném programu a také si ji plně zasloužily. Současně byly vzdělávány ve zdravotní péči a musely být školeny pro práci s neurotiky. Trend té doby – vzdělávání sester – podporoval vzájemnou spolupráci sester a lékařů. Změny tak musely nastat i v sociální struktuře oddělení. Staniční sestra přestala být spojkou mezi ostatními sestrami a lékaři a byla podporována přímá komunikace mezi oběma skupinami. Stejně tak byla od sester očekávána otevřenější komunikace s pacienty a přijetí významnější role v péči o ně. Tyto rané změny ve struktuře narazily na odpor staniční sestry, která cítila, že je její autorita podkopávána, a fakticky se málem celý vývoj zvrátil v důsledku úzkosti starších sester týmu. Nestalo se tak jen díky zásahu vedení nemocnice, které reformy podporovalo.

Současně s probíhajícími změnami v týmu oddělení nastaly i změny ve složení pacientů. Byli sem posíláni zejména pacienti trpící únavovým syndromem,

což znamená, že jejich symptomatologie byla téměř stejná. Pacienti si stěžovali na dušnosti, bušení srdce, bolesti levé části hrudníku, závratě, únavu a občasně mdloby. Jejich obtíže byly často vztaženy k tělesnému pohybu. Na počátku řešení těchto problémů bylo nutno pacienta pečlivě vyšetřit tělesně, kardiologem i psychiatricky. Postupně se začala shromažďovat faktická data podporující psychosomatickou etiologii onemocnění (napětí určitých svalů a ústup bolesti při jejich anestezii, omezené pohyby bránice – mělký dech, množství laktátu a spotřeba kyslíku v krvi při zátěži atp.). Začalo být nezbytné vysvětlovat každému ze 100 pacientů na oddělení podrobně psychologické faktory způsobující jejich obtíže. To se jednotvárně opakovalo a zabíralo stovky hodin. Na počátku tedy bylo rozebírání symptomů s celou skupinou 100 pacientů. Tyto „lecke“ vedly záhy k rozvoji diskusí nad problematikou.

Bylo nezbytné dát pacientům určitý objem základních informací z psychologie a anatomie za účelem lepšího porozumění jejich symptomů. Jones a jeho spolupracovníci se shodli, že k dosažení tohoto cíle je nutno alespoň 12 hodin diskuse a instruktáží. Setkání se konala 3x týdně po celý měsíc, poté se celý kurz opakoval. Vzhledem k tomu, že průměrná délka pobytu pacienta byla mezi 6–8 týdny, byl na oddělení vždy alespoň jeden, který již celý kurz absolvoval. Časem se stalo možné vést diskusní skupiny tak, aby požadované informace byly získávány většinou přímo z řad pacientů. To mělo zvláštní význam proto, že ve válečném období vojáci obecně, a neurotičtí vojáci obzvláště, se měli na pozoru před „autoritami“. Stačilo uvést do skupiny problém např. s dušností a bolestmi na hrudi a pak jen usměrňovat vzniklou diskusi. Touto cestou pacienti udrželi zájem a snadněji přijímali informace nabízené svými informovanějšími druhy – pacienty. Informace odbornějšího rázu, jako např. model nervového systému nebo mozku, byly přednášeny kvalifikovanou sestrou.

Důležitým ponaučením, které vzešlo z tohoto stupně práce, bylo, že skupina 100 pacientů může prostřednictvím vzdělávacích technik změnit své postoje vůči svým symptomům. U většiny pacientů symptomy nevyzimely, ale bylo dosaženo zásadní změny v pacientově přístupu k jeho potížím. Při přijetí pacienti za příčinu potíží považovali nepřiměřenou fyzickou zátěž v armádním výcviku. Zcela ignorovali emoční důsledky svého válečného poslání a byli přesvědčeni o své srdeční chorobě. Žádné ujišťování, byť od špičkového kardiologa, nebylo schopno tento postoj změnit. Ujišťování byla pro pacienty bezvýznamná, vždyť symptomy stále přetrvávaly. Cítili se pouze ublíženi a nepochopeni, protože se jim zdálo, že jsou obviňováni ze simulace. Jednoduše řečeno, během běžné konzultace nebylo možno dosáhnout dostatečného pochopení podstaty symptomů, zatímco dle Jonesových zkušeností 12 hodin instruktáže a diskusí stačilo potřebám běžného pacienta.

Brzy se stalo zřejmé, že diskusní skupiny nejsou pouze vzdělávacími setkáními – ovlivňovaly celou sociální strukturu oddělení. Pacienti začali využívat

příležitosti nabízené diskusními skupinami k otevírání problémů souvisejících s chodem oddělení. Bylo cítit, jak se skupinová atmosféra mění den ze dne. Někdy zjevně v souvislosti s vnějším stresem, někdy záhadně neznámými silami. Jonesův zájem se rozšířil o otázky související s tímto sociologickým fenoménem, souvisejícím s diskusními skupinami. Sestry začínaly rozpoznávat charakteristické způsoby chování jejich pacientů a začaly se zajímat o takové aspekty jako např. morálka oddělení. Personál začal experimentovat s technikami s větším sociologickým dopadem. Sociální problematika byla začleňována do diskusí a např. po dlouhou dobu sestry přehrávaly scény ze života fiktivní rodiny zahrnující rodiče (normální otec + hysterická matka) a tři dcery, jejichž osobnosti inklinovaly (v tehdejší terminologii) k schizoidní, psychotické nebo hysterické. Tato dramatická přiblížení byla pro pacienty velmi zajímavá a probouzela vysoký stupeň účasti v následných diskusích. Odtud byl jen malý krok k samotné účasti pacientů v přehrávání. Jako první sociální problémy, na které byly napsány krátké hry, byla použita témata alkoholismu nebo nevěry. Pacienti, kteří psali tyto krátké hry, do nich vkládali témata sobě vlastní a po krátké době se začala vyskytovat i upřímná osobní témata, v kterých pacienti hráli své vlastní role. Používání dramatu jako techniky v sociální terapii začalo v lednu 1944, rychle se stalo každotýdenní událostí a přetrvalo až do pozdějších let. V počátcích byl Jones, jak sám uvádí, neznalý práce J. L. Morena, ačkoli později se v jeho díle dále inspirovali.

Vývoj oddělení probíhal zhruba v těchto obrysech a lze jej shrnout do tří částí.

1. Byl učiněn pokus dívat se na léčbu jako na proces zahrnující celý život pacienta na oddělení. Pohovor s lékařem nebyl jedinou léčbou, byla do ní více zahrnuta organizace celého zbytku dne. Pacient reagoval na nemocniční komunitu zhruba stejným způsobem, jako reaguje v komunitách vnějších. Začalo být zřejmé, že studium těchto reálných situací může dát o podstatě pacientových potíží lepší obraz, než osobní anamnéza získaná za umělých podmínek oficiálního vyšetření.
2. Aby bylo takové pozorování možné, musela se změnit struktura oddělení směrem k výraznějšímu průniku mezi jednotlivými skupinami - lékaři, sestrami, pacienty. Tím byla rozbita původní nemocniční hierarchie a mezi lékaři, sestrami a pacienty byla nastolena volná komunikace. Denní diskuse mezi těmito subpopulacemi a nárůst počtu vzájemných setkání tomuto procesu pomáhaly. Lze pochybovat, zda by k takové rychlé proměně došlo i v době míru. Nicméně zde pomáhala krátkodobost existence nemocnice, zaměstnávání sester z jiných profesí a všeobecná přizpůsobivost ke změnám, které se objevovaly během války v mnoha oblastech.
3. Začala být zkoumána pacientova role v sociální struktuře oddělení díky rostoucímu povědomí o významu komunitních rolí lékařů a sester, speciálně

při jejich terapeutické funkci. Už na počátku války byl zdůrazňován význam odborného výběru pacientů vracejících se do vojenské služby. Méně než polovina pacientů byla propuštěna z armády přímo v nemocnici. Odborné vedení při návratu do civilního života bylo nezbytné, aby se pacienti vyhli zbytečným stresujícím faktorům, přestože trh práce byl během války velmi příznivý. Na pomoc propuštěným z armády bylo nutno nacházet možnosti zapojení do infrastruktury a zajišťovat např. výuku psaní na stroji, práce na stavbě apod. pro vybrané skupiny pacientů Mill Hill Emergency Hospital.

Tento stupeň sociálně psychiatrického vývoje představoval výjimečnou příležitost pro rozvoj Jonesových představ o komunitních terapeutických technikách. Na počátku r. 1945 dostala nemocnice za úkol vytvořit léčebné zařízení určené pro válečné zajatce vracející se z evropského bojiště a Jones měl od ředitele A. B. Stokese naprosto volnou ruku v jejím vybudování. Při realizaci bylo použito mnoho jeho myšlenek a patří mu podle Jonese velká zásluha na vzniku této nemocniční jednotky pro válečné zajatce, která byla otevřena v Southern Hospital v Dartfordu v Kentu v květnu 1945.

V Dartfordu již systémově vzniklo léčebné zařízení s komunitními prvky pro celkem 300 pacientů, rozdělených do 6 oddělení, přičemž v každém oddělení se vytvořily 4 podskupiny pacientů. Personál se skládal z 6 psychiatrů, 50 sester, psychologa, sociálního pracovníka a odborníka na zaměstnanost. Délka programu byla 6 až 8 týdnů. Každý den probíhala skupinová terapie a každý den byli pacienti rozvázeni do přílehlých továren či pracovišť na „pracovní terapii“. V průběhu pobytu pacienti řešili své zdravotní potíže a souběžně nacházeli své místo v poválečné společnosti, rekvilifikovali se do jiných profesí apod. Jedním z hlavních cílů bylo najít pro pacienty přechodné pracovní uplatnění v širší komunitě obyvatel Dartfordu a okolí, s nimiž se také Darfordské léčebně podařilo navázat velmi dobré vztahy. Znamenalo to, že do léčby bylo v okolí zainteresováno přes 70 dalších lidí „neterapeutů“. Tato kombinace skupinové léčby a propojení s místní komunitou pomáhala najít válečným zajatcům (1–5 let v zajetí) jejich novou sociální roli a povolání. Během pár týdnů komunitního života začal v Dartfordu vycházet patientský časopis, vznikl hudební a divadelní soubor. Prohřešky proti režimu byly řešeny vždy celou skupinou a vzájemná otevřená komunikace mezi jednotlivými sociálními skupinami léčebny byla podle Jonese nejlepší zárukou řešení případných potíží. Léčebnou prošlo za 11 měsíců jejího provozu přes 1200 pacientů.

Od roku 1947 M. Jones vedl podobným způsobem oddělení pečující o dlouhodobě nezaměstnané s nejrůznějšími neurotickými či psychopatologickými charakteristikami – 100 lůžkové odd. „industriálních neuróz“ v Belmont Hospital. Toto oddělení bylo později přejmenováno na „Social Rehabilitation

Unit“ a v r. 1958 (v souvislosti s Jonesovým odchodem do USA) přejmenováno na „Henderson Hospital“.

Jones ve spolupráci se svými kolegy vytvořil, a pro své následovníky zakotvil, klíčové prvky fungování komunity. Za tři nejdůležitější lze dle D. Kennarda (14) považovat tato:

1. Denní setkání všech členů komunity - v kruhu probíhající diskuse o zážitcích minulého dne a společné plánování následujícího, přičemž personál nemusí mít hlavní slovo. Jones tím sledoval dva hlavní cíle - převzít část odpovědnosti za komunitní záležitosti pomáhá pacientům překonat nedostatek sebedůvěry a skrze diskusi o dění se mohou naučit více o pocitech a vnímání skrytých za chováním, případně opravit své zkreslené vnímání.
2. Týmové porady - setkání všech členů týmu vždy bezprostředně po „komunitě“. V důsledku společných diskusí o probíhajícím dění se zmírňovalo jasné ohraničení na tehdejší dobu konvenčních rolí (lékař - sestra - pacient), což současně předpokládalo permanentní diskusi na téma „za co je kdo odpovědný“. Též docházelo k otevírání problémů vznikajících mezi jednotlivými skupinami.
3. Živé učení (*living learning situation*) - kdykoli při ohrožení člena skupiny mohla být svolána mimořádná krizová skupina. Zde docházelo k okamžité konfrontaci „tváří v tvář“ a současné analýze interpersonálních potíží.

S Jonesovou prací také souvisí vznik dvou dalších termínů užívaných v praxi dodnes - jedná se o matení rolí (*role blurring*) a zpětná vazba (*feedback*).

Na základě svých zkušeností postuloval Maxwell Jones pět základních zásad terapeutické komunity (4, 13):

- oboustranná komunikace na všech úrovních
- proces rozhodování na všech úrovních
- společné vedení
- konsensus v přijímání rozhodnutí
- sociální učení v interakci „tady a teď“

Je třeba říci, že M. Jones pracoval zejména s neurotickými pacienty, zatímco u většiny pacientů závislých na tvrdých drogách se setkáváme s výraznější psychopatologií, zejména s poruchami osobnosti, kde příliš demokratický způsob vedení může být antiterapeutický. To je vidět na příkladu komunity Emiliehoeve v Holandsku, jak její počátky popsal M. Kooyman.

V pozdějších letech následovaly příkladu zejména Jonesových komunit další a další podobné organizace, a struktura péče ve zdravotnictví i ve školství tím byla podstatně ovlivněna (14). Následně v sedmdesátých letech minulého století se rozvinul dialog mezi terapeutickými komunitami pro dospělé a pro

děti a vedl v r. 1972 k založení „Association of Therapeutic Communities a později k vydávání specializovaného časopisu *The International Journal of Therapeutic Communities*. Ve vydání z r. 1994 Kennard (srov. 4, 14) popisuje sedm charakteristických znaků pro terapeutickou komunitu: 1) komunita sestává ze skupiny jednotlivců, kteří spolu žijí nebo se pravidelně setkávají a podílejí se na cílevědomých úkolech; 2) členové zažívají důvěrné, neformální, nehierarchické vztahy; 3) informace jsou sdíleny mezi všemi členy; 4) situace vedou k živému učení; 5) existuje zde kultura dotazování; 6) psychodynamické povědomí; 7) jasné členění času, prostoru a rolí.

## Rozvoj terapeutických komunit pro drogově závislé

### Severní Amerika

#### Synanon

Prakticky všechny terapeutické komunity pro drogově závislé ve Spojených státech jsou nějakým způsobem následovnicí jedné organizace – Synanonu (9, 15). Tato organizace byla založena v únoru r. 1958 v Kalifornii a její název údajně pochází od zkomoleniny slova „seminář“ používané jedním ze zakládajících členů. Ústřední postavou Synanonu byl Charles Dederich, silný, dynamický a charismatický vůdce, bývalý podnikatel, alkoholik a absolvent programu Anonymních Alkoholiků. Ch. Dederich nejprve změnil setkání AA, která se konala v jeho domě na skupiny, jejichž členové se vzájemně konfrontovali přímějším a emocionálnějším způsobem. Tyto skupiny nazval „hrou“ a tyto „Synanon Games“ se později staly základem terapeutického programu Synanonu. Tím bylo také dáno, že vazba mezi AA a Synanonem byla na počátku velmi těsná a účast na setkáních AA byla pro raný Synanon charakteristická. Až v důsledku vývoje a změn v klientele směrem k drogově závislým se charakter programu díky Dederichovi vzdaloval ideologii AA, až došlo k jejich úplnému odtržení a většina alkoholiků v r. 1958 ze Synanonu odešla. V září r. 1958 se spolu se členy své skupiny odstěhoval do malého útulku v Ocean Park (Santa Monica) v Kalifornii, aby založili komunitu, v které budou žít všichni společně. Ve spolupráci těchto několika zruinovaných alkoholiků a narkomanů, bez prostředků či státní podpory, se podařilo vybudovat za dvacet let organizaci, která měla přechodně přes 1000 obyvatel, 2000 členů jejich „hráčského“ klubu a hodnotu 33 milionů dolarů.

Mezi hlavní ideologické změny oproti AA patřil odklon od ambulantního programu k ústavnímu a ústup od náboženské ideologie k světské orientaci (Dederich byl velmi ovlivněn Emersonovým pojetím „spolehnutí se sama na sebe“). Tyto dvě základní změny vtiskly víceméně pevně filosofický rámeček



i jejich následovníkům v terapeutických komunitách. Zřejmě za těmito změnami stojí i větší přijatelnost Synanonu pro drogově závislou mládež Spojených států. Ústup od náboženské ideologie přitom ovšem neznamenal absenci doktríny, ale nahrazení jedné doktríny druhou.

Hlavní terapeutické prvky Synanonu byly náhradní rodina, propracovaný systém odměňování i trestů, modifikace chování prostřednictvím konfrontace a frustrace, specifické techniky, charismatický vůdce a náboženská oddanost.

Fenomén náhradní rodiny spočíval v tom, že Synanon byl schopen poskytnout lidem široké zázemí – za respektování pravidel Synanonu měl každý člen právo na jídlo, nový domov, jasně definovanou úlohu a pozornost a podporu ostatních členů. Tato rodinná atmosféra s intenzivními projevy loajality a podpory umožňovala členům snést tvrdé konfrontace i útoky, a tak změnit maladaptivní obranné mechanismy a nahradit je pozitivnějšími formami chování.

Systém odměny byl jedinečně dán faktem, že člen Synanonu mohl, pokud jednal správně, stoupat v hierarchii organizace na čím dál zodpovědnější a významnější posty, spojené s celospolečenským („celo-synanonským“) uznáním, získávat volnost pohybu, privilegia i materiální komfort. Synanon nebyl nijak horizontálně omezen, v podstatě byl schopen jakéhokoli rozvoje. Rozvoj poskytoval členům nepřetržitě vědomí platnosti pro společenství a vědomí potenciálu vlastního růstu. Nováček byl neustále obklopen lidmi, kteří „to dokázali“, ač vyšli ze stejné pozice jako on. Tento aspekt nelze nikdy plně zopakovat v komunitách zaměřených na návrat svých klientů do původního prostředí, a komunity se tak dodnes potýkají s vytvořením účelného systému odměn (9).

Modifikace chování prostřednictvím frustrace a konfrontace považoval Dederich za neoddělitelnou součást rehabilitace. Při vstupu nových členů vyžadoval daleko větší míru pokory (až pokoření) uchazečů, než tomu bylo u AA při úvodní „zpovědi“. Vstup byl podmíněn značným finančním příspěvkem (minimálně 500 dolarů) jako důkazem skutečné motivace k léčbě. Každý člen byl vystaven nepřetržitě konfrontaci se svým chováním a kritice, případně i ztrátě svého postavení či určitých výhod, např. propustek (2).

Nejznámější specifickou technikou Synanonu byla „hra“ – tedy skupinové sezení, při kterém se na člena sedícího na „horké židli“ snesla smršť kritiky a zrcadlení jeho chování; tyto skupiny v průběhu vývoje získávaly stále více na agresivitě (2). Skupiny neměly formálního vedoucího, v jejich vedení se střídali sami členové. Normou bylo člena nechránit, zrušit všechny případné „tiché dohody“ mezi členy, nezatajovat žádný potenciálně terapeutický materiál (15). Za stejným účelem se i obsazení skupin stále měnilo, také proto, aby se maximalizovala rozmanitost pohledů a informací. Pláč byl podporován jako forma katarze, každý byl povinen se útokům na sebe podrobit, stejně jako byl povinen se aktivně účastnit probírání druhých. Skupiny byly zásadně orientovány

na „teď a tady“, minulé zážitky měly podřadný význam. Další vytvořenou technikou byl *hair cut* neboli „mytí hlavy“, které znamenalo pro dotyčného ostrou konfrontaci jeho přestupku s nejbližšími členy. Výsledkem byly pro dotyčného závazné předpisy do budoucna. Dále sem patří ranní „komunity“ s převážně organizačním nábojem, případně zaměřené na problémy, v kterých se v celku může vytvářet napětí nebo mohou vznikat problémy. Méně konfrontačními byly „semináře“, v kterých členové diskutovali o filosofických otázkách, často souvisejících s tématy svobody či zodpovědnosti. Tato setkání umožňovala rozvoj intelektuálních i verbálních schopností. Extrémní formou skupinové konfrontace byl „výlet“, kdy skupina se stejnými členy trvala strukturovaně 48 hodin, nebo skupina permanentně probíhající nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, o 18 členech, v které se vždy po 4 hodinách vyměnila dvojice účastníků za nové, čerstvé, aby neupadala intenzita dění ve skupině. Takto intenzivní skupiny vyvíjely velmi silný tlak a vedly k extrémním zážitkům; obvykle se také tato zkušenost neopakovala. Výsledkem všech těchto technik bylo zvýšení sebeuvědomění člena a podpora upevnění jeho identity. Prostředí umožňovalo rozbit „staré“ obranné mechanismy a blokovat impulzivitu toxikomanů, náhradou jim byly poskytovány nové vzorce chování s enormní podporou ostatních členů v jejich udržení. Faktem ovšem je, že déle členem Synanonu zůstávalo pouze asi 20% příchozích.

Charisma vůdce bylo dáno jeho velikým nadšením, intelektem, přehledem, schopnostmi a rétorickým nadáním. Jeho přesvědčivost byla tak veliká, že získával téměř „na smrt“ oddané soupevníky, kteří se byli ochotni pro společnou ideologii dopustit i vraždy, jako v případě pokusu o vraždu advokáta po prohraném soudním sporu v druhé pol. sedmdesátých let 20. století, nebo ochota bývalých členů jít do vězení místo Dedericha. S tím souvisí i téměř náboženský rozměr Synanonu, uctívání jeho vůdce a všudypřítomná ochota k oběti pro společné cíle. Pro ilustraci postačí, že např. když Dederich hovořil v místním rozhlase všechny aktivity musely ustát (včetně výuky dětí ve škole). V důsledku to vedlo k pozvolné ztrátě schopnosti ostatních se s Dederichem konfrontovat nebo jej jakkoli kritizovat. Odpůrci byli postupně ze Synanonu vyloučeni, nebo odešli sami – stejně jako např. D. Deitch.

Dederichovou vizí bylo vytvoření lepší společnosti, členové Synanonu se neměli vracet do původního prostředí. Jeho obyvatelé neměli soukromé vlastnictví, ani peníze, pracovali 7 dní v týdnu a dalších 7 dní měli volno. Celý Synanon byl obrovským sociálním experimentem a jako takový nakonec selhal v důsledku toho, že jeho zakladatel nebyl dostatečně kontrolován.

V průběhu let se Synanon stále více rozrůstal a stával plně soběstačný, synanonské firmy se rozprostíraly po celých Spojených státech, organizace vlastnila svoje auta, čerpací stanice, letadla, pozemky, školy. Čím dál víc se izoloval od okolí a okolní svět vnímal jako nepřátelský a synanonský jako jediný správný.

Rostl totalitarismus, snižovala se dostupnost jiných názorů a myšlenek, normálních podnětů okolní společnosti. Nakonec Dederich prosadil např. sterilizaci mužů či výměnu partnerů, podařilo se mu docílit, že všichni najednou přestali kouřit, v poslední fázi bylo povoleno užívání tělesných trestů (s příslušníky hnutí punk si jinak nedovedli poradit), hromadění zbraní k vlastní obraně a na závěr se též pokusil vyhlásit nezávislost na Spojených státech. Dederichův rozpad vrcholil po smrti jeho ženy v r. 1977, po níž následovala jeho recidiva na alkoholu a v r. 1978 uvěznění za účast na pokusu o vraždu (šlo o pobízení v synanonském rozhlasu k zabití právníka, který vyhrál soudní pře vůči Synanonu a uštkl ho poté chřestýš vhozený do dopisní schránky).

Ottenberg (16) vyzdvihuje nebezpečí proměny komunity v sektu a uvádí, že pro mladé drogově závislé je sekta stále přitažlivou alternativou k léčbě, které dávají často přednost před konvenční terapií, nebo když konvenční léčba selhala. Tuto tendenci dává do souvislosti s lákavě jednoduchou nabídkou spásy člověku, který ztratil kontrolu nad svým životem. Varuje před tímto fenoménem a zdůrazňuje nutnost vnější i vnitřní kontroly každého léčebného zařízení, což i v našich podmínkách není všeobecnou praxí.

### **Daytop a další americké komunity pro drogově závislé**

Synanon vzbuzoval (4) v letech svého rozmachu veliký zájem médií i odborné veřejnosti a byl považován za nejefektivnější léčebný model drogových závislostí. Jeho modelem se inspiroval i zakladatel Daytopského modelu – psychiatr Daniel Casriel. V r. 1963 navštívil se svým spolupracovníkem kriminologem Alexandrem Bassinem Synanon s cílem založit terapeutické centrum v New Yorku pro rostoucí populaci závislých. Casriel v něm strávil několik dní v době, kdy tam žilo asi sto členů, většinou heroinistů, kterým se dařilo úspěšně abstinovat. Přitom život v této komunitě měl daleko od chápatějšího a přátelského přístupu většiny terapeutických center šedesátých let. Na základě této zkušenosti a ovlivněn pracemi J. L. Morena (zakladatele psychodramatu) a C. Rogerse (jeden z hlavních představitelů humanistické psychologie) založil v témž roce komunitu Daytop Village na Staten Island v New Yorku. Na zakládání Daytopu se podílel i katolický kněz W. B. O'Brien, který také dříve s Dederichem a Synanonem úzce spolupracoval. Na rozdíl od Synanonu bylo cílem Daytopu vrátit jeho klienty do společnosti, aby zde mohli žít bez drog. Dalším rozdílem vůči Synanonu je začlenění profesionálů do personálu a vytvoření nezávislé kontrolní instituce v podobě správní rady. Po klientech Daytopu se nevyžadoval také žádný vstupní poplatek, čímž se značně rozšířila potenciální populace. Daytop, stejně jako další komunitní programy, vedli často později bývalí klienti Synanonu – D. Deitch a Brancato v Daytopu, Natale ve Phoenix House. Pouze výjimečně se podobným centrům ovšem daří fungovat zcela bez státní finanční podpory, jako v případě Delancey Street

v San Franciscu. Phoenix House vznikl přibližně ve stejné době jako Daytop (v r. 1966) za úzké spolupráce psychiatrů Ramireze a Rosenthala. Oba tyto programy se staly postupně základními vzory pro terapeutické komunity pro závislé v Americe i mimo ni. Do dalších protidrogových komunitních programů (ovlivněných ať Synanonem, nebo Daytopem) se zapojovali i další významní profesionálové jako De Leon ve Phoenix House, Densen Gerber v Odyssey House, Biase v Daytopu, Sholl a Holland v Gateway House, Ottenberg v Eagleville Hospital a Vamos v Portage. Daytop stál u zrodu mnoha terapeutických komunit v Evropě i jihovýchodní Asii a Msgr. O'Brien z Daytopu byl více než 10 let prezidentem Světové federace terapeutických komunit.

Název Daytop (g) je ve skutečnosti akronymem pro „Léčení drogové závislosti u podmíněčně propuštěných“ (*Drug Addiction Treatment for Probationers*). Proto také Daytopský model tvrdě pracuje u nováčka s kriminální minulostí na takovém rozpoložení myslí, aby byl schopen uznat nezodpovědnost svého minulého jednání, a tím odpovědnost za své dřívější činy. Podobně jako Synanon chtěl, aby byl budoucí člen takto připraven ještě před svým přijetím za člena, na rozdíl od Anonymních alkoholiků. Každý uchazeč o členství musí splnit určitá pravidla (docházet na schůzky, telefonicky se kontaktovat), přičemž zanedbávání těchto pravidel má za následek ostré slovní výtky a obvinění, že jeho zájem o členství není dostatečný. Zároveň jsou stanoveny nové požadavky. Teprve poté je přijat za člena a připravován individuálně i skupinově na úvodní „zповěď“ před celou komunitou. Tato „zповěď“ je často velmi katarzní zkušeností.

V Daytopu často nepracují žádní profesionálové, klienti procházejí hierarchickou strukturou komunity a mohou dosáhnout až k nejvyšší funkci ředitele komunity. Tento evoluční proces růstu umožňuje klientovi stoupat k vyšším úrovním prestiže a umožňuje mu měřit v jasně rozlišitelných pojmech rozsah vývoje a vynořování jeho vlastního sebeobrazu.

V rehabilitačním procesu musí dojít stručně řečeno ke 3 fázím: 1) zkoumání vlastní osoby a zповěď; 2) změna (injektáž náhledů, důvěry a přístupů k zodpovědnému společenskému chování, vlastní obraz); 3) posílení a upevnění, nebo podmiňování těchto změn. Ve všech třech fázích hraje významnou roli akční skupinové sezení (*encounter*), jež se koná zhruba 3x týdně. Na jedné straně zde dochází k ostrým útokům vůči nezodpovědnému chování, na druhé straně jsou štědře rozdávány pochvaly a ocenění skupiny. Očištění na skupinách posiluje důvěru klienta v to, že dělá obrovské pokroky a že mu lze pomoci.

Deitch dále uvádí (g), že každá abstinенční terapeutická komunita založená na hierarchickém a svépomocném modelu zajišťuje pro klienta „žebřík“, po kterém stoupá důstojnost a zodpovědnost toxikomana. V určitém okamžiku

(u komunity zaměřené na navracení svých členů do společnosti) dosáhne model limitů svého růstu a jakoby zde přestává být prostor pro vývoj klientů. Dochází zde k formalizaci struktury, struktura se stává zavedenou a proces vývoje je potlačován. Ironií je, že i když se v tomto okamžiku na model celkově nahlíží jako na profesionálnější a důvěryhodnější, ztrácí zmenšeným prostorem pro vertikální růst svou schopnost udržovat si klienty. Problémem je přitom zajištění dostatečného zviditelnění, důstojnosti a prestiže ve společnosti tak, aby bylo alespoň vzdálenou obdobou osobních zisků v TK. Má-li se klient zlepšit, musí z léčby získat pocit pozitivní definice sebe samého, stejně jako definice sociální (která ovšem musí vyrůstat ze znalosti okolní reality). Jednou z nabízejících se alternativ podle Deitcha by pak mohlo být rozrůstání modelu v jiných směrech – horizontálně např. do širší péče zahrnující snahu o vymýcení sociálních kořenů narkomanie.

## **Evropské komunity pro drogově závislé**

První terapeutické komunity pro drogově závislé podle amerického modelu vznikaly v Evropě v Anglii v r. 1970 – jednak Alpha House v Portsmouthu, kterou založil Ian Christie, a Phoenix House v Londýně, založený Griffithem Edwardsem, bývalým toxikomanem a absolventem Phoenix House v New Yorku. Oproti tomu terapeutické komunity v kontinentální Evropě měly zpočátku zejména profesionální týmy. Jednak to bylo podmíněno nedostatkem vyloučených toxikomanů, jednak nedůvěrou úřadů, že je možná spolupráce s někým jiným než s profesionály. Stejně tak zpočátku inklinovaly terapeutické týmy k demokratickému vedení komunit a prvky hierarchie zaváděly do léčby až průběžně, po zkušenostech získaných na stážích v Anglii, Americe či v Emiliehoeve v Holandsku (4).

### **Emiliehoeve**

Komunita byla založena v r. 1972 s vírou, že opuštěním tradičního medicínského modelu a podnícením vlastní odpovědnosti klientů spolurozhodováním podle zásad M. Jonese dojde ke schopnosti klientů dělat rozumná, realistická a smysluplná rozhodnutí. Terapeutický tým v počátcích pracoval v psychoanalytickém duchu. Rozhodování bylo věcí demokratické volby, kde každý člen komunity měl rovný hlas, nebyla dána žádná režimová opatření, ani právo veta. Například bylo možné si odhlasovat, že se místo do práce jde na pláž, či do kavárny. Výsledkem bylo, že se jednotliví pacienti vyhýbali vlastní odpovědnosti, volili momentálně nejpříjemnější řešení a vyhýbali se konfrontaci, emoce byly na skupinách skrývány. To mělo za následek odehrávání konfliktů, agová-

ni a výbuchy násilí. Po čtyřech měsících nezbyl v komunitě jediný klient a všichni se vrátili k drogám. Až po tomto jasném krachu přijal terapeutický tým z Emiliehoeve za pomoci bývalých členů Daytopu a Phoenix Housu jasně strukturovaný režimový program. Členové v různých fázích pobytu si již nebyli rovni a klienti mohli „zrát“ ze své nezralé dětské role do dospělejší v rámci bezpečného strukturovaného prostředí.

### **Další evropské komunity**

V první polovině sedmdesátých let 20. století byly založeny komunity podle holandského modelu v Belgii (např. komunity De Sleutel a De Kiem) a ve Švédsku (Vallmotorp), v druhé polovině sedmdesátých let vznikaly v Itálii, Španělsku, Německu, Rakousku a Řecku (4). Většina těchto komunit byla vytvářena podle modelu Daytop a Phoenix House. V Norsku se komunity vyvíjely z psychiatrických oddělení, v Německu a Švýcarsku samostatně. Oproti tomu Francie nebyla vzniku komunit podle amerického modelu nakloněna díky svým liberálním principům, ani úřady jejich vznik nepodporovaly, takže zde můžeme najít spíše sektářské komunity, jako je „Patriarch“, který se rozšířil i do Španělska a jižní Belgie. Z italských programů se v Emiliehoeve i v Daytopu inspiroval ambulantní program Centro Italiano di Solidarietà (C.E.I.S.) z Říma. C.E.I.S. pomohl založit mnoho komunit v Itálii i ve Španělsku a nabízí vzdělávací základní i specializované kurzy.

Profesionálové v Evropě zaváděli do terapie v komunitách podobnou skupinovou terapii jako v Americe - transakční analýzu, bonding terapii, psychodrama, primární křik, bioenergetiku apod. Hojně je využívána rodinná terapie i individuální terapie v doléčování, častěji se užívaly doplňkové kreativní programy. Zatímco většina terapeutických komunit mimo Evropu je velmi strukturovaná a hierarchická, mnoho evropských komunit užívá více rovnostářského modelu. Tím jsou podobnější modelu demokratické komunity podle Jonese (Jones, 1979 a 1986; Zimmer-Hoofler, 1981).

Ve východní Evropě dosáhly širšího významu zejména komunity „Monar“ v Polsku, zakladané od r. 1978 jako zemědělské svépomocné terapeutické komunity. Jejich struktura měla velmi podobné rysy jako Synanon, dokonce první polská terapeutická komunita založená v r. 1977 v rámci zdravotnického zařízení název Synanon přijala za vlastní, aniž by někdo z členů jejich týmu kdy o Dederichovi slyšel - impulzem byla v tomto případě návštěva jednoho kanadského terapeuta.

Kromě komunit vedených profesionály (pedagogy, psychology, psychiatry) existovala celá řada komunit vzniklých na bázi křesťanské víry, které z určitého úhlu pohledu také využívají modelu terapeutické komunity.

## Religiózní komunitní programy

➤ Kromě léčebných programů založených primárně na sebepoznání a sebepřijetí (kde víra v Boha není určující, i když apel na duchovní rozměr může být v různé míře přítomen) existuje mnoho programů, kde cestou ke změně je prvotně nalezení víry v Boha, přičemž druhotně jistě dochází i k naplnění cílů „ateistických“ programů. Tyto programy jsou celosvětově rozšířeny, mají různé charakteristiky a různou míru důrazu na víru včetně různých cílů. Některé mají jistě blíže ke sektě a izolaci jedince od společnosti, jiné naopak mají tendenci závislé navracet do společnosti. Na jedné straně tedy stojí komunity typu „Medžugorje“, založené sestrou Elvírou na území bývalé Jugoslávie, a na druhé straně např. komunity Teen Challenge, jimž se zde věnuji podrobněji, neboť jsou výrazně zastoupeny i v České republice.

**Teen Challenge** (18) je program pro prevenci a léčbu závislosti na návykových látkách, založený v r. 1958 Davidem Wilkersonem ve Spojených státech. Jen v USA provozuje 178 léčebných center, z čehož 135 tvoří rezidenční (komunitní) programy, a mnohem více jich je ještě v dalších 62 zemích světa. Jedná se tak o světově nejrozšířenější model léčby z nábožensky orientovaných programů.

Posláním tohoto programu je nabídnout závislým duchovní, na víru v Boha orientované řešení jejich potíží. Doslova se zde uvádí, že „základní příčina úspěšnosti léčby lidí s drogovou závislostí je dána tím, že jejich studenti (tak jsou nazýváni klienti Teen Challenge) získají transformující duchovní zážitek z Boží milosti“. O tomto zlomovém okamžiku se hovoří jako o „znovuzrození“ nebo o „spasení“. Transformující síla Kristova poskytuje klíč k převzetí odpovědnosti za svůj život, k nalezení vlastní ceny a sebedůvěry, získání naděje, ke schopnosti žít s druhými v lásce, při přijetí mravních a etických norem. To vše pomáhá lépe zvládat a ovládat svůj život.

Program v takové komunitě trvá zhruba 1 rok a nabízí prostředí terapeutické podpory a duchovního vedení. Vstup i pobyt v programu je dobrovolný

a vyžaduje disciplínu, odpovědnost a schopnost vlastního rozhodování. O studenty pečuje personál, školený organizací, běžné je, že někteří členové týmu v komunitě trvale žijí. Denní program se skládá z několika hodin práce, např. péče o dům, práce v kuchyni, drobné výrobně výtvarné činnosti atp., dále z času určeného pro meditace a modlitby, společného čtení bible, účasti na mši, zpěvu, hudby, relaxace a aktivního trávení volného času, sportu a samostudia. Studenti jsou vedeni k přijetí křesťanského způsobu života, jak příkladem ostatních studentů a personálu, tak pedagogickým vedením. Důraz je kladen na součinnost s místní církví, v jejímž společenství také student v okamžiku opouštění komunity nachází pevné vazby s lidmi, kteří nikdy závislí nebyli. Se vzrůstající schopností plnit činnosti v komunitě, s rostoucí vírou v Boha a s rostoucí schopností pozitivně ovlivňovat druhé může student vertikálně stoupat po žebříčku komunitních funkcí na pozici vedoucího studenta, event. i na člena týmu, či dokonce vedoucího programu. Tím i propojením s církevními organizacemi je zajišťován dostatečný prostor pro proces osobního růstu v pevném vztahovém rámci.

V České republice provozuje Teen Challenge několik terapeutických komunit pro muže i pro ženy a má i vlastní následné léčebné programy.



## Vývoj v českých zemích

➤ Pro úvodní exkurz do historie léčby drogových závislostí v českých zemích je možno začít několika údaji (19). První svépomocné organizace pro alkoholiky vznikaly podle Skály již v obrozenecké době v 19. století, kdy vznikaly tzv. spolky střízlivosti jako forma pomoci sedlákům, kteří nevěděli co počít s nabytou svobodou po zrušení nevolnictví a propíjeli vlastní grunty. První protialkoholní léčebna vznikla u nás v r. 1909 ve Velkých Kunčicích (zanimkla o pět let později), přičemž první lůžkové zařízení pro alkoholiky vzniklo ve Spojených státech v r. 1846. První protialkoholní poradna vznikla u nás v r. 1910 (rok po vzniku první na světě v Holandsku) v Brně, ovšem během války také zanikla a byla obnovena až o 20 let později. Averzivní léčba apomorfinem byla u nás prvně použita v r. 1925, oproti roku 1890 v Anglii. První socioterapeutický klub pro osoby závislé na alkoholu vznikl v Čechách v r. 1932 v Brně, přičemž podobná instituce existovala již v. 1877 ve Švýcarsku. Další významné kroky v léčbě alkoholismu byly již zejména v režii Doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. a jeho spolupracovníků.

### Jaroslav Skála a Apolinář

Doc. MUDr. Jaroslav Skála je význačná, světově uznávaná osobnost v léčbě alkoholismu a zakladatel systému péče o závislé osoby v Čechách i první léčebny pro alkoholiky na komunitních principech. Vystudoval zároveň lékařskou fakultu i institut tělesné výchovy, celý život pracoval na rozvoji léčebných metod alkoholismu, jejich výuce a šíření, spolu s dalšími kolegy E. Urbanem a J. Rubešem založili jedinečný výcvikový systém budoucích psychoterapeutů „SUR“ a později stál u zrodu systému teoretického vzdělávání psychoterapeutů v rámci Psychoterapeutické fakulty. Je mimořádně nadanou a charismatickou

osobností a svému poslání zasvětil celý život. I v současnosti se věnuje své práci, zejména v rovině výuky následovníků. Za svou celoživotní činnost a její přínos pro společnost byl v r. 2002 oceněn prezidentem České republiky Medailí Za zásluhy.

Svou lékařskou praxi začal J. Skála na Psychiatrické klinice Všeobecné lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze v éře profesora Vondráčka, kde měl na starosti právě léčbu alkoholiků. V r. 1946 se zúčastnil protialkoholní konference v Bruselu a začal poznatky z ciziny a samostudia zavádět do své praxe. Jak sám uvádí, vliv na jeho vývoj měli myslitelé Russell, Emerson, Carnegie, Makarenko, ale i Tomáš Baťa svými sešity o osobním růstu nebo sokolské myšlenky.

Od r. 1947 začal u svých pacientů s averzivní léčbou podáváním emetinu a v dalším roce se rozhodl, za účelem podpory abstinence u svých pacientů, zřídit v prostorách Psychiatrické kliniky socioterapeutický klub po vzoru Anonymních Alkoholiků. Stalo se tak 5. února 1948 a také s ohledem na tehdejší režim byl klub nazván „KLUS“ (Klub lidí usilujících o střízlivost).

KLUS, ač zaveden jako „doléčovací program“, se stal faktickým počátkem Apolinářské komunity díky vytvoření prostoru pro pacienty, v kterém se mohli částečně realizovat pod Skálovým vedením. Již od počátku vykazoval některé prvky komunitních principů - pravidelné setkávání, společný cíl, stejná ideologie, určité rozhodovací pravomoci svých členů. KLUS se setkává pravidelně do současnosti a je nejstarším fungujícím socioterapeutickým klubem v Čechách. Stal se významnou oporou léčebného systému, kde působil jako živý důkaz toho, „že to lze zvládnout“, nabízel pozitivní vzory pro léčené pacienty a vkládal prvek reality do „umělého světa“ komunity. A také díky setkávání s vyléčenými pacienty KLUSu, jak sám říká, J. Skála „nevyhořel“.

Počet pacientů, alkoholiků, v tehdy třítydenním Skálově programu založeném zejména na averzivní léčbě se rozrůstal. Podmínky k práci v budově Psychiatrické kliniky nebyly dostačující, a tak se podařilo vyjednat prostory v budově pro chronické pacienty v Apolinářské ulici. 7. září 1948 se Skála s 9 pacienty přestěhoval do dnešní budovy Apolináře, k dispozici měl 2 světnice o 10 lůžkách a vyšetřovnu. K ruce mu byli tamní ošetřovatelé chronických psychiatrických pacientů. Kromě chronických pacientů zde byla umístěna venerologie, kožní klinika, oddělení pro homosexuály a ubytovna personálu nemocnice. Během dalších let se rozrůstal počet pacientů a díky spolupráci se správcem budovy se Skálovi podařilo jednu po druhé získávat další místnosti po odstěhovaných zaměstnancích nemocnice (dle svých slov správce uplácel balíčky kávy), až v r. 1952 získal Apolinář konečný rozměr 50 lůžek a 22 lůžek pro záchytnou stanici. Lůžkové oddělení bylo rozděleno na 5 světnic o 9 lůžkách, čímž byl dán i počet a rozsah jednotlivých psychoterapeutických skupin. V té době se také program definitivně ustálil na délce 13 týdnů. Základní trojici

spolupracovníků utvářející v padesátých letech 20. století léčebný program byli J. Skála, Arnoštka Mařová a dr. Marta Otterová. Od počátku byla do programu zahrnuta skupinová terapie, ranní komunita (direktivní, zejména jako prostředek sdílení informací), averzivní léčba apomorfinem, různá tělesná vyšetření, pracovní terapie a pohybová terapie (zpočátku pouze ve formě rozcvičky); práce s deníkem byla začleněna po půl roce činnosti.

Jako hlavní terapeutické prvky léčby byly vývojem postupně definovány (20):

1. Pevný režim a bodovací systém, který nepřetržitě a tvrdě pacienty kontroloval a konfrontoval. Vyžadovala se striktní konformita vůči pravidlům, pacienti překračující řád byli bodovacím systémem sankcionováni (např. ve formě zkrácení propustky nebo vyloučení z léčby) a naopak pozitivním chováním, ať prací fyzickou nebo duševní, mohli získat body pozitivní.
2. Averzivní terapie, která měla fakticky 4 složky – biologickou apomorfinem (tzv. blinkačky) a 3 psychologické, jako byla služba na záchytné stanici, pobyt na uzavřeném oddělení pro chronické alkoholiky nebo návštěva na oddělení pro nedobrovolné léčby.
3. Psychoterapie, která měla také několik typů – skupinovou terapii (jež byla převážně behaviorálně laděna), rodinnou terapii pro ženaté pacienty, individuální terapii (zřídka vedenou lékařem, povětšinou sloužící ke konzultacím se sociální pracovníci), komunitní psychoterapii, účast v KLUSu a tzv. „Volnou tribunu“, která sloužila k otevřené a oboustranné výměně názorů a konfrontacím, posuzování významnějších přestupků či záležitostí týkajících se jednotlivce i celého oddělení, přijímání významnějších rozhodnutí. Lze sem přiřadit i práci s deníkem jako formu sebereflexe se zpětnou vazbou.
4. Pracovní terapie – od počátku bylo důležité dát pacientům smysluplnou a hodnotnou práci, jež měla podobu práce v Apolinářské nebo botanické zahradě, v dílně a skladu kulis Národního divadla nebo při opravách hraček pro blízkou školku, v kuchyni porodnice a při úklidu oddělení.
5. Pohybová terapie a zlepšování fyzické kondice – počáteční rozcvičky se díky Skálově nadšení pro sport, při vědomí, „že něco jim místo alkoholu nabídnout musí“, rozrostly na intenzivní sportovní trénink v podobě joggingu, kolektivních her, rozvoje pohybových schopností „circuit trainingem“, otužování studenou vodou či omezování kouření.
6. Poskytování informací a péče o duševní a duchovní rozvoj – Skála vedl během svého působení většinu přednášek pro pacienty konaných ix týdně, z nichž poté pacienti psali souhrny, tzv. elaboráty. Dále se pacienti ix týdně účastnili kvízu složeného ze všeobecných otázek, či denně vymýšleli hesla vyjadřující apolinářské myšlenky, každou neděli večer věnovali společnému zpěvu.

7. Odborná lékařská péče o tělesný stav byla přirozenou součástí pobytu, včetně např. vitaminových kúr.

Některé z výše uvedených prvků mohou pochopitelně sloužit i dalším cílům, než je uvedeno, mnoho prvků např. jistě vede k posilování skupinové koheze a identifikace s programem, naopak jiné jsou původcem četných frustrací a obtíží či překážek ke zdolání, bodovací systém a samospráva přispívá k vědomí odpovědnosti za sebe i okolní společenství v užším i širším slova smyslu.

Teoretické základy apolinářského systému léčby lze vysledovat ve Skálově publikaci citované Kubičkou (20), kde je alkoholismus označen za „naučené chování“ na podkladě schopnosti alkoholu „změnit nepříjemné stavy tenze, úzkosti a frustrace a vyvolávat euforii. Režim Apolinářského oddělení má pacienty naučit jak snášet stavy stresu a úzkosti, jak překonávat zážitky frustrace, má je naučit volnímu úsilí, novým zájmům a činnostem, jež tvoří nezbytné podmínky pro vznik euforie“. Tamtéž je implicitně řečeno, že „měkký a tolerantní režim je pro léčbu alkoholiků nejen nevhodný, ale přímo kontraindikován“. Jeho pacienti jsou naopak „vystaveni dlouhému období kontrolovaného stresu“ a „konflikty mezi pacienty a přísným režimem jsou vždycky žádoucí a konstruktivně využívány“. Jedním slovem charakterizoval svůj terapeutický přístup za „taraktický“ – tedy zneklidňující a stimulující (termín vznikl jako protipól názvu lékové skupiny ataraktika).

Výrazná úspěšnost Skálova systému léčby vedla k rozvíjení poboček Apolináře i otevírání podobně koncipovaných léčeben v celé ČR. V r. 1958 byl otevřen v Lojovicích program pro recidivující pacienty a nedobrovolné léčby, od r. 1962 se pořádaly v Dobronicích intenzivní léčebné a doléčovací pobyty pro pacienty Apolináře, v r. 1964 byl v Lojovicích svépomocí postaven letní chatičkový tábor pro děti z rodin závislých, v r. 1967 bylo v areálu Apolináře („Jungmanův domek“) založeno Středisko pro děti, mládež a rodinu, v r. 1971 byla pobočka v Lojovicích přeměněna na oddělení pro léčbu žen a v témž roce s kolegou Rubešem otevřel první zařízení pro léčbu nealkoholových závislostí v zemi – Středisko drogových závislostí.

V Psychiatrické léčebně v Bohnicích zaváděl komunitní principy do léčby alkoholiků Rubeš, jehož štafetu převzala MUDr. Eliška Fanfulová a po revoluci prim. MUDr. Karel Nešpor. Rubeš podobně jako Skála vyčlenil alkoholiky ze stávajícího systému léčby duševně nemocných a vytvořil samostatné AT oddělení, ovšem charakter jeho pacientů byl zcela odlišný od Skálových. Do PL Bohnice byly umísťovány nařízené a nedobrovolné léčby, zatímco Skála přijímal pacienty pouze k léčbě dobrovolné. Tím byl jistě dán charakter oddělení a možnost užití komunitních prvků byla omezenější. Změna v tomto ohledu nastala až v posledním desetiletí, kdy prim. Nešpor prosadil nepřijímání naříze-

ných léčeb na AT oddělení. V Brně se o rozvoj AT oddělení s komunitními prvky zasloužili dr. Štátný, dr. Kostronová, dr. Bartošíková, v léčebně Červený Dvůr, založené v r. 1966, pevně zachovával Skálův systém jeho bývalý pacient MUDr. Kubíček, léčebny pro alkoholiky vznikaly i v Plzni, Liberci, Šternberku, Opavě, Jihlavě, Horních Holčovicích atd.

Pokus o včlenění do komunity pro alkoholiky více prvků převzatých z komunit pro neurotiky učinil na počátku sedmdesátých let 20. století Vladimír Pohl v Kroměřížské léčebně (jinak řečeno více demokracie a odpovědnosti a méně direktivity) s cílem vést pacienta k větší odpovědnosti za utváření vlastního osudu, záhy byl ovšem tento pokus vedením primariátu zastaven (2).

Souhrnně mají u nás dle K. Nešpora terapeutické komunity pro závislé se středně dlouhým pobytem, zásluhou J. Skály, dlouhou tradici. Podle jeho zkušeností se střednědobý pobyt v terapeutické komunitě osvědčuje u řady pacientů závislých na alkoholu i u části žen a dívek závislých na nealkoholových drogách (10). Nemusí ale postačovat u pokročilých, léta trvajících stavů, u lidí bez dostatečného zázemí a s málo rozvinutými sociálními dovednostmi. Termínem „terapeutická komunita“ je zde ve své podstatě míněn rezidenční léčebný program s komunitními prvky.

## **Další vlivy na českou terapeutickou komunitu pro drogově závislé**

### **Komunity pro neurotiky**

Skála na počátku budování svého léčebného systému neznal ojedinělé pokusy o „léčbu komunitním prostředím“, o Maxwellu Jonesovi se doslechl až v r. 1953 od Jaroslava Knoblocha. S Maxwellem Jonesem se pak osobně setkal až v šedesátých letech 20. století. Jaroslav Knobloch studoval v Londýně u H. Eysencka a v Londýnském psychoanalytickém institutu s A. Freudovou a M. Kleinovou. Během té doby měl možnost navštívit terapeutickou komunitu M. Jonese, a seznámit se tak s komunitními principy (21). Po svém návratu na pražskou Psychiatrickou kliniku se pokusil v letech 1949–1950 zavést tyto prvky na tamní oddělení pro neurotiky, ovšem pro odpor tradiční psychiatrie se mu to podařilo až umístěním pracoviště dále od Prahy. Nejprve v r. 1951 na státní statek v Doksanech, pak na lesní zámeček v Lništi a konečně na Státní statek v Lobči. Zde se datuje vznik první „ryzí“ psychoterapeutické komunity pro neurotiky ve východní Evropě otevřené v Lobči r. 1954. Byla umístěna asi 70 km od Prahy v budově bývalého zámečku; Knoblochem byla vedena až do jeho emigrace na konci šedesátých let, poté byla dlouhá léta řízena Z. Mrázkem. Byla komunitou autonomního typu s úspěšným uskutečněním izolace pacientů (na 6 až 9 týdnů) od vlastních rodin během léčby (2). Program byl

členěn na pracovní terapii a skupinovou psychoterapii. Hlavní část denních činností měly na starosti 2 sestry, které v komunitě žily prakticky trvale, a lékař s psychologem dojížděli na toto pracoviště pouze na 0,5 dne za účelem vizity, skupinové psychoterapie a supervize. Před a po léčbě byli pacienti připravováni a doléčováni na Horní Palatě. Postupně se pochopitelně program dále personálně rozšiřoval a díky svým výsledkům (pacienti uváděli v 85–90% výrazné zlepšení stavu) se stal vzorem pro budování dalších terapeutických komunit v Čechách i pro jinou cílovou populaci. Knobloch zdůrazňuje rozdíl mezi terapeutickou komunitou M. Jonese a svým pojetím (21). M. Jones neaspiroval při kvantitě pacientů na dalekosáhlé psychoterapeutické cíle komunity a pojímal ji jako „všeobecný model sociálních organizací“, zatímco Knobloch zamýšlel uvést v praxi velmi intenzivní psychoterapeutický program, v kterém je pacientům umožněno experimentovat, aniž by vznikly ireverzibilní situace, ke kterým by došlo ve skutečném životě. Knobloch po emigraci působil spolu se svou ženou v dalších psychoterapeutických komunitách v Americe, postuloval psychoterapeutický systém „integrované psychoterapie“ a v letech 1993–1996 se stal předsedou psychoterapeutické sekce Světové psychiatrické asociace. Je významným světovým teoretikem i praktikem léčebného vlivu systému malé společenské skupiny.

Následně po vzoru Lobče vznikly další komunity pro neurotiky: v Sadské (založil M. Hausner v r. 1965), v Brně (M. Bouchal 1966), v Kroměříži (S. Kratochvíl v r. 1971), v Horních Beřkovicích (K. Kalina), pro delikventy během jejich pobytu ve vězení (Čepelák v r. 1972 v rámci práce ve Výzkumném ústavu penologickém), přičemž s pokusy o komunitní formy léčby alkoholiků během jejich výkonu trestu začal Skála na Pankráci již v r. 1967. Založil zde systém SPOL (ochranné léčby) s odpoledním programem (antabus, komunita, skupina, klub, deníky), který se konal 2x týdně po dobu 8 měsíců. Obdobný program vedl v Plzni na Borech prim. Pokora. V rámci Diagnostického ústavu zaváděl komunitní prvky do péče Z. Tax v šedesátých letech, kde byl v té době také psychologem P. Hartl. Na sexuologii se o rozvoj této formy péče zasloužil S. Hubálek.

### **Výcvikové komunity**

Pátráme-li dále po původu metody terapeutické komunity užívané v českých poměrech, je třeba se zmínit o systému sebezkušenostního vzdělávání psychoterapeutů „SUR“ (22, 23). Tímto výcvikovým programem prošly do současnosti stovky profesionálů, z nichž mnozí působí na poli psychoterapeutické péče, a to i v oblasti terapeutických komunit pro drogově závislé. Jedná se o první a rozhodně nejvýznamnější výcvikový program v historii Českých zemí nabízející souborný psychoterapeutický výcvik v širším rozsahu. Má tak velký podíl na současné podobě metod a technik užívaných v TK. SUR založili

v r. 1967 tři lidé – Jaroslav Skála (o kterém bylo pojednáno již výše), Eduard Urban (profesor klinické psychologie na univerzitě a na krátký čas spolupracovník J. Skály v Apolináři) a Jaromír Rubeš (lékař a psychiatr, který vedl protialkoholní oddělení v Psychiatrické léčebně Bohnice). Všichni tři působili alespoň částečně v oblasti léčby závislostí. Intenzivnější výcvik v psychoterapii prodládal pouze Eduard Urban během svých pravidelných návštěv v Lindau ve skupině vedené Larsenem Martensenem. Jednalo se o sebezkušenostní skupinový výcvik. V Lindau byl krátce i Jaroslav Skála a po svém návratu inicioval vznik SURu. Formace tohoto modelu mohla být ovlivněna i Knoblochovým působením v terapeutické komunitní péči (viz výše) a volně tak i zkušenostmi z Anglie. Zejména Jaromír Rubeš byl znalý Jonesových principů. Model SUR také svým víceskupinovým složením kopíroval tehdejší efektivní model komunitních programů pro závislé.

Struktura SUR odrážela strukturu rodiny. Hlavou rodiny byli „prarodiče“, zakladatelé Skála, Urban a Rubeš. Pod nimi byli frekventanti organizováni do simulovaných nukleárních rodin. Dva „rodiče“, které tak studenti často i oslovovali, vedli skupinu deseti až dvanácti „děti“. Několik těchto skupin (rodin), obvykle 2–3, tvořilo komunitu, která měla svá pravidelná setkání nejméně na 1 týden v roce, přičemž skupiny se v průběhu roku setkávaly i samostatně. Při skupinových sezeních se kladl největší důraz na vlastní zkušenost (frekventanti tedy přebírali role pacientů), při celkově dynamicko-analytické orientaci výcviku se snahou o různorodost užívaných speciálních technik. Už v prvních letech zahrnoval výcvik skupinovou terapii, komunitu, kluby, deníky, autogenní trénink i hypnózu, psychodrama, sociometrii, psychogymnastiku a jiné neverbální techniky (23). Šíře užívaných psychoterapeutických technik je tak charakteristická pro pozdější české TK. V úvahách nad tímto (ve světovém měřítku ojedinělým) způsobem uspořádání psychoterapeutického výcviku profesionálů musíme zejména zohlednit tehdejší atmosféru komunistické doby – kritikou a nedůvěrou k psychoterapii jako takové. Tento fakt vedl k obtížnosti pozdějšího uplatnění nabytých zkušeností, absolutorium SUR jako kvalifikace nemělo oficiálně žádnou hodnotu a možnosti psychoterapeutické praxe byly omezené.

O výcvikových komunitách se také zmiňuje Pavel Hartl (24) a uvádí, že obdobný komunitní systém výcviku středního zdravotnického personálu založily T. Bečvářová a A. Tichá. V nezdravotnických zařízeních výcvikové komunity pracovníků školských a výchovných zařízení založili a vedli P. Hartl, J. Kunftová-Štůrová, s psychologem a vychovatelem korekčních zařízení pracovali M. Urbanová a J. Kožnar. Systém specializovaného komunitního psychoterapeutického výcviku pro práci se závislými „Skálův institut“ založili a vedou Magdaléna Frouzová a Jiří Heller.

Po revoluci jsou SUR a podobné komunitní výcvikové programy stále hlavním proudem praktického vzdělávání profesionálů v ČR a jeho zkušenosti jsou

předávány i do okolních zemí, o čemž svědčí i např. opětovná spolupráce se školou v Lindau.

## **Terapeutické komunity pro drogově závislé**

Drogově závislí na nealkoholových drogách zaujímali v době komunismu u nás pouze velmi malou část léčených pacientů. Převažoval abuzus léků nad ilegálně vyráběnými látkami typu pervitinu nebo braunu a pacienti byli léčeni v rámci standardních programů pro alkoholiky. Až po pádu komunistického režimu došlo v Česku k masivnímu rozvoji konzumace tvrdých ilegálních drog, a tím i k potřebě vytvoření nových léčebných modalit pro tuto specifickou skupinu pacientů.

První terapeutickou komunitu v našich zemích určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách založilo v r. 1991 občanské sdružení SANANIM v Němčicích (25). Komunita je umístěna v malebném prostředí jižních Čech, v areálu bývalého zámečku, a k užívání má kromě obytné budovy i přilehlé zemědělské budovy a prostorný pozemek. V komunitě od počátku pracují profesionálně vycvičení v metodách psychoterapie zejména psychoterapeutickými výcviky typu SUR, často vysokoškolsky vzdělaní. Do několikadenních služeb dojíždějí, v areálu trvale nikdo z personálu nežije. Absolventi komunity jsou od počátku směřováni k reintegraci do společnosti, jejich vertikální růst v rámci komunity je jasně omezen na spolusprávu. Tím je výrazně definován charakter zařízení – svým založením blízký evropskému profesionálnímu pojetí komunit. Kapacita komunity byla během let zvýšena z původních 13 lůžek na současných 20, je určena pro dospělé muže i ženy a délka pobytu v ní je zhruba 1 rok, přičemž v posledních letech se toto zařízení profiluje na léčbu starších klientů. Klienti jsou přijímáni přes kontaktní centra, kde jsou k tomuto typu léčby motivováni, a dále většinou přes detoxifikační oddělení psychiatrických léčeben, které tak klienta na režimově-psychoterapeutický způsob léčby připravují.

K popisu Terapeutické komunity SANANIM Němčice je užito textu z r. 1997 od její vedoucí PaedDr. Martiny Richterové-Těmínové s vědomím, že v průběhu posledních let se komunita dále vyvíjela. Nicméně od níže popsaných základů se odvinulo mnoho dalších komunitních programů pro drogově závislé, a přebralo tak tyto původní charakteristiky. Proto je tento zdroj ilustrativním vzhledem do současných českých terapeutických komunit.

„Základním cílem práce s klienty je jejich trvalá abstinence a jejich zpětné zapojení do běžného života. Během péče o klienty je třeba dosáhnout, aby 1) byli odolní vůči dalším selháním a aby byli připraveni na každodenní ‘boj s chutí’; 2) přijímali odpovědnost sami za sebe, za svá rozhodnutí a za druhé;



3) získali další sociální a komunikační dovednosti; 4) si osvojili pracovní a hygienické návyky; 5) přijali sami sebe a získali životní pohled, já jsem OK, svět je OK; 6) uměli řešit konflikty; 7) si vážili svého zdraví, zlepšili a stabilizovali svoji fyzickou kondici.“

Základním prostředkem k dosažení vytčených cílů je samotný život v komunitě, který se maximálně snaží přiblížit reálnému životu, který má svá pravidla a řád či režim, a ve kterém se uskutečňují reálné i přenosové vztahy. Dále jsou to: individuální a skupinová psychoterapie, režim, pracovní terapie, samoregulace (samospráva), práce s rodinou, relaxace, sociální servis, sport, turistika a zátěžové programy. Blíže je zmíněn pojem samoregulace, který je pro pojem „terapeutická komunita“ klíčový. „Pod pojmem samoregulace rozumíme podílení se klientů na řízení chodu domu, na komunitním rozhodování a přenášení odpovědnosti na jednotlivé klienty. Tím, že jsem schopen unést nárok, jsem schopen pochopit veškeré konsekvence problému, který řeším, tím, že se chovám odpovědně, se otevírají ohromné možnosti svobody volby, v komunitě konkrétně převedené do možnosti spolurozhodovat a spoluřídít celou komunitu. Základním prostředkem je hlasovací právo na komunitách, při kterých se rozhoduje o klíčových otázkách domu a komunity.“

Program je členěn do 4 fází. Po úvodních ceremoniích, kdy klient odevzdá doklady, peníze a dostane základní informace o léčbě, ostatní klienti nově příchozího prohlédnou, zda u sebe nemá léky či drogy. Následně odchází klient na 24 hodinovou klauzuru, kde sepíše podrobný životopis a popíše motivy své léčby. Pak teprve předstupuje před komunitu a představí se. Po týdnu pobytu v komunitě, během kterého se podrobně seznámí se systémem, podepisuje základní léčebný kontrakt a přestupuje do I. fáze pobytu. V této fázi se společně s klientem pracuje na jeho motivaci dále se léčit a na motivaci k vlastní změně. Klient se sžívá s domem, postupně navazuje kontakty s ostatními klienty, skupinou i terapeutu. Tím, jak roste důvěra, více se otevírá na skupinách. Má více povinností než práv. Hlasovací právo má však již od prvního dne, tedy možnost spolupodílet se na rozhodování komunity. Po několika měsících (zhruba 2 až 3) může přestoupit do II. fáze. Přestup se odehraje před velkou komunitou (shromáždění všech členů komunity), která je jednou za měsíc. Odchází opět na 24 hodinovou klauzuru, kde se připravuje na přestup a zpracovává elaborát. V rámci velké komunity obhazuje svůj přestup, přičemž o jeho přestupu hlasuje celá komunita. Celý přestup je výrazně ritualizován. Druhá fáze je zaměřena na život v domě, trvá 4 až 7 měsíců. Klient pracuje společně se skupinou na vlastní změně. Zodpovídá za svěřené úkoly a zároveň za ostatní klienty, kteří mu jsou svěřeni. V rámci domu mu jsou přidělovány funkce: „Šéf domu“, „Šéf kuchyně“ a „Šéf hospodářství“. Tito tři klienti řídí prakticky celý chod domu. Při přestupu do III. fáze se provádí podobný rituál, jako při přestupu do II. fáze. III. fáze je zaměřena na postupné odpoutávání klienta od

komunity a jeho návrat do normálního života. Klient si nejdříve nachází práci mimo dům a bydlí v komunitě. V rámci skupin konfrontuje své zážitky z venku s tím, co v komunitě získal. Postupně si nachází bydlení poblíž komunity a potom se stěhuje tam, kde chce žít a kde má svoji práci. Do komunity dojíždí na skupiny a velkou komunitu. Po ukončení III. fáze je rituálně propuštěn a péči o něj přebírá doléčovací centrum.

Klienta zásadním způsobem ohraničuje 5 základních pravidel: „...při jejichž porušení je klient z léčby vyloučen: 1) pravidlo čistoty (jakékoli požití drog během terapie, manipulace s ní a neinformování skupiny o jejím výskytu je nepřijatelné); 2) přijetí terapie SANANIMU; 3) podřízení se rozhodnutí skupiny a komunity; 4) zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku; 5) sexuální kontakty jsou možné pouze ve druhé a třetí fázi a se souhlasem komunity.“

Na základě podobných principů a s podobným programem vznikaly v Česku i další dlouhodobé rezidenční terapeutické komunity pro drogově závislé. S ohledem na původ užívaných metod je třeba uvést, že na odborné supervizi těchto programů (včetně první TK v Němčicích) se často podíleli a dosud podílejí renomovaní odborníci a přímí Skálovi žáci jako M. Frouzová, nebo K. Kalina. V devadesátých letech zároveň prošli přední odborníci v oblasti léčby drogových závislostí školením „International European Drug Abuse Treatment Training Project“ (Evropské mezinárodní školení v léčbě drogových závislostí), které koordinoval D. Deitch a zaštiťovaly univerzity ze San Diega a Palerma. I zde tedy leží základy metodiky našich TK.

Většinou se jedná o smíšené komunity, léčí se zde tedy muži i ženy. V první polovině devadesátých let 20. století se jednalo o komunitu „White Light“ v severních Čechách, kde nejprve poskytovali placené služby klientům ze Švýcarska a po poměrně krátké době změnili svou klientelu na mladistvé (již české) toxikomany. Tato komunita rozpracovala velmi komplexní program začlenění významných blízkých klientů do terapie. Další z raných komunit byl dodnes stranou profesionálního proudu stojící „Pastor Bonus“, jediné zařízení v ČR, které nabízí léčbu i partnerským párům, nebo „Elim“ u Písku (křesťanská, spíše „pracovní komunita“), který již zanikl.

V druhé polovině devadesátých let vznikaly rychle již standardní programy pro léčbu toxikomanů jako TK Fides Bílá Voda umístěná na Javornicku ve Slezsku jako jediné zařízení zřízené a částečně provázané s psychiatrickou léčebnou. TK Nová Ves u Chrastavy na Liberecku byla zřízená Centrem sociálních služeb, tedy státem, s odbornou pomocí M. Richterové-Těmínové a K. Kaliny. TK Podcestný mlýn u Dačic zachovává svůj křesťanský akcent a založilo ji o.s. Podané ruce pod vedením J. Vobořila. V dosahu pražské příměstské dopravy je TK Magdaléna v Mníšku pod Brdy, která jako jediná nabízí absolventům chráněné bydlení i zaměstnání v areálu v rámci svého progra-

mu následné péče; supervizorem je zde M. Frouzová. U založení TK Helianna na Mladoboleslavsku stál P. Bém. TK Karlov zřídilo o.s. SANANIM u Čimelic pro střednědobou léčbu mladistvých a později také pro závislé matky s dětmi, v rámci jedné komunity tak existují dva odlišné rezidenční programy. TK Renarcon se nachází v horském prostředí pod svahy Beskyd na Frýdeckomístecku, vycházela původně z modelu polského Monaru, ovšem záhy začala také pracovat podle českých standardů. Občanské sdružení Kolpingovo dílo ČR založilo za pomoci SANANIMu TK Sejřek na Vysočině, jedná se přitom o jediné zařízení vedené exusery. TK Krok v Kyjově na jižní Moravě je jedinou komunitou umístěnou v městské aglomeraci a nabízí také přímé propojení s vlastním programem následné péče v místě. TK Medvědí Kámen leží stranou od civilizace a uprostřed přírody Českého lesa na bavorské hranici, odbornou pomoc poskytuje o.s. SANANIM. V řadě komunit je možné vykonávat soudem nařízené ústavní ochranné léčby nebo alternativní tresty typu prospěšných prací, případně si dokončit vzdělání. Ve většině komunit je potřebná finanční spoluúčast klienta na jeho léčbě.

Všechny jmenované komunity (vyjma Pastor Bonus) vzájemně spolupracují v rámci sekce TK A.N.O. (Asociace nestátních organizací), jejich zástupci se pravidelně několikrát ročně scházejí, diskutují společné problémy a vzdělávají se. Vzhledem k tomu, že tyto komunity jsou závislé na financování státem prostřednictvím grantového systému, přijaly všechny jednotné standardy poskytované péče (26), vydané Mezirezortní protidrogovou komisí (nyní RVKPP). Tím je dán zásadním způsobem jejich profesionální charakter, struktura péče, definovány jsou pravidla výběru personálu i mechanismus vnější kontroly zařízení. Jejich programy jsou v zásadě podobné a odlišují se zejména možnostmi, které jednotlivé komunity mají, ať dané zřizovatelem, nebo místními podmínkami, nebo personálním obsazením. Jejich pestrost je ve státem daných mantinelech dostatečná, některé více akcentují práci exuserů, další specifické terapeutické techniky, jiné charakter pracovních či zátěžových programů, nebo míru religiozity.

Krátkodobé rezidenční programy komunitního typu pro mladistvé toxikomany zajišťují již řadu let školská zařízení Střediska pro mládež Klíčov - Alternativa (dříve v Praze na Proseku, nyní v Kostelci nad Labem) a Cesta (v Řevnicích I. Platz a M. Votavová) a dříve též Locus na Liberecku. Zařízení Alternativa, založené v r. 1988, bylo přitom prvním českým rezidenčním programem, kde většina léčené populace byli drogově závislí. Mezi pracovníky Střediska pro mládež (V. Vrba, M. Richterová-Těmínová, P. Bém a další) se také rodil projekt první dlouhodobé terapeutické komunity v Němčicích.

Pro děti závislé na drogách ve věku 12 až 15 let zahájila provoz první TK v r. 2002. Jedná se o Terapeutickou komunitu Domov Agapé na Opavsku, zří-

zenou místní charitou. Vzorem pro toto zařízení byl Dom Nadziei (Domov Naděje) v Bytomi (Polsko), kde pracuje jako ředitel zakladatel těchto komunit v Polsku P. Mgr. Bogdan Peć.

Kromě těchto zařízení se u nás věnuje léčbě toxikomanů i několik religiózních komunit pro ženy a pro muže Teen Challenge - pro muže ve Šluknovském výběžku, pro ženy v Praze Bohnicích, další zařízení Teen Challenge jsou na Plzeňsku. Charakterem se tato zařízení nevymykají popisu z předešlé kapitoly.

## Základní linie odlišující terapeutické komunity

➤ V anglicky psané literatuře se setkáváme s rozlišováním pojetí komunity zejména podle původu vzniku, tedy na evropské komunity pro děti a dospělé a na americké abstinenční terapeutické komunity (též nazývané „Concept TC“). Hlavní rozdíly v pojetí mezi nimi jsou popsány Broekaertem a dalšími následovně (6).

### Demokracie versus hierarchie

Demokracie v praxi je formou vládnutí, v kterém celá populace má účast na vládě. Tato plnoprávná výsada je vykonávána většinou prostřednictvím zvolených reprezentantů a vůdců. Proti demokracii nestojí hierarchie, ale autokracie – forma vlády založená na absolutní moci: ne *demos* (lidé) *kratein* (vést), ale *autos* (sám) *kratein* (vést).

Hierarchií je většinou míněno pořadí pozic nebo postavení; koncepce vycházející z *ieros* (celek) a *archein* (vést). To znamená vládnout skrze služební pořadí. Opakem pořadí je libovolnost, nahodilost; chování bez pořádku nebo systému. Mohou existovat různá propojení mezi demokracií – autokracií na jedné straně, a hierarchií – nahodilostí na straně druhé. Tak například v demokracii můžeme velmi dobře najít instituce s hierarchickou strukturou (např. armáda) a zároveň autokratická hlava státu může dělat libovolná závažná rozhodnutí.

Demokracie byla pro Maxwella Jonese pokusem zrušit pořadí pozic a dosáhnout rozhodnutí konsensem, ale rozhodně ne nahodile. V hierarchicky strukturovaných TK jsou rozhodnutí tvořena v závislosti na služebním pořadí, a nakonec vedoucím (doufejme demokraticky kontrolovaným).

Rozdíl mezi hierarchickou a demokratickou TK souvisí v první řadě se způsobem, jakým je přejímáno vedení a přijímána rozhodnutí; tedy, zda je založe-

no na služebním postavení nebo přijetí konsensu. V obou případech mohou být považovány osoby, které rozhodují, za sobě rovné.

Bridger (1984) k tomu poznamenává, že pořadí postupu v hierarchii je podřízeno záměru každé TK růst a rozvíjet se. V tomto smyslu navrhuje užívat pojmy „otevřený“ a „uzavřený“ k popisu daného systému, kdy stupeň otevřenosti nebo uzavřenosti systému pomáhá rozeznat jeho další možnosti a hlubší potenciál.

Bratter a kol. (1985) varují, abychom nezaměňovali hierarchickou strukturu a vedení během léčby s autoritativní formou managementu: „Mnoho kritiků svépomocných terapeutických komunit mate základní rozdíl mezi autoritativním a autoritářským managementem. V politickém slova smyslu může být autoritářský management popsán jako autoritářský systém vlády, v kterém jsou lidé donuceni k poslušnosti utlačováním a zakazováním. Autoritativní léčba označuje hierarchickou strukturu vedení.“ Ottenberg (16) upozorňuje na nebezpečí plynoucí z kombinace hierarchické struktury a autoritativní formy vedení. Charismatický autoritářský vůdce může pak dělat ta nejlibovolejší rozhodnutí.

Rezidentům v evropských terapeutických komunitách pro mladistvé byly dány určité odpovědnosti týkající se organizování instituce (6). Na počátku 20. století Lane poprvé opravdu vážně použil princip samosprávy u dopívajících delikventů (Bridgeland, 1971). Někteří autoři poznamenávají, že samospráva má prvořadě pedagogický význam. „Dostat odpovědnost za určitou část školní organizace nebo činnosti mění u dětí vnímání sebe sama. Dodává jim pocit vlastní ceny, což je v rozporu s předchozím vnímáním sebeprožívání“ (Laslett, 1995). Dederich se na první pohled přiklání k formě samosprávy. „Ta dává našim lidem šanci se naučit politickému manévrování, volbám apod., ale má málo co dělat se závažnými politickými rozhodnutími“ (Yablonsky, 1967). Závislí byli Dederichem považováni za děti, které mají projít celým výchovným procesem. Dederich byl ale zároveň i zákonem.

Terapeutické komunity pro závislé (pozn. autoři míní prvotně americký svépomocný model komunity) se musely postavit faktu, že „některé prvky jejich organizační struktury, metody organizace, a dokonce záměrů“ se mohou zdát na první pohled podobné určitým sektám (16). Evropské TK pro děti a dospělé tento aspekt řešit nemusely, protože psychoanalýze je vlastní se s autoritou neustále konfrontovat (6).

V případech, kde je od každého očekáváno *act as if* (tzn. jednat „jako by“, bez ohledu na to, že dotyčného přesvědčení je stále váhavé) nebo být podroben „lekcím“ (*learning experience*), jako je nošení znaků (pozn. - např. týdenní nepřetržitě nošení označení „jsem zloděj“ nebo např. nošení placky s nápisem „kyselá prdel“ užívané v TK Němčice), se nabízí vyšetřování motivů, cílů a praxe a sledování hranic, umístění a užívání moci. Rozlišit mezi výchovou a indoktrinací, mezi sektou a terapeutickou komunitou a mezi charismatickým a potlačujícím vůdcovstvím je možné pouze v komunitě otevřené nepřetržitěmu dotazo-

vání a pochybám. Podle autorů (6) mohou být opravdová řešení nalezena pouze tehdy, když jsou rezidenti strůjci svých vlastních osudů, když se starší rezidenti identifikují s problémy mladších způsobem hledání společných odpovědí, a když členové personálu působí jako facilitátoři namísto dirigentů. Vytvoření etického kodexu (27) amerických terapeutických komunit (Therapeutic Communities of America) a Světové federace terapeutických komunit (World Federation of Therapeutic Communities) je pro tyto cíle slibným vývojem (pozn. české terapeutické komunity sdružené v rámci sekce TK A.N.O. se přihlásily k tomuto kodexu v r. 2000). Tento kodex limituje autoritu a činnost vedoucích a předpokládá praktiky respektující bezpečnost a základní práva jednotlivce v léčbě (16).

## **Svépomoc versus profesionalismus**

Americké terapeutické komunity pocházejí z hnutí AA, a tak by primárně mohly být považovány za svépomocné skupiny (6).

Historie TK pro děti ukazuje, že průkopníci měli rozličná povolání, ale zejména byli učitelé. V mnoha ohledech se TK pro děti odvolává na systém sebevýchovy. Učitel může být pouze facilitátorem a poradcem, pomáhajícím během procesu. Z určitého úhlu pohledu může být northfieldský experiment považován za svépomocnou skupinu. Armáda se starala o své vojáky doufajíc, že budou znovu k užitku. Bionovým záměrem bylo „... získat své pacienty pro bitvu s neurózou s důvěrou, že jakmile je jim předán boj s tímto nepřítelem, převezmou svou vlastní odpovědnost s velkou vervou“ (Harrison & Clarke, 1992). I když poradci byli profesionály (lékaři, analytici jako Bion, někdy také učitelé jako Bridger), zůstali v první řadě vojáky.

Byla americká terapeutická komunita ovlivněna profesionály? V dobách Synanonu pravděpodobně ne, ale během vývoje a činnosti těchto TK určité byla. W. B. O'Brien (Daytop) byl kněz, D. Casriel (Daytop) psychiatr s analytickým výcvikem, M. Rosenthal (Phoenix House) psychiatr a J. Densen-Gerberová (Odyssey House) psychiatrickou a právničkou.

Terapeutické komunity pro závislé vznikající v Evropě byly zřetelně rozvíjeny profesionály. Psychiatrovi M. Kooymanovi (Emiliehove) výtečně sedělo vést aktivně skupinovou terapii. V Belgii zakládali TK dva pedagogové, kteří se také aktivně zajímali o terapii: E. Broekaert (De Kiem) a J. Maertens (De Sleutel).

V evropských TK je personál pravděpodobně většinou profesionální (sociální pracovníci, psychologové, pedagogové, atp.). Ve Spojených státech amerických mají TK méně profesionální charakter, ale do programu je začleněno mnoho dalších terapií (psychodrama, rodinná terapie, bonding terapie, atp.).

## Psychoanalýza versus behaviorismus

Evropské terapeutické komunity pro děti a dospělé jsou charakteristické otevřeným vlivem psychoanalýzy. W. R. Bion, H. Bridger a M. Jones byli analyticky vycvičení. Různí průkopníci jako Lane, Shaw a Neill se pokoušeli skloubit funkci psychoterapeuta a manažera, ale praxe mnohokrát ověřila, že to nefunguje.

Někteří otevřeně připouštějí, že náleží k určité škole. J. Bierer se tak např. hlásil k Adlerovi. Druzí si naopak nepřáli být přiřazeni k nějakému směru. Např. Neill připouštěl své ovlivnění Reichem, ovšem odmítal představu, že by byl jeho stoupencem (Neill, 1983). Nebo např. Maxwell Jones zpochybňoval svou vlastní analýzu: „Můj analytický výcvik s Melanií Kleinovou byl velmi neuspokojivý, sama mě považovala za špatného analyzanda“ (Jones, 1984).

Společný úhel pohledu deseti terapeutických komunit pro děti byl zmíněn v r. 1988 v *A Healing Experience*. Popisují zde dlouhodobou rezidenční léčbu psychodynamicky: „Dětem a mladistvým je zapotřebí poskytnout vhled, jednotlivci i jako skupině, do toho, jak jejich rané zážitky přebírají kontrolu nad jejich životy“ (Peper Harow Foundation, 1988).

Americké terapeutické komunity naopak vystupují proti vhledu, „... protože vhled vytváří introspekci, ale ne nezbytně změnu chování... Spíše než přijetí psychoanalytické orientace, která přičítá heroinovou závislost rané deprivaci a nevědomým faktorům, považuje terapeutická komunita chování související s užíváním drog za věc volby“ (Bratter, 1985). Tato volba souvisí s přebíráním odpovědnosti jako konceptem abstinenci TK, spíše než vyhýbání se odpovědnosti při odkazování na zážitky během dětství (to může vést k omlouvání).

Tedy americká abstinenci terapeutická komunita může být charakterizována „operantním podmiňováním“. Toto podmiňování má málo společného s pohledem Skinnera nebo mechanistickým pohledem; podle Brattera i Deitche (1985, 1984) má spíše základ v humanistické tradici (reprezentované např. Maslowem, Perlem a Morenem).

Propojení mezi terapeutickou komunitou a humanistickou psychologií může být vidět v podobnostech jejich ideálů s Maslowovými. Humanistický psycholog Maslow, který rozvinul koncepci stupňů lidských potřeb a seberealizace, popsal TK jako výchovnou instituci: „Lekce Daytopu jsou výchovné v širším slova smyslu - učí se stát dobrou dospělou lidskou bytostí“ (O'Brien, 1993). Maslow považuje také přímou emocionální konfrontaci za přebírání úcty k bytí (Maslow, 1967).

Tento americký humanismus a jeho vztah k chování lze také najít podle autorů (6) v myšlenkách Casriela, významné postavy ve vývoji Daytopu a ame-



rických TK. „Svým původem Synanon sestával z charakterových poruch osobnosti... tyto poruchy osobnosti jsou odpojeny od svých hlubších emocí. Psychoanalýza je u nich povětšinou neúspěšná, protože zde nemůže dojít k přenosu. ... Můj skupinový proces zahrnuje převýchovu toho, čemu říkám *Triangular Man*, přičemž třemi úhly „ABC“ jsou citová hnutí (*Affects*), chování (*Behavior*) a poznání (*Cognition*)“ (Casriel, 1976). Zde se Casriel přiklání k tradici humanistické psychologie třetí cesty, která spolu s psychoanalýzou a behaviorismem sahá po člověku v jeho aktuální situaci, v které žije a prožívá.

Behaviorální přístup, který charakterizuje abstinenci TK, je v silném rozporu s myšlenkou trestání a mechanistického ovlivňování. Tak jako reagovaly TK pro děti proti trestání, tak byly „lekce“ a „tvrdší encountery“ v abstinenci TK považovány za známku společné odpovědnosti. „Americká svépomocná terapeutická komunita je nedílnou součástí revoluce proti trestajícímu trendu“ (Bratter, 1985).

## Ideologie versus sociální učení

Od vzniku abstinenci TK v nich hrála významnou roli ideologie (*concept*) TK, která je úzce spojena s hodnotami komunity. V knize *Synanon: The Tunnel Back* Yablonski popisuje „the concept box“: „V jednom souboru zde bylo asi 300 idejí (konceptů), Emerson, Freud, Thoreau, Nietzsche, Lao-c' a Russell jsou některé z pojmů, kterých jsem si všiml.“

Velkou důležitostí pro vývoj TK mělo, skrze hnutí AA a Oxfordskou skupinu, „Hnutí morální obnovy“ (*Moral Rearmament Movement*) se svým návratem k základním křesťanským hodnotám (6, 9). Tato filosofie byla přijata do určité míry Daytopem a dále se šířila. V TK jdou očekávání vůči druhým dále než „neškodit“, jdou zpět k největším hodnotě – lásce, která je charakterizovaná přáním toho nejlepšího druhému. To předpokládá investovat do druhého, být aktivní v jeho růstovém procesu, být benevolentní a solidární (van der Straten, 1997).

Společné žití a učení v terapeutických komunitách pro děti určuje utváření jejich morálky (Bloch, 1973). Maxwell Jones zdůrazňuje ideu sociálního učení, kterou popisuje následovně: „Procesem sociálního učení míním dvoucestnou komunikaci ve skupině, motivovanou některými vnitřními potřebami a tlaky, vedoucí k otevřenému nebo skrytému vyjadřování pocitů a zahrnující kognitivní procesy a změnu“ (Jones, 1984). Jones dal ideu do vztahu s Gestalt teorií učení Ellise a zdůraznil význam psychoanalýzy a egopsychologie (Jones, 1968). Nepokoušel se vyučovat hodnotám nebo ideologiím, které by byly předem dané, spíše vyrůstaly ze společného učení a vzájemné konfrontace.

Je pozoruhodné, jak mnoho podobností existuje mezi touto koncepcí a popisem současného procesu souvisejícího s encountery v abstinčních TK zachyceného R. Brackem (1996). Tvrdí, že se encounter stává stále více procesem učení mezi jednotlivci: v dvoucestné konfrontaci pro konfrontujícího stejně tak jako pro konfrontovaného. Zejména nelze podcenit význam skupiny, která tuto dvoucestnou konfrontaci zažívá, a jejíž členové modifikují své chování stejně jako porozumění.

# Současný vývoj terapeutických komunit

## Prolínání amerického a evropského modelu

Podle autorů (6, 28) bezesporu odlišují dvě hlavní větve TK zřetelné rozdíly. Evropské TK pro děti a dospělé jsou charakterizovány jako demokratické, ovlivněné psychoanalýzou, zdůrazňující sociální učení a větší roli profesionálů a umístěné v „plánovaném prostředí“, které je také terapeutickým prostředím. Americké TK jsou hierarchické, konceptuální a behavioristické, zdůrazňují myšlenku svépomoci a většinu terapeutické intervence vkládají do konfrontačních skupin (encounter).

Mnozí autoři neváhají zdůraznit rozdíly na tomto poli: De Leon (1995) píše že „... ačkoli se název ‘terapeutická komunita’ rozvinul v těchto nemocničních podmínkách, není žádný jasný doklad o nějakém přímém vlivu Jonesových TK na původ a vývoj TK pro závislé“ (srov. 29). Bratter a spol. (1985) dodávají, že „... americká svépomocná rezidenční terapeutická komunita je součástí svépomocného hnutí na rozdíl od Jonesova profesionálního modelu. ‘Terapeutická komunita’ odkazuje na rezidenční program, který nejenom užívá uzdravené jedince jako prvotní činitele změn, ale také se hlásí ke specifické filosofii využívající princip učení k léčebnému procesu“.

Na druhé straně jsou zde slova Maxwella Jonese, který varuje před přeháněním množství rozdílů: „Je zde rostoucí tendence vidět daleko objektivněji rozdíly mezi ‘demokratickým’ modelem TK a ‘behaviorálním’ nebo ‘konceptuálním’ modelem TK tak, jak se využívají v léčbě drogové a alkoholové závislosti. Může se stát, že se vynoří daleko obecnější koncepce TK, která bude spojovat charakteristiky obou modelů, a zejména pojetí sociálního učení“ (Jones, 1984).

Tato vzrůstající tendence jde bez pochyb na vrub americkým a evropským průkopníkům, kteří přinesli americkou abstinenci terapeutickou komunitu do Evropy na počátku sedmdesátých let 20. století. Ačkoli byli Evropané dychtiví

včlenit americký přístup, zřejmé rozdíly v kultuře, zázemí a tradici léčby vyžadovaly koncept upravit.

Evropané nikdy úplně neodmítli psychoanalýzu. Obávali se hierarchického systému s jeho možným nekontrolovatelným charismatickým vedením. A dobře vycvičeným tradičním profesionálům přišlo obtížné přijmout tvrdé konfrontační techniky jako ostříhání dohola, drsné „lekce“, nošení znaků, atd. Bez ohledu na to otevřel všudypřítomný vliv americké kultury a technologie cestu ke spolupráci přístupů a systémovému myšlení. Tento systematizující přístup vytvořil přemostění mezi tradiční evropskou TK pro děti a dospělé a evropskou abstinenci TK, která byla úzce spojena s americkým modelem. Oba dva důležité příspěvovatelé k vývoji TK pro děti a dospělé – Jones i Bridger – byli přitahováni systemickou teorií: „Kdybychom měli opravdu dobrý základní výcvik v behaviorálních vědách, a zejména v systemické teorii, ubylo by nám zřejmě mnoho tápání“ (Jones, 1984).

Bridger jako člen Tavistockého institutu vždy popisoval TK v systemických termínech. Považuje TK za „otevřený systém“ a ještě přímočařeji za „živý organismus“ (Bridger, 1984).

Autoři dále uvádějí, že v posledních letech se stává TK čím dál otevřenější a současně součástí širší léčebné sítě. TK rozšiřuje svoje pojetí o další cílové skupiny např. na děti, psychiatrické pacienty, vězně, imigranty či bezdomovce. A stejně tak se TK stávají širšími programy, které nabízejí péči rozličným klientům, závislým na různých drogách se širokou sociálně psychologickou problematikou. Tyto trendy vedou k určitému obecnému povědomí, které je krokem k integraci s ohledem na odlišnost.

Podle autorů je zřejmé, že se obě větve americká i evropská sblížují. Porozumění hlavním rysům odlišujícím oba modely TK nabízí možnosti jejich budoucí kombinace, která může přinést mnoho užitku.

## **Diskuse nad základními principy terapeutické komunity**

Autoři (30) uvádějí, že v průběhu devadesátých let začíná být TK pro drogově závislé konfrontována s novou výzvou. V mnoha zemích je považován klasický model TK za zastaralý a volba směřuje k systemickému, holistickému a postmodernímu pojetí. Tyto změny přinášejí mnoho otázek. Je pro TK nezbytná hierarchická struktura? Jak podstatná je praxe „odpovědného zájmu“ (*responsible concern*)? Je princip svépomoci a vzájemné pomoci dnes stejně platný jako v minulosti? Může nadále zůstat platná víra, že je klient protagonistou vlastního života? Může být měněna hodnotová programová základna – filosofie TK?

Dále je princip abstinenční TK stále více porovnáván s postupy nezaměřujícími se přímo na abstinenci jako je *harm reduction*. Množí se diskuse o efektivitě TK a zároveň o ceně této terapie nebo o absenci nějakého soudobého podporujícího filosofického rámce. Souběžně s tím vzrůstá zdůrazňování profesionalismu se speciálními psychologickými, výchovnými a sociálními intervencemi a nástroji, které upravují a někdy podkopávají ústřední princip TK – svépomoc. Kromě toho se zaměřuje pozornost na nebezpečí sektářství, chybění pozornosti k ženským specifikům a kulturním rozdílům, užívání drsných metod, jako je „encounter“ a „lekce“, nebo nebezpečí ideologické indoktrinace.

Existuje mnoho vážných důvodů, proč se mění TK. Například: změny populace přicházející do TK, mladší klientela, méně těžkých uživatelů; rozdílnosti mezi užívanými drogami, kokain, předepisované léky, složené substance; mění se potřeby klientů, intenzivnější práce s rodinou; proškolenější personál, přinášející do práce vliv různých psychologických škol; trend od „co dělat“ a „jak to dělat“ k „proč to dělat“ a k „čemu to bude“. Vyrůstající počet klientů nemocných AIDS či seropozitivních také vyžaduje změnu v užší spolupráci s vnějšími zařízeními a profesionály.

V centru pozornosti odborné veřejnosti se tedy vyskytla otázka, co ještě lze považovat za TK a co už ne. Evropská federace Terapeutických komunit tak uspořádala konferenci v Belgii v Den Haanu v červnu 1991, za účelem najít odpověď na otázku: „Co nemůže být v TK změněno?“ Konference došla k následujícím závěrům:

- Svépomoc a vzájemná pomoc jsou pilíře terapeutického procesu, v kterém je protagonista zásadně odpovědný za dosažení osobního růstu, směrem k smysluplnějšímu a odpovědnějšímu životu; přitom je současně prospěšný své komunitě.
- TK se snaží ze všech sil o stmelení svých rezidentů a považuje za nezbytnou dostatečně dlouhou dobu strávenou v programu.
- Dveře komunity musí být otevřeny společnosti a pozice ředitelů, personálu a rezidentů musí být konfrontována a kontrolována. Charismatický způsob vedení je přijatelný pouze, jestliže je otevřený přezkoumání a otázkám.
- Členové personálu musí dodržovat standardy způsobilosti, přičemž diplomy nejsou jediným hlediskem způsobilosti. Exuseři mohou velmi významně přispět k dobré funkci TK.
- TK musí udržovat svou identitu a pravidelně se vracet k důvodům své existence.
- TK se smí vždy měnit, pokud nezapomíná na své cíle a standardy.
- Rezidenti mohou být důvodně vyloučeni.
- TK by měla být součástí nadnárodních společností, jako je EFTC (Euro-

pean Federation of Therapeutic Communities) a WFTC (World Federation of Therapeutic Communities).

- Personál musí působit v rámci hranic etického kodexu, vymezených stupněm kvalifikace, vztahy mezi personálem a klienty a jejich příbuznými, personálními vztahy, udržováním schopnosti každého pokračovat v učení.
- Sdílení denního života a hodnotového systému, nepřítomnost násilí a drog, odpovědný zájem, struktura.

Tím byla dána i odpověď na otázku, co se může v TK dále měnit a kam se bude možná vyvíjet. Přičemž rozhodující vliv na směr vývoje má charakter současné postmoderní společnosti, jak zdůraznil Charles Kaplan (Kaplan, 1993).

„Modernismus“ se snažil ze všech sil o řád ve společnosti. Lidé byli málo seznámeni s drogovou závislostí, která byla vnímána jako onemocnění léčitelné psycho-zdravotnicko-výchovnou péčí prostřednictvím detoxifikace, metadonového udržování, nebo abstinence léčby. „Postmodernismus“ je charakterizován svobodou vyjadřování, znalostí drog, dostupností a experimentováním s drogami, povolováním užívání drog, a pod tím ležícím strachem z budoucnosti společnosti vyjadřováním jak riskováním, tak ochranou. Selhávání politických odpovědí a nekončící spor mezi represí a legalizací vede pak k rozšíření sítě rozličných komunitních řešení. O tomto problému se podrobně zmiňuje i K. Kalina (31).

Kaplan zdůrazňuje Kooymanovo zjištění, že nejdůležitějším prvkem programu významně ovlivňujícím jeho léčebné výstupy je stupeň zahrnutí rodiny do terapie. Zahrnutí širšího společenství reprezentované prací s rodinou funguje jako léčebný mechanismus (Kooyman, 1993). Tím byl zaveden postmoderní výstup přepracovávání modelu komunity na otevřenou instituci oproti komunitě uzavřené, vyčleněné (Kaplan 1993). Závislost je čím dál více vnímána jako komplexní záležitost související s okolím, a tak se zásah nemusí dít jen v hranicích daných TK, ale i v rodině, sousedství a vnějším světě.

Autoři uvádějí, že okruh užívaných a postupně začleňovaných terapeutických technik (*bonding terapie* /Casriel/, rodinná terapie /Kaufman/, psychodrama atp.) se stává stále širší. V této souvislosti k tomu K. Kalina (32) uvádí, že „...se v odborně vedených TK klade stále větší důraz i na souběžnou individuální terapii (alespoň podpůrnou a poradenskou)...“ Jinde (33) tento proces vystihuje faktem, že „...zatímco počátkem osmdesátých let 20. století se standardní program TK v USA sestával převážně z komunitních setkání, pracovních úkolů a strukturovaných volnočasových aktivit, do r. 1995 se podíl (psycho)terapeutických složek programu zvýšil trojnásobně. Tím se zlepšily podmínky pro vytrvání v léčbě a řešení problémů u těch klientů, kteří dříve často selhávali.“ S tím souvisí i proměna role terapeuta od tzv. zralého vzoru směrem k tzv. erudovanému průvodci.

Autoři (30) dále míní, že se terapeutická komunita stává otevřenější vůči společnosti. Domnívají se, že další vazby se širším společenstvím budou znamenat zahrnutí dobrovolníků a rodin do programu a posílení spolupráce s dalšími léčebnými zařízeními. TK bude mít zvláštní roli v rozvětvené síti komunitní péče o duševní zdraví, která zahrnuje „harm reduction“ a metadonové programy. Síť bude také zahrnovat denní programy, rezidenční péči, péči o rodinu, nezávisle žijící zařízení a sociální práci. Různé programy se mohou rozvíjet v rámci společné filosofie TK. S úpravou je pojetí TK využitelné a uplatnitelné také ve školách, vězeních, programech pro bezdomovce a dalších obtížných společenských oblastech, kde skupiny osob potřebují pomoc. Terapeutická komunita nabízí nové příležitosti, ale nebude nejlepším řešením pro ty, kteří potřebují speciální péči a svoboda je pro ně příliš těžká.

Drogově závislí budou potřebovat fázi personalizované léčby, než se budou schopni tváří v tvář postavit postmoderní individualistické společnosti. Nebudou-li chráněni, budou tyto osoby zahlceny chaosem otevřeného systému a nenaleznou dostatečně pevné vazby. Řečeno žargonem TK odpadnou. V opačném případě, ve svépomocném a růst stimuluujícím procesu TK, může vzrůstat flexibilita a posilovat ego, což povede k vývoji směrem k větší svobodě, relativismu a moudrosti (30).

## **Současná podoba terapeutických komunit u nás**

Domnívám se, že podobu terapeutické komunity pro drogově závislé u nás velmi ovlivnily následující faktory. Jednak krátká doba od prudkého rozmachu užívání ilegálních drog k vzniku prvních specializovaných léčebných zařízení. Dále v 90. letech otevřená možnost čerpání zkušeností z celého světa a vynikající profesionální systém péče o závislé na alkoholu. TK tak mohly čerpat z bohatých zkušeností léčby závislých komunitními principy i z komunitních forem léčby neurotiků. Profesionálové působící v této oblasti jsou odchovanci dynamicky orientovaných výcviků typu SUR s jeho bohatostí užívaných terapeutických technik. Významnou roli měla postupně vznikající centrální kontrola kvality péče prostřednictvím grantovým způsobem poskytovaných dotací, neboť v našich podmínkách není prakticky možné bez státních dotací komunitu provozovat. A také jasně daná návaznost terapeutické komunity na předchozí systémové složky péče (terén, kontakt, ambulantní péče, detoxifikace, krátkodobý a střednědobý rezidenční pobyt), která definovala klientelu i způsob jejího přijímání. Několik let je také připravován systém akreditací těchto zařízení, který by měl (nezávisle na poskytovateli finančních prostředků) garantovat kvalitu péče.

Současnou podobu našich terapeutických komunit pro drogově závislé tedy vystihují pojmy jako profesionalismus, daný intenzivním vzděláváním personálu; pevná hierarchická struktura, jež umožňuje v jasně definovaných hranicích účast demokratického způsobu vedení; vertikální uzavřenost systému (exuseri se zásadně nestávají členy personálu v mateřském zařízení) a velká míra horizontální otevřenosti (spolupráce s rodinou, okolím, širší společností, provázanost následné péče); behaviorální metoda terapeutické komunity, která je otevřená široké škále užívaných terapeutických technik s jejich akcentem na psychodynamické pojetí atp.

Domnívám se, že z amerického modelu TK je přejato do českých terapeutických komunit jen málo, většina je ryze českého původu, event. vychází z evropského kontextu.

Světové trendy, jak byly vykresleny výše, jsou reflektovány i v našich podmínkách. Svědčí o tom např. téma Celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci z r. 2001 „Klient v síti“ týkající se i horizontální otevřenosti léčebné péče.

Bohužel je nutno dodat, že české terapeutické komunity se přes svůj nesporný přínos k léčbě drogově závislých stále potýkají se získáváním finančních prostředků. Každý rok jsou ohroženy na existenci v důsledku stávajícího systému jednoletého financování. Pravidelně v prvním polovině roku během čekání na slíbenou dotaci nemají často ani na financování základního provozu. Tato situace je dlouhodobě neudržitelná a pokud nebude systémově řešena, může vést k úpadku kvality péče a zvolnému přerodu našich profesionálních komunit na více svépomocné (možná z prvního pohledu levnější) a méně efektivní zařízení.



# Literatura k textu Martiena Kooymana

- Adams, J. W. (1978). *Psychoanalysis of Drug Dependence: The Understanding and Treatment of a Particular Form of Pathological Narcissism*. Grune & Stratton, New York.
- Alexander, B. K. (1987). The reality of drug use in the 1980's: Models of addiction and the war on drugs. In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 8-15. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Alexandr, B. K. and G. S. Dibb (1975). *Opiate addicts and their parents*. *Family Process*, 14, pp. 499-514.
- Alexander, B. K. & Hadaway, P. F. (1982). Opiate addiction: the case for and adaptive orientation. *Psychological Bulletin*, 92, pp. 267-381.
- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (1980). D. S. M. III, third edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (1987). D. S. M. III, third revised edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Appels, A. (1975). *Screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg*. Proefschrift. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Aron, W. S. (1975). „Family background and personal trauma among drugaddicts in the USA: implications for treatment.“ *Brit. J. of Addiction*, 70, pp. 295-305.
- Aron, W. S. and D. W. Daily (1974). „Short- and long-term therapeutic communities: A follow-up and cost effectiveness comparison.“ *The Int. J. of the Addictions* 9 (5), pp. 619-636.
- Aron, W. S. and D. W. Daily (1976). „Graduates and splitters from therapeutic community drug treatment program: An comparison.“ *The Int. J. of the Addiction*, 1, pp. 1-18.
- Ausloos, G., Deslisle, C., Ecuier, S., Lanini, Y., Rey, F. and P. Rey (1986). „50 Families d'heroinomanes.“ *Lettres Levantines*, 1. Association du Levant. Lausanne.
- Ausubel, D. P. (1972). „Why compulsory closed-ward treatment of narcotic addicts?“ Reprints. *Narc. Add. Control Commission*, 1, nr. 5.
- Bale, R. N. (1979). „The validity and reliability of self-reported data from heroin addicts.

Meiled questionnaires compared to face-to-face interviews." *Ing. J. Addictions*, 14, pp. 993-1000.

- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. J., Elshoff, R. M. and V. P. Zarcone (1980). „Therapeutic communities vs. Methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Design and one-year follow-up." *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, pp. 179-191.
- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Engelsing, T. M., Zarcone, V. P. and J. M. Kuldau (1981). „The validity of self-reported heroin use." *Int. J. Addictions*, 16 (8), pp. 1387-1398.
- Bale, R. N., Zarcone, V. P., Van Stone, W. W. Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. J. and Elastoff, R. M. (1984). „Three therapeutic communities. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Process and two-year follow-up results." *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, pp. 185-191.
- Barr, H. (1986). „Outcome of drug abuse treatment in two modalities." In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions*, pp. 97-108. Charles C. Thomas Publ. Springfield, Ill.
- Barr, H. and D. Antes (1980). „Seven years after treatment: A follow-up study of drug addicts and alcoholics treated in Eagleville Hospital's Inpatient Program." *Final report to N.I.D.A Eagleville Hosp. Research Report*, Eagleville, Penn.
- Bassin, A. (1973). „Taming the wild para-professional." *J. of Drug Issues*, 3 (4), pp. 353-340.
- Bassin, A. (1980). „Reality therapy on the therapeutic community." In: *Readings of the 5th World Conference of Therapeutic Communities, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 109-110. Samsom/Sijthoff, Alphen a/d Rijn.
- Bastiaans, J. (1986). *Isolement en bevrijding*. Uitg. Balans, Amsterdam.
- Berglund, G. W., Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L., Linberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. and C. Stensmo (1991). „The Swedate Project: Interaction between treatment, client background and outcome in a one-year follow-up." *J. of Substance Abuse Treatment*, 8, pp. 161-169.
- Biase, D. V. (1986). *Education in the therapeutic community and self-esteem*. The miniversity project. Paper Presented at the 10th World Conference of Therapeutic Communities, Sept. 1986, Eskilstuna.
- Biase, D. V. and M. Rosenthal (1969). „Phoenix House: therapeutic communities for drug addicts. Hospital and Community." *Psychiatry*, 20, pp. 27-30.
- Biase, V. and A. P. Sullivan (1984). „Successful development of the self-concept with Therapeutic Community residents." In: *Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities*, 2, pp. 175-184. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Biase, D. V., Sullivan, A. P. and B. Wheeler (1986). „Daytop Miniversity - Phase 2 college training in a Therapeutic Community: Development of self concept among drug free addict/abusers." In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions. Readings in Theory, Research and Practice*. Charles C. Thomas Springfield, Ill.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Temple University Press, Philadelphia, Penn.
- Bindels, P., Stembusch, M., Tichelman, A. and R. Vernooij (1981). *Onderzoeksverslag nr. 1, Methadonteam-CAD*, Utrecht.

- Björling, B. (1986). „An interdisciplinary multidimensional design for research on drug-abusers in treatment and on treatment systems in Sweden.“ In: Therapeutic Communities, Family, Society. Proceedings of the third European Conference of Therapeutic Communities, November 1985, Bruges. *Vereniging voor Opvoeding en Therapie, Gent*, pp. 133-147.
- Björling, B. (1989). „Combined research in therapeutic communities in Sweden – Swedate Project.“ In: Muntarbhorn (ed.) *Therapeutic communities into the 90's. Proceedings of the 11th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 383-384. Nat. Council on Social Welfare of Thailand, Bangkok.
- Blank, L., Gottsegen, M. G. and G. B. Gottsegen (eds.) (1971). *Confrontation: Encounters in self and other awareness*, New York.
- Bowlby, J. B. (1969). *Attachment and loss*. Vol I, Attachment. Basic Books, New York.
- Bos, C. (1977). „Ouders, broers en zusters: deel van de oplossing.“ *Driebergen Scriptie „De Horst“*.
- Bratter, T. E. (1973). „Treating alienated, unmotivated drug abusing adolescents.“ *Am. J. of Psychotherapy*, 27, pp. 585-598.
- Bratter, T. E. (1978). „Motivating the unmotivated. The self-help therapeutic community's biggest challenge.“ *The Addiction Therapist*, 2 & 3, pp. 84-93.
- Bratter, T. E., Collabolletta, E. A., Fossbender, A. J., Pennacchia, M. C. and J. R. Rubel (1985). „The American Self-Help residential Therapeutic Community. A pragmatic Treatment Approach for addicted Character-disordered Individuals.“ In: Bratter & Forrest (eds.). *Alcoholism and Substance Abuse*, pp. 461-507. The Free Press, Div. of MacMilan Inc. New York, N. Y.
- Bratter, T. E. and G. G. Forrest (1985). *Alcoholism and Substance Abuse Strategies for Clinical Intervention*. The Free Press, Div. of MacMillan Inc. New York.
- Bratter, T. E. and C. A. Hammerschlag (1975). „Advocate, activist, agitator: The drug abuse program administration as a revolutionary reformer.“ In: Rachin & Czajowski (eds.). *Drug Abuse Control Administration and Politics*. Lexington, Mass.
- Bratter, T. E. and M. Kooyman (1981). „A structured environment for heroin addicts: The experiences of a community-based American methadone clinic and a residential Dutch therapeutic community.“ *Int. J. of Social Psychiatry*, 27, pp. 189-203.
- Bridger, H. (1985). „Groups in open and closed systems.“ In: Ottenberg (ed.) *The therapeutic community today. A moment of reflexion in its evolution. Proceedings of the 1st World Institute of Therapeutic Communities*, pp. 54-70. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Broekaert, E. (1976). „De drugvrije therapeutische gemeenschap naar Synanon-model.“ *Tijdschr Alcohol & Drugs*, 2 (3), pp. 93-97.
- Broekaert, E. (1981a). „Inleiding tot het werk in de therapeutische gemeenschap.“ *Uitg. European Federation of Therapeutic Communities*, VSW De Kiem Gent.
- Broekaert, E. (1981b). „De drugvrije therapeutische gemeenschap als orthopedagogische entiteit.“ *Tijdschr. v. Alc. & Drugs*, 7 (1), pp. 16-21.
- Broekaert, E. (1984). „The Identity of the european therapeutic community: an adventure of therapy and education.“ In: Bremberg (ed.) *The third generation of therapeutic communities. Proceedings of the 1st European Conference on Milieu Therapy in Eskilstuna 1982*, pp. 24-27. Katrineholm.

- Broekaert, E. (1990). *Historische, filosofische en ideologische achtergrond van de therapeutische gemeenschap*. Verslag: Kind-gezin-instelling, een werkzame driehoek. Acco, Leuven.
- Brown, B. S., Buhringer, G. Kaplan, C. D. and J. J. Platt (1987). „German/American report of the effective use of pressure in the treatment of drug addiction.“ *Psychology of Addictive Behaviors 1 (1)*, pp. 38-54.
- Bschor, F. (1986) „Relevant parameters in long-term outcome of opiate addicts.“ In: Kaplan, Kooyman, Jansen & Smit (eds.) *Proceedings of the 3rd Workshop of the European Workinggroup on Drugpolicy Oriented Research (EWODOR)*. Publication no. 72, pp. 8-22. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Cafmeyer, I. (1986). „De rol van de familieleden bij het instandhouden van de verslaving.“ *Tijdschr. over Verslavingsproblematiek, De Sleutel*, 3, pp. 4-7.
- Cancrini, L., Constantini, D., Mazzoni, S., Cingolani, S. and F. Compagnoni (1985). „Juvenile drug addiction: A study on typology of addicts and their families.“ In: *Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 59-68. Walden House, San Francisco, Cal.
- Capitania, C., Clerici, M., Garini, R., Miragoli, F., Pisoni, G., Sangiovanni, M., Zardi, L. & Gori, E. (1985). „Treatment outcome results of the therapeutic community Casa Verde.“ Paper presented at the 15th ICAA International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, April 1985, Amsterdam/Noordwijkerhout.
- Casriel, D. (1963). *So Fair a House: The Story of Synanon*. Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs, N. Y.
- Casriel, D. (1971). „The Daytop story and the Casriel method.“ In: Blank, Gottsegen & Gottsegen (eds.). *Confrontation, Encounters in Self and Interpersonal Awareness*, pp. 179-193. New York.
- Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness. A penetrating and detailed exploration of the principles behind scream therapy*. Grosset & Dunlap, New York, N. Y.
- Casrile, D. (1980). „A.R.E.B.A. Accelerated re-education of emotions, behavior and attitudes.“ In: *Readings of the 5th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 267-269. Samsom/Sijthoff, Alphen a/d Rijn.
- Casriel, D. and G. Amen (1971). *Three Addicts and their Cure*. Hill and Wang, New York.
- Cassuto, R. (1981). Emiliehoeve 1977. *Beschrijving van een drugvrije therapeutische gemeenschap vanuit sociaal psychologisch oogpunt*. Katholieke Universiteit, Nijmegen. Doktoraalscriptie Sociale Psychologie.
- Chinlund, S. (1978). „Therapeutic community in prison.“ *The Addiction Therapist*, nr. 2, 3 & 4, pp. 57-66.
- Cingolani, S. (1986). „Heroin addiction: Indication for family therapy on the basis of a (tentative) classification.“ In: Kaplan and Kooyman (eds.), *Proceedings of the 15th ICAA Inst. on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Noordwijkerhout*, pp. 292-297. Inst. for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Clarck, D. M. (1984). „The therapeutic community over 40 years: some personal reflections.“ In: *Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities, 1*, pp. 15-20. Centro Italiano di Solidarietà, Roma.
- Collier, W. V. (1971). *An evaluation report on the therapeutic programs of Daytop Village Inc., for the period 1970-1*. Research Division Daytop Village, New York, N. Y.

- Collier, W. V., Hammoch, E. R. and C. Devlin (1970). *An evaluation report on the therapeutic program of Daytop Village*. Daytop Village Inc., New York, N. Y.
- Collier, W. V. and Y. A. Hijazi (1974). „A follow-up of former residents of a therapeutic community.“ *The Int. J. of the Addictions*, 9, pp. 805-826.
- Comberton, J. (1982). *Drugs and young people*, Ward Rivers Press Ltd., Dublin.
- Comberton, J. (1986). „Origins and development of the therapeutic community or social learning community.“ Paper presented at the 10th World Conference of Therapeutic Communities, Sept. 1986, Eskilstuna.
- Condelli, W. S. (1986). „Client evaluations of therapeutic communities and retention.“ In: De Leon & Ziegenfuss (eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*, pp. 131-139. Charles C. Thomas Springfield, Ill.
- Condelli, W. S. (1989). „External pressure and retention in a therapeutic community.“ *Int. Journ. of therap. Communities*, 10 (4), pp. 21-33.
- Coolen, J. (1985). *Bondingtherapie en verslaving*. Doktoraalscriptie. Katholieke Universiteit, Nijmegen.
- Coombs, R. H. (1981). „Back on the streets: Therapeutic communities' impact upon drug abusers.“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 8 (2), pp. 185-201.
- Costello, R. (1975). „Alcoholism Treatment and Evaluation, I. and II. Int.“ *J. Addiction*, 10, pp. 251-275, 857-867.
- Coulson, W. R. (1972). *Groups, Gimmicks and Instant Growth. An examination of Encounter Groups and their Distortions*. Harper & Row, New York.
- Craig, R. J. (1984). „Personality dimensions related to premature termination for an inpatient drug abuse treatment program.“ *J. Clin. Psychol.*, 40, pp. 351-355.
- Crawley, J. A. (1971). „A case-note study of 134 out-patient drug addicts over a 17 months period.“ *Br. J. of Addiction*, pp. 209-218.
- Cuskey, W. 4., Richardson, A. H. and L. H. Berger (1979). „Specialized therapeutic community program for female addicts.“ In: *NIDA, Serv. Research Rep., DHEW No. (ADM) 79-880*. US Gvt. Print. Off. Washington D.C.
- Cutter, H. S. G., Samaraweera, A., Price, B., Haskell, D. and C. Schaeffer (1977). „Prediction of treatment effectiveness in a drug free therapeutic community.“ *The Int. J. of the Addictions* 12 (2-3), pp. 301-321.
- De Leon, G. (1984). *The therapeutic community: Study on effectiveness NIDA Services Research Monograph DHSS publication (ADM no.) 84-1286*. U.S. Gvt. Printing Off., Rockville, Ma.
- De Leon, G. (1985). „Time in program: a decade of research.“ *Centro Italiano die Solidarietà Roma, Italy. Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 115-129.
- De Leon, G. (1987). „Legal Pressure in therapeutic communities.“ Paper presented at NIDA Technical Review Meeting on Civil Commitment for Drug Abuse, Jan 26-27th 1987. U.S. Gvt. Printing Off. Rockville, Ma.
- De Leon, G. (1989). „Therapeutic community research: Some implications for treatment and international planning.“ In: Muntarhorn (ed.) *Proceedings of the 11th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 375-382. Nat. Council. on Soc. Welfare of Thailand, Bangkok.
- De Leon, G. and G. M. Beschner (1976). „The therapeutic community.“ In: *Proceedings of*

*the Therapeutic Communities of America Planning Conference*. NIDA Service Research Report U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville, Ma.

- De Leon, G. and V. Biase (1975). „Encounter Group: Measurement of systolic blood pressure.“ *Psychol. Report*, 37, pp. 439-445.
- De Leon, G. and D. Daily (1974). „Short and longterm therapeutic communities: A follow-up and cost effectiveness comparison.“ *The Int. J. of the Addictions*, 9 (5), pp. 619-636.
- De Leon, G. and D. Deitch (1985). „Treatment of the adolescent substance abuser in a therapeutic community.“ In: Friedman & Beschner (eds.). Rockville, Md. *Chapter in: Treatment Services for Adolescent Substance Abusers. Treatment Monograph Series NIDAADM 85-1342*.
- De Leon, G. and N. Jainchill (1981). „Male and female drug abusers: Social and psychological status two years after treatment in a therapeutic community.“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 8 (4), pp. 465-497.
- De Leon, G. and N. Jainchill (1986a). „Circumstances, motivation, readiness and suitability (CMRS) as correlates of treatment tenure.“ *J. of Psychoactive Drugs*, 8 (3), pp. 203-208.
- De Leon, G. and N. Jainchill (1986b). „Can we reduce early drop-out from therapeutic communities?“ *Paper presented at the 10th World Conference of Therapeutic Communities, Sept. 1986, Eskilstuna*.
- De Leon, G. and S. Schwartz (1984). „The therapeutic community: What are the retention rates?“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 10 (2), pp. 267-284.
- De Leon, G., Skodol, A. and M. S. Rosenthal (1973). „Phoenix house: Changes in psychopathological signs of resident drug addicts.“ *Arch. Gen. Psychiat.* 28, pp. 131-135.
- De Leon, G., Wexler, H. K. and N. Jainchill (1982). „The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment.“ *Int. J. of the Addictions*, 17, pp. 703-747.
- Dederich, C. (1975). *The circle and the triangle: The Synanon Social System*. Synanon Foundation, Marchall, Ca.
- Deitch, D. A. and J. E. Zweben (1980). „Synanon: a pioneering response to drug abuse treatment and a signal for caution.“ In: Halpern & Levine (eds.). *Proceedings of the 4th International Conference on Therapeutic Communities*. Daytop Village Press, New York, N. Y., pp. 57-70.
- Denham, J. (1978). „The British Experience.“ In: *Verslag van het nationaal heroïne symposium, 24 november 1977*. De Oude Stad, Amsterdam.
- Dijk, W. K. van (1971). „Complexity of the Dependence Problem: Interaction of Biological Psychogenic and Sociogenic Factors in Drug Dependence.“ In: H. M. van Praag (ed.) *Biochemical and Pharmacological Aspects of Dependence and reports on Marijuana Research*, pp. 26-32. Bohn, Haarlem.
- Dijk, W. K. van (1976). „Alcoholisme, een veelzijdig verschijnsel.“ *Tijdschr. v. Alc. & Drugs*, 2 (1), pp. 26-32.
- Dijk, W. K. van (1976). „Medisch model en alcoholisme.“ *Tijdschr. v. Alc. & Drugs*, 2 (4), pp. 125-130.
- Dijk, W. K. van (1979). „De miskende alcoholist.“ *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 123 (29), pp. 1228-1236.

- Dijk, W. K. van (1980). „Biological, psychogenic and sociogenic factors in Drug Dependence.“ In: Lettieri, Sayers & Wallenstein Pearson (eds.) *Theories in Drug Abuse, selected contemporary perspectives*. NIDA Monograph Series. DHHS Publ. Rockville, Ma.
- Dijk-Karanika, K. van (1985). „The engagement of parents and/or families in the treatment in the therapeutic community Essenlaan.“ In: *Information and Papers. Symposium: Family, drugs and therapy*, pp. 91-95. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Dole, V. P. (1988). „Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction.“ *J.A.M.A.*, 260 (20), pp. 3025-3029.
- Dole, V. P., Nyswander, M. E. and A. Warner (1968). „Successful Treatment of 750 criminal addicts.“ *J. of the American Medical Association*, 206, pp. 2708-2711.
- Dole, V. P. and M. E. Nyswander (1976). „Methadone maintenance treatment. A ten-year perspective.“ *J.A.M.A.*, 235 (19), pp. 2117-2119.
- Driessen, F. M. H. M. (1987). „The methadone maintenance program in Amsterdam. Some preliminary results of the analysis of the registration 1981-1984.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Papers presented at the 15th I.C.A.A. International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 5-16. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Edwards, G. (1979). „British Policies on Opiate Addiction: Ten years working of the revised response, and options for the future.“ *Br. J. of Psychiat.*, 134, pp. 1-13.
- Edwards, G., Arif, A. and R. Hodgson (1981). „Nomenclature and classification of drug use and alcohol related problems.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 59, pp. 225-242.
- Ellinwood, E. G., Smith, W. G. and G. E. Vaillant (1966). „Narcotic addiction in males and females: A comparison.“ *J. of the Addictions*, 1, pp. 33-45.
- Ellis, A. and R. Grieger (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Springer, New York, N. Y.
- Endore, G. (1968). *Synanon*. Doubleday & Co. Inc. Garden City, New York, N. Y.
- Epen, H. van (1990). *Schets voor een nieuwe psychiatrie*. Bohn/Stafleu/Van Loghum, Houten.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. W. W. Norton, New York, N. Y.
- Fort, J. P. (1954). „Heroin addiction among young men.“ *Psychiatry*, 17, pp. 251-259.
- Fourman, W. C. and R. Parks (1981). „The MMPI as a predictor of retention in a therapeutic community for heroin addicts.“ *The Int. J. of the Addictions*, 16 (5), pp. 893-903.
- Frank, R. and M. Weesie (1985). „Activities of the Stichting HAD (Hulp Aan Druggebruikers) in Endhoven for parents.“ *Information and papers symposium: Family, Drugs and Therapy, oct. 1985*, pp. 75-83. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Freudenberger, H. J. (1976). „The staff burn-out syndrome in alternative institutions.“ (Reprint from: *Psychotherapy: theory, research and practice*, vol. 12 (1), Spring 1975). *The Addiction Therapist*, 1 (4), pp. 35-47.
- Freudenberger, H. J. (1980). *Burn out: The high costs of high achievement*. Anchor Press/Doubleday, New York, N. Y.
- Garfield, H. M. (1978). *The Synanon religion. The survival morality for the 21st century*. The Synanon Foundation, Marchall, Cal.

- Geerlings, P. and J. de Klerk-Roscam Abbing (1985). „Cathartische active ende psychodynamische groepstherapie.“ *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, pp. 1-19.
- Gelormino, T., Rufino, S. and L. Pappalardo (1985). „Parallel family therapy. Why Parallel? Symposium: Family, Drugs and Therapy“. In: *Information and papers*, pp. 51-67. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Glaser, F. B. (1977). „The origins of the drugfree therapeutic community: A retrospective history.“ In: Vamos & Brown (eds.) *Proceedings of the 2nd World Conference on Therapeutic Communities. The Addiction Therapist, Spec. Ed.*, 2, 3 & 4.
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy. A new Approach to Psychiatry*. Harper & Row, New York.
- Gleason, D. R. (1983). „SHAR House a therapeutic community working with families.“ *Proceedings of the 7th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 54-56. Gateway House, Chicago.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social situation of mental patients and other inmates*. Aldine Publishing Company, Chicago.
- Gordon, A. M. (1973). „Drugs and delinquency; a ten year follow-up of drug clinic patients.“ *Br. J. Psychiatry*, 142, pp. 21-25.
- Gori, E., Zardi Gori, L., Clerici, M. and R. Garini (1984). „Folow-up“ da uno a settle anni di ex residenti della „Cascina Verde“, una della piu vecchie Comunita Terapeutiche italiane.“ In: *Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities*, 2, pp. 133-148. Centro Italiano di Solidarieta, Rome.
- Grapendaal, M., Leuw, E. and J. M. Nelen (1991). *De economie van het drugbestaan: criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*. Gouda Quint, Arnhem.
- Griffin, G. A. and H. F. Harlow (1966). „Effects of three months of total social deprivation on social adjustment and learning in the Rhesus monkey.“ *Child Dev.* 37, pp. 535-547.
- Griffith, R. R., Bigelow, G. E. and J. E. Henningfield (1980). „Similarities in Animal and Human Drugtaking Behavior.“ In: Mello (ed.) *Advances in Substance Abuse*, 1, pp. 1-90. AT Press Inc., Greenwich, CT.
- Gunderson, J. C., Will, O. A. and L. R. Moster (1983). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. Jason Aronson, New York, N. Y.
- Hadaway, P. F. (1986). Paper presented at the 15th ICAA International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout.
- Haley, J. (1971). „Approaches to family therapy.“ In: Heley, J. (ed.) *Changing families: a family therapy reader*. Grune & Stratton, New York.
- Haley, J. (1980). *Leaving home, the therapy of disturbed young people*. McGraw-Hill, New York, N. Y.
- Harbin, H. T. and H. M. Maziar (1975). „The families of drug abusers: a literature review.“ *Family Process*, 14, pp. 411-431.
- Harlow, H. F. & M. K. Harlow (1971). „Psychopathology in monkeys.“ In: Kimmel (ed.) *Experimental Psychology*. Academic Press, New York, N. Y.
- Harrington, P. and T. J. Cox (1979). „A twenty year follow-up of neurotic addicts in Tucson, Arizona.“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 6 (1), pp. 25-37.
- Hart, O. van der and S. Boon (1988). „Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen.“ *Direktive Therapie*, 8, pp. 4-44.



- Heckmann, W. (1986). „Addicts cannot be cured by force.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Papers presented at the 15th ICAA Int. Inst. on the Prevention and Treatment of Drug Dependence*, pp. 94-100. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Hendriks, V. (1989). „Client profile of the T. C.: who comes into treatment?“ In: Muntarbhorn (ed.) *Therapeutic Communities into the 90's. Proceedings of the 11th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 284-295. Nat. Council on Social Welfare of Thailand, Bangkok.
- Hendriks, V. M. (1990). *Addiction and psychopathology: a multidimensional approach to clinical practice*. Proefschrift, Erasmus University Rotterdam.
- Hill, P., Murray, R. & Thorley, A. (eds.) (1979). *Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Academic Press, London/New York.
- Holland, S. (1983a). „The effectiveness of the therapeutic community: a brief review.“ In: *Proceedings of the 7th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 27-33. Gateway House, Chicago.
- Holland, S. (1983b). „Evaluating Community-Based Treatment Programs: A model for strengthening inferences about effectiveness.“ *Int. J. of Therapeutic Communities*, 4 (4), pp. 285-305.
- Holland, S. (1987). „The Therapeutic Community: Treatment Outcome, Process and Client Mediators.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA Int. Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence*, pp. 57-61. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Hollidge, C. (1980). „Psychodynamic aspects of the addicted personality and their treatment in the therapeutic community.“ In: *Readings of the 5th World Conference on Therapeutic Communities. Noordwijkerhout/Amsterdam*, pp. 61-86. Samsom/Sijthoff, Alphen a/d Rijn.
- Hunt, G. H. & Odoroff, M. E. (1962). „Follow-up study of narcotic drug addicts after hospitalization.“ *Public Health Reports*, 77, pp. 44-54.
- Hubert, M. C. and P. van Steijn (1986). „Gezinstherapie binnen de ambulante laagdrempelige drugshulpverlening.“ In: *Tijdschr. voor alc., drugs en andere psychotr. Stoffen*, 12, pp. 131-170.
- Janov, A. (1970). *The primal scream: A revolutionary cure for neurosis*. G. P. Putnam's Sons, New York, N. Y.
- Janssen, O. and K. Swierstra (1983). *On defining „hard core addicts“*. Instituut voor Criminologie, Groningen.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse, New Brunswick.
- Joe, G. W. and D. D. Simpson (1976). „Relationship of patient characteristics to tenure.“ In: Sells & Simpson (eds.), *Studies in effectiveness of treatment of drug abuse*, Ballinger, Cambridge, M.A.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A new Treatment Method in Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Jones, M. (1979). „Therapeutic Communities: old and new.“ *Am. J. of Drug & Alcohol Abuse* 6 (2), pp. 137-149.
- Jones, M. (1983). „Synthesis: what is social learning?“ In: *The process of change*. Routledge & Kegan Paul, London.

- Jones, M. (1984). „Social learning.“ In: *The Therapeutic Community today. A moment of reflexion on its evaluation*. Ottenberg (ed.), 9-44. Proceedings of the 1st World Institute of Therapeutic Communities, Castel Gandolfo, Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Jones, M. (1986). „Democratic Therapeutic Communities (D.T.C.'s) or Programmatic Therapeutic Communities (P.T.C.'s) or both?“ In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions*, pp. 19-28. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Jongierius, T. (1981). „De psychiater als milieukundig ingenieur.“ *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 23, pp. 317-325.
- Jongierius, T. and R. F. A. Rylant (1989). *Milieu als methode. Theorie en praktijk van de methodische milieuhantering in de GGZ*. Boom, Meppel.
- Jongsma, T. (1981). „Wat is therapeutisch in een hiërarchisch werkende therapeutische gemeenschap?“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 7 (3), pp. 106-110.
- Jongsma, T. (1986). „The psychological limits of compulsive treatment.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA Institute of the Prevention and Treatment of Drug dependence*, pp. 103. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Jongsma, T. and J. C. van der Velde (1985). „Therapeutische gemeenschappen en drugsverslaafden. De mythe van de elite.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 11 (3), pp. 131-136.
- Kalajian, B. (1979). „The family re-entry group: A support system.“ In: *Proceedings of the 4th International Conference of Therapeutic Communities*, pp. 118-121. Daytop Village, New York, N. Y.
- Kandel, D. (1973). „Adolescent marijuana use: role of parents and peers.“ *Science*, 181, pp. 1067-1081.
- Kandel, D. B., Treiman, D., Faust, R. & E. Single (1976). „Adolescent involvement in legal and illegal drug use: a multiple classification analysis.“ *Social Forces*, 55, pp. 438-458.
- Kantzian, E. J. (1980). „An ego/self theory of substance dependence: A conceptual psychoanalytic perspective.“ In: Lettieri, Sayers & Wallenstein Pearson (eds.) *Theories on drug abuse. Selected contemporary Perspectives*, pp. 29-33. National Institute on Drug Abuse, Research monograph Series. U. S. Gvt. Printing Office, Washington, D.C.
- Kaplan, C. D. and M. Wogan (1978). „The psychoanalytic theory of addiction; A reevaluation by use of a statistical model.“ *Am. J. of Psychoanalysis*, 38, pp. 317-326.
- Kaplan, C. D. and M. Kooyman (eds.), (1985). *Proceedings of the 15th International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence of the I.C.A.A., Amsterdam/Noordwijkerhout*. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S. and C. Rabbin (1984). „Pathways to adolescent drug use: Selfderogation, peer influence, weakening of social controls and early substance use.“ *J. of Health and Social Behavior*, 25, pp. 270-289.
- Kaufman, E. (1981). „Family structures of narcotic addicts.“ *Int. J. of the Addictions*, 16, pp. 273-282.
- Kaufman, E. and P. Kaufmann (1979a). „Multiple family therapy with drug abusers.“ In: Kaufman, E. & Kaufmann, P. (eds.) *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Gardner Press, New York, N. Y., pp. 81-94.

- Kaufman, E. and P. Kaufmann (eds.) (1979b). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Gardner Press, New York, N. Y.
- Kaye, A. (1987). „Residents's change in the therapeutic community with regard to self-esteem, assertiveness, risk-taking and independence.“ Paper presented at the third conference of the European Federation of Therapeutic Communities, Dublin.
- Kerr, D. H. (1986). „The Therapeutic Community: A codified Concept for Training and upgrading Staffmembers working in a Residential Setting.“ Chapter in: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addiction*, pp. 55-63. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Khantzian, E. J. (1982). Psychological (structural) vulnerabilities and the specific appeal of narcotics. *Annals of the New York Academy of Science*, 398, pp. 24-32.
- Klagsburn, M. and D. L. Davis (1977). „Substance abuse and family interaction.“ *Family Process*, 16, pp. 149-173.
- Kolk, B. A. van der (1987). „The separation cry and the trauma response.“ In: B. A. van der Kolk, *Psychological Trauma*, pp. 31-62. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Kolk, B. A. van der (1992). „The re-enactment of the trauma in psychotherapy.“ Paper presented at the World Conference of the Int. Soc. for Traumatic Stress Studies Trauma and Tragedy, June 1992, Amsterdam.
- Kooyman, I. G. C. (1992). *Emiliehoeve. Scriptie oriëntatiestage H.S.A.*, Den Haag.
- Kooyman, M. (1975a). „From Chaos to a Structured Therapeutic Community: Treatment Program on Emiliehoeve. A Farm for Young Addicts.“ *Bulletin on Narcotics*, 27 (1), pp. 19-26.
- Kooyman, M. (1975b). „Problematiek rondom opname en ontslag in de psychiatrie.“ *Goed, beter worden. Jubileumuitgave*, pp. 25-29. KMMG, Utrecht.
- Kooyman, M. (1975c). „Een nieuw behandelbeleid roept vragen op.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 1, pp. 63-65.
- Kooyman, M. (1975d). „Drie jaar Emiliehoeve.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 1, pp. 3-8.
- Kooyman, M. (1977). „Gedwongen opname, een zinvol hulpmiddel bij de behandeling van verslaving?“ *Medisch Contact* (32), pp. 1379-1382.
- Kooyman, M. (1978). „Pathology in the therapeutic community: The role of the psychiatrist.“ In: Corelli (ed.) *Proceedings of the third World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 263-267. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Kooyman, M. (1978). „The history of the therapeutic community movement in Europe.“ In: Vamos & Brown (eds.) *Proceedings of the 2nd World Conference of Therapeutic Communities, Montreal, 1977. The Addiction Therapist, Special Edition*, 2, 3 & 4, pp. 29-32.
- Kooyman, M. (1980). „De drugvrije behandeling van verslaafden.“ *Heroinverslaving, Boerhaave cursus*, pp. 123-129. Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.
- Kooyman, M. (1981). „Nieuwe initiatieven bij de crisisopvang.“ Verslag van een studiedag: *De verslaafde en zijn zorg*, pp. 11-14. T. G. de Kiem, Oosterzele.
- Kooyman, M. (1982). „De professionele hulpverlener in de therapeutische gemeenschap voor verslaafden.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 8 (2), pp. 61-64.
- Kooyman, M. (1983). „Driehoeken en cirkels. De behandeling in de drugvrije therapeutische gemeenschap.“ Voordracht gehouden op symposium ter gelegenheid van het 5-jarig bestaan van Welland, Heerlen.

- Kooyman, M. (1984a). „The drug problem in The Netherlands.“ *J. of Subst. Drugabuse Treatment*, 1, pp. 125-130.
- Kooyman, M. (1984b). „The history of the therapeutic community movement in Europe.“ In: Vamos & Brown (eds.) *Proceedings of the 2nd World Conference of Therapeutic Communities*. Portage Press, Montreal, pp. 29-32.
- Kooyman, M. (1984c). „Naar een consequent heroinebeleid.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 19 (4), pp. 160-163.
- Kooyman, M. (1985a). „Acting out behavior in the therapeutic community.“ In: Ottenberg (ed.) *The therapeutic community today. A moment of reflection on its evaluation. Proceedings of the 1st World Institute of Therapeutic Communities*. Centro Italiano di Solidarietà, Roma.
- Kooyman, M. (1985b). „De therapeutische gemeenschap als psychotherapeutisch instrument bij de behandeling van drugverslaafden.“ *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 27 (3), pp. 160-179.
- Kooyman, M. (1985c). „Follow-up of former residents of the Emiliehoeve, therapeutic community for drug addicts.“ In: *Proceedings of the 34th ICAA International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, pp. 231-234. AADAC, Calgary.
- Kooyman, M. (1986a). „The psychodynamics of therapeutic communities for treatment of heroin addicts.“ In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic communities for Addictions. Readings in Theory, Research and Practice*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Kooyman, M. (1986b). „Die Entwicklung der Behandlungsmaßnahmen für Drogenabhängige in der Niederlanden.“ *Wiener Zeitschr. für Suchtforschung*, 9 (1-2), pp. 51-54.
- Kooyman, M. (1986c). „Een terugblik op 17 jaar behandeling van drugsverslaafden.“ *Tijdschr. voor alc. Drugs en andere psychotr. Stoffen*, 12, nr. 2, pp. 61-66.
- Kooyman, M. (1986d). „De intramurale drughulpverlening in de verdrukking.“ *Marge*, 3, *Welzijnsmaandblad*, 4, Jrg. 40, pp. 35-39.
- Kooyman, M. (1987). „Report on the innovation approach of the Centro Italiano di Solidarietà in Rome to the drug problem in Italy.“ In: *Demand reduction in practice. A worldwide review of innovative approaches*. WHO/I.C.A.A., Lausanne.
- Kooyman, M. (1989). „Therapeutic communities in East West perspective.“ In: Muntarhorn (ed.) *Therapeutic Communities into the 90's. Proceedings of the 11th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 105-106. National Council on Social Welfare of Thailand, Bangkok.
- Kooyman, M. (1991). „Tederheidstekort en verslaving.“ In: de Groot en Kruijt (red.), *Tederheid*, pp. 89-99. S.I.G.O., Boom, Meppel.
- Kooyman, M. and T. E. Bratter (1980). „De noodzaak van confrontatie en structuur bij de behandeling van drugverslaafden.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 6 (1), pp. 27-33.
- Kooyman, M. and M. C. M. Esseveld (1984). „Encountergeroepen en andere groepstherapieën bij verslaafden.“ In: Schwencke (ed.) *Groep en systeem. Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie*, Bergen op Zoom.
- Kooyman, M. and C. D. Kaplan (1986). „The position of research in the therapeutic community today.“ In: *Proceedings of the 3rd European Conference of Therapeutic Communities*, Bruges, pp. 130-132. Vereniging voor Opvoeding en Therapie, Gent.

- Kooyman, M., Lugt, B. van der, and M. Sonnen (1979). „De praktijk van de detoxificatie van de heroïne verslaafde.“ *Klinische les. Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 123 (27), pp. 1137-1140.
- Kooyman, M. and P. van Steijn (1990). „The Family and the Use of Illegal Drugs. The Role of the Family and their Primary Social Groups in Treatment and Prevention in Europe.“ *Report of a WHO study. EUR/HFA, target 14*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Kraemer, G. W. (1985). „Effects of differences in early social experiences on primate neurological-behavioral development.“ In: Reite, Fields, Orlando (eds.) *The psychology of Attachment and Separation*. Academic Press, New York, N. Y.
- Krystal, M. (1988). *Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia*. The analytic Press, L. Erlbaum Ass. Hillsdale N. J.
- Kunz, D., and H. Kampe (1985). „Zum Problem des Therapieabbruchs von Heroïnabhängigen.“ *Suchtgefahren* 31, pp. 146-154.
- Kramer, J. C. (1972). „The place of civil commitment in the management of drug abuse.“ In: Harris et al. (eds.) *Drug dependence*. Univ of Texas Press, Austin.
- Lakoff, R. (1978). „Psychopathology within a therapeutic community: A review of psychiatric consultations from a drug addiction program.“ *The Addiction Therapist*, 2, 3 & 4, pp. 48-51.
- Lakoff, F. (1984). „Integrating the family into the therapeutic community concept.“ *Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities*, 1, pp. 473-476. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Lanini, Y. (1985). „Research on the characteristics of the family of addicts in treatment in a therapeutic community. Therapeutic community, family, society.“ *Proceedings of the 3rd European Conference of Therapeutic Communities*, pp. 67-70. Vereniging voor Opvoeding en Therapie V. Z. W., Gent.
- Laudermilk, W. (1981). „Staff training in the therapeutic community.“ In: *Proceedings of the 6th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 77-78. DARE, Astrad Prod. House, Manila.
- Lutterjohann, M. (1984). „Rational Emotive Therapy with Addicts Changes and Limitations of Application in Therapeutic Communities.“ In: L. Bremberg (ed.) *Proceedings of the 1st European Conference on Milieu Therapy, Sept. 1982, Eskilstuna*, pp. 109-116. Katrineholm.
- Maertens, J. (1982). „De drugvrije therapeutische gemeenschap „De Sleutel“.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 8, nr. 1, pp. 27-31.
- Maertens, J. (1986). „Integratie van client-centered therapie en bonding therapie in een residentiek setting.“ *Tijdschr. over Verslavingsproblematiek, De Sleutel*, 3 (1), pp. 9-12.
- Mahon, T. (1973). „Therapy or brainwashing?“ *Drugs & Society*, 2 (5), pp. 7-10.
- Majoor, B. (1986). „What is burn out?“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the ICAA 15th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 150-155. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Maloney, M. (1985). „The challenge of growth and change. Daytop Village Family Association.“ In: *Bridging Services. Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 244. Walden House, San Francisco, Ca.

- Marlatt, G. A. (1985). „Relapse Prevention: theoretical, rational and overview of the model.“ In: Marlatt & Gordon (eds.) *New York Relapse Prevention*. Guilford.
- Maslow, A. H. (1967). „Synanon and eupsychia.“ *J. of Humanistic Psychology*, 7, pp. 28–35.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. Van Nostrand Comp. Princeton N. J.
- Mason, W. A. (1967). „Motivational aspects of social responsiveness in young chimpanzees.“ In: Stevenson (ed.) *Early behaviour, comparative and developmental aspects*. H. John Wiley & Sons, New York, N. Y.
- McLellan, A. T. et al. (1984). „The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community?“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 10 (1), pp. 77–95.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. and C. P. O'Brien (1980). „An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index.“ *J. of Nerv. And Ment. Disease*, 168, pp. 26–33.
- Meer, Chr. Van der (1985). „Possibilities and limitations of parent involvement in relation to the treatment of drug abusers in a therapeutic commune.“ In: *Information and papers. Symposium: Family, Drugs and Therapy*, pp. 75–83. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Meer, Chr. Van der (1986). „Parent involvement in a drugfree therapeutic community (Emiliehoeve).“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the I.C.A.A. 15th International Conference on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 316–319. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Moreno, J. L. (1959). *Psychodrama. Vol. I, II, III*. Beacon Press, New York, N. Y.
- Moreno, J. L. (1969). „The Viennese origins of the encounter movement, paving the way for existentialism, group psychotherapy and psychodrama.“ *Group Psychotherapy*, 22, pp. 8–9.
- Mowrer, O. H. (1959). *The crisis in psychiatry and religion*. Van Nostrand Comp., Princeton, N. J.
- Mowrer, O. H. (1977). „Therapeutic groups and communities in retrospect.“ In: *Proceedings of the first World Conference of Therapeutic Communities, Sept. 1976, Norköping*. The Portage Press, Montreal.
- Mullan, M. (1989). „Alcoholism and the new genetics.“ *Br. J. Addiction*, 12, pp. 1433–1440.
- Nabitz, U. & Hermanides, R. (1986). „Reducing Drop-out Rates. A Treatment Evaluation Study in the Jellinekcentrum.“ In: Kaplan, Kooyman, Jansen & Smit (eds.) *Proceedings of the 3rd Workshop of the European Workinggroup on Drugpolicy Oriented Research (EWODOR)*, pp. 23–33. Publ. Nr. 72, Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- NIDA (1982). *Data from Client Oriented Data Acquisition Program (CODAP)*, NIDA, Rockville, Ma.
- Noach, E. L. (1980). „Farmacologie van de opiaten.“ In: *Heroïne verslaving. Boerhaave cursus*, pp. 25–33. Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.
- O'Brien, W. B. (1981). „Transcultural Aspects of Therapeutic Communities.“ In: *The therapeutic community in various cultures worldwide. Proceedings of the 6th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 16–18. Astrad Prod. House, Manila.
- O'Brien, W. B. (1983). „The family and its interaction with the TC: a world wide perspec-

- tive.“ In: *Proceedings of the 7th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 19–21. Gateway House, Chicago.
- Ogborne, A. C. and C. Melotte (1977). „An evaluation of a therapeutic community for former drugs users.“ *Brit. J. of Addiction*, 72, pp. 75–82.
- Ottenberg, D. J. (1976). „The process of recovery in the therapeutic community.“ In: Vamos & Devlin (eds.) *Proceedings of the 1st World Conference on Therapeutic Communities in Norköping*. Portage Press, Montreal.
- Ottenberg, D. J. (1978). „Responsible concern.“ *The Addiction Therapist*, 3 (1), pp. 67–68.
- Ottenberg, D. J. (1984). „Therapeutic community and the danger of the cult phenomenon.“ In: Bremberg, L. (ed.) *Third generation of therapeutic communities. Proceedings of the 1st Eur. Conference on Milieutherapy, Sept. 1982, Eskilstuna*, pp. 218–238. Katrineholm.
- Ottenberg, D. J. (1988). *An Italian program of parallel family involvement in the treatment of drug dependence*. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Ottenberg, D. J. (1990). „The educational value system of therapeutic communities.“ In: Hellinckx, Broekaert, Vandenberghe & Colton (eds.) *Innovations in Residential Care*, pp. 135–142. ACCO, Leuven.
- Ottenberg, M. (1986). „Staff Issues.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the ICAA 15th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 148–150, Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Palazzoli, M. Selvini-, Boscolo, L., Cecchin, G. and G. Prata (1978). *Paradox and counterparadox*. Jason Aronson, New York, N. Y.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, The Free Press, New York, N. Y.
- Paschelke, G., Philipsen, P. & Kremer, H. (1986). „The myth of compulsion in longterm clinical rehabilitation treatment of young delinquent drug abusers.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA, Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 99–102. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Patton, T. (1973). *The Synanon Philosophy*. Synanon Research Institute, Marchall, Cal.
- Pescor, M. J. (1943). „Follow-up study of treated narcotic drug addicts.“ U.S. Gvt. Printing Office, Washington. *Public Health Reports, Suppl. nr. 170*.
- Pesso, A. (1980). „Psychomotor/Pesso system psychotherapy.“ In: *Readings of the 5th World Conference of Therapeutic Communities, Noordwijkerhout*, pp. 111–128. Samsom/Sijthoff, Alphen a/d Rijn.
- Petersen, D. M. (1974). „Some reflections on compulsory treatment of addiction.“ In: Inciardy & Chambers (eds.), *Drugs and the Criminal Justice System*. SAGE Publ., Beverly Hills.
- Piperopoulos, G. P. (1977). „The „Concept“ as a Response to the Turbulant sixties.“ *The Addiction Therapist* 2 (2), pp. 62–65.
- Platt, J. J. (1986). *Heroin addiction. Theory, research and treatment*. R. E. Krieger Publ., Malabar, Fl.
- Platt, J. J. (1975). „Addiction-proneness“ and personality in heroin addicts.“ *J. of Abnormal Psychology*, (84), pp. 303–306.
- Pompi, K. and J. Resnick (1987). „Retention in a therapeutic community for court referred adolescents and young adults.“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, pp. 309–325.

- Pompi, K. F., Shreiner, S. C. and J. L. McKey (1979). *Abraxas: a first look at outcome*. Abraxas Foundation, Pittsburgh, P. A.
- Preston, C. A. and L. L. Viney (1984). „Self- and Ideal Self-perception of Drug Addicts in Therapeutic Communities.“ *The Int. J. of the Addictions*, 19 (7), pp. 805-818.
- Rack, S. (1957). „Narcotic Bondage: a general theory of dependence on narcotic drugs.“ *Am. J. of Psychiatry*, 114, pp. 165-170.
- Rado, S. (1933). „The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction).“ *Psychoanalytic Quarterly*, 2, pp. 1-23.
- Ramirez, E. (1973). „Phoenix House: a therapeutic community program for the treatment of drug abusers and drug addicts.“ *Yearbook of Drug Abuse*. Brill & Harms, New York.
- Ravndal, E. and P. Vaglum (1991). „Psychopathology and substance abuse as predictor of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study.“ *Acta Psychiat. Scand.* 83, pp. 217-222.
- Ravndal, E. and P. Vaglum (1992). „H.I.V. drug abusers in a hierarchical therapeutic community. A prospective study.“ *Nordic J. of Psychiatry* (in press).
- Ree, J. M. and H. M. Fraenkel (1987). „Neuropeptides and drug dependence.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 209. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Reilly, D. M. (1976). „Family factors in the etiology and treatment of youth-full drug abuse.“ *Family Therapy*, 2, pp. 149-171.
- Rogers, C. R. (1970). *Encounter groups*. Pelican Books, Harmondsworth, Middlesex, Penguin Press, Harper and Row, New York, N. Y.
- Roland, S. (1986). *The therapeutic community: treatment outcome, process and client mediators*.
- Rose, M., Battjes, R., and C. Leukefeld (1984). „Family life skills. Training for drug abuse prevention.“ In: *NIDA, Dir. Of Clin. Research. DHHS Publ. No (ADM) 84-1340*. U.S. Gvt. Print. Off., Washington D.C.
- Rosenthal, M. S. (1977). Paper presented at the NIOV (Netherlands Institute for the Training of Addiction Therapists), The Hague.
- Rosenthal, M. S. (1984). „Therapeutic Communities: A treatment alternative for many but not all.“ *J. of Substance Abuse Treatment*, 1, pp. 55-58.
- Rosenthal, M. S. and D. V. Biase (1969). „Phoenix Houses, therapeutic communities for drug addicts.“ *Hospital and Community Psychiatry*, 20, pp. 26-38.
- Rosenthal, M. S. and D. V. Biase (1972). „Phoenix Houses: Therapeutic Communities for Drug Addicts.“ In: Kaplan & Sadock (eds.) *Groups and drugs*. Jason Aronson, New York.
- Sachs, J. G. and N. Levy (1979). „Objective personality changes in residents of a therapeutic community.“ *Am. J. of Psychiatry*, 136 (6), pp. 796-799.
- Salmon, R. & S. Salmon (1977). „The causes of heroin addiction.“ A review of the literature. Part II. *Int. J. of the Addictions*, 12, pp. 937-951.
- Sansone, J. (1980). „Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse.“ *The Int. J. of the Addictions*, 15 (5), pp. 711-736.
- Savage, L. J. and D. D. Simpson (1978). „Illicit drug use and return to treatment: follow-up study of treatment admissions to DARF during 1969-1971.“ *Am. J. Drug & Alcohol Abuse* 5 (1), pp. 23-38.



- Schaap, G. E. (1977). „Hoog-Hullen: van sanatorium naar drugvrije therapeutische gemeenschap.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 7, pp. 106-110.
- Schaap, G. E. (1978). „A New Dutch Experiment: Hoog Hullen, a Drugfree Therapeutic Community for Alcohol Addicts.“ *The Addiction Therapist*, 2, 3 & 4, pp. 170-180.
- Schaap, G. E. (1980). „Democratic and Concept based Therapeutic Communities.“ In: *Readings of the 5th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 158-165. Samsom/Sijthoff, Alphen a/d Rijn.
- Schaap, G. E. (1981). „De hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap. Een (nog) vreemde eend in de bijt van de therapeutische gemeenschappen.“ *MGV II*, pp. 970-986.
- Schaap, G. E. (1985). „Nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling van verslaafden.“ In: Van Berkestijn, Giel & Van den Hoofdakker (eds.) *Blokken van de puzzel: over klinische psychiatrie en haar grensgebieden*. Uitg. PUK, Groningen.
- Schaap, G. E. (1987). *De therapeutische gemeenschap voor alcoholisten: diagnostiek behandeling en effectiviteit bij afhankelijkheids-problemen*. Van Gorcum, Assen.
- Schippers, G. M. (1984). „Wat verstaan we onder „probleem drinken“, alcoholmisbruik en alcoholverslaving.“ In: *Herkenning en behandeling van alcoholmisbruik, Boerhaave cursus*, pp. 1-12. Rijksuniversiteit, Leiden.
- Scholer, Y. A. R. W. (1986). „Legal compulsion, in rehabilitation: conductive or detrimental.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA, Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 96-98. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Schutz, W. (1975). *Grondbeginselen van encounter*. Samsom, Alphen a/d Rijn.
- Segraeus, V. (1985). „Treatment ideology and practice among Swedish TC personnel.“ Paper presented at the third European Conference of Therapeutic Communities, November 1985, Bruges.
- Segraeus, V. (1992). „Outcome results of therapeutic communities in the Swedate Project.“ Paper presented at the 8th Workshop of the European Workinggroup on Drugpolicy Oriented Research (EWODOR), May 1992, Rome.
- Seldin, N. E. (1972). „The family of the addict: A review of the literature.“ *The Int. J. of the Addictions*, 7 (1), pp. 97-107.
- Sells, S. and D. Simpson (1980). „The case for drug abuse treatment effectiveness based on the DARP research program.“ *Br. J. of Addictions*, 75, pp. 117-131.
- Shelly, J. and A. Bassin (1965). „Daytop lodge: a new treatment approach for drug addicts.“ *Corrective Psychiatry II*, pp. 186-195.
- Shostrun, E. L. (1967). *Man, the Manipulator. The inner Journey from Manipulation to Actualization*. Abingdon Press, Nashville.
- Sijbing, G. (1981). *Methadon - GG en GD, Amsterdam*. SWOAD, Amsterdam.
- Simon, S. I. (1974). *The Synanon Game*. Synanon University Press, San Francisco, Cal.
- Simpson, D. D. (1979). „The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome.“ *Am. J. Psychiatry*, 136, pp. 1449-1453.
- Simpson, D. D. (1986). „12-year Follow-up outcomes of opioid addicts treated in therapeutic communities.“ In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions*. Charles C. Thomas Publ. Springfield, III., pp. 109-120.

- Simpson, D. D. and M. R. Lloyd (1978). „Alcohol and Illicit Drug Use: Follow-up study of treatment admissions to DARP, during 1969-1971.“ *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 5 (1), pp. 1-22.
- Simpson, D. D. and M. R. Lloyd (1979). „Client evaluations of drug abuse treatment in relation to follow-up outcomes.“ *Am. J. of Drug & Alcohol Abuse* 6 (4), pp. 397-411.
- Simpson, D. D. and M. R. Lloyd (1981). „Alcohol use by opioid addicts during a four year follow-up after drug abuse treatment.“ *J. Stud. Alcohol*, 42, pp. 323-335.
- Simpson, D. D., Savage, L. J., Lloyd, M. R. and S. B. Sells (1978). *Evaluation of Drug Abuse Treatments based on First Year Follow-up*. NIDA Research Monograph. U.S. Gvt. Printing Office, Washington D.C.
- Simpson, D. D. and S. B. Sells (1981). *Highlights of the DARP Follow-up Research on the Evaluation of Drug Abuse Treatment Effectiveness*. NIDA Monograph. NIDA, Washington, D.C.
- Simpson, D. D. and S. B. Sells (1982). „Evaluation of drug abuse treatment effectiveness: Summary of the DARP follow-up research.“ In: *NIDA Treatment research report*, Washington, D.C.
- Stanton, A. H. and M. S. Schwartz (1954). *The mental hospital*. Tavistock Publ., London.
- Stanton, M. D. (1979). „Drugs and the family: A review of the recent literature.“ *Marriage and Family Review*, 2, pp. 1-10.
- Stanton, M. D. (1980). „Some overlooked aspects of the family and drug abuse.“ In: Ellis, B. (ed.) *Drug abuse from the family perspective: coping in a family*. U.S. Gvt. Printing Office, Washington, D.C.
- Stanton, M. D. (1983). „Drug abuse in the family.“ In: *Proceedings of the 7th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 21-22. Gateway House, Chicago.
- Stanton, M. D. and T. C. Todd (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Guilford Press, New York.
- Steffenhagen, R. A. (1980). „Self-esteem theory of drug abuse.“ In: Lettieri, D. J., Sayers, M. and H. W. Parson (eds.) *Theories on Drug Abuse: Selected contemporary perspectives*. U.S. Gvt. Printing Office, Washington, D.C. DHHS Pub. no. (ADM) 80-967.
- Steijn, P. van and M. C. Hubert (1986). „Gezinstherapie binnen de laagdrempelige ambulante drug hulpverlening.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 4, pp. 147-150.
- Stensmo, C. (1989). „Aspect on process and outcome concerning Swedish T. C.'s.“ In: Muntharbhom (ed.) *Therapeutic communities in the 90's. Proceedings of the 11th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 358-367. National Council of Social Welfare of Thailand, Bangkok.
- Stoop, B., Bohmers, W. and K. Hofman (1987). „Introductie van een gedragsverslavingsmodel bij het stoppen en verminderen van het gebruik van drugs.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 13 (2), pp. 56-58.
- Sugarman, B. (1974). *Daytop Village, a therapeutic community*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Sullivan, M. S. (1937). „Socio-psychiatric research.“ *Am. J. of Psychiatry*, 87, pp. 989.
- Suomi, S. J. (1984). „The development of affect in Rhesus monkeys.“ In: Fox, Davidson, Lawrence (eds.) *The psychology of affective development*, pp. 119-159. Erlbaum Ass., Hillsdale, N. Y.

- Suomi, S. J. and H. F. Harlow (1972). „Social rehabilitation of isolate reared monkeys.“ *Dev. Psychology*, 6, pp. 487-496.
- Suomi, S. J., Harlow, H. F. and C. J. Domek (1970). „Effects of repetitive mother-infant separation of young monkeys.“ *J. of Abnorm. Psychology*, 76, pp. 161-172.
- Swierstra, K. (1986). „Young Dutch heroin users in the Eighties: divergence in pattern.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th ICAA Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 194-198. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Swierstra, K. (1987). „Heroin verslaving: levenslang of gaat het vanzelf over?“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 13, pp. 17-92.
- Szasz, T. S. (1958). „The role of the counter-phobic mechanism in addiction.“ *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 6, pp. 309-325.
- Szasz, T. S. (1975). *Ceremonial chemistry: Ritual Persecution of Drug Addicts and Pushers*. Doubleday, Garden City, N. Y.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness: A cooperative study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. Harper & Row, New York.
- Tarbell, L. A. (1985). „The young group. Bridging Services.“ *Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 245-246. Walden House, San Francisco, Ca.
- Tennant, C. and E. Bernardi (1988). „Childhood loss in alcoholics and narcotic addicts.“ *Br. J. of Addiction*, 83, pp. 695-703.
- Trimbos, C. J. B. J. (1980). „Alcoholisme: een riskante vorm van deviant gedrag.“ In: Querido & Roos (eds.) *Controversen in de Geneeskunde I*. Bunge, Utrecht.
- Uchtenhagen, A. (1985a). „Drug abuse treatment and program evaluation in Europe.“ In: Baro, Casselman & Pele (eds.) *Drug related problems in Europe. Proceedings of a WHO workshop on the prevention and treatment of drug dependence, Brussels, 1983*, pp. 79-144. ACCO, Leuven.
- Uchtenhagen, A. (1985b). „Behavior: Personal and Social Controls.“ In: Ottenberg (ed.) *The therapeutic community today. A moment of reflection on its evolution. Proceedings of the 1st World Institute of Therapeutic Communities*. Centro Italiano di Solidarietà, Rome.
- Uchtenhagen, A. and D. Zimmer-Höfler (1981). „Theoretisches Modell zur Unterpretation devianter Karrieren.“ In: Tongue, E. (ed.) *Papers presented at the 11th ICAA International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Vienna*. ICAA Publ., Lausanne.
- Vaglun, P. & Fossheim, I. (1980). „The results of different institutional treatment program; are they different in different groups of drug abusers?“ *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, pp. 21-28.
- Vaillant, G. E. (1966). „A 12-year follow-up of New York narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome.“ *Am. J. Psychiatry*, 122, pp. 727-737.
- Vaillant, G. E. (1966). „A 12-year follow-up of New York narcotic addicts: III - Some social and psychiatric characteristics.“ *Archives of General Psychiatry*, 15, pp. 599-609.
- Vaillant, G. E. (1973). „A 20-year follow-up of New York narcotic addicts.“ *Archives of General Psychiatry*, 29, pp. 273-241.
- Vamos, P. and J. J. Devlin (1975). „The evolution of the addiction therapist: a training imperative.“ *The Addiction Therapist*, 1 (2), pp. 27-33.

- Vandenbroele, H. (1991). „Pre-treatment and Dropping-out from a Therapeutic Community.“ Paper presented at the 7th Workshop of the European Working group on Drug-policy Oriented Research, EWODOR, Palermo.
- Vandenbroele, H., Boffin, N., Veldeman, L. & Deun, P. van (1989). „Evaluatie-onderzoek in een drugvrije therapeutische gemeenschap: resultaten en feedback van een follow-up onderzoek.“ *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 15 (2), pp. 63-77.
- Velde, J. C. van de, Schaap, G. E. & Land, H. (1989). „Effectiviteit van klinische behandeling van alcoholisten.“ *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 31 (2), pp. 62-80.
- Vos, H. (1984). „The Role of the Psychotherapist in the Re-entry Program.“ *J. of Psychoactive Drugs*, 16 (1), pp. 91-93.
- Wagenaar, J. (1981). „New drug programmes fashioned after therapeutic communities: a clinical introduction center.“ In: *Proceedings of the 6th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 78-79. DARE, Astrad Prod. House, Manila.
- Walburg, J. A. (1984). „Voorkomen en behandeling van recidieven.“ In: *Herkenning en behandeling van alcoholmisbruik. Boerhaave cursus*. Rijksuniversiteit, Leiden.
- Waldorf, D. (1971). „Social control in therapeutic communities for the treatment of drug addicts.“ *The Int. J. of the Addictions*, 6 (1), pp. 29-43.
- Waldorf, D. and P. Biernacki (1981). „The natural recovery from opiate addiction. Some preliminary findings.“ *J. Drug Issues*, 1, pp. 61-74.
- Weber, G. H. (1957). „Conflicts between professionals and non-professional personnel in institutional delinquency treatment.“ *J. of Crim. Law, Criminology and Police Science*, 48, pp. 28-30.
- Weber, M. (1958). *Essays in sociology. Translated, edited and with an introduction by Gerth & Wright Mills*. Oxford University Press, New York, N. Y.
- Weeks, J. R. (1962). „Experimental Morphine Addictin: Method for automatic Intravenous Injections in Unrestrained Rats.“ *Science*, 138, pp. 143-144.
- Wexler, H. K. (1986). „Therapeutic Communities within prisons.“ In: De Leon & Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions*, pp. 227-237. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Wexler, H. K. and G. de Leon (1977). „The therapeutic community: Multivariate prediction of retention.“ *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*, 4 (2), pp. 145-151.
- Wilson, S. (1978). „The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse.“ *Br. J. of Addiction*, 73 (4), pp. 407-411.
- Wilson, S. R. and B. M. Mandelbroke (1978). „The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality.“ *J. Med. Psychology*, 132, pp. 487-491.
- Wilson, S. R. and B. M. Mandelbroke (1985). „Reconviction rates of drug dependent patients treated in a residential therapeutic community: a 10-year follow-up.“ *Br. Med. Journal*, 291, pp. 105.
- Winick, C. (1962). „Maturing out of narcotic addictin.“ *Bulletin on Narcotics*, 14, pp. 1-7.
- Winick, C. (1980). „An empirical assessment of therapeutic communities in New York City.“ In: Brill & Winick (eds.) *The Yearbook of Substance Use and Abuse, vol. II*, pp. 251-285. Human Sciences Press, New York, N. Y.
- Wolfe, A. & Schwartz, E. K. (1962). *Psychoanalysis in Groups*. Grune & Stratton, New York.
- Wurmser, L. (1972). „Drug abuse nemesis of psychiatry.“ *American Scholar*, 41, pp. 393-397.

- Wijngaard, G. F. van de (1987). „Rethinking the qualities of methadone.“ In: Kaplan & Kooyman (eds.) *Proceedings of the 15th I.C.A.A. International Institute ofn the Prevention and Treatment of Drug Dependence. Amsterdam/Noordwijkerhout*, pp. 173-179. Institute for Preventive & Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam.
- Yablonski, L. (1967). *Synanon, the Tunnel back*. MacMillan, New York.
- Yablonski, L. (1990). *Therapeutic community; a succesful approach for treating substance abusers*. Gardner Press, New York, N. Y.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, New York, N. Y.
- Yohai, S. J. and C. Winick (1986). „AREBA-Casriel Institute: A third-generation therapeutic community.“ *J. of Psychoactive Drugs*, 18 (3), pp. 231-237.
- Zimmer-Höfler, D. and A. Widmer (1981). „Democratically or hierarchically structured therapeutic community for heroin addicts.“ In: *The therapeutic community in various cultures worldwide. Proceedings of the 6th World Conference of Therapeutic Communities*, pp. 92-98, DARE Foundation, Astrad Production House, Manila.
- Zimmer-Höfler, D. (1987). „Systemische Gesichtspunkte im therapeutischen Umgang mit Drogenabhängigen.“ *Buchbeitrag für Reiter und Brunner Hrsg. Springer (1988). Serie A nr. 17 Wissensch. Inform. März 1987*. Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Zürich.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press, New Haven.
- Zuckerman, M. (1970). „Drug usage as one manifestation of a sensation seeking trait.“ In: Keup, W. (ed.) *Drug abuse: current concepts in research*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Zuckerman, M. (1986). „Sensation seeking and the endogenous deficit theory of drug abuse.“ In: Szara (ed.) *Neurology of Behavioral Control in Drug Abuse*. NIDA Research, Monograph Serie 74, pp. 59-70. U.S. Gvt. Printing Office, Washington D.C.
- Zuckerman, M., E. A. Kollin, L. Price and I. Zoob (1964). „Development of a sensation seeking scale.“ *J. of Consulting Psychology*, 28, pp. 477-482.
- Zuckerman, M., Sola, S., Masterson, J. and J. V. Angelone (1975). „MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities.“ *J. Consult. Clin. Psychology*, 43, pp. 286-296.

# Literatura k textu Georga De Leona

- Alterman, A. I., O'Brien, C. P. and Droba, M. (1993). „Day treatment vs. Inpatient rehabilitation of cocaine abusers: an interim report.“ In: F. M. Tims and C. G. Leukefeld (eds.) *Cocaine Treatment: Research and Clinical Perspectives, NIDA Research Monograph Number 135*, NIH Publication No. 93-3639, pp. 150-162, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Barton, E. (1994). „Nature and nurture: the adaptation of the therapeutic community to HIV/AIDS.“ In: *Proceedings of the Therapeutic Communities of America 1992 Planning Conference, Paradigms: Past, Present and Future*. December, Chantilly, Virginia. Providence, RI: Manisses Communications Group.
- Biase, D. V., Sullivan, A. P. and Wheeler, B. (1986). „Daytop Miniversity - Phase 2 college training in a therapeutic community: development of self-concept among drug-free addict/abusers.“ In: G. De Leon and J. T. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions*, pp. 121-130. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Broekaert, E. Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J. and Kaplan, C. (2000). „Retrospective study of similarities and relations between the American drug-free and the European therapeutic communities for children and adults.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 32, 4, 407-417.
- Carroll, J. F. X. and McGinley, J. J. (1998). „Managing MICA clients in a modified therapeutic community with enhanced staffing.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 6, pp. 565-577.
- Carroll, J. F. X. and Sobel, B. S. (1986). „Integrating mental health personnel and practices into a therapeutic community.“ In: G. De Leon and J. T. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research and Practice*, pp. 209-226. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Center for Therapeutic Community Research (Winter 1996). *Communications* 1, 1.
- Center for Therapeutic Community Research (December 1997). *Communications* 2, 1.
- Center for Therapeutic Community Research (July 1999). *Communications* 3, 1.
- Coletti, D. S. (1989). „Eliminating barriers: residential treatment of addicted mothers with their infants.“ Findings from NIDA Grant Number R 18 DA06369-01, awarded to PAR, Inc. St. Petersburg, FL.

- Coletti, S. D., Hughes, P. H., Landress, H. J., Neri, R. L., Sicilian, D. M., Williams, K. M., Urmann, C. F. and Anthony, J. C. (1992). „PAR village: specialized intervention for cocaine abusing women and their children.“ *Journal of the Florida Medical Association* 79, pp. 701-705.
- Condelli, W. S. and De Leon, G. (1993). „Fixed and dynamic predictors of retention in therapeutic
- Deitch, D. A. and Solit, R. (1993). „Training drug abuse workers in a therapeutic community.“ *Psychotherapy, Theory, Research and Practice* 30, 12, pp. 305-316.
- De Leon, G. (1984). „The therapeutic community: study of effectiveness.“ *National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph Series* (ADM 84-1286). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- De Leon, G. (1985). „The therapeutic community: status and evolution.“ *International Journal of Addictions* 20, 6-7, pp. 823-844.
- De Leon, G. (1988). „Legal pressure in therapeutic communities.“ In: C. G. Leukefeld and F. M. Tims (eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, NIDA Research Monograph 86* (DHHS Publication Number Adm 88-1578, pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- De Leon, G. (1990-91). „Aftercare in therapeutic communities.“ *International Journal of Addictions* 25, pp. 1229-1241.
- De Leon, G. (1991). „Retention in drug-free therapeutic communities.“ In: R. W. Pickens, C. G. Leukefeld and C. R. Schuster (eds.) *Improving Drug Abuse Treatment, NIDA Research Monograph 106*, pp. 218-244. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1993). Cocaine abusers in therapeutic community treatment.“ In: F. M. Tims and C. G. Leukefeld (eds.) *Cocaine Treatment: Research and Clinical Perspectives, NIDA Research Monograph 135* (NIH Publication No. 93-3639, pp. 163-189). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- De Leon, G. (1995a). „Residential therapeutic communities in the mainstream: diversity and issues.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 27, 1 (Jan-Mar), pp. 3-15.
- De Leon, G. (1995b). „Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework.“ *International Journal of Addictions* 30, 12, pp. 1603-1645.
- De Leon, G. (1996). „Integrative recovery: a stage paradigm.“ *Substance Abuse* 17, 1, pp. 51-63.
- De Leon, G. (ed.) (1997). *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- De Leon, G. and Deitch, D. (1985). „Treatment of the adolescent substance abuser in a therapeutic community.“ In: A. Friedman and G. Beschner (eds.) *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers* (DHHS Publication No. [ADM] 85-1342, pp. 216-230). Rockville MD: National Institute of Drug Abuse.
- De Leon, G., Hawke, J., and Jainchill, N. (2000). „Therapeutic communities: enhancing retention in treatment using ‘Senior professor’ staff.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 4, pp. 375-382.

- De Leon, G. and Jainchill, N. (1981-82). „Male and female drug abusers: social and psychological status two years after treatment in a therapeutic community.“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 8, 4, pp. 465-497.
- De Leon, G. and Jainchill, N. (1991). „Residential therapeutic communities for female substance abusers.“ *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 67, 3 (May/June), pp. 277-290.
- De Leon, G., Jainchill, N. and Wexler, H. (1982). „Success and improvement rates five years after treatment in a therapeutic community.“ *International Journal of Addictions* 17, 4, pp. 703-747.
- De Leon, G., Melnick, G. and Hawke, J. (2000). „The motivation-readiness factor in drug treatment: implications for research and policy.“ *Advances in Medical Sociology* 7, pp. 103-129.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. and Jainchill, N. (1994). „Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment.“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 20, 4, pp. 495-515.
- De Leon, G. and Rosenthal, M. S. (1989). „Treatment in residential therapeutic communities.“ In: *Treatments of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Vol 2, pp. 1379-1397. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- De Leon, G., Sacks, S. and McKendrick, K. (1999). „Modified therapeutic communities for homeless mentally ill chemical abusers: emerging subtypes.“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25, 3, pp. 493-513.
- De Leon, G., Sacks, S. and McKendrick, K. (2000). „Modified therapeutic communities for homeless mentally ill chemical abusers; treatment outcomes.“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26, 3, pp. 461-470.
- De Leon, G. and Schwartz, S. (1984). „The therapeutic community: what are the retention rates?“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 10, 2, pp. 267-284.
- Egelko, S., Galanter, M., Dermatis, H., Jurewicz, E., Jamison, A., Dingle, S. and De Leon, G. (in press). „Improved psychological status in a modified therapeutic community for homeless MICA men.“ *Journal of Addictive Diseases*.
- Egelko, S., Galanter, M., Edwards, H. and Marinelli, K. (1996). „Treatment of perinatal cocaine addiction: use of the modified therapeutic community.“ *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 22, pp. 185-202.
- French, M. T., Sacks, S., De Leon, G., Staines, G. and Mc Kendrick, K. (1999). „Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs.“ *Evaluation and the Health Professions* 22, 1, pp. 60-85.
- Galanter, M., Egelko, S., De Leon, G. and Rohrs, C. (1993). „A general hospital day program combining peer-led and professional treatment of cocaine abusers.“ *Hospital and Community Psychiatry* 44, 7, pp. 644-649.
- Hiller, M. L., Knight, K., Broome, K. M. and Simpson, D. D. (1998). „Legal pressure and retention in a national sample of long-term residential programs.“ *Criminal Justice and Behavior* 25, 4, pp. 463-481.
- Holland, S. (1983). „Evaluating community-based treatment programs: a model for strengthening inferences about effectiveness.“ *International Journal of Therapeutic Communities* 4, 4, pp. 285-306.



- Hubbard, R. L., Collins, J. J., Valley Rachal, J., *et al.* (1988) „The criminal justice client in drug abuse treatment.“ In: C. G. Leukefel and F. M. Tims (eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice. NIDA Research Monograph Number 86* (DHHS Publication No. [ADM] 88-1578, pp. 57-80). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Hubbard, R. L. and Condelli, W. (1994). „Client outcomes from therapeutic communities.“ In: F. M. Tims and G. De Leon (eds.). *Therapeutic Community Research and Evaluation*. National Institute on Drug Abuse Monograph. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. and Etheridge, R. M. (1997). „Overview of one-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS).“ *Psychology of Addictive Behaviors: Special Issue. Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) 11*, 4, pp. 261-278.
- Hubbard, R. L., Valley Rachal, J., Graddock, S. G. and Cavanaugh, E. R. (1984). „Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviors before, during, and after treatment.“ In: F. M. Tims and J. P. Ludford (eds.) *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects. NIDA Research Monograph Number 51* (DHHS Publication No. [ADM] 84-1329, pp. 42-68). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Institute on Medicine (1990). „Treating drug problems: a study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems.“ Report by the Institute of Medicine Committee for the Substance Abuse Covertage Study, Division of Health Care Services. Washington, DC: National Academy Press.
- Jainchill, N. (1994). „Co-morbidity and therapeutic community treatment.“ In: F. M. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (eds.) *Therapeutic Community: Advances in Research and Application, NIDA Research Monograph 144*, NIH Publication Number 94-3633, p. 209-231. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jainchill, N. (1997). „Therapeutic communities for adolescents: the same and not the same.“ In: G. De Leon (ed.) *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*, pp. 161-177. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Jainchill, N., Battacharya, G. and Yagelka, J. (1995). „Therapeutic communities for adolescents.“ In: E. Rahdert and D. Czechowicz (eds.) *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions, NIDA Research Monograph 156*, pp. 190-217. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jainchill, N. and De Leon, G. (1992). „Therapeutic community research: recent studies of psychopathology and retention.“ In: G. Buhringer, J. J. Platt and F. L. Malabar (eds.) *Drug Abuse*.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. and Broome, K. M. (1998). „Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process.“ *Addiction* 93, 8, pp. 1177-1190.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books. The
- Jones, M. (1986). „Democratic therapeutic communities (DTCs) or programmatic therapeutic communities or both?“ In: G. De Leon and J. T. Ziegenfuss, Jr. (eds.)

*Therapeutic Communities for Addictions*, pp. 19–28. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Kennard, D. (1983). *An Introduction to Therapeutic Communities*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Knight, K., Simpson, D. and Hiller, M. (1999). „Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas.“ *The Prison Journal* 79, 3, pp. 337–351.
- Lewis, B. F., McCusker, J., Hindin, R., Frost, R. and Garfield, F. (1993). „Four residential drug treatment programs: project IMPACT.“ In: J. A. Inciardi, F. M. Tims and B. W. Fletcher (eds.) *Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse: Program Models and Strategies*, pp. 45–60. Westport, CT: Greenwood Press.
- Lewis, B. F. and Ross, R. (1994). „Retention in therapeutic communities: challenges for the Nineties.“ In: F. M. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (eds.) *Therapeutic Community: Advances in Research and Applications. NIDA Research Monograph Number 144*. NIH Publication Number 94–3633. Rockville, MD: Superintendent of Documents, US Printing Office.
- Liberty, H. J., Johnson, B. D., Jainchill, N., Ryder, J., Messina, M., Reynolds, S. and Hossain, M. (1998). „Dynamic recovery: comparative study of therapeutic communities in homeless shelters for men.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 5, pp. 401–423.
- Lipton, D. S. (1999). „Therapeutic community treatment programming in corrections.“ In: C. R. Hollin (ed.) *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. London: John Wiley and Sons Ltd.
- Lockwood, D., Inciardi, J. A., Butzin, C. A. and Hooper, R. M. (1997). „The therapeutic community continuum in corrections.“ In: G. De Leon (ed.) *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*, pp. 87–96. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Marlatt, G. A. (1985). „Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model.“ In: G. A. Marlatt and J. R. Gordon (eds.) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, S., Butzin, C., Saum, C. and Inciardi, J. A. (1999). „Three-year outcomes of the therapeutic community treatment for drug involved offenders in Delaware: from prison to work release to aftercare.“ *The Prison Journal* 79, 3, pp. 294–320.
- McCusker, J. and Sorensen, J. L. (1994). „HIV and therapeutic communities.“ In: F. M. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (eds.) *Therapeutic Community: Advances in Research and Application, NIDA Research Monograph 144* (NIH Publication No. 94–3633, pp. 232–258). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M., Garfield, F., Frost, R., Love, C. and Lewis, B. (1995). „The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment.“ *American Journal of Public Health* 85, pp. 1426–1429.
- Melnick, G. and De Leon, G. (1997). „Clarifying the nature of therapeutic community treatment.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 16, 4, pp. 307–313.
- National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES). (September 1996). „Preliminary report: The persistent effects of substance abuse treatment – one

- year later." Rockville, MD: US Dept. Of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
- Pompi, K. F. (1994). „Adolescents in therapeutic communities: retention and posttreatment outcome.“ In: F. M. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (eds.) *Therapeutic Community: Advances in Research and Application, NIDA Research Monograph 144* (NIH Publication No 94-3633, pp. 128-161). Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Rahav, M., Rivera, J. J., Nuttbrock, L., et al. (1995). „Characteristics and treatment of homeless, mentally ill, chemical-abusing men.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 27, pp. 93-103.
- Rapaport, R. N. (1960). *Community as Doctor*. London: Tavistock Publications.
- Sacks, S., De Leon, G., Bernhardt, A. I. and Sacks, J. (1996, revised 1998). *Modified Therapeutic Community for Homeless MICA Individuals: A Treatment Manual*. Center for Mental Health Services (CMHS)/Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Grant # 1UD3 SM/TI51558-or. New York: NDRI/CTCR.
- Sacks, D., De Leon, G., Bernhardt, A. I. and Sacks, J. Y. (1997). „A modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers.“ In: G. De Leon (ed.) *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*, pp. 19-37. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Silberstein, C. H., Metzger, E. J. and Galanter, M. (1997). „The Greenhouse: A modified therapeutic community for mentally ill homeless addicts at New York University.“ In: G. De Leon (ed.) *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*, pp. 53-65. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Simpson, D. D. (1979). „The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome.“ *American Journal of Psychiatry* 136, pp. 1449-1453.
- Simpson, D. D. (1986). „12-year follow-up: outcomes of opioid addicts treated in therapeutic communities.“ In: G. De Leon and J. T. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research and Practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A. and Greener, J. M. (1997). „Drug abuse treatment process components that improve retention.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 14, pp. 565-572.
- Simpson, D. D. and Sells, S. B. (1982). „Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program.“ *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 2, pp. 7-29.
- Stevens, S. J., Arbiter, N. and McGrath, R. (1997). „Women and children: therapeutic community substance abuse treatment.“ In: G. De Leon (ed.) *Community as Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*, pp. 129-142. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Stevens, S., Arbiter, N. and Glider, P. (1989). „Women residents: expanding their role to increase treatment effectiveness in substance abuse programs.“ *International Journal of the Addictions* 24, 5, pp. 425-434.
- Stevens, S. J. and Glider, P. (1994). „Therapeutic communities: substance abuse treatment for women.“ In: F. M. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (eds.) *Therapeutic*

*Community: Advances in Research and Application, NIDA Research Monograph 144* (NIH Publication No 94-3633, pp. 162-180). Rockville, MA: National Institute on Drug Abuse.

Sugarman, B. (1986). „Structure, variations, and context: a sociological view of the therapeutic community.“ In: G. De Leon and J. T. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research and Practice*, pp. 65-82. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Talbot, E. S. (1998). *Therapeutic Community Experiential Training: Facilitator Guide*. Kansas City, MO: University of Missouri-Kansas City, Mid-America Addiction Technology Transfer Center (ATTC).

Therapeutic Communities of America (TCA) Criminal Justice Committee (1999). *Therapeutic Communities in Correctional Settings: The Prison-Based Therapeutic Community Standards Development Project, Final Report of Phase II*. (Prepared for the White House Office of National Drug Control Policy [ONDCP]). Washington, DC: National Drug Clearinghouse, 1-800-666-332 [NCJ 179365]. Or available at <http://www.whitehousedrugpolicy.gov>

Therapeutic Communities of America (TCA) Newsletter (winter 1999).

Tims, F. M., De Leon, G. and Jainchill, N. (eds.) (1994). *Advances in Therapeutic Community Research and Practice, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series No. 144*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Tims, F. M. and Ludford, J. P. (eds.) (1984). *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects. NIDA Research Monograph Number 51*, RAUS, Special Issue on Research Analysis and Utilization System. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Wexler, H. K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. and Peters, J. (1999). „The Amity prison therapeutic community evaluation: reincarceration outcomes.“ *Criminal Justice and Behavior* 26, 2, p. 144-167.

Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L. and Peters, J. (1999). „Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California.“ *The Prison Journal* 79, 3, pp. 321-336.

Wexler, H. and Williams, R. (1986). „The Stay'n Out therapeutic community: prison treatment for substance abusers.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 18, pp. 221-230.

# Podklady a literatura k textu Petra Nevšímala

1. Kol. autorů. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996.
2. Kratochvíl, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979.
3. Kratochvíl, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2001.
4. Kooyman, M. *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement, and Treatment Success*. Rotterdam: Erasmus University, 1993.
5. DeLeon, G. „Residential Therapeutic Communities in the Mainstream: Diversity and Issues.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 1995; 27(1):3-15.
6. Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J., Kaplan, Ch. „Retrospective Study of Similarities and Relations Between American Drug-Free and European Therapeutic Communities for Children and Adults.“ *Journal of Psychoactive Drugs* 2000; 32(4):407-417.
7. Glaser, F. B. „Původ a začiatky bezdrogovej terapeutickéj komunity: Retrospektíva.“ in: Nociar, A. *Úvod do liečby drogových závislostí*, Bratislava: Nadácia Droga a Ty, 1996.
8. Autor neudán. *Řehole Benediktova*. Praha: Benediktinské arcidiecézní ústředí sv. Vojtěcha a sv. Markéty, 1998.
9. Deitch, D. A. „Léčení drogové závislosti v terapeutické komunitě.“ in: *Sborník Léčba drogových závislostí*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1996.
10. Nešpor, K., Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996.
11. Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999.
12. Somr, M. a kol. *Dějiny školství a pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
13. Jones, M. *Social Psychiatry*. London: Tavistock Publications Limited, 1952.
14. Kennard, D. *An Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd, 1998.

15. Deitch, D. A., Zweben, J. E. „Synanon: Priekopnícka odpoveď na liečbu abúzu drog a varovný signál.“ in: Nociar, A. *Úvod do liečby drogových závislostí*. Bratislava: Nadácia Droga a Ty, 1996.
16. Ottenberg, D. J. „Therapeutic Community and The Danger of The Cult Phenomenon.“ *Marriage and Family Review* 1982; 4:151-73.
17. Ustohalová, J. „Drogy jako móda a čas.“ *Týden* 2001, říjen 42:56-57.
18. Castellani, J. *The White Paper*. Washington: Teen Challenge International, 2001
19. Skála, J., Matová, A. *Zápisy z Apolináře*. Praha: Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky VFN, 1989.
20. Kubička, L. *Ústavní léčba alkoholismu*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický Praha, 1975.
21. Knobloch, F., Knoblochová, J. *Integrovaná psychoterapie v praxi*. Praha: Grada Publishing, 1999.
22. Wigfall, C. *SUR a vznik české psychoterapie*. Webové stránky SUR, 2001
23. Rubeš, J., Skála, J., Urban, E. „Praktický výcvik v psychoterapii.“ *Československá psychiatrie* 1970; 66(2):110-2.
24. Hartl, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.
25. Těmínová, M. „Terapeutická komunita v Němčicích.“ *Konfrontace* 1997; 2:13-18.
26. „Akreditační standardy.“ in: *Studijní a informativní materiály - Školení členů akreditačních týmů pro akreditace zařízení poskytující odborné služby osobám závislým na návykových látkách*. Praha: IPVZ, 2002.
27. „Etický kodex Evropské federace TK.“ in: *Studijní a informativní materiály - Školení členů akreditačních týmů pro akreditace zařízení poskytující odborné služby osobám závislým na návykových látkách*. Praha: IPVZ, 2002.
28. Jones, M. „Terapeutické komunity – staré a nové.“ in: Nociar, A. *Úvod do liečby drogových závislostí*. Bratislava: Nadácia Droga a Ty, 1996.
29. De Leon, G., Rosenthal, M. S. „Liečba v terapeutických komunitách s celodenným pobytom.“ in: Nociar, A. *Úvod do liečby drogových závislostí*. Bratislava: Nadácia Droga a Ty, 1996.
30. Broekaert, E., Kooyman, M., Ottenberg, D. J. „The „New“ Drug-Free Therapeutic Community.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 1998; 6:595-7.
31. Kalina, K. „Léčba drogově závislých.“ in: *Sborník Drogy ze všech stran*. Praha: Institut Filia, 2000.
32. Kalina, K. „Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogově závislých.“ *Konfrontace* 1999; 3:15-19
33. Kalina, K. „Přístup k řešení problému užívání drog ve světě a v České republice.“ *Studijní skripta k distančnímu vzdělávání protidrogových koordinátorů okresních, magistrátních a statutárních měst České republiky*. Praha: MPK ÚV ČR, 1998.



Martien Kooyman

**Terapeutická komunita  
pro závislé**

---

George De Leon

**Terapeutické komunity  
pro drogové závislosti:  
vývoj v Severní Americe**

---

Petr Nevšímal

**Původ a vývoj  
terapeutické komunity  
pro drogově závislé**

Z anglického originálu Martien Kooyman *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome* vydaného v nakladatelství Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit Rotterdam roku 1992 přeložil Martin Hajný a Petr Nevšímal  
Kapitolu „Therapeutic communities for substances abuses: developments in North America“ z knihy George De Leona *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users* (ed. Barbara Rawlings and Rowdy Yates) vydaného v nakladatelství Jessica Kingsley Publishers roku 2001 přeložil David Adameček  
Odborná revize MUDr. Petr Nevšímal

Úvodním slovem opatřil Josef Radimecký

Obálka a grafická úprava Tomáš Didunyk

V roce 2004 vydal Středočeský kraj, Zborovská 11, Praha 5 ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s.

Dobříšská 56, 252 10 Mníšek pod Brdy

Produkce NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny,

Jana Masaryka 56, 120 00 Praha 2

Vydání první

NEPRODEJNÉ



■ Ten, kdo měl někdy možnost setkat se blíže s terapeutickou komunitou, v níž se uživatelé drog se závislým chováním snaží změnit svůj dosavadní život, mi snad dá za pravdu, že terapeutická komunita je fascinující organismus, který se zcela vymyká běžně zavedeným představám o léčbě. Ať už se odborníci z oboru nazývanému v českých zemích adiktologie dělí na zastánce konceptu závislosti na drogách jako nemoci, nebo vycházejí z konceptu závislosti jako naučeného chování, patrně se v jednom bodě shodnou. A sice v tom, že při „léčbě“ uživatelů drog je nezbytná jejich aktivní účast. A to je zřejmě jeden z hlavních znaků, jímž se léčba závislého chování liší od léčby celé řady nemocí, v nichž je nemocný nebo klient odkázán do pasivní role pacienta.

JOSEF RADIMECKÝ

**PŘIPRAVUJEME:**

## **Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Současná praxe**



**STŘEDOČESKÝ KRAJ**

Krajský úřad Středočeského kraje  
Zborovská 11, 150 21 Praha 5  
tel.: 257 280 111, email: [info@stredocech.cz](mailto:info@stredocech.cz)  
[www.stredocech.cz](http://www.stredocech.cz)



Magdaléna, o.p.s.  
Dobříšská 56, 252 10 Mníšek pod Brdy  
tel. 318 599 124-5, email: [magdalena.ops@iol.cz](mailto:magdalena.ops@iol.cz)  
[www.magdalena-ops.cz](http://www.magdalena-ops.cz)

NEPRODEJNÉ