

Terapeutická komunita pro drogově závislé I. **Vznik a vývoj**

# Terapeutická komunita pro drogově závislé I.

## Vznik a vývoj



STŘEDOČESKÝ KRAJ / MAGDALÉNA O.P.S.



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**



## **PODĚKOVÁNÍ**

Rádi bychom poděkovali Středočeskému kraji za to, že vznikla tato publikace, zvláště chceme poděkovat hejtmanovi Středočeského kraje Ing. Petrovi Bendlovi, dále členovi Rady Středočeského kraje Mgr. Josefovi Vackovi, PhDr. Pavle Doležalové a MUDr. Petrovi Nevšímalovi.

Tato publikace vznikla ve spolupráci Středočeského kraje – Krajské protidrogové komise a terapeutické komunity Magdaléna v Mníšku pod Brdy.

© Martien Kooyman, 1992, George De Leon, 2002, Petr Nevšímal, 2004  
Translation © Martin Hajný, 2004, David Adameček, 2004, Petr Nevšímal, 2004  
Cover and typo © Tomáš Didunyk, 2004

ISBN 80-7106-876-4

# Obsah

Slovo úvodem od J. Radimeckého ----- 7

## Martien Kooyman: **Terapeutická komunita pro závislé**

(Překlad Martin Hajný, Petr Nevšimal)

---

|   |     |
|---|-----|
| 1. Úvod -----   | 11  |
| 2. Teorie a filosofie léčby -----                           | 14  |
| 3. Cíle léčby, nástroje a techniky -----                    | 37  |
| 4. Jednotlivá stadia programu v terapeutické komunitě ----- | 54  |
| 5. Rodina závislého a terapeutická komunita -----           | 64  |
| 6. Tým terapeutické komunity -----                          | 69  |
| 7. Limity terapeutické komunity -----                       | 84  |
| 8. Výsledky léčby -----                                     | 91  |
| 9. Příběh Emiliehoeve: Od chaosu ke struktuře -----         | 108 |
| Ediční poznámka -----                                       | 129 |

## George De Leon: **Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe**

(Překlad David Adameček)

---

|   |     |
|---|-----|
| Úvod -----  | 133 |
| Pojem „terapeutická komunita“ a jeho chybné využívání -----                         | 133 |
| Model rezidenční terapeutické komunity -----  | 135 |
| Základní prvky v modelu terapeutické komunity -----                                 | 136 |
| Vývoj uvnitř modality terapeutické komunity -----                                   | 141 |
| Současné využití rezidenčních terapeutických komunit pro specifickou populaci ----- | 144 |
| Výzkum a hodnocení -----  | 146 |
| Rozvojové iniciativy -----  | 149 |

## Petr Nevšimal: **Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé**

---

|  |     |
|--|-----|
| 1. Definice -----  | 155 |
| 2. Náboženské kořeny -----                                 | 158 |
| 3. Předchůdci terapeutických komunit -----                 | 160 |
| 4. První terapeutické komunity pro dospělé -----           | 168 |
| 5. Rozvoj terapeutických komunit pro drogově závislé ----- | 176 |
| 6. Religiózní komunitní programy -----                     | 183 |
| 7. Vývoj v českých zemích -----                            | 185 |
| 8. Základní linie odlišující terapeutické komunity -----   | 197 |
| 9. Současný vývoj terapeutických komunit -----             | 203 |
| <br>   |     |
| Prameny a literatura k textu Martien Kooymana -----        | 209 |
| Prameny a literatura k textu George De Leona -----         | 230 |
| Podklady a literatura k textu Petra Nevšimala -----        | 237 |



## Slovo na úvod

**➤** 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.

Na potřebu aktivní účasti klientů v procesu léčby reagují terapeutické komunity snad nejlépe ze všech existujících léčebných modalit orientovaných k abstinenci od užívání drog. Skutečně, nesetkáte se zde s lékaři v bílých pláštích, zdravotní sestry oblečené v naškrobených uniformách neroznášejí po ránu pacientům teploměry či léky, zdravotní personál nerozváží na pokoje jídlo, na chodbách nepotkáte uklízečky, ba ani v prádelnách nemocniční personál. Odborní pracovníci terapeutických komunit chodí zpravidla oblečení stejně jako jejich klienti a leckdy je obtížné rozpoznat na první pohled, kdo je zde v jaké roli. Rezidenti programu se aktivně podílí na zajištění běžného každodenního chodu komunity počínaje úklidem, přes vaření, praní, topení, rozdělení a plnění celé řady dalších pracovních úkolů. Podílí se i na procesu rozhodování o životě v terapeutické komunitě, stejně jako na vedení ostatních klientů a bez viditelných problémů či přehnaného respektu otevřeně komunikují se svými terapeuty. Jsou zde zkrátka odstraněny nejvýznamnější bariéry, které by mohly klienty programu odrazovat od přijetí aktivní role v procesu jejich léčby. To ale neznamená, že zde není pevně stanovená struktura, kterému se všichni včetně personálu podřizují, že nejsou jasně určená pravidla léčby či hranice a hierarchie mezi klienty a členy terapeutického týmu, jež hrají v procesu léčby uživatelů drog se závislým chováním významnou roli.

Jak dokládají nalezené tzv. Svitky od Mrtvého moře, dnešní terapeutické komunity mají své historické předchůdce v křesťansko-židovských náboženských komunitách, jež fungovaly na podobných principech a nabízely pomoc lidem, kteří žili v rozporu s tehdejšími společenskými normami. Svůj vliv na podobu současných terapeutických komunit měla i řada pozdějších svépomocných náboženských hnutí a pedagogických škol, významnou roli sehrál v polovině minulého století i psychiatr Maxwell Jones. První terapeutické komunity pro uživatele drog pak vznikly v šedesátých letech 20. století ve Spojených stá-

tech amerických v podstatě jako svépomocný přístup, který byl přenesen do Evropy a upraven do podoby terapeutických komunit vedených převážně profesionály. V České republice pracuje v současné době 17 terapeutických komunit nabízejících své služby v oblasti léčby uživatelů drog. Všechny vznikly až po změně společenského režimu v reakci na měnící se pohled na léčbu uživatelů drog a především na jejich potřeby. Zatímco první z nich vznikla již v roce 1991, naprostá většina jich „vyrostla“ až po roce 1995, kdy se podmínky pro získání finančních prostředků na jejich provoz poněkud zlepšily. Přes jejich relativně „nízký věk“ je dnes možné považovat naprostou většinu z nich za „dospělé“ programy, jež pracují na základě vědecky ověřených přístupů a zkušeností původně dovezených ze zahraničí. Ty ale byly v průběhu let a v tvůrčí spolupráci navázané mezi jednotlivými programy modifikovány do českého kontextu.

Přes uvedený vývoj terapeutických komunit v naší zemi není dosud u nás dostupná prakticky žádná česky psaná odborná literatura, která by se specificky zaměřovala na terapeutické komunity a na dílčí aspekty jejich práce. Je proto dobře, že tato kniha, jež je výsledkem spolupráce Středočeského kraje – Krajské protidrogové komise a terapeutické komunity Magdaléna v Mníšku pod Brdy, láme pomyslné ledy a přináší první soubor tří prací nejenom zahraničních, ale i jednoho českého odborníka. Tento výbor z díla tří autorů velmi zdařilou formou představuje historický kontext vývoje terapeutických komunit do dnešního dne (Petr Nevšimal), zabývá se otázkami odborné terminologie, základních prvků terapeutické komunity, jejích současných modifikací a rozvojových iniciativ (George De Leon), diskutuje základní teoretická východiska a filosofii léčby uživatelů drog, cíle, nástroje a techniky léčby, vývojová stadia programu v terapeutické komunitě včetně jejích limitů a na konkrétním příkladu demonstruje proces zrání jedné z nizozemských komunit (Martien Kooyman). Oba posledně jmenovaní autoři navíc nabízejí poměrně ucelený a reprezentativní přehled výzkumů zaměřených na tolik diskutovanou otázku, jak efektivní léčba uživatelů drog v terapeutických komunitách je.

Věřím proto, že tato kniha bude studována a diskutována nejenom pracovníky terapeutických komunit v celé republice, ale že si najde svoji cestu i k pracovníkům dalších programů prevence a léčby uživatelů drog stejně jako k výzkumníkům a studentům řady oborů, jež formují tak multidisciplinární obor, jakým je adiktologie. Rád bych tedy na tomto místě poděkoval představitelům Středočeského kraje za jejich vstřícnost přispět k rozšiřování poznání v oboru léčby uživatelů drog a především MUDr. Petru Nevšimalovi, bez jehož nadšení a úsilí by tato kniha nespátřila světlo světa. Doufám, že přispěje nejenom ke zkvalitnění práce terapeutických komunit pro léčbu uživatelů drog se závislým chováním, ale i ke zlepšení jejich dosud nezáviděníhodné pozice v systému existujících sociálních a zdravotních služeb.

*Josef Radimecký*



Martien Kooyman

**Terapeutické  
komunity  
pro závislé**





➤ Od konce druhé světové války začaly vznikat terapeutické komunity pro pacienty s psychiatrickými problémy. Po svém vzniku v roce 1963 se Daytop Lodge v New Yorku (přejmenován na Daytop Village v roce 1964) konstitovala podle modelu Synanonu jako komunita pro práci a život bývalých toxikomanů a přijala také jméno „terapeutická komunita“ (Sugerman, 1974). Psychiatr Daniel Casriel, který byl jedním ze zakladatelů Daytopu, tuto formu léčby připodobnil k terapeutickým komunitám pro psychiatrické pacienty, které založil Jones a jejichž hlavní koncepcí byla sociální interakce (Casriel, 1963, Jones, 1953).

Mnoho programů ve Spojených státech vzniklo na základě modelu Daytop Village a Synanonu. V roce 1975 vznikla organizace Terapeutické komunity Ameriky. Ve snaze ustanovit minimální standardy pro tým terapeutické komunity vznikl seznam 10 dovedností publikovaný touto organizací a uvedený v manuálu pro terapeutické komunity (Kerr, 1986):

1. Chápat a prosazovat svépomoc a vzájemnou pomoc.
2. Chápat a účastnit se budování pozitivních vzorů.
3. Chápat rozdíl mezi sociálním učením a didaktickým učením.
4. Chápat a prosazovat koncept „žádný rozdělávání na my-oni“.
5. Chápat a prosazovat růst a vývoj v systému.
6. Chápat a praktikovat koncept „chovej se jako by“.
7. Chápat vztah mezi vzájemností a individualitou.
8. Chápat potřebu ideového systému.
9. Schopnost vést přesné záznamy.
10. Chápat a facilitovat skupinový proces.

Na páté Světové konferenci terapeutických komunit, která se konala v roce 1980 v Noordwijkerhout v Holandsku, byla založena Světová federace terapeutických komunit. O rok později byla po letech diskusí přijata následující definice terapeutické komunity:

- Hlavním cílem terapeutické komunity je napomoci osobnímu růstu. 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 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 vzhled 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).

Tato definice je obecným popisem terapeutické komunity budované podle komunity Synanon, která byla založena v roce 1958. Přestože existuje řada společných znaků s evropskými komunitami pro jiné cílové skupiny, jsou zde jasné rozdíly. Většinu komunit pro psychiatrické pacienty, které následovaly příklad Maxwella Jonese v Henderson Hospital v Anglii, lze charakterizovat jako demokratické organizace. Každé rozhodnutí týkající se komunity by se mělo dělat v přítomnosti všech členů komunity a každý má možnost se k němu vyjádřit. Americká terapeutická komunita pro závislé má hierarchickou strukturu týmu i členů. Členové komunity se účastní rozhodování na základě jejich osobního růstu v terapeutickém programu. Většina terapeutických komunit pro závislé má vysoce strukturovaný program. Synanon se stal vzorem pro vět-

šinu komunit v mnoha zemích na všech kontinentech. Tento model se nazývá „koncepte terapeutické komunity“ (Sugarman, 1974, Piperopoulos, 1977, Schaap, 1980). Vzhledem k hierarchické struktuře organizace, která je hlavní odlišností od Jonesova modelu, se také koncepci terapeutických komunit říká „hierarchické terapeutické komunity“ (Schaap, 1987). Protože v době léčby se členům nepodávají žádné substituční drogy, uvádějí se také jako „bezdrogové“ komunity, aby je bylo možné odlišit od zdravotnických zařízení a metadonových programů.

V této knize se budu věnovat rozvoji modelu terapeutické komunity, filosofii léčby, koncepcím a struktuře programu a výzkumné literatuře o terapeutických komunitách. Najdete zde také rysy rodin toxikomanů a způsoby, jak do terapie zaangažovat rodiče a další blízké osoby. Terapeutický proces v komunitě je vykládán v rámci stávajících teorií závislosti. Raná traumatizace, strach z intimity a odmítnutí a negativní sebepojetí jsou spojovány s náchylností ke vzniku závislosti.

Emiliehoeve, terapeutická komunita popisovaná v této knize, byla založena v Holandsku jako terapeutický program pro drogově závislé a původně byla budována podle demokratických komunit pro psychiatrické (obvykle neurotické) pacienty v Holandsku na základě principů Maxwella Jonese. Poté, co tým v Emiliehoeve na základě zkušeností zjistil, že tento systém není pro závislé vhodný, byl postupně zaveden bezdrogový hierarchický model amerických terapeutických komunit. Ve druhém roce svého působení přijala komunita Emiliehoeve kompletní strukturu a nástroje modelu Synanon/Daytop. Filosofie a koncepte tohoto modelu se začaly využívat po šesti měsících.

V závěrečné kapitole popíše vývoj programu v Emiliehoeve. Z chaosu prvních měsíců se Emiliehoeve rozvinula do strukturovaného programu. Bylo stanoveno osm dílčích fází začleněných do procesu léčby. V jednotlivých fázích je zřejmé odlišné postavení v hierarchii a blízkosti vztahů tým–klient.

Kdekoliv užívám zájmena „on“ ve vztahu ke klientům či členům, je třeba mu rozumět jako „on nebo ona“.

## Teorie a filosofie léčby

### Myšlenky užívané v terapeutických komunitách

Terapeutické komunity se rozvíjely na základě vlastních zkušenosti a vedly své klienty k tomu, aby se stali aktivními činiteli ve vlastní terapii. Jak terapeutické komunity v USA, které vznikaly na základě hnutí svépomocných skupin, tak i terapeutické komunity psychiatrických pacientů v Evropě po druhé světové válce jsou reakcí na trestající formu léčby, zavírání a kontrolu duševního života v léčebných zařízeních, která existovala dříve (Bratter, 1985, Goffman, 1961 a Szasz, 1970). Terapeutické komunity v psychiatrii a komunity pro závislé původně vznikaly odděleně. V evropských komunitách založených na demokratických principech popsaných Jonesem měli pacienti respekt a autoritu profesionálů, kteří sestoupili ze svých trůnů a dělili se o svou profesionalitu s pacienty. Večer se probíraly události celého dne. Hlavním terapeutickým prvkem bylo učení se na základě zpětné vazby prostřednictvím sociálních dovedností a sociálních interakcí (Jones, 1953, 1983, 1984).

Terapeutické komunity podle Jonesova modelu však byly v léčbě závislých většinou neefektivní (Kooyman, 1975a,d, Kooyman a Brattter, 1980, Schaap, 1977, 1987). Demokratická struktura vyžaduje od svých členů fungování na více méně dospělé úrovni a většina závislých toho v době léčby není schopná. Neschopnost jednat zrale je navíc obvykle samotnou příčinou jejich závislosti.

V USA nebyla léčba závislosti na heroinu nijak zvlášť úspěšná do doby, než se na scéně v roce 1958 objevil Synanon. Podle Brattera (1985) byl Mowrer jedním z prvních autorů, kteří odmítli psychodynamický model. Byl přesvědčen, že chování je nutno považovat za výraz nezodpovědnosti, a ne nemoci, a došel k názoru, že psychodynamická terapie je „neterapeutická“.

Psychoanalýza skrytě ulevuje pacientům v odpovědnosti za vlastní činy a chování. V Synanonu dostávali závislí zcela opačné poselství - jste odpovědní

za své problémy: „Vy sami jste si dávali drogu do žíly, nikdo jiný.“ (Bratter a kol., 1985a) V amerických svépomocných terapeutických komunitách se s klienty nezacházelo jako s kriminálníky nebo pacienty, ale jako s lidmi, kteří byli hloupí natolik, že si vybrali závislé chování. Dozvěděli se, že mohou jednat odpovědně a převzít aktivní roli ve své rehabilitaci, čímž pomohou sobě i druhým. Tak se komunity staly jedinou léčebnou organizací, ve které bylo možné, aby se bývalý klient stal členem týmu, a dokonce i ředitelem instituce.

## Myšlenky Synanonu

Několik měsíců předtím, než Charles Dederich založil Synanon, kde měli spolu žít alkoholici a drogově závislí, vyřadilo hnutí Anonymních alkoholiků toxikomany ze své organizace. Na AA skupinách, které se konaly u Dedericha doma, vytvořil techniku zvanou „hra“ – skupinové sezení bez vedoucího, kde bylo možné říct vše. Tyto skupiny se staly základním elementem Synanonu. Skupina se vždy po dobu zhruba 20 minut zaměřila na jednoho člověka. Bylo normální útočit agresivně na toho, kdo byl na „horké židli“ a nehájit ho. Každý mohl porušovat jakékoliv konvence a skryté koalice, které by mohly vést k utajení materiálu během hry.

Dederich, charismatický a vzdělaný vůdce, měl rozsáhlé filosofické zájmy (Freud, Thoreau, Buddha, Svatý Tomáš, Platon, Emerson). Často citoval Ralpha Waldo Emersona: „Existuje způsob, jak dělat cokoli, i kdyby to bylo vaření vajec.“ Jeho esej „O odpovědnosti“ byl povinnou literaturou pro všechny členy Synanonu stejně jako jeho esej „O moci“ (Patton, 1973). Od počátků Synanonu byli mezi členy týmu bývalí alkoholici i toxikomani. Vznikla následující ideologie: toxikoman je nezodpovědný. Užívá drogy nebo alkohol, aby unikl od frustrací a napětí každodenního života. Aby se úspěšně vyléčil, musí se znovu naučit novým hodnotám a postojům. Tato ideologie byla založena na přesvědčení, že:

- každý jedinec má růstový potenciál,
- každý člověk musí rozvíjet svůj vlastní tvořivý potenciál,
- každý se musí rozhodnout pro růst a změnu sám, ostatní mu mohou pomoci tím, že se pro něj stanou vzorem, projeví zájem,
- cílem společného života je štěstí (Broekaert, 1979).

Později se začal Synanon považovat za náboženství, zvláště ve vztahu k výjimce při placení daní. Vznikla také modlitba Synanonu:

„Prosím, umožni mi nejdříve a vždy zkoušet sám sebe, být čestný a pravdivý, hledat zodpovědnost, nech mne raději rozumět, než být chápán, věřit

v sebe a mé bližní, umožni mi spíše milovat, než být milován a spíše dávat, než dostávat.“ (Garfield, 1978)

Hra zůstala hlavním nástrojem individuální změny. V této situaci se měly řešit mezilidské konflikty (Simon, 1974). Otevřenost byla podporována – učinit svůj život veřejným. Základní filosofie hry měla svůj vzor ve čtvrtém kroku programu AA: pohlední beze strachu sám na sebe (Deitch a Zweben, 1979). Hra v Synanonu se z agresivních útoků na negativní chování změnila v diskuse, kde bylo hodně humoru a přehánění, které lámaly obrany účastníků. Hry se hrály v uvolněnější atmosféře, přestože tam byly momenty útočení a konfrontace (Broekaert, 1976).

Jedním z filosofů, který ovlivnil Synanon, byl Chalíl Džibrán. Často se citovala pasáž z jeho knihy *Prorok*: „Ani jediný list nezačne žloutnout, aniž by o tom věděl celý strom.“ Sociolog Yablonsky, který byl také dramaterapeutem, strávil v Synanonu nějaký čas a napsal o tom knihu *Tunel zpět* (Yablonsky, 1965). Humanistický psycholog Maslow, který vytvořil koncepci rovin lidských potřeb a sebeaktualizace, navštívil Synanon v šedesátých letech několikrát a poslal jeho zakladateli několik rukopisů, které byly využívány na skupinových diskusích. Casriel, který o Synanonu napsal také knihu *Spravedlivý dům*, později v New Yorku po jeho vzoru založil terapeutickou komunitu Daytop Village (Casriel, 1963). Po prvním chaotickém roce programu se řediteli Daytop Village stali dva bývalí členové Synanonu, David Deitch a Ron Brancato. Podařilo se jim založit terapeutickou komunitu vedenou paraprofesionály za pomoci svépomocné filosofie Synanonu.

## Hlavní myšlenky svépomocných terapeutických komunit

Americké terapeutické komunity vytvořily koncepce, které mají původ v Synanonu. Tyto myšlenky znají všichni starší členové komunity a tým. Hovoří se o nich na seminářích a nově příchozí se je učí. Představují základní kameny filosofie léčby. Z těchto základních myšlenek vychází hlavní principy programu komunity. Zde jsou popsány.

### Rozhodnutí

Tím, že vstoupil do terapeutické komunity, učinil závislý rozhodnutí. Mohlo jít o rozhodování mezi nástupem do vězení a vstupem do komunity. Dveře jsou otevřené a dotyčný může kdykoliv odejít. Před vstupem do komunity probíhá obvykle pohovor se členem týmu a někým z obyvatel komunity. Před tímto rozhovorem je někdy adepty posazen na židli před zeď, na které je popsána filosofie komunity. Ostatní se ho ptají na to, proč chce přestat brát.



Jeho užívání drog je označeno jako stupidní. Obvykle je adept požádán, aby udělal něco, co by prokázalo jeho odhodlání nastoupit. Někdy má zakřičet o pomoc tak hlasitě, jak jen dovede. Pohovor je psychologickou přípravou na vstup závislého do společenství, ve kterém půjde o naprostou změnu jeho hodnot, postojů, vzorců chování i sebeobrazu. (Sugarman, 1974)

Významnou součástí vstupního pohovoru je to, že většina lidí, kteří jej vedou, jsou bývalí toxikomani. Netrestají ho za jeho závislost ani ho nelitují. Nutí ho podívat se na to, jak se chová, a na důsledky svého chování. Když ostatní získají dojem, že stojí o pomoc, je přijat a každý ho obejmě.

### **Závislý je emočně nezralý a musí dospět**

Závislí jsou považováni za nezralé a nezodpovědné jedince, kteří nedokáží odložit uspokojení svých potřeb. V terapeutické komunitě se mohou naučit využívat svůj potenciál k tomu, aby emočně, fyzicky, duchovně, intelektuálně a sexuálně vyrostli a rozvinuli svou tvořivost.

### **Závislý si může pomoci tím, že pomáhá ostatním**

Pokud se stane vzorem pro nově příchozí, posílí tak své pozitivní chování. To zvýší jeho sebedůvěru. Závislý potřebuje podporu vrstevníků ke změně: „Ty sám to můžeš dokázat, ale nedokážeš to sám.“

### **Upřímnost se vyplácí**

Když člen komunity nemá žádná tajemství před ostatními členy, může s nimi sdílet své myšlenky, zrcadlí se v očích druhých. Upřímnost je komunitou ceněna. Pokud dotyčný ví o svém nebo cizím negativním chování a zůstane zticha, považuje se to za negativní kontrakt se sebou a ostatními. Ten, kdo není upřímný, není svobodný. Hromadí své pocity viny, což může vést k užívání drog.

### **Sdílení pocitů viny**

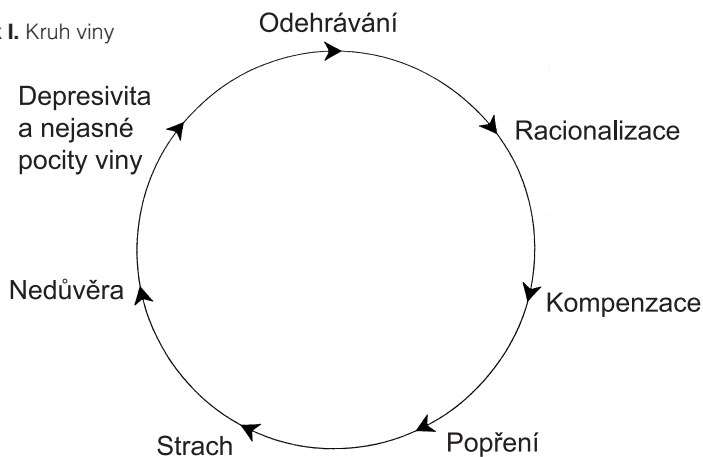
Potlačené pocity viny, které v sobě člověk dusí, mohou vést k tomu, že dotyčný odehrává své konflikty negativně sebedestruktivním způsobem. Na rozdíl od některých psychiatrických teorií není v terapeutických komunitách vina považována za symptom deprese, ale za přirozený signál, který není dobré potlačovat nebo racionalizovat. Skrývání něčeho může vést k pocitům viny, kvůli kterým pak člověk opouští komunitu. Když dokážeme vyjádřit všechny myšlenky a pocity, stáváme se svobodnými lidmi.

V raných dobách křesťanství se od věřících očekávalo, že budou veřejně odkrývat své chyby v přítomnosti všech členů společenství. Tomu se říkalo *exhomologesis* - být otevřený o tom, co se v tobě děje přede všemi (Mowrer, 1977, Glaser, 1977, Broekaert, 1990). V katolické církvi se z veřejné zpovědi stala zpověď jednomu knězi, v protestantské modlitba k Bohu. Zpověď o tom, co jsem

udělal špatného, přináší úlevu. Na rozdíl od primitivních společenství, kde je otevřené vyznání před kmenem považováno za léčivé, v naší společnosti takřka zmizelo. V terapeutické komunitě je vyznání o tom, co jsem udělal zlého, hlavním léčivým prvkem terapeutického procesu. Může se odehrávat na ranní skupině, kde se objevují otázky na to, kdo je zodpovědný za něco, co proběhlo špatně, nebo na encounterové skupině či setkání celé komunity, kde tým vyzývá klienty, aby se s ostatními podělili o své pocity viny.

Destruktivní proces vyvolaný utajenými pocity viny je popsán v obrázku kruhu viny (obr. I). Kruh viny lze vyložit takto. Člověk udělá něco špatného. Cítí vinu, popírá tento pocit, hledá výmluvy a racionalizace, které by ho těchto emocí zbavily, ale to nepomáhá. Aby to kompenzoval, chová se pozitivně, napětí však zůstává a on se bojí, že ostatní zjistí, že udělal něco špatně. Přestává lidem věřit a předpokládá, že se na něj druzí zlobí. Vadí sám sobě a stává se depresivním. To začíná být nesnesitelné, a tak musí udělat něco negativního, aby mohl tyto neurčité pocity viny přisoudit něčemu konkrétnímu. Pak se celý kruh opakuje. Jediným způsobem, jak to zastavit, je podělit se o vinu s ostatními lidmi tak, že přizná své negativní chování a čelí možným následkům.

Obrázek I. Kruh viny



Po negativním chování – odehrání vnitřního konfliktu – jsou neúspěšně použity obranné mechanismy, jako je racionalizace, kompenzace a popření. To vede ke strachu, nedůvěře a depresivitě s nejasně vymezenými pocity viny, které vedou opět k dalšímu odehrávání.

Závislí lidé mají za sebou dlouhou historii popírání pocitů viny. Když si připustí vinu za něco aktuálně negativního, přemohou je pocity viny vztahující se k minulosti. V terapeutické komunitě lze tyto pocity vyjádřit a vypořádat se s nimi. Vyznání viny v přítomnosti ostatních členů komunity se může také stát poutem, který drží celou komunitu pohromadě (Cassuto, 1981).

## 100% výkon

Na rozdíl od životního stylu fetišáka se od člena komunity očekává, že bude čistý. To neznamená jen abstinenci, ale i udržování pořádku v domě a péči o vlastní věci. Předpokládá se, že bude všude včas, a jsou kladeny velké nároky na kvalitu jeho práce. Tyto vysoké požadavky učí klienta vypořádat se s pocity frustrace a opustit uvolněný životní styl, kterým žil.

## Předání odpovědnosti

Klient se dozvídá, že odpovídá za své činy. Je zcela odpovědný za svou závislost. Nikdo jiný než on sám mu nedával jehlu do žíly. V terapeutické komunitě poznává důsledky svého chování, vliv svého chování na okolí a zjišťuje, že je odpovědný sám sobě i celé společnosti (Bratter a Hammerschlag, 1975).

## Jednej jako by

Klienti mají jednoduše jednat, jako by byli zodpovědní. Mají jednat, jako by se nebáli. Když to udělají, ztratí svůj strach. Mají jednat, jako by byli plni energie, jako by rozuměli hodnotám komunity, jako by byli člověkem, kterým chtějí být: tak se mohou postupně stát člověkem, kterým chtějí být, myslet a cítit podle toho, jak jednají. Pojetí jednej jako by je důležité také kvůli předávání informací pro nově příchozí. Starší člen komunity nemusí být až tak pozitivní, jako se může novým členům zdát (Sugarman, 1974).

Toto pravidlo neplatí navenek na encounterových skupinách, kromě momentů, kdy někdo jedná jako by se nebál konfrontovat druhého s jeho chováním. Jde o analogii principu racionálně emocionální terapie – to, jak se cítím, mohou změnit tím, jak o tom přemýšlím. Zde jde o mechanismus změny – to, jak se cítím, mohu změnit tím, jak se chovám (Ellis a Grieger, 1977).

## Vyjádři svůj zájem

Od klientů očekáváme, že projeví svůj zájem o druhé a o to, co dělají v komunitě. Nejde o to být milý a nápomocný tak, že z druhého člověka sejme odpovědnost za to, co dělá (účast zabíjí ďábla). Díky skutečnému zájmu, můžete říct druhému člověku se vztekem, co si myslíte o něm a jeho destruktivnímu chování. To nazýváme „zodpovědným zájmem“ (*responsible concern*) (Ottenberg, 1978, Waldorf, 1971). Nový člen se musí naučit rozumět tomuto vyjádření „drsné lásky“ (*tough love*) (Cassuto, 1981). Učí se, že konfrontace v hněvu neznamená, že jej druhý odmítá jako člověka, ale že se skutečně stará o jeho negativní chování.

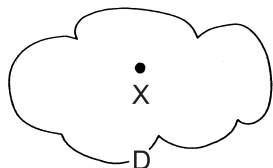
## Udržuj prostředí bez drog a násilí

Toxikoman vstupuje do komunity s několika základními pravidly: žádné drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí a žádné vyhrožování a násilí.

Klient tak nemůže odehrávat své problémy tím, že by bral drogy, alkohol či užíval násilí. Léčba provázená abstinencí se zaměřuje na problémy, které jsou příčinou užívání drog a které lze efektivně řešit jen, když klient s užíváním přestane. To je možné provádět v odděleném detoxifikačním centru po případné medikaci ke zmírnění abstenenčních příznaků nebo bez jejich pomoci. Stejně tak to probíhá v samotné terapeutické komunitě. (Kooyman, 1980).

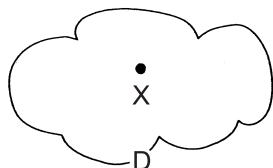
Porušení základního pravidla komunity znamená vyloučení. Ne navždy – během týdne může být dotyčný přijat znovu, přičemž je jeho přestupek důkladně probírán. V prostředí, kde není možné odehrávat své problémy, se člen komunity učí reagovat na stres pozitivní cestou. To popisuje následující obrázek (obr. II.1 – 4).

Obrázek II.1



X se cítí dobře, užívá D (heroin), neprožívá problémy bolestivě, neřeší problémy ani se od nich nevzdaluje.

Obrázek II.2.



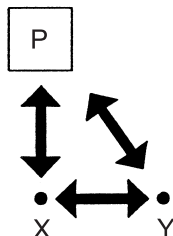
X se stále ještě cítí docela dobře. Užívá substituční drogu (metadon), neprožívá problémy bolestivě, stále neřeší problém ani se od něj nevzdaluje.

Obrázek II.3



X přestal užívat drogy, necítí se dobře, čelí bolestivým důsledkům problémů.

Obrázek II.4



X je v terapeutické komunitě v čistém prostředí a učí se řešit problémy s pomocí dalších lidí Y.

**P**=problém, **X**=závislý, **D**=droga, **M**=substituční droga, **Y**=druhý klient

### Závislost je příznak skrytých problémů

Užívání drog je považováno za důsledek problémů. Mohlo původně sloužit jako pokus řešit problémy, ale postupně se stalo samo problémem. Když tento symptom odstraníme, klient se učí, jak přicházet na to, jakou funkci užívání a závislost měly, a jakou bolest nebo strach z bolesti měly potlačovat.

### Povinná účast na terapeutických programech

Program nelze přijímat pasivně. Klient musí v komunitě zaujmout aktivní roli – jde o princip „můžeš růst nebo jít“ (*grow or go*) (Jongsma, 1981). Terapeutický program je v zásadě stejný pro každého. Klient nemůže odmítnout účast na skupinovém programu. Když se naučí programu rozumět, jeho hodnoty se internalizují a on začne cítit zodpovědnost za pravidla, normy a hodnoty terapeutické komunity. Tak se stává vzorem i pro ostatní nové klienty.

Uvedené principy patří mezi nejdůležitější prvky léčby. Jsou obvykle implicitní filosofií programu.

## Filosofie léčby v terapeutických komunitách

Velkou výhodou terapeutických koncepcí terapeutických komunit je to, že ji mohou klienti pochopit. Většina terapeutických komunit přijala za svou filosofii popsanou Richardem Beauvaisem v době jeho pobytu v Daytop Village:

Jsme tady, protože už není, kam bychom unikli sami před sebou. Dokud se člověk nepostaví před zraky a srdce ostatních, utíká. Dokud člověk nevěří druhým, aby s nimi mohl sdílet svá tajemství, není v bezpečí. Když se bojí, že jej poznají, nemůže poznat sám sebe ani druhého. Bude stále sám. Kde jinde než mezi sebou najdeme takové zrcadlo? Tady – společně – se člověk může konečně podívat na sebe jasně. Neuvidí hrdinu svých snů, ani trpaslíka svých nočních můr, ale pozná se jako člověk, část celku, se svým dílem odpovědnosti. Na takovém místě můžeme všichni zakořenit – a růst. Již nikdy sám – do smrti, ale žít s druhými a pro druhé.

V mnoha komunitách v různých zemích se filosofie léčby předčítá na raních setkáních a diskutuje se o ní na seminářích. Filosofie, o které spolu mohou mluvit členové komunity i týmu, je velmi silným terapeutickým faktorem (Ottenberg, 1991).

## Vztah mezi teoriemi závislosti a léčbou v terapeutické komunitě

Jak se léčba v těchto komunitách vztahuje k existujícím teoriím závislosti? V diskusích o etiologii závislosti vznikl zmatek už jen tím, že se nepodařilo zcela rozlišit mezi užíváním drog a závislostí. Užívání se stane závislostí, když člověk ztratí kontrolu nad drogou. Namísto toho, začne droga řídit jeho život. Závislý si již nemůže vybrat, jestli bude nebo nebude brát. Nevzít si drogu je nemožné a z užívání se stane nutkové jednání.

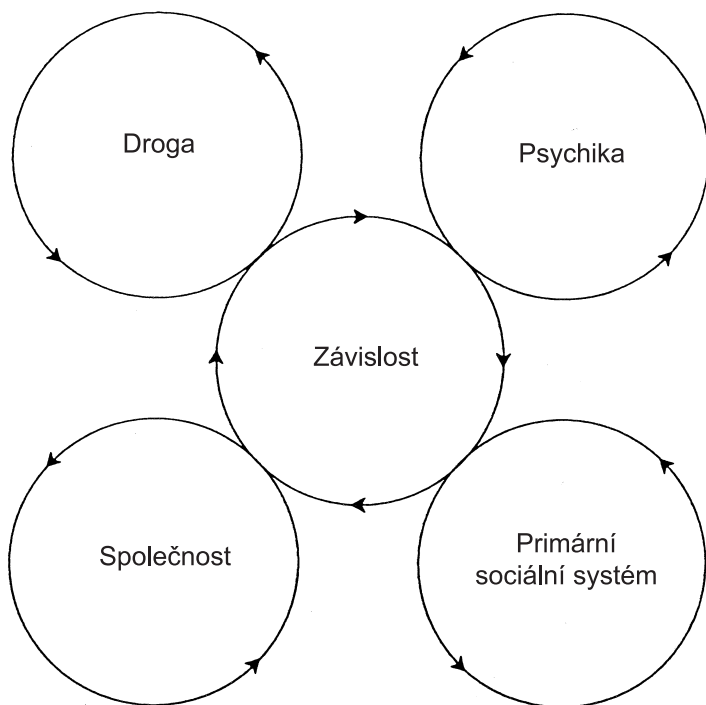
Závislost můžeme definovat takto: Závislost je pokračující škodlivý proces, ve kterém se původně adaptivní jednání vymyká z kontroly a začíná být samo problémem.

Proč jde o pokračující proces? To si můžeme ukázat na obrázku III. Jde o důsledek bludných kruhů jednotlivých faktorů (van Dijk, 1980).

Závislý se dostává do pasti systému bludných kruhů, z nichž hraje každý svou více či méně zřejmou roli. Dokud je droga dostupná a neobjevují se žádné sekundární problémy (zdravotní obtíže, nedostatek peněz, riziko trestního stíhání, tlak rodiny), toxikoman obvykle nemá žádná motivaci proč přestat, protože abstinence by mu mohla přinést tyto důsledky:

### Obrázek III.

Bludné kruhy závislosti



1. Ve farmakologickém kruhu přináší přerušování užívání účinky, které jsou zcela opačné než požadované účinky drogy: po opětovné aplikaci nepříznivé účinky abstinence zmizí.
2. V psychologickém kruhu se závislý cítí vinen kvůli užívání drog. Negativní pocity zmizí, když si znovu vezme drogu. Negativní pocity potlačované užíváním, které byly prvotními důvody pro užívání drogy, se navrací v ještě větší míře. Zmizí, když si vezme drogu.
3. V kruhu primárního systému péče: závislý slouží rodině k udržení patologické rovnováhy. Může také hrát roli obětního beránka. Problém závislosti rovněž odvrací pozornost od existujících problémů v rodině. Když závislý přestane brát, objeví se původní a skutečné problémy v rodině. Ve vztahu nemusí být závislý člověk schopen vypořádat se se silným partnerem, jehož sebeucta je sycena z toho, že žije vedle slabé a závislé osobnosti. Ve skupině

závislých je ten, kdo by chtěl přestat, ihned od svého záměru odrazován, protože by tím posílil pocity viny ostatních.

4. V kruhu společnosti: společnost závislého stigmatizuje, tato stigmatizace vede k odmítání a izolaci. To ztěžuje jeho integraci do společnosti i poté, co přestal brát. Závislý se cítí být přijímán jen ve světě toxikomanů. Mimo tento svět zní motto: Toxikomanem člověk zůstane celý život.
5. V bludném kruhu mozkových funkcí může mít nadměrné užívání drog škodlivý vliv na funkce, které regulují a integrují různé formy chování. Výsledkem je oslabení síly ega. Snižuje se individuální psychologická schopnost regulovat a kontrolovat užívání. To se týká především případů dlouhodobého poškozování mozku pitím alkoholu. Díky ztrátě síly ega je velmi těžké odolat chutím užívat drogy dál.

K úspěšnému završení léčby je třeba zrušit všechny takové bludné kruhy, ne jenom některé z nich. To je možné zvládnout v rámci čistého prostředí terapeutické komunity, která na člověka působí 24 hodin denně (Kooyman, 1986a). Když se nenabízí farmakologická péče, ruší se i farmakologický kruh. Vliv systému, ke kterému závislý patřil, je také eliminován tím, že žije mimo něj. Už jen tento fakt přináší nový prvek do samotného systému. Pokud se předpokládá, že se závislý do svého sociálního systému vrátí nebo s ním bude mít přinejmenším kontakt – to se týká partnerů, rodičů – je nezbytné zahrnout členy systému do terapie. Sociální bludný kruh se ruší tím, že závislý je dočasně vyloučen ze společnosti. Místo toho se začíná aktivně podílet na životě mikrospolečenství komunity. Před terapeutickými komunitami stojí úkol: přesvědčit veřejnost o tom, že toxikomany lze vyléčit. Jen tak mohou zlomit mýtus o tom, že toxikoman toxikomanem zůstane. Díky vyřazení čtyř z pěti bludných kruhů se pozornost terapie může zaměřit zejména na psychologické faktory, které hrají roli v relapsu. Díky přísné kontrole v komunitě je nemožné získat alkohol či drogy, aby mohl člověk sáhnout po starém zvyku, musel by odejít.

### **Zaměření na jedince: psychologický bludný kruh**

V léčbě se zaměřujeme na jedince a jeho interakci s ostatními členy komunity. Podívejme se nyní na teorie etiologie závislosti ve vztahu k tomu, co se děje s jedincem během jeho pobytu v komunitě. Stejně faktory, které vedly k závislosti jako reakci na určité problémy, mohou vést k relapsu poté, co se závislé chování díky pobytu zastavilo. Takže proč lidé užívají drogy tak, že na nich začnou být závislí? Lze v komunitě aplikovat teorie vzniku závislosti?

### **Biologické teorie závislosti a člen terapeutické komunity**

Člověk, který se stal závislým, může být biologicky více zranitelný než ostatní. Tato zranitelnost může být vrozená nebo získaná v důsledku trauma-



tickým zážitkům v raném dětství. Lidé, kteří se stávají závislími, mají někdy sníženou toleranci vůči bolesti. Program komunity nenabízí žádné substituční drogy. Náhrada jedné drogy za druhou udržuje člověka v závislosti nejen na chemikáliích, ale i na těch, kteří je poskytují, což je v rozporu s cíli programu.

V terapeutickém programu, zvláště ve skupinách, se klient učí zažívat bolestivé emoce. Učí se je spíš vyjadřovat než skrývat. Není známo, zda díky takovým emocionálním skupinovým zážitkům dochází k biochemické rekonstrukci poškozených vzorců. V emocionálních skupinách přináší fyzická i psychická blízkost lidí bolest z minulosti, která byla léta uložena uvnitř. Podle Casriela jde o bolest z rané deprivace – z pocitu odmítnutí v raném dětském věku. Biochemická dysfunkce jako výsledek rané traumatizace může částečně vysvětlit vyhýbání se fyzickému kontaktu a strach z intimity, které můžeme u závislých pozorovat. Tímto způsobem se závislý vyhýbá odmítnutí a doprovodné bolesti (Kooyman, 1991).

Můžeme také pozorovat opačnou formu chování – tendenci vyhledávat bolestivé zážitky, jakoby šlo, neurotickým způsobem, zvládnout bolest vyvolávající situace. Právě těžce traumatizované osoby mají tendenci různými způsoby opakovat traumatickou situaci. Ve skutečném životě to bývá jen zřídkakdy léčivý způsob. V terapiích, které užívají expresivních technik, jako je například Casrielův proces vzniku nové identity, nebo Janovského terapie primárního křiku, je křik využíván jako nástroj vyjádření emocí při odžívání starých traumatických zážitků (Casriel, 1972, Janov, 1970). I jiné terapie se vrací k dávným traumatickým situacím – psychodrama (Moreno, 1959), hypnoterapie (Van der Hart, 1988) a sezení s LSD nebo Pentothalem. Snaží se o prolomení individuálních obran proti bolestivým vzpomínkám (Bastiaans, 1986). Zdá se, že tyto terapeutické intervence fungují u těžce traumatizovaných lidí. Nezodpovězenou otázkou zůstává, zda fungují i na biochemické rovině. Pokud ano, mají takový účinek i encounterové skupiny v terapeutické komunitě. To je však, pro nedostatečný výzkum, vysoce spekulativní.

### **Psychodynamické teorie závislosti a člen terapeutické komunity**

Na terapii v terapeutické komunitě můžeme pohlížet z pozice psychoanalytických teorií. Od tradiční psychoanalytické léčby se v mnohém liší. Klient v komunitě napřed mění své chování, pak prožije emoce, které tuto změnu doprovázejí, a nakonec se učí chápat, co se děje. V psychoanalýze je tomu obvykle naopak. Terapeut v terapeutické komunitě je emočně zaangażován a vyjadřuje své emoce, aniž by byl ovlivněn teorií přenosu a protipřenosu. Popírány jsou vrozené negativní instinkty a negativní chování je považováno za reakci na situaci. Člověk není považován za od narození špatného, očekává se, že bude schopen se rozvíjet v rámci svého potenciálu.

Tak jako v analytickém procesu se v komunitě objevují obrany jako reakce na tlak v terapeutickém systému. Když je člen komunity pod tlakem programu,

objevuje se obvykle odehrávání. Na takové chování se pohlíží jako na externalizaci vnitřních konfliktů. Původně bylo adekvátní, ale v dospělém věku jde o defektní způsob vyjádření – defenzivní nebo kompenzaci. Příkladem může být člověk, který zraňuje ty, o které má zájem. Očekává, že by se o něj nezajímali, a proto se aktivně brání tomu, aby se dostal do situace, kde by mohlo dojít k odmítnutí (Uchtenhagen, 1985b).

Většina závislých v terapeutické komunitě patří k typu porucha osobnosti. Dříve, než začali užívat drogy, sloužilo jejich chování jako obrana proti nevědomým a často zraňujícím pocitům. Užívání drog slouží stejnému cíli: lze jej považovat za odehrávání. Jde o součást již existujícího obranného mechanismu. Nejdůležitějším obranným mechanismem člověka s poruchou osobnosti je projekce. Negativní pocity závislý promítá do druhých. Odehrávání vyjadřující externalizaci vnitřních konfliktů lze pokládat za obranu. Tato obrana pochází z porušeného způsobu vyjadřování a zacházení s vnitřními konflikty. Ten bývá důsledkem neschopnosti unést doprovodný emoční stres (Kooyman, 1985a).

Chování spojené s odehráváním je typické tím, že při něm chybí přímá emoční odezva. Hněv není směřován na osobu, která jej vyvolala. Ani lásku nelze přímo vyjádřit. Namísto toho jsou emoce odehrávány vůči jinými lidem či objektům, zatímco k člověku, který je vyvolal, směřují emoce jiné. Například k člověku, který v dotyčném vyvolá láskyplné emoce, je směřován hněv či strach. K člověku, který v něm vyvolá hněv, může vyjadřovat lásku nebo nulovou emoční reakci a jeho hněv přitom pocítí jiní lidé. Odehrávání lze vidět jako konflikt, vyhýbavé chování, vyjádření vnitřního konfliktu, kompenzaci chránící před narcistickým zraněním (v komunitní terminologii vytvořením velkého image). Odehrávání lze považovat také za obranu proti zranění. Hlavní část obav se týká pocitu odmítnutí (Kooyman, 1986a). Takový člověk však svým chováním odmítnutí vyvolává. Pokud vyprovokuje odmítnutí svým chováním přímo, stává se snesitelnějším (Kooyman, 1985a).

Terapeutické prostředí komunity odehrávání provokuje, ale dává mu také jasné hranice. Atmosféra v komunitě může odehrávané chování vyprovokovat do nekontrolovatelné míry, jako tomu bylo v prvních měsících existence Emiliehoeve. Nejdůležitějším úkolem je najít rovnováhu mezi prostředím, které vyvolává dostatek tlaku provokujícího odehrávání, a zároveň dost struktury stanovující limity, které zabrání nekontrolovatelnému rozvoji. Ke svému růstu potřebuje klient narušit své obranné mechanismy. Členové terapeutické komunity těmto obranám říkají „tvář skrývající skutečné já“. Bez obran se klient cítí zranitelný a může začít uvažovat o tom, že před tlakem uteče. Zhruba po několika týdnech nebo měsících se objeví regrese: klienti ve věku mezi 25 až 35 se začnou chovat na úrovni dítěte v takovém věku, kdy se něco událo chybně. Chovají se jako pubertáči a odehrávají své konflikty s autoritou ve vztahu

k týmu a ostatním. V terapeutické komunitě mohou znovu dospět, a to zdravějším způsobem, aby mohli opustit nový domov jako zralí dospělí.

Klienti mají takřka bez výjimky nízké sebevědomí. Alexander Bassin (1980), jeden ze zakladatelů Daytopu popsal toxikomany takto: „Toxikoman je člověk s nízkým sebevědomím, má porušenou identitu a není schopen setrvat v dlouhodobém vztahu.“ Závislí nejenže selhávají ve vztazích, vzdělání a zaměstnání, ale když vstoupí do komunity selhávají dokonce i jako toxikomani. To, čemu se toxikoman skutečně vyhýbá, je říct si o pomoc. Trest ve vězení či hospitalizace vede k dalšímu snížení jeho sebevědomí. Kdyby přece nebyl beznadějný případ, neřekli by mu při příjmu, že jeho užívání drog bylo stupidní chování. Nicméně tím, že jedná, jako by se nebál, přijímá odpovědnost za denní chod komunity a zvládá úkoly, o který si myslel, že jsou nemožné, jeho sebevědomí roste.

Preston a Viney (1984) zjistili, že členové komunit v Austrálii, kteří jsou v terapii deset měsíců a déle, mají větší sebevědomí než ti, co jsou tam kratší dobu. Ve výzkumu mezi klienty a ex-klienty Dytop Village Biase zjistil nízké skóre v sebehodnocení u nově příchozích. Tento ukazatel v průběhu programu rostl a po propuštění zůstal na vysoké úrovni. Ti, kteří nezaznamenali v době pobytu růst sebevědomí, měli vyšší riziko relapsu. To bylo zjištěno i u bývalých klientů, kteří byli po propuštění dále sledováni (Biase, Sullivan, 1985). Dalším zajímavým zjištěním bylo to, že klienti, kteří během pobytu v komunitě prošli vzdělávacím programem, měli rychlejší nárůst sebevědomí než ostatní.

### **Behavioristické teorie závislosti a klient terapeutické komunity**

Terapeutická komunita je prostředí, kde je klient odnaučován závislému chování a učí se jinému. Členové komunity posilují jeho pozitivní chování. Být zodpovědný za své chování je jedním z klíčových prvků behaviorální terapie se závislostmi. „Jít přes emoce a chovat se jako by“ lze vyložit jako techniku behaviorální terapie. V komunitě existuje neustálý proud posilující pozitivní chování. S negativním „fetáckým“ chováním je dotyčný tvrdě konfrontován. Klienti dělají mnoho věcí, kterých se bojí. Tak přemáhají svůj strach.

### **Na systém orientované teorie závislosti a klient terapeutické komunity**

Terapeutická komunita je systém primární péče. Představuje náhradní rodinu populaci lidí, kteří za sebou mají život v neuspokojivé rodině. Dederich, zakladatel Synanonu, popsal tento proces jako cestu, ve které se závislý znovu rodí a prochází urychleným zráním. Nepřetržitá podpora systému zastavuje maladaptivní obrany a nahrazuje je pozitivnějšími vzorci zvládání problémů (Deitch a Zweben, 1979).

Hlavní rozdíl mezi Synanonem a terapeutickými komunitami budovanými podle něj je rozhodnutí, podle něhož se Synanon měl stát komunitou na celý život, která by měla řešit problémy relapsu. Ostatní komunity však stále ještě považovaly návrat do společnosti za dosažitelný cíl. Většina klientů odchází z komunity, aby žili sami nebo s přáteli – alespoň v Americe a severní Evropě. Terapeutická komunita tvoří prostor, ve kterém mohou klienti projít z fáze, kdy byli v rodině nebo v častém kontaktu s nimi, do fáze samostatného života. Vzhledem k tomu, že rodina nebo partner mohou hrát negativní roli v tom, jestli klient bude v užívání dál pokračovat, nejsou v prvních měsících kontakty s blízkými možné. Pobyt toxikomana v komunitě má značný vliv na rodiče, partnery i blízké. Proto jsou zaangażováni do léčby od momentu, kdy se s nimi klient již může stýkat. Terapeutický kontakt s nimi je vhodný dokonce i dřív – od začátku pobytu nebo dokonce již i před ním. Další kapitola popisuje, jak lze rodiče, partnery či jiné blízké osoby do terapie začlenit.

Náhradní rodina poskytuje bezpečné místo pro osobní růst a učení se z chyb, neboť chyby jsou důležité. Klienti se musí naučit, že udělat chybu není žádné neštěstí, jak si možná v dětství mysleli. V terapeutické komunitě jsou stanoveny jasné hranice negativního odehrávání. Jsou tam silné autoritativní postavy, obvykle silná otcovská role. Pozitivní chování je posilováno. Negativní chování trestáno. V nové rodině se závislý učí respektovat sebe i druhé. Učí se také přijímat a dávat lásku a cit.

### **Sociální teorie závislosti a klient v terapeutické komunitě**

Klienti se v terapeutické komunitě nachází v prostředí velmi odlišném od toho, ve kterém dosud žili. Celý dům je udržován v čistotě. Nejsou zde žádné věci, které by připomínaly alkohol či drogy. Samotní klienti jsou zbavováni připomínek na drogovou subkulturu. Dlouhé vlasy se stříhají, fetišké oblečení je vyhozeno či spáleno a nahrazeno hezkými šaty, někdy mají ve vstupní fázi klienti pracovní kombinézy.

Z komunity klienti docházejí do vnějšího světa – na koncerty, sportovní zápasy, do divadla či muzea. Učí se poznávat dobré a zajímavé věci ve společnosti v seminářích. V poslední fázi jejich pobytu v komunitě jsou obvykle vedeni k tomu, aby si vybrali nějaký zájmový klub mimo komunitu. Z aktivního toxikomana se tak stává zodpovědný člen terapeutické komunity. V doléčovací fázi programu se musí identita člena komunity změnit na více osobní – již víc nespojovanou se závislostí.

## Terapeutické prostředí

Léčbu v nepřetržitě fungujícím systému lze vnímat z různých hledisek. Podle jednoho z nich jde o totalitní instituci se všemi jejími nevýhodami. Tento postoj je mimo jiné zachycen v Goffmanově knize *Azyl* (Goffman, 1961). Z jiného hlediska je možné se na komunitu podívat jako na terapeutický nástroj. První přístup předpokládá, že pacientovi taková léčba přitíží, zatímco druhý očekává pozitivní změnu. V dobré atmosféře otevřené komunikace se takové prostředí může stát léčivým. Prostřednictvím konfrontace, struktury, zájmu a ocenění může probíhat sociální učení. Takové faktory popisuje Gunderson jako podmínky pro to, aby se z ní stalo dostatečně dobré terapeutické prostředí (Gunderson, 1983).

V tom, aby bylo prostředí komunity terapeutické, hraje významnou roli tým (Jongerius, 1989). Dokonce již v roce 1954 Stanton a Schwartz (1954) popsali v rámci práce o psychiatrické nemocnici negativní dopad atmosféry na léčbu. Pro komunitu je důležité dobré a bezpečné prostředí. K dosažení bezpečného prostoru jsou nutná pravidla a struktura. V novém programu musí tyto normy stanovit tým. Ve starších komunitách se věci děly tak, že se staly tradicí. V nových komunitách nejsou některé věci záležitostí tradice a je třeba je strukturovat ze strany týmu. V existujících komunitách se takové věci nově přichozí naučí poměrně snadno od starších komunity a věci se dějí určitým způsobem, protože se tak vždy dělaly. Začít s novým programem komunity je jednodušší, když je týmem zavedena pevná struktura, než když ponecháme obyvatel na klientech, aby si sami vytvořili normy.

### Zázemí

Budova komunity není nedůležitá. K posílení skupinového cítění je třeba velká místnost, kam se vejdou všichni klienti i terapeuti. Pro osobní život klientů není potřeba velkého soukromí, navíc je dobré předcházet izolaci. Ložnice by měly být přinejmenším pro tři osoby. V ložnici pro pouhé dva lidi může dojít ke koalici a utváření negativního kontraktu. V doléčovací fázi by klienti měli pokud možno mít samostatný pokoj.

Důležitá je recepce nebo vstup do komunity, kde budeme přijímat hosty. Oblast kolem budovy by měla mít nějaká místa, kde by se mohli klienti projít. Hranice takového uzemí by měly být jasně označeny, tak aby bylo zřetelné, když je někdo překročí.

### Terapeutický proces v terapeutické komunitě

Klient terapeutické komunity je aktivním účastníkem své vlastní léčby. Základním prvkem terapie je skupinový proces. Bylo zjištěno, že skupinová terapie je zvláště účinná v léčbě osob závislých na alkoholu a drogách (Kooyman a Esseveld, 1984). Hlavním terapeutickým prvkem komunity jsou encounterové

skupiny. Tato setkání můžeme považovat za intenzivní formu skupinové terapie. Závislí mají nízké sebevědomí, nevěří sami sobě ani druhým. Bojí se odmítnutí a manipulují ostatními, aby odmítnuti nebyli. Nedokáží setrvat v hlubším emočním vztahu. V důsledku těchto charakteristik nejde o lidi zvláště vhodné pro individuální terapii. Individuální terapie skutečně obvykle selhává, pokud nejsou ve hře faktory, které by pomohly kontrolovat užívání mimo terapeutické sezení.

Terapeut, který má delší zkušenost s touto kategorií klientů, dokáže již rozeznat hry, které s ním hrají. Cílem takových her je nedojít k žádné změně, zvláště když jde o terapii nedirektivní. Hlavní obtíží terapie je nedostatek důvěry k lidem, kterým závislí trpí: „Ostatní ti mohou ublížit a mohou ti ublížit tím víc, čím ti na nich bude víc záležet.“ Skupinová terapie má tu výhodu, že důvěru ve skupinu lze postupně budovat. Na začátku může klient věřit jen jednomu či dvěma lidem. Postupně může začít důvěřovat i ostatním. Pomáhá mu vědomí, že oni byli závislí, stejně jako on. Identifikace pomáhá zvyšovat důvěru. Ve skupinách se nedají hrát staré hry. Ostatní klienti jsou také experti na manipulativní chování, konfrontují ho s ním a zastavují ho. Nový člen důvěřuje spíše tvrdé konfrontaci než vlídnému a chápajícímu přístupu. Když se s vlídným přístupem setká člověk, který má sám k sobě velmi špatný vztah, je to pro něj obzvláště velmi zneklidňující a mnohdy odchází z programu. Chovat se k toxikomanovi zpočátku příliš přátelsky je pro něj nebezpečnější než zastávat tvrdý konfrontující přístup (Kooyman a Bratter, 1980).

Yalom popsal terapeutické faktory ve skupinové terapii (Yalom, 1975). Vzhledem k tomu, že skupinová terapie je hlavním prvkem v terapeutické komunitě, jsou tyto faktory v komunitě přítomny (Hollidge, 1980):

### *1. Naděje*

V době vstupu do komunity zažívá klient často pocity beznaděje a bezcennosti. Selhal ve všem – i jako toxikoman. V terapeutické komunitě mu ostatní vysvětlí, že se může změnit. Taková změna však není možná bez konfliktů – kde není konflikt, není ani stimul ke změně.

Je velice těžké dodat naději na pozitivní změnu člověku v ambulantní terapii vzhledem k tomu, že mimo sezení je utvrzován o opaku – ustavičném selhávání. V atmosféře terapeutické komunity, kde nikdo není považován za beznadějný případ a každý je podněcován k tomu, aby využil svůj potenciál, je možné pocity beznaděje zmírnit. Navíc – když vás někdo na skupině nazve pitomcem, neznamená to, že jím jste.

### *2. Pocit vzájemnosti*

Konfrontace s ostatními klienty ruší dojem, že problém jednotlivce je tak jedinečný. Vědomí o situaci druhých vede k rozvoji důvěry a jistoty. Na rozdíl od ambulantní terapie se klient v komunitě necítí vyřazen ze světa lidí.

### 3. Altruismus

Většina toxikomanů věří, že pro ostatní nemají žádnou cenu. Tím, že pomohou druhým, se jejich sebehodnocení zlepší.

### 4. Socializace

Namísto manipulativního chování, které užíval toxikoman dřív ve snaze uspokojit své potřeby, učí se klient komunikativním dovednostem. Učí se říkat si o pomoc přímo.

### 5. Rozvoj interpersonálních dovedností a sdílení informací

Klient se učí vyjadřovat a přijímat kritiku. Díky takové výměně informací získává vhled do svého chování. Zlepšuje se jeho schopnost testovat realitu.

### 6. Skupinová koheze

Noví klienti mohou někdy vnímat komunitu jako hrozbu a snaží se ze strachu z odmítnutí izolovat. Když jsou s tím konfrontováni, mohou svému chování porozumět. Pocit, že patří k celé skupině, rozpouští jejich pocity nepřijetí.

### 7. Znovuoživení situací z původní rodiny

Terapeutická komunita slouží jako nová rodina, ve které lze prožít pozitivní změny.

### 8. Identifikace

Když vznikne první pozitivní vztah s dalším klientem v komunitě, začne se objevovat odlišná identifikace než ta, kterou si klient vytvářel ke svým rodičům. Stará identita je pryč a vzniká nová a pozitivní – ta, která může zvýšit jeho sebedůvěru, sebereflexi a důvěru.

Na rozdíl od ambulantní terapie, kde se tyto faktory mohou také vyskytnout, jsou tyto faktory širšího terapeutického prostředí neustále přítomny během pobytu v komunitě.

## **Bonding terapie: možné využití v terapeutické komunitě**

Existuje jedna specifická oblast, která je pro většinu toxikomanů problematická a v tradičních komunitách se s ní dostatečně nepracuje – jedná se o emoční a fyzickou blízkost. Většina toxikomanů se obává intimity. Fyzická blízkost s partnerem je často spojena pouze se sexem. Pokud není tento problém zpracován v komunitě, může se z bývalého toxikomana stát společensky úspěšný dřič – ne-li workoholik, který však není schopen stálého vztahu s partnerem. Casriel (1972) prohlásil, že *bonding* – stav emoční a fyzické blízkosti dvou lidí – je biologickou potřebou a naplnění této potřeby je nezbytné pro šťastný život. Popsal

dvě opačné reakce lidí, které jako děti nezjistily, že za bonding nemusí ničím platit, že je nepodmíněně k dispozici. Jde o typy reakcí: přijímající a odmítající.

Přijímající za zájem zaplatí jakoukoli cenu, dá hodně, aby získal pocit blízkosti, dokáže se i ponížit, aby vzbudil nějaký zájem a blízkou vazbu. Bojí se být sám, není schopen vyjádřit hněv. Když získá blízkost, aniž by musel trpět, nedokáže ji přijmout, je závislý na bolesti. Je zvyklý za lásku platit, lásce ničím nepodmíněně nevěří a utíká od ní. Odmítající pozice je charakteristická tím, že odmítající v životě zjistil, že cena je příliš vysoká, a došel k názoru, že nebude ničí lásku potřebovat, nemůže si říct o pomoc, nedává najevo své potřeby, naučil se spoléhat sám na sebe, cítí se bezpečně, když je sám, nemůže dávat najevo strach či bolest, mrzne a zakrývá své emoce. Většina závislých si vytvořila identitu odmítajícího - nedávají najevo své potřeby, raději berou drogy nebo pijí alkohol.

V terapeutických skupinách zaměřených na bonding - tento typ úzké vazby a její problémy - které Casriel nazval „Proces budování nové identity“ (*new identity proces*), se členové učí překonávat svůj strach z blízkosti. Zážitek lidské blízkosti ve skupině vyvolává bolest z toho, co jim bylo odpíráno. Když je stará bolestivá zkušenost z minulosti emočně propracovaná, klient si může užívat fyzické a emoční blízkosti (Casriel, 1971). V programu Emiliehoeho se skupiny bonding terapie staly jednou z ústřední částí terapie. Zdá se, že vyplnily významný a často chybějící prvek terapie.

### **Terapeutická komunita je sama o sobě terapií**

V prostředí komunity se člen učí schopnosti zvládat stres pozitivním způsobem. Ztrácí strach ze selhání, a to samo o sobě ulevuje jeho vnitřnímu napětí. Pocit stresu je prožíván často spíše jako očekávání stresující situace než v samotném stresujícím okamžiku. Herec zažívá více stresu před začátkem představení než při výstupu samotném. To je i případ sportovců před startem. Klient se učí aktivně zvládat stres a krizové situace místo toho, aby si ulevoval užíváním drog, alkoholu či jiným odehráváním.

Výsledkem je zvýšené sebevědomí a menší strach z odmítnutí. Prostřednictvím zkušenosti z komunity je závislý schopen žít bez závislosti na chemických látkách, kterými mírnil stres dřív. Když se podíváme na velké komunity, kde žije víc než sto klientů spolu s hrstkou členů týmu, musíme připustit, že dosažené změny nejsou zřejmě dílem profesionálů. Tým mnohdy nezná ani jména všech členů komunity. Hlavním terapeutickým prvkem je struktura a filosofie samotné komunity. Členové týmu jsou obvykle bývalí toxikomani, kteří prošli sami programem a mají pozitivní vliv na ostatní jako vzory. Terapií je terapeutická komunita samotná.



## **Terapeutické faktory v komunitě**

Co je v terapeutické komunitě terapeutické? Komunita nabízí 24 hodin denně trvajícím prostor pro život bez drog. Za použití teoretických koncepcí popsaných v této kapitole lze léčivé prvky v komunitě shrnout takto:

### *1. Náhradní rodina*

Slouží jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí.

### *2. Ucelená filosofie*

Ucelená a srozumitelná filosofie, kterou lze vysvětlit všem tak, aby jí pochopili a podporovali.

### *3. Terapeutická struktura*

Uspořádání má jasnou strukturu, kde nejsou žádné dvojné vazby. Struktura nabízí bezpečí a jistotu. Existuje zde jen málo pravidel, ale jsou jednoznačná. Toto prostředí poskytuje dostatečný tlak nutný k učení, ale také dost struktury, která brání chaosu, aby se vymkl kontrole. Musí být možné dělat chyby, terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá. Klient musí mít možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnosti.

### *4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií*

V komunitě musí být rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jedince. Demokracie ve společnosti je způsob, jak delegovat moc na všechny lidi, jak umožnit rozhodovat většinu a jak řešit konflikty. Terapeutická komunita, která deleguje všechnu moc na klienty, kteří mají většinu, může být anti-terapeutická. To se stalo v prvních měsících existence Emiliehoeve (Kooyman, 1975a). Terapie v komunitě je povinná. Klient si nemůže vybírat, jestli se zúčastní nebo ne. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.

### *5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce*

Učení se děje prostřednictvím sociální interakce (Jones, 1953). Klient se nemůže v komunitě izolovat. Musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování. Starší klienti se stávají vzory pro nové příchozí (Comberton, 1986a). Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Díky zpětné vazbě se učí rozumět svému chování. Učí se dělat rozhodnutí a přijímat důsledky své volby.

### *6. Učení prostřednictvím krize*

Učení je posilováno tím, že klient zažívá i krizové momenty. Je to srozumitelné z Ericksonovy teorie sociálního učení. Považuje zráním za cestu skrze řadu

krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, když je krize zvládnuta (Erikson, 1963).

#### *7. Terapeutický účinek všech aktivit komunity*

Vše, co se děje v komunitě, je terapie. Klienti si připravují jídlo, pracují v různých částech domu a musí se učit jednotlivým rolím.

#### *8. Odpovědnost klienta za jeho chování*

Klient není pacient. K roli pacienta patří podle Parsona (1951) následující charakteristiky:

- a) pacient je zbaven povinností, které jinak patří k jeho roli,
- b) pacient není zodpovědný za svou situaci,
- c) o pacientovi se předpokládá, že si svůj stav nepřál a že se bude snažit svou roli pacienta opustit, jakmile to jen bude po lékařské stránce správné,
- d) pacient má právo hledat pomoc.

Klient jako člen komunity nemá první dvě charakteristiky pacienta. Říkáme jim, že si nemají hrát na oběť a obviňovat ze svého životního selhání společnost nebo jiné lidi. Místo toho jim tvrdíme, že se chovali dětinsky a byli hloupí a nezodpovědní. Klient je považován za člověka, který potřebuje pomoc a který se musí naučit o ni požádat. Tak je považován za člověka, který může pomoci druhým.

34

#### *9. Zvýšení sebevědomí díky úspěchům*

Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání, jedná „jako by“ se nebál. Je to také výsledek toho, že se podílel na tvořivých aktivitách a vzdělávání v komunitě. Zvýšené sebevědomí dále snižuje strach ze selhání a odmítnutí. Když pomáhá druhým, uvědomuje si klient, že má pro druhé cenu, a to opět zvyšuje jeho sebeúctu.

#### *10. Internalizace pozitivního hodnotového systému*

Objevují se pozitivní hodnoty a jsou zvnitřněny. Klient se učí být upřímný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.

#### *11. Konfrontace*

Konfrontace a tlak zaměřené na nově přijatého klienta by měly mít limitovanou míru, aby ho nevytlačily z komunity ven. Již sám život v komunitě pro nového člena představuje stres. Jak se klient začíná v terapeutickém programu rozvíjet, začíná programu důvěřovat a jeho obrany se naruší. V této ohrožující situaci, kterou může prožívat jako krizi, je klient připraven začít měnit své chování a postoje. Klient se učí mluvit o svých vnitřních konfliktech a čelit emocionálnímu stresu

spojenému s pocity viny a neschopnosti. Základní anihilační úzkosti mizí a klient je připraven zrušit své obrany zcela. Nyní dělá krok k přímé emocionální konfrontaci s ostatními místo toho, aby své pocity odehrával jinak. Když zjistí, že ostatní jeho změny oceňují, zmizí i strach z odmítnutí. Zjistí, že aby byl milován, nemusí být perfektní. Naopak se zdá, že je to naopak. Jak napsal Shostrum: „Zdá se, že předpokládáme, že čím budeme dokonalejší a bez chyby, tím víc budeme milováni. Ve skutečnosti je to zřejmě naopak. Čím víc jsme schopni připustit vlastní lidské slabosti, tím víc jsme hodni lásky.“ (Shostrum, 1967). Klient zjistí, že konfrontace není namířena vůči jeho osobě, ale vůči jeho chování.

#### *12. Pozitivní tlak vrstevníků*

Tak jako může tlak vrstevníků vést k tomu, že člověk začne brát drogy, tak může pozitivní tlak vrstevníků napomoci k rozhodnutí abstinovat a rozvinout pozitivní prvky chování. Jednotlivci s negativním chování čelí konfrontací. Jiní se stávají vzory. Klient je veden k odpovědnosti zato, že bude sledovat a kritizovat či komentovat chování a postoje ostatních. To je naprostý opak toho, co se děje na ulicích, kde toxikoman neříká žádné autoritě nic o dalším toxikomanovi. Neoceňuje se hra na oběť a manipulativní chování bývá rychle rozpoznáno a ostře odsouzeno.

#### *13. Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je*

V encounterových a jiných skupinách povzbuzujeme klienty k tomu, aby vyjadřovali své emoce. K vyjádření emocí slouží obvykle křik - jako jasný nástroj vyjádření. Toxikoman se učí překonávat strach z emočního projevu. Nemusí se již bránit svým emocím prostřednictvím odehrávání. Může konečně zjistit, jak dát najevo pozitivní emoce jako radost a potěšení, které se někdy vyjadřují hůř než ty negativní.

#### *14. Změna negativního přístupu k životu na pozitivní*

Většina toxikomanů má k sobě negativní přístup - „mě nikdo nemá rád“, „nepotřebuji nikoho“, „nemám právo na život“. Právě poslední postoj je mezi závislými častý, i když si jej uvědomují až na skupinách. Jejich negativní postoje vznikly obvykle už v dětství. Pomáhaly jim přežít, když byli ještě malými dětmi, ale staly se velkým handicapem v dospělosti. Změnit negativní přístup k sobě trvá dlouho. Ke změně mohou přispět skupiny například bonding terapie - kdy jsou falešné identity nahrazovány pozitivními - kde může každý přemoci svou kletbu (Casriel, 1972).

#### *15. Zlepšení vztahů v původní rodině*

Vztahy s rodiči a dalšími blízkými se za pomoci týmu mění od okamžiku prvního kontaktu po období separace v první fázi programu. V této době chodí

rodiče do rodičovských skupin, které někdy začínají už před zahájením léčby. V terapeutických skupinách lze s rodiči vyřešit řadu „nedokončených záležitostí“, kde jsou rodiče zastoupeni symbolicky (prázdné židle, hraní rolí klienty či terapeutů). To se děje na encounterových skupinách (Kooyman a Esseveld, 1984) v psychodramatických skupinách (Yablonsky, 1990), pesso terapii (Jongsma, 1981) nebo skupinách bonding terapie (Casriel, 1980, Maertens, 1986).

A na závěr: když některý z těchto patnácti terapeutických faktorů chybí, bude léčba méně účinná.

## Cíle léčby, nástroje a techniky

➤ Hlavním cílem léčby v terapeutické komunitě není jen umožnit závislému žít život bez užívání drog či jiného autodestruktivního chování. Nejde jen o odstranění negativního symptomatického chování. Cílem je také rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres konstruktivním způsobem, změnit jeho negativní sebepojetí na pozitivní, naučit ho vytvářet uspokojivé blízké vztahy s druhými lidmi a užívat si života.

Cíl léčby v terapeutické komunitě se netýká pouze změny chování, jeho chování je považováno za symptom jeho vnitřních obtíží. Jen pokud přestane drogy užívat, mohou se tyto problémy vyořit. V terapeutické komunitě se člověk učí znovu cítit důvěru v sebe a druhé. Konečný cíl není neutrální, ale pozitivní. Klient v terapeutické komunitě se učí zvládat stres a konflikty konstruktivním způsobem. Zjišťuje také, že žádat o pomoc neznamená být bezmocný. Léčba v terapeutické komunitě se zaměřuje na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj klienta. V tomto procesu je důležité, aby klient poznal limity svých schopností, naučil se, že není všemocný obr svých snů ani trpaslík svého strachu, a že je to tak v pořádku (Kooyman, 1986).

Ideální absolvent terapeutického programu již není závislý na drogách ani alkoholu, nepotřebuje žádné chemikálie měnící vědomí a nepotřebuje další psychiatrickou léčbu či léčbu vztahující se k jeho původní závislosti a nedopouští se trestné činnosti. Vnímá sám sebe pozitivně, je emočně otevřený, schopen dávat a přijímat lásku, zvládat konflikty a bolestivé zážitky, dokáže si říct o pomoc a dát najevo druhým, co potřebuje. Je sebejistý a cítí odpovědnost za svůj život. Rozvíjí svůj sociálně-kreativní, fyzický a sexuální potenciál. Zjistil, jak být čestný, našel hranice svých schopností. Žije na sociální úrovni, která je pro něj přijatelná. Vytvořil si kritický postoj k sobě, terapeutickému programu i společnosti. Absolvent komunity by měl být schopen fungovat na stejné emocionální a sociální úrovni jako pracovníci terapeutického programu. Je schopen samostatně přijmout úkoly, podílet se na uspokojivých vztazích

s druhými, žít a užívat si blízké vztahy a cítit i vyjadřovat své pocity (Kooyman, 1983).

Vidíme, že cílem léčby není jen zastavení symptomatického chování - užívání drog, alkoholu a dalších psychoaktivních látek, užívání násilí či výhružek. Cíle léčby leží za těmito symptomy. Zastavení tohoto odehrávání v chování je nicméně zásadním zákonem terapeutické komunity. Terapeutická komunita je společenství bez drog a bez násilí. Klient se učí zvládat životní stres, aniž by k tomu využíval sebedestruktivní chování. To se musí učit krok za krokem. Prvním krokem je přizpůsobit se běžnému chodu dne a přijmout odpovědnost za určité úkoly. Pak se učí zvládat probouzející se emoce související s jeho kontakty s ostatními členy komunity - strach, hněv a bolest uvnitř. Je konfrontován s tím, jak se jeví ostatním, s vlastními obrannými mechanismy, které užívá k vyhýbání se před bolestivými pocity. Učí se rozumět svému strachu z odmítnutí a měnit negativní sebepojetí jako jsou: nemám právo žít, nemám právo být šťasten, nejsem dost dobrý. Mění je na takové jako: mám právo na existenci a na štěstí, nejsem dokonalý, ale jsem dost dobrý. Díky zážitkům v terapeutickém prostředí se klienti učí zpracovávat svou traumatickou minulost, riskovat v současnosti a získávat pozitivní pohled na budoucnost.

Konečným cílem léčby v terapeutické komunitě je více než dosažení toho, co předpokládá společnost - vyléčit závislost. Základní koncepce léčby spočívá v tom, že člověk, který byl závislý, musí změnit své negativní sebepojetí na pozitivní, naučit se zvládat stres pozitivním způsobem a musí být schopen prožívat život jako uspokojivý. Jen tak lze minimalizovat nebezpečí relapsu, dalšího autodestruktivního chování z minulosti.

## **Základní pravidla**

Ve většině terapeutických komunit platí jen několik málo základních pravidel:

- neužívat drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí
- neužívat násilí či výhružek
- nemít sex s dalším členem komunity.

Porušení základního pravidla užitím drogy či alkoholu nebo násilným chováním znamená okamžité vyloučení z terapeutické komunity. Je důležité zdůraznit, že o tom neexistuje žádná diskuse. Klient může do komunity vstoupit znovu, ale s tou podmínkou, že jeho další odhodlání k léčbě bude vážně zkoumáno.

Během prvních měsíců práce v komunitě Emiliehoeve nebyly tyto základní pravidla klientům dost jasně vysvětleny. Neexistovalo tam pravidlo týkající se sexu, ale předpokládalo se, že drogy, alkohol a násilí tam nebudou mít místo. Během těch prvních měsíců byla tato pravidla mnohokrát porušena. Následovaly dlouhé diskuse, které obvykle končily tím, že klient, který pravidlo porušil, dostal další šanci. Po půl roce se pravidla vyjasnila a sankcí se stalo jednoznačné vyloučení. Od té doby již nikdo neužil drogu ani alkohol v rámci domu, což se předtím stávalo často. To jsme ověřovali pomocí testů moči v náhodných odběrech. V komunitě Emiliehoeve se násilí objevovalo jen zřídka. Comberton uvedl, že v terapeutické komunitě Colemine se nestal žádný násilný akt v průběhu 13 let. Základní pravidla jsou nezbytná k tomu, aby mohlo vzniknout bezpečné prostředí (Comberton, 1986).

Co se týče pravidla o sexu, je potřeba k tomu, aby se předešlo zneužívání, ale sexuální prohibice během všech fází programu je kontraproduktivní. Proto je zajímavá zkušenost z Emiliehoeve. Na začátku neexistovalo žádné pravidlo o sexu. Klienti měli sex, tak jak byli zvyklí. Chlapci se stali ochránci dívek. Sex užívali k tomu, aby se cítili dobře, k manipulacím a k získání moci. Když se klient zamiloval, vyspal se s někým, aby zjistil, jak bude objekt jeho lásky reagovat. Reakce spočívala obvykle v tom, že ten druhý se vyspal zase s někým jiným. Asi po roce dlouhých diskusí ve skupině s demokratickými pravidly došli klienti k tomu, že sex je zneužívání a že bude lépe ho zakázat. A tak se objevilo pravidlo: „žádný sex mezi klienty“, dokud klient nedokončí program. Sex s někým blízkým mimo program byl možný během víkendů po první fázi programu. Klienti pravidlo žádného sexu obvykle porušovali. Tým občas reagoval tím, že poslal jednoho z klientů do jiné terapeutické komunity. Málokdy docházelo k vyloučení klienta. Po několika letech byl sex mezi klienty umožněn. Musela tomu však předcházet žádost. Když byli dotyční klienti považováni za odpovědné a byli v komunitě dostatečně dlouho, dostali možnost spolu sexuálně žít. Pak již nešlo o odehrávání problémů a bylo možné o celé věci otevřeně hovořit ve skupině. Díky tomu bylo pravidlo o sexu narušováno jen zřídka a žádostí o povolení sexu, který bylo možné provozovat v oddělené budově, bylo také málo.

Jakmile je klient v komunitě, symptomatické chování dostane hranice. Není možné pít alkohol, užívat drogy ani užívat násilí. To vyvolává stres, se kterým se pracuje hlavně v encounterových skupinách. Kromě práce s emocemi ve skupině neexistuje jiný způsob úlevy ze stresu než útěk z komunity. I přes dobrou přípravu v rámci vstupního programu může být terapeutická komunita stresujícím prostředím a mnoho (15 až 30%) klientů odchází v prvních týdnech pobytu. Čím dříve si zvyknou vyjadřovat své emoce na skupině, tím mají lepší vyhlídky.

## Komunita jako prostředí pro nácvik přímé komunikace

Terapeutický proces v komunitě je založen na zlepšování komunikace. Není možné se izolovat od ostatních. Schéma zlepšování komunikace ukazuje tabulka I.

**Tabulka I.:** Komunikační problémy, typ chování, forma terapie a cíl terapie

| Komunikace      | Nepřímá   | Vyhýbání   | Přímá  |
|-----------------|---|--|--|
| Chování         | Odehrávání  | Stažení a kontrola   | Přímá emocionální reakce útok / útek<br>zpracování   |
| Terapie (učení) | Stanovení hranic,<br>verbální kritika,<br>konfrontační<br>skupiny, jak si být<br>něčeho vědom | Skupiny o emocích,<br>chování a postoje,<br>být si vědom víc | Skupiny, vytváření<br>nových strategií,<br>učení, jak zlepšit<br>vztahy s druhými,<br>rozvoj osobního<br>růstu |

V této tabulce můžeme vidět, jak se s nepřímou komunikací, která provází symptomatické chování, zachází prostřednictvím stanovení hranic, verbální kritiky a konfrontace, aby se vytvořilo vědomí, že se dotyčný chová určitým způsobem. Vyhýbavá komunikace vyjadřovaná stažením a kontrolou emocí se stává předmětem řešení ve skupinách zaměřených na vyjadřování emocí a změnu postojů. Lepší uvědomění si toho, čemu se člověk vyhýbá, lze dosáhnout například v terapeutických skupinách nazývaných proces nové identity. Jednostranná komunikace, která se projevuje chováním typu útok/útek, je předmětem terapie ve skupinách, kde se klienti učí řešit problém oboustrannou komunikací prostřednictvím otázek a odpovědí. Tak se klient učí vyrovnávat se s konflikty konstruktivním způsobem a emočně řešit interpersonální konflikty za pomoci ostatních lidí. V komunitě vyvolává problémové chování okamžité reakce. Sebeпоškozování, pokusy o sebevraždu či ničení nábytku se proto objevují jen zřídka. Stanovování hranic takovému chování v kombinaci se skupinami, ve kterých lze vyjadřovat své emoce, nabízí možnost rozvíjet strategie ke zvládnutí konfliktů, aniž by bylo nutné se jim jen vyhýbat.



## Terapeutický trojúhelník a kruh

Terapeutické komunity typu Synanon a Daytop dávají klientovi i týmu na jedné straně hierarchickou strukturu, ve které se odehrávají denní činnosti, a na druhé straně skupinová setkání, ve kterých jsou si všichni rovni – kde nezáleží na pozici, kterou má člověk mimo skupinu. Tím se terapeutické komunity liší od hierarchicky organizovaných institucí, jako jsou vězení a armáda. Skupiny dávají každému možnost konfrontovat kohokoliv s jeho chováním. Mezi kruhem skupiny, kde jsou si všichni rovni, a trojúhelníkem hierarchie, ve kterém mají klienti různé pozice a důležitost, existuje rovnováha (Dederich, 1975, Kooyman, 1983).

Následující prvky, nástroje a techniky se užívají ve většině komunit pro závislé:

### Hierarchická struktura práce

Klienti se dělí do skupin, ve kterých mají různé úkoly jako je úklid domu, příprava jídla, péče o administrativu, péče o zahradu a zvířata, drobné opravy v domě. Každá skupina má svého vedoucího a někdy i jeho zástupce. Ostatní jsou mužstvo. Existuje kuchařské oddělení, úklidové, zahradnické, administrativní, někdy i výzkumné a podobně. Klienti, kteří se chovali zvláště negativně, jsou někdy od ostatních izolováni a mají nepříjemné práce jako je třeba mytí nádobí. Vedoucí oddělení je podřízen koordinátorovi (*u našich komunitách nazývaný „šéf domu“*), klientovi (často víc než jednomu), který má odpovědnost za běh dne v celé komunitě. Koordinátorovi pomáhají lidé, kteří dohlížejí na to, co se děje, a reflektují chování jiných klientů, tzv. dozorčí (*expeditors*).

Pozici klienta v této struktuře určuje terapeutický tým komunity. Noví klienti dostanou role s malou odpovědností. Více odpovědnosti se učí získávat v průběhu pobytu. Mohou se pohybovat směrem vzhůru i dolů na základě rozhodnutí týmu. Často dostávají role, ve kterých se mohou učit z chyb. Systém umožňuje odměňovat klienta například tím, že se dostane do pozice, ve které má víc privilegií. Může být však také sesazen až na nejnižší pozici. Důvodem může být špatná práce, ale i nedostatek zájmu o lidi, kteří pracují v jejich oddělení. Tak se klient učí mít odpovědnost a zároveň řešit problémy s autoritami. Učí se vypořádávat se selháním a úspěchem. Dříve než komunitu opouští, dostane obvykle určitý čas bez práce, aby se uvolnil a přemýšlel o svých plánech do budoucna.

Hierarchická struktura umožňuje odměňovat pozitivní chování a stanovit sankce za negativní. Pohyb nahoru a dolů v rámci hierarchie je nástrojem k ocenění odpovědnosti

## Odměny a sankce

Mimo změnu pozice v hierarchii lze využívat jako odměn za pozitivní chování určitá privilegia. Jedním nebezpečím v terapeutických komunitách je to, že by se mohlo využívat víc sankcí a trestů než odměn. Odnětí privilegií a přidělení nepříjemné práce či zákaz mluvení lze snadno zneužít.

## Stanovení hranic vůči negativnímu chování

Existuje řada způsobů, jakými se klient může dozvědět o důsledcích svého chování. Nejpřímější cestou jsou usměrňující komentáře a „mytí hlavy“. Okamžitá reakce na negativní chování je odpovědí na testování hranic klienty: odehrávají své konflikty např. tím, že chodí pozdě nebo nedělají svou práci místo toho, aby rozbíjeli okna nebo užívali drogy.

## Reflexe

Usměrňující poznámka (*pull-up*) nebo chování reaguje na to, že někdo zanedbává, své povinnosti. Někdo řekne například: „Tohle je reflexe: Neustlal sis postel.“ Od druhého se očekává, že to vyslechne a odpoví: „Díky.“ A měl by udělat danou věc správně. Takovou techniku je možné použít vůči celé komunitě, není-li možné určit odpovědnost za určitou věc konkrétně. Zisk nemá jen ten, kdo je usměrňován. I mluvíci si takto posiluje svůj pozitivní postoj. Když něco není hotovo (v domě je například nepořádek), může se to napsat na seznam reflexí se jménem člověka, který si toho všiml. Na ranním setkání se tento seznam přečte a ti, kteří jsou za to zodpovědní, se mohou ozvat. Na tomto setkání je možné se druhého zeptat na jeho názor a říci mu svůj názor na příčinu, proč danou věc neudělal. Práce se seznamem chyb se může stát živou součástí ranních sezení a umožňuje také společně pracovat s pocity viny a očistit se.

## Mytí hlavy

„Mytí hlavy“ (*hair cut*) je ritualizovaná verbální kritika. Užívá se tehdy, když klient s negativním chováním nereaguje na usměrňování ani konfrontace ve skupině nebo když vyžaduje intenzivní odezvu. Cílem je, aby si dotyčný uvědomil destruktivitu svého jednání, a ukázat mu souvislost s takovým chováním v minulosti. Také má naznačit, jaké chování se od něj čeká a jakým směrem se má snažit jej měnit. Verbální kritiku a konfrontaci užijí vůči klientovi nejméně dva a obvykle tři lidé. Ti sedí na židlích, zatímco dotyčný musí stát a nesmí reagovat. Má naslouchat a na konci může jen říct: „Děkuji vám.“ Tento rituál je velmi efektivní u klientů, kteří mají na svou obhajobu vždy odpověď po ruce.

Celá procedura vypadá takto: klient, který si myslí, že někdo potřebuje umýt hlavu, to napíše na kus papíru. Ten dostane jeden z dozorců a ti spolu s koordinátorem rozhodnou, zda je to nutné. Pak vyberou způsob mytí hlavy a informují tým komunity o celé věci včetně toho, kdo by dotyčnému měl hlavu umýt

(obvykle jde o tři lidi, vedoucího oddělení klienta, jednoho z expeditorů a blízkého klienta). Pokud se jedná o převážně osobní motiv, mělo by mytí hlavy proběhnout spíše na skupině. Když se vše definitivně dohodne, klientovi je řečeno, že má se vším přestat a sednout si na lavici pro mytí hlavy. To je lavice před kanceláří, kde se myje hlava. Je to stejná lavice, na které čekají noví klienti na vstupní pohovor. Tam sedí, nesmí mluvit, často přemýšlí o tom, co udělal. Mezitím se lidé, kteří mu mají mýt hlavu, připravují.

Existuje mnoho různých způsobů, jak lze postupovat. Obvykle se užívá následující postup: v prvním kole řeknou klientovi o jeho negativním chování a vyjádří svou zlost a nesouhlas nad tím, co se stalo. V druhém kole zmíní souvislost mezi jeho chováním a sebedestruktivním chováním v minulosti. Ve třetím a čtvrtém kole zdůrazní, jak jinak by se mohl příště zachovat, a připomenou mu, že v minulosti zvládl již jiné pozitivní změny v komunitě. Tato situace má jak konfrontační, tak i výchovný charakter.

Každé mytí hlavy začíná slovy: „Tohle je mytí hlavy, právo odpovídat je odebráno.“ Tón může být agresivní, hovor hlasitý. Chování může být zesměšňováno. Ke klientovi lze mluvit jako k dospělému i jako k dítěti. Zvláštní přístup užívali v Synanonu – lidé hovořili o klientovi nepřímě před ním. Někdy může ke konfrontaci dojít i beze slov nebo lze klienta požádat, aby hovořil sám k sobě před zrcadlem. Mýt hlavu lze i více než jednomu člověku – celému oddělení. Někdy tým umyje hlavu koordinátorovi, ten vedoucím oddělení a tak dále.

Po ukončení a odchodu klienta z kanceláře rozebírají všichni tři aktéři to, jak se klient při mytí hlavy choval. Ten by o průběhu neměl se spoluklienty hned hovořit, ale měl by si své poznámky ponechat na další skupinu. Mytí hlavy není trest, ale korektivní zkušenost. Nebezpečí je v tom, když se tato technika užívá příliš často, a proto ztrácí účinek. Třicet mytí hlavy za večer v komunitě s padesáti klienty není výjimkou, ale také není příliš účinné.

### **Lekce**

Další cestou poskytování zpětné vazby o negativním chování je udělení lekce (*learning experience*). V terapeutických komunitách se často užívalo jako lekce toho, že klient musel napsat na kus papíru krátkou větu jako: „co tady dělám?“, nebo „starám se jenom o sebe“, nebo „jsem zloděj.“ Tento papír musel nosit na zádech a každý se ho musel ptát, proč tam tu větu má. Tak musel mnohokrát opakovat, co se za výrokem skrývá. Přestože šlo o velmi silný prostředek, mohl být považován za ponižující, zvláště v očích návštěvníků komunity, kteří nerozuměli smyslu věci. Tuto techniku šlo také nadužívat – klienti pak chodili se znamením celé dny. Většina terapeutických komunit metodu opustila a volí malé placky nebo dokonce malé zalepené nálepky s větou uvnitř.

Jiné lekce mají vyjadřovat části osobnosti nebo obrany (*image*). Tým může rozhodnout, že klient bude chodit jako zdravotní sestra, jako pacient v pyžamu, jako kovboj nebo má sedět v rohu jako moudrý muž, který zná všechny odpovědi. Klient může být na čas izolován, například stanovat stranou od budovy na týden, pokud se opravdu chce od ostatních držet stranou, nebo se uložit na lůžko, pokud se chce chovat jako pacient – pak o něj mile pečují ostatní klienti oblečení jako sestry. Tyto druhy zážitků jsou příležitostí, jak rozbít stereotyp a vnést do komunity humor.

Drsným zážitkem je to, když pokročilého klienta, který má pocit, že se už nemá co naučit, vyšleme na výzkumnou cestu na několik dnů do míst, kde trávil čas před přijetím do skupiny. Může se vždy vrátit dřív. Taková lekce trvá často několik dnů s tím, že klient musí telefonovat každých 6 hodin někomu v komunitě. Konfrontace s drogovou scénou je obvykle silná a nepříjemná a posiluje klientovo odhodlání vložit energii do další léčby.

### **Encounterová skupina**

Slovo *encounter* znamená setkání s druhým člověkem. V setkání je možné dozvědět se od druhého něco o sobě. Základní myšlenky těchto skupin byly formulovány ve hrách Synanonu. V terapeutických komunitách získaly tyto konfrontační skupiny jméno encounterové – tento název se však také užívá pro skupiny, ve kterých jde o emoční interakční skupiny vyvinuté odborníky v rámci humanistického hnutí ve stejné době.

Základní myšlenky, na kterých je encounterová skupina založena:

- kritika je cenná,
- “každý se může mýlit“, ve skupině nejde o to, kdo má pravdu, není to diskusní skupina,
- nikdo není dokonalý,
- vedoucí skupiny je otevřený konfrontaci,
- když se ti snaží jeden člověk něco o tobě říct, může to být jeho problém. Když ti dva lidé říkají to samé, měl bys tomu věnovat pozornost. Když ti totéž říká šest lidí, raději to přijmi,
- od skupiny dostaneš to, co do ní vložíš.

Podle Rogerse jsou encounterové skupiny nejrychleji se rozvíjejícím sociálním nástrojem ve 20. století – a pravděpodobně tím neefektivnějším (Rogers, 1970). Encounterové skupiny v terapeutických komunitách vznikaly odděleně od skupin v rámci Hnutí osobnostního růstu (Schutz, 1975). Ty vznikly z T-groups (tréninkových skupin), které zakládali v Institute of Technology v Massachusetts spolupracovníci Kurta Lewina (který byl jedním z žáků Morena, zakladatele psychodramatu). Encounterové skupiny se zaměřovaly více na osobnostní růst. V roce 1967 založil Schutz skupiny v Esalenu v Kalifornii,

kde probíhaly workshopy na nové skupinové techniky – gestalt skupiny, psychodrama, masáže, taj-či, skupiny rozvoje citlivosti (Coulson, 1972). Ve stejné době se v Synanonu konala řada otevřených skupin, na které byli zváni i obyčejní lidé. Mnoho z nich se později do Synanonu přestěhovalo. Přestože měly skupiny v Esalenu a Synanonu různý původ, měly mnoho společného. Byly zaměřeny na teď a tady a měly za cíl rozvíjet sebezpoznání prostřednictvím otevřené komunikace.

V šedesátých letech se oba typy skupin vzájemně ovlivňovaly. Později přicházeli absolventi terapeutických komunit do skupin osobnostního růstu jako vedoucí skupin. Při vytváření terapeutické komunity Emiliehoeve a dalších terapeutických komunit v Evropě učili tyto exuseři odborné týmy vést encounterové skupiny v terapeutických komunitách. Tak se ve skupinách evropských terapeutických komunit často užívá technik z jiných skupinových terapií, které mají proniknout obranou účastníků. Tvrdý útok na rigidní postoje účastníků jsou často jediným způsobem, jak se dostat ke skutečnému self závislých. Proto se encounterové skupiny staly tak podstatnou částí terapeutických komunit (Yablonsky, 1989).

Ve většině terapeutických komunit se encounterové skupiny konají zhruba třikrát týdně. Jedna z těchto skupin je obvykle specifická. Může jít o skupinu vrstevníků, lidí, kteří jsou v komunitě zhruba stejně dlouho, mužské a ženské skupiny nebo skupiny vedené určitým stylem jako je bonding nebo pesso terapie. Skupina obvykle trvá hodinu a půl až dvě hodiny. Je důležité dodržovat čas, protože jinak se skupiny stále více prodlužují. Klienti mohou odkládat svůj vstup do aktivního dění na skupině, pokud není konec určen. Je důležité si uvědomit, že co se nedořeší na jedné skupině, objeví se později na další.

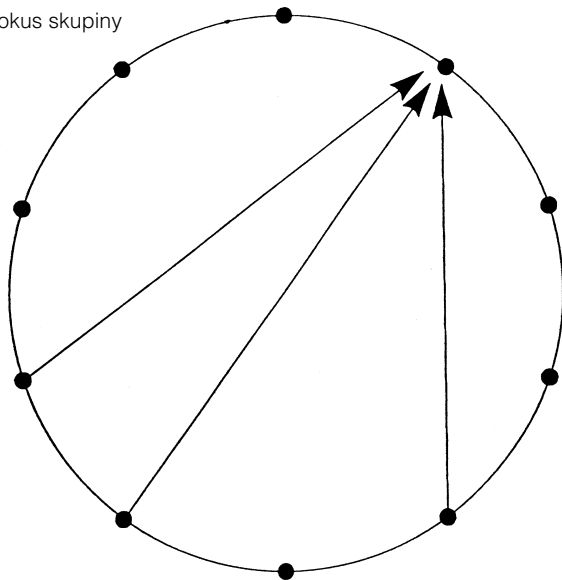
Optimální skupina má 10 lidí. Nemělo by se účastnit více než 12 lidí nepočítaje vedoucí. Příliš mnoho lidí nabízí příliš mnoho příležitostí se schovat, neúčastnit se skupin a nemít zpětnou vazbu. V Emiliehoeve byla původní tradice stejná jako je tomu u mnoha dnešní komunit – všichni jsou v jedné skupině (Van Epen, 1990). Když se tým pokusil zvýšit počet obyvatel komunity z 10 na 20, zjistilo se, že jakmile počet členů encounterové skupiny přesáhl 14, začali členové odcházet, až se počet znovu ustálil na 12. Až když se začaly pořádat dvě paralelní skupiny, mohla se komunita rozrůst na 20 až 35 obyvatel. Na skupinách se vždy scházeli různí účastníci. To mělo další výhodu – určitý problém mohl být probírán pokaždé z různých hledisek. Místo opakování stejného mechanismu stále znovu začaly být skupiny dynamičtější.

Výběr účastníků do skupiny prováděl tým – návrh dávali obvykle koordinátoři na základě papírků, na které klienti psali své žádosti o možnost konfrontace. Klienti měli takové vzkazy psát, když je zneklidnilo něco, co se dělo v komunitě – často negativní chování někoho dalšího. Tyto vzkazy se házely do encounterové bedny. Na jejich podkladě pak vznikaly návrhy na aktuální složení skupiny.

V Synanonu byly skupiny bez vedoucího, v terapeutických komunitách jsou obvykle dva lidé odpovědní za vedení skupiny. Dvojice má tu výhodu, že pokud se někdo z klientů chce konfrontovat z někým z nich, ten druhý může převzít koordinační roli a první může vystupovat zcela za sebe. Vedoucí může otevřeně vyjádřit vlastní pocity nebo zmínit, že se sám dostal do podobné situace. V encounterových skupinách je otevřenost vedoucího skupiny běžná a považovaná za významný aspekt jeho role. Před skupinou se vedoucí skupin sejdou a hovoří o očekávaném průběhu skupiny. Po skupině se opět schází a skupinu hodnotí.

V encounterové skupině je jeden člen konfrontován ostatními (obrázek IV.). Skupina se v jednu chvíli zaměřuje na jednoho člověka.

**Obrázek IV.** Fokus skupiny



Konfrontace může trvat několik minut nebo až hodinu. Když účastník nereaguje nebo se emočně stahuje, je lepší s konfrontací přestat a zaměřit se na někoho jiného. Pokračovat by znamenalo jen zvýšit jeho obrannou reakci. Obvykle pomáhá vrátit se k tomu později. Zaměření na jednoho je důležité, konfrontovat více lidí najednou může vyvolat zmatek. Od účastníka skupina se očekává, že se bude hájit. Nepovažuje se za užitečné, když se ho někdo další zastává. Brání mu tím, aby se dokázal postavit tlaku sám za sebe. Do konfrontace se může pustit i víc lidí najednou. Není tak důležité, co se říká, ale jak se to říká. To znamená s jakými pocity. Křik vyvolává více emocí a umožňuje jejich

ventilaci. Zejména na začátku encounterové skupiny je hodně hluku (Blank, Gottgegen a Gottzegen, 1971).

Skupina obvykle začíná rozzlobenou konfrontací jednoho účastníka s hlasitým emočním doprovodem. Ostatní se k němu připojují a vynořují se potlačené emoce. Napadený se začne často bránit také emotivně. Po citových výlevech začíná skupina přinášet materiál, který se vztahuje k dotyčné události a objevil se také v minulém chování napadeného. V tom okamžiku se účastník zpravidla přestává bránit a připouští vyslovené. Někdy prožívá zoufalství, strach či bolest. Ostatní jej povzbuzují ve vyjádření těchto pocitů. Mohou ho také vyzývat, aby se zavázal ke změně svého chování. Pokud je to možné, požádají jej, aby něco z toho udělal rovnou na skupině. Konfrontace obvykle končí tím, že ten kdo ji zahájil, účastníka obejmje. Pak následuje fáze blízkosti. Skupina je vůči napadanému citlivá a empatická. Ostatní mu mohou říkat, že zažili něco podobného (Cassuto, 1981). Vše probíhá v duchu poselství: stále tě bereme jako člověka, přestože nás štvě tvé chování, prošli jsme tím samým, jsme jiní, budeme sledovat, zda dodržíš své předsevzetí. Po několika dalších konfrontacích skupina skončí tím, že si všichni sdělují svůj názor na to, co se ve skupině dělo. Po této zpětné vazbě se skupina sejde u kávy v uvolněné atmosféře.

Na encounterové skupině lze vyslovit vše, ale existují tam určité skupinové normy (Simon, 1974):

**Tabulka II.** Co lze a co nelze na encounterové skupině

| Lze   | Nelze                             |
|---|-----------------------------------|
| být aktivní   | vyhýbat se konfrontaci            |
| být otevřený  | užívat násilí nebo hrozby násilím |
| mluvit pravdu   | chovat se sexuálně                |
| říkat, co cítím, a cítit, co říkám                          | konfrontovat bez vlastního zájmu  |
| začít s tím, co je „tady a teď“                             | hrát si na pečovatelku            |
| vyhledávat konfrontaci                                      | opouštět místnost                 |
| užívat jazyk, jaký chci                                     | mlčet                             |
| vyhrocovat a zobecňovat                                     | usínat                            |
| užívat protikladů   | terapeutizovat                    |
| dát najevo zájem  | mluvit o ostatních mimo skupinu   |
| užívat humor  | kouřit                            |
| mluvit o sobě   |                                   |
| využít celou skupinu  |                                   |
| dělat to, co se bojíš udělat<br>(jednat, jako by ses nebál) |                                   |

Tyto normy lze jednoduše vysvětlit. Na rozdíl od samořídících skupin v Synanonu jsou encounterové skupiny v terapeutické komunitě vedeny oby-

kle dvojicí vedoucích. Mohou to být členové týmu nebo starší obyvatelé komunity. Střeží pravidla a mohou rovněž použít některé techniky, aby zvýšili efektivitu skupiny. Nekouření během skupiny je důležité. Může odvádět pozornost od vlastního dění. Kouření také může sloužit k potlačení napětí, což je opakem cíle encounterové skupiny: vyjádřit napětí a emoce. Vedoucí – jako vzory rolí – by se podle norem měli chovat, včetně nekouření.

Encounterová skupina funguje jako souhrn určitých technik, mechanismů, rolí účastníků, prostředí a témat. Ve skupině se užívají následující techniky:

- přehánění
- zesměšňování
- napodobování (něčího chování)
- nepřímá konfrontace hovorem o někom, kdo je přítomen ve skupině

Poslední technika je zvláště užitečná v případě lidí, kteří na přímou konfrontaci reagují zlostným popíráním.

Když se objeví konflikt mezi dvěma klienty, lze je požádat, aby se do konfrontace pustili mezi sebou uprostřed skupiny v takzvaném dyadickém konfliktu. Humor je stejně důležitý jako zesměšnění: je těžké se hájit, když se vám ostatní smějí. Nejlepší reakcí je smát se sobě. Po vážných skupinových tématech by měly následovat odlehčené momenty. Ačkoliv byla situace toxikomana mimo komunitu věcí života a smrti, při skupině tomu tak není.

Při užívání technik se na skupinách objevují následující mechanismy:

- projekce: klient je konfrontován se svým vlastním problémem tím, že se pouští do někoho jiného,
- identifikace: klient se často identifikuje s příběhem někoho jiného,
- empatie: citové zaujetí na skupině vytváří mezi účastníky empatickou atmosféru,
- emocionální blok: klient se může emočně oddělit od dění a po nějakou dobu zůstane zticha. Pokračování v konfrontaci není užitečné a je dobré jej odložit.
- přenos a protipřenos: emoce prožívané vůči osobám z minulosti jsou přenášeny na členy skupiny. Ostatní mohou na tyto emoce reagovat.

Je důležité si tyto mechanismy uvědomovat. Mohou se objevit v rámci zpětné vazby na konci skupiny. Projekce je terapeuticky významný mechanismus. Dederich tvrdí, že to, co člověk na skupině řekne, je důležitější než to, co mu řeknou ostatní. Přitom jak člověk konfrontuje druhé, konfrontuje sebe (Dederich, 1974, osobní sdělení). Nemá smysl, aby vedoucí skupiny nebo někdo jiný své pocity skrýval. Skupina je stejně zaznamenaná, zvláště jde-li o emoce



vedoucích. Z toho vyplývá, že vedoucí skupiny by měl své emoce volně ve skupině vyjadřovat. Během závěrečné zpětné vazby se lze věnovat tomu, jak lze vztahovat vyjadřované emoce ve skupině k minulosti.

Kromě role vedoucího skupiny, který facilituje konfrontace, mohou mít ostatní členové skupiny nejrůznější další role:

- prokurátor: neustále přichází s důkazy, které obviněný nepřijal,
- kibic: nikdy nezačíná s konfrontací. Připojuje se vždy k obviněním někoho druhého,
- svědek: podporuje kritiku vlastními důkazy,
- příklad: vysvětluje, že on sám se ocitl v podobné situaci,
- pastor: káže, jak by se člověk měl chovat,
- zrcadlo: předvádí, jak se člověk právě chová,
- provokatér: pokouší se dotyčného rozzlobit,
- chůva: snaží se jej bránit,
- mírotvorce: zařizuje to tak, aby byl konfrontovaný opět přijat skupinou, dává návrhy na to, jak změnit chování do budoucna,
- rušič: odvrací pozornost od toho, co se právě děje, na jiné téma nebo dětinským chováním,
- vykladač: popisuje nadhledu co se ve skupině děje,
- obětní beránek: pokaždé se dostane do konfrontace,
- hledač pozornosti: snaží se stát centrem pozornosti přerušováním děje.

Hraní takových rolí je přínosem nejen pro dotyčného člena skupiny, ale i pro ostatní. Pokud někdo určitou roli hraje často, lze jej konfrontovat s tím, že se vyhýbá jiné. Hraním různých rolí se rozvíjí schopnost sociálního učení.

Skupiny se mohou konat kdekoliv. Ve velkých komunitách se koná více než deset skupin najednou. Členové týmu mohou přecházet mezi jednotlivými skupinami a zjišťovat, jestli se s nimi někdo nepotřebuje konfrontovat nebo zda vedoucí skupiny nepotřebuje podpořit. Členové sedávají na židlích. Pod vlivem profesionálních psychoterapeutů se v Evropě ustálilo sezení na polštářích. Takové uspořádání vybízí k dotýkání a objímání. Hlavním důvodem, proč se v Americe převážně sedí na židlích, je strach z fyzického násilí. Když se vynoří velký vztek, je možné účastníka vyzvat k tomu, aby jej vykřičel a vymlátil do polštáře rukama či holí.

Na encounterové skupině se řeší konflikty mezi členy komunity. Skupina začíná tím, že její členové konfrontují určitého jednotlivce s tím, jak se nyní nebo nedávno choval. Do hry se dostanou emoce nesouvisející jen s tím, co se právě odehrává. Mohou se objevit i emoce, které patří k podobným situacím v minulosti. Takovou souvislost může objasnit vedoucí skupiny, když jsou aktuální konflikty vyřešeny. Nedokončené problémy z minulosti je vhodné řešit

na jiných skupinách, na maratonových (prodloužených) skupinách, ve skupinách nové identity, v pesso terapeutických skupinách nebo při psychodramatu.

Často se zdá, že křik, který se na encounterových skupinách objevuje, může být pro křičícího riskantní. Opak je pravdou. Ohrožení jsou ti, kteří nejsou schopni křičet, kteří se emočně stahují, když na ně někdo křičí a kteří se emočně izolují od ostatních. Nejlepší reakcí je přestat se na ně zaměřovat a vrátit se k nim později v klidnější fázi skupiny. Křikem se snižuje tendence člověka odehrávat své emoce prostřednictvím chování. Ten, kdo dokáže na druhého rozzlobeně zařvat, jej nepotřebuje uhodit. Křik je nástroj, který obrací člověka k vlastním emocím. Křik bez emocí po určité době začne člověk prožívat. Někteří lidé křičí dětským hysterickým způsobem, aby vyvolali soucitnou reakci - křikem bez skutečné zlostné emoce. Ostatní zaznamenají rozdíl a mohou dotyčnému říct, aby toho nechal. Jako ostatní hysterické formy chování nemá ani toto požadovaný efekt a okamžitě ustává, je-li křičícímu rozzlobeně řečeno, že má přestat. Hysterické chování na encounterové skupině rychle ustává, protože ztrácí svou funkci. Psychotické reakce jsou na skupinách velice, velice vzácné. Mohou se objevit jako první takové zážitky v životě, když někoho přemohou silné a vřelé city a není schopen se s nimi vyrovnat. Při dostatečné pozornosti se dotyčný může postupně z takového stavu dostat (Casriel, 1972). Když Maslow navštívil Daytop Village, uvědomil si, že terapeuti příliš často považují své klienty za slabé a neschopné snést tvrdou konfrontaci (Maslow, 1967). Emoční výbuch na encounterové skupině může být přínosný jako katarze. Kognitivní procesy objevující, co se stalo, jsou však také významné. Jejich místo je v rámci zpětné vazby na konci a jedná se o důležitou, ale často opomíjenou část skupinového sezení.

### **Další skupiny**

Kromě encounterových skupin probíhají i sezení dalších terapeutických skupin. Organizují se mužské a ženské skupiny, které bývají zaměřené tématicky, například na sexualitu, porod, životní cykly, autoritu či vinu. Jde obvykle o maratonové skupiny trvající okolo 48 hodin, při nichž mají účastníci jen pár hodin spánku. Pro nové klienty může být tématem jejich život před vstupem do komunity. U obyvatel komunity uprostřed pobytu to může být jejich postavení v komunitě a odcházející se zabývají svým očekáváním do budoucnosti. Mohou se také konat takzvané hodnotící skupiny (*static groups*). Tyto skupiny umožňují hodnocení pokroků za poslední týden nebo měsíc. Starší klienti někdy mají „horkou židli“, kde jsou na 1,5 hodiny konfrontováni ostatními. Užívá se také pesso terapie, kde se skupina věnuje emocím souvisejícím s problémy v minulosti. Účastníci pracují na zážitcích se svými rodiči, někdy hrají role svých rodičů nebo fantazijních ideálních rodičů (Pesso, 1980).

K řešení emocionálních problémů pramenících z minulosti slouží také bonding terapie nebo skupiny nové identity vytvořené Casrielem. Účastníci se

mimo jiné učí překonávat strach z fyzické či emoční blízkosti a měnit své staré negativní postoje vytvořené v raném dětství. Zatímco ohniskem encounterových skupin je především chování, bonding terapie se zaměřuje na dva základní prvky: emoce a myšlení (Casriel, 1972, Coolen, 1985, Geerlings a de Klerk-Roscam Abbing, 1985). Proces bonding terapie lze popsat na schématu osmi kroků v tabulce III.

**Tabulka III.** Bonding proces v terapeutické komunitě

|            |   |
|------------|---|
| <b>I</b>   | <b>Žít podle základních pravidel terapeutické komunity znamená:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– přestat s odehráváním svých problémů v chování</li><li>– neužívat drogy ani alkohol</li><li>– neizolovat se</li><li>– neužívat násilí ani vyhrožování</li></ul> |
| <b>II</b>  | <b>Když se budeš držet těchto pravidel, budeš mít:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– strach</li><li>– vztek</li></ul>   |
| <b>III</b> | <b>Za tím se skrývá:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– bolest</li></ul>   |
| <b>IV</b>  | <b>Příčinou bolesti bývá negativní postoj jako například:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– „nejsem dost dobrý“</li><li>– „nemám právo na existenci“</li></ul>  |
| <b>V</b>   | <b>To lze změnit na to, co je faktem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– mám právo na existenci</li><li>– nejsem perfektní, ale</li><li>– jsem dostatečně dobrý</li></ul>  |
| <b>VI</b>  | <b>Zažít si to znamená:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– příjemný pocit</li></ul>  |
| <b>VII</b> | <b>Výsledkem je:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– možnost kontaktu s lidmi</li><li>– nalezení odpovědnosti</li><li>– radost z blízkosti</li><li>– schopnost vyjadřovat své pocity</li></ul>  |

Negativní chování tak dostává limity (I), zatímco pozitivní chování je podporováno, což vede k prožití negativních emocí (II a III). Tyto negativní emoce jsou způsobeny negativními myšlenkami, a zvláště negativními postoji k sobě (IV). Během bonding terapie se učí účastníci vyjadřovat negativní emoce a měnit negativní postoje na pozitivní (V). Ve skupinových cvičeních se naučí prožívat radost z potvrzení pozitivního postoje i blízkosti druhých (VI).

Tyto korektivní emoční zážitky vedou k pozitivnímu chování doprovázenému pozitivní emocí (VII) (Maertens, 1982).

Bonding terapeutické skupiny je možné pořádat jednou týdně. Práce s emocemi z minulosti může klienty odvracet od procesu učení v terapeutické komunitě. Bonding skupiny by proto neměly trvat více než tři hodiny. Je také možné je pořádat jako prodloužené skupiny nebo workshopy dva dny za sebou.

### **Setkání celé komunity**

Když se objeví vážná krize nebo závažný přeštok pravidel někoho z obyvatel, koná se velké setkání. Všichni sedí mlčky než přijde tým. Setkání vede vedoucí komunity. Dává najevo svůj zájem o to, co se stalo. Vyzývá ty, kteří překročili normy, aby vystoupili před komunitu, a říká jim, co si o nich myslí. V tom pokračují další členové týmu. Následuje podobná reflexe ostatních členů komunity. Velké setkání je nutné k obnově důvěry, když se vymykají věci z rukou. Obvykle se zaměřuje na jednoho či více členů komunity. Může se ale týkat i postojů v celé komunitě, jako je „mytí hlavy“ pro celou komunitu. Vzácně se takové mytí provádí mezi celou komunitou a jedním členem – to když poruší základní pravidlo. V Synanonu se tomu říkalo křbový rituál. Setkání celé komunity se také nazývají „setkání domu“. Zvláštním typem velkého setkání je sezení, kde jeden nebo dva členové týmu sedí před komunitou a představují rodičovské postavy. Začnou mluvit o rizicích souvisejících s tím, když člověk drží pocity viny v sobě, a pak vyzvou ostatní, aby hovořili o svých pocitech viny týkajících něčeho nebo někoho v komunitě. Každý něco zmíní, aniž by dostal okamžitou odpověď. Tým jen poslouchá a povzbuzuje je. Setkání obvykle končí tím, že tým řekne ostatním, aby splnili nějaký úkol – například uklidili celý dům. Takové setkání je nutné, když je disciplína na nízké úrovni a mezi klienty se objevuje mnoho „negativních kontraktů“.

### **Semináře**

K „procvičení mozku“ slouží každodenní semináře. Obyvatelé komunity, členové týmu i lidé zvenku se scházejí k diskusi nad určitým tématem. Klienti se učí mluvit před velkou skupinou. Zjišťují také, že mimo komunitu existuje více zajímavých věcí než je droga. Mají říct příběh svého života a pohovořit o tématu, které je zajímavé. Každý se může vyjádřit k tématům jako: filosofie terapeutické komunity, důvěra, přátelství, předsudky nebo hodnoty. Je možné na tabuli napsat filosofické téma a vyzvat ostatní k vyjádření jejich názoru. Rigidní myšlení pomáhají měnit diskuse na otázky, na které neexistuje jedno řešení, kde nelze stanovit, co je jednoznačně dobré či špatné.

### **Fyzické cvičení**

Každé ráno před snídaní se cvičí – jde o běh kolem domu, aerobic nebo cvičení při hudbě. Je důležité procvičovat tělo i mysl. Někdy se konají také dyna-

mické meditace – konané při hudbě, ve kterých se pojí emoce účastníků s pohyby těla. Tento typ meditací se původně užíval v Indii.

### **Ranní setkání**

Každé ráno po snídani se všichni sejdou s jedním z terapeutů. Je to příležitost ke konfrontaci s jedním členem nebo celou komunitou. Toto setkání určuje zaměření celého dne a mělo by všechny dobře naladit. Většina lidí mívá obvykle problémy se cítit po ránu dobře. Začíná se oznámením programu dne. Někdo z novějších klientů je vyzván k tomu, aby přečetl filosofii komunity. Jiný má říct novinky z komunity i z okolního světa. Někdo ze starších klientů pak čte seznam lidí určených ke konfrontaci pro ten den. Ti vstanou a ostatní jim říkají, jak se podle jejich názoru chovají. Vedoucí setkání to případně komentuje, nebo se ptá na názor mlčících. Pak jeden člověk přečte slogan dne. Následuje zábavná hra. Nakonec všichni uzavrou kruh s rukama kolem ramen a zakřičí komunitní pokřik. Předem je také možné určit ty, kteří budou mít následující ráno zvláštní úkoly. Ranní setkání může být velmi živé, může účastníky pobavit, ale přinést i mnoho informací týmu, který někdy přihlíží.

### **Další nástroje**

Každý nový člen komunity dostane zápisník, kam si zapisuje, co se naučil. Členové týmu mají právo tyto zápisky číst. Když někdo nějakou dobu nepíše, ptají se ho na důvod. Sám se může rozhodnout, zda zápisky může číst i někdo jiný. Po určité době píše každý sebehodnocení, které dává týmu před přestupovým pohovorem a které je podkladem k jeho přestupu do další fáze. Před odchodem z komunity do následné péče píše klient velmi rozsáhlé sebehodnocení.

Vedoucí oddělení podává každý týden zprávu o pokrocích jednotlivých lidí. Koordinátor pak zprávy předává týmu. Nově příchozí, které mají ostatní poznat, mohou dostat za úkol, aby zjistili v celé komunitě, co se děje nového. Také je možné zavést řečnické místo, kde může vystoupit každý, chce-li někoho oslovit.

Technik v terapeutických komunitách je nespočet. Ty zde popsané jsou užívány nejčastěji. Jsou součástí terapeutického systému. Většinu z nich mohou používat i lidé bez profesionálního výcviku. Výcvik je nutný jen u speciálních skupin, jako jsou skupiny nové identity, perso terapie a psychodrama. Proto se užívají hlavně v amerických komunitách, ve kterých pracuje mnoho exuserů. V Evropě, kde od počátku pracovalo více profesionálů, se užívá speciálních skupinových programů mnohem víc.

## Jednotlivá stadia programu v terapeutické komunitě

➤ Léčba v terapeutické komunitě není prostě tajemnou skříňkou, ve které stráví abstinující klient určitou dobu. Skládá se z různých stadií, která mají pro tým i obyvatele svůj význam. Ve většině terapeutických komunit pro závislé je program dělen do několika stadií. Dříve, než je nový člen přijat do komunity, prochází vstupním programem. Než odejde zcela mimo komunitu, prochází programem následné péče. Tyto programy probíhají obvykle v jiném prostředí. Samotná léčba i následná péče jsou obvykle ještě rozděleny do jednotlivých částí zvaných fáze.

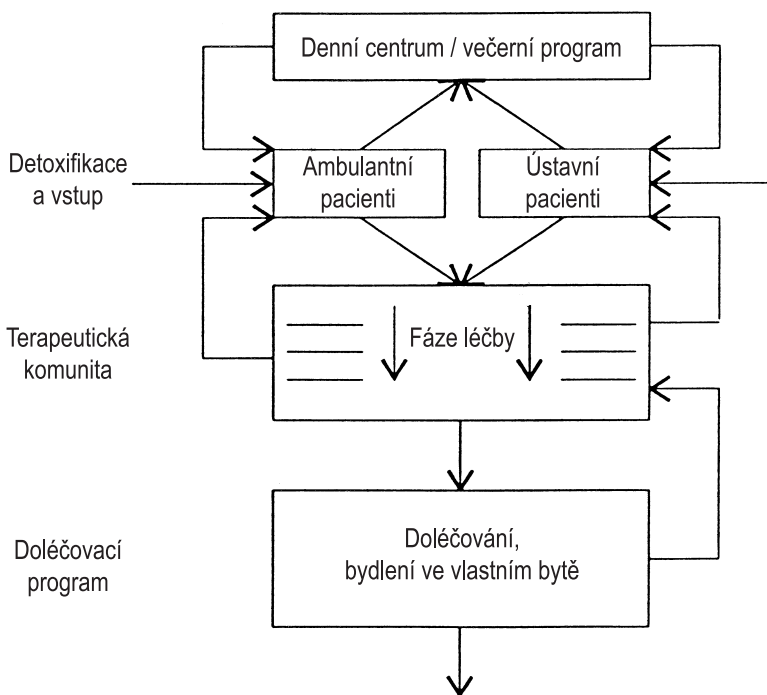
Přestože je období v terapeutické komunitě klíčové, pro úspěch léčby jsou také rozhodující dobrý vstup a dobře připravený výstup z komunity (Kooyman, 1975b). V této kapitole popisuje různá stadia léčby v terapeutických komunitách, a program Emiliehoeve uvádím proto jako příklad. Jednotlivé fáze programu jsou zachyceny na obrázku V.

### Vstupní program

Vstupní program, který připravuje adepta do komunity, může představovat jeden či dva rozhovory, ale i strukturovaný program po dobu několika týdnů či měsíců. Vstupní program terapeutických komunit v Centro Italiano di Solidarieta v Římě trvá například mezi deseti až dvanácti měsíci (Kooyman, 1987).

Adepti nejčastěji projdou informativním kontaktem v nízkoprahovém zařízení, v detoxifikačním oddělení nebo ve vězení. Členové komunity Emiliehoeve do května 1980 procházeli ambulantním programem. Pak k němu byl připojen detoxifikační program „de Weg“. Od té doby se vstupní program odehrával přímo v detoxifikačním centru, kde se rozhodovalo o další léčbě v terapeutické komunitě či stacionáři. V prvních dvou letech komunity se vstupní program skládal z orientačních pohovorů v ambulantní klinice v Haagu. S adepty hovo-

**Obrázek V.** Fáze léčebného programu terapeutické komunity



řil ředitel Emiliehoeve, který na klinice pracoval jako lékař. Další informace poskytovali přímo členové komunity, kteří byli na klinice přítomni jednou týdně. Adept získal představu o bezdrogovém prostředí komunity. Ve většině případů byli pak adeпти doporučeni k pobytu na psychiatrickém oddělení nemocnice Bloemendaal. Zde proběhla detoxifikace a před nástupem do komunity je pak ještě navštívili členové komunity i někdo z týmu.

V lednu 1974 začal být vstupní program více strukturován. S adeptem vedli denně rozhovory jeden absolvent komunity a dva členové ve vyšší fázi. Také začal navštěvovat skupinová setkání. Tým přestal usilovat o to, aby dotyčného přesvědčil, že by měl nastoupit do komunity a léčit se. Místo toho jsme začali před něj stavět několik úkolů, aby prokázal, že skutečně chce něco změnit. Šlo o postoj: „My nepotřebujeme tebe, ty potřebuješ nás.“ Tato změna způsobila překvapivě větší zájem o léčbu než předtím. Adepti již nebyli přijímáni na psychiatrickou kliniku, která neposkytovala optimální možnosti. Šlo o přístup typu: jsi zodpovědný za svou situaci, a tak ji můžeš i změnit, ale nemůžeš to udělat sám. Tento ambulantní program trval 7 až 10 dní. Po tu dobu musel

dotyčný přijít vždy strážlivý. Musel přestat pít alkohol, užívat léky a drogy. Někdy předtím musel projít krátkým detoxifikačním programem na klinice a teprve pak nastoupil do přípravné skupiny. Dostával domácí úkoly. Adepti psali životopis, měli vymyslet deset důvodů, proč chtějí přestat užívat drogy a deset důvod, proč je užívají. Měli přijít jinak oblečení, přečíst noviny a přijít s nějakým diskusním tématem.

Od roku 1975 začali o pobyt v komunitě žádat vězni. Po mnoha týmových debatách jsme se rozhodli je začít přijímat. Obávali jsme se, aby nevznikl dojem, že komunita je součástí represivního systému. Také nám byla nejasná motivace odsouzených. K rozhodnutí přispěla událost z roku 1974. Člověk, který byl již opakovaně ve vězení, dostal možnost vstoupit do ambulantního programu. Žádal o přijetí do komunity Emiliehoeve a po určité době se mu to skutečně podařilo. Po nástupu dostal těžkou žloutenku, ale uzdravil se a dokončil program. To přesvědčilo tým, aby skončil s akademickými debata-mi, a že jde jen o to, jak řešit nové situace.

Od roku 1975 jsme začali s návštěvami ve vězení u těch vězňů, kteří projevi-li zájem o léčbu. Z programu jsme vyřazovali odsouzené za závažné trestné činy, jako jsou vražda, těžké ublížení na těle, obchodování s drogami nebo loupežná přepadení. Když tým došel k názoru, že léčba je pro adepta vhodná, mohl nastoupit do komunity a soud byl odložen. Ten se konal obvykle zhruba čtyři měsíce po přijetí. Když byl klient ještě v komunitě, nastaly dvě varianty: buď bylo od dalšího řízení upuštěno, nebo byl odsouzen k trestu na stejnou dobu, jakou už ve vězení strávil - za podmínky, že léčba bude dále pokračovat. Ve většině případů dostal ještě podmínku na dobu jednoho roku či déle. V posledních letech mohou odsouzení nastoupit léčbu i poté, co jsou ve výkonu trestu. Mohou tak strávit poslední část trestu v terapeutické komunitě místo ve vězení.

V prvním období prováděl vstupní program ve vězeních tým Emiliehoeve. Vyléčení toxikomani-bývalí vězni byli pro vězně výtečnými vzory. Proto se krom individuálních pohovorů konaly ve vězení pro mladistvé v Haagu také vstupní skupiny. Jednou týdně také probíhaly skupiny pro ty, kteří měli zájem o léčbu, ale ještě se nerozhodli. Po několika letech tuto práci převzali sociální pracovníci z ambulantní kliniky pro závislosti. Tohoto rozhodnutí později tým Emiliehoeve litoval. Obecně lze říci, že mezi adepty z vězení a ostatními nejsou podstatné rozdíly. Rozhodnutí vstoupit do léčby dělá v každém případě adept sám. Obě skupiny jsou stejně vystaveny vnějšímu tlaku, aby se léčili. Po přijetí do komunity nemá člověk z vězení jinou pozici než ostatní. Může odejít, ale ví, že úřady budou o jeho odchodu informovány, pokud se nevrátí do 48 hodin.

V lednu 1976 se vstupní centrum přesunulo z ambulantní kliniky pro závislosti do nově otevřeného centra „Het Witte Huis“, budovaného podle



modelu Emiliehoeve. V roce 1976 byla otevřena řada nízkoprahových metadonových programů. Méně kontrolovaný výdej metadonu heroinistům později přispěl k tomu, že mnozí byli závislí na obou látkách. V důsledku toho bylo obtížnější začít abstinovat ze dne na den. Pro některé to bylo těžké, pro některé nemožné. Bylo nutné jim nabídnout medikaci k úlevě od odvykacích příznaků to se týkalo hlavně těch, kteří užívali metadon denně. V říjnu 1976 bylo v Rotterdamu otevřeno krizové detoxifikační centrum, které spolupracovalo s terapeutickou komunitou v Essenlaan – sesterskou komunitou Emiliehoeve. Většina členů této komunity procházela tímto detoxifikačním centrem. Aby byli klienti přijati ke krizové detoxifikaci, nemuseli prokazovat své odhodlání léčit se dál. Pouze v případech, že zájem měli, byli doporučení na detoxifikační oddělení. Tímto způsobem byla využita krize v užívání drog k širší možnosti rozhodovat se o možnosti léčby (Kooyman, 1981).

V detoxifikačním oddělení si klient mohl vybrat, zda se bude účastnit vstupního programu terapeutické komunity. Ten byl integrován do aktivit centra. Adepti komunity měli například vstupní skupiny, zatímco ostatní uklízeli nebo myli nádoby. Semináře v centru se týkaly jak léčebných programů, tak i témat, jako jsou: přátelství, upřímnost, diskriminace nebo důvěra. Na těchto seminářích klienti vyjadřovali své názory na určité otázky. Krom rozvoje schopnosti přemýšlet byly v programu také tělesná cvičení a dynamické meditace, které měly povzbudit fyzické a emoční stránky klientů. Během prvních let existence centra v Heemraadsingel v Rotterdamu přešlo více než 20% přijatých klientů do terapeutických programů. 21,5% nastoupilo do terapeutické komunity nebo stacionáře (poměr muži : ženy – 19,8% : 27%) jedna třetina odešla a během roku byla opět přijata (zbývajících odešli a již se během 1 roku nevrátili) (Kooyman a kol., 1979).

Několik klientů bylo přijato vícekrát, než se rozhodli a požádali o zařazení do vstupního programu (Kooyman a kol., 1979).

V květnu 1980 bylo v Haagu otevřeno detoxifikační centrum „De Weg“. Od té doby procházela většina nových klientů Emiliehoeve včetně lidí z vězení tímto zařízením. Heroinisté procházeli krátkou detoxifikační léčbou za pomoci metadonu. To nebylo v rozporu s filosofií Emiliehoeve. V rámci samotné komunity však metadon nikdy distribuován nebyl.

Vstupní program Emiliehoeve nejčastěji zajišťoval tým, který představovali sociální pracovník a bývalý člen komunity. Pomáhali jim ostatní členové komunity, denního stacionáře nebo doléčovacích programu. Významným faktorem vstupního programu je setkání nových adeptů s absolventy komunity, s nimiž se mohou identifikovat. Nikdo pak již nemůže tvrdit, že není možné přestat brát drogy.

Po 7 až 10 dnech každodenních (kromě víkendů) setkání bylo možné adepta považovat za připraveného pro vstup do čistého prostředí terapeutické komu-

nity nebo stacionáře. Nyní umožňujeme klientům detoxifikačního centra návštěvy komunity ještě před nástupem. Hlavním kritériem pro přijetí je převážně chování v době vstupního programu. Z příjmu jsou vyřazováni jen lidé s těžkými psychiatrickými poruchami psychotické povahy, mentálně retardováni nebo jedinci s těžkým mozkovým poškozením. Všichni ostatní, kteří nedosáhli vstupu do komunity, změnili sami své rozhodnutí.

Ten, kdo užíval drogy méně než půl roku, byl obvykle doporučen do jiného zařízení nebo do ambulantní kliniky. Hlavním kritériem pro přijetí bylo vždy to, zda může závislý prokázat, že chce něco změnit na své situaci. Pro ty, kteří nechtějí přestat brát drogy, alkohol nebo jiné látky měnící vědomí, náš program nemohl udělat nic. Akceptovali jsme jakékoliv důvod, proč drogy nebrat - včetně přání dostat se z vězení.

## Příjem

Příjem do terapeutické komunity může být organizován různě. V Emiliehoeve obvykle probíhá formou rozhovoru nového člena se skupinou členů týmu a klientů. Budoucí člen musí ostatní přesvědčit, že se chce stát součástí komunity. Ostatní se jej ptají, proč chce přestat brát drogy či alkohol a proč toho chce dosáhnout právě v Emiliehoeve. Je důležité, aby si dotyčný řekl o pomoc - někdy jej ostatní žádají, aby křičel o pomoc. To může být něco, co závislý nikdy v životě neudělal. Neschopnost říct si o pomoc je v mnoha případech jedním z důvodů, proč někdo bere drogy - užívá je jako prostředek útechy. Křik o pomoc je emocionální investice. Když se to podaří, skupina se může novému členovi přiblížit.

V prvním období Emiliehoeve byl příjem nového člena velice emocionální moment. Adepti přicházeli přímo z ulice. Někdy po nich ostatní chtěli závazek nebo důkaz o rozhodnutí - například pramen jejich vlasů. Málokdy vedl rozhovor k odmítnutí adepta, to bylo pouze tehdy, když nebylo zřejmé, že se skutečně rozhodl nastoupit. V tom případě mu bylo řečeno, že má přijít za týden a vysvětlit, proč chce nastoupit. Na konci přijímacího setkání je novému členovi přidělen „starší bratr či sestra“, ten, který již je v programu několik měsíců a bude mít na starosti seznámit nováčka se všemi ostatními, s hodnotami, normami a pravidly komunity. V prvních letech Emiliehoeve byli noví členové rituálně házeni do vody před komunitou. Poté dostali kombinézu - uniformu nových členů na dobu prvních měsíců pobytu. Z praktických důvodů a faktorů, které nebylo možné předpokládat, jako počasí, plavecké schopnosti či led na hladině, jsme tento rituál opustili.

## Jednotlivé fáze v terapeutické komunitě (TK)

Aby byl program TK jasnější, lze léčbu rozdělit do tří fází:

- fáze I.: noví klienti
- fáze II.: prostřední klienti
- fáze III.: starší klienti

První fáze následuje po přijetí do komunity. Tito členové dostávají jména jako „zelenáči“, „zajíci“ nebo jiná žertovná označení. Následující fáze mohou být označeny jako „klokani“, „fanatici“ či „diamanty“. Členové v první fázi jsou doprovázeni starším členem jako „mámou“ či „tátou“, kteří je uvádějí do komunity. Po dvou týdnech vstupují do první fáze naplno. V této fázi je důležité odnaučit se negativní a destruktivní chování a zvykat si na čistý a řádný život. V encounterových skupinách se noví členové učí vyjadřovat své emoce a konfrontovat ostatní s případným negativním chováním. V maratonové celodenní skupině se členové této fáze vrací k událostem v jejich minulosti, za které se stydí. Hlavním cílem je být otevřený ve vztahu k minulosti a hovořit volně o svých pocitech viny.

V druhé fázi členové přijímají nové hodnoty komunity. Přijímají odpovědné role ve struktuře domu. Ve skupině srovnávají své vztahy k ostatním s emocemi spojenými s lidmi ze své minulosti. V této fázi mají najít sami sebe a své vztahy k ostatním v komunitě.

Ve třetí fázi přibývá kontaktů s lidmi mimo terapeutickou komunitu. Více pozornosti se dostává vztahům s rodiči, partnery a přáteli. Je to období příprav na následnou fázi léčby mimo komunitu. Budují se plány týkající se vzdělání, práce a vztahů. Na konci této fáze píše členové zprávu o svém pobytu. V té době nemají na dobu jednoho či dvou týdnů jiné povinnosti. Třetí fáze končí opuštěním komunity a nástupem do doléčovacího programu následné péče.

## Doléčovací program

Doléčovací program je součástí procesu začlenění do společnosti. Pro většinu členů komunity je to bolestivá a obtížná zkušenost. Mnoho z nich si při první konfrontaci pomyslí, že se od jejich nástupu do komunity vůbec nic nezměnilo. Nemohou najít práci a cítí se osamělí, nehodnotní a bezcenní. Zjišťují, že lidem mimo komunitu nemohou úplně důvěřovat, ačkoliv jsou to slušní občané. Nemohou požádat o konfrontační skupinu kdykoliv, kdy mají problémy se šéfem. A zjistí, že to nemohou zvládnout sami. Potřebují pomoc a podporu vrstevníků i profesionála. Tuto pomoc nabízí doléčovací program terapeutické komunity.

Ve skutečnosti existují dva modely doléčovacích programů. Jeden nabízí interní chráněné bydlení – klient bydlí stále v prostoru terapeutické komunity. Druhý model je externí – bydlí v chráněném bydlení mimo terapeutickou komunitu. V prvním případě je doléčovací tým stejný jako v terapeutické komunitě. Druhý model má tým vlastní. Oba modely mají své výhody i nevýhody.

#### *Výhody interního modelu:*

- Neobjevují se problémy s bydlením a zaměstnáním mimo komunitu.
- Klienti si nemusejí zvykat na nový tým.
- Členové komunity mají blízký kontakt s lidmi v doléčování a mohou se učit z jejich zkušeností.

#### *Nevýhody:*

- Mají méně příležitostí k negativnímu jednání, když se vrátí domů po těžkém dni v programu
- Pokud pracují jako laičtí pracovníci v komunitě, mají malý kontakt s vnějším světem. Pokud žijí v domě komunity, mají jako laičtí terapeuti složitou pozici.
- Pro terapeutický tým není snadné změnit vůči klientovi svou rodičovskou roli na roli učitele a poradce. Může se tak stát, že se k němu chovají podobně jako k nezralým členům v komunitě.

#### *Výhody externího doléčovacího programu:*

- Existuje jasná hranice oddělující komunitní subkulturou.
- Může si zvat přátele nebo ubytovat svou partnerku.
- Doléčovací tým již nepředstavuje autoritativní figuru a jedná s ním jako s dospělým.
- Abusus alkoholu či drog lze řešit jinak, než když se jedná o soužití v komunitě, kde jediným možným důsledkem je vyloučení klienta z programu.

#### *Nevýhody:*

- Změna vnějších životních podmínek se děje ve stejné době, kdy se klient musí adaptovat na nový tým.
- V doléčovacím centru se stává se opět „mladším“ členem a musí si tam budovat svou pozici.

Ve většině programů hrálo při rozhodování o charakteru doléčovacího programu místo a podmínky komunity. Vzhledem k tomu, že terapeutické komunity bývají často mimo město (jako i v případě Emiliehoeve), otevírají se doléčovací centra ve městě. Nicméně i komunity mohou být ve městě jako např. většina zařízení Phoenix House v New Yorku. Pak bývá doléčovací program

umístěn přímo v budově komunity. Doléčovací program Emiliehoeve se jmenuje „Maretak“ a klienti žijí během prvních dvou fází doléčování ve společném domě ve městě. V poslední fázi již bydlí ve vlastním bytě mimo budovu.

Když členové komunity odcházejí mimo ni, prožívají kulturní šok. V komunitě se učí upřímnosti i tomu, že se jim vyplatí. V průběhu následné péče často zjistí, že tomu tak vždy není. Když mluví otevřeně o své minulosti, nemusí dostat práci. V komunitě se učí, že mají dát druhému najevo, když se jim něco z jeho chování nezdá. Učí se, že lidé z komunity jejich otevřenou kritiku vždy přijmou. Musí se naučit řešit problémy bez křiku a ječení, které znali z encounterových skupin. Jejich sebevědomí se občas razantně zmenšuje, když jsou znovu a znovu odmítáni při hledání zaměstnání. Nikoho neomráčí tím, když mu řeknou, že byli vedoucí kuchyně v terapeutické komunitě. Nemají vzdělání ani dokumenty o předchozím zaměstnání.

Klient v následné péči brzy začne mít pocit, že to, co se naučil v komunitě, má ve vztahu k realitě malou hodnotu. Může se začít vracet ke starým zvykům. Přestane říkat pravdu, uklízet, přestane řešit konflikty a brzy bude blízko tomu, aby začal brát opět drogy. Je třeba si uvědomit, že se jedná o běžný vývoj. Nechat si narůst knír nebo bradku je dobré, ale oblečení a vnější znaky fetišů jsou obvykle signálem blížícího se relapsu. Je důležité novému klientovi v následné péči říkat, že hodnoty terapeutické komunity stále platí. To platí zvláště pro jeho vztahy s blízkými lidmi. Měl by se učit, že někdy se vyplatí mlčet, ale že lži jsou něco, co si nemůže dovolit, protože nebude vědět, kdy přestat.

To samé se týká pití alkoholu. Mnoho klientů v doléčování zjistí, že nevědí, jak zvládnout pití. V prvních letech Emiliehoeve nesměli klienti v následné péči pít vůbec. Přesto se ukázalo, že řada absolventů měla vzápětí vážné problémy s pitím. Proto bylo rozhodnuto nabídnout klientům, kteří o to budou stát, dvouměsíční zkušební období na to, aby se naučili nakládat s alkoholem. Toto období přicházelo zhruba po 4 až 5 měsících pobytu na chráněném bydlení. Mohli pít mimo dům a měli mluvit s týmem o svých zkušenostech. Tyto dva měsíce tým a klienti společně zhodnotili a pak se rozhodli, zda dotyčný může nebo nemůže během následné péče pít alkohol. Alkoholici tuto možnost vůbec nedostávali. Museli akceptovat, že by šlo o příliš velké riziko. Stejně byli vyřazeni i ti, kteří krom užívání jiných drog měli problémy i s pitím alkoholu. Pro mnohé z nich bylo těžké si připustit, že byli závislí na alkoholu stejně jako na drogách.

Běžným problémem po opuštění komunity je samota, protože v komunitě není nikdo sám. Někteří absolventi mohou mít po přechodu na chráněné bydlení depresivní příznaky. Jiní začnou krátce před odchodem z komunity odehrávat své problémy negativním chováním ve snaze být sesazeni do nižší fáze a opět v klidu umývat nádoby. Další častým rysem je adolescentní chování – dotyčný chce jít svou vlastní cestou, nerespektuje přítom normy ani hodnoty programu. Ačkoliv bychom si mohli myslet, že absolvent komunity si vyřešil

svůj problém s autoritou, málokdy tomu tak bývá. Součástí dospívání je testování hranic, to musíme umožnit – aniž by se však klient vrátil k původnímu sebedestruktivnímu chování. Tento proces je vhodné podporovat prostřednictvím individuální terapie a konfrontace s vrstevníky.

Aby bylo zřejmé, že se klient musí stát plně nezávislým, byla ke konci sedmadesátých let ustanovena délka následné péče na maximálních 12 měsících. Celý program je rozdělen do jednotlivých fází, zhruba čtyři měsíce dlouhých. V první fázi klient obvykle pracuje jako pomocný personál. Příležitostně může pracovat i mimo program, aniž by však byl placen – stále dostává sociální dávky. Každý týden absolvuje klient jednu skupinu pro klienty v první fázi, jednu encounterovou skupinu s ostatními klienty v následné péči a individuální sezení s terapeutem. Tato individuální sezení jsou supervidována psychiatrem. Zatímco v průběhu pobytu v komunitě není individuální terapie příliš častá, v následné péči je to užitečná součást programu.

Ve druhé fázi pracuje klient mimo dům několik týdnů bez mzdy, jako dobrovolník. Někteří klienti toto absolvují již během pobytu v komunitě. Pak si začne hledat místo. Během druhé fáze může mít své zkušební období s pitím alkoholu. Poslední měsíc se přestěhuje z chráněného bydlení do vlastního bytu, obvykle s jedním či dvěma vrstevníky. Ve druhé fázi chodí na skupiny druhé fáze a individuální sezení. Ve třetí fázi žije mimo chráněné bydlení. Chodí na večerní skupiny jednou měsíčně a na individuální sezení jednou týdně. Poslední měsíc před ukončením nemusí už chodit na žádné schůzky. Jsou pro něj již jen možností – ne povinností.

Během let jsme zjistili, že přechod z terapeutické komunity do chráněného bydlení je skutečným kulturním šokem. Abychom přechod usnadnili, udělali jsme následující změny:

- Když se klient v komunitě stane adeptem pro doléčovací program, dostane týden volno na to, aby napsal hodnocení svého pobytu. Má si také najít aktivitu pro volný čas mimo komunitu – sport nebo koníčka, na jeden večer v týdnu.
- Začne chodit na doléčovací skupinu jednou týdně. Jeden večer v týdnu také chodí na vzdělávací program doléčovací skupiny.

Vzhledem k tomu, že mezi členy komunity Emiliehoeve jsou možné sexuální kontakty (pokud jsou schválené), většina sexuálních problémů se řeší ještě před nástupem do doléčovacího programu. V něm nejsou žádná omezení týkající se sexu. Sexuální problémy, hledání nových přátel, naučit se žít bez skupinové kontroly, trávit volný čas – to vše nelze dostatečně vyřešit v terapeutické komunitě.

Když má klient odejít z programu, mohou se objevit původní separační úzkosti. Individuální poradenství je pro mnohé významnou součástí následné péče. V některých terapeutických komunitách (např. Hoog Hullen a Breegweestee na severu Holandska) je psychoterapie součástí doléčovacího programu (Vos, 1984). Ve většině institucí končí doléčovací program závěrečným večírkem. Některé programy ukončují spolupráci rok poté, co fakticky klient ukončil léčbu.

## Závěr léčby

V programu komunity Emiliehoeve prochází klient ke konci doléčovací fáze závěrečným ceremoniálem. V prvních deseti letech byla tato slavnost významným rituálem. Klient musel napsat pojednání o programu nebo ukázat nějaký výsledek vlastní kreativity. V den ukončení vede kandidát pohovor s výborem složeným z vedoucích jednotlivých fází programu, předsedou je ředitel projektu. Ceremonie pokračuje při společném setkání v komunitě, klient dostává certifikát a nabídne programu svůj osobní dar. Následuje obvykle večere s blízkými a přáteli. Jde o jeden z nejvíce emočně nabitých ceremoniálů. V poslední době si klient může sám vybrat, jak má ukončení vypadat.

## Posloupnost fází

Během léčby musí klient projít mnoha fázemi. Každá fáze končí pohovorem dotyčného s týmem a ostatními. Během pobytu v komunitě je pohovor veden nejčastěji dvěma členy týmu a někým z následující fáze. Po vstupu do další fáze může následovat rituál.

V prvních letech existence Emiliehoeve se říkalo „člen“ jen těm, kteří prošli do druhé fáze. Pak dostali tričko Emiliehoeve a od každého ze starších členů malý dárek. Když se komunita zvětšila z 12 na 35 členů, upustili jsme od rituálů při přechodu do fází a změnili jsme je na malá oznámení a proslov ředitele před všemi členy.

Absolvování celého programu přes všechny fáze dává členovi komunity pocit uskutečnění cíle krok za krokem – pocit, který dosud nikdy neměl.

# Rodina závislého a terapeutická komunita

## Terapeutická komunita jako náhrada rodiny

V prvním období rozvoje terapeutických komunit pro závislé ve Spojených státech byla komunita považována za novou rodinu závislého - náhradu za rodinu, kterou závislý nikdy neměl (De Leon a Beschner, 1976). Mnoho členů komunit přišlo přímo z vězení. První terapeutická komunita budovaná podle svépomocného programu Synanonu - Daytop Village - vznikla jako odnož Probačního oddělení Nejvyššího soudu státu New York. Šlo o program pro muže podmíněně odsouzené za zločiny související s drogami (Sugarman, 1974). Většina z nich nikdy nepoznala podpůrné rodinné prostředí. Terapeutická komunita se jim stala náhradní rodinou. Ostatní členové komunity i týmu byli považováni za bratry a sestry.

O původní rodině se předpokládalo, že má na členy negativní vliv, a přinejmenším první čtyři měsíce byly kontakty mezi nimi a rodinou znemožněny. Až v sedmdesátých letech se v komunitách ukázalo, že zapojení rodin do léčby může napomoci předejít tomu, aby rodiny sabotovaly úsilí komunity (O'Brien, 1983). Rodiče již nebyli považováni za nepřátele, ale za mocný zdroj pomoci a podpory.

## Začlenění rodiny do terapeutického programu komunity

Přestože americké terapeutické komunity původně rodiče z terapeutického procesu vyčleňovaly, staly se později prvním terapeutickým programem, který učinil ze spolupráce s rodinou integrální část svých aktivit. Po prvních letech si začaly týmy komunit uvědomovat, že se závislý po propuštění z komunity vrací



ke své původní rodině. Pokud nezíská rodina žádnou péči, mohou se objevit náhlá zhoršení dosažených výsledků. Také se ukázalo, že po vyléčení závislého dítěte přebíralo jeho závislou roli další z dětí.

V druhé polovině šedesátých let se ve většině terapeutických komunit začala uplatňovat nová filosofie. S otevřením ambulantních center v roce 1967 se součástí struktury terapeutické komunity Daytop Village v New Yorku stala neformální setkání s rodiči členů komunity. V ambulantních péči se mladší závislí léčili v denních programech. Pokud klienti u rodičů přespávali, bylo jasné, že je nutno do terapie zařadit i rodiče. Součástí stacionární péče se stala týdenní setkání s rodiči, přičemž manželé nechodili do stejné skupiny. Ačkoliv byly skupiny původně určené pouze pro rodiče, postupně se v nich začali objevovat i další příbuzní (Lakoff, 1984; Maloney, 1985).

Jednou z prvních, kdo pracoval v komunitách s prvky rodinné terapie, byla Pauline Kaufmannová. Prošla výcvikem v rodinné terapii u Minuchina. V raných šedesátých letech pracovala se skupinami rodin v denním programu Phoenix House v New Yorku. Účastnili se jich celé rodiny spolu s adolescenty. Na tyto skupiny mohlo přijít až 50 lidí z 15 různých rodin (Kaufmann a Kaufmann, 1979). Skupiny byly doplněny rodičovskými skupinami jednou za 14 dnů, kam děti nedocházely. Nyní se skupiny pro více rodin konají jednou měsíčně. V denních centrech v New Yorku vznikla nová strategie, ve které byli do terapie přijímáni pouze ti klienti, u nichž se mohl terapie účastnit alespoň jeden blízký člověk. Sami rodiče se učili vést skupinu. Noví rodiče navštěvovali skupiny, kde dostali informaci o filosofii léčby a klinických metodách v terapii. Pokročilí rodiče se účastnili rodičovských encounterových skupin.

V roce 1980 bylo rodičovské sdružení Daytop Village přejmenováno na Daytop Village Family Association. Zde se nyní pořádají speciální skupiny pro páry, pro muže a ženy zvláště, pro rodiče členů komunity a pro rodiče adolescentů. Konají se také zvláštní skupiny pro klienty ve doléčovacím programu a jejich rodiče společně. Mají setkání jednou týdně po dobu 2 měsíců, která vede člen týmu, absolvent komunity a rodič-vedoucí skupiny (Kalajian, 1979). V roce 1985 byly vytvořeny skupiny pro sourozence závislých. Vznikla také skupina pro mladé ženy - manželky, přítelkyně a dcery členů komunit zaměřená na práci s pocity bezmoci a oběti (Tarbell, 1985).

Praxe při organizování skupin je nyní ve Spojených státech méně rigidní. Do skupin mohou vstupovat i rodiče dětí, které nejsou (ještě) v léčbě, jejich partneři mohou navštěvovat stejnou skupinu. Některé programy začínají zařazovat do terapie i rodiny během vstupní fáze léčby (Gleason, 1983). Do osmdesátých let se hnutí terapeutických komunit a rodinné terapie vyvíjelo odděleně, poté však začaly více spolupracovat. Mnoho komunit v Americe i v Evropě začalo využívat techniky rodinné terapie. Na druhé straně se změnily i cíle rodinných terapeutů pracujících se závislými. Na počátku vnímali rodinnou terapii jako alter-

nativu k rezidenční léčbě. Později, na základě většího počtu případů, začali vést rodiny k tomu, aby závislý vstoupil do terapeutické komunity. Tímto způsobem může získat závislý oprávnění k tomu, aby opustil rodinu.

## **Zapojení rodiny do programu v Emiliehoeve**

V Emiliehoeve jsme s rodičovskými skupinami začali v roce 1974. Jejich cílem bylo přerušit izolaci rodičů, pracovat na jejich změně v době, kdy se mění i jejich děti, naučit je upřímnosti a zvýšit jejich sebevědomí (Bos, 1977). Po několika týdnech pobytu dítěte v komunitě jsme rodiče navštívili doma a pozvali je na skupinu. Zhruba polovina rodičů začala na skupinu docházet každých 14 dnů. Většina rodičů začala do skupiny chodit dva až tři měsíce poté, co jejich syn či dcera byli přijati do komunity.

Jedním z hlavních cílů rodičovských skupin bylo snížit počet předčasných ukončení pobytu. Většina těchto odchodů končila tím, že se dítě vrátilo do rodiny. Obvykle u rodičů nebo partnerů přespávali a brzy zrelapsovali. Rodiče byli vedeni k tomu, aby dítě doma nenechali, a ihned ho odeslali zpět do komunity. Když to neudělali, museli opustit skupinu. V rodičovských skupinách chtěli zpočátku rodiče mluvit o problémech, které měli, než dítě nastoupilo do komunity. Později již byli schopni zaměřit se i na jiné - vlastní problémy. Skupina rodiče podporovala v tom, aby otevřeně vyjádřili své emoce a řešili své pocity viny.

Od roku 1975 se programů Emiliehoeve začali účastnit i další příbuzní. Vznikly oddělené skupiny pro bratry a sestry členů komunity, které vedl člen týmu a starší klient. Byly tam i skupiny pro mladší a starší dvaceti let. Aktivity těchto skupin se různily - od hraní her až po encounterové skupiny. Vznikly i skupiny pro partnery členů komunity. Vzhledem k tomu, že mezi partnery členů komunity vznikaly někdy vztahy, skupina se později změnila na setkání členů komunity i jejich partnerů.

Rodinné a partnerské programy Emiliehoeve začaly v osmdesátých letech ovlivňovat nové poznatky v rodinné terapii. Zde jsou některá z témat rodičovských skupin: dlouhé trápení spojené se smrtí prarodičů, které každé vzdálení dětí zhoršovalo; nejasná komunikace; znovuobjevení role mrtvého člena rodiny v dítěti, potraty; absence hierarchie v rodině (Van der Meer, 1985, 1986). V komunitě se konají oddělené skupiny pro rodiče členů komunity a pro rodiče klientů v doléčování. Pravidelně se konají konfrontační setkání s klienty. Jsou dny, kdy se rodiče podílejí na chodu celé komunity celodenně.

Emiliehoeve byl prvním terapeutickým programem v Holandsku, který zapojil rodiče a později další rodinné příslušníky do terapie. Později se k němu

připojili i další komunity (Van Dijk-Karinaka, 1985; Frank and Weesie, 1985). Obdobné programy pro rodiče existovaly i v dalších evropských zemích, například v Belgii (Cafmeijer, 1986) a Irsku (Comberton, 1982). Italské Centro Italiano di Solidarieta v Římě mělo filosofii nabídnout pomoc všem, kteří zaklepalí na jejich dveře. V souvislosti s nedostatkem lůžek se rozvinul rozsáhlý ambulantní terapeutický program zvaný Accoglienza (Vítejte). Původní koncepce těchto programů byla následující:

- Rodiče a další příbuzní se na program podíleli od samého počátku. Vzhledem k tomu, že klienti byli stále ještě ohroženi, většina rodičů souhlasila se spoluprací.
- Klienti měli zůstat doma a podílet se tam na nějaké práci. Rodiče byli postaveni zpět do autoritativní role, podporováni týmem a rodiči, kteří tam působili jako dobrovolníci.
- Klient měl v prvních týdnech docházet denně do centra v doprovodu člena rodiny. Nesměl telefonovat, navštěvovat přátele ani disponovat penězi. Když se to dařilo (obvykle po řadě selhání), klient přestal ve většině případů užívat drogy. Jak rodiče, tak dítě pak byli zařazeni do dvou různých skupin, kde se seznámili s terapeutickým programem.

Toto intenzivní začlenění rodiny před příjmem do terapeutické komunity (trvající 4 až 9 měsíců) je pravděpodobně hlavním faktorem, který se podílel na extrémně nízkém procentu předčasných odchodů z terapie v Římě (přibližně 95% přijatých dokončilo program) (Kooyman, 1987; Ottenberg, 1988). Kromě účasti v rodičovských skupinách bývají rodiče aktivní v různých komisích. Podílejí se na aktivním ovlivňování, výzkumu, prevenci, zajišťování práce pro bývalé uživatele drog. Někteří rodiče s potřebnými dovednostmi se stávají vedoucími skupin. Nemělo by jít o sociální pracovníky nebo psychology či jiné profesionály: zůstávají pouze rodiči. Na základě pozitivních výsledků experimentu s organizováním společných setkání rodičů a dětí v krátkodobé terapeutické komunitě v Římě vznikl paralelní program rodinné terapie. Tato terapie běžela zároveň s rodičovskými skupinami od roku 1984. Podle římského modelu vzniklo v Itálii přes dvacet komunit. Členové týmů terapeutických komunit z ostatních zemí, včetně Holandska, navštívili Řím a učili se z těchto zkušeností. Povšimli si nízkého procenta předčasných ukončení a uvědomili si, že zapojením rodiny do programu několik týdnů po příjmu nikdy neosloví ty, kteří jsou předčasným odchodem skutečně ohroženi. Ti z komunity odešli dříve, než se stihla rodinná setkání uskutečnit. V Holandsku to vedlo k rozhodnutí kontaktovat rodiče před příjmem a začít skupiny již v období před příjmem klienta do komunity, např. v Jellinek Centrum, Emiliehoeve, Essenlaan a dalších.

Přestože ve Spojených státech, Itálii, Španělsku, Řecku, Belgii, Irsku a Holandsku je práce s rodinou ústřední součástí programu terapeutických komunit, není tomu tak ve všech zemích. Někde leží příčina v tom, že centra jsou příliš daleko od míst, kde rodiče bydlí, tak jak je tomu často v Německu, Švédsku a Anglii. Někdy je důvodem odpor týmu, který pramení z nevyřešených problémů s vlastními rodiči nebo nadměrnou identifikací s rebelujícím adolescentním klientem.

Účast rodičů při léčbě v terapeutické komunitě je ústředním prvkem programu. Vzhledem k tomu, že by rodina mohla mít negativní vliv na závislé chování klienta, byly rodiny nejprve z léčby vyloučeny, a vzápětí začleněny. Jedním z hlavních závěrů studie efektivity v Emiliehoeve je fakt, že zapojení rodičů do terapie má pozitivní efekt na výsledek léčby v terapeutické komunitě.

## Tým terapeutické komunity

### Profesionálové a exuseři

V tradičních komunitách pro závislé ve Spojených státech se takřka celý tým skládal z vyléčených toxikomanů, kteří byli bývalými členy komunity. Pracovali v komunitě, aniž by měli vyšší vzdělání nebo splňovali kritéria proto, aby mohli být terapeutickými nebo administrativními pracovníky. Členové týmu byli pro členy komunity vzorem a členové komunity se mohli stát členy týmu. Profesionálové v tehdejších komunitách obvykle zastávali pozice v administrativě nebo vedení. Obvykle šlo o zprostředkovatele mezi tou „bláznivou“ terapeutickou komunitou a „rozumnou“ společností okolo.

Lakoff (1978) napsal o roli bývalých toxikomanů v týmu následující:

Bývalý toxikoman má s terapeutem mnoho společného. Je často chytrý, dobře motivovaný a plný elánu. Jeho pudy, které terapie odklonila od drog, nacházejí v pomáhání druhým užitečnou sublimaci. Z tohoto důvodu se bývalý toxikoman s vhodným výcvikem může stát dobrým para-profesionálem. Co se výcviku týče, je třeba zmínit jeho krátkodobost. Dvanáct měsíců terapie není dost k tomu, aby se změnila hluboce zakořeněná nedůvěra ve společnost, která leží hluboko ve většině lidí, kteří žili mnoho let na drogové scéně. Nacházíme v nich často hořké pocity vůči profesionálům, zvláště doktorům a psychiatrům, kteří podle nich selhali, když nepomohli jim, zatímco pomáhali lidem s jinými problémy. Když se bývalý toxikoman stane začínajícím členem týmu, je dobře naučen kontrolovat své impulzy a jeho rozladění z profesionálů je navenek potlačeno, ale lze ho vyčíst z jeho pasivní rezistence vůči radám ostatních a tendence nekonzultovat věci s ostatními.

Problém terapeutických komunit vedených týmem složeným převážně z bývalých klientů (Daytop Village a Phoenix House v New Yorku) je v tom, že

mezi členy týmu převládá názor typu „co bylo dobré pro mne, je dobré i pro tebe“. To ústí do udržování poměrně rigidních koncepcí a odporu ke změně. V Evropě, nezávisle na vývoji v USA, vznikaly terapeutické komunity pro psychiatrické pacienty v rámci zdravotnictví a podíleli se na tom profesionálové. Byly budovány převážně podle modelu Henderson Clinic v Anglii popsané Maxwellem Jonesem (1953).

Podle Jonesova modelu hrál v terapeutickém procesu pacient významnou a aktivní roli. Role pacientů i týmu byly otevřeně probírány na komunitních setkáních. Profesionálové se tam snažili pracovat na stejné rovině jako pacienti. Vyléčení pacienti však nebyli do týmu zařazováni. Tento systém využívaly zpočátku některé evropské komunity. V prvních měsících byl tento model využíván i v Emiliehoeve, což vedlo to k chaotické situaci, která byla pro členy komunity v mnohém destruktivní. Pracovníků bylo méně než klientů a při hlasování, kdy měl každý člověk jeden hlas, nebylo možné ustavit jasné hranice a vybudovat srozumitelnou strukturu (Kooyman, 1975a,d). I v jiných komunitách zjistili, že koncept demokratické terapeutické komunity podle Jonese při práci se závislými nefunguje (Schaap, 1977). V Emiliehoeve jsme Jonesův model krok za krokem proměňovali v program s jasnou strukturou, jednoznačným vymezením rolí a odpovědností týmu a klientů. Touto cestou jsme došli k tomu, že jsme nahradili Jonesův model modelem Daytop Village/Phoenix House (Kooyman, 1975a,d). Najali jsme bývalé toxikomany, kteří pracovali v týmech Phoenix House v New Yorku a Londýně jako konzultanty, kteří pomáhali týmu při této proměně.

Jednou z prvních změn, která odrážela jejich vliv, bylo jasné rozlišení role týmu a klientů. Hlavní funkcí člena týmu bylo dělat dobře svou práci a za to byl také placen. Klienti byli v programu, protože nedokázali žít venku bez drog. Potřebovali program, aby to dokázali. Ukázalo se, že je možné, aby profesionálové měli stejné pracovní role jako bývalí klienti v amerických komunitách, které tam zastávají exuseři. I tito pracovníci se mohou stát vzorem pro klienty terapeutických komunit v tom, jak žít zdravý a smysluplný život.

Když byl přijímán nový pracovník, strávil čtyři týdny jako člen komunity a jeden týden v doléčovací fázi. Díky tomu jim mohla pak být role a situace klienta bližší. Když vznikly další obdobné programy, došli jsme k tomu, že bude lepší, aby touto zkušeností procházeli v jiné komunitě než je ta, ve které budou dlouhodobě pracovat. Tím se předešlo zmatení rolí a přenosových pocitů vůči týmu, se kterým měl vzápětí rovnocenně spolupracovat.

Pro klinickou práci v terapeutické komunitě bylo nutné profesionály vycvičit v technikách, které tam jsou využívány. Proto bylo nezbytné, aby se s nimi pracovník seznámil v roli klienta. Pro členy týmu jsme organizovali workshopy, které vedli jak profesionálové, tak i exuseři, kteří byli členy týmů amerických terapeutických komunit.

Tým Emiliehoeve procházel výcvikem tak, aby mohl vést encounterové skupiny a velká komunitní setkání, prováděl „mytí hlavy“ a ranní skupiny. V rámci tohoto procesu v prvním roce Emiliehoeve se přístup profesionálů měnil ve smyslu: od chápání a poskytování péče k učení a stanovování jasných hranic.

Od zavedení encounterových skupin se v Emiliehoeve mnohé změnilo. Změnily se postoje týmu. Ustaly sebevražedné pokusy. Členové skupiny dokázali podobné myšlenky některého z členů rozeznat dávno předtím, než by se o to pokusil. Ukázalo se, že jednou z hlavních příčin změny chování členů komunity je emocionální reakce ostatních, zvláště týmu. Ať chtěli nebo nechtěli, stali se členové týmu rodičovskými postavami nové rodiny obyvatel komunity. A museli si tento přenosový jev uvědomovat. To však neznamenalo, že by měli skrývat své emocionální reakce. Když je vyjádřili, vnímali to obvykle klienti jako zájem, který potřebují.

V roce 1975 absolvovali Emiliehoeve první klienti. Velice stáli o to, aby mohli pracovat jako pomocný personál ještě před ukončením. Tým tuto myšlenku podporoval (šlo o „post-profesionální fázi“ popsanou v 9. kapitole). Absolventi byli považováni za nezbytné vzory zvláště pro vstupní program. Neprocházel žádným výběrem a pro mnoho z nich byla pak tato práce příliš náročná. Tým si mnohdy neuvedomil, že jedním z motivů pro to stát se členem týmu byl strach opustit program a obava ze selhání v zaměstnání mimo komunitu. Po několika selháních, které vedly ke konfliktu nebo relapsu spojenému s alkoholem, byli noví exuseři přijímáni do komunity až poté, co bylo zřejmé, že dokážou existovat v běžné společnosti přinejmenším jeden rok po absolvování programu.

Když se zavedla praxe zaměstnávání bývalých klientů, projevy se stejné problémy jako v Americe, kde se v komunitách začalo objevovat více profesionálů. Mezi profesionály a para-profesionály se odehrávaly velké konflikty. V komunitách v Americe zastávali para-profesionálové role a odpovědnost, která byla původně výsadní doménou velmi vzdělaných a vycvičených psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků s vysokými platy. Paraprofesionálové si brzy uvědomili, že jejich platy nejsou adekvátní, a žádali zvýšení na úroveň platů pracovníků s univerzitním vzděláním (Bassin, 1973). Tyto nároky spolu s dalšími problémy vedly k častým konfliktům mezi oběma skupinami. Jednou z hlavních příčin těchto konfliktů byl také negativní postoj bývalých toxikomanů vůči profesionálům a jejich schopnostem. Tento postoj je obvykle založen na vlastních zkušenostech z minulosti. Para-profesionálové mnohdy pokládají práci profesionálů za snazší než vlastní práci (Weber, 1957). Bývalý toxikoman si potřebuje dokázat, že je pro tuto práci dost dobrý. Ve hře jsou pocit méněcennosti, strach ze selhání a velká potřeba pozitivní zpětné vazby.

Profesionálové se na druhé straně obávají toho, že paraprofesionálové mohou svou práci dělat lépe a že jejich profesionální vzdělání není pro tuto

práci žádným přínosem. V Emiliehoeve se bývalí klienti stávali členy týmu stejného programu, kterým sami prošli. Komunita Emiliehoeve byla dlouho jediným zařízením toho typu v Holandsku, a tak jsme nemohli přijímat bývalé klienty z jiných komunit. Profesionální tým dokázal jen velmi těžko změnit svůj postoj k bývalým členům komunity a přijmout je v roli kolegů. Konflikt profesionálů a para-profesionálů stál také v pozadí krize programu v roce 1977 (viz „Fáze uzavřené komunity“ str. 118-9).

## **Osobní přesvědčení členů týmu**

V historii Emiliehoeve můžeme najít také příklad problémů, které v terapeutických komunitách vznikají, když se začne prosazovat osobní víra nebo přesvědčení členů týmu. V roce 1976 byl zahájen výcvikový program v Haagu, zaměřený na profesionály i para-profesionály (Laudermilk, 1981). Prvním americkým konzultantem Emiliehoeve byl výtečný učitel a vedoucí skupiny, který byl vzápětí navržen na funkci jeho ředitele. Krátce před svým nástupem do funkce se stal členem sekty zvané Sanyassin, kterou vedl guru zvaný Rajneesh, který sám sebe nazýval Baghwan (Bůh). Jeho žáci se oblékali do oranžových oděvů a nosili náhrdelník s obrázkem Baghwana. I přes sliby nového ředitele před výborem Výcvikového institutu, že nebude svou víru prosazovat, byly důsledky více než zřejmé - po roce nosila polovina komunity oranžové roucho. To vedlo k rezignaci programového ředitele Emiliehoeve na členství ve Výcvikovém institutu. Krátce poté vláda přestala finančně podporovat Výcvikový institut. Na konci druhého roku existence musel být Holandský výcvikový institut, který poskytoval společný výcvik v terapii závislostí pro profesionály a para-profesionály, uzavřen.

Mezi studenty tohoto institutu bylo mnoho členů týmů komunit Essenlaan v Rotterdamu (většina z nich patřili k sektě Sanyassin). Možným vysvětlením skutečnosti, že většina týmu v Essenlaanu se připojila k hnutí Baghwan, zatímco v Emiliehoeve to byli jen dva, je pozice psychiatra, který působil v obou zařízeních. V roce 1977 opustil Essenlaan, aby se mohl zaměřit více na Emiliehoeve. Tím pádem zanechal program v Essenlaan bez charismatické otcovské postavy. Rok poté, co se většina týmu stala členy sekt Sanyassin, následovala jejich příklad více než polovina klientů v doléčovací fázi a také se připojila k hnutí v oranžovém. V důsledku toho, že filosofie Sanyassin byla v rozporu s programem komunity - který byl kopií programu Emiliehoeve - změnila se značně povaha terapeutického programu. Rozdílly se týkaly hlavně méně striktního postoje k drogám a sexuálním normám. Mezi členy komunity byl sex možný, a dokonce podporovaný. Během doléčovací fáze bylo povoleno kouřit marihuanu.



V komunitě Emiliehoeve se k Sanyassinům přidali jen dva členové týmu, kteří studovali v Institutu. Přijali jsme pravidla, podle kterých museli členové sekt, náboženských či politických hnutí nosit běžné oblečení a žádné charakteristické znaky, které vyjadřují příslušnost k určité skupině. Všichni musí používat svá oficiální jména a nesmí s klienty mluvit o své osobní víře nebo přesvědčení s cílem přivést druhé ke konverzi. Po tomto opatření jeden z členů sekty odešel a druhý se přizpůsobil. Tým v Emiliehoeve k těmto opatřením přistoupil ve snaze, aby sekty, kulty či jiné systémy víry nenarušovaly filosofii programu, který se snaží pomoci členům komunity, aby se stali dospělými lidmi, kteří budou schopni vlastních životních rozhodnutí. Na rozdíl od absolventů Essenlaan se členy sekty stalo jen málo absolventů Emiliehoeve v doléčovací fázi. Se sektou Sanyassinů byly problémy i v Německu, kde byli členové týmu Daytopu cvičeni stejným charismatickým vedoucím jako v Holandském výcvikovém institutu.

Tento příklad je ilustrativní vzhledem k rizikům vlivu sekt na terapeutické komunity. Příмым důsledkem uvolněných sexuálních norem v komunitě Essenlaan bylo vysoké procento předčasných odchodů nových členů, kteří se těmto normám nedokázali přizpůsobit. Kouření marihuany během doléčovací fáze se stalo běžným předstupněm užívání dalších drog. Po dobu několika let byl program v Essenlaan považován za kult a kvůli odlišným sexuálním normám a kouření marihuany se dostal do izolace od ostatních terapeutických komunit. V týmech ostatních komunit převažoval názor, že odklad okamžitého uspokojování vlastních osobních potřeb je nosnou myšlenkou programu. Členové komunit byly odrazováni od zřejmě indoktrinace určitou sektou. Když tým v Essenlaanu přestal nosit oranžové šaty a byli přijati jiní pracovníci, kteří k sektě nepatřili, vytratil se i charakter kultu.

## Fenomén kultu

Terapeutická komunita nemusí přijímat kult zvenčí, aby se stala kultovní sama. Ottenberg (1984) předkládá následující popis terapeutické komunity:

Celá komunita se setkává denně, v té době mluví různí členové o svých pocitech vůči celé komunitě. Je dobrým zvykem, že zpěv či fyzická aktivita se provádí skupinově. Slaví se výročí a při zvláštních setkání se připomínají významné události. Jsou zde pravidelné svátky a oslavy.

Lidé, kteří jsou členy komunity delší dobu, mají více privilegií i zvláštních odpovědných rolí, které se týkají orientace a indoktrinace nových členů. Všichni se musí řídit zákony komunity, kdo je poruší bývá potrestán. Všichni se podílejí na společných pracích a účastní se aktivit, které zlepšují blaho komunity.

Členové nemají možnost opustit prostor komunity bez povolení autorit. Výlety se konají jen ve skupině: nikdo nový nevychází „bez podpory“. Člen komunity začíná chápat, že hodnotu a vysoký etický standard může nalézt jen v komunitě, že ve vnějším světě to chodí jinak. Svět mimo komunitu je pro něj nebezpečný. Je nezbytné omezit komunikaci s rodinou a přáteli, zvláště v první fázi pobytu. Tato omezení jsou zvláště zdůrazněna.

Komunita si vytváří vlastní jazyk utvořený ze slov, která mají nové významy, z frází, úsloví, které jsou ostatními mimo komunitu nesrozumitelné. Členové se dozívají tajemství, která jsou určena jen jim. Starší členové se stávají vzorem, pomáhají novějším členům „důvěřovat vedoucím“ a „věřit procesu“. Jako nástroj pro zpracování odporu a psychologických obran se užívají mnohahodinová sezení.

Jako člen můžete prožít radost z toho, že se stáváte součástí něčeho většího. Nemůžete tomu porozumět, dokud to plně neprožijete. Prožívat musíte naplno, „zbavit se všeho“, „vzdát se tomu“, což znamená neklást otázky, nemít pochybnosti a ponořit se bez výhrady do aktivit a víry komunity. Zpočátku není víra v komunitu pevná, členové mají jednat „jako by“ – to znamená chovat se podle norem bez ohledu na to, zda s nimi člen souhlasí, rozumí jim, přijímá je či nikoli. Později se jimi můžete intelektuálně nebo emocionálně zabývat. Nyní je nejdůležitější imperativ v chování. Udělej to! Celý tvůj život bude jiný a lepší, pokud se staneš členem této komunity. Komunitě za to musíš věnovat celou svou důvěru a loajalitu.

Ottenberg poukazuje na skutečnost, že tento popis terapeutické komunity se hodí pro mnoho komunit stejně dobře jako pro mnoho sekt. Ottenberg přidává ještě definici kultu:

Na základě definice je kultem skupina s následujícími rysy:

- Je to skupina lidí, kteří podléhají žijícímu vůdci, obvykle dominantní rodičovské mužské postavě, případně rodičovskému páru vedoucích.
- Skupina, jejíž vůdce si stanovuje nezměnitelné vlastnosti sebe sama. Může jít o některé nebo všechny následující rysy – boží převtělení, mesiáš. Prohlašuje, že je jediným prostředníkem, božím poslem. Prohlašuje, že je vševědoucí a neomylný – disponuje absolutní pravdou a moudrostí.
- Je to skupina, ve které být členem znamená naprosté a doslovné přijetí vůdce i s jeho božskostí, neomylností, přijetí jeho učení a dogmat.
- Je to skupina, jejíž členství představuje naprostou ochotu poslechnout příkazů vůdce.
- Je to absolutistická skupina bez demokracie.

Ne všechny skupiny označované jako kulty mají všechny tyto rysy a intenzitu. Aby vznikl kult, nemusí jít vždy o náboženskou skupinu. Jedním z předpo-

kladů uvedené definice je to, že není vždy nutné, aby kult získával peníze na základě předstíraných důvodů, získával členy podvodem, zneužíval vztahů k rodičům, zkresloval věrouku jiných náboženství, porušoval zákony nebo zakazoval svým členům využívat lékařské péče. Na druhé straně v rámci kultu není nic, co by tyto aktivity znemožňovalo - v kultu vše závisí na vůdci. (Ottenberg, 1984).

## Změna Synanonu v kult

V Synanonu, jako v primitivním společenství, se skupina stala důležitější než potřeby jednotlivce (Weber, 1958). V těchto společnostech se nedbá na individuální zájmy. Všichni uctívají boha, který poskytuje všem blahobyť, jako je déšť, sluneční svit či vítězství nad nepřáteli. S osobními problémy, nemocemi a dalšími zly se člověk obrací na kouzelníka, starší rodu nebo kněze.

Synanon získal postavení náboženské organizace především proto, aby získal daňovou výjimku a přestal být považován za terapeutickou komunitu. Uzavřená komunita Synanon již neměla za cíl pomáhat svým obyvatelům žít v širší společnosti. Byl to životní program. Umožnil svému zakladateli Dederichovi osvojit si nezpochybnitelnou moc. V novinových zprávách o Synanonu (*New York Times* z 27. listopadu 1978) jsou jeho členové popisováni jako neustále se usmívající bývalí hříšníci, kteří uctívají zakladatele jako boha. Členové, zprvu jen muži, později i ženy se na znamení svého odevzdání stříhají dohola.

Když do Synanonu přijali v rámci zvláštního projektu velkou skupinu mladých delikventů, zajistili, že je s nimi velmi těžké pořízení. Poprvé bylo porušeno pravidlo o nenásilí (fyzické násilí znamenalo vyloučení ze Synanonu). Členové komunity měli právo udeřit adolescenty, když to uznali za vhodné. To byl první odklon od prvotních myšlenek. Vůdce i celá komunita podporovali podezřívavé a paranoidní myšlení. Byly zavedeny prvky bojových umění a techniky obrany. Při vstupu do Synanonu stály ozbrojené stráže. Tím, že se jeden člověk mohl stát naprostým vůdcem bez kontroly, dostala se celá komunita do jeho vlivu.

(Když autor navštívil v roce 1974 Synanon, svěčil se mu Dederich se svými obavami z toho, že jej již členové Synanonu nekonfrontují s jeho chováním. Cítil, že jej ostatní považují za poloboha. Dokonce i při hře si s ním dovolili soupeřit jen jeho žena Betty, jeho bratr a dcera. Přestože si byl vědom nebezpečí z této situace plynoucí, nezměnilo se nic k lepšímu.)

Po smrti jeho ženy Betty v roce 1977 se situace ještě zhoršila. Dederich nařídil všem ženatým či vdaným členům, aby se rozvedli a zvolili si na další tři

roky nové partnery. Dále donutil všechny muže nad 18 let, aby si nechali provést vasktomii. Dederich se rozhodl, že Synanon není dobré místo pro děti. Ve skutečnosti se možná bál konfrontace s lidmi, kteří si Synanon nevybrali jako místo pro život. V reakci na oficiální kritiku své organizace prohlásil Synanon za nezávislý na Spojených státech a pokusil se otevřít ambasádu ve Washingtonu. Dederich byl zatčen poté, když právník (který vyhrál soudní při proti Synanonu a podařilo se mu na základě soudního příkazu osvobodit odtamtud několik mladých lidí) málem zemřel na následky kousnutí chřestýše, kterého někdo umístil do jeho poštovní schránky. Byl obviněn z úmyslu způsobit smrt pomocí chřestýše. Jako důkaz byla použita nahrávka z vnitřního rozhlasového vysílání Synanonu. Po popisu aktivit právníka v nahrávce Dederich křičel: „Zabijte toho muže.“ Po několika dnech dva obyvatelé Synanonu dali do schránky chřestýše. Na základě rozsudku byl Dederich uvězněn a dostal zákaz spolupráce se Synanonem či jinou organizací zaměřenou na léčbu závislých.

Synanon porušil všechna pravidla, která chrání terapeutickou komunitu před charismatickým vůdcem, který ztratí schopnost být zdrojem morálních a etických norem (Ottenberg, 1982). I synanonská hra přestala být korigujícím mechanismem. Vedoucí Synanonu se jen zřídka účastnili shromáždění a schůzek s vedoucími ostatních programů. Synanon byl hrdý na to, že je nezávislý a nepotřebuje podporu vlády ani nadací. Kvůli tomu se vyhnul všem povinnostem jako plátcí daní či společenské organizace (Endore, 1968). To, co se stalo v Synanonu, se podobá tomu, co se děje ve všech kultech či sektách, kde se vůdce nemusí nikomu zodpovídat. Je možné předpokládat, že násilné chování takových vůdců je pokusem nalézt určité hranice. Takovým pokusem mohlo být i rozhodnutí o sterilizaci všech mužů a nuceném partnerství. Podobnou snahou nalézt určité hranice mohlo být i přání Baghwana vlastnit více než devadesát Rolls-Royců.

Co tedy chrání terapeutickou komunitu před tím, aby se stala kultem? Cílem terapeutické komunity by především měla být terapie, kvůli které byl klient přijat. Vše, co se v terapeutické komunitě děje, musí směřovat k tomuto cíli. Komunita je terapeutické prostředí, nic víc ani nic méně. Musí sloužit jedinci, který v ní žije. Program komunity musí pomáhat jedinci žít samostatně mimo tuto komunitu. Proto nemůže být moc v rukou jen jednoho člověka. Vedoucí komunity se musí zodpovídat skupině lidí mimo komunitu, kteří zastupují širší společnost, jako v organizacích, kde jsou vedoucí odpovědní výboru. Na rozdíl od kultu by se měla terapeutická komunita zaměřovat na jedinečnou identitu každého. Terapeutická komunita podporuje růst ega, kult jej potlačuje (Ottenberg, 1982).

## Zneužití moci

Ačkoliv má většina terapeutických komunit ve své organizaci zakomponované prvky, které je mají zajistit před zneužitím moci, jde vždy o potenciální nebezpečí. V případě Emiliehoeve to byl bývalý toxikoman – dočasně zvolený ředitel, který nepřipustil spolupráci s členy týmu a klienty. Také on nebyl dostatečně kontrolován supervizorem a kolegy z jiných institucí. Existuje mnoho příkladů terapeutických programů s charismatickými vůdci. Jedním z nich je program „Le Patriarch“ ve Francii, který založil Engelmayer. Tento program sledují ostatní profesionálkové s podezřením, někdy však přehánějí a nadsazené kritiky bohužel tyto programy zatlačují do ještě větší izolace.

Ke zneužití moci dochází tehdy, když člen týmu potřebuje být mocný, což je obvykle důsledek jeho vlastní nejistoty. Tyto pocity nejistoty lze do jisté míry zvládnout prostřednictvím důkladného výcvikového programu. Takový výcvik pro pracovníky terapeutických komunit je nutný jak pro profesionály, tak pro bývalé toxikomany (Vamos a Devlin, 1975; Ottenberg, 1986). Profesionálkové, jimž chybí zkušenost života v terapeutické komunitě, potřebují být určitou dobu v komunitě jako obyčejný člen, aby plně pochopili její smysl. Profesionálkové, kteří měli tvořit tým v Emiliehoeve, musí žít v sesterské komunitě jeden měsíc. Bývalí toxikomani jsou povinni absolvovat krátkodobý vzdělávací kurz na Akademii sociálních věd. Během krátké existence Výcvikového institutu pro terapeuty v oblasti závislosti v Haagu procházeli profesionálkové i bývalí toxikomani stejným programem, přičemž se učili vážit si jeden druhého.

## Vyhoření v týmu

Ale ani dobrý výcvik nedokáže zabránit pracovním problémům. V terapeutických komunitách stejně jako v dalších pomáhajících profesích se bohužel běžně projevuje syndrom vyhoření (Majoor, 1986). Projevuje se tím, že člověk začne být unavený nebo vyčerpaný velkým nárokem na výdej energie, úsilí a využití vlastního potenciálu. Obvykle se objeví po roce práce. Fyzickými znaky jsou pocity únavy, nepohoda, bolesti hlavy, žaludeční obtíže, nespavost, úbytek váhy a zkrácený dech (Freudenberger, 1976, 1980). Nacházíme ho mezi nadměrně odpovědnými lidmi, kteří mívají méně uspokojivý společenský život. Mívají velké ambice a brání se pocitům selhání. Jiným typem osob náchylných k vyhoření jsou ti, kteří potřebují mít vše natolik pod kontrolou, že o nikom pak nelze říct, že by pracoval tak dobře jako oni. Musí udělat všechno sami. Zvláště vedoucí programů jsou tímto ohroženi. Mohou se stát tím jediným, kdo dokáže napsat návrh, setkat se s reportérem, jednat se starostou, vést výcvik týmu a žádat nadace o peníze. Navíc musí stále přecházet

z jazyka a kultury terapeutické komunity do kultury vnějšího světa. Freudenberg uvádí:

Ve výcvikové hodině je možné vyslovit výraz „do prdele“. Říct to v televizním vysílání by byla katastrofa. Aby se dotyčný vyvaroval takové chyby (zvláště když jsou to slova jeho běžné mluvy), musí vynaložit velké úsilí a koncentraci. Chování člověka trpícího vyhořením se mění. Snadno se rozčílí a stává se podezřívavým. Jeho paranoidně laděné myšlení ještě zhoršují pocity neschopnosti. Někdy se pouští do riskantního jednání. To může vyústit do takových situací, které vedou k výpovědi, například užívání drog nebo sex s členem komunity. Jiným projevem může být to, že se dotyčný uzavře jakékoli změně a chová se rigidně. Změna bývá pro vyčerpané lidi ohrožující. Dalšími signály vyhoření jsou cynický přístup, nicnedělání, nadměrné trávení času v práci a přitom méně výsledků.

Podle Freudenberga není příliš dobré poslat takového člověka do skupinové terapie. Potřebuje spíše soucit a podporu. Skupinová terapie by mohla jen zvýšit stres, který prožívá.

K předcházení syndromu vyhoření mohou přispět následující opatření:

1. Kvalitní proces výběru pracovníka.
2. Přecházení lidí ve funkcích, pracovník nemusí dělat stejnou práci zas a znovu.
3. Výchova týmu k delegování odpovědnosti.
4. Kvalitní využití volného času.
5. Dostatečná doba na dovolenou.
6. Vysílání členů týmu na výcvikové workshopy a konference.
7. Udržování týmu v dobré fyzické kondici, povzbuzování ke sportům, které vedou k fyzické únavě.

## **Dobrovolníci**

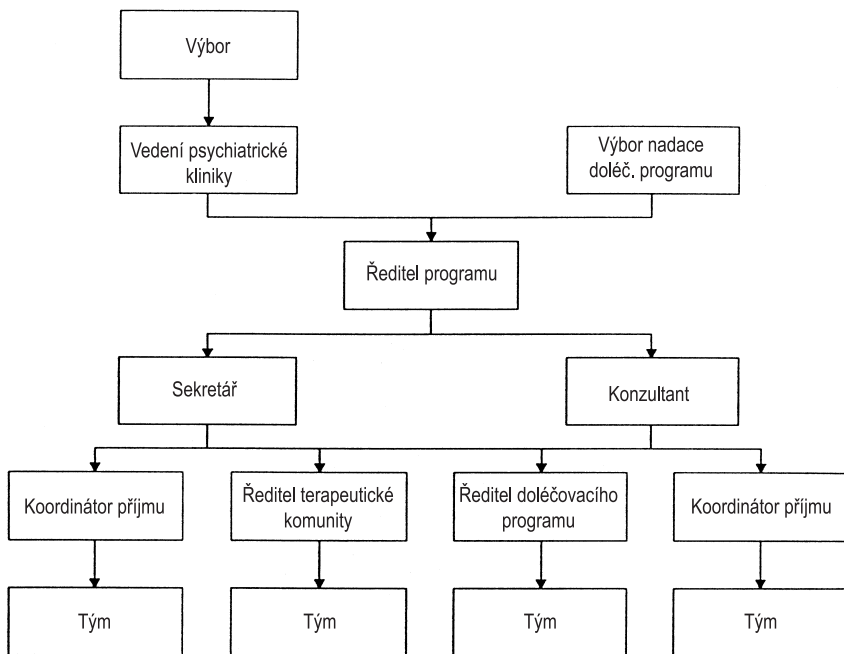
Při využití dobrovolníků je třeba velké obezřetnosti. Před zařazením do programu je nezbytné prověřit jejich motivy, zvláště pokud mají problematické zaměstnání. Práce s toxikomany může přitahovat lidi, kteří potřebují zapomenout na vlastní trápení a komplikovaný osobní život. Toxikomani jsou jednoznačně lidé, kteří jsou na tom hůř než oni. Práce s lidmi, kteří jsou na tom špatně, pomáhá zapomenout na vlastní starosti. To ale může zabránit skutečné změně. Takoví dobrovolníci mohou nevědomě udržovat člověka, kterému „pomáhají“, ve stejné pozici. Zdravý člověk by je mohl konfrontovat s jejich vlastní beznadějí. Tento jev se nemusí týkat jen dobrovolníků, i placení pra-

covník může mít takovou nevědomou potřebu zabývat se lidmi, s nimiž si sám bude připadat lepší. Dobrovolníci nejsou placeni, a proto je pravděpodobnější, že prací budou uspokojovat takovou nevědomou potřebu. Na druhé straně je zřejmé, že dobrovolníci mohou být velmi užiteční jako zástupci vnějšího světa. Měli by procházet výběrem a pokud možno i výcvikovým programem.

## Struktura týmu terapeutické komunity

Během prvních deseti let existence terapeutické komunity Emiliehoeve se struktura týmu značně změnila. První půlrok byl tým organizován horizontálně. Rozhodnutí dělal vždy celý tým společně. Odpovědnost nesla celá skupina, takže nikdo nenesl odpovědnost sám. Psychiatr, který komunitu založil, byl jedním z týmu. Vnější společnost i nemocnice, ke které Emiliehoeve patřila, ovšem považovali psychiatra za zodpovědného zástupce. Podle zákona byl skutečně zodpovědný za léčbu. S tímto vědomím nakonec psychiatr váhavě roli vedoucího komunity přijal. V září roku 1973 (půl roku po zahájení programu)

**Obrázek VI.** Struktura týmu v terapeutickém programu Emiliehoeve

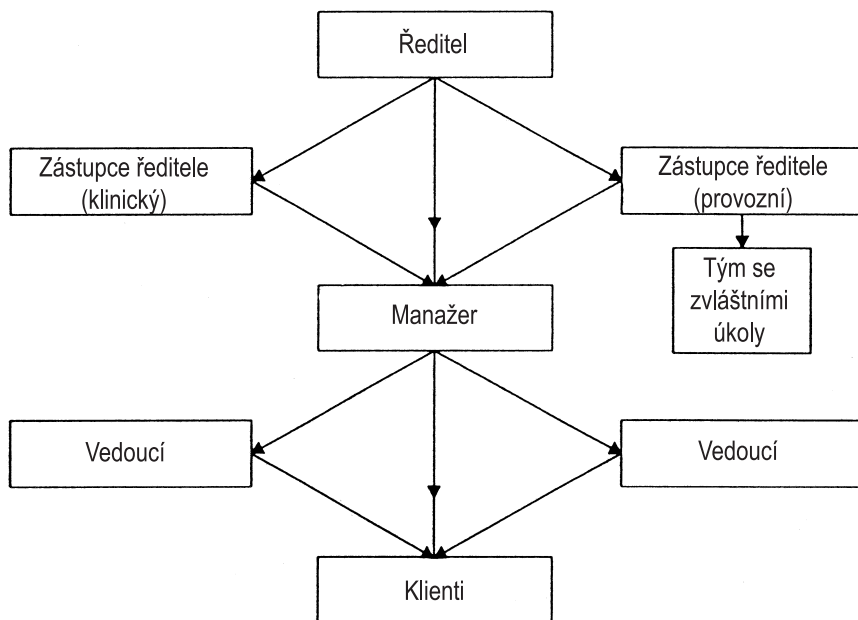


byl tým sestaven hierarchicky – psychiatr se stal ředitelem, psycholog a jeho žena byli jeho zástupci (pověření vedením terapeutického týmu a speciálními týmovými povinnostmi), dále zde byli sociální pracovník, správce farmy, vedoucí dílny a sekretářka. V roce 1974 dostal jeden člen terapeutického týmu zvláštní úkol – vytvořit program pro rodiče klientů. V roce 1976, když se program stal terapeutickou komunitou s 45 klienty a 20 pracovníky v různých funkcích, byla struktura týmu následující viz obrázek VI. str. 79.

Programovým ředitelem byl psychiatr, který byl zcela zodpovědný za terapeutický program. Zodpovídal se vedení kliniky, jejíž součástí Emiliehoeve byla, a výboru nadace pro doléčovací program. Programy pro rodiče vedl tým preventivního oddělení. Ředitel programu byl také vedoucím samostatného denního programu „Het Witte Huis“ v Haagu. Šlo o program organizovaný podle vzor Emiliehoeve v rámci jiné instituce. Programový ředitel se spolu s vedoucími a koordinátory setkávali jednou týdně.

Struktura týmu terapeutické komunity byla následující (obrázek VII.):

**Obrázek VII.** Struktura týmu terapeutické komunity





Členové komunity měli prostřednictvím své hierarchické struktury přímý kontakt s jedním ze dvou vedoucích (*supervisor*) nebo s manažerem. Zástupci ředitele byli navzájem zastupitelní. Nicméně každý z nich měl na starosti organizaci praktických záležitostí a vedl tým lidí s určitými úkoly – např. vedoucího dílny, vedoucího farmy a učitele. Na krátkou dobu tam byl také vedoucí pro údržbu oddělení. Druhý zástupce měl na starosti spíše terapeutické aktivity – plánování a vedení speciálních skupin, organizaci hodnocení klientů a vedení týmu. Manažer řídil každodenní činnost za pomoci vedoucích. Tento model struktury odpovídal obdobné hierarchii mezi členy komunity. Byl vytvořen podle vzoru amerických komunit. Psychiatr ve výcviku měl v týmu zvláštní postavení. Byl podřízen zástupci ředitele, ale samotné lékařské otázky konzultoval přímo s psychiatrem – ředitelem programu.

Po odchodu dočasného ředitele ze zahraničí se ředitelem Emiliehoeve stal absolvent komunity. Byl dobrým terapeutem, ale postrádal řídicí schopnosti. Po roce se jeho zástupce stal spolu-ředitelem. To bylo v souladu s tendencí zavádět ve zdravotnických zařízeních duální řízení, ve kterém se dělily terapeutické a organizační záležitosti. Ředitel byl zodpovědný za terapii, spolu-ředitel za organizační a manažerské úkoly. Zatímco v nemocnicích tento model fungoval, v Emiliehoeve ne. Není to dobrý model řízení pro terapeutické komunity, protože v terapeutické komunitě jsou všechny aktivity součástí terapie – skupiny, úklidy, vaření, údržba budov. Členové komunity jsou odpovědní za chod celého domu – to je součást terapie. Po několika letech různých snah byl určen jeden ředitel Emiliehoeve. Ukázalo se, že je důležité, aby ředitel byl nejen dobrým terapeutem, ale aby měl i nezbytné organizační schopnosti. Ty jsou o něco důležitější než kvality terapeutické. Pro vedoucí na všech pozicích jde o naprosto nezbytné dovednosti. To se ukázalo i v případě výcvikového institutu, kde byl ředitel vybrán pouze na základě terapeutických schopností. Když při výběru nevezmeme do úvahy organizační nadání, dopustíme se chyby, ze které se může stát katastrofa.

## **Encounterová setkání týmu**

V programu Emiliehoeve se celý tým setkává jednou týdně na encounterové skupině, obvykle před poradou. Bez těchto setkání by konflikty zůstaly nevyřešeny. Jako užitečné se ukázalo mít na setkání někoho zvenku (například konzultanta), který tato setkání čas od času vedl. Jinak obvykle vedl encountery ředitel. Tím se předešlo konfliktům mezi týmem a ředitelem. Často jde o pouhé agresivní emocionální útoky směřující k vedoucímu, které však nevedou k řešení. Týmové skupiny tak zabraňují iracionálním postojům v týmu. Lze tak předejít některým problémům a jiné řešit. Nedaří se však takto zvládnout všechny.

## Setkání celého týmu

Když se Emiliehoeve rozrostla a tým začal pracovat na různých odděleních, ukázalo se, že je nezbytné organizovat setkání všech. Od roku 1976 se takové schůze konaly několikrát do roka společně s týmem sesterského programu – denního centra „Het Witte Huis“. Tato setkání byla zpočátku reakcí na krizi spojenou s ředitelem terapeutické komunity, který se izoloval od zbytku týmu. Cílem bylo zabránit rozštěpení jednotlivých oddělení. Mělo také dojít k sjednocení aktivit zaměřených na léčbu závislostí v Haagu. Přestože je spojoval jeden ředitel, jednalo se o tři různé organizace: psychiatrickou kliniku Bloemendaal (ke které patřily detoxifikační centrum „De Weg“, terapeutická komunita Emiliehoeve a preventivní program), centrum léčby závislostí Zeestsraat (ke kterému patřilo denní centrum „Het Witte Huis“ a ambulantní příjmové centrum) a nadace doléčovacího programu „Maretak“. Na jednom z prvních setkání byl vytvořen výbor skládající se ze členů týmů všech oddělení. Kromě debat o zaměření programů (například přístup k pracovníkům – členům sekt) se pořádaly také neformální setkání. Jednou ročně se konal experimentální workshop, který vedl lektor mimo komunitu, a jednou za rok jel tým na zátěžovou akci spojenou s horolezectvím, sjížděním řeky a tábořením po několik dnů. Tyto akce měly dobrý preventivní efekt a udržovaly tým jednotný. Rozštěpení týmu má pro program katastrofální následky. Ihned se negativně projeví na klientech.

V jedné švédské studii se prokázala jasná korelace mezi nízkou úspěšností klientů a předčasnými odchody a krizí týmu (Franeer, osobní sdělení, 1976). Stabilita týmu má pro program obrovský význam. „Klienti nemohou přerůst úroveň týmu“ – říká se v terapeutických komunitách. Týmovou situaci podporují také dobrý výcvik, zvyšování kvalifikace, možnost konzultací a vzájemné konfrontace.

V průběhu programu v Emiliehoeve prošel tým negativními i pozitivními momenty. Za ty pozitivní lze zmínit následující:

1. V mnohém pomohli vnější konzultanti. Poskytovali rady týmu prostřednictvím ředitele. Šlo o exusery z terapeutických komunit ve Spojených státech a Anglii. Zvláště v prvních letech měla jejich práce obrovský význam. Jejich doporučení bylo možné přijmout či odmítnout, odpovědnost ležela v rukou ředitele programu.
2. Na rozdíl od amerických programů byli v rámci komunity zaměstnáváni i profesionálové, kteří nepatřili k terapeutickému týmu. Měli na starost práci v oddělení komunity (farmu, údržbu a dílny), učitel vedl výuku základního vzdělání a speciální vedení individuálních případů. Nepodíleli se na terapeutických či režimových aktivitách, sloužili spíše jako představitelé vnější společnosti.

3. Stáže začínajících psychiatrů, kteří v komunitě působili vždy jeden rok, při spěly ke zlepšení komunikace s běžným lékařským společenstvím.
4. To, že ředitelem programu byl psychiatr, přispělo zvláště v začátcích k tomu, že program nebyl považován za nevědecký či neprofesionální.

Některé negativní zkušenosti:

1. Když se ředitelem programu stal cizinec, vznikly problémy s komunikací, zvláště proto, že neuměl holandsky. V této době se komunita dostala do izolace a zesílily stávající paranoidní tendence.
2. Komplikace přinášelo, když v týmu pracovali partneři či manželé, což se ve dvou případech stalo. Tým je vnímal jako jednotný pár. Situace vyústila v krizi partnerského vztahu. Když jeden z nich konfrontoval klienta, předpokládal, že stejné výhrady uslyší i od druhého z páru.
3. Mít v týmu příslušníky menšin je skvělé, zvláště jsou-li představitelé menšiny zastoupeni i v komunitě. Neměli by ale v týmu představovat většinu (tedy ne například většinu černých nebo homosexuálů), protože klienti potřebují mít v týmu komunity reálné zastoupení vnější sociální struktury.
4. Absolventi komunity jako členové týmu jsou pro komunitu důležitými vzory. Když ale začnou pracovat ve stejném programu, kterým sami prošli, je obtížné měnit původní vztahy klient–terapeut. Je proto vhodnější zaměstnávat absolventy jiných komunit.
5. Absolventi komunit, kteří za sebou nemají zkušenost se zaměstnáním mimo komunitu a kteří nemají dostatečné vzdělání, se stávají příliš závislí na své práci v komunitě. Nelze jim poskytovat práci v komunitě do šedesáti let, a tak je nezbytné jim dát možnost alternativního zaměstnání.

## Limity terapeutické komunity

### Negativní a pozitivní motivace

V léčbě závislých se setkáváme s jednou podstatnou skutečností – závislost je důsledek rozhodnutí užívat drogy nebo alkohol, které slouží k řešení nepříjemných pocitů, které mohou mít nejrůznější příčiny. Užívání samo má svou funkci. Když se závislý rozhodne pro léčbu v terapeutické komunitě, vyplývá z toho, že musí přestat drogy brát. V důsledku toho se střetne s řadou nepříjemných pocitů, kterým se již nemůže prostřednictvím drog vyhýbat. Tak v něm roste nutnost rozhodnout se mezi nepříznivými důsledky užívání drog nebo nepříznivými důsledky abstinence. První podmínkou úspěšné léčby je vyřešení této otázky ve smyslu života v abstinenci. Toto rozhodnutí není nikdy absolutní. Vždy jde o určitou ambivalenci.

Co přispívá k tomu, že se někdo rozhodne vzdát se účinků drogy, a co ovlivňuje jeho motivaci k léčbě? Negativní výsledky terapie se často přičítají nedostatku motivace ze strany klienta. Několik autorů nicméně zdůrazňuje význam role terapeuta při léčbě klientů označovaných za nevléčitelné. Aby lidé s nálepkou neléčitelných začali věřit v možnost úspěchu, musí získat nějakým způsobem naději (Bratter, 1978; Walburg; 1984; Schaap, 1985). Důležitým faktorem bývá tlak situace. Jde o tlak partnera, rodiny, zaměstnání nebo zákonné moci. Může jít i o nedostatek drog, zdravotní somatické problémy, potíže s bydlením.

Pozitivní motivací míníme rozhodnutí jít do léčby na základě touhy po pozitivním životě bez drog a alkoholu – nikoliv jen na základě vnějšího tlaku. V době nástupu do terapeutické komunity se s pozitivní motivací setkáváme jen zřídka, obvykle se vytváří až po několika měsících pobytu v komunitě (Kooyman, 1975c).

Motivaci založené na převážně vnějších faktorech můžeme říkat negativní motivace. Užívání drog a alkoholu působí člověku mnoho problémů. Negativ-

ní motivace k léčbě může být založena na tom, že rozhodnutí jít do léčby vede ke zkrácení nebo přerušení trestu. Když nejde o trestné činy jako vražda, obchod s drogami, loupežné přepadení, můžeme zvážit přijetí do terapeutické komunity. Jde však o něco jiného než o nařízenou léčbu. Klient se musí rozhodnout. Může uprchnout z komunity a nikdo ho nebude pronásledovat. Když se však nevrátí do 48 hodin, tým musí informovat policii.

## **Nařízená léčba**

Přání skončit s drogami nebo jít se léčit většinou v klientovi nevznikne jako čistě svobodné rozhodnutí. Obvykle jde o nějaký zdroj vnějšího tlaku. Někdy lze úspěšně využívat určitého zákonného tlaku, který dovede klienty k léčbě (Brown a kol., 1987). Efektivita nařízené léčby má však své meze. Někteří autoři jsou toho názoru, že nařízená léčba je lepší než žádná. Ausubel (1972) pohlíží na závislost jako na infekční nemoc. Při řešení epidemií infekčních nemocí se nařízená léčba užívá. Závislý v léčebně již nemůže fungovat jako zdroj další infekce.

Jiní naopak tvrdí, že závislé nelze měnit násilím. Heckman (1986) připouští, že tlak zákona může vést závislého až k rozhodnutí jít se léčit. Na druhé straně zmiňuje, že tento nátlak je často příliš silný a má opačný efekt. Heckman k tomu ještě namítá, že málokteré prostředí je pro motivaci tak vražedné, jako vězení. Ve vězení je hlavní věcí přežít v restriktivním prostředí. U závislých, kteří se obávají léčby v době trestu, vede uvěznění k rebelii a obraným reakcím. Touto cestou lze ve vězení motivaci zničit.

Nařízená léčba není nic nového. Před uvedením zákona o léčbě narkomanů v platnost v USA v roce 1962 byla nařízená léčba jedinou možností. Konala se pouze ve dvou federálních nemocnicích - Lexington a Fort Worth (Platt, 1986). První výsledky následného šetření mezi propuštěnými pacienty z Lexingtonu vypovídaly o pozitivním efektu. Pescor (1943) zjistil, že 24% mužů propuštěných mezi prvním ledem 1936 a prosincem 1940 abstinovalo. Nejlepší výsledky vykazovali ti, kteří prošli nařízenou léčbou jakéhokoli druhu (ze skupiny abstinujících bylo 55,7% dočasně propuštěno a 38,6% v podmínce). V tomto výzkumu participovalo 60% z celkem 4766 bývalých pacientů. V obdobné studii zkoumali Hunt a Odoroff (1966) 1912 lidí z New Yorku po léčbě v Lexingtonu, kteří byli propuštěni mezi 15. červnem 1952 a 15. prosincem 1955. Informaci získali od 98% cílové populace. Shledali zde vysoký výskyt relapsů. Nižší počet relapsů vykazovali ti, kteří prošli i nařízenou následnou péčí (91,1% vs 85,7%). V katamnestické studii sledující pacienty-muže z Lexingtonu po 12 let po propuštění zjistili údaje o 98% populace propuštěných v období mezi srpnem 1952 a lednem 1953. Vaillant (1966) mezi nimi shle-

dal relaps v 90%. V době kontaktu tvořila skupina abstinujících nebo mrtvých 46%. Pacienti v dobrovolné léčbě měli relaps v prvním roce v 96%. Ovšem 67% z nich neprošlo relapsem v prvním roce po léčbě v případě, že absolvovali přinejmenším 9 měsíců léčby a rok nařízené následné péče po propuštění.

Uvedené výsledky nám nedávají odpověď na to, zda úspěšné případy byly výsledkem léčby či nikoliv. V roce 1973 byly obě nemocnice uzavřeny. Nejen kvůli problematickým výsledkům léčby. Na konci šedesátých let vznikaly programy ve městech a obcích. Hlavním trendem těch let byla deinstitucionalizace. Vzniklo také množství terapeutických komunit, kam mohli nastoupit závislí dobrovolně nebo mohli být doporučeni ze strany represivního aparátu. Rovněž se začaly objevovat metadonové programy.

Jak už bylo naznačeno, zdá se, že výsledky nařízené léčby se v mnohém neodlišovaly od výsledků léčby dobrovolné. V článku o výsledcích terapeutických programů ve federálních věznicích se uvádí, že proměnné léčby jen velice málo korelují s úspěchem pacienta po propuštění. Bylo ale také zjištěno, že někteří závislí, kteří docházeli na setkání v rámci nařízené následné péče, byli mnohem úspěšnější než ti, kteří tuto možnost mohli využít svobodně. Petersen (1974) uzavírá práci tím, že nařízená hospitalizace kombinovaná s nařízenou ambulantní terapií může být velice efektivní. Ve svém popisu programu v Kalifornii přisuzuje Kramer (1972) slabé výsledky terapeutického programu tomu, že šlo o součást nápravného systému a v důsledku toho nebyl program dostatečně pružný a nevyužil nové metody léčby. V USA vzniklo v posledních dvou desetiletích mnoho terapeutických zařízení pro toxikomany před nástupem trestu. Týká se to především mladších a poprvé trestaných vězňů - ty může k léčbě doporučit krajský prokurátor (Brown a kol., 1987).

Terapeutické komunity v USA přijímaly toxikomany z vězení od samého počátku. Závislý má možnost výběru mezi léčbou a vězením. Stále ještě jde o určitou svobodu volby (Deitch a Zweben, 1979). Může se rozhodnout kdykoli odejít z programu s vědomím, že tým uvědomí policii. Existuje poměrně silný právní tlak, který rozlišuje mezi nařízenou léčbou, kde závislý nemá žádnou volbu a musí se jen řídit programem. Obvykle se terapeutický program koná mimo prostředí pro toxikomany běžné. Terapeutický program probíhá spolu s ostatními. Výsledky nenaznačují, že by šlo o dvě zásadně odlišné skupiny (Rosenthal, 1977; De Leon, 1987).

Vznikaly i terapeutické komunity přímo ve vězení. Klienti si tam mohli podat žádost o přijetí v případě uvěznění (Chinlund, 1978; Wexler, 1986). Většina z nich ale po čase zanikla. Mezi jejich problémy patřilo to, že nebyly dostatečně odděleny od atmosféry vězení, ostatní personál nerozuměl, co se tam děje, neexistovaly adekvátní doléčovací programy a následná péče. V roce 1977 vznikl v New Yorku systém umístěný částečně ve vězení (ve vstupní fázi) a částečně mimo - v existujících terapeutických komunitách sedmi velkých

organizací. Tento program se jmenoval „Zůstat venku“ a vytvořil možnost přejít postupně z vězeňského systému do terapeutické komunity mimo vězení.

V současné době v Holandsku terapeutické komunity přijímají klienty z nápravných zařízení. Klienti o přijetí musí zažádat sami a mohou nastoupit do komunity dříve než jsou odsouzeni. Jejich případ je pozastaven na dobu čtyř až pěti měsíců, po kterých dojde opět k projednávání a klient se vrací buď do vězení, nebo dostává snížený trest za podmínky, že zůstane v léčbě. Jinou možnost mají ti, kteří po odsouzení mohou poslední půlrok trestu strávit v komunitě nebo jiném zařízení.

V Německu vznikla pro nařízené léčby speciální zařízení. Tyto programy musí představovat alternativu užívání drog. Při dostatečně dlouhém pobytu (přinejmenším devět měsíců) se polovina klientů výrazně zlepšila (Pachelke a kol, 1986). Jongsma (1986) prohlašuje, že terapie v rámci nařízené léčby může být efektivní jen tehdy, když je direktivní charakter léčby kombinován s rodičovskými postavami, které dávají bezpečné hranice. Pouhé stanovení hranic bez stimulující lásky místo růstu povede k inhibici.

Scholer (1986) popsal proces, ve kterém se v terapeutické komunitě Persat Pertolongan v Malajsii změnil program z původního boje za práva drogově závislých na dobrovolnou léčbu do přijetí nařízené léčby. Vzhledem k tomu, že většina závislých nastupovala v dosud intoxikovaném stavu a neschopna jakéhokoli rozhodnutí, změnil tým zcela svou strategii. Nařízené léčby přivedly k léčbě nemotivované toxikomany, kteří v léčbě zůstali dostatečně dlouho, aby je tým spolu s ostatními klienty mohli motivovat. Právní systém uvolnil pracovníkům ruce v tom, že mohli s novými klienty zůstat dost dlouho, případně přesvědčit jejich rodiče, že ještě není čas nato, aby jejich dítě program ukončilo. Na druhé straně je důležité, aby se tým zaměřoval stále na budování nového a pozitivního životního stylu – nejen na to, aby klient v takové léčbě pouze setrval. Scholer srovnává nedobrovolnou léčbu s běžnou situací, ve které rodiče posílají dítě do školy, která je také povinná, ale jde o povinnost smysluplnou.

Nařízená léčba se jistě nikdy nestane jediným řešením problému závislosti. Někteří těžcí narkomani jsou rezistentní vůči léčbě i v podmínkách, které jim neumožňují se léčbě vyhýbat a unikat. Tak je tomu například v Singapuru, kde vznikl systém umožňující zařadit do šestiměsíčního programu všechny závislé, které zachytí policie.

Na druhé straně může mít nařízená léčba lepší výsledky než léčba žádná. Vzhledem k tomu, že zařízení pro dobrovolnou léčbu například v Amsterodamu mají seznamy čekatelů, není nařízená léčba právě prioritou. Terapeutická komunita je jako tlakový hrnec. Vyvolává stres v člověku, který už nemůže reagovat užíváním alkoholu, drog, odehráváním negativního chování nebo izolací. Jediná pozitivní reakce na tlak – útek – není v nařízené léčbě možná. Dočasný únik z komunity může být nutným pokusem, jak si ulevit, když se vše

zdá být nesnesitelné. Když ani to není možné, situace se podobá parnímu stroji bez pojistného ventilu. To znamená, že v terapeutické komunitě, ze které nemůže člen uniknout, je třeba zajistit, aby tlak nebyl příliš velký.

Když si klient může vybrat mezi vězením a komunitou, tato nevýhoda není tak značná. Klient se může stále rozhodnout o přerušení léčby, i když to pak znamená možné uvěznění. Je to velice odlišné od soudem nařízené léčby, ve které je závislý zbaven odpovědnosti za rozhodnutí. Vybrat si mezi léčbou nebo vězením není zas tak odlišné od rozhodování mezi léčbou a vyhazovem z práce, rozvodem nebo vyhozením z domova (Kooyman, 1977).

## Posilování motivace

Terapeutický proces po nástupu do komunity může zlepšit motivaci k setrvání v léčbě a změně chování. Také se mění původně negativní motivace na pozitivní. Zde rozhodují následující tři faktory:

1. Poukazování na negativní stránku – mizérii závislosti. Měli bychom závislého konfrontovat s tím, jak popírá realitu – zvláště její bolestivou stránku.
2. Budování naděje. Přítomnost uzdravených toxikomanů v přijímacích pohovorech podtrhuje poselství, že úzdava je možná.
3. Kladení požadavků. Chceme po klientech, aby dokázali svou motivaci prostřednictvím dílčích úkolů. Tak jim ukazujeme, že něco už dokáží.

I léčba sama je přitažlivější, když kvůli ní musí adept něco udělat. Zde je příklad z Emiliehoeve. Mnohem více klientů z prvních pohovorů nastoupilo do komunity, když jsme po nich požadovali splnění určitých úkolů, než když jsme je v prvním roce existence přátelsky přesvědčovali, že by bylo dobré, aby nastoupili. Na otázku, proč chce přestat brát, nemusíme dostat upřímné odpovědi, ale způsobíme, že klient jedná, jako by chtěl skutečně přestat. Tím, že musí vysvětlit proč, jeho motivace může sílit. Nejeftektivnější cestou, jak uvést klienta do komunity a zlepšit jeho motivaci k léčbě, je využití skupinových vstupních setkání, která řídí tým s pomocí starší členů komunity.

Jongsma a Van der Velde (1985) prokázali, že takzvaný vysoký práh terapeutických komunit je mýtus. Zjistili, že v terapeutických komunitách se léčí stejný typ klientů jako v tzv. nízkoprahových programech, které na ně kladou jen malé nebo žádné vstupní požadavky.



## Indikace a kontraindikace k léčbě

Terapeutické komunity jsou typem terapie pro určité toxikomany. Pro jiné být vhodné nemusí a pro některé mohou být kontraindikované. Cancrini (1985) ve své studii závislých a jejich rodin došel k názoru, že terapeutické komunity jsou nejlepším řešením pro závislé z velmi problematických rodin, děti ekonomicky a kulturně deprivovaných žen, které byly často umístěny ve státních zařízeních. Toxikoman, který přijal fetácký životní styl, potřebuje nepřetržitě působící prostředí, které dokáže přestrukturovat jeho život a vybudovat nové osobní hodnoty, které povedou k řádnému životu bez drog a zločinu. Závislí, kteří stále ještě žijí ve stabilním sociálním prostředí, mají práci a zdravý rodinný systém, takový intenzivní program, jakým je terapeutická komunita, někdy nepotřebují. Může se jim dařit v ambulantním programu. V takovém případě je ale nezbytné zahrnout do terapie rodinu a partnery (Kooyman a van Steijn, 1990).

Léčba v terapeutické komunitě je v zásadě pro všechny klienty stejná. To již samo o sobě limituje její terapeutické možnosti. Hlavním terapeutickým prvkem je komunita sama. Jeden typ komunity navíc není vhodný pro všechny klienty. Pro různé závislé existují různé modely. O omezeních jednotlivých typů komunit toho není moc známo. Existují specifické komunity pro adolescenty, kde je víc příležitostí ke vzdělání, sportům a rekreaci než v běžných komunitách. Jiné komunity byly vytvořeny pro černochoy, Latinoameričany a homosexuály. Jsou speciální komunity pro závislé se specifickými psychiatrickými problémy, jako jsou hraniční poruchy osobnosti. Jsou také komunity jen pro ženy. Některé ženy byly obětí násilí a muži jim ubližovali natolik, že léčba mezi muži by nebyla vhodná – alespoň v první fázi.

Kontraindikace k léčbě v komunitě lze rozdělit na absolutní a relativní (Schaap, 1987). Absolutně je léčba kontraindikována pro následující typy závislých:

- Mentálně retardovaní s takovým deficitem, který jim znemožňuje rozumět pojetí programu. Klient samozřejmě nemusí být extrémně bystrý či inteligentní. Intelligence, díky níž většina toxikomanů na ulici přežívá, je pro život v komunitě zcela dostačující.
- Pacienti trpící schizofrenií, s paranoidními stavy, s panickými atakami nebo lidé s manio-depresivní psychózou. Je nezbytné, aby člověk disponoval dostatečnou schopností testovat realitu a schopností nést odpovědnost za vlastní jednání.

## Relativní kontraindikace k přijetí

- Extrémní sociopatické chování spolu s neschopností budovat objektivní vztahy.
- Lidé, kteří relapsovali po absolvování programu. Pro tyto lidi je často obtížné překonat pocity selhání, když došlo k relapsu po ukončení programu. Pro ně může být vhodné vstoupit do jiné komunity nebo jiného programu s jiným týmem.
- Vážný fyzický nedostatek znemožňující určité aktivity v komunitě.
- Nedostupná alternativa. Když je hlavním důvodem k přijetí to, že v dané lokalitě neexistuje skutečně potřebná terapeutická modalita.
- Věk: když je věk v komunitě mezi 18 a 35, nemají starší či mladší členové k dispozici vrstevníky, s nimiž by se identifikovali.
- Jazyk: ve většině případů je rozdílný jazyk jen dočasným problémem. Terapeutická komunita je prostředím, ve kterém se člověk může učit jazyk velmi snadno.

Je třeba vytvořit určité terapeutické komunity pro potřeby specifických skupin závislých, jako jsou pacienti s AIDS nebo hraniční poruchy (Osterhues, 1990). Kromě specializovaných komunit pro specifické skupiny neexistuje mnoho informací o tom, pro který typ klientů jsou vhodné určité typy komunit. Kromě psychiatrických problémů existuje pro přijetí do komunity jen málo kontraindikací. Sebevražedné nebo automutilační tendence mezi kontraindikace nepatří. Tyto formy chování obvykle po přijetí do komunity mizí díky strukturovanému prostředí.

Aby program terapeutické komunity měl pro klient dostatečný přínos, musí probíhat dostatečně dlouho. Délka času stráveného v komunitě je v naší studii hlavním předpokladem pro úspěšný výsledek. Lidé s tendencí k vypadnutí z léčby a ti, kteří se ještě nerozhodli k životu bez drogy, budou mít horší léčebné výsledky. Terapeutické komunity nejsou jediným řešením problému s drogovou závislostí. Jsou i jiné způsoby, jak zvládnout závislost. Komunita je však řešením pro mnoho závislých, zvláště pro ty, kteří ve svém okolí nenacházejí dostatek pozitivních faktorů.

## Výsledky léčby

### Terapeutické komunity pro závislé a výzkum

Terapeutická komunita je ve světě pomáhajících institucí poměrně mladým členem. Vznikla, aby vyplnila chybějící článek – naplnila potřebu lidí, kterým stávající odborné instituce nemohly pomoci a kteří byli odcizeni „normální“ společnosti. Odstup je významný a často opomíjený prvek v procesu uzdravy. Ke zdravému růstu, jako u každé dospívající bytosti, je nutné objektivní vědění. Je potřeba si zachovat určitý odstup, není možné se uzavřít do sebe bez rizika zániku. V prvních letech budování terapeutické komunity je třeba velkého nadšení. Ke stabilnímu fungování komunity potřebujeme ale víc než jen neustálou kreativitu. Je třeba sebehodnocení a vyvážený podíl subjektivních a objektivních faktorů. Tato rovnováha se začala v amerických komunitách prosazovat prostřednictvím začlenění profesionálů do původně svépomocného procesu. Dalším krokem bylo využití vědeckého výzkumu k výkladu toho, co se děje – nejen pro potřeby terapeutické komunity, ale i pro okolní svět. Nadšené přesvědčení lidí, že terapeutická komunita pomáhá, nestačí. Je nezbytné disponovat jasným vzhledem do procesu, což umožňuje vědecky koncipovaný výzkum. V oblasti komunit bylo možná příliš mnoho symptomů připomínajících náboženské zanícení a fenomény kultu či sekty.

Mnoho terapeutických komunit nedůvěřuje vědě. Terapeutická komunita pracuje. Tým často nedokáže přijmout fakt, že komunita nemůže pomoci všem. Když někdo nepřijímá možnost selhání a naznačuje stoprocentní úspěšnost, dostává se do oblasti černobílých soudů a jeho práce se vymyká logice důsledků a odpovědnosti. Věda odmítá myšlení v absolutních soudech a místo toho pracuje v rámci pravděpodobností a předpokladů. Vezměme si například kritérium „míry úspěšnosti“. Mnoho terapeutických komunit se ve skrytu obává, že jejich úspěch se neblíží 100%. Terapeuti se bojí toho, že kdyby při-

pustili nižší čísla, ohrozili by svou existenci. Vědecká metoda však přichází s otázkou: „Jaká je pravděpodobnost úspěchu?“ Závislost jako chronická nemoc – se kterou ji můžeme srovnávat – má relativně nízkou míru vyléčitelnosti bez ohledu na metodu léčby. Pokud pomůžete 30% lidem, kteří vás vyhledají kvůli drogové závislosti, na dobu alespoň tří let po léčbě, pracujete dobře. Mnoho pracovníků terapeutických komunit to neví, a proto se obávají jakéhokoli čísla, které by bylo menší než 100. Názor, že to pomůže „možná jednomu“, je druhým extrémem – vědecký výzkum přitom ukazuje, co je skutečně možné, a poskytuje tak objektivní standardy pro funkci komunit i vzhledem ke skeptickému světu.

Zavedení vědeckého přístupu může přispět k zachování hnutí terapeutických komunit. Tvrdá data o úspěšnosti i limitech mohou být užitečnými argumenty. Bez vědy se z komunit může stát něco nostalgického (ty staré dobré časy), něco historického, co patřilo do určité doby a přežilo se. Má-li se myšlenka terapeutické komunity rozvíjet, musí mít svou historii. Věda pracuje s daty a dokumenty. Terapeutická komunita vědecky vedená musí vést dokumentaci a záznamy, aby disponovala možností sebereflexe. Nejde jen o pouhé zaznamenávání – musí být také schopna odpovídat na kladené otázky. Terapeutické komunity by se neměly jen vracet ke svým kořenům prostřednictvím vyprávění o minulosti, ale namísto toho by měly provádět dlouhodobé katamnestické studie klientů zaměřené na jejich další životní osud (Kooyman, 1986).

## **Výzkum efektivity ve Spojených státech**

V průběhu posledních dvaceti let proběhla řada studií, které zkoumaly výsledky práce terapeutických komunit. Byly provedeny výzkumy, které využívaly osobních rozhovorů s bývalými klienty. Mnoho z těchto studií se zaměřilo pouze na ty klienty, kteří ukončili léčbu. Collier (1970) vedl například rozhovory s absolventy Daytop Village v šedesátých letech. Z 38 osob, které rok předtím ukončily program, jen 4 měly relaps. 11 z 38 však pracovalo v rámci Daytop Village. 17 bylo zaměstnáno jinde, jeden pracoval v jiném léčebném programu a u 5 bylo zaměstnání neznámé. Casriel a Amen (1971) provedli také výzkum absolventů Daytopu: 90% neprodělalo v následujícím roce relaps, 25% mělo zaměstnání mimo léčbu závislostí. V roce 1971 proběhl rozsáhlejší výzkum většího počtu absolventů Daytop Village. Opět bylo zjištěno, že 90% z 250 osob nezaznamenalo relaps. V této studii se výzkumníci zaměřili i na skupinu lidí, kteří program opustili předčasně, ale absolvovali přinejmenším 6 měsíců léčby. V tomto případě byl počet relapsů 50%; 41% absolventů a 63% těch, co odešli po minimálně 6 měsících, nebylo ale možné najít (Collier, 1971). Collier opako-

val tuto studii v roce 1972: 84% absolventů neprodělavalo relaps, nemělo problémy s alkoholem, zákonem, v zaměstnání ani ve škole, 46% klientů, kteří odešli předčasně po 6 měsících, mělo stejné výsledky (Collier a Hijazi, 1974).

De Leon (1984) zahájil rozsáhlý výzkumný program ve Phoenix House v New Yorku. Srovnával období života klientů pět let před přijetím do komunity s pěti lety po propuštění. Výzkum zahrnoval nejen jednotlivce, kteří dokončili program, ale i všechny, kteří předčasně z programu vypadli (De Leon a kol., 1982). V katamnestické studii po 2 letech zjistil Leon zlepšení u všech klientů v položkách jako bylo „užívání drog“, „kriminalita (zatčení)“ a „zaměstnání“. Úspěch bylo definován jako nepřítomnost užívání heroínu a zaměstnání po dobu minimálně 75% doby po propuštění, žádné nezákonné jednání. Leon zjistil významný vztah mezi úspěchem a časem stráveným v programu. Dvě odlišné kohorty klientů Phoenix House vykazovaly ve výzkumu výrazně podobné výsledky - vztah mezi úspěšností a dobou léčby (De Leon a Jainchill, 1981).

V sedmdesátých letech zahájilo několik terapeutických komunit svůj vlastní výzkum: Phoenix House měl výzkum, který provedli De Leon a Jainchill, v Daytopu se výzkumem zabýval Biase, v Eagleville to byl Barr, Holland v Gateway House (De Leon, 1984; De Leon a Jainchill, 1986a; Biase, 1986; Barr, 1986; Holland, 1983b). Tito vědci byli členy terapeutických zařízení. To mohlo vést ke zkreslení, protože jejich instituce potřebovaly vykázat úspěch. Výzkumní pracovníci ve spojení s institucemi mohou být ovlivněny snahou o nadměrnou ochranu úspěchu. Na druhé straně mají výhodu v tom, že mnohem snáze ke spolupráci získávají klienty i pracovníky.

Holland vytvořil přehled 19 studií efektivity terapeutických komunit pro závislé, které vznikly mezi rokem 1972 a 1982 (Holland, 1983a). Svou práci uzavřel s tím, že výsledky změn lze shrnout do třech oblastí: užívání drog, kriminalita a zaměstnání. 13 z 19 studií bylo organizováno samotnými komunitami (komunita Abraxax, Daytop Connecticut, Daytop Village New York, Eagleville, Gateway House, Phoenix House a Teen Challenge). Zbývajících 6 bylo součástí rozsáhlejších výzkumů, ve kterých byly srovnávány výsledky více terapeutických komunit s dalšími léčebnými programy, jako jsou ambulantní léčba nebo metadonová substitute. Některé studie jsou prospektivní v tom, že disponují informacemi získanými při zahájení léčby i při ukončení léčby. Jiné jsou retrospektivní, kde byly informace získány při následném pohovoru. Některé studie mají informace pouze z dodatečných šetření po léčbě.

Jen několik studií efektivity využívá složený index úspěšnosti s tím, že kombinuje kritéria v trestné činnosti, užívání drog a zaměstnanosti. Vzhledem k takovým globálním kritériím úspěšnosti výsledky kolísají mezi 20% zcela úspěšných mezi těmi, co předčasně odešli, k 85% zcela úspěšných mezi absolventy (Holland, 1983a, De Leon, 1982, 1984). V oblasti užívání drog tyto studie

vykazují 25% až 40% snížení u těch, co předčasně odešli (méně než 90 dnů v programu), zatímco 85% až 90% těch, co program absolvovali. V oblasti kriminality měření na základě počtu zatčení či odsouzení tyto studie vypovídají o redukci kriminality v rozsahu od nulové u časně ukončených léčeb do 98% u absolventů. V oblasti zaměstnání, kterou měří procento zaměstnaných nebo doba zaměstnanosti, nacházíme nárůst zaměstnanosti o 30% do 45% mezi předčasně ukončenými léčbami a nárůst doby zaměstnanosti přes 150% u absolventů (Holland, 1983a).

## **Doba v programu jako prediktor úspěchu**

Nejvíce odpovídajícím prediktorem úspěšného výsledku je délka pobytu v léčbě. Výzkum také zachycuje zvyšující se rozdíl ve zlepšení, namísto absolutního rozdílu, mezi těmi, co léčbu dokončili, a těmi, co předčasně odešli (Holland, 1983a; De Leon, 1984; Berglund a kol., 1991). Absolventi jsou významně úspěšnější než předčasně odcházející ve všech kritériích (De Leon, 1989). U předčasných ukončení existuje pozitivní vztah mezi výsledkem a délkou dosažené léčby (Barr a Antes, 1980; De Leon, 1984, 1985; Holland, 1983; Coombs, 1981; Wilson a Mandelbroke, 1978). Při srovnávání setrvání v léčbě a míry zlepšení u dvou kohort klientů přijatých do Phoenix House zjistil De Leon obdobné výsledky u kohorty z let 1970–71 i u kohorty z roku 1974 (De Leon, 1985). Mezi absolventy zjistil 93% úspěch ve srovnání s 89% u předčasných ukončení v závěru léčby. Délka pobytu a úspěšnost léčby spolu ovšem nemusí korelovat u všech klientů (De Leon, 1989).

McLellan našel pozitivní korelaci mezi délkou léčby a zlepšením jak u metadonových programů, tak i u terapeutických komunit pro klienty s mírnými nebo středně těžkými psychiatrickými problémy. Negativní vztah existoval naopak u terapeutických komunit pro klienty s těžkými psychickými obtížemi. Tyto typy klientů se v metadonových programech nezměnily (McLellan a kol, 1984). Tato studie byla ale kritizována jako statisticky málo validní. Šlo o pouhých 28 klientů s vážnými psychickými poruchami v rámci hospitalizace, která trvala jen 60 dnů. (Holland, 1987). Holland (1987) došel k tomu, že psychicky více nemocní klienti v terapeutické komunitě neprospívají tak jako ti zdravější. Tento závěr je v souladu s výzkumem ve všech formách léčby. Na druhé straně u nich však nedochází v rámci léčby ke zhoršení.

Coombs srovnal výsledky krátkodobých terapeutických komunit (3 měsíce) s dlouhodobými komunitami (11–18 měsíců). Nejzřetelnější změny chování se projevíly u těch, kteří byli v dlouhodobém programu (Coombs, 1981).

## Vztah mezi rysy klienta a úspěšností

Žádný z pokusů, jak určit výsledek léčby na základě rysů klienta, se neukázal být příliš průkazný. Souhrn výzkumných výsledků označil některé z rysů, které pozitivně korelují se setrváním v programu, ale jejich predikční hodnotu nepotvrdily replikované studie (Rosenthal, 1984). V širším měřítku byla prováděna studie DARP, které se účastnilo 25 organizací. Zde nebyla odhalena žádná souvislost mezi typem klienta a typem zařízení ve vztahu k úspěšnosti léčby. Přestože se některé rysy, jako byla nižší kriminální aktivita před léčbou, zdají být spojeny s lepšími výsledky, to se lišilo podle toho, o jakou léčbu šlo. (Simpson a kol., 1978; Joe a kol., 1983). Ani věk, pohlaví a další demografické faktory nebyly prokazatelně ve vztahu k úspěšnosti. Ve Phoenix House byly nicméně ženy úspěšnější v léčbě a snáze se psychicky zlepšovaly (De Leon a Jainchill, 1981).

Prokázaly se korelace mezi úspěšnou léčbou, kriminalitou a zaměstnaností. Ty zahrnují: kratší dobu kriminální činnosti, vyšší dosažené vzdělání před léčbou, opiáty jako primární drogu, méně opakovaných léčeb v posledním roce (De Leon, 1989; Simpson a Sells, 1981). Tyto korelace – byť významné – byly nedostatečně srovnány s významem doby strávené v léčbě. Měřeno složeným indexem nepredikují úspěšnost odpovídajícím způsobem (De Leon, 1985).

Lidem, kteří dokončili léčbu v TK Phoenix House, bylo průměrně 25,3 let při přijetí, zatímco předčasně odcházející byli mladší – 21,7 let v době přijetí. Černí klienti byli mírně úspěšnější než ostatní. Na rozdíl od Daytop Village byli černí klienti ve Phoenix House vždy ve většině. Menšinové skupiny jako například Latinoameričané (převážně z Portorika) měli méně úspěšné výsledky. Lepší výsledky měli ti, kteří byli do komunit posláni rozhodnutím soudu. Rovněž vyšší hladina psychopatologie v testech, jako je MMPI, souvisela s méně úspěšnými výsledky (De Leon a kol., 1973).

Sanson (1980) ve své studii klientů Odyssey House v New Yorku zjistil nižší schopnost setrvat v programu u žen, adolescentů a Latinoameričanů. Cutter (1977) zjistil, že s úspěchem souvisí dosažená úroveň vzdělání stejně jako doba strávená v programu. De Leon přišel (1984) s významnými prediktory úspěchu: míra kriminality a psychologické faktory (méně obranných mechanismů, méně popření, menší pocit odpovědnosti). Přes ostatní proměnné zůstává doba v programu významným prediktorem úspěchu.

## Studie retence (setrvání v programu)

Vzhledem k tomu, že nejvíce odpovídajícím prediktorem úspěšného výsledku léčby je délka pobytu v terapeutické komunitě, je nezbytné rozumět retenci jako fenoménu. Ve studiích retence se nepodařilo dojít k tomu, jaký je profil klienta, který dokončí léčbu. Některé výzkumy naznačují, že klienti, kteří program opustili dříve, vykazují vyšší hodnoty psychických dysfunkcí ve standardních psychologických testech (Sacks a Levy, 1979; Wexler a De Leon, 1977; Zuckerman a Sola, 1975). De Leon (1973) zjistil nižší skóre v psychopatologii v MMPI u těch, kteří v programu zůstali déle než 6 měsíců, na rozdíl od těch, kteří tam byli kratší dobu. Fourman a Parks (1981) zjistili, že skóre v MMPI se významně liší u klientů, kteří v programu zůstanou méně či více než 20 dnů.

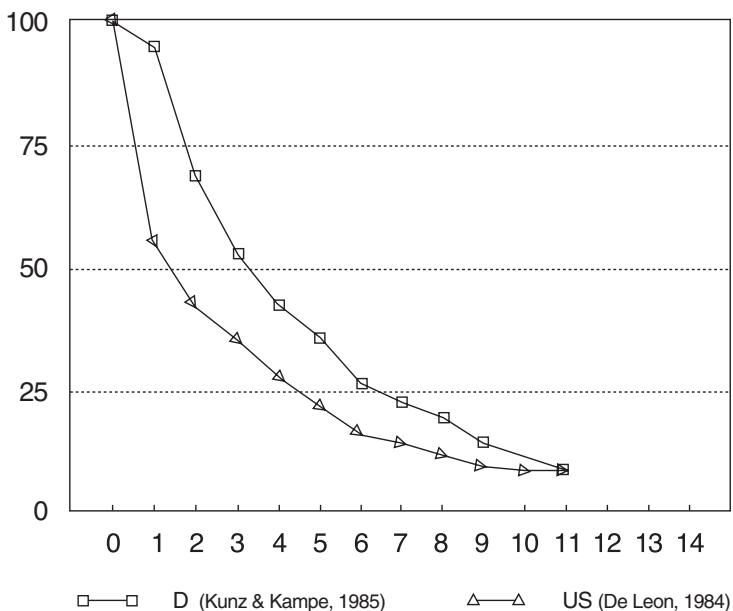
Ve studii prováděné ve všech komunitách v New Yorku došel Winick (1980) k těmto hodnotám retence. Zjistil, že 14% klientů vypadne z léčby mezi jedním až třemi měsíci a 13% mezi třemi až šesti měsíci. Během prvních tří měsíců odchází zhruba polovina klientů. Po šesti měsících se snižuje vypadnutí na zhruba 8% a po 12 měsících na 5%. Krátkodobé programy mají lepší retenci než dlouhodobé. Lepší výsledky měly komunity s počtem klientů menším než 100. Sansoneová (1980) ve své studii v Odyssey House v New Yorku zjistila vyšší hodnoty předčasných odchodů mezi ženami, adolescenty a klienty latinoamerického původu. Shledala také rozdíly mezi opětovnými a prvními nástupy do léčby. Muži, černoši a starší klienti mají lepší hodnoty retence při opětovném nástupu do programu. Po šesti měsících léčby tyto rozdíly mizí. Výzkumnice navrhuje dále rozdělování prvních a dalších léceb.

Míra retence na dobu jednoho roku v léčbě se pohybuje mezi 8% a 25% v závislosti na zkoumaném programu. Existují však i výjimky. Terapeutické komunity v Centro Italiano di Solidarieta v Římě tvrdí, že mají retenci 90%. Tato terapeutická komunita má dlouhou (až 11 měsíční) vstupní fázi s ambulantním skupinovým programem a velkým spektrem programů pro rodiče a blízké. Více než dvě třetiny zájemců nejsou přijaty. Yohay a Winick (1986) uvádějí vysokou retenci - až 85% u těch, kteří vstoupili do programu po absolvování programu AREBA. Jde o terapeutickou komunitu, kterou založil Casriel a aplikoval tam své skupiny nové identity (bonding terapie), založené na modelu Synanomu/Daytopu (Casriel, 1972).

Nejvyšší míra odchodů je v rámci prvních 15 dnů a potom klesá. Většina předčasných ukončení se odehraje v prvních třech měsících. Po 90 dnech je pravděpodobnost setrvání v léčbě významně vyšší (De Leon a Schwartz, 1984; Hendriks, 1990). Míra retence u většiny komunit má charakteristickou podobu. Většina předčasných odchodů se odehraje v prvních čtyřech týdnech (De Leon a Schwartz, 1984). Bschor (1986) srovnává křivky v amerických komunitách



**Obrázek VIII.** Křivka retence v pobytových programech (Bschor, 1986).



publikované De Leonem v roce 1984 s křivkou retence v německých komunitách. Jak vidíte na obrázku VIII. jsou hyperboly křivek velice podobné.

Předčasné ukončení je odrazem interakce mezi klientem a terapeutickými faktory. Spíše než pevné rysy (demografické či sociální charakteristiky) jsou na straně klienta významné tyto faktory – okolnosti (vnější tlak), motivace (vnitřní faktory), vhodnost a odhodlání pro léčbu a dynamika (De Leon a Jainchill, 1986). Rozdílné rysy klientů v rámci těchto faktorů se nicméně vynořují až po zahájení léčby během prvních dní pobytu (De Leon, 1989). Ve snaze zlepšit míru retence byla ve Phoenix House v New Yorku provedena experimentální studie, která zahrnovala tři intervence:

1. Čtyři devadesátiminutové semináře týdně po dobu dvou měsíců pro všechny nově příchozí vedené členy týmu, ve kterých byla vykládána filosofie léčby a očekávání a problémy spojené s léčbou.
2. Dvě dvouhodinová skupinová setkání v době prvních dvou týdnů pro členy rodin nově přijatých klientů a jedno setkání rodiny s poradcem.
3. Extra individuální sezení pro nového klienta během prvních 14 dnů pobytu.

Každá z těchto intervencí měla pozitivní efekt, zvláště pak setkání pro blízké a semináře (De Leon a Jainchill, 1986b).

## **Retence a rodinné faktory**

Předčasné odchody se více týkaly méně narušených rodin (Wexler a De Leon, 1977). Aron a Daily (1976) se zmínili o více problémech s alkoholem a drogami v rodinách předčasně končících. Condelli (1986) objevil více předčasných ukončení mezi klienty, na které jejich blízcí vyvíjeli menší tlak.

V již zmíněném výzkumu ve Phoenix House bylo zjištěno, že semináře pro rodiče klientů v první fázi významně snížily počet předčasných odchodů (De Leon a Deitch, 1985; De Leon a Jainchill, 1986b; De Leon, 1985). Rovněž u programu v Římě mohlo zapojení rodin do léčby přispět k vysoké míře retence.

## **Zákonný tlak a retence**

Americké komunity poskytovaly péči klientům přicházejícím z vězení již od počátku. Ve Spojených státech se do tradičních dlouhodobých komunit dostávalo zhruba 30% klientů z vězení. Během posledních desetiletí došlo nicméně k poklesu. V roce 1970 to bylo ve Phoenix House 40%, zatímco v roce 1985 jen 20% (De Leon, 1987). Většina studií úspěšnosti léčby v terapeutické komunitě uvádí zanedbatelné rozdíly mezi výsledky u klientů přicházejících v souvislosti s trestem a u těch, kteří přicházejí zcela dobrovolně.

De Leon (1984) došel k výsledkům, podle kterých mají nejlepší terapeutické výsledky (žádné užívání, žádná trestná činnost) dobrovolní klienti léčení ve Phoenix House.

Nucená léčba se nezdá být významným prediktorem úspěchu léčby. Vztah mezi problémy se zákonem a retencí je zřejmě složitější. Výsledky léčby v amerických terapeutických komunitách nasvědčují tomu, že u klientů s trestnou činností retence s rostoucím věkem po devíti měsících klesá, zatímco u dobrovolných léčeb se s rostoucím věkem prodlužuje (De Leon, 1987). Tento závěr podporují rozsáhlé výzkumy srovnávající retenci v terapeutických komunitách (Pompi a Resnick, 1987). Obecně lze říct, že klienti přicházející s vězení či v rámci podmínky setrvávají v léčbě delší dobu. Vztah mezi nucenou léčbou a léčebným výsledkem je však nepřímý (De Leon, 1987). Zákonný tlak má na retenci v programu bohužel vliv jen po dobu několika prvních měsíců (Pompi a Resnick, 1987; Condelli, 1989).

Většina studií nespécifikuje, o jakou formu zákonného tlaku se jedná a zaměřují se pouze na vztah mezi formálním zákonným postupem a retencí v pobytu.

Mnoho klientů nicméně vstupuje do programu s tím, že očekávají soudní řízení, a na druhé straně „dobrovolní“ klienti bývají pod větším tlakem ze strany rodiny a dalších institucí než takzvaní „nedobrovolní“ (Condelli, 1989).

## Proč klienti předčasně končí léčbu?

Z klinických pozorování můžeme soudit o nejrůznějších hypotézách: strach z blízkého kontaktu s druhými lidmi, nedostatek podpory rodiny a blízkých lidí pro další pobyt, pocity viny z toho, že se v komunitě dopustili něčeho špatného, neschopnost se přizpůsobit životnímu stylu komunity a nevyřešené konfliktní vztahy vůči některým členům týmu. De Leon (1984, 1985) zjistil, že klienti s předčasným ukončením po dlouhé době (12 měsíců) uvedli mnohem méně osobních motivů a mnohem více důvodů, které souvisely s programem léčby. Předčasně končící klienti v první fázi pobytu uvádějí více osobních důvodů k odchodu. Obvykle ještě neučinili zásadní rozhodnutí, že budou abstinovat zbytek života, což je cílem léčby v terapeutické komunitě. Jejich pobyt mohl být motivován snahou o dočasnou úlevu od vnějšího tlaku. Rozhodnutí žít bez drog nevzniká před nástupem do léčby, ale převážně až v době pobytu v komunitě – po týdnech či měsících. Pokud k tomuto rozhodnutí nedojde, klient může program opustit s jasným odhodláním užívat drogy dál (Kooyman, 1975).

## Výzkum výsledků různých léčebných programů

Tak jako různé léčebné programy mohou mít různé výsledky, i různé metody léčby se ve výsledcích liší. Při srovnávání takových výsledků se setkáváme s mnoha obtížemi. Programy se liší jak v cílových skupinách, tak i v léčebném cíli. Zatímco cílem terapeutické komunity je život bez drog mimo terapeutickou komunitu, cílem metadonového programu může být nahrazení závislosti na ilegální droze závislostí na legální droze, kterou poskytuje terapeutický program.

Ve snaze získat důkaz, že terapeutické programy pro narkomany fungují, vznikl rozsáhlý výzkumný projekt, který provedl Institute of Behavioral Research v rámci Texas Christian University. Na studii s názvem Drug Abuse Reporting Program (DARP) se podílelo dvacet pět institucí. Programy byly tříděny do následujících kategorií: MM (metadonový program), TK (terapeutická komunita), DF (ambulantní program, terapie probíhající při abstinování), DT (ambulantní detoxifikace) a skupiny složené z lidí, kteří měli zájem o léčbu, ale dosud ji nenastoupili – IO (před nástupem – v pořadníku). Výsledky katamnestické studie, která se zaměřila na užívání opiátů, neopiátů

a alkoholu, počet zatčení, dodatečnou léčbu a zaměstnanost, svědčí o velké míře pozitivních výsledků u více než poloviny osob, které dokončily léčbu, i těch, kteří předčasně odešli (Simpson a Sells, 1981). Vzorek se skládal z 2178 černých i bílých mužů ze všech zmíněných typů programů. Výsledky jsou následující: klienti z metadonových programů byli v péči nejdéle – 300 dní v programu vydrželo 47%. Takovou dobu bylo v terapeutických komunitách 22% klientů. 12% klientů MM úspěšně dokončilo léčbu (5% z nich bylo v péči i v době skončení studie, která probíhala v letech 1969 až 1974). Léčbu v terapeutické komunitě úspěšně dokončilo 22% klientů. Složený index úspěšnosti po jednom roce vypovídal ve prospěch metadonových programů, terapeutických programů a ambulantní terapie. Méně pozitivní výsledky byly shledány u detoxifikace a klientů v pořadníku. Významné rozdíly se objevily po statistické analýze získaných dat o skupinách klientů z různých zařízení (Simpson a kol, 1979, Simpson, 1979). Nicméně klienti terapeutických komunit, kteří zůstali v léčbě méně než 90 dní, nevykazovali ve sledování žádné rozdíly oproti klientům z detoxifikace či z pořadníku.

V dlouhodobé studii vzorku DARP bylo zjištěno, že 61% z celého vzorku v době rozhovoru abstinovalo od opiátů 1 rok či déle. Krom kriminální minulosti nebyly zjištěny jiné proměnné, které by byly ve vztahu k pozitivnímu výsledku. Simpson (1982) uvedl, že 19% členů z pořadníkové skupiny uvedlo zahájení či pokračování abstinence po vstupním rozhovoru v rámci studie DARP, i když léčbu samotnou ani nezačali. Tito lidé měli v zásadě lepší schopnost sociální adaptace než jiní pacienti sledovaní ve studii DARP. Většina z nich neměla dosud problémy se zákonem a nastoupila na základě vlastního rozhodnutí. Tyto výsledky jsou podobné těm, které zjistili Waldorf a Biernacki (1981), když zkoumali spontánní vyléčení ze závislosti na heroinu. Studie DARP ukazuje jasnou souvislost mezi léčebnými výsledky a subjektivním hodnocením léčby klienty. Nejvyšší ohodnocení od klientů dostali terapeutické komunity. To bylo způsobeno hlavně vysokým skóre v oblastech, jako byl náhled a pochopení souvislostí problému, a pomoc v dalších oblastech vedle drogové závislosti. Skupina TK měla také nejnižší počet návratů do jiných léčebných programů po dobu tří let od ukončení léčby. 56% klientů TK nenastoupilo do žádného dalšího terapeutického programu, zatímco skupiny MM, DT a IO měly výsledky mezi 36% až 46% (Savage a Simpson, 1978). Rozdíly ve výsledcích jednotlivých zařízení nebyly významné ani u zařízení poskytujících substituci ani u terapeutických komunit (Joe a kol., 1983).

Bale (1980) srovnával účinnost tří terapeutických komunit a ambulantního metadonového programu pro veterány, přičemž klienti byli do léčebných programů vybráni náhodně. Ženy byly z výzkumu vyloučeny, protože jich bylo příliš málo, aby bylo možné udělat smysluplné srovnání. Autoři vysvětlili smysl výzkumu všem klientům před detoxifikací. Ti, kteří neprojevíli zájem o další

léčbu, byli zařazeni do skupiny detoxifikačních programů. Klienti byli dále do programů zařazováni teprve měsíc po prvním kontaktu. Tři různé terapeutické komunity udržely v programu 39% klientů, 31% metadonový program. Kompromis s třicetidenní strategií vedl k tomu, že se pouze polovina klientů dostala do programů, kam byli doporučeni.

Po roce bylo zjištěno, že se zlepšili klienti všech skupin, včetně těch, kteří nebyli v žádné léčbě. Významně méně klientů ze skupiny MM a skupiny TK klientů, kteří setrvali déle než 50 dnů, užívalo opiáty. MM klienti se v užívání nelegálních drog nelišili od skupiny bez léčby. Klienti v komunitě, kteří tam byli méně než 50 dnů, se ve výsledcích nelišili od skupiny bez léčby. Klienti ze skupiny MM a dlouhodobější klienti TK byli více zaměstnaní nebo studovali a méně se dostali do vězení než klienti bez léčby (Bale a kol, 1980). Během dalších dvou let byli mezi sebou srovnáváni klienti jednotlivých komunit. Klienti komunity vedené profesionály v rámci nemocnice a klienti komunity vedené bývalými toxikomany byli častěji studenty školy nebo měli zaměstnání. Třetí komunita – ekletický program – s profesionály i para-profesionály se ve výsledcích nelišila od skupiny klientů, kteří absolvovali pouze detoxifikaci. Oba úspěšnější programy vnímali klienti jako zařízení s větší jasností, řádem, orientací na osobní problémy. Dalším rozdílem bylo to, že úspěšnější programy zaangažovaly do terapie i blízké osoby klientů – v rámci večerních skupin nebo rozhovorů. Neúspěšný program tyto služby rodičům a blízkým nenabízel (Bale a kol., 1984).

## **Krátkodobé a dlouhodobé terapeutické komunity**

Většina komunit má plánovanou délku léčby a běžně bývá stanovena na 10 až 12 měsíců. Hlavně z ekonomických důvodů a také kvůli snaze přilákat další klienty, se objevily komunity s délkou pobytu na tři měsíce. Dlouhodobé komunity mají lepší výsledky ve studiích, které je srovnávají s krátkodobými (Aron a Daily, 1974; Coombs, 1981).

Není známo jaký typ klientů by se měl úspěšně léčit v takových krátkodobých komunitách a vyžaduje to další výzkum. Na základě klinické zkušenosti by se dalo předpokládat, že krátkodobá léčba není vhodná pro klienty, kteří mají rozvinutý „fetácký“ životní styl, a ty, kteří mají závažnější trestnou činnost. Závislý, který má ještě nějakou další identitu než toxikomanskou, je zaměstnan a má podporující rodinu, může být úspěšně léčen v krátkodobé komunitě. Pro toxikomana, který žije na ulici, může být užitečnější nastoupit rovnou do dlouhodobé komunity než opakovat nástupy do krátkodobých programů.

## Konzumace alkoholu jako substituce drog po léčbě

Pití alkoholu se u toxikomanů po léčbě běžně považuje za přechod k užívání opiátů nebo také za náhradní závislost za opiáty. Ve většině terapeutických komunit dostali klienti v doléčovací fázi takzvanou alkoholovou výsadu. Zvládat pití alkoholu bylo součástí rehabilitace. V mnoha případech se ale ukázalo, že to klienti nedokázali překonat úspěšně. Následující snahy komunit odložit pití až po dokončení celé léčby vedly k ještě větším problémům, vzhledem k tomu, že klienti již neměli ze strany léčebné instituce žádnou podporu. Některé z programů proto došly k tomu, že vyzývaly k celoživotní abstinenci pro všechny klienty včetně bývalých toxikomanů v týmu. Jiné instituce zapojovaly do programu učení se žít s alkoholem jen ty klienty, kteří dosud neměli s alkoholem potíže.

V katamnestické studii s 1409 lidmi z DARP studie dospěl Simpson a Lloyd (1978) k závěrům, podle kterých užívala pouze malá část klientů (zhruba 10%) alkohol jako substituci. Osoby, které se po skončení DARP nevrátily do léčby, měly menší problémy s opětovným užíváním opiátů, ale větší četnost pití alkoholu. I kouření marihuany a dalších ne-opiátových drog se spojovalo s častějším pitím. V jiné studii Simpson a Lloyd (1981) zjistili substituci alkoholem u 13% ze vzorku. Podle dalších výsledků bylo těžší pití spojeno s předcházejícím pitím před léčbou. Těžké pití je tak možné vidět nejen jako alternativu užívání drog, ale i jako návrat ke starým problémům.

De Leon (1987) zkoumal ve dvouleté katamnestické studii kohortu hospitalizovaných pacientů v letech 1974 až 1975, aby zjistil četnost nahrazení opiátové závislosti pitím alkoholu. Z klientů, primárních uživatelů opiátů, bylo 79% abstinujících. Téměř v žádném případě neužívali opiáty. Užívání marihuany a/nebo alkoholu významně rostlo, obvykle k frekvenci 1 až 3 dny v týdnu. Počet neuživatelů alkoholu se snížil z 50,4% (v době před léčbou) na 18,2% (po léčbě). Absolventi vykazovali největší rozdíl (z 73,7% před léčbou na 5,3% po léčbě). Celkový rozsah denní konzumace alkoholu byl však nízký. Podíl každodenních pijáků nijak zvlášť nevzrostl (předčasně ukončené léčby 14,3-11,5%, absolventi 5,3%-10,5%). Ve skupině klientů, kteří pili před léčbou, bylo v době po léčbě 26% abstinentů. Každodenní pití se snížilo z 63% na 36%. Objevilo se relativně málo užívání drog (opiáty, ne-opiáty nebo marihuana). U toxikomanů primárně závislých na ne-opiátech a u primárních uživatelů marihuany se denní užívání alkoholu snížilo výrazně (z 20% na 6,9% a z 63% na 36,8). De Leon ve své studii našel konzumaci alkoholu před léčbou jako malý, ale signifikantní prediktor konzumace alkoholu po léčbě. Přibližně 30% úspěšně vyléčených závislých na opiátech, užívalo alkohol nebo marihuanu více než třikrát týdně již měsíc po léčbě, aniž by přitom užívali

další drogy. Jejich úspěšnost byla potvrzena absencí kriminality a zlepšením v zaměstnání. Jejich užívání lze vnímat v sociálním kontextu.

Co se týče tématu chemické substituce, De Leonovy výzkumy ukazují, že uživatelé alkoholu nebo marihuany měli malou tendenci přecházet k opiátům či jiným drogám. Většina uživatelů opiátů abstinovala po léčbě od své primární drogy, ale začala více konzumovat alkohol a marihuanu. Závislí na více drogách vykazovali po léčbě nárůst v užívání alkoholu a dosahující obvykle frekvence třikrát týdně. Neprokázala se tak hypotéza o mechanismu substituce, protože nebyly nalezeny případy těžkého užívání alkoholu u absolventů léčby. Užívání alkoholu tak nemusí vést k nové závislosti, ale spíše signalizuje staré negativní způsoby řešení problémů (De Leon, 1987).

Výsledky léčby v komunitách pro závislé bývají obvykle optimističtější než výsledky práce v jiných léčebných centrech. Armour (1976) provedl studii v řadě institucí, ve které se ukázalo, že méně než 25% pacientů abstinovalo od alkoholu v půlročním sledování, které se provádělo rok po propuštění z léčby. Čím větší byl objem terapie, tím lepší byly výsledky. Costello (1975) analyzoval 58 výzkumných studií a došel k tomu, že rok po léčbě zemřelo 1% bývalých alkoholiků, 53% mělo stále problémy s pitím a 25% potíže nemělo; 21% nebylo možné kontaktovat.

## Výsledky výzkumů v Evropě

Oddělení Lien v psychiatrické nemocnici Dikemark bylo jednou z norských léčen, kde se pokusili zavést Hendersonský typ (Maxwell Jones) terapeutické komunity pro léčbu mladých toxikomanů. Vaglum a Fossheim popsali určité výsledky hodnocení programu. Jejich cílem bylo vyhodnotit léčbu prvních 100 mladých klientů. V průběhu času se odehrály tři radikální změny v programové náplni léčby. Podle nich byly nazvány jednotlivé skupiny klientů, kteří byli v určité fázi programu léčení. Jejich výsledky byly porovnány. První fáze, Lien I, poskytovala skupinovou terapii, žádnou individuální a rodinnou terapii. Tým v této době považoval klienty za oběti, které jejich rodiče zanedbávali, v programu neexistovaly pevné hranice a ve velkém se v rámci léčby zneužívaly drogy. Ve fázi Lien II začal být program mnohem strukturovanější, vznikla škola a následná péče. Tým zavedl konfrontační skupiny a rodinnou terapii. Konala se každodenní komunitní setkání. Užití drog vedlo k okamžitému vyloučení. Pacient mohl však po takovém propuštění přijít opět po dvou týdnech. Klienti v této fázi začali přijímat odpovědnost za program a za kontrolu jejich užívání drog. V době fáze Lien III program z nejrůznějších důvodů opustila velká část týmu. Atmosféra začala být méně konfrontační. Ze strany týmu byla zřejmá

větší podpora a zájem o psychotické pacienty. Většina pacientů procházela individuální i rodinnou terapií. Čtvrtá skupina zahrnutá do výzkumu obsahovala klienty, kteří prošli jinou léčbou než je terapeutická komunita. Mezi klienty z výzkumného vzorku (96%) nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, snad jen nižší sociálně ekonomický status u klientů z fáze Lien II.

Během ročního období před šetřením byla abstinence zjištěna u 41% absolventů Lien I, 63% Lien II a 34% Lien III. Klienti neléčení v komunitě abstinovali v 38%. Ze skupiny Lien II jen 15% užívalo následně drogy nebo zemřelo, zatímco u ostatních skupiny masivně užívalo 30% absolventů. Pro srovnání – u klientů užívajících drogy nitrozilně byly rozdíly ještě významnější – 70% absolventů Lien II abstinovalo oproti 30% v ostatních fázích. Pacienti, kteří předtím užívali psychedelické drogy, se ve fázi Lien II zlepšili nejméně, ale měli největší profit ve fázi Lien III. Různé skupiny uživatelů měly různý přínos z různě komponovaných období programu. Uživatelé halucinogenů, kteří byli často na hranici psychózy, se zlepšovali v podporujícím strukturovaném prostředí, ve kterém probíhala dynamická psychoterapie a rodinná terapie. Nepsychotičtí uživatelé opiátů a hlavních stimulancií profitovali lépe ve více konfrontačním prostředí, kde sami klienti začali brát odpovědnost za čistotu prostředí bez drog. Mnoho z nich prošlo individuální i rodinnou terapií. U obou programů se zdálo, že úspěšná léčba je spojena s tím, že se pacient pohyboval v relativně bezpečném prostředí vztahů s terapeutu, přáteli a rodinou. Jak uvedli autoři výzkumu: Mnoho klientů říkalo: „Drogy – to je to, co potřebuješ, když ti schází lidí“ (Vaglum a Fossheim, 1980).

V novějším výzkumu prováděném ve Phoenix House v Londýně se věnovali změnám v sebehodnocení v době pobytu v komunitě. Negativní pocity vůči sobě se považují za rizikový faktor pro užívání drog. Ve třech komunitách byl zaznamenán pozitivní nárůst v 94%, v dalších dvou to bylo 25%. Komunity s lepšími výsledky měly lepší míru retence, stabilnější program, méně encounterových skupin a více času věnovaného praktickým aktivitám a učení sociálních dovedností (Kaye, 1987). Tyto výsledky podporují závěry Biase z Daytop Village z New Yorku. Podle něj je možnost vzdělání v době pobytu v komunitě spojena s rostoucím sebevědomím (Biase, 1986).

Wilson a Mandelbroke srovnávali údaje o pobytu ve vězení u prvních 61 klientů přijatých do Ley Community v Oxfordu dva roky před přijetím a dva roky po propuštění. Klienti byli rozdělováni do třech skupin: krátkodobý pobyt (méně než 1 měsíc), střednědobý pobyt (1 až 6 měsíců) a dlouhodobý pobyt (6 měsíců a více). Tyto tři skupiny se nelišily co do obecných charakteristik klientů. Více než 80% klientů mělo za sebou zkušenost s užíváním opiátů. Počet odsouzených u dlouhodobé skupiny poklesl z 60% na 10%, u střednědobé skupiny z 70% na 40% a počty u krátkodobé skupiny se nezměnily – zůstaly ve stejné hodnotě – 57% (Wilson a Mandelbroke, 1978).



Wilson a Mandelbroke opakovali výzkum 10 let po propuštění z léčby. Dohledali 60 z 61 osob, 6 lidí zemřelo, čtyři z krátkodobé skupiny zemřeli kvůli užití drogy, jeden ze střednědobé skupiny z přirozených příčin a jeden z dlouhodobé skupiny spáchal sebevraždu. Jen tři z celé dlouhodobé skupiny byli během deseti let ve vězení (15%) ve srovnání se 70% ve střednědobé skupině a 85% v krátkodobé. Tyto výsledky byly velice slibné především ve srovnání s výzkumem prováděným deset let po propuštění pacientů londýnské kliniky pro léčbu drogové závislosti (83% opětovně odsouzených) (Gordon, 1973).

Deissler v roce 1981 uveřejnil výsledky výzkumu v Aebihus, v terapeutické komunitě ve Švýcarsku, která bylo vybudována podle modelu Synanonu. Během pozorování v šestiletém období opustilo program předčasně 54 klientů. Osmdesát ze sta klientů bylo možné získat pro rozhovor v době mezi 1 měsícem a 5 lety po odchodu z programu. Jen 6% se stalo úplnými abstinenty, 21% prodělalo relaps užíváním opiátů, ostatní občas nebo pravidelně užívali alkohol a měkké drogy. 70% klientů si nicméně vydělávalo na své vlastní bydlení, 85% mělo pravidelné zaměstnání a 20% se podílelo na nějaké nezákonné činnosti (Deissler, 1981).

V Itálii zkoumali prvních 203 klientů přijatých mezi roky 1975 a 1984 do terapeutické komunity Casa Verde v Miláně (Gori a kol., 1984). Program zaznamenal tři vývojové fáze za 10 let existence studie. Délka mezi prvním kontaktem s klientem a jeho přijetím se z původních 2 týdnů prodloužila na 6 měsíců. V poslední fázi se konaly ambulantní příjmové skupiny. S prodlužujícím se časem přípravné fáze se počet předčasných odchodů (odpadnutí během 1. měsíce) snížil z 40% až 50% na závěrečná 4%. Podíl absolventů stoupl na 50%. Z časných odpadnutí nebylo možno dohledat 10% lidí. 17% z časných odchodů bylo možné považovat za vyléčené - posuzováno podle kritérií: užívání heroinu, odsouzení do vězení, opětovný nástup do komunity. Ostatní předčasné odchody (1 měsíc - ukončení) měly 34% vyléčených a řádní absolventi 70% (Capitanio, c.s., 1985).

Rozsáhlý výzkumný projekt nazvaný Swedate Project byl započat v r. 1988 ve Švédsku. Zahrnoval zhodnocení jak procesu tak výsledků léčby a bylo do něj zařazeno 31 odlišných léčebných programů, včetně 8 terapeutických komunit pro mladistvé a 16 terapeutických komunit pro dospělé. Úplná vstupní data má od 1164 klientů, z nichž 570 bylo náhodně vybráno a zařazeno do katamnestického sledování. Výzkumníci spolupracovali při výzkumu úzce s personálem jednotlivých zařízení. Aby bylo možno popsat filosofii programu, byli dotazováni nejen vedoucí, ale i všichni terapeutický personál.

Terapeutické komunity byly rozděleny na dva typy:

- Programy založené na terapii prostředím, podle Maxwella Jonese, s demokratickou nehierarchickou strukturou, kde odpovědnost za komunitu sdílel

personál s klienty. Na závislost se tam pohlíželo jako na symptom psychologických a sociálních problémů a psychoterapie byla hlavním nástrojem k jejímu řešení.

- Programy vyvíjené v rámci „Hasselapedagogiky“, komunity inspirované ruským vychovatelem Makarenkem. Na závislé se pohlíželo jako na nesocializovanou mládež nesoucí destruktivní normy a hodnoty. Léčba byla založena na výchově za užití tradičních norem zdravé rodiny. Tyto programy byly inspirovány socialistickou politickou ideologií.

Některé zjištěné údaje stojí za zmínku: 61% závislých přišlo z rozvrácených rodin (78% u mladistvých), 22% otců mělo problémy s alkoholem, 22% nemělo kontakt s matkou, 45% nemělo kontakt s otcem. 39% ze všech závislých užívalo hlavně cannabis. Pro ostatní byly dominantní drogou ve 46% amfetaminy, v 18% opiáty, v 6% jiné drogy. U dospělých se poměry posunuly na 47% uživatelů amfetaminů, 22% opiátů a 26% cannabinoidů.

Z celkového počtu 560 klientů se podařilo 1 rok po opuštění programu dohledat 448 z nich, tedy 80%. Během sledovaného roku 35% (36% u dospělých) z nich vůbec neužívalo drogy a dalších 12% (16% u dospělých) je neužívalo během posledního půlroku. Mnozí z nich byli ovšem těžcí pijáci alkoholu – 16% dospělých užívalo denně více než 40g alkoholu, aniž by užívali další drogy.

Jednotlivé programy byly rozděleny do charakteristických skupin podle své příslušnosti k určité léčebné filosofii. Programy s nejednotnou filosofií nebo s rozpornými názory mezi členy týmu byly zařazeny do jedné skupiny. Tato skupina měla také nejhorší léčebné výsledky. Přitom je zajímavé, že v homogenní skupině byly ohromné rozdíly ve výsledcích – např. od 64 do 0 ve skupině terapeutických programů pro dospělé s programy založenými na humanistické filosofii. Většina těchto programů užívala transakční analýzu jako hlavní léčebnou metodu (Stensmo, 1988; Bjorling, 1986, 1989; Segraeus, 1986).

Výzkum Swedate Project prokázal korelaci mezi dobou strávenou v programu a dobrým léčebným výsledkem. Ze všech klientů sledovaných po léčbě udávalo abstinenci od drog 51%, s přísnějšími kritérii (žádné drogy a benzodiazepiny, málo alkoholu) to bylo 37%. Ženy měly o něco lepší výsledky než muži. Jen 10% neužívalo drogy, nepotřebovalo další ústavní léčbu a bylo sociálně integrováno bez potřeby pomoci státním systémem sociální péče.

Dále byla porovnána skupina klientů s nejlepšími výsledky se skupinou s nejhoršími výsledky. Při posuzování zázemí se jako signifikantně významné prokázaly pouze rozdíly v rodinných faktorech a ranném dětství. Nejhorší skupina měla častější separaci od rodičů a náhradní výchovu v dětských domovech. U jejich rodičů se našel četnější abusivní alkohol a drogy a více duševních problémů. Také v době přijetí do léčby bylo z nejhorší skupiny 93% nezaměst-

naných oproti 54% u nejlepší skupiny. U nejlepší skupiny bylo propuštění klientů z léčby v 57% plánované, zatímco u nejhorší pouze u 8%.

Dobré klima v týmu bylo také spojeno s dobrými léčebnými výsledky (Segraeus, 1992). Byla nalezena negativní korelace mezi dobrými výsledky a procentem exuserů v týmu. Výzkumníci také konstatovali, že tzv. matching klientů je téměř nemožný díky komplexním interakcím mezi klienty během léčby (Berglund a kol., 1991).

Jiná Holandská studie provedená ve spolupráci s terapeutickou komunitou Breegwestee prokázala, že neexistuje žádný signifikantní rozdíl v sociálním zázemí nebo v historii užívání drog mezi klienty komunity a klienty ambulantního programu. Toto zjištění oponuje předpokladu, že klientela terapeutické komunity je vysoce výběrovou populací (Van der Velde, Jongsma, 1985).

*(Další výzkumy uvedené v originálním textu M. Kooymana pouze potvrzují výše zmíněné závěry amerických a evropských výzkumníků. V překladu nejsou uvedeny, protože rozsahem studie, nebo jejími závěry dále nerozšiřují toto téma.)*

## **Příběh Emiliehoeve: Od chaosu ke struktuře**

**➤** Emiliehoeve byla založena 14. února 1972 v Haagu v době, kdy se objevila potřeba mít k dispozici instituci, která by poskytovala služby závislým se zájmem o léčbu. V té době tam existoval pouze malý metadonový program pro závislé na opiátech v rámci ambulantní kliniky, ačkoliv tehdy většina toxikomanů užívala amfetaminy. Heroin se ještě neobjevoval na drogové scéně. Místo něj toxikomani užívali opium, které získávali prostřednictvím čínské komunity v Amsterdamu. Jejich společenství si udržovalo malou skupinku uživatelů opia celá desetiletí. Teprve poté, co amsterodamská policie dealery opia úspěšně vytlačila, začali jiní dealeri dovážet na holandský drogový trh heroin (Kooyman, 1984).

Uživatelé amfetaminů s psychotickými symptomy byli často léčeni na psychiatrické klinice. V tomto prostředí se obvykle naučili kombinovat své drogy s jinými předepisovanými léky, nebo s léky, které získávali od ostatních pacientů. V léčení závislých nebyly úspěšné ani ambulantní programy center pro závislosti ani rezidenční programy na klinikách (Parkweg Jellinekova centra v Amsterdamu a Essenlaan v rámci Boumanovy nadace v Rotterdamu) ani léčba na psychiatrii. V důsledku nedostatečné struktury a přísnosti pravidel pokračovali pacienti v užívání drog i v době hospitalizace.

Vzhledem k tomu, že žádné zařízení nevykazovalo při léčbě úspěchy, začala zdravotnická komunita vnímat nutnost vytvořit terapeutický program, který by byl alternativou k existujícímu metadonovému programu a opakovaným pobytům na psychiatrických klinikách. Komunita Emiliehoeve vznikla jako reakce na tuto potřebu, klienti se zde měli naučit žít bez drog. Neměl zde být podáván žádný metadon, anxiolytika a léky na nespavost měly být podávány jen omezenou dobu. Komunita vznikla na půdě psychiatrické kliniky Bloemendaal a na počátku zde bylo 10 lůžek pro muže.

Byla zřízena na základě modelu terapeutických komunit pro psychiatrické pacienty, které fungovaly v souladu s myšlenkami Maxwella Jonese (Jones,

1953). Odpovědnost za léčbu se dělila mezi tým a klienty a cílem byla resocializace prostřednictvím sociálního učení a interakce. Ačkoliv byla Emiliehoeve na půdě psychiatrie, tým opustil tradiční medicínský model. Brzy se ukázalo, že demokratický systém pro tuto populaci pacientů nefunguje. Komunita začala být anti-terapeutická. Mezi klienty se objevily negativní prvky, které vzápětí komunitu ovládly. Klienti odcházeli předčasně a zbývající klienti museli být propuštěni kvůli relapsům.

Vzápětí byl systém změněn ve prospěch větší struktury. Byly zavedeny myšlenky a terapeutické nástroje amerických svépomocných komunit. Spolu s nimi jsme přijali i hierarchické uspořádání týmu a klientů. Po prvním období poměrně rigidní aplikace hierarchického modelu, začal být tento model uplatňován s větší pružností.

Vývoj terapeutické komunity v osmi fázích:

- I. Antiterapeutická fáze (únor 1972 – červen 1972)
- II. Fáze konfrontace a intimity (červen 1972 – září 1973)
- III. Fáze přijetí hierarchie (září 1973 – leden 1975)
- IV. Post-profesionální fáze (leden 1975 – červen 1976)
- V. Fáze uzavřené komunity (červen 1976 – duben 1977)
- VI. Fáze integrace (duben 1977 – květen 1980)
- VII. Fáze otevřeného programu (květen 1980 – únor 1982)
- VIII. Fáze dospělého programu (únor 1982 – současnost)

## **I. Antiterapeutická fáze (únor 1972 – červen 1972)**

V den otevření komunity pozval psychiatr, který byl zodpovědný za celý program, všechny kolegy pracující v oblasti léčby závislostí v Holandsku. Řekl skeptickému publiku, že Emiliehoeve bude první institucí v Holandsku, kde se bude závislost léčit úspěšně. Tento výrok samozřejmě vedl k několika cynickým poznámkám ze strany posluchačů. Dále pozval kolegu, který nedávno navštívil komunitu v New Yorku, aby řekl ostatním o využití encounterových skupin v terapeutických komunitách. Ten samý den byli přijati první závislí z psychiatrického oddělení.

Za hlavní terapeutický nástroj byla považována skupinová psychoterapie. Skupiny v Emiliehoeve byly v důsledku orientace týmu vedeny převážně v duchu analytické terapie. Kromě psychiatrů tam byli ještě dva terapeuti, psycholog a jeho žena, která ještě studovala psychologii. Dále zde byli dva skupinové vedoucí (socioterapeuti), jedna arteterapeutka na částečný úvazek a jeden pracovní terapeut na částečný úvazek, který měl na starosti práce na farmě

a zahradě. V týmu nebyly žádné zdravotní sestry. V rámci psychiatrické kliniky to představovalo revoluci. Lidé v Emiliehoeve si mysleli, že péče sester je to poslední, co by závislí potřebovali. V prvních letech komunity trávily sestry v Emiliehoeve noc. Od třetí fáze již tým v komunitě nespál. Noční a víkendové služby měli na starosti klienti, kteří pracovali ve směnách. Sestra psychiatrické kliniky měla roli prostředníka mezi komunitou a vedením kliniky.

Klienti první fáze byli přijímáni po jednom či dvou týdnech, které trávili na detoxifikačním pobytu na psychiatrii. První klienti přišli do komunity večer. Byli závislí na amfetaminech a/nebo opiátech. Později, ve druhé fázi, byly přijímáni i alkoholici, pokud byli ve stejném věku jako ostatní (16 až 40 let).

Po úvodních debatách s klienty jsme došli k následujícím pravidlům:

- a. žádné užívání drog včetně měkkých drog jako je hašiš
- b. žádné opouštění prostoru komunity bez svolení týmu
- c. žádné kouření v ložnicích
- d. klienti by měli uklízet dům sami
- e. jednou týdně se budou konat testy na přítomnost drog v moči v náhodně zvolených dnech
- f. návštěvy jen ve středu večer a sobotu odpoledne
- g. klienti by měli iniciativně plánovat pracovní program na farmě
- h. účast v terapeutických skupinách a dalších skupinových programech je povinná

První skupina klientů se skládala z deseti mladých mužů, kteří měli v anamnéze historii užívání mnoha drog s tím, že amfetaminy byly jejich hlavní drogou. Skupinové programy a setkání komunity byly jedinými povinnými programy, komunity se konaly třikrát týdně. Tým klienty povzbuzoval k práci na zahradě a farmě. Určitý čas byl věnován rekreačním činnostem, jako jsou malování, řezbářství a sporty. Všechny plány probírala celá komunita. Klienti i tým o všem rozhodovali společně demokratickou cestou. Všichni klienti měli jeden hlas bez ohledu na jejich status či dobu strávenou v programu. Rozhodnutí mohla prosadit prostá většina. V komunitě bylo 10 klientů a 5 členů týmu, z nichž 2 pracovali na částečný úvazek. Klienti měli vždy dostatek hlasů, aby dokázali tým přehlasovat. Situaci ještě víc komplikovalo to, že tým se dokázal jen zřídka sejít kompletní, aby mohl spolurozhodovat při každodenních plánech. Hlavním obsahem „léčby“, jak mu všichni rozuměli, byla společně sdílená zodpovědnost. Takto se tým Emiliehoeve snažil zrušit dichotomii „my-oni“ mezi pacienty a týmem. Implicitním předpokladem, který se později ukázal být nerealistickým, bylo to, že po vstupní fázi léčby dokáží klienti dělat rozumná, realistická a smysluplná rozhodnutí. Tým byl veden k tomu, aby povzbuzoval pochvalou každé pozitivní a produktivní chování. Naopak měl ignorovat auto-

destruktivní a antisociální chování, protože se předpokládalo, že bez zvláštní pozornosti negativní chování vymizí. Závislí v té době na tento přístup nereagovali, místo toho neustále testovali naše hranice.

Zkušenosti v Emiliehoeve ukazují, že pokud nejsou uplatněny direktivní terapeutické intervence a konzistentní stanovení hranic ze strany týmu, bude se rušivé a dysfunkční chování stupňovat. Když například jeden rozzlobený klient nečekaně hodil na zem sklenici, tým zůstal zticha. Bez terapeutické reakce začal být klient ještě destruktivnější a nakonec hodil židli do okna. Klient byl se svým narušujícím chováním stále víc a víc stavěn do situace, kterou nešlo vyhrát. Tým byl stále silněji tlačěn do jediného řešení – vyloučit klienta z komunity. Bohužel nikdo z týmu ani z klientů nezasáhl, takže po prvních epizodách relativně mírného odehrávání problémů došlo nakonec k jeho vyloučení z programu.

I pokusy týmu povzbuzovat pozitivní a produktivní chování se ukázaly být neúčinné: měly jen dočasný efekt. Když klienti spolupracovali a byli za to jeden den pochváleni, druhý den od toho upustili. Dnes již nelze posoudit, zda k selhání docházelo kvůli modelu léčby, nebo kvůli klientovi, který byl pro ostatní vzorem rebela. Tím, že tým akceptoval negativní chování klienta v roli vůdce, definitivně ztratil možnost něco změnit. Tento klient se díky tomu stal mocnou a škodlivou silou. Tým cítil frustraci a byl demoralizován, protože nedokázal ovládat ani vydržet jeho chování.

V této době zmatků se začaly objevovat pokusy o sebevraždu a předčasné odchody. Zřejmě to bylo kvůli nedostatečné struktuře a neefektivnímu terapeutickému přístupu. Stále jsme ještě využívali Jonesův model, ve kterém se denní plán tvořil na společném setkání celé komunity. Klienti však nedělali nic z toho, na čem se předtím shodli.

Když začalo být zřejmé, že rovnostářský model Jonese je neefektivní, tým se rozhodl použít systém bodování. Klienti mohli být odměňováni nebo trestáni pomocí bodů, které bylo možné převést na konci týdne na skutečné peníze. Peníze se daly vydělat prostřednictvím pozitivního chování. Negativní chování vedlo ke ztrátě bodů. Celý systém byl spojen s kapesným a volnými víkendy a napomohl zlepšit situaci v komunitě. Bodová ekonomika umožnila týmu vrátit se k psychoanalytické orientaci, zůstat v relativně pasivní roli a interpretovat. Skupinovou terapii jsme vedli v duchu tradiční psychoanalytické orientace (Adams, 1978, Woolf a Schawartz, 1962). Terapie se zaměřovala na vztahy a události v minulosti. Terapeuti poskytovali interpretace minulých konfliktů. Jen málokdy se dařilo spojovat minulé se současným. Konflikty se řešily intelektuální cestou. Cílem terapie bylo přinést náhled, spíše než ovlivnit změnu v chování. Přestože se klientům říkalo členové, tým s nimi stále zacházel jako s pacienty.

Po čtyřech měsících byli propuštěni zbývající dva klienti, protože pokračovali v užívání drog. Tým byl konfrontován se skutečností, že nepomohl žádné-

mu z přijatých klientů, a v důsledku toho začal zvažovat změnu filosofie. Užívání drog v příjemném prostředí farmy se stalo pouhou variantou užívání drog na ulici. Jediným pozitivním výsledkem této lekce bylo zjištění, „jak to nedělat“.

### **Po těchto čtyřech měsících došel tým k následujícím závěrům**

- a. Motivy pro vstup do centra mohou být jiné než přání přestat užívat drogy. Klienti mohou chtít opustit vězení, zaplatit dluhy ze sociálních dávek, abstinovat, aby mohli snížit dávky, nebo brát drogy na venkově.
- b. Klienti na nedobrovolném pobytu berou drogy dál a mají negativní vliv na skupinu. Když jeden člen skupiny přinese drogu, po jeho návratu si vezmou všichni.
- c. Když skupina nemá zorganizovaný čas, je jejich touha po drogách větší.
- d. Program na farmě musí být přísněji strukturován. Po dvou měsících byl zaveden systém bodů, který na farmě rozvinul aktivitu. V té době se snížil počet relapsů.
- e. Ukázalo se, že pro dlouhodobější efekt je nutná koheze skupiny.
- f. Vzhledem ke zhodnocení úspěchu této formy léčby, je nutné sledování po léčbě.

Další měsíc se program začal proměňovat.

## **II. Fáze konfrontace a intimity (červen 1972 – září 1973)**

Rozhodli jsme se nepřijímat klienty jen na základě toho, že říkají, že se chtějí léčit. Vstupní pohovor v této fázi byl veden za přítomnosti všech pracovníků ve službě, a ne pouze psychiatra. Dva z již přijatých klientů se ještě jednou zúčastnili pohovorů a byli přijati.

Na rozdíl od první fáze byly přijímány i ženy. To mělo určité pozitivní důsledky, například v tom, že prostředí komunity začalo mít více charakter domova. Také to ale vedlo k novým problémům. První přijatá klientka souhlasila, že přestane se svým zvykem spát s různými muži. Porušila však svůj závazek již po několika dnech. To vyvolalo ve skupině diskuse. Ukázalo se, že muži se chlubí svými úspěchy u ženy a ona se s nimi milovala, aby testovala reakce druhých mužů, které měla vlastně raději. Bylo jasné, že sex je v takové podobě destruktivní a stal se narcistickou hrou o moc. V důsledku diskusí



vyhlásili klienti i tým pravidlo o zákazu sexu mezi klienty. Klienti se k sobě začali chovat jako bratři a sestry. Skupina se přeměnila v rodinu, ve které existovalo vzájemné sdílení a péče.

V prvních měsících této fáze se v programu odehrála podstatná změna. Psychiatr a skupinová terapeuti se zúčastnili maratonového workshopu, který vedl bývalý člen Phoenix Hoose v New Yorku. Šlo o bývalého toxikomana a byl prvním ředitelem Phoenix House v Londýně. Šlo o jejich první zkušenost s encounterovou skupinou. Víkend trval 54 hodin a byl přerušován jen 4 hodinami spánku (spánková deprivace byla využita pro snížení odporu – v té době šlo o běžnou techniku). O týden později, když vedoucí workshopu navštívil komunitu, zavedl tým do komunity encounterové skupiny. V těchto skupinách se klienti učili vyjadřovat a zvládat vlastní emoce. Dozvídali se, že mnohé z jejich aktuálních pocitů i jejich chování je ovlivněno nevyřešenými konflikty z minulosti. Přestalo se s medikací sedativy a hypnotiky i v prvních týdnech pobytu.

Vliv encounterových skupin, ve kterých se klienti i pracovníci konfrontovali se vzájemnými postoji a afekty, byl ohromný. V těchto skupinách se obvykle začínalo pracovat na tématech „teď-a-tady“. Často se vynořovaly konflikty z minulosti a bylo možné je emočně zpracovávat např. díky křičení. Do programu byly zařazeny ještě další prvky. Poté, co se psychiatr a jeden ze skupinových terapeutů zúčastnili maratonových skupin, které vedl Daniel Casriel během dalších víkendů, začaly být v encounterových skupinách využívány křik a bonding terapie. Během těchto skupin docházelo mezi terapeuty a klienty k objímání. Účastníci se učili, jak překonat svůj strach z intimity a fyzické a emocionální blízkosti.

Když nový klient prošel úspěšně vstupním pohovorem, přišel rituál: byl hozen do vody před farmou a dostal kombinézu. Po prvním měsíci dostal vlastní šaty – fetišské či hippies oblečení bylo zakázané.

Kromě změn ve skupinových programech byly zařazeny i další prvky – například program, který zahájil jeden klient svým tématem, kterému se pak věnovala celá skupina. Návštěvy mohly chodit jen o víkendech a už ne ve středu večer. Do skupin docházeli kolegové na stáže. Starší klienti byli povzbuzováni k tomu, aby docházeli na večerní kurzy mimo komunitu. I tým měl navštěvovat víkendové workshopy, které organizovalo hnutí osobního rozvoje.

Návštěvy příbuzných a přátel a vycházky domů byly možné až po čtyřech měsících po přijetí. Na první víkendovou návštěvu jel s klientem starší klient jako doprovod. Konfrontace s blízkými vedly totiž často k silným emočním reakcím a často předčasnému opuštění programu.

Užívání drog v komunitě v této fázi úplně ustalo. Důležitou událostí byl moment, kdy tým spolu s klienty přivezli zpět varhany z domu dealera, který je získal z komunity za pomoci některých klientů, kterým za to poskytl drogy.

Varhany vezli na střeše auta psychiatra a člen týmu na ně hrál „We shall overcome“. To se stalo 17. dubna 1972. Od té doby se v Emiliehoeve neužívaly žádné drogy. Všechny náhodně prováděné testy byly negativní.

Klienti na farmě dostali víc odpovědnosti. Začali si jídlo vařit sami. Od prosince 1972 byl hlavní koordinátor ve službě volen společně týmem i klienty. Měl odpovědnost za rozdělování úkolů a prací v rámci ekologické farmy a výroby nábytku. Vedoucí těchto pracovních programů byli voleni podobně. Od března 1973 byl volen klient odpovědný za administrativu komunity a dohled nad platbami za nákupy a výdej kapesného. Tato rozhodnutí měla pozitivní efekt, i když někteří klienti toho využili – zvolili takového koordinátora, který na ně měl malé požadavky. Ukázalo se, že rozhodnutí, která dělá tým spolu s klienty demokraticky, mohou být neterapeutická – například přidělování práce, souhlas s volným víkendem nebo možnost mít v komunitě zvíře. Když se rozhodování nechalo jen na klientech, vedlo to k vytváření malých podskupin. Klienti váhali nepovolit někomu víkendovou vycházku, protože se báli, že by jim druzí jejich také neumožnili.

System bodů se v této fázi udržel a byl propojen s vydáváním kapesného. Na základě návrhu klientů byly všechny jejich finance shromážděny do společné kasy, ze které dostávali kapesné, peníze na oblečení a volný čas. Zjistili, že považují za nefér, když existují velké rozdíly v kapesném. Během prvních pěti týdnů nedostávali klienti žádné kapesné.

Při rozhodování o koordinátorovi a rozdělení práce byl ještě stále využíván systém demokratické volby za přítomnosti všech. Často to vedlo k vyhýbání se problémům prostřednictvím toho, že za koordinátora byl vybrán mírný, snadno manipulovatelný člověk. Vznikaly skupinky negativně naladěných klientů, které se vyhýbaly jednoznačné pracovní zodpovědnosti. Klienti neusilovali o to stát se koordinátorem. Volili funkce, které jim šly, a proto nevznikly příležitosti se něco naučit. Při rozhodování byl tým vždy v menšině.

V této fázi vznikla rodičovská skupina. Zvali jsme rodiče klientů, kteří byli v komunitě více než dva měsíce, na setkání jednou za 14 dnů. Na sezeních, která vedli členové týmu, mohli rodiče hovořit o svých problémech. Ukázalo se, že mnoho rodičů trpí pocity viny, a proto pro své děti dělali příliš mnoho – dávali jim peníze, platili dluhy, což vedlo jen k dalšímu braní drog. Rodiče se dozvěděli více o cílech a metodách léčby a byli vedeni k tomu, aby v případě předčasného odchodu z komunity směřovali své děti zpět.

Tato druhá fáze byla charakteristická značným osobním úsilím týmu, které ovlivnilo i klienty a vyvolalo v nich pocit, že jsou pionýry s určitou odpovědností za program. Věnovali jsme pozornost zpracování emocí a blízkému fyzickému kontaktu. Přijali jsme filosofii amerických terapeutických komunit. Přestože bylo rozhodování věcí celé komunity, bylo zřejmé, že klienti nepřejímají odpovědnost za práci na farmě. Cítili jsme, že je třeba vynakládat mnoho

energie na to, aby se klienti učili zodpovědnosti a měnili své chování, postoje a životní styl, aby se dokázali vypořádat se stresem a nároky vnějšího světa po propuštění z Emiliehoeve. Tuto fázi uzavřel týmový workshop, který vedl stejný lektor jako na maratonovém setkání v květnu 1972.

### III. Fáze přijetí hierarchie (září 1973 – leden 1975)

V rámci workshopu, který předznamenal třetí fázi, se členové týmu učili využívat hierarchii v týmu a celé komunitě jako terapeutický nástroj. Učili se, jak organizovat velká setkání a vést slovní konfrontace (takzvané „mytí hlavy“). Na konci workshopu se tým 14 hodin radil o tom, zda vést Emiliehoeve jako hierarchickou komunitu. Rozhodování nebylo jednoduché. Mimo jiné proto, že v té době byly v sociálních službách a zdravotnictví hierarchické systémy nahrazovány demokratickými. Uprostřed noci 9. září byli klienti svoláni na velké setkání, kde byla navržena nová struktura klientů a týmu. K překvapení týmu klienti neprotestovali proti rozhodnutí, které bylo učiněno bez nich. Tým tak otevřeně potvrdil, že v komunitě existují dvě skupiny lidí: klienti, kteří potřebují pomoc, a tým, který je placen za svou práci. Od té doby už o společných záležitostech nerozhodovali všichni společně.

Tým byl zodpovědný za takzvaná klinická rozhodnutí, jako pozice klienta v pracovním týmu, výhody, víkendové vycházky, přijímání a vyloučení. Denní program měli na starosti klienti. Bodový systém byl zrušen, protože se ukázalo, že vedl k vyhýbání se přímé konfrontaci mezi týmem a klienty, což bylo v rozporu s filosofií encounterových skupin. Od klientů jsme čekali stoprocentní výkon. K základním pravidlům – žádné drogy a alkohol – přibýly ještě: žádné násilí a sex s někým z členů komunity.

V srpnu 1973 vznikla samostatná nadace „Maretak“, zajišťující chráněné bydlení pro klienty, kteří opustili komunitu. Cítili jsme, že klienti po propuštění potřebují určitou dobu bydlet v bezpečném prostředí domu na půl cesty. V březnu z komunity odešli do doléčovací fáze první klienti. V té době ještě nešlo o doléčovací program. Jeden sociální pracovník na částečný úvazek měl individuální pohovory s prvními klienty doléčovacího programu. Tito klienti byli vedeni k docházce do nějakého vzdělávacího programu. Většinou v komunitě pracovali několik měsíců jako pomocní pracovníci v komunitě.

15. ledna 1974 bylo otevřeno vstupní ambulantní centrum v Haagu. Než byli uchazeči přijati do komunity, museli sem každý den po dobu jednoho či dvou týdnů docházet. Spolu se staršími klienty komunity vedli vstupní pohovory. K novým požadavkům také patřila výměna oblečení nebo napsání životopisu.

Po přestavbě staré stáje na další ubytovací prostory stoupl počet rezidentů z 10 na 20. Objevil se zajímavý fenomén, který bylo možno pozorovat i v dalších rostoucích TK (např. Sonnenbuhle ve Švýcarsku). Když počet rezidentů přesáhl 15 osob, rezidenti začali odcházet, dokud počet neklesl na 11 až 12 osob. V té době se konala všechna skupinová setkání pro všechny klienty společně. Poté, co byli klienti rozděleni do dvou paralelních encounterových skupin s maximálním počtem 16 klientů, odchody ustaly a komunita mohla růst do počtu 20 klientů. Také encounterové skupiny se staly dynamičtějšími, když každá skupina měla jiné členy. V této fázi byly také zahájeny oddělené skupiny pro nové rezidenty a pro ženskou část klientely.

Pracovní program s hierarchickou strukturou nabídl klientům příležitost objevit, přijmout nebo i chtít větší odpovědnost za sebe i druhé. A navíc pracovní program pro ně vytvářel zátěžové situace. Vzniklé problémy a těžkosti byly diskutovány na skupinách, kde si byli všichni účastníci rovni, i člen personálu, který řídil skupinu, mohl být konfrontován.

Po každodenním ranním setkání řízeném klienty následovalo setkání jednotlivých pracovních oddělení. Tým se musel naučit vystupovat v autoritativním postavení. Navíc i mezi personálem začaly být jasněji definované odpovědnosti. Psychiatr, který byl již dříve přijímán lidmi mimo komunitu jako vedoucí programu, přijal formálně titul „ředitel“.

Jeden z členů týmu na konci předchozí fáze zahájil rodičovská setkání pořádaná jednou za 2 týdny. Rodiče byli kontaktováni během druhého měsíce pobytu klienta v komunitě. Obvykle následovala návštěva u nich doma a první účast rodiče ve skupině byla plánována asi tři měsíce po přijetí klienta, alespoň měsíc před setkáním rodiče s klientem v komunitě. Rodičovské skupiny byly rozděleny do skupin pro „nové“ rodiče a „zkušenější“ rodiče. V první skupině byly rodičům zejména podávány informace. V pokročilejších skupinách mělo více místa vzájemné sdílení a konfrontace.

Významné bylo, že v III. fázi se tým rozhodl využít zkušenosti exuserů z léčby ve Spojených státech a Velké Británii, kteří začali fungovat jako konzultanti (programoví poradci). Zpočátku učili tým jak využít léčebné nástroje poskytované komunitou, jako konfrontační skupiny, lekce a zacházení s hierarchickou strukturou rezidentů.

Značky, nebo speciální oblečení byly využívány k lekcím se záměrem potlačit negativní chování, přičemž pozitivní bylo posilováno. Lekce nebyly nikdy považovány za trest, ale za přirozený následek jakéhokoli nepřijatelného nebo nežádoucího chování. Kdykoliv se tým rozhodl udělit někomu lekci, byla to jasná informace, jako např. co je nežádoucí a co by se mělo stát, aby se chování zlepšilo. Vyvíjely se techniky humanistické školy užívané v terapiích, jako např. bioenergetika, gestalt terapie a dynamické meditace, a byly začleňovány do skupinové terapie.

Na konci této fáze psychiatr odjel na dva měsíce navštívit některé protidrogové komunity v USA – Daytop Village, Phoenix House, Odyssey House, Project Return a AREBA v New Yorku, Delancy street a Synanon na západním pobřeží a X-Kalay a Portage v Kanadě.

#### **IV. Post-profesionální fáze (leden 1975 – červen 1976)**

Na začátku této fáze většina původního týmu odešla nebo změnila svou pozici. Psycholog a jeho žena se vrátili do rodné země založit TK. Absolvent Emilieho se stal zástupcem ředitele TK a byla mu přenechána starost o denní chod programu. Personál se stále více stával směsí profesionálů a paraprofesionálů (absolventů programu).

V Emilieho byli klienti děleni do rozdílných skupin podle stupně jejich růstu. V tomto období byly tyto skupiny ustanoveny, jako tzv. „fáze“. Před vstupem do vyšší fáze klient musel absolvovat přijímací pohovor s týmem a s klienty této fáze. Noví klienti měli samostatnou skupinu zvanou „šance“. Po přijetí dostali staršího bratra nebo sestru, aby je uvedli do nové situace života v komunitě. Rezidenti komunity byli rozděleni do 3 skupin – šance (ti se stali členy komunity po měsíci pobytu), pak střední skupina a starší klienti. V pravidelných intervalech, obvykle měsíčně, se konaly v rámci těchto skupin tzv. „status“ skupiny, kde byl probírán pokrok každého z nich. Krátce před vstupem do doléčovacího programu se stal klient kandidátem na vstup do tohoto programu a získal odlišné postavení. Musel napsat zprávu o svém pobytu v TK a obvykle byl na krátkou dobu mimo klientskou strukturu a neměl zvláštní povinnosti v rámci komunity. Doléčovací program měl svůj vlastní personál. Program zahrnoval týdenní skupiny i setkání celého domu.

V květnu 75 byla do Emilieho začleněna jiná terapeutická komunita včetně klientů i personálu. Tato TK pár měsíců předtím vznikla v Utrechtu a nebyla schopna přežít pro problémy se sousedy. Na klienty bylo pohlíženo jako by byli klienty Emilieho od svého přijetí. Čtyři z nich byli ostatně klienty Emilieho již dříve – byli totiž přesunuti do vznikající komunity na jejím počátku. Tým této terapeutické komunity byl původně v Emilieho vycvičen a stal se součástí stávajícího týmu.

V průběhu této fáze jsme došli k závěru, že ne všichni závislí potřebují léčbu v TK. Zejména pro mladší klienty bylo přiměřenější denní centrum. V lednu 76 byl otevřen denní stacionář „Het Witte Huis“. Psychiatr (ředitel Emilieho) se stal také ředitelem denního abstinenčního programu v Haagu. Centrum bylo vytvořeno po vzoru Emilieho a stejně jako v komunitě zde pracovali absolventi Emilieho jako placený personál.

Psychiatr se tak stal ředitelem abstinčního programu Haagu, který se skládal ze 3 samostatných nadací:

- Het Witte Huis byl částí léčebného centra pro závislé
- Emiliehove byla částí všeobecné psychiatrické nemocnice (Bloemendaal)
- doléčovací centrum bylo součástí samostatné nadace (Maretak).

Na konci této fáze žilo na farmě zamýšlené pro 10 osob okolo 30 lidí. Naplánovala se stavba nové budovy a 9 měsíců po prvních vizích byly plány schváleny. Prvně na světě byla vystavěna budova určená k provozu terapeutické komunity pro drogově závislé. Byla postavena z přírodních materiálů, cihel a dřeva, s velkými volnými vnitřními prostory a prostornými ložnicemi. Ačkoliv se jednalo o moderní budovu, měla teplý a přátelský vzhled.

## **V. Fáze uzavřené komunity (červen 1976 – duben 1977)**

Tuto fázi lze charakterizovat jako uzavřenou komunitu. Od června 76 nebyl na pozici ředitele již nadále psychiatr. Tímto postem byl dočasně pověřen britský exuser, který pracoval v předchozí fázi v Emiliehove jako poradce. Tento ředitel neuměl holandsky, a nebyl tak v kontaktu se společností. Jeho poselství klientům znělo: „Společnost je špatná a naše komunita dobrá: klienti se mají stát po absolutoriu agenty změny s úkolem měnit společnost venku.“

Disciplína byla velmi přísná. Lekce jako značky nebo ostříhání do hola (též pro ženy) byly stále více užívány jako tresty. Při encounterových skupinách seděli klienti místo na polštářích na židlích. Byly pořádány uzavřené týdny – tématicky orientované, během kterých nebyli přijímáni noví klienti. Mezi klienty samými se zavedla tvrdá kontrola. Psané elaboráty se odevzdávaly týmu denně nebo týdně. Ředitel mohl sledovat určitá místa v TK ze své kanceláře prostřednictvím kamerového systému. Jedno ze základních hesel užívaných v té době bylo: „Nejsi-li součástí řešení, jsi součástí problému.“

Do týmu byl přijat učitel, který v sobotu dopoledne vzdělával všechny klienty a v týdnu ty z nich, kteří potřebovali doplnit základní vzdělání (mezi nimi dva čtrnáctiletí klienti). Začalo být jasné, že tito mladí klienti nezapadají do struktury komunity, přestože jim byla věnována mimořádná pozornost. Totéž lze říci o matkách s dětmi, které byly tehdy dvakrát přijaty do komunity.

Na konci srpna byla princeznou Beatrix otevřena nová budova. Následujícího dne se konala na pozemku Emiliehove národní konference pro personál i klienty z bezdrogových terapeutických komunit v Holandsku a Belgii. Na konci tohoto dne dva klienti z doléčovacího programu otevřeně přestali s kouřením a byli následováni mnoha dalšími. Bez konzultace s ostatními vedoucími nebo s programovým ředitelem vyhlásil ředitel Emiliehove terapeutickou ko-

munitu za nekuřáckou a zákaz kouření se stal jedním ze základních pravidel pro klienty. Ještě v současnosti následují váhavě tento příklad ředitelé ostatních komunit. Toto nekuřácké pravidlo nevedlo k vzestupu předčasných odchodů klientů z komunity. Pro klienty to byla jen další věc navíc, kterou museli změnit. A navíc nebylo příliš těžké přestat kouřit v prostředí, kde tabák ani popelínky nebyly. Návštěvníci museli nechávat tabák při vstupu na pozemek na určeném místě. Ovšem díky tomuto pravidlu nebylo pravděpodobně přijato více potenciálních klientů. K váhání s přijetím do Emiliehove přispěly zejména přísná černo-bílá disciplína a extrémní opatření jako např. stříhání dohola. Terapeutická komunita získala na drogové scéně pověst koncentračního tábora. Tato pověst byla živena klienty, kteří opustili program předčasně a vrátili se na drogovou scénu a prostřednictvím článku v časopise popisujícím extrémní situace, jako např. že klienti týdný nosí značky, měděná cedule se jménem na dveřích ředitele, nebo zákaz mluvení na několik dní pro některé klienty.

Klienti měli méně přímých kontaktů s týmem než dříve. Očekávalo se od nich, že budou jednat s personálem s velkým respektem. Poslouchali tým bez ohledu na strach. Odstup mezi týmem a klienty vzrostl. Programový ředitel se nakonec rozhodl zastavit tento proces, zvláště když začaly být zřetelné vážné známky toho, že ředitel TK svou moc zneužívá. Když se odmítl nechat konfrontovat staršími klienty v encounterové skupině, pocítil programový ředitel nutnost okamžitě zasáhnout. Rozhodl se nečekat na konec pracovní smlouvy a zavolal ředitele TK do doléčovacího centra, kde ho s okamžitou platností propustil a zakázal mu vstup do Emiliehove. K tomuto rozhodnutí přispěl také plán ředitele TK přestat posílat klienty do doléčovacího programu, protože mu nedůvěřoval. Večer představil programový ředitel klientům Emiliehove kompletně nový tým, přičemž každý si mohl vybrat, zda chce odejít s bývalým ředitelem. Novým ředitelem Emiliehove se stal její absolvent, který pracoval v denním stacionáři Witte Huis od jeho vzniku. Zástupcem ředitele se stal sociální pracovník, který zavedl program pro rodiče. Ředitel byl zodpovědný za léčbu a jeho zástupce za management a organizaci programu. Po vysvětlení vzniklé situace klientům se všichni rozdělili do skupin s programovým ředitelem a jeho novým týmem. Během tohoto týdne odešli jenom 4 klienti, dva z nich se záhy vrátili. Započala nová fáze.

## **VI. Fáze integrace (duben 1977 – květen 1980)**

V této fázi se odstup mezi klienty a personálem o mnoho zmenšil. Proběhla také integrace amerického svépomocného modelu a profesionálního přístupu v rovině struktury a užívaných technik. A to zejména ve skupinové terapii. Ve sku-

pině bylo oproti předchozí fázi věnováno více pozornosti minulým zážitkům a strachu z intimity. Klienti opět na skupinách sedávali místo na židličkách na polštářích a znovu byla zařazena bonding terapie, která v minulé fázi nebyla využívána.

Čas, po který museli klienti nosit stejnokroj, byl zkrácen ze dvou měsíců na jeden. Období, kdy neměli klienti žádný kontakt s vnějším světem, bylo následně zkráceno ze čtyř měsíců na dva. Byly umožněny sexuální kontakty mezi klienty, v případech že byli oba v komunitě alespoň 4 měsíce a poté, co byl tento vztah rozebrán týmem a skupinou. Dvojice mohla požádat o strávení společné noci v samostatné místnosti v budově týmu. I když tyto žádosti byly vzácné, měla tato politika za následek vymizení skrytých sexuálních kontaktů, ke kterým předtím docházelo. Vztahy mezi klienty, které vznikly v tomto období, byly konfrontovány vzácně a více či méně sankcionovány týmem. Většina těchto vztahů byla pro léčbu nevýhodná. Po propuštění tyto vztahy obvykle nepokračovaly a obě osoby vracely k drogám. V dalších případech pár opustil komunitu, když byl jejich vztah konfrontován.

Nově přijatí klienti byli nazýváni „vajíčka“ a zodpovědnost za ně měli dva starší klienti, muž a žena, v tzv. „líhni“. V tomto období se dva z týmu, kteří byli vyškoleni Institutem pro výcvik terapeutů v léčbě závislosti (který vznikl z popudu Emilieho ve r. 1976), připojili k sektě Baghwan. Následovali tak příkladu bývalého ředitele Institutu, Američana, který byl konzultantem programu v jeho druhé a třetí fázi. Na setkáních personálu abstinčních programů Haagu skládajících se z vstupního programu, TK Emilieho, následného programu Mareta, denního stacionáře Het Witte Huis a oddělení prevence byla přijata následující politika: členům personálu není dovoleno hovořit s klienty o svém osobním přesvědčení, víře či politické orientaci, aby neovlivňovali klientův vlastní názor. Bylo by to v rozporu s cílem programu zlepšit schopnost klientů dělat samostatná rozhodnutí. Dvěma členům personálu, kteří se stali členy hnutí Baghwan, bylo řečeno, že nesmějí nosit oranžová roucha a „mala“ (řetěz s obrázkem Baghwana) v zaměstnání, že nesmějí užívat svá jména přijatá v sektě a že musejí přijmout novou politiku stran osobního přesvědčení. Jeden z nich s tím souhlasil a druhý to považoval za nepřijatelné a program opustil.

V průběhu této fáze se scházely týmy jednotlivých pracovišť abstinčních programů Haagu na společných setkáních. Nadací Outward Bound pro ně byly organizovány zátěžové programy v horách jižní Belgie, podobné jaké se staly součástí programu pro klienty v této fázi. Asi 1,5 roku od svého zavedení bylo opuštěno od zákazu kouření, přičemž hlavním důvodem byly obtíže s přijetím pro některé silné kuřáky mezi personálem. Bylo upuštěno od stříhání do hola u žen a později, koncem této fáze, i u mužů. Tyto souvislosti přispěly k udržení vyššího počtu klientů v programu, včetně těch, kteří dříve odešli a nyní byli znovu přijati. Je možné, že mnoho závislých odradily dřívější extrémní podmínky od podání žádosti.