

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Soňa Papšíková

Jak klienti s duálními diagnózami vnímají léčbu v TK Tao Bílá Voda

How do clients with dual diagnoses perceive a treatment programme in TC Tao Bílá Voda

Bakalářská

Vedoucí závěrečné práce/Školitel:

PhDr. Radimecký Josef, Ph.D., MSc.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25.11.2018

Soňa Papšíková

Podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. J. Radimeckému Ph.D., MSc. za vedení, za poskytnutí cenných rad a doporučení a za pomoc při zpracování praktické části bakalářské práce. Největší poděkování patří mé rodině, partnerovi a synům za jejich velkou dávku trpělivosti a vytrvalou podporu během celého studia i při psaní této práce. Poděkování také patří všem klientům, kteří se zúčastnili studie.

Identifikační záznam:

PAPŠÍKOVÁ, Soňa. *Jak klienti s duálními diagnózami vnímají léčbu v TK Tao Bílá Voda. [How do clients with dual diagnoses perceive a treatment programme in TC Tao Bílá Voda]*. Praha, 2018. Počet stran 52, počet příloh 1. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Radimecký Josef, M.Sc., Ph.D.

Abstrakt:

Cílem práce je zmapovat vnímání léčby duálních diagnóz a současně zmonitorovat, jak jsou klienti s programem pobytové léčby v terapeutické komunitě Tao subjektivně spokojeni. Zjistit, které složky programu – tj. intervence poskytované terapeutickou komunitou-klienti vnímají pro ně a jejich léčbu nejúčinnější, nejužitečnější, popřípadě, které momenty v léčbě považují za významné v jejich uzdravě.

Výzkumné šetření bylo realizováno formou semistrukturovaných rozhovorů na souboru 6 klientů s duálními diagnózami, kteří absolvovali a ukončili program léčby v terapeutické komunitě dle plánu v období od října 2017 do března 2018. Zahrnuje i klienty, kteří si původně plánovanou léčbu prodloužili. Výzkumná data byla také sbírána metodou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 17 klientů, kteří ukončili léčbu v zadaném období.

Klienti vnímají léčbu v Terapeutické komunitě Tao jako účinnou a pro jejich zdravotní duševní stav přínosnou. Program poskytovaný komunitou jim pomohl k osvojení nových vzorců chování, k naučení se zvládat krizové situace. Odcházejí z léčby spokojenější, klidnější, nebojí se lidí, někteří našli pokoru. Intervence, zejména skupinová, individuální a činnostní terapie, jim dopomohly k zaměření se na sebe, mít se více rádi, samostatnému fungování. Umožnily jim zlepšit komunikační schopnosti, posilnit svoji vůli, sebevědomí, změnit svůj náhled k závislosti a k duševní nemoci. Klienti se naučili strukturovat svůj den, v plánování chtějí pokračovat a dále smysluplně vyplňovat volný čas. Těmito kroky se chtějí i nadále rozvíjet a upevňovat nově získané návyky. Vyhovoval jim „rodinný“ typ komunitní léčby, terapie s menším množstvím klientů, individuální přístup terapeutického týmu. Z výzkumu vyplynulo, že Terapeutická komunita Tao je vhodnou komunitou pro léčbu duálních diagnóz, všichni klienti učinili v léčbě pokrok.

Důležitým poznatkem ve výzkumném šetření je vnímání souvislosti duševní nemoci, jejich diagnózy a závislosti zúčastněnými klienty s poskytovanými intervencemi. Tento poznatek a léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě je téma vhodné pro další zkoumání.

Klíčová slova:

závislost, duální diagnóza, pobytová léčba, terapeutická komunita

Abstract:

The aim of the work is to map the perception of the treatment of dual diagnoses and at the same time to monitor how much are clients satisfied with the program of the Tao Therapeutic Community. Find out which components of the program – i.e.: interventions provided by the therapeutic community - are perceived by the clients as being most effective and useful for them, or which treatment moments they consider important in their recovery.

The research was carried out on a group of six dual-diagnosis clients who attend and finished the treatment program in the therapeutic community as scheduled from October 2017 to March 2018. It also includes clients who have been prolonging their planned treatment. The research data were collected in the form of semi structured interviews and questionnaire surveys. Research data was also collected by the questionnaire survey, which were attended by 17 clients which finished treatment at the given time.

Clients view treatment in the Tao Therapeutic Community as effective and beneficial to their mental health status. The community program helped them adopt new patterns of behavior, learn how to handle crisis situations. They leave the treatment more satisfied, quieter, not afraid of people, some found humility.

Interventions, especially group, individual and activity therapies, helped them to focus on themselves, to be more glad, self-serving. They have enabled them to improve their communication skills, strengthen their will, self-confidence, change their insight into addiction and mental illness.

Clients also learned how to structure their day, plan to continue and plan leisurely. With these steps, they continue to develop and consolidate newly acquired habits.

He met a "family" type of community treatment, therapy with fewer clients, an individual approach to the therapeutic team.

Research has shown that the Tao Therapeutic Community is a good community for the treatment of dual diagnoses, and all clients have made progress in treatment.

An important knowledge in the research is the perception of the connection of mental illness, their diagnosis and the dependence of the involved clients with the provided interventions. Both knowledge and the treatment of dual diagnoses in the therapeutic community is a suitable subject for further investigation.

Key words:

dependence, dual diagnose, residential treatment, therapeutic community

OBSAH

ÚVOD	9
1 ZÁVISLOST	10
1.1 Psychopatologie závislosti.....	10
1.2 Syndrom závislosti.....	10
1.3 Definice závislosti	10
1.4 Dědičnost ve více faktorovém původu závislosti	12
1.5 Kořeny závislosti.....	12
1.6 Psychická závislost.....	13
1.7 Fyzická závislost.....	13
1.8 Dogma závislosti.....	13
1.9 Model závislosti.....	13
2 DUÁLNÍ DIAGNÓZA	14
2.1 Komorbidita.....	14
3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	15
3.1 Terapeutická komunita v prostředí psychiatrické nemocnice	16
3.2 Terapeutická komunita pro duševně nemocné	17
3.3 Rezidenční léčba.....	17
3.4 Léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě	18
3.4.1 Modely léčby.....	19
4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA TAO	19
4.1 Filozofie	20
4.1.1 Filozofie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské.....	21
4.1.2 Filozofie terapeutické komunity Tao	21
4.2 Průběh léčby.....	21
4.3 Pravidla.....	22
4.3.1 Kardinální pravidla TK Tao	22
4.3.2 Pravidla TK Tao.....	22
4.4 Intervence terapeutické komunity Tao.....	23
4.4.1 Velká komunita	23
4.4.2 Samořídící komunita	23
4.4.3 Technická komunita.....	23
4.4.4 Mimořádná komunita	24

4.4.5	Skupinová terapie	24
4.4.6	Individuální terapie, garantské pohovory	24
4.4.7	Vztahová terapie	24
4.4.8	Terapeutická podmínka	24
4.4.9	Trénink kognitivních funkcí, metakognice	25
4.4.10	Sociální dovednosti	25
4.4.11	Činnost klienta pro komunitu	25
4.4.12	Rozcvička	25
4.4.13	Generální úklid	25
4.4.14	Činnostní terapie	25
4.4.15	Motivační skupiny	26
4.4.16	Volnočasové aktivity, terapie dobrodružstvím	26
4.5	Fáze léčby	26
4.5.1	Červená cesta	26
4.5.2	Žlutá cesta	27
4.6	Opakovací pobyty	27
4.7	Spolupráce s regionálními organizacemi	27
5	PRAKTICKÁ ČÁST	28
5.1	Cíl výzkumu a výzkumný problém	28
5.2	Výzkumné otázky	28
5.3	Design výzkumu a metody získání dat	28
5.4	Výzkumný soubor	29
5.5	Etické aspekty	31
5.6	Metody zpracování dat	31
5.6.1	Kategorie a podkategorie	31
5.7	Výsledky	32
6	Diskuze	45
	Závěr	46
	Použité zdroje	48
	Přílohy	53
A	Dotazník	53

ÚVOD

„Terapeutická komunita je jako karavana táhnoucí pouští. Správně připravená karavana se dostane do cíle, dobře fungující komunita s dobře připravenými a vzdělanými terapeuty pomůže klientovi dostat se do oblasti zdraví, osobní svobody a autonomie.“

Magdalena Frouzová (2007, str. 217)

Terapeutická komunita pro klienty s duálními diagnózami představuje vedle léčby v psychiatrické nemocnici či léčebně možnost léčby v strukturovanější, individuálnější podobě. Terapeutické komunity, zabývající se léčbou duálních diagnóz, dle informací získávaných při pravidelném setkávání Sekce terapeutických komunit A.N.O., jsou v ČR pouze tři. Informace o existenci tohoto typu komunitní léčby sleduji i ve výročních zprávách Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogovou závislost, a to z důvodu umisťování absolventů naší terapeutické komunity do další péče. Tyto zprávy a má práce v terapeutické komunitě s touto cílovou skupinou byly impulsem k výběru tématu léčby duálních diagnóz v Terapeutické komunitě Tao. Zajímalo mě, jak jsou klienti této terapeutické komunity s léčbou spokojeni.

Léčba klientů s duálními diagnózami v terapeutické komunitě je náročnější nejen pro klienty, kteří přicházejí do komunitní léčby s obavami, jestli a jak ji zvládnou, ale i pro terapeuty, na které jsou kladeny vysoké nároky v oblasti kvalifikace, zkušeností či psychické stability. Klienti se jeví jako méně motivovaní, mnohdy bez náhledu na závislost či duševní onemocnění, častěji léčbu ukončují.

Význam je kladen na poskytované intervence, pozitivní, individuální přístup, spolupráci a nalezení souvislostí mezi závislostí, užíváním návykových látek a duševním onemocněním. Duální diagnóza, popřípadě komorbidita je u klientů v léčbě nebo u klientů vstupujících do léčby komplikací sama o sobě.

Výzkumné šetření se zaměřuje na zmapování toho, jak klienti s duálními diagnózami vnímají program léčby, jim poskytované intervence, významné momenty pro uzdravu.

Cílem bakalářské práce je zhodnocení léčby a poskytnutých intervencí klienty Terapeutické komunity Tao.

Téma bakalářské práce je zpracováno z výstupů analýzy dat, která byla získána formou rozhovorů a dotazníků. Vnímání léčby klienty a témata související s léčbou duálních diagnóz a poskytovanými intervencemi v terapeutické komunitě považuji za aktuální, vhodné k diskusi.

Problematika duálních diagnóz je v současné době téma velmi živé. Hovoří se o ní nejen v souvislosti s psychiatrickými nemocnicemi, léčebnami, doléčovacími centry či adiktologickými službami obecně, ale i vzhledem k jejich zvyšujícímu se zastoupení mezi cílovou populací klientů. Téma duálních diagnóz a jejich léčby v terapeutických komunitách by nemělo být opomíjeno. Je důležité se tímto tématem zabývat.

1 ZÁVISLOST

„Závislost vykořenila člověka z běžných vztahových rámců a učinila jediným klíčovým vztahem vztah k jeho droze a k sebeuspokojení nezávisle na okolním světě. Úkolem společenství terapeutické komunity je zviditelnit sociální potřeby závislého člověka a umožnit mu docilovat sebeuspokojení jinými mechanismy – v přímé konfrontující závislosti na druhých. Terapeutická komunita tak vytváří tlak na jednotlivce a jeho příslušnost k celku – na identifikaci se společenstvím a jeho filozofií – tedy na identifikaci s abstinčním životním stylem jako s životním údělem či dokonce posláním.“

Petr Nevšímal (obálka, 2007)

1.1 Psychopatologie závislosti

Podle Kudrleho (2003, str. 107) lze hovořit o závislosti jako o „chronické a progredující poruše, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dyktění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

1.2 Syndrom závislosti

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených problémů se syndromem závislosti rozumí:

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance na drogu a někdy somatický odvykací stav.“ (Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN - 10, 2017).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN - 10 je používán termín syndrom závislosti a škodlivého užívání.

Americká psychiatrická asociace (1994) v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch – DSM-IV používá pojem závislost a zneužívání látek.

1.3 Definice závislosti

Závislost je definována několika různými definicemi v souvislosti s vývojem společnosti, se vznikem nových závislostí a nemocí souvisejících s užíváním drog. Většina z nich se shoduje, že se jedná o motivaci k určité činnosti, jejíž důsledkem může být újma či riziko v oblastech duševních, somatických, sociálních.

Kooyman (1992, str.21) hovoří o závislosti jako o příznaku skrytých problémů. „Užívání drog je považováno za důsledek problémů. Mohlo původně sloužit jako pokus řešit problémy, ale postupně se stalo samo problémem.“

(Kooyman, 1992). Proto definuje závislost takto:

„Závislost je pokračující škodlivý proces, ve kterém se původně adaptivní jednání vymyká z kontroly a začíná být samo problémem.“ (Kooyman, 1992, str.22).

Jiný pohled na závislost nabízí aktuálnější definice Americké společnosti pro závislostní medicínu: „Závislost je primární chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dysfunkce těchto systémů vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům, které se odrážejí v patologickém chování jednotlivce, jenž užíváním různých substancí průběžně usiluje o dosažení odměny či úlevy. Závislost je charakterizována poruchou kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat výrazné problémy ve vlastním chování a mezilidských vztazích, jakož i dysfunkčními emočními reakcemi. Stejně jako v případě jiných chronických onemocnění se závislost pojí s cyklickým opakováním relapsů a remisí. Závislost má progresivní průběh a bez léčby a dalších ozdravných intervencí může vyústit v invaliditu nebo předčasnou smrt.“ (ASAM, 2011).

Můžeme se setkat i s rozdělením závislosti na dva typy, a to látkovou, mezi kterou patří např. alkoholismus, užívání drog, kouření a závislost na procesech představovanou hráčstvím, utrácením peněz, nakupováním, jídlem, sexem a dalšími. Může to být nutkavý návyk na látku, chování i na například nějakou aktivitu, který působí na změnu stavu, nálady. (Gale encyklopaedia of Medicine In: West, 2016).

Nešpor (2011, str.176) hovoří o obvyklém stanovení definitivní diagnózy závislosti, a to tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) „silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
- c) tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu, kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.“ (Nešpor, 2011).

Dle Kalivase (2005) je z objektivního hlediska primární behaviorální patologií drogové závislosti silná motivační síla a snížená schopnost ovládat touhu získat drogu. Vývoj závislosti se vyskytuje v chronologickém pořadí. Závislost lze rozdělit do tří časově posloupných fází:

- a) akutní drogový efekt
- b) přechod od rekreačního užívání ke vzorcům užívání charakteristickým pro závislost

- c) vznik závislosti, která je charakterizována touhou získat drogu, sníženou schopností ovládat získání drog a sníženým potěšením z biologických odměn, snížením kognitivní kontroly

West (2016) hovoří o závislosti jako o komplexním problému. K pochopení problému a vzniku intervencí může přispět širší pohled, který přesahuje rámec konceptu závislosti jako onemocnění mozku nebo výhradně společenských nebo ekonomických hledisek. Léčba závislostí by se tak zaměřila na zjišťování příslušných schopností a motivací u cílové skupiny. Důležitost by měla být kladena i na postup kroků k dosažení změny vzorců chování a ve výběru intervencí.

Arrienová (2000) popsala čtyři typy univerzální závislosti:

- a) Závislost na intenzitě – neumíme-li pořádně vyjádřit lásku.
- b) Závislost na dokonalosti – nejsme-li schopni sami ukázat své skutečné kvality.
- c) Závislost na potřebě vědět – nejsme-li schopni přirozeně vyjádřit svou moudrost.
- d) Závislost na zaměření na to, co nefunguje než na to, co funguje.

1.4 Dědičnost ve více faktorovém původu závislosti

Je patrné (Šerý, 2007, str.1), že závislost na alkoholu a ostatních drogách má společné genetické pozadí. Faktory ovlivňující vznik závislosti:

„**Sociální faktory** (vliv rodiny, přátel, vrstevníků, společenského statutu a norem zejména v období dospívání) mohou přispět k propuknutí závislosti u geneticky predisponovaných jedinců.

Faktory psychické a faktory biologické (vzhledem k tomu, že osobnostní struktura je také ovlivňována geneticky) je vhodné spojit do jedné kategorie faktorů **psycho - biologických**:

Psychické faktory vycházejí z předpokladu specifické osobnostní osob, které se stávají závislými na drogách. U těchto osob lze sledovat silnou potřebou péče, nízkou toleranci vůči frustraci a bolesti, labilitu, komplexu méněcennosti atd.“

Faktory biologické:

Vnější – zahrnují faktory ovlivňující vývoj mozku a formování osobnosti v prenatálním, postnatálním a perinatálním období – stres, strava matky v těhotenství, vliv užívání návykových látek na plod. V dětství se uplatňuje vliv rodiny, kdy negativními vlivy jsou týrání a zneužívání dětí.

Vnitřní – množství genů, které ve vzájemném působení s vnějšími podmínkami formují mozek a lidskou psychiku. (Šerý, 2007)

1.5 Kořeny závislosti

Kudrle (2008) vidí kořeny závislosti v potřebě vyhnout se bolesti nebo najít zklidnění. Je to potřeba ulevit si od bolesti fyzické i duševní. Ta může být z nudy, z neuspokojení, z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení. Je to potřeba cítit se rozhodný, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti. Také je to potřeba přesahování smyslových i rozumových možností utrpení v zážitku splnutí.

1.6 Psychická závislost

Podle Jeřábka (2008, str.55) znamená psychická závislost „syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (což jsou formálně poruchy motivačního a behaviorálního charakteru).“

1.7 Fyzická závislost

„Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou simultánně, i když se jednotlivé látky od sebe liší kvantitativní mírou svého potenciálu k vyvolání obou závislostních složek.“ (Jeřábek, 2008, str.55).

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

1.8 Dogma závislosti

Mezi dogmata, která Dvořáček (2011, str.31) definuje a současně bez negativního náznaku jako tvrzení, o kterém se nepochybuje, patří i závislost.

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

Některé možné induktrance teoretickým modelem:

Už navždy budete závislý.

Jednou se napijete, a jste v tom zpátky.

Většina lidí recidivuje.

Léčba závislosti je dlouhý a náročný proces.

Sám to nezvládnete.

Je těžké najít hranici mezi informováním pacienta o problému a induktrací.“

1.9 Model závislosti

Dle Radimeckého (2007, str. 242-243) je patrné, že i v české adiktologické společnosti mohou být zastánci i odpůrci konceptu závislosti jako nemoci. Někomu vyhovuje koncepce „závislosti jako nemoci s cílem doživotní abstinence, jinému koncept závislosti jako naučeného chování, které lze přeučit např. směrem k umírněnému či kontrolovanému užívání návykových látek. Pracovníci adiktologických služeb by měli být

schopni vyvarovat se univerzálnímu uplatňování některých stereotypů (např. „jednou závislý - navždy závislý“).“ Při práci s klienty by měli individuálně uplatňovat oba přístupy s ohledem na potřeby klientů. (Radimecký, 2007).

2 DUÁLNÍ DIAGNÓZA

Pojmy komorbidita a duální diagnóza se často zaměňují. Termín komorbidita je častěji preferován a bývá do něj zahrnuta i duální diagnóza.

Duální diagnóza se definuje jako souběh, součinnost poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy. Duální diagnózu můžeme také nazvat jako vztah mezi dvěma onemocněními. Vyjadřuje také původ a příčiny nemoci.

Jeřábek (2008, str.70) definuje psychopatologii duální diagnózy jako „souběh syndromu závislosti s další duševní poruchou.“

Williams a Cohen (2000; in: Kalina 2008 a spol. str. 76) vymezují užívání termínu duální diagnózy k „identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci.“

Kalina, Minařík (2015, str. 211) vymezují pojem duální diagnózy „souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy.“

Duální diagnóza je dle Kaliny a Minaříka (2015, str. 211) „specifický typ psychiatrické komorbidit“. Komorbiditou je rozuměno „výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/ klienta.“ (Kalina, Minařík 2015, str. 211).

Podstatná je samotná léčba duálních diagnóz, při které je nevhodné oddělovat problém závislosti od problému duševního.

Krausz (1996, str. 94) udává – čtyři kategorie duální diagnózy

Primární diagnóza duševního onemocnění s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví.

Primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění.

Souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy.

Duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, např. z posttraumatického stresu.

Dle mého názoru, Krausz svými kategoriemi, popsal i často diskutované téma jednoznačného určení etiologie duální diagnózy či komorbidit.

2.1 Komorbidita

„Když se setkáváme s uživateli drog, máme tendenci přisuzovat jejich problémy tomu, že užívají drogy. Přitom však nezřídka trpí komorbidními poruchami duševního zdraví, které se nám často nedaří rozpoznat. Je třeba, abychom v léčbě uživatelů drog brali v potaz jejich komorbiditu.“

(Reimen, M. 2004, str.3)

„Psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychiatrických poruch u jednoho jedince.“ (Williams, Cohen, 2000; in Kalina a kol. 2008 str. 75, World Health organization, 2001; 2004, str. 75)

Williams a Cohen (2000, str. 43) termín komorbidita vykládají také jako “společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog (polymorfni užívání).

Dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, dále jen EMCDDA, 2004, str. 3) lze definovat komorbiditu i duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince.“ Přičemž předpokladem přijetí této definice je uznání závislosti jako duševní poruchy.

Prevalence psychiatrické komorbidity s užívanou návykovou látkou a duševní poruchou se různí. Regier et al. (1990, str. 2511) ve své americké studii uvádí, že z 42 % celoživotně duševně nemocných, mělo 13, 5 % duševní poruchu a závislost na alkoholu, na drogách bylo závislých 6 % duševně nemocných. 37 % s alkoholovou závislostí mělo ještě další psychickou poruchu. Nejvyšší stupeň komorbidity byl zjištěn u uživatelů drog, u nichž bylo zjištěno, že více jak 53 % má mentální poruchu. Není však vyjasněno, zda duševní nemoc podmiňuje zvýšení pravděpodobnosti vzniku závislosti na drogách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů. Otázkou zůstává, zda duševní nemoc a závislost na drogách mají jednu příčinu.

3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

O terapeutických komunitách, jejich vzniku, o historii, filozofii, principech, faktorech a dalších, toho bylo napsáno mnoho, každá definice je jiná, tak jako terapeutická komunita se svojí jedinečností, se svými modely léčby.

Já na úvod si dovoluji citovat citát, který dle mého velmi přesně vystihuje význam terapeutické komunity:

„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 nazývaném adiktologie dělí na zastánce konceptu závislosti na drogách jako nemoci, nebo vycházejí z konceptu závislosti jako naučenému chování, patrně se v jednom bodě shodnou. A sice v tom, že při „léčbě“ uživatelů drog je nezbytná jejich 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.“

(Radimecký, 2004, str. 7)

Kratochvíl (1979, str. 12) definuje terapeutickou komunitu jako „zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí, a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a

jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování.“

Terapeutické komunity podle Doležalové (2006) se snaží klientům vytvořit ty nejlepší podmínky k zavedení změny ve vnímání sebe i okolí. Snaží se vytvořit podmínky pro vývoj a řešení konfliktů jak vnitřních, tak vnějších. Tyto cíle, plány by nemohly být naplněny, pokud by klienti necítili v komunitě uspokojení v základních lidských potřebách. Základní jistoty zabezpečuje právě prostředí terapeutické komunity, a to včetně přístupu terapeutů ke klientům. Bezpečné prostředí, důvěra, jistota jsou jedním z nejdůležitějších terapeutických faktorů.

„Rozdíl mezi „drogovým životním stylem“ a životem v komunitě je pravděpodobně natolik výrazný, že pro klienty je vstup do jasně strukturovaného, od drog prostého a pravidly vymezeného prostředí osvobozením od existenciální nejistoty, kterou přináší život s drogou.“ (Doležalová, 2006, str.14).

Terapeutické komunity jsou často situovány mimo město a nabízejí intenzivní léčebné pobyty v různých délkách léčby.

„Tato intenzivní léčba je vhodná pro klienty s rozvinutou a dlouhodobou závislostí na drogách, kteří již absolvovali krátkodobější léčebné programy a opakovaně neuspěli. Je velmi vhodná pro klienty, kteří mají za sebou život na ulici a nikdy nezažili dobré vztahy, ať již rodinné, nebo partnerské.“ (Hajný, Kořínek, Majer, 2004, str.55).

3.1 Terapeutická komunita v prostředí psychiatrické nemocnice

Model terapeutické komunity na psychiatrických odděleních pro závislé byl založen Jaroslavem Skálou. Základem byl apolinářský model, který spolu s léčebnými procesy prošel vývojem.

„Terapeutická komunita není otázkou zavedení nového programu léčby, ani zásadních změn ve formální struktuře zdravotnického zařízení. Jde o změnu způsobu práce, přesněji o změny ve vzájemných vztazích mezi členy terapeutické komunity (TK) z řad pacientů i zaměstnanců.“ (Skála, 1987, str. 85).

Skála (1987, str.119) hovoří o indikačních kritériích pro ústavní léčbu. Jedním z kritérií je léčba osob, „kterým ambulantní léčba nepomáhá, protože ji nezvládají, špatně při ní spolupracují, opakovaně recidivují.“

Podle Dvořáčka (2007, str.240) lze říci, „že terapeutická komunita je aplikována v závislostní ústavní péči psychiatrických léčeben na dvou úrovních. Základní úroveň je užití terapeutické komunity jako formy organizace péče na oddělení pro závislé, druhou úroveň je pak užití terapeutické komunity jako terapeutického nástroje.“

Komunity v prostředí psychiatrických léčeben a nemocnic mají i několik výhod. Léčba je zajištěna zdravotnickým personálem. Terapeutická komunita umožňuje nabídnout péči závislým s duálními diagnózami, kteří mají vážné psychické a somatické problémy způsobené drogami. Může poskytnout současně i další odbornou péči – rehabilitační,

interní, neurologickou, chirurgickou a dostupnost konziliárních vyšetření. Klienti po absolvované léčbě mají možnost opakovacích pobytů ve formě týdenního pobytu po 3 měsících. Terapeutické komunity nabízejí setkání abstinentů. (Dvořáček, 2007)

Podle Seifertové, Praška, Höschla (2004) pozitivní výsledky léčby souvisí s délkou pobytu v terapeutické komunitě. Vhodnost dlouhodobé léčby doporučují u pokročilých forem závislosti v nestabilní sociální situaci klienta.

3.2 Terapeutická komunita pro duševně nemocné

„Speciálně přizpůsobené modely terapeutických komunit se rozvinuly výhradně k léčbě vážněji duševně nemocných uživatelů drog. Některé z nich vznikly v rámci terapeutických komunit jako zvláštní programy v detašovaných pracovištích nebo jako vedlejší kolej hlavního proudu terapeutické komunity.“ (Carroll a McGinley, 1998, in De Leon 2004 str. 145).

Jiné, jak uvádějí (Silberstein, Metzger a Galanter, 1997, in De Leon 2004 str. 145), „byly uskutečněny jako novátorské výzkumné projekty v léčebnách pro duševně nemocné.“

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

Terapeutické komunity pro duševně nemocné s duálními diagnózami jsou orientovány na denní režim. V těchto komunitách je nejlépe vidět odlišnost klientů. Plánují si různé délky pobytu, strukturu programu. Specifické pro ně je užívání psychofarmak, odlišná intenzita skupin, méně náročné požadavky na různé činnosti. U klientů se více využívá individuální psychoterapie, je využíván case management, nácvik sociálních dovedností.

Podle Kaliny (2008, str.277) typická náročnost tradiční terapeutické komunity nemusí být přiměřená pro všechny typy klientů. „S ohledem na konkrétní cílovou skupinu je možné například zmírnit kázeňské akty, snížit tvrdost interakce mezi klienty nebo klást menší důraz na konfrontační skupiny, více využívat jiných forem skupinové terapie. Zůstává základní rozvrh programu TK, který je založen na komunitních setkáních, vrstevnických skupinách a vzájemném komunitním působení. Denní režim může být volnější, může umožňovat využití více času pro jiné metody.“

3.3 Rezidenční léčba

Rezidenční, pobytovou, léčbou můžeme definovat jako léčbu v terapeutické komunitě, která je zaměřena na léčbu závislosti a sociální rehabilitaci. Rezidenční léčba poskytuje chráněné prostředí pro léčbu duálních diagnóz a abstinenci. Poskytuje možnost změny životního stylu, osvojení dovedností ke zvládnání složitých situací, emocí. Dává prostor k získání náhledu na závislost a její dopady. Pomáhá učit se předcházet, zvládat a odolávat cravingu.

Rezidenční léčbou, kterou můžeme nazvat terapeutickou komunitou, je i Terapeutická komunita Tao, která je samostatným lůžkovým oddělením zdravotnického zařízení ve státním sektoru.

Podle De Leona (2004) se rezidenční léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě drží přístupu komunity jako metody. Je v zachována struktura, denní program skupin,

komunitní setkávání, volnočasové aktivity. Program je rozdělen do fází. Specifické jsou cíle a délka léčby, doplňkové intervence, struktura programu a zaměření na individuální odlišnosti.

Seifertová, Praško a Höschl (2004) uvádí, že při léčbě poruch, které tvoří různorodou skupinu a jsou vyvolány psychoaktivními látkami, je potřeba, tak jako u jiných poruch, brát v úvahu i rodinnou a sociální situaci pacienta a jeho schopnost využívat různé formy léčby, brát v úvahu i jeho somatický stav. Zaměřují se na vhodnost dlouhodobé léčby u pacientů s vytvořenou závislostí na návykovou látku a také na vhodnost kombinovat více léčebných postupů.

Dle Kaliny (2008, str. 206) se léčba v terapeutických komunitách označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientovaná k abstinenci (abstinence - oriented treatment). Abstinence však není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Úkolem léčby je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti, ale i omezení a využil ji k dalšímu rozvoji sebe sama, uplatnění sebe sama ve světě a ve své spokojenosti. Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu.“ Prostředkem k dosažení cílů je život v komunitě, který má pravidla, režim. (Kalina, 2008)

Rezidenční léčba v terapeutické komunitě je definována i ve Standardech odborné způsobilosti (2012) jako program léčby a resocializace v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje terapeutickou komunitu jako službu poskytující pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním.

3.4 Léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě

„Klienta, který trpí závislostí a jinak je duševně zdravý, bych pokládal za klinickou raritu.“

(Jeřábek, 2008, str.213)

Léčba, terapie klientů s duálními diagnózami se zaměřuje na léčbu a terapii návykové, závislostní poruchy, tak na duševní problém. Zjištění, že lidé zneužívající návykové látky, mají duševní problémy a naopak, že duševní problém vede k zneužívání návykových látek, bylo jedním z nejdůležitějších pro reformu tradičních hierarchických terapeutických komunit.

Klienti s duálními diagnózami dle (Yatese a Wilsonové, 2001, str. 307) „nejsou novou klientelou, ale klientelou nově rozpoznávanou.“ Dříve nebyli do terapeutických komunit pro své duševní onemocnění přijímáni, někdy duševní onemocnění nebylo rozpoznáno, nevěnovala se jim pozornost. Nicméně byli zařazeni v programech terapeutických komunit, byli mezi těmi, co z léčby vypadávali předčasně, jejich léčba byla neúspěšná nebo měla komplikovaný průběh. (Yates, Wilson, 2001).

Terapie klienta s duální diagnózou se musí zaměřit jak na návykovou poruchu, tak i na jiný duševní problém (Popov, 2001; Nešpor, 2003; Montoya 2006).

Podle Schmidbauera (1994, str. 36) je léčbu drogové závislosti, chceme-li mít vyhlídky na úspěch, potřeba brát souhrnně. „Čisté ukončení drogové závislosti na psychiatrické klinice

odstraňuje jen závislost tělesnou, většinou však nechává nezměněnu závislost duševní; nemění ani neurotické konflikty, které jsou základem závislosti, ani sociální situaci.“ Také je na léčbě „důležitá dlouhodobá intenzivní psychosociální péče, jak se to děje v jiných svépomocných skupinách (třeba u Anonymních alkoholiků a Synanonu).“

Raboch, Zvolský (2001) hovoří o nutnosti zohlednit v léčbě všechny faktory, které se na vzniku duální diagnózy podílejí. Pro získání terapeutického efektu je účinnější kombinovat různé metody terapie.

3.4.1 Modely léčby

Kalina (2015) hovoří o třech modelech léčby duálních diagnóz.

- a) **Léčbě sukcesivní** – léčba závislostní poruchy, pak léčba duševní poruchy nebo naopak.
- b) **Léčbě paralelní** – léčba obou diagnóz současně, ale každá je léčena v jiném zařízení.
- c) **Léčbě integrované** – léčba obou problémů současně v jednom zařízení, s jedním týmem.

Jako optimální prostředí dle Jeřábka a Kaliny (2008, str. 220) „pro léčbu komplikovaných závislostních poruch se jeví model terapeutické komunity.“

„Struktura, řád a skupinové/komunitní procesy mají velmi široký potenciál pro úpravu nejrůznějších poruch duševního zdraví, a tudíž pro integrovanou léčbu duálních diagnóz.“ (Kalina, 2015, str.220).

„Léčba klientů s duálními diagnózami v terapeutické komunitě nevyžaduje nezbytně změkčování základních pravidel.“ Také v zásadě není nutné aplikovat specifické přístupy, které se vytvářejí pro jednotlivé diagnostické okruhy a jejichž specifická účinnost není zcela prokázána.“ (Kalina, 2015, str.220).

Podle Kaliny (2015) je podstatné vzdělávání se v problematice duálních diagnóz, psychoterapeutický přístup, empatie. Důležitou roli hraje garant, který by měl být průvodcem klienta v léčbě. Kalina, Vácha (2013) doporučují při integrované léčbě hledat a respektovat limity klienta, respektovat jeho schopnosti předat do skupinové terapie svá témata. Doporučují individuální garantský přístup, spolupráci s psychiatrem. Nedoporučují rozvolňovat režim a pravidla.

4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA TAO

Terapeutická komunita Tao je jednou ze tří terapeutických komunit v České republice, které se zabývají léčbou duálních diagnóz. Od většiny terapeutických komunit se liší tím, že je součástí psychiatrické nemocnice a je určena pro klienty s duševním onemocněním a s duální diagnózou. Léčí se zde klienti s diagnózami schizofrenie, poruchy nálad, neurotické poruchy obsedantní a jiné, poruchy osobnosti. Léčba těchto diagnóz je jedním ze specifíků. Jiné terapeutické komunity většinou přijímají klienty pouze s jednou diagnostikovanou duševní nemocí nebo některé, například poruchy osobnosti, do léčby nepřijímají. Terapeutická komunita Tao nemá nultou neboli adaptační fázi léčby, klient se stává členem komunity po podpisu smlouvy o léčbě a vstupním rituálu. Tao v odlišnosti od jiných přijímá klienty s neodezvědnými abstinenciími příznaky, kdy klient přichází z příjmového oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské na základě pohovoru

a doporučení psychiatra, který je členem týmu a je k dispozici v případě zhoršení psychického stavu klienta. Jedním z léčebných nástrojů charakteristických pro tuto terapeutickou komunitu je i neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí. Ta představuje nácvik kognitivních funkcí u klientů, u nichž důsledek užívání návykových látek přinesl snížení kognitivních schopností. Cílovou skupinou jsou i klienti se závažnými duševními poruchami, u kterých došlo také k poklesu těchto funkcí a díky rehabilitaci dochází ke zlepšení.

Terapeutická komunita Tao je samostatným oddělením Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské určené pro léčbu duševních onemocnění, které využívá metody terapeutické komunity „rodinného typu.“ Program, který je v nynější podobě od roku 2015, je určen pro 17 klientů. Je zaměřen na psychoterapii, socioterapii, sociální a neuropsychologickou rehabilitaci, volnočasové aktivity, farmakoterapii, motivační složky, edukace, na podporu soběstačnosti, osobních dovedností. Sociální rehabilitace a volnočasové aktivity jsou jednou ze základních složek terapeutického programu pro klienty s duální diagnózou. Napomáhají ke zvyšování kvality života a k přípravě na osamostatnění se. Klientům jsou vytvářeny podmínky pro rozvoj stávajících sociálních dovedností a pro získání nových. Klienti se učí životním rolím, zvyšují si sebevědomí, učí se spolupracovat a rozvíjet komunikační dovednosti. Program terapeutické komunity je poskytován individuálně i skupinově a dává příležitost k aktivnímu a pozitivnímu přístupu k životu. Všechny získané zkušenosti zaměřené na zvýšení sebehodnoty a seberozvoje, si klienti mohou přenést do běžného života.

Tao – z čínštiny cesta-je symbolem, následující motto je poselstvím Terapeutické komunity Tao:

„Bud' nějakou cestu najdeme, nebo si ji vytvoříme.“

4.1 Filozofie

„Pro léčebnou filosofii TK není příliš podstatná ani diagnóza ani symptomatika, ani biologické faktory etiologie a patogeneze psychických poruch. Nejpodstatnější je osobnost klienta a způsob, jak formuje či deformuje své sebepojetí a své vztahy ke světu i k druhým lidem a jak se brání či uniká úkolům a výzvám rozvoje svého potenciálu ke zdraví a zralosti.“ (Kalina, 2008, s. 81).

Filozofie terapeutických komunit dle Richarda Beauvaise

„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.“

(Filosofie léčby v terapeutických komunitách, in Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj, 2004, str.22).

4.1.1 Filozofie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské

Vychází z odkazu zesnulého ředitele primáře Petra Jeřábka, který se zasloužil o založení terapeutické komunity Tao: *“ Závislost jsem nechytl jako prasečí chřipku, ale látka s účinkem na psychiku mne silně oslovovala, často již při prvních setkáních s ní. Proč mne oslovovala? Například jsem se s její pomocí potřeboval setkat s hrdinou svých snů nebo zahnat trpaslíka nočních můr (filozofie původních amerických komunit Daytop). Nebo jsem potřeboval přechodně zahlušit svoje emoce, které byly a občas jsou bolestivé nebo zneklidňující. Nebo jsem neuměl komunikovat s nikým jiným než s flaškou nebo s drogou nebo jen jejich prostřednictvím či pomocí. Jak problém řešit? Budu mít svoje stálé místo v komunitě, to mně zajistí základní bezpečný rámec léčby. Naučím se srozumitelně komunikovat s lidmi v komunitě a orientovat se ve vztazích (jak s blízkými osobami venku, tak zde na komunitě). Budu se snažit o lepší porozumění a poznání sebe sama a světa lidí kolem. Naučím se využívat vlastní emoce ve svůj prospěch (jako plachetnice: jet na emoční vítr a závčas skasat plachty, když se blíží hurikán, aby se nezlomily stěžně). Naučím se kotvit v bezpečném přístavu nebo kořenit a růst jako strom. Přeberu plnou odpovědnost za sebe, svoje chování, za vlastní život. Uvedené čas od času otestuji při zátěžové akci, kde mně okolní příroda poskytne bezplatnou zpětnou vazbu.”* (Filozofie léčby závislostí, www.pnmo.cz)

4.1.2 Filozofie terapeutické komunity Tao

Terapeutická komunita Tao si nese v názvu čínský znak, který symbolizuje obtížnou cestu člověka překonávajícího překážky, cestu, která je symbolem uzdravení, cestu k životu bez návykových látek. Člověk na cestě je chápán jako poutník, který díky cvičení, námaze a své pílí postupuje stále kupředu. Duchovním zákonem všech poutníků je pravdivost. V uskutečňování pravdivosti vidí poutníci svou cestu ke zdokonalení svého bytí. Touto cestou musí jít každý člověk sám za sebe, všeobecné návody neexistují (Metodika Terapeutické komunity Tao).

4.2 Průběh léčby

Průběh léčby má danou strukturu, klienti vstupují po příchodu do Terapeutické komunity Tao do první fáze léčby bez adaptačního procesu.

Klient je přijat do terapeutické komunity po úplném nebo částečném detoxu z příjmového oddělení nemocnice nebo jiného zařízení v ČR i zahraničí na základě doporučení z těchto zařízení a motivačního rozhovoru. Při přijetí podepisuje smlouvu o léčbě, která je pro něj závazná po celou dobu pobytu.

Terapeutická komunita poskytuje léčbu v rozsahu 3-5 měsíců. V průběhu léčby klienti procházejí jednotlivými fázemi léčby. Ty jim zprostředkují poznat sebe sama, najít si své místo mezi lidmi, orientovat se v mezilidských vztazích, znovu získat odpovědnost za své jednání a chování, přijmout se se všemi svými přednostmi i zápory. Zároveň mají klienti možnost nabyté zkušenosti předávat dál a pomoci tak ostatním spoluklientům. (Metodika Terapeutické komunity Tao).

Důležitým ačkoli nikde nepsaným principem Terapeutické komunity Tao je aktivní přístup a aktivní účast klienta v léčbě, v programu. Terapeut je průvodcem v léčbě, je zodpovědný za průběh, zodpovědný za léčbu je sám klient.

4.3 Pravidla

„Pro komunitu je dobré a bezpečné prostředí. K dosažení bezpečného prostoru jsou nutná pravidla a struktura.“ (Kooyman, 1992, s. 29).

Pro dosažení bezpečného prostoru má svá pravidla i Terapeutická komunita Tao, která si vytvořila na základě svých nároků a programu. Pravidla by měla být jasná a srozumitelná, měla by se dodržovat. Pro srozumitelnost, jasnost jsou pravidla čtena na skupinách, jelikož si je mohou klienti a terapeuti vykládat rozdílně.

4.3.1 Kardinální pravidla TK Tao

Kardinální pravidla jsou jedna ze základních, za jejichž porušení následuje vyloučení z terapeutické komunity.

Neužívání či vnášení drog, alkoholu, léků.

Požítí drogy, včetně alkoholu, přinesení či neinformování o výskytu drogy, stejně jako manipulace s močí, není přípustné. Povinností klienta je podrobit se kdykoliv odběru moče na toxikologické vyšetření, kontrole zornic, dechové zkoušce nebo odběru krve.

Neužívání agrese a rasismu.

Fyzická agrese a psychický nátlak včetně verbální agresivity jsou zakázány. O své agresi může klient mluvit na komunitě.

Nemít sex s členem komunity, nemít utajený vztah.

Erotické kontakty vážně narušují dynamiku terapeutického procesu. Udržování tajného vztahu je porušením pravidel. (Metodika Terapeutické komunity Tao)

Vzhledem k duševním diagnózám a možnosti zhoršení psychického stavu, kdy klient může být nebezpečný sám sobě i okolí, klienta nelze vyloučit pro porušení kardinálních pravidel a bývá přeložen na jiné lůžkové oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské.

4.3.2 Pravidla TK Tao

„Život v komunitě. Vyžaduje pravidelný rytmus a strukturu, založené na pravidlech zdravé (antroposofické) životosprávy. Klienti jsou chráněni proti rizikům zevního světa systémem pravidel, za jejichž respektování nesou sami zodpovědnost. Pro naprostou většinu klientů představují tato pravidla bezpečnou jistotu.“ (Nerad, Neradová, 1998, str. 115)

Pravidla terapeutické komunity Tao jsou téměř shodná s pravidly jiných terapeutických komunit. Dle mého názoru získaného pročitáním průvodců, metodik jiných terapeutických komunit se téměř neliší. Mezi pravidla patří: povinnost klientů účastnit se terapií a programu, hovoření o všem, co se děje, respektování řádu, zákaz manipulativního chování ke spoluklientům, dodržování lůžkového režimu. Patří sem pravidla odevzdání nebezpečných předmětů, mobilních telefonů v první fázi léčby. Klienti mají pravidla plnění komunitních rolí, úklidů, návštěv, odchodů a příchodů do komunity, kouření, změny vzhledu, půjčování peněz, tabáku, zasílání balíků do komunity (Metodika Terapeutické komunity Tao).

Pravidla terapeutické komunity Tao jsou přizpůsobena cílové skupině klientů s duálními diagnózami. Klientům jsou za přestupky udělovány sankce, přestupky nejsou důvodem

k ukončení léčby. S klienty, kteří nezvládají režim, je pracováno individuálně a pomáháno v činnostech, v dodržování programu formou doprovázení v léčbě spoluklienty, sourozenci.

4.4 Intervence terapeutické komunity Tao

„Řada výzkumů naznačuje, že absolvování programu léčby v TK, včetně léčby nedokončené, má svůj nesporný význam a vliv na dosažení pozitivních změn v chování uživatelů návykových látek.“ (Radimecký, 2006, str. 43).

Dle (Metodiky Terapeutické komunity Tao) jsou poskytovanými intervencemi:

Prostředkem komunikace jsou každodenní komunitní setkávání. Jde o setkání všech klientů a týmu v programu v rámci ranní a večerní komunity. Je zde prostor k řešení vztahů, konfliktů, poskytnutí zpětné vazby druhým, otevřené sdílení a diskutování záležitostí, které ovlivňují každodenní život v komunitě. (Metodika Terapeutické komunity Tao).

Je nejdůležitější intervencí v programu. Klienti se zde učí hovořit, vyjadřovat své pocity, problémy, mají možnost rozhodovat, reagovat, vyzkoušet si asertivní chování, dávání reflexí.

Yalom, Leszcz (2016) upozorňují na důležitost vtažení pacienta do terapeutického procesu, ve kterém bude pokračovat po opuštění nemocnice. Zapojení pacienta je jedním z hlavních cílů terapeutické skupiny pro hospitalizované pacienty.

4.4.1 Velká komunita

Slavnostní pravidelné setkání skupiny klientů a celého terapeutického týmu. Koná se 1x za měsíc, vždy 2.týden ve čtvrtek od 13,00-14,30. Náplní je projednání návrhů klientů, týmu ke změně pravidel a programu, komunita se ohlédne za důležitými událostmi, které se staly, seznámí se s kronikou psanou klientem v roli kulturníka. Na velké komunitě klienti vždy měsíc dopředu oznamují plánované ukončení léčby, popřípadě žádají o její prodloužení s uvedením důvodu. Důvodem k prodloužení léčby může být psychická nestabilita klienta, nesplnění povinné komunitní role, potřeba vyřešit nedořešené téma na skupině, důvodem může být také čekání na následnou péči. Pokud je klientovi prodloužení sváleno, je tomu tak vždy na dobu 14 dnů, kdy musí žádat znovu. V době prodloužení má klient naplánováno, co chce řešit, co je důvodem. Plán čte na velké komunitě.

4.4.2 Samořídící komunita

Je intervencí, kterou si vedou klienti sami. Probíhá každou neděli a je vedena šafářem. Slouží jako příprava na technickou komunitu. Náplní je řešení problémů spojených s chodem komunity a domu.

V návaznosti na samořídící komunitu probíhá:

4.4.3 Technická komunita

Poskytuje prostor pro hledání řešení technických závad, pro plánování celodenních výletů, schválení TV programu. Každý člen komunity má možnost nahlédnout do sešitu šafáře, který všechny naplánované akce a role zapisuje.

Pokud je potřeba řešit aktuální problém, jehož řešení nelze odložit je svolána:

4.4.4 Mimořádná komunita

Svolává se oznámením na terapeutickém týmu a následně celému zbytku komunity. Svolat si ji může kdokoliv a kdykoliv pokud cítí, že potřebuje pomoc při řešení problému či konfliktu.

4.4.5 Skupinová terapie

Nabízí řešení osobních potíží a sdílení prožitků ve skupině lidí, kteří se potýkají s podobnými problémy. Podává zpětnou vazbu a podporu klientů v podobné situaci. Klient je seznámen s pravidly skupiny na své první skupině, která je povinen dodržovat.

Skupinová terapie je v Terapeutické komunitě rozdělena na dvě skupiny, skupinu Světlo a skupinu Vůle. Obě skupiny probíhají 3 x týdně. Původně bylo důvodem rozdělení skupin rozdílnost klientely. Skupiny byly rozděleny na klientelu s duševními poruchami a klienty s duálními diagnózami. Později jsme se po setkáních Sekce terapeutických komunit A.N.O. a sdílení zkušeností, jako tým rozhodli, že skupiny nebudeme dělit dle tohoto kritéria. Skupiny zůstaly rozděleny, důvodem je však terapeutický proces založený na důvěře, která se vytváří u těchto klientů pomaleji. Klienti mají komunikační potíže, problém s emocemi, nejsou schopni budovat vztahy. V malých skupinách se jim lépe daří tyto překážky překonat.

4.4.6 Individuální terapie, garantské pohovory

Každý klient si může požádat o individuální terapii. Individuální terapeut jako člen týmu pomáhá při řešení osobních potíží, zvládání zátěžových situací, emočních stavů, sebeuvědomění a získání nadhledu a náhledu. O individuální terapii může klient požádat také psychologa, který je členem týmu a je klientům k dispozici 3 x týdně. Garantské pohovory s garantem, který je klíčovým pracovníkem a průvodcem klienta v léčbě, jsou součástí týdenního individuálního rehabilitačního plánu. Klient s garantem řeší individuální problémy.

4.4.7 Vztahová terapie

Je možností využití rodinné, partnerské terapie během léčby v Terapeutické komunitě Tao. Při zapojení rodiny do vztahové terapie se tato stává členem komunity a může pomoci klientovi k zařazení se zpět do života. Rodina jako člen plní program, komunitní funkce. Rodinná terapie je doporučována na dobu 5 dní. Pomáhá rodině a klientovi ke změně vzájemných vztahů. Je důležitou ilustrací i pro klienty bez rodiny k osvojení si vztahů ve skutečné rodině. Současně umožňuje rodině poznat podmínky léčby, získat náhled na vznik závislosti i duševní nemoci.

4.4.8 Terapeutická podmínka

Terapeutický nástroj k dodržování cílů a plánů léčby. Terapeutickou podmínku komunita využívá u klientů, kteří mají problémy s dodržováním programu, pravidel nikoli však kardinálních. V komunitě Tao není důvodem k okamžitému ukončení léčby opakující se nedodržování pravidel, programu nebo podezření na vznikající vztah. S klientem se uzavře terapeutická podmínka na konkrétní porušení, dodržování podmínky je pak sledováno celou komunitou. Při nedodržení následuje propuštění klienta pro nespolupráci v léčbě.

4.4.9 Trénink kognitivních funkcí, metakognice

Trénink kognitivních funkcí probíhá skupinově i individuálně. Je to intervence ke zmírnění důsledků kognitivní ztráty a naučení se fungovat, slouží k uvědomění si svých schopností. Skupinově probíhá formou kreativních aktivit jako je malování, ruční práce. Tréninkové aktivity klienti provádějí i psaním příběhů na různá slova zadávaná terapeutem. Probíhá formou reminiscenční terapie, pohybovým cvičením, relaxacemi, společnými hrami. Klienti nacvičují různé situace a jejich řešení. Provádějí cvičení na zlepšení koncentrace, paměti, řeči. Učí se řešit problémy jako je zvládání úzkosti, trénují sebevědomí, motivaci. S klienty jsou prováděny různé testy na paměť jako je doplňování přísloví, vymyšlení slov. Individuálně si klienti doplňují sudoku, skládají puzzle. Terapeutická komunita Tao má k dispozici několik sad her určených pro nácvik kognitivních funkcí, metakognice. Této rehabilitační intervenci, která je nedílnou součástí programu je věnován pravidelný čas 1 x týdně. Díky nácvikům jsou klienti schopni strukturovat den a určovat si své cíle.

4.4.10 Sociální dovednosti

K intervencím vedoucím k nácviku sociálních dovedností patří nácvik nových vzorců chování, ke kterým patří zvládání konfliktů, agrese, každodenních problémů. Klienti se učí komunikovat – omluvit se, požádat o pomoc, klást otázky, udržet oční kontakt. Učí se zahájit, ukončit rozhovor. V rámci diskuzí vyjadřují své názory, učí se schopnosti vyslechnout a respektovat názor druhého. Nacvičují navazování vztahů, práci s emocemi a umění ovlivnit své chování, práci se stresem, který bývá často spouštěčem ke konfliktům a relapsům. Nácvik se provádí ve skupinách prevence relapsu, na psychoterapeutických skupinách pomocí přehrávání rolí, při komunikaci ve formě diskuzí, dávání zpětných vazeb. Klienti se nácvikem učí hovořit o svých potřebách, pocitech s ohledem na spoluklienty. Tím, že komunikují a popřípadě dostávají pozitivní zpětné vazby, si posilují své sebevědomí, sebedůvěru, zlepšuje se jim jejich duševní stav. Klienti se také učí reagovat na různé situace pomocí nákupů, kontaktů, společných komunitních akcí. Sociální dovednosti přispívají k pochopení společenských pravidel, k respektu druhých, k dodržování hranic.

4.4.11 Činnost klienta pro komunitu

Činnost prospěšná komunitě za udělenou sankci, může navrhnout člen týmu, samospráva a člen komunity, zadává se na komunitě. Jako např. sbírání nedopalků, umývání oken, dveří, klik.

4.4.12 Rozcvička

Ranní aktivita všedního dne.

4.4.13 Generální úklid

Úklid celé terapeutické komunity.

4.4.14 Činnostní terapie

Činnostní terapie je přizpůsobena aktuálnímu stavu klienta, rozpoložení, jeho schopnostem. Klient si své činnosti vybírá sám po oboustranné dohodě s terapeutem, k činnosti není nucen, ale motivován. Činnosti v terapeutické komunitě Tao jsou zaměřeny na pomoci klientovi a jeho rodině, na rehabilitaci, podpoře v samostatnosti.

Klient se učí pracovním návykům, plánování, komunikování, novému chování, organizování, odpovědnosti, otevřenosti, vzájemné spolupráci, respektování a toleranci, získávání kompetencí a zodpovědnosti. V činnostní terapii pracují klienti rozděleně, v malých skupinách. Před činností je jim činnost vysvětlena, ke klientům je přístupováno shovívavě, klidně, s klidným hlasem, převažuje neautoritativní přístup. Klient s duální diagnózou požaduje více času na adaptaci, možnost výběru činností, více času na ně. Činnosti prováděné v komunitě – rukodělná – pletení košíků, práce s hlínou, pletení, háčkování, šití apod. Práce na zahradě – komunita má svůj prostor pro práci na zahradě, klienti pěstují zeleninu, květiny. Činnosti v kuchyni – klienti se učí vařit, péct, hledají si recepty. Pro klienty je další možností v rehabilitaci učení se dalším domácím pracím jako je žehlení, praní. Činnosti přispívají ke zlepšení duševního stavu a kvality života. Tyto činnosti prováděné v tradičních terapeutických komunitách jsou součástí běžného denního programu, kdy si klienti vaří sami, pěstují si ovoce a zeleninu pro svoji spotřebu. Klientům naší komunity obstarává stravu ústavní kuchyně, vaření a pečení je tak nad rámec pravidelné stravy, vypěstovanou zeleninu, kterou nestačí zkonsumovat předávají do ústavní kuchyně.

4.4.15 Motivační skupiny

Účast klientů ve žluté cestě při motivačních skupinách se zájemci o léčbu. Klienti předávají své zkušenosti a sdělují svoji motivaci k léčbě.

4.4.16 Volnočasové aktivity, terapie dobrodružstvím

Společné trávení volného času, hry, výlety, návštěvy kulturních, sportovních, zátěžových akcí. Slouží k zábavě, ke stmelování komunity, k učení se trávit čas ve větší skupině lidí. Jsou to činnosti, které si klienti plánují v týdenním plánu volnočasových aktivit a společně zhodnocují s garantem. Klienti komunity Tao si tak plánují denní volný čas po skončení programu a víkendový plán aktivit. Víkendové aktivity jsou pravidelně hodnoceny 1x týdně na večerní komunitě.

Odlišností od jiných komunit je nejen rozdělení fází léčby na dvě, ale také hospodaření s financemi. Klienti Terapeutické komunity Tao se učí od počátku léčby pracovat s financemi tak, aby byli schopni ušetřit peníze do následné péče. Klienti si mohou vybírat 400, Kč na týden, na účtu je nutno ponechat minimální částku 300,- na mimořádné výdaje. Mimořádný nadlimitní výběr si klient obhazuje na komunitě. Klient je s tímto obeznámen dopisem nebo při vstupním pohovoru.

4.5 Fáze léčby

Klienti terapeutické komunity Tao procházejí dvěma fázemi, do nichž je program léčby rozdělen, a to červenou a žlutou. Pobyt v jednotlivých fázích je pro klienty možností učení se zvládat nároky a náplň potřeb běžného života po léčbě.

4.5.1 Červená cesta

V červené cestě lze najít další specifika Terapeutické komunity Tao. Červená cesta trvá 6 týdnů. Klient do ní vstupuje po podepsání smlouvy o léčbě a vstupním rituálu, klient je zařazen do jedné z terapeutických skupin. V této cestě se klient učí chápat smysl terapie jako prostředku ke změně, přijímat a osvojovat si pravidla.

Odevzdává mobil, s okolím komunikuje dopisy a telefony zvenčí. Může přijímat návštěvy, což může být další odlišností terapeutické komunity. Má přiděleného garanta, se kterým vypracovává kroky, které budou tvořit individuální plán. Klient si vybírá staršího sourozence, který je mu oporou v léčbě. Neopouští areál nemocnice s výjimkou společných komunitních akcí. Areál může opustit mimořádně například ke konziliárnímu vyšetření. Doprovází ho vždy terapeut, což je také specifické pro tuto komunitu. Doprovázení klienta spoluklientem v komunitě Tao není povolen z důvodu psychické nestabilizace klienta v počátcích léčby. Plán do červené cesty připravuje klient s garantem, píše očekávání od léčby a píše deník. Prochází komunitními rolemi. V červené cestě zpracovává životopis a má životopisnou skupinu.

4.5.2 Žlutá cesta

Klient do žluté cesty vstupuje po zhodnocení červené cesty a přednesení plánu do žluté cesty rituálem. V této cestě již může opustit areál nemocnice, má možnost volných vycházek, absolvuje povinný kontakt do Javorníku, na který může jezdit 1x týdně. Má možnost využít celodenní nedělní kontakt v okrese Jeseník. Ve žluté cestě jede klient na víkendovou propustku, tu plánuje s garantem. Absolvuje jednu z povinných komunitních rolí-šafáře, samospráva, kuchyňkář. Stává se starším sourozencem pro klienty červené cesty. Může absolvovat vztahovou/rodinnou terapii s blízkým člověkem, který je pro něj v životě důležitý. Naplánuje si besedu na témata prevence relapsu, spouštěče, doléčovací centra, krizový plán, dluhy, jak žít s duševní nemocí, infekční nemoci, volný čas, koníčky.

Na plánovaném ukončení léčby se klient dohodne se svým garantem. Léčba je ukončena rituálem. Specifikem ve žluté cestě je možnost ukončení léčby tzv. „malým rituálem“. Ten je klientům umožněn při nesplnění podmínek řádné léčby, ke kterým patří nesplnění povinné role, propustky, kontaktu.

Žlutá cesta je obdobím změny a přípravy na život po léčbě, období resocializace. S klientem je uzavírán terapeutický proces.

4.6 Opakovací pobyty

Klienti mají možnost využít opakovacích pobytů. Při opakovacím pobytu si může klient splnit komunitní roli. Klienti využívají opakovacích pobytů ke stabilizaci, přinášejí reflexe klientům v léčbě, účastní se programu v roli klientů. Klienti se také účastní každoročního výročí komunity a mohou se tak pochlubit, jak se jim daří venku zvládat „normální“ život. Jsou příkladem klientům v léčbě. K opakovacímu pobytu a na výročí komunity přijíždějí klienti dodržující absolutní abstinenci.

4.7 Spolupráce s regionálními organizacemi

Terapeutická komunita spolupracuje s regionálními organizacemi Darmoděj z.ú., která je službou následné péče a poskytuje ambulantní a pobytovou službu v rámci doléčovacího centra v Jeseníku a Mikulovicích. Úzká spolupráce je také s poskytovatelem sociálních služeb Zahrada 2000, která poskytuje možnost sociální rehabilitace a sociálně terapeutických dílen.

Klienti se o nabídkách programu těchto zařízení dozívají na pravidelných besedách a při návštívách.

„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.“ (Nevšímal ed., 2007, str. 12)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Hlavní myšlenkou, která mě k realizaci výzkumu motivovala, byla snaha zjistit, jak je vnímána léčba duálních diagnóz klienty Terapeutické komunity Tao. Jak jsou klienti s léčbou spokojeni, zda poskytované intervence jsou účinné a které z nich oceňují jako přínosné pro jejich úzdravu.

5.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle výzkumu, byly stanoveny následující 3 výzkumné otázky:

Jak jsou klienti Terapeutické komunity Tao s programem pobytové léčby subjektivně spokojeni? Které složky programu – intervence-vnímají klienti jak pro ně, tak pro jejich léčbu za nejužitečnější? Jaké momenty v léčbě považují za významné pro jejich úzdravu?

5.3 Design výzkumu a metody získání dat

Pro svůj výzkum jsem si vybrala formu kvalitativního výzkumu kombinovaného s postupy výzkumu kvantitativního. Pro kvalitativní výzkum jsem data sbírala metodou semistrukturovaných rozhovorů. Výhodou této formy rozhovorů je možnost reagovat, pokládat podotázky. Na začátku jsem si vybrala téma a určila otázky tak, aby odpovídaly cíli. V průběhu rozhovorů jsem některé otázky dovysvětlila, doplnila. Doplnující otázky byly alternativou základních otázek, pokládala jsem je respondentům k lepšímu porozumění formulace otázek. Otázkami jsem kontrolovala reliabilitu odpovědí. Respondenti odpovídali i na otázky, které vyžadovaly rozpracování odpovědí. Rozhovory trvaly vždy okolo 30 minut, byly nahrávány a poté přepisovány.

Další formou sběru bylo dotazníkové šetření. K němu jsem použila dotazník, který vyplňují klienti Terapeutické komunity Tao při ukončení léčby. S dotazníkem byli klienti obeznámeni a doptáni, zda rozumí všem otázkám. K uskutečnění výzkumu byla vybrána terapeutická místnost. Během sběru dat v průběhu výzkumu se nevyskytl žádný problém.

Otázky použité v semistrukturovaném rozhovoru:

- Jaká byla vaše představa o průběhu léčby?
- Na co si v léčbě vzpomenete jako první?
- Co považujete v léčbě za významné?
- Co vás v léčbě překvapilo pozitivně x negativně (bavilo x nebavilo)?
- Co bylo pro vás smysluplné a co nebylo (co dávalo smysl, co nedávalo smysl)?
- Vyhovovala vám délka léčby, skladba programu?
- Co vás v léčbě mohlo ohrozit, ohrožovalo?
- V jaké intervenci jste cítil nejistotu?

- Co v léčbě oceňujete?
- Je nějaká souvislost mezi intervencemi a vaší diagnózou?
- Doporučil byste léčbu na Tau, jak byste Tao představil?
- Projevila se u vás změna, jak?
- Co se dělo o víkendu, když nebyla struktura?

Dotazník, který jsem použila pro sběr kvantitativních dat je uveden v příloze.

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumná studie formou rozhovorů byla provedena u 6 vybraných respondentů Terapeutické komunity TAO v Bíle Vodě, kteří ukončili léčbu v období od října 2017 do března 2018. Výběr byl prováděn na základě kritérií, která jsem si zvolila na začátku výzkumu. Prvním kritériem bylo dokončení léčby klienta v daném období. Dále jsem si vybrala respondenty, kterým jsem nebyla garantem. Důvodem k rozhodnutí nevzít si klienta, kterého jsem provázela léčbou byla obava z ovlivnění, nesouhlasu s odpověďmi, které by mohly být odlišné od mého subjektivního pohledu na klienta, což představovalo riziko mého subjektivního biasu. Také jsem nechtěla, aby měl respondent pocit, že se mi musí zavděčit a tím své odpovědi zkresloval. Dalším kritériem výběru bylo vybrat si respondenty muže a ženy. V době studie se v terapeutické komunitě léčilo 6 žen a 14 mužů s duálními diagnózami. Tři ženy léčbu nedokončily a dle kritéria dokončené léčby se stala respondentkou pouze jedna žena. Žen v Terapeutické komunitě Tao s léčbou duálních diagnóz není mnoho (poměr mužů a žen za rok 2017 byl 73:28). Ženy také patří mezi klienty, kteří léčbu častěji opouštějí předčasně. Výzkumu metodou rozhovorů se tak zúčastnilo 5 mužů a 1 žena.

V rámci dotazníkového šetření rozdáno 20 dotazníků, a to 3 ženám a 17 mužům. Výsledný výzkumný soubor je tvořen 17 respondenty. Dotazník vyplnily všechny respondentky, dotazníky odmítli vyplnit 3 respondenti, kteří se obávali o prozrazení své identity i přesto, že jim bylo vysvětleno, že zadávají pouze kód a věk, bez jiných údajů. I po vysvětlení se rozhodli nepřijmout účast a dotazníky nevyplnili. To je ilustrace toho, že se klienti neobávali svoji účast ve výzkumu odmítnout.

Tabulka č. 1 – respondenti, jejich věk a diagnóza

Klient	Věk	Diagnóza	Počet léčeb/Počet léčeb v Tao
RM1	21	F61.0 – Smíšené a jiné poruchy	2/1
RŽ1	67	F61.0 – Smíšené a jiné poruchy	4/1
RM2	41	F61.0 - Smíšené a jiné poruchy	7/2
RM3	34	F40.1 – Úzkostné poruchy – sociální fobie	3/1
RM4	27	F20.0 - Schizofrenie	4/1
RM5	26	F20.0 – Schizofrenie	4/1
RM6	36	F40.1 – Úzkostné poruchy-sociální fobie	6/2
RŽ2	28	F60.3 – Specifické poruchy osobnosti-emočně nestabilní	2/1
RM7	43	F42.1 – Obsedantně-nutková porucha-převážně nutkové činy	4/1
RM8	38	F43.2 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení	3/1
RM9	32	F20.0 – Schizofrenie	8/1
RM10	27	F61.0 – Smíšené a jiné poruchy-hraniční porucha osobnosti	3/1
RM11	57	F61.0 – Smíšené a jiné poruchy osobnosti	9/2
RM12	28	F20.0 – Schizofrenie	4/2
RM13	28	F42.0 – Obsedantně-nutková porucha-převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace	6/2
RŽ3	27	F25.1 – Schizoafektivní poruchy-depresivní typ	2/1
RM14	54	F43.2 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení	7/1

Respondenty jsem označila kódy RM pro respondenta muže, respondentka žena má kód RŽ. Každý kód je doplněn pořadovým číslem.

5.5 Etické aspekty

Vzhledem k tomu, že respondenty výzkumu byli klienti s duálními diagnózami, byli vždy před samotným rozhovorem doptáváni, zda jsou na rozhovor připraveni, zda se dobře cítí. Byla jsem si vědoma, že duševní rozpoložení a aktuální stav klienta hraje ve vzájemné komunikaci velkou roli. Klienti zodpovídali na kladené otázky dobrovolně, bez jakéhokoli nátlaku. Byli seznámeni s účelem rozhovorů, výzkumu a s publikováním v mé bakalářské práci, byli ubezpečeni o zachování anonymity. Ve výzkumu nebyla užitá jména, tak aby to bylo pro klienty bezpečné a neměli obavy o vyjádření své identity. Respondenti udělili písemný souhlas s rozhovory i s dotazníky. Nebyla jim slíbena ani dána žádná odměna za poskytnutí rozhovoru. Všechny rozhovory probíhaly ve volném čase respondentů. Data byla sbírána v klidné terapeutické místnosti, tak aby se respondenti necítili v ohrožení a mohli se v klidu účastnit výzkumu. Výběr místnosti je zařazen do etických aspektů z důvodu známosti prostředí a zabezpečení klidu, který je pro duševně nemocné klienty důležitý, potřebný. Před započítím mé bakalářské práce bylo obeznámeno vedení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské a tým Terapeutické komunity Tao o obsahu mé práce a záměru výzkumu, který obsahuje i semistrukturované rozhovory s klienty. Závěry výzkumu byly prezentovány v rámci konference, která je každoročně pořádána v Bílé Vodě. Vedení nemocnice i tým terapeutické komunity Tao byli formou prezentace s výsledky mé práce seznámeni. Etickou stránkou výzkumu jsem se zabývala ve výše popsaném rozsahu.

5.6 Metody zpracování dat

Data byla sbírána pomocí audiozáznamu. Audiozáznam jsem přepsala do textové podoby. Do semistrukturovaného rozhovoru jsem zasahovala co nejméně. Respondentům bylo ponecháno volně se vyjadřovat. K rozebrání zjištěných údajů a k jejich interpretaci jsem použila metodu kódování. Autentický přepis jsem rozčlenila, na základě kladených otázek jsem kódy podle zjištěných podobností a rozdílů v jednotlivých odpovědích porovnávala, barevně označila a seřadila do kategorií a podkategorií. Dotazníky byly klientům rozdány ke konci jejich pobytu a byly anonymní.

5.6.1 Kategorie a podkategorie

Závislost – závislost, chutě, osamostatnění se, úsilí, dřina, jídlo, prostředí, propustka, zázemí

Terapie – psychoterapeutické skupiny, individuální pohovory, garantské pohovory, činnostní terapie, délka komunit, přístup, práce a reakce terapeutů, tým, finanční deník, pokračování v režimu, nedělní besedy, „blbosti“ na mimořádných komunitách, samo řídicí komunita, řešení problémů, individuální plánování

Komunikace – komunikovat, zpětné vazby, mlčení, řešení různých situací, sociální dovednosti, kontakt s rodinou

Pocity – pocity, emoce, úzkosti, psychika, obavy, pokora, myslet na sebe

Vztahy – rodina, agrese, strach z lidí, málo lidí

Konflikty – konflikty, odchody klientů, reverzy

Volný čas, plánování – výlety, hry, četba

Role – plnění povinných komunitních rolí šafář, samospráva, kuchyňkář

Program – rozcvičky, úklidy, dodržování délky společného stolování, vyhovující délka programu

Jednotlivé kategorie byly barevně rozlišeny a zahrnovaly všechny uvedené podkategorie. Každá otázka byla vyhodnocena zvlášť pro zjištění, které kategorie jsou nejvíce zastoupeny.

5.7 Výsledky

Výsledky jsou shrnuty do jednotlivých kapitol a odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám a podotázkám. Pro ilustraci jsem uvedla některé citace, které jsou označeny kurzívou.

Výzkumná otázka č. 1

Jak jsou klienti terapeutické komunity Tao s programem pobytové léčby subjektivně spokojeni?

V úvodu jsem nejdříve zjišťovala, jaká byla představa klientů o průběhu léčby, na co si v léčbě vzpomněli jako první. „**Jaká byla vaše představa o průběhu léčby?**“

Nejčastější představou klientů o léčbě bylo, že se v ní budou zaměřovat na své pocity, závislost a komunikaci. U pocitů očekávali učení se vnímat své pocity, závislost a komunikaci. U pocitů očekávali učení se vnímat své pocity a zvládání pocitů úzkosti a obav. V komunikaci viděli témata podávání zpětných vazeb, mlčení, řešení různých situací, sociální komunikační dovednosti. Závislost v jejich představách zastupovala témata závislostí, chutí, osamostatnění se, úsilí, dřiny. V odpovědích se objevily i představy o zaměření léčby na problém s konflikty, vztahy a terapie. Ta byla zastoupena psychoterapeutickými skupinami, přístupem terapeutů, individuálními pohovory. Ve vztazích se objevila témata agrese či strachu z lidí.

Pro **RŽ** byla léčba první léčbou v terapeutické komunitě: „*Moje představa byla úplně jiná, já jsem se poprvé setkala jen se samýma duálníma diagnózama, to byl pro mě šok. Já jsem si myslela, že přijdu a budeme dělat takový ty terapeutický sezení, očekávala jsem psychologické otázky.*“

Průběh a tím i program léčby s intervencemi si **RM4** představoval: „*Že jsem se chtěl jakoby víc zaměřit na své pocity, na vnímání pocitů. Chtěl jsem se zaměřit na to, jak reagovat na konflikty, jak zvládat komunikaci s ostatními, aniž by došlo k nějakým konfliktům, agresím. Šel jsem sem taky se závislostí na alkoholu a marihuaně. Takže jsem chtěl pomoc s tím, jak žít jinak i bez drog.*“

RM2: „*První představa byla taková, že mi jde o psychiku, kterou bych si chtěl zlepšit, což se mi podařilo v léčbě, díky terapeutickému týmu, protože sám bych se nedokopal a díky tomu týmu-že jsem dělal nějakou činnost, tak se v průběhu léčby ve mně zlomila nějaká skála, teda ta tvrdohlavost, kterou se podařilo rozdrtit a sestavit něco jiného a vím, že na tom musím pokračovat. Představa – dostal jsem od léčby vše, co jsem chtěl, byl jsem*

aktivní na ZV a snažil jsem se z toho vytěžit co nejvíce. Je to tady o větší vynaložený aktivitě“.

Respondent **RM5** již na počátku přišel s jasným vytýčením požadovaných intervencí, které se týkaly nácviku sociálních dovedností: *“Zvládat chutě, úzkosti, naučit se sociální dovednosti, celkové fungování ve vztazích, mezi lidma, abych byl schopen žít.“*

V odpovědích respondentů lze vyčíst, že v programu očekávali intervence založené na skupinové terapii, ve kterých se chtěli naučit komunikovat, pracovat se svými pocity, agresí, s konflikty, chutěmi.

Další otázka: „Na co si vzpomenete v léčbě jako první?“ byla zaměřena na zmapování prvních momentů v léčbě, které si klienti zapamatovali, na které si vzpomněli. Těmi byla pro dotazované samotná komunikace. Dále uváděli, závislost, která byla zastoupena nejen závislostí, ale i úsilím, dřinou, závislostí na prostředí komunity. Někteří si v této otázce vzpomněli na pocity v podobě obav i z terapie, vzpomněli si na činnostní terapii a na reakce terapeutů.

Pro **RM2** byla prvním momentem, na který vzpomíná závislost a její léčba: *„To je dlouho. Úsilí, to je první, co mě trklo, že to tu nebude žádný leháro, ležení v posteli jako dřív a že je tady nějaká dřina. Ať to třeba připadá lidem zvenčí, že na nás platěj daně, že se opravdu tady neflákáme a nežijeme tady jen jako, že se tady krmíme, i když to tak vypadá. Tady člověk musí vynaložit úsilí, i v posledních okamžicích musí jet na plno. Víím, že jsem tady do poslední minuty nebyl jen tak.“*

RM4 měl při příchodu do terapeutické komunity komunikační problémy a vzpomněl si: *„To jsem tady byl krátce, klient měl mít vztahovku. Řekl jsem mu zpětné vazby a za to mě pochválil celý tým. To bylo hezký.“*

Respondent **RM3** si vzpomíná na komunitu: *„Jako první si vzpomenu vždycky na reakce terapeutů, jak mě topili, ale bylo mi to k něčemu, že vlastně to byly nejtvrďší zpětné vazby.“*

Obavy z intervencí lze vysledovat u **RM5**: *„Viděl jsem, že tady bude méně lidí než na minulém oddělení, já jsem měl obavy, jak to zvládnou, jak budu fungovat na komunitě, na skupinách nebo na komunitách, jak kdo mluví své problémy, ty já mám hodně velký a jak to zvládnou po zdravotní stránce, já si myslel, že to tady nezvládnou vůbec, že tu budu 3 dny a půjdu pryč.“*

Mezi intervence, na které si vzpomněli, patřila skupinová terapie, garantské pohovory. V této otázce mohu polemizovat nad tím, zda lze najít jednoznačnou odpověď. Ta může být odpovědí impulzivní, jako první reakce při vstupu do komunity nebo natolik výrazná, opakující se, a proto si na ní respondenti vzpomínají.

Na spokojenost s programem jsem se přímo doptávala i otázkami týkajícími se skladby a délky léčby: **“Vyhovovala vám délka léčby, skladba programu?”**

V obou otázkách respondenti odpovídali shodně, 5 respondentům mužům skladba programu i délka léčby vyhovovala, což lze vidět na jednom z rozhovorů:

RM4: „Skladba mi vyhovovala, program je dobře nastavený, s tím, že jako je furt co dělat, člověk se nenudí, má v osobním volnu čas na nějaké věci, třeba na čtení, sport. Aktivní program za celý den stačí, toho volného času není dost, to se mi hodně líbí. Délka – jsem tu třetí měsíc, přijde mi to jako optimální. Nechtěl bych to měnit, kratší doba nemá smysl, na dýl, na delší léčbu se necejtím, proto jsem šel na Tao.“

Respondentka vyjádřila odlišný názor a v obou případech uvedla nespokojenost.

RŽ: „Skladba – Ne, na generální úklid je moc času, z toho některé úklidy krátké, generální úklid, kdyby se zkrátil. Nebavilo mě úklid WC, bylo to večer, a to mě nebavilo, byla jsem líná tam jít večer. Délka – nevyhovuje, měla by být individuálně. Měla by být delší, pro závislé drogově, my alkoholici máme náhled a cítíme, že nejsme připraveni. Měla by být brána víc individuálně.“

Respondenti vypovídali o vyhovujícím programu, do kterého lze zařadit všechny poskytované intervence.

Programu se týkala i otázka obav: **“Co vás v léčbě mohlo ohrozit, ohrožovalo?”**

Respondenti se často vyjadřovali v této otázce, že cítili ohrožení z odchodů spoluklientů. Odchody se týkali klientů, kteří řádně ukončili léčbu a klientů, kteří odcházeli předčasně, na vlastní žádost nebo byli disciplinárně vyloučeni, v léčbě je tím ohrožovaly i odchody disciplinární. Často v této souvislosti hovořili o emocích, o své nedostatečné přípravě na odchod.

Tyto obavy sdělil i **RM6:** „Asi červená cesta, doba trvání, i když jsem dělal, jak nejvíc jsem uměl, tak prostě jsem asi nebyl pochopenej, tak mě to blokovalo ve vývoji v tu chvíli. Odchody lidí, to jsem měl odchodový tendence, to jsem měl krizi. Ty disciplinární zejména, to jsem chtěl odejít.“

Podobně vnímal ohrožení z odchodů i **RM3:** „Tak hodně mi nesesedělo to, když lidi podepisovali reverz a odcházeli, pro mě to bylo takový ne, že by člověk záviděl, ale přišel o toho člena, takže jsem prožíval hodně emoce. A pak takový ty situace, když je člověk je s někým v konfliktu, zvedne na něj hlas, snaží se mu pomoc a on neslyší, to člověka taky hodně ubíjí a celkem rizikový pro mě – 2x na propustce a byl jsem rád, že se vracím zpátky, protože jsem nebyl na město-to odkud jsem připravenej.“

Pro tyto klienty mohla být přínosná intervence v podobě relaxace, ačkoliv to nikdo nesdělil, mohla jim pomoci.

„Co v léčbě oceňujete?“ Otázka byla položena z důvodu snahy získat doplňující informace ke spokojenosti klientů. Byla jsem překvapena že u této otázky dostával pozitivní zpětnou vazbu zejména tým. Klienti se také naučili řešit problémy zejména na skupinových terapiích, mohli si jejich řešení vyzkoušet v nácviku sociálních dovedností.

RŽ: *“Práci terapeutů, dostaneme se kolikrát do takové situace, že ten terapeut má co dělat, aby to vůbec ukočíroval, protože se to někdy zvrhne, jsme tvrdohlaví. Obdivuju tu práci, klienti nemají pokoru. Mám respekt, беру to tak, že vás musím poslouchat, že jste nade mnou, měla jsem to tak i v práci. Měli bychom vás respektovat, jste pro mě autority. Myslím si, že říkáte blbost, nechám si to dojít a zjistím, že to nebyla blbost. Jsem pokorní, ctím autority. Byla jsem tak vychovaná.”*

RM2: *„Jak se dokáže všechno řešit, že se tady něco nepřehlídí, že se tady něco nezametá pod kobereček, že se se vším chodí ven. Že se tady naučíme řešit ty problémy, místo toho, že bychom si dali nějakou drogu či alkohol. Že si to tady vyzkoušíme, že jsou to situace fakt důležitý pro náš další život.“*

RM5: *„Přístup týmu – ochota, trpělivost, vysvětlení, plánování individuální.“*

RM6: *„Terapeuti si držíte know – how, chod komunity, režim, vše prostě, co to má mít splňujete. Tady to berete víc lidsky, náročnost a režim je udělán pro psychicky nemocný, tak mě to vyhovovalo.“*

Vyžadovali jste po mě změnu, naslouchat, říkat něco, jen když jsem o tom přesvědčenější, to se povedlo. Pak mě vytýkali terapeutizovat, ale pak se mi to hodilo v žlutý cestě, věděl jsem co mluvit.“

Jako nejprínosnější pro svoji úzdravu klienti nejvíce ocenili terapie s přístupem a prací terapeutů, řešení problémů, individuální přístup, individuální rehabilitační plán. Ocenili komunikaci, vztahy s podkategoriemi rodina a zázemí.

Zda byl dodržován program i během víkendu, kdy je program méně strukturován než v pracovním týdnu, jsem zjišťovala otázkou: **“Co se dělo o víkendu, když nebyla struktura?”**

Strukturu programu se dařilo dodržovat v různé fázi léčby téměř všem klientům. Nicméně respondenti hovořili o nutnosti plánovat a vyplňovat volný čas, zejména právě o víkendu.

RŽ: *„Dodržovala jsem plán víkendu, dodržovala jsem vše, co jsem si dala, že splním.“*

Respondent **RM2** odpovídal, že plnění víkendových plánů se odvíjelo od jeho aktuálního duševního stavu: *„To bylo jak kdy, záleželo, v jakém jsem rozpoložení, jakou mám náladu. Když jsem byl hodně unavenější, tak jsem fakt byl rád, že se mohu natáhnout, že si mohu přečíst knížku. Stalo se mi asi dva víkendy, že jsem neměl do čeho kopnout a začal jsem se*

nudit, tak jsem situaci řešil, změnil jsem místo, kde se nudím a začal jsem se s někým bavit, zahrál jsem si ping-pong. Tak jsem to řešil, tyhle volný chvíle.“

Někteří klienti zpočátku využívali volnějšího programu k vyhledávání aktivit, jen pro splnění víkendového plánu, později, s aktivním přístupem k léčbě, se jejich situace a přístup k léčbě měnily a aktivity si plánovali tak, aby jim něco přinesly.

To ilustruje i výpověď **RM3**: *„Ze začátku to bylo účelový plánování, že jsme to museli splnit. Tak jsme do toho šli a pak si člověk našel, co ho baví, co si chce splnit. Takže to byla příjemná změna.“*

Jak jsou klienti s programem subjektivně spokojeni, můžeme vypožorovat i z jejich odpovědí na poslední otázky, jež se vztahují k první výzkumné otázce. **„Doporučil/a byste léčbu na Tau, jak byste Tao představil/a?“**

RŽ: *„Taková rodinná komunita, všichni máme ty komunity, že to jsou narkomani, tam jim vymývají mozky, nikdo z venku nebere komunitu jako léčbu. Je to tady úplně jiný, takový rodinný, naučila jsem se pokoře.“*

RM3: *„Tao bych doporučil všem závislým s duálními diagnózami a hlavně těm, co nemají rodinu, aby poznali, že rodina ještě může být v tomto kolektivu.“*

RM4: *„Tak doporučil bych Tao všem mým bývalým známým, hlavně své nejlepší kamarádce, která když jsem měl první toxickou psychózu z THC a léků na kašel, tak jsem čekal, že kamarádku to nějakým způsobem přiměje a zamyslí se nad tím drogovým světem, a že to s tím člověkem může udělat dost špatný věci a ona v tom pokračovala a pak mě do toho vtáhla znova ještě jednou. Takže jí bych to doporučil, aby si uvědomila, že ty drogy nejsou jen zábava, že je to prostě vážný téma a každý kdo je na tom závislej, by s tím měl pracovat, a to bych doporučil i těm fetkám, se kterými jsem se bavil, protože si myslím, že třičtvrtiny lidí, které znám, by to tady nezvládli, podepsali revers. Představil bych ho jako rodinnej kolektiv, do kterýho člověk může vejít zvenku a být součástí takový jedný velký rodiny, která na něj má čas, nervy se o něj starat, nějakým způsobem ho obrušovat jako diamant, aby byl krásnej a lesklej.“*

RM6: *„Jsem spokojenej, směju se. Léčba je provázaná, naučil jsem se chápat svoji diagnózu. Je to komunita s individuálním přístupem.“*

Na otázku, zdali by doporučili klienti léčbu na Tau svému známému, odpověděli všichni klienti kladně. Hodnotí, že se díky komunitě umí o sebe postarat, dostali pomoc vždy,

když to potřebovali. Všem dotazovaným respondentům se také podařilo terapeutickou komunitu představit.

Je patrné, že dotazovaní klienti jsou celkově s léčbou a programem spokojeni. I přes mírné negativní aspekty, lze upozorovat, že Terapeutická komunita Tao poskytuje klientům adekvátní program, vyhovující jejich potřebám a jejich individualitě. Dokládá to i jejich doporučení pro léčbu v TK Tao svým známým.

Výzkumná otázka č. 2

Které složky programu – intervence-vnímají klienti jak pro ně, tak pro jejich léčbu za nejužitečnější?

Užitečnost intervencí jsem zkoumala pomocí otázek: „**Co vás v léčbě překvapilo pozitivně x negativně (bavilo x nebavilo)?**“

Dotazované respondenty pozitivně z největší části překvapila terapie, a to činnostní, psychoterapeutické skupiny, komunity, přístup terapeutů, tým. Pozitivně vnímají vztahy v komunitě jako rodině s větším množstvím členů. Překvapila je komunikace, hry a volný čas, který se naučili smysluplně vyplňovat a trávit společně s ostatními.

Negativně na klienty působí délka komunit v případech mimořádné komunity, večerní komunity, které se prodlužovaly.

RŽ1: „Pozitivně – přístup terapeutů, každý jste jiní. Kladli jste nám takové otázky, přímo na tělo.“

Negativně-nic.

Bavilo – činnostní terapie – toho si vážím. Že jste nám důvěřovali, to jsem jinde nezažila. Byli jsem jedna velká rodina, některý děcka jsou dost neposlušný.

Nebavilo – zpočátku vycházky v pátek. Rozcvička, ta mě vyloženě nebaví, ráda cvičím, ale tato rozcvička není rozcvička. Když jsem cvičila, slyšela jsem, abych to tak nežrala, tak mě to nebavilo, cvičila jsem pak sama ve volnu.“

RM4: „Pozitivně – bavilo mě vaření, ČT, rychle to uteče.“

Negativně – nebaví – komunity-dlouhý, hlavně večerní. Nebaví mě, když je to dlouhý a řeší se jedna věc. Skupiny mi nevadí, problémy se mají řešit déle, to se mi líbí.“

Délka komunit patřila k intervencím, které jsou klienty přijímány negativně, což ilustruje i výpověď **RM5:** „Bavilo mě vše. Víc mě bavily pracovníky.“

*Nebavilo – komunity, které se protahovaly.
Pozitivně – málo lidí. Negativně – nic.“*

Komunitu jako rodinu oceňuje i **RM3**: „Pozitivně – mě určitě překvapilo, že jsem zapadl do rodiny ať už do komunity tak tým, co nás opečovával a jsem rád, že to probíhalo líp než v minulý léčbě, kdy jsem byl šašek a neměl jsem tolik tý pokory a vlastně cítil jsem se jako v rodině.“

Současně také souhlasí s předchozími respondenty: „Negativně–asi vážnost věcí řešených na mimořádných komunitách, jakože to byl nepoměr, když to byla závažná věc a když se řešila blbost. A pak ty mimořádky byly bezvýznamné a neřešily se ty, co měly být významné.“

„Bavilo – věci, který umím. Vaření, šafářování, protože jsem už věděl, do čeho jdu, bavily mě skupiny. Nebavilo – ranní rozcvičky, nebavilo mě, ale bylo to účelový byl generální úklid, takže je to potřeba jednou za tejdén. Nebavily mě sáhodlouhé komunity vo ničem.“

RM2: „Pozitivně – jsem se překvapil já sám, jak jsem byl aktivní ve zpětných vazbách, protože si pamatuji, že jsem moc nemluvil, že prostě teď se mi mozek dal do činnosti, páli mi to, přemejšlím, jsem rád, mluvím. Dělal jsem i některý věci rád, některý nerad, ačkoliv když se podívám zpětně, tak mi pomáhají. Skupiny – když jsem měl skupinu, to bylo super, když řešil někdo jiný, tak se mi chtělo spát, ale když byla o mě, tak to byla pěkná skupina. Zjistil jsem, že ty problémy, co mám já, tady mají všichni, že je potřeba je opravdu vyřešit, protože i já v tom mám takový hokej, zmatky, jak zvládat chutě, proto jdu dál do léčby, kde si to budu zjišťovat a pracovat na tom.“

„Negativní – to, že jsem musel hubnout.“

„Bavilo – komunity, společenský kognitivní hry, četba.“

„Nebavilo – ze začátku – výlety. Musel jsem, nakonec jsem si zvykl, kdybych tu byl dýl, že bych se na ně těšil, tak jako na ten poslední. Báť jsem se, jestli to ujdu, byla to dálka, bylo to 4 km do kopce a dal jsem to. Takže mě to negativně překvapilo a pak jsem to pojmul jako pozitivní.“

„Co bylo pro vás smysluplné a co nebylo (co vám dávalo x nedávalo smysl)?“

Respondenti nejvíce viděli smysl ve skupinové, individuální, činnostní terapii, v individuálních a garantských pohovorech. Smysl našli i ve vedení finančního deníku. V komunikaci ocenili komunikaci v komunitě a kontakty s rodinou ve formě dopisů a telefonátů.

Někteří klienti ovšem v terapiích, a to v besedách pořádaných samotnými klienty a v řešení „blbostí“ na mimořádných komunitách, smysl nenašli. Klientům rovněž nevyhovovali dlouhé komunity. Smysl respondentům nedávali rozcvičky, úklidy, které jim připadali dlouhé a v nevhodnou dobu. Některé nebavilo hraní kognitivních her.

Odpovědi na tuto otázku korespondovali s předchozí otázkou, smysl viděli většinou v tom, co je bavilo. Neviděli smysl v tom, co je nebavilo.

RM4: „Tak největší smysl mě dávají skupiny, tam se člověk otevře ostatním a slyší nějaký jejich pohled na tu danou situaci. To považuji za hodně přínosné, že jako člověk se může otevřít a vyslechnout si různé pohledy od ostatních. To hodnotím hodně pozitivně. Co nebylo – úklidy, ale bez toho by to nešlo.“

RM2: „Tady je ta léčba postavená tak, že od samého začátku je nějaký program, kterej dává smysl – pohovory, psaní finančního deníku. Všecko dává smysl. Každá fáze léčby je důležitá pro něco v životě. U nás závislých je to potřeba plánovat volnočasové chvíle, aktivity, nějaké koníčky. Všechno mi dávalo smysl, akorát u mě to nemá váhu, protože ty drogy mi vzaly všechno i to přemějšlení. Co nedávalo smysl – nic nenajdu.“

RŽ1: „Smysluplné – ČT, vždy jsem aktivně pracovala. Ne – nedělní besedy-stále dokola špouštěče, stále stejné.“

RM5: „Veškerý plánování dne a držet řád, to jsem dřív neuměl, a to mi pomohlo. Nedávalo – mimořádky – řešení blbostí – zmizelý rohlik, že někdo nesplachuje záchod. To se netýká léčby, já jsem přišel řešit především léčbu. Víím, že to k tomu patří, ale občas mě to připadalo zbytečné.“

„Co vás ohrožuje, co vás mohlo v léčbě ohrozit, ohrožovalo?“

Tato otázka se netýkala pouze programu, ale i poskytovaných intervencí, tudíž jsem ji zařadila i do druhé výzkumné otázky. Respondenty ohrožovalo plnění rolí, ve kterých cítili nejistotu. Nejistotu cítili i v nácviu sociálních dovedností, mezi které byly zařazeny kontakty s blízkými osobami a propustky. Klienti si uvědomovali svoji nezralost, současně nutnost učit se novým dovednostem a připravovat se na život “venku”. Ohrožovala je závislost na prostředí komunity, kterou se z nějakého důvodu obávali opustit. Důvodem mohla být obava z relapsu nebo zhoršení psychického stavu apod.

RM3: „Tak hodně mi nesesedělo to, když lidi podepisovali reverz a odcházeli, pro mě to bylo takový ne, že by člověk záviděl, ale přišel o toho člena, takže jsem prožíval hodně emoce. A pak takový ty situace, když člověk je s někým v konfliktu, zvedne na něj hlas, snaží se mu pomoci a on neslyší, to člověka taky hodně ubíjí a celkem rizikový pro mě – 2x na propustce a byl jsem rád, že se vracím zpátky, protože jsem nebyl na město, to odkud jsem připravenej.“

RM5: „Obavy jsem měl z rolí – prادلenka, kuchyňka. Bral jsem to, že je to moje poslední šance.“

RŽ1: „Nemám ráda agresory, mám z nich divnej pocit, bála jsem se jich i když mi nic nedělali. Mám nepříjemný pocit i když vím, že mi neublíží.“

Z pozorování klientů jsem při poskytování intervencí zjišťovala, že jsou některé, ve kterých klienti dlouho cítí nejistotu. Proto jsem se rozhodla položit jim i otázku: „Kde jste cítil nejistotu? V jaké intervenci?“ ke zjištění, kterých intervencí se to týká.

Intervencemi, ve kterých respondenti cítili nejistotu se stalo plnění komunitních rolí. Ale cítili ji i v terapiích, zejména v přístupu terapeutů, v činnostní terapii a při samořídící komunitě. Nejistotu klienty zažívali i při komunikaci, zejména při dávání zpětných vazeb ostatním členům komunity a při přijímání zpětných vazeb samotným klientem.

RM2: „Např. role kuchyňkáře, že musím do kuchyně, to jsem se propadl a myslel, že to nezvládnou. Pak jsem do toho šel a viděl jsem, že to zvládám. Takže jsem z té nejistoty vybruslil. Když se toho na mě navalí hodně.“

RM4: „Nejistotu hodně na komunitách, v podávání zpětných vazeb. Já si někdy myslím, že to, co chci říci, někdy není na místě, tak raději mlčím. Mám strach mluvit před tolika lidma, aby třeba se někoho ten názor nedotknul, tak raději mlčím.“

RM5: „Především z těch rolí, a když jsem poprvé něco dělal v činnostní terapii – pekl jsem buchty, to jsem nikdy nedělal. Vždy z nových začátků. Skupiny, mluvit v kruhu lidí, měl jsem strach. Zlepšilo se to. Problém, když přišel jiný terapeut.“

RM6: „Zpočátku jsem měl problém s individuálním plánem, vydržet plánovat.“

K výzkumné otázce vnímání intervencí jako účinného faktoru v léčbě duálních diagnóz jsem respondentům položila otázku, co si myslí o tom, zda: **„Existuje nějaká souvislost mezi vaší diagnózou a intervencemi?“**

Na otázku vnímání souvislosti mezi diagnózou a poskytovanými intervencemi všichni respondenti odpovídali, že vztah mezi svojí diagnózou a neúčinnějšími intervencemi vnímají. Každý z respondentů si našel intervence, které mu byly blízké, pomohly mu v léčbě, vyhovovaly mu. To ale může být spíše otázka osobních preferencí klientů, jež může ovlivňovat celá řada bio-psycho-sociálních faktorů, nikoli „jen“ jejich diagnóza. Celkově klientům vyhovovaly zejména individuální zaměření/přístup, provázanost

programu a jasná struktura dne. Mezi nejvíce pomáhající intervence patřily nácviky kognitivních funkcí a sociálních dovedností, skupinové i individuální terapie.

RŽ1: „Ano, naučila jsem se odvykat alkohol, zbavilo mě to chutí. Měla jsem potíže s pamětí, ale tím programem se mi vše vylepšilo. Byla jsem v nějakých depresích, nic se mi nechtělo, tady jsem přišla na chuť žít a myslet.“

RM4: „Chápu to tak, jak je moje diagnóza provázaná s programem. Jestli je intervence zaměřená na tu moji diagnózu. No určitě si myslím, že program mi celkově pomohl v té nemoci, protože když jsem byl dřív venku, tak jsem hodně pil, hulil trávu, třeba jsem tři dny nespál, pak jsem dva dny spal jako zabítý. A tady mi to vyhovuje že je zde přesně daný program, že je tady i přesně jídlo že je to tu přesně nalajnovaný. Struktura dne, to mi venku chybělo.“

RM5: „Existuje, intervence byly zaměřené na mé úzkosti, program mi hodně pomohl. Venku jsem na sobě vůbec nepracoval, vyhýbal jsem se lidem, kontaktům, situacím s lidmi. Pomohla mi struktura dne, role. Jsem připraven.“

Z rozhovorů respondentů lze usoudit, že léčebné intervence poskytované komunitou jim pomohly ke změně osvojení nových vzorců chování, klienti se naučili zvládat krizové situace. Intervence poskytnuté komunitní léčbou jim dopomohly k většímu zaměření sami na sebe, mít se více rádi, dokázat fungovat samostatně. Naučili se strukturovat svůj den, v plánování chtějí pokračovat a chtějí smysluplně vyplnit volný čas. Těmito kroky se chtějí i nadále rozvíjet a upevňovat nově získané návyky. Klientům vyhovoval „rodinný“ typ komunitní léčby, terapie s menším množstvím klientů, individuální přístup terapeutického týmu. To jim umožnilo zlepšit a posilnit svoji vůli, změnit svůj náhled k závislosti a duševní nemoci. Z rozhovorů vyplynulo, že klienti vnímají zlepšení v komunikačních schopnostech, posílení sebedůvěry, sebevědomí.

Výzkumná otázka č.3

„Jaké momenty v léčbě považují za významné pro jejich uzdravu?“

Do výzkumné otázky jsem zařadila otázku: **“Co považujete v léčbě za významné?”** Tato otázka mi připadala vhodnou ke zjištění momentu významného pro uzdravu.

Respondentka **RŽ1** uvedla: „To, že jste mě zlomili, že jsem měla skupinu a že jsem o sobě mluvila.“ Její výpověď dokládá, že tím významným momentem byla psychoterapeutická skupina.

Významné v léčbě pro **RM2**: *„Že ji vůbec dokončím, rituálem.“*

RM3: *„Přístup týmu – ochota, trpělivost, vysvětlení, plánování individuální.“*

RM5: *„Že jsem se tady naučil, jak vůbec pracovat s chutěmi a naučil jsem se, jakým směrem se mám vydat.“*

To, že jsme klientku „zlomili“ a klient se „naučil“, lze považovat za významný moment v léčbě. Klienti se učí pracovat s chutěmi na skupinách, mohou o nich hovořit na komunitách, svolat si i komunitu mimořádnou. Tyto intervence jsou intervencemi skupinovými. Jeden respondent uvedl význam individuálního plánování. Na význam rituálu jako symbolu změny a cesty, kterou klient ušel si vzpomněl jeden respondent.

Dotazovala jsem se v návaznosti na významné momenty, zda se v chování klientů projevila nějaká změna, jež je považována za významný předpoklad úzdravy klientů se závislostmi.

„Projevila se u vás změna?“

RŽ: *„Tady jsem se zklidnila, nejsem divoká, jsem pokornější, naučila jsem se chápat svoji diagnózu, naučila jsem se chápat drogovou závislost.“*

RM2: *„Já funguju a to je pro mě změna. Ještě nejsme spokojený, ještě jsem to nedotáhl, ještě mám furt den. Nemůžu říct hop, dokud nepřeskočím a zejtra večer, tak mohu říct, že jsem to dal. Pro mě to byla těžká léčba, hodně intenzivní, náročná, jsem rád, že neodcházím bez rituálu, že ten rituál prostě budu mít.“*

RM3: *„Řekl bych, že došlo k větší pokoře, potom ke spokojenosti. Takže ta změna je ta pokora a ta skromnost.“*

Pro **RM5** bylo momentem změny naučení se struktuře dne a změna se projevila: *„Nebojím se lidí, mám naučený a otestovaný zvládání alkoholu na propustkách, budu mít podobný režim jako na Tau.“*

RM6 našel moment změny v práci s volným časem. Změna se projevila změnou náhledu k sobě: *„Začal jsem víc myslet na sebe, naučil jsem se pracovat s volným časem. Jsem vyrovnaný a vše si řídím sám, nezměním historii, soustředím se na přítomnost a tím tvořit budoucnost.“*

Respondenti v rozhovorech sdělili, že významnými momenty v léčbě byly ty, kdy se díky skupinové terapii něco nového naučili nebo si něco uvědomili či připustili. Např. to, že dovedou lépe komunikovat, změnili svůj náhled na léčbu, naučili se pokoře, lépe pochopili svoji diagnózu a díky tomu se naučili lépe fungovat. Nácvik sociálních dovedností byl momentem ve změně v naučení se skromnosti, stát se spokojenějším, klidnějším. Důležitým momentem bylo naučení se režimu, ve kterém chtějí pokračovat.

Rozhodujícím momentem je zlepšení jejich duševního stavu, který byl velmi významným pro jejich rozhodnutí pro abstinenci a celkovou úzdravu.

Výzkumná otázka č.3

Jaké momenty v léčbě považují za významné pro jejich úzdravu?

Do výzkumné otázky jsem zařadila otázku: **“Co považujete v léčbě za významné?”** Tato otázka mi připadala vhodnou ke zjištění momentu významného pro úzdravu.

Respondentka **RŽ1** uvedla: *„To, že jste mě zlomili, že jsem měla skupinu a že jsem o sobě mluvila.“* Její výpověď dokládá, že tím významným momentem byla psychoterapeutická skupina.

Významné v léčbě pro **RM2**: *“Že ji vůbec dokončím, rituálem.”*

RM3: *„Přístup týmu – ochota, trpělivost, vysvětlení, plánování individuální.”*

RM5: *„Že jsem se tady naučil, jak vůbec pracovat s chutěmi a naučil jsem se, jakým směrem se mám vydat.”*

To, že jsme klientku „zlomili“ a klient se „naučil“, lze považovat za významný moment v léčbě. Klienti se učí pracovat s chutěmi na skupinách, mohou o nich hovořit na komunitách, svolat si i komunitu mimořádnou. Tyto intervence jsou intervencemi skupinovými. Jeden respondent uvedl význam individuálního plánování. Na význam rituálu jako symbolu změny a cesty, kterou klient ušel si vzpomněl jeden respondent.

Dotazovala jsem se v návaznosti na významné momenty, zda se v chování klientů projevila nějaká změna, jež je považována za významný předpoklad úzdravy klientů se závislostmi.

„Projevila se u vás změna?”

RŽ1: *„Tady jsem se zklidnila, nejsem divoká, jsem pokornější, naučila jsem se chápat svoji diagnózu, naučila jsem se chápat drogovou závislost.”*

RM2: *„Já funguju a to je pro mě změna. Ještě nejsme spokojený, ještě jsem to nedotáhl, ještě mám furt den. Nemůžu říct hop, dokud nepřeskočím a zejtra večer, tak mohu říct, že jsem to dal. Pro mě to byla těžká léčba, hodně intenzivní, náročná, jsem rád, že neodcházím bez rituálu, že ten rituál prostě budu mít.”*

RM3: *„Řekl bych, že došlo k větší pokoře, potom ke spokojenosti. Takže ta změna je ta pokora a ta skromnost.”*

Pro **RM5** bylo momentem změny naučení se struktuře dne a změna se projevila: „*Nebojím se lidí, mám naučený a otestovaný zvládání alkoholu na propustkách, budu mít podobný režim jako na Tau.*“

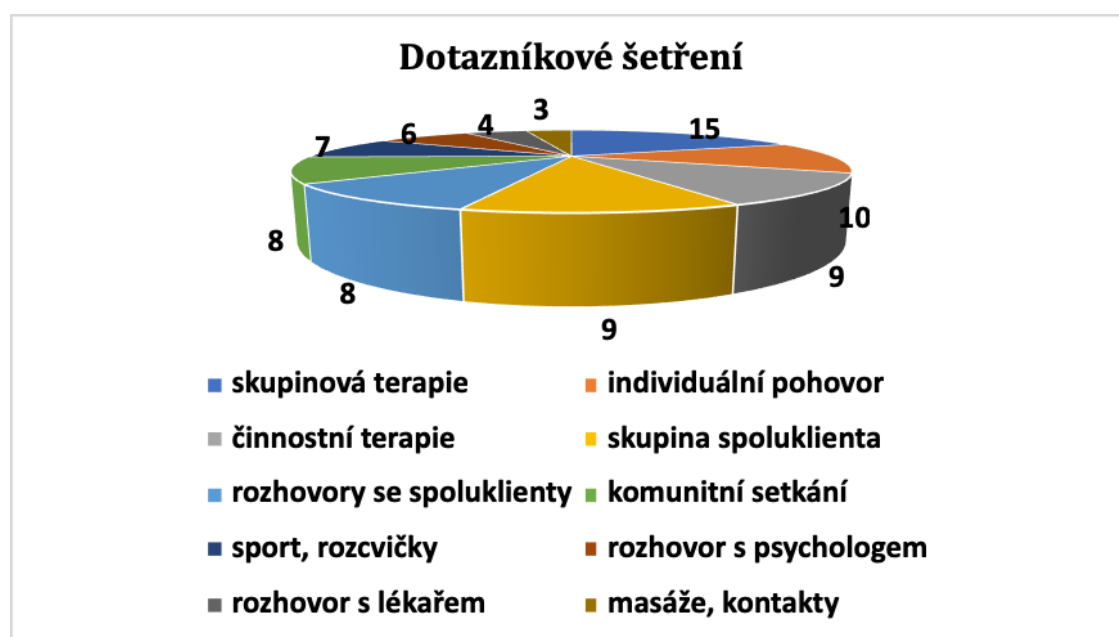
RM6 našel moment změny v práci s volným časem. Změna se projevila změnou náhledu k sobě: „*Začal jsem víc myslet na sebe, naučil jsem se pracovat s volným časem. Jsem vyrovnaný a vše si řídím sám, nezměním historii, soustředím se na přítomnost a tím tvořit budoucnost.*“

Respondenti v rozhovorech sdělili, že významnými momenty v léčbě byly ty, kdy se díky skupinové terapii něco nového naučili nebo si něco uvědomili či připustili. Např. to, že dovedou lépe komunikovat, změnili svůj náhled na léčbu, naučili se pokoře, lépe pochopili svoji diagnózu a díky tomu se naučili lépe fungovat. Nácvik sociálních dovedností byl momentem ve změně v naučení se skromnosti, stát se spokojenějším, klidnějším. Důležitým momentem bylo naučení se režimu, ve kterém chtějí pokračovat.

Rozhodujícím momentem je zlepšení jejich duševního stavu, který byl velmi významným pro jejich rozhodnutí pro abstinenci a celkovou úzdravu.

Dotazníkové šetření.

Dle výsledků získaných z dotazníkového šetření, které se vztahují k výzkumné otázce č. 1, na klienty nejvíce zapůsobily skupinové terapie, uvedlo 15 klientů, individuální rozhovor s terapeutem ocenilo 10 klientů, skupinová terapie zaměřená na spoluklienta a činnostní terapie byla přínosná pro 9 klientů. Osm klientů uvedlo, že jim pomohly rozhovory se spoluklienty a komunitní setkávání, 7 klientů ohodnotilo sportovní akce a rozcvičky, přínos v individuální terapii s psychologem vidí 6 klientů, v pohovorech s lékařem 4 klienti. Relax, masáže, cvičení a kontakty ohodnotili 3 klienti-viz graf č. 1



Z dotazníkového šetření vyplynulo z odpovědí na otevřenou otázku „**Co považujete za rozhodující moment v léčbě?**“ Následující zkušenosti respondentů:

Zlepšení psychického stavu – 3, přestup do vyšší fáze léčby, tzv. Žluté cesty – 2, pro 2 klienty bylo naopak rozhodující sesazení do nižší fáze léčby, tj. do Červené cesty, pro 1 respondenta bylo rozhodujícím momentem přijetí do jiné terapeutické komunity, pro 1 do následné péče, skupinovou terapii uvedlo 6 respondentů, z toho 2 uvedli skupinovou terapii představovanou životopisnou skupinou. 1 respondent napsal, že nejvýznamnější moment pro něj bylo rozhodnutí vstoupit do Terapeutické komunity Tao, pro 1 to byla role pradlenky.

Zdravotní stav se během léčby nezměnil u 1 respondenta. Zlepšení udává 6 klientů, velmi se zlepšil u 10 respondentů. Zhoršení zdravotního stavu neuváděl žádný klient.

Osobní problémy vlivem léčby zůstaly nezměněny u 2 respondentů, k jejich zlepšení došlo u 9 respondentů, situace se velmi zlepšila u 6 respondentů. Osobní problémy se nezhoršily u žádného z respondentů.

Okolí hodnotilo změny v chování klienta po dobu léčby: záporně 0 respondentů, žádnou pozorovatelnou změnu uvedl 1 respondent, smíšeně 1 respondent, převážně kladně 14 klientů.

6 Diskuze

V bakalářské práci byl naplněn cíl mého výzkumu a na základě zjištěných výsledků mohu interpretovat závěr, že intervence poskytované Terapeutickou komunitou Tao jsou přínosné v léčbě duálních diagnóz u klientů z její cílové skupiny.

V rámci poskytnutých rozhovorů bylo pro mě příjemným sdělením, že klienti nevnímají v Terapeutické komunitě Tao rozvolněnost pravidel a režimu i přesto, že nejsou z komunity- s ohledem na limity způsobené jejich diagnózou-pro množství sankcí vyloučení. Klienti jsou schopni v terapeutické komunitě fungovat díky individuálnímu přístupu, který vnímají jako jeden z neúčinnějších faktorů. Výsledky potvrzují důležitost komunity rodinného typu, kde se klienti cítí bezpečně, jejich bezpečí neohrožují projevy psychických poruch.

Dle výsledných poznatků, obavy, ohrožení v léčbě, přinesly plnění komunitních rolí a nejistota v podávání zpětných vazeb. Toto zjištění mohu vnímat jako komplikaci v léčbě a dovedu si představit, že tyto obavy a nejistoty mohou být inspirací pro terapeutické týmy k tomu, jak klientům s plněním rolí a zbavení se pochybností pomoci. Obavy a zhoršení psychického stavu bylo pro naši komunitu k přemýšlení a prozatím tým došel k závěru, že ke zbavení obav z plnění rolí může dopomoci počáteční provázení klienta v roli zkušenějším spoluklientem. To by mohlo být návodem pro ostatní terapeutické komunity s touto cílovou skupinou.

Výsledky přinesly zjištění, že pro respondenty, se kterými jsem prováděla rozhovor a kteří řádně ukončili léčbu, jsou intervence poskytované komunitou Tao účinné, pozitivní je zejména přínos intervencí skupinových, individuálních a činnostní terapie.

Pozitivní přínos intervencí a celého programu je podpořen i ve vnímání léčby, ve zlepšení klientova duševního stavu. Klienti získali optimističtější náhled na sebe, dokázali se zamyslet nad budoucností. Respondenti vnímají léčbu jako účinnou, přínosnou.

V diskuzi nemohu opomenout i skutečnost, že výsledná výzkumná data byla sestavena z rozhovorů a dotazníkového šetření klientů a mohla být ovlivněna jednak mojí subjektivitou a jednak klienty. I přesto, že jsem nebyla žádnému z respondentů garantem, vznikl mezi mnou a dotazovanými klienty po dobu léčby terapeutický vztah a klienti mohli hovořit o intervencích, programu i komunitě samotné se zaujetím, z pocitu zavděčení se mě jako tazateli. Mohli mít tendence odpovídat pozitivněji, prezentovat Terapeutickou komunitu lepší. Mohla jsem je také svojí neverbální komunikací navádět k odpovědím, které bych ráda slyšela. Někteří klienti reagovali na otázky až po kladení doplňujících otázek. Jako příklad uvádím otázku: „Co bylo pro klienty v léčbě smysluplné?“. Zde jsem klientům dávala podotázku: „Co vám v léčbě dávalo smysl?“.

Výsledky jsou subjektivním vnímáním klientů, jejich subjektivními názory.

Klienti vnímají komunitu jako prostředí s rodinnou atmosférou, doba léčby je krátkodobá až střednědobá a klienti procházejí pouze dvěma fázemi léčby. Respondenti byli klienty pouze jedné terapeutické komunity s léčbou duálních diagnóz. Svě výsledky jsem neměla možnost porovnat s výsledky jiných výzkumů, výzkumná šetření ke zjištění vhodných intervencí a vnímání léčby klientů v terapeutických komunitách pro léčbu duálních diagnóz nebyla provedena.

Mohu interpretovat závěr, že výsledky ukazují pozitivní vnímání léčby duálních diagnóz s vyzdvihnutím individuálního přístupu terapeutů. Hlavním cílem bylo zjistit vnímání léčby v terapeutické komunitě, která je na léčbu duálních diagnóz zaměřena, očima klientů. Výsledky s účinnými intervencemi lze aplikovat do práce s klienty s duální diagnózou v jiných terapeutických komunitách.

Doporučila bych do léčby této cílové skupiny v jiných zařízeních aktivně zapojit psychiatra a psychologa, kteří by měli být pro klienta tady a teď a jsou podstatnými členy týmu. Jsem si vědoma, že to lze zcela naplnit u terapeutické komunity v psychiatrické nemocnici. Důležitou a nezastupitelnou roli hraje individuální přístup a pravidelné týdenní hodnocení individuálního a volnočasového plánu v rámci garantského pohovoru. Také bych doporučila ponechání klientů v léčbě i přes mnoho sankcí, zejména s ohledem na jejich duševní diagnózu.

Závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala problematice klientů s duálními diagnózami a poskytovanými intervencemi v Terapeutické komunitě Tao. Pojem duálních diagnóz není v léčbě v psychiatrických nemocnicích, léčeben a v terapeutických komunitách novinkou. Jelikož není v České republice mnoho komunit zabývajících léčbou této cílové skupiny klientů, rozhodla jsem se zmapovat, jak klienti s duálními diagnózami léčbu v prostředí terapeutické komunity vnímají, jak jsou spokojeni a které intervence jim nejvíce pomáhají, jsou nejúčinnější. Zajímalo mě, zda jsou schopni pociťovat souvislost duševní nemoci a závislosti s intervencemi, které jim poskytuje Terapeutická komunita Tao.

Teorii jsem rozdělila do kapitol, které úzce souvisí s tématem práce. Kapitoly zahrnují téma závislosti, rezidenční léčby, terapeutické komunity, léčby v ní a téma duálních diagnóz.

Praktická část je výstupem z polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření. Podává výstupy z hodnocení spokojenosti klientů s poskytnutými intervencemi.

Vnímání léčby, spokojenost a účinnost poskytovaných intervencí Terapeutickou komunitou Tao, bylo mým hlavním cílem mého výzkumu, který byl naplněn.

Smysluplnost intervencí je dle respondentů v terapiích, zejména ve skupinové, individuální, v garantských pohovorech, v činnostní terapii, v psaní deníku. Smysl intervencí respondenti spatřují v komunikaci, volném čase, plánování.

Klienti nejvíce oceňuje v terapiích přístup a práci terapeutů, řešení problémů, individuální přístup a plnění individuálního rehabilitačního plánu.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti považují v léčbě za nejúčinnější a nejvíce pomáhající intervenci skupinovou terapii. Přínosná byla i individuální terapie, jako velmi účinnou vnímají respondenti činnostní terapii a skupinovou terapii zaměřenou na spoluklienta. Více jak polovina klientů za nejúčinnější považuje komunitní setkávání a rozhovory se spoluklienty. Rozcvičky a sportovní intervence patřily mezi podprůměrně hodnocené, dále následoval pohovor s psychologem a lékařem. Relax, cvičení, masáže a kontakty byly nejméně účinnými intervencemi.

Ze zjištěného výzkumu mohu souhrnně napsat, že většina klientů pozitivně hodnotí skupinovou, individuální terapii a činnostní terapii. Tyto intervence jim nejvíce pomohly v problémech s komunikací, konflikty, vztahy, ve vyjadřování pocitů. Díky přístupu k léčbě získali náhled na závislost a na své duševní onemocnění, získali sebedůvěru. Intervence jim přinesly změny ve formě zlepšení psychiky, spokojenosti, zklidnění, pokory, skromnosti, společenskosti, schopnosti fungovat, rozhodovat se. Oceňují zejména individuální přístup a komunitu rodinného typu, která je jedním z léčebných faktorů. Individuální přístup vnímají jako profesionální a citlivý postoj terapeutického týmu v pomoci při problematice duálních diagnóz. Na základě výsledků mohu interpretovat závěr, že klienti vnímají Terapeutickou komunitu Tao jako vhodnou komunitu pro léčbu klientů s duálními diagnózami.

Zjištěné skutečnosti mohou být použity v léčbě v terapeutických komunitách při práci s klienty s duálními diagnózami a k odborným diskuzím o problematice duálních diagnóz.

Léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě je téma, které je vhodné pro další výzkum a poznatky z něj mohou být vhodným tématem vzdělávání terapeutů zařízení pobytové služby.

Bakalářská práce je výpovědí klientů s duálními diagnózami, kteří prožili a ukončili léčbu, vypovídali o změnách, kterými prošli při své cestě Terapeutickou komunitou Tao.

Použité zdroje

- 1.American Society for Addiction Medicine. (2011). *Definition of Addiction*. <http://www.asam.org> (on line). Dostupné z <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>.
- 2.American Psychiatric Association. (1994) *DSM - IV*. Dostupné z [www.http://displus.sk/DSM/subory/dsm](http://displus.sk/DSM/subory/dsm)
- 3.Arrien, A. (2000). *Archetypy šamanské tradice*. Praha: Portál.
- 4.Carroll, J.F.X., McGinley, J.J., (1998). In: De Leon, G. (2004). *Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe*. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 5.De Leon, G. (2004). *Terapeutické komunity pro duševně nemocné*. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna o.p.s.
- 6.De Leon, G., Sacks, S., McKendrick, K., (2000). In: De Leon, G. (2004). *Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe*. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 7.Egelko, S., Galanter, M., Dermatis, H., Jurewicz, E., Jamison, A., Dingle, S., De Leon, G., (in press). *Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe*. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 8.European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA. (2004). *Co – morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.

- 9.Doležalová, P. (2006). *Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách*. Adiktologie 1(6), str. 14. Tišnov: SCAN
- 10.Dvořáček, J. (2007). TK v podmínkách psychiatrické léčebny. In: Nevšímal, P.(ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj/Terapeutická komunita Magdaléna.
- 11.Dvořáček, J., (2012). Využití terapeutické komunity v ústavní léčbě. In Sadílková, M., (ed.) *20 let terapeutické komunity pro závislé*. Praha: Sananim o.s.
- 12.Frouzová, M. (2007). In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj/Terapeutická komunita Magdaléna.
13. Gale Encyclopaedia of Medicine. In: West (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky/Národní monitorovací středisko pro drogy a drogy a závislosti.
14. Hajný, M., Kořínek, R., Majer, M. (2004). *Rodina a drogy*. Olomouc: P – centrum.
- 15.Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, Publishing, a.s.
- 16.Jeřábek, P. (2008). Prevalence duálních diagnóz. In: Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 17.Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 18.Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 19.Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
- 20.Kalina, K., Vácha, P. (2013). Předpoklady integrované strategie úzdravy. In Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada: Publishing, a.s.
- 21.Kalivas, P. W., Volkow, N. D. (2005). The neural basic of addiction: *A pathology of motivation and choice*. The american journal of psychiatry, 162(8), pp 1403-1413.
22. Kooyman, M. (1992) *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Rotterdam: Erasmus Universiteit. In Nevšímal. P., (ed.) (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 23.Kooyman, M. (1992). Terapeutická komunita pro závislé. In Nevšímal, P. (ed.). (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj/Magdaléna o.p.s.
24. Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.

- 25.Krausz, M. (1996). Komorbidita. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. In: EMCDDA (2004). Lisbon: EMCDDA.
- 26.Kudrle, S. (2003). Psychopatologie a kodependence. In: Kalina, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti/Úřad vlády České republiky.
- 27.Kudrle, S. (2008). Kořeny závislosti. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, Publishing, a.s..
- 28.Metodika Terapeutické komunity Tao.
- 29.Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize-Tabelární část. (2017) Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- 30.Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 31.Nerad, J., M., Neradová, L. (1998). *Drogy a mýty. Drogová problematika z nizozemské perspektivy*. Olomouc: Votobia
- 32.Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portal.
- 33.Nevšímal, P., (ed.). (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj/Magdaléna o.p.s.
- 34.Nevšímal, P. (2007) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj/Terapeutická komunita Magdaléna.
- 35.Popov, P. (2001); Nešpor, K. (2003); Montoya, H.D. (2006). In Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislost*. Praha: Grada.
- 36.Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- 37.Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- 38.Rahav, M., Riviera, J.J., Nuttbrock, L., et.al. (1995). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 39.Radimecký, J. (2004). Slovo na úvod. In: Nevšímal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna o.p.s.
- 40.Radimecký, J. (2006). *Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. Proces změny chování klientů*. Adiktologie 1(6), str.43
- 41.Radimecký, J., (2007). Úvodní příspěvek ke konferenci „Závislost jako nemoc“. *Jeden krok vpřed a dva vzad...? Aneb kritika konceptu závislosti jako nemoci*. Adiktologie, 7(2), 242-243.

- 42.Reimen, M. (2004) - bývalý předseda správní rady European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost). In: EMCDDA (2004). Lisbon: EMCDDA.
- 43.Regier, D. A. (et al.). (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (EDA) Study. *Journal of the American Medical Association*, p.p.2511-2518
- 44.Sack, D., De Leon, G., Bernhart, A., Sacks, J.Y. (1997). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s., str. 146
- 45.Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (2004). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis.
- 46.Silberstein, C.H., Metzger, E.J., Galanter, M. (1997). The Greenhouse: Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v severní Americe. In Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 47.Skála, J., et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- 48.Schmidbauer, W. (1994). *Psychologie. Lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko.
- 49.Šerý, O. (2007). Genetická výbava jako součást multifaktoriální etiologie závislostí. In: *Zaostřeno na drogy*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 3(ročník pátý). Praha: Úřad vlády České republiky
- 50.West, R. (2006). Theory of addiction. In *Modely závislosti*. (2016) Praha: Úřad vlády České republiky
- 51.Williams, R., Cohen, J. (2000). *Substance use and misuse in psychiatric wards*. Psychiatric Bulletin (24), p.p.43-46
52. Williams, R., Cohen, J. (2000). In: Kalina a spol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, Publishing, a.s.
- 53.World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Dostupné z www.who.int.whr2001
54. World Health Organization(WHO).(2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace. Dostupné z www.who.int.whr2004
- 55.www.pnmo.cz
- 56.Yalom, I., D., Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o.

57.Yates, R., Wilson, J. (2001). In: Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislost*, Praha: Grada, Publishing, a.s.

58.Zaostřeno na drogy (2007). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 3(ročník pátý). Praha: Úřad vlády České republiky

Přílohy

A Dotazník

Můj zdravotní stav se během léčby: zhoršil/nezměnil/zlepšil/velmi zlepšil

Mé osobní problémy se vlivem léčby: zhoršily/nezměnily/zlepšily/velmi zlepšily

Okolí hodnotí změny v mém chování po dobu léčby: záporně/nevidí změnu/smíšeně/převážně kladně

Které složky léčby na mě nejvíce kladně zapůsobily:

- a) skupinová terapie zaměřená na mě
- b) skupinová terapie zaměřená na ostatní
- c) individuální terapie s psychologem
- d) individuální pohovory s lékařem
- e) individuální pohovory s terapeutem
- f) společné sezení s partnery a s rodinou
- g) rozhovory se spoluklienty mimo skupinu
- h) komunitní setkání a aktivní účast na životě celé terapeutické komunity
- i) sportovní akce, vycházky, rozcvičky
- j) kluby
- k) sociální dovednosti (vaření, práce na zahradě, rukodělná činnost)
- l) muzikoterapie (aktivní, poslechová)
- m) psychogymnastika a psychodrama
- n) relaxační cvičení, masáže
- o) kontakty, propustky

Co považujete za rozhodující moment v léčbě?