

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

ÚLOHA VYCHOVATELE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KARLOV
VE SKUPINĚ ZÁVISLÝCH MATEK S DĚTMI

Vedoucí práce: Mgr. Martina Kočerová

Autor práce: Bc. Sára Nováková

Studijní obor: Vychovatelství – Pedagogika volného času, kombinovaná forma

Ročník: 3.

2016

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele, oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

20. 03. 2016

.....

Bc. Sára Nováková

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Martině Kočerové za cenné rady a trpělivé vedení práce. Dále děkuji týmu Terapeutické komunity Karlov za spolupráci při tvorbě práce.

Obsah

Úvod	7
1 Drogy – specifika závislosti na nealkoholových drogách.....	10
1.1 Přehled základních pojmů.....	10
1.2 Druhy drog a jejich účinek, vliv na průběh těhotenství, plod a novorozence ..	13
1.2.1 Opioidy	13
1.2.2 Stimulační drogy	15
1.2.3 Kanabinoidy.....	18
1.2.4 Halucinogeny	20
1.2.5 Benzodiazepiny	21
1.2.6 Barbituráty	22
1.3 Ženy – specifická skupina uživatelů drog	22
2 Terapeutické komunity	26
2.1 Obecná specifikace terapeutické komunity	26
2.2 Terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice	28
3 SANANIM z. ú.....	29
3.1 Historie a vývoj SANANIM	30
3.2 Programy a služby poskytované SANANIM.....	33
3.2.1 Terénní programy	33
3.2.2 Kontaktní centrum.....	35
3.2.3 Adiktologická ambulance	36
3.2.4 Denní stacionář	37
3.2.5 Centrum komplexní péče o dítě a rodinu	39
3.2.6 Specializované ambulantní služby CADAS	39
3.2.7 Poradna pro rodiče	41
3.2.8 Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem.....	42
3.2.9 Pracovní a sociální agentura	44

3.2.10	Drogové informační centrum.....	45
3.2.11	Terapeutická komunita Němčice	47
3.2.12	Terapeutická komunita Karlov	47
3.2.13	Doléčovací centrum s chráněnými byty	48
3.2.14	Doléčovací centrum pro matky s dětmi.....	49
4	Terapeutická komunita Karlov.....	51
4.1	Kriteria pro přijetí klienta do Terapeutické komunity Karlov	52
4.2	Základní principy léčby	53
4.3	Složení týmu terapeutů.....	54
4.3.1	Vzdělávání terapeutické týmu	54
4.4	Skupina mladistvých	55
4.4.1	Specifika péče o mladistvé a mladé dospělé.....	55
4.5	Skupina matek s dětmi.....	55
4.5.1	Specifika péče o matky s dětmi	56
4.6	Terapeutické metody používané v Terapeutické komunitě Karlov	57
4.7	Časové rozdělení péče v Terapeutické komunitě Karlov	58
5	Léčba matek s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov	61
5.1	Spolupráce s institucemi.....	61
5.1.1	Odbor sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)	61
5.1.2	Policie, orgány činné v trestním řízení.....	62
5.1.3	Úřady práce.....	62
5.2	Práce terapeutického týmu s partnery matek	62
5.3	Funkce klientek v běhu komunity v průběhu léčby	67
5.4	Základní metody léčby využívaných u těhotných a matek s dětmi	70
5.4.1	Společná skupina matek s dětmi	70
5.4.2	Maminkovská skupina.....	70
5.4.3	Videotrénink interakcí.....	71

5.5	Volnočasové aktivity klientek v terapeutické komunitě Karlov	72
6	Vychovatel v Terapeutické komunitě Karlov	74
6.1	Formy a metody výchovy a využívané vychovatelem	75
7	Výzkum.....	78
7.1	Výzkumný problém a cíl výzkumu	78
7.2	Výzkumný soubor	78
7.2.1	Způsob a kritéria pro výběr respondentek	78
7.2.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	79
7.3	Metodologický rámec výzkumu.....	79
7.3.1	Typ výzkumu a zpracování dat	80
7.4	Průběh výzkumu.....	81
7.5	Výsledky výzkumu.....	82
7.6	Závěr výzkumu	90
	Závěr.....	93
	Seznam literatury.....	96
	Seznam zkratk	100
	Seznam příloh	101
	Přílohy	102
	Absrakt.....	131
	Abstract.....	132

Úvod

Motivací ke zvolení tématu mé diplomové práce je dlouholetá provázanost mého života s životem lidí závislých na nealkoholových drogách. Při studiu na střední škole jsem vypomáhala v Terapeutické komunitě Podcestný Mlýn, sdružení Podané ruce, a to především s výukou jízdy klientů na koni. Ve stejném čase jsem rovněž vypomáhala v jihlavském K-Centru U Větrníku. Na vysoké škole jsem začala se spolužáky dojíždět vypomáhat do terapeutické komunity zapsaného ústavu SANANIM Karlov, který je specificky zaměřený na léčbu závislosti mladistvých klientů a matek s dětmi (popř. otce s dětmi). Toto zařízení mě oslovilo mimo jiné i velkou měrou „úspěšnosti“ terapie, která je zapříčiněna především skladbou klientů. Zaujal mě zde program pro závislé matky s dětmi. V současné době, při studiu navazujícího magisterského programu studia Pedagogiky volného času, mě tato terapie zajímá z pohledu vychovatele, pedagoga volného času.

Domnívám se, že i v současné společnosti je často jakýmsi tabu spojení slov drogově závislá žena – těhotenství – mateřství - dítě. Toto spojení u většinové populace často vyvolává negativní reakce. Dochází k odsuzování těchto žen bez znalosti kontextu. Objevují se reakce typu: „Co je to za matku, když v těhotenství bere drogy? Jak může fetovat, když má malé děti?“ Tyto reakce je možné pochopit, ale nelze s nimi souhlasit. Většinou totiž pramení z neznalosti dané problematiky provázané ještě s mnoha dalšími faktory. Pevně doufám, že moje práce poskytne náhled do této problematiky a povede alespoň k částečnému pochopení těchto žen, které se za pomoci týmu odborníků snaží být svým dětem dobrými matkami. Domnívám se, že toto téma je velmi aktuální, protože dochází ke zvyšujícímu se počtu těhotných žen a matek závislých na nealkoholových drogách. Důkazem toho je, že i další terapeutické komunity uvažují nad rozšířením své nabídky služeb i pro skupinu těhotných žen a matek s dětmi.

Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem může vychovatel v terapeutické komunitě pozitivně ovlivnit výchovou a volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti a chování dítěte samotného.

Díličními otázkami výzkumu se chci dopracovat k zodpovězení primární otázky. Díličí otázky, na které budu hledat odpovědi, jsou:

- Výchova matky k mateřství – jaké formy „výchovy“ jsou pro závislé matky přijatelné?
- Ovlivňuje metoda videotréninku interakcí procesy adaptace?
- Jak vychovatel ovlivňuje volný čas matky a dítěte?
- Jak vychovatel ovlivňuje prožívání volného času matky?
- Jak skupina matek, která absolvovala léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, reflektuje zkušenost s jednotlivými metodami a technikami použitými vychovatelem?

V mé práci se jedná o kvalitativní výzkum – případovou studii – metodou polostrukurovaného rozhovoru. Úkolem mě jako tazatele je rozhovory přepsat a najít shodné znaky. Výzkumným vzorkem je skupina šesti matek, které byly léčeny z drogové závislosti v Terapeutické komunitě Karlov. Pro výběr do vzorku byl zásadní fakt, že se jedná o matku, která byla léčena ze závislosti na nealkoholových drogách za přítomnosti svého dítěte či dětí, důležitá je i její současná abstinence. Společným jmenovatelem je tedy drogová závislost, mateřství, pobyt v Terapeutické komunitě Karlov a vidina lepších vyhlídek na osobní a rodinný život. Tuto metodologii jsem zvolila, protože se domnívám, že může nejpřesněji zachytit efekt působení vychovatele na klientky.

Diplomová práce má povahu teoreticko-empirickou. V první části práce se zabývám vymezením souvisejících pojmů, jednotlivým druhům drog a jejich účinky na člověka, těhotenství a novorozence. V druhé části specifikuji terapeutické komunity se zaměřením na jejich historii. Ve třetí části práce specifikuji zapsaný ústav SANANIM se zaměřením na poskytované služby a terapeutické komunity. Ve čtvrté kapitole popisuji terapeutickou komunitu Karlov včetně složení terapeutického týmu, léčbu mladistvých a matek s dětmi. V páté části se podrobněji věnuji léčbě matek s dětmi, jednotlivým fázím terapie, základním metodám léčby využívaných v léčbě těhotných a matek s dětmi a dalším specifikám této skupiny. V šesté kapitole se věnuji podrobně úloze vychovatele, pedagoga volného času v terapeutické komunitě, metodám a formám výchovy využívané terapeutické komunitě. V sedmé, poslední, části se věnuji odpovědi díličí výzkumné otázky, čímž dojdou k odpovědi na primární výzkumnou

otázku, a to „Jakým způsobem může vychovatel v terapeutické komunitě pozitivně ovlivnit volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti a chování dítěte samotného?“ K tomu dojde empirickým šetřením podle předem daných kritérií a metodologie.

1 Drogy – specifika závislosti na nealkoholových drogách

V první kapitole práce se věnuji vysvětlení pojmů souvisejících s drogovou tematikou, neboť se tyto pojmy v práci několikrát opakují a jejich nepřesným výkladem může dojít ke zkreslení výkladu práce, popřípadě výzkumu. Vzhledem k tomu, že se v práci věnuji ženám - matkám – léčícím se ze závislosti na nealkoholových drogách společně se svými dětmi, považuji za důležité se v této kapitole věnovat i výčtu druhů drog a jejich účinku na matku i dítě. Protože byly na těchto drogách primárně či sekundárně závislé ženy léčící se v Terapeutické komunitě Karlov, jsou tím pádem do určité míry ovlivněny drogami i děti. V této kapitole se též věnuji ženám uživatelkám, protože jsou velmi specifickou skupinou uživatelů drog, a musí tak být brán na tyto specifika v průběhu léčby závislých matek s dětmi zřetel.

1.1 Přehled základních pojmů

Droga – tento pojem má více významů. V Úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje pojem droga látky podřízené mezinárodní kontrole. „V medicíně se tento termín používá pro některá léčiva, jež jsou užívána pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji se jedná o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt.“¹ V mé práci budu užívat pojem „droga“ jako psychoaktivní látku, která je dle naší legislativy nezákonná.

¹ KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 32.

Závislost (dependence) a syndrom závislosti – „jsou definovány v ICD-10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:“²

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- postupné zanedbávání jiných potěšení a nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků – depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.³

Intoxikace – „je stav nastávající po aplikaci dostatečného množství psychoaktivní látky, jehož následkem jsou poruchy úrovně vědomí, rozpoznávacích schopností (kognitivních funkcí), vnímání, schopnosti úsudku, emocí (afektivity), chování a dalších psychických funkcí a reakcí. Poruchy souvisejí s okamžitým farmakologickým účinkem látky a naučenými reakcemi na ni, a po určitém čase zcela odeznívají s výjimkou tkáňových poškození nebo jiných vyskytnuvších se komplikací. Průběh intoxikace je výrazně závislý na typu a dávce drogy, je ovlivňován individuální hladinou tolerance a dalšími faktory. Většinou je droga užívána pro dosažení určité hladiny (míry) intoxikace. Chování, projevované při určité hladině (míře) intoxikace, je výrazně závislé na kulturních a osobních očekáváních spojených s účinkem té které drogy. Komplikace mohou zahrnovat poranění, vdechnutí zvratků, delirium, kóma křečové stavy, a to

² KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 117.

³ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 10.

v závislosti na užití látky a způsobu její aplikace. Může nastat i smrt, většinou jako následek udušení nebo centrálního útlumu dýchání.“⁴

Psychoaktivní látka – „je látka, která mění duševní procesy, tj. myšlení nebo emoce. Tento pojem, stejně jako jeho ekvivalent – psychotropní látka je nejvíce neutrální a nejpopsnější a týká se všech druhů látek, povolených i zakázaných. Psychoaktivní neznámá nutně závislost vytvářející.“⁵

Abstinční syndrom – též odvykací syndrom je soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána opakovaně, dlouhodobě nebo ve vysokých dávkách. Příznaky odvykacího stavu nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Odvykací syndrom se liší u různých látek.⁶

Relaps – „návrat k užívání drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Někteří autoři odlišují relaps a laps (jednorázové uklouznutí – užití drogy – po období abstinence).“⁷

Klient – synonymum pojmu pacient – pojem pacient se užívá ve zdravotnických zařízeních, slovo klient se častěji užívá v zařízeních nezdravotnických.⁸

⁴ KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 50.

⁵ Tamtéž, s. 89.

⁶ Srov. KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 73.

⁷ KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 91.

⁸ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 11.

1.2 Druhy drog a jejich účinek, vliv na průběh těhotenství, plod a novorozence

1.2.1 Opioidy

Pravděpodobně nejstarší drogou je **opium**. Jedná se hnědou hmotu získanou naříznutím nezralé makovice máku. V dávné minulosti bylo opium užíváno k obřadním úkonům a využíváno jako lék. Psychotropní efekt opiátů je celkově zklidňující. Opium způsobuje příjemné pocity uvolnění a celkového uklidnění. Při předávkování dochází k ospalosti, spánku až kómatu. V důsledku předávkování může dojít ke smrti v důsledku útlumu dechového centra. Typickým jevem závislosti na opiátech je rychlý rozvoj takzvané tolerance, to znamená, že k dosažení požadovaného efektu je zapotřebí neustále zvyšování dávek látky. Při rozvinuté závislosti se snižuje tělesná hmotnost snižuje se sexuální apetence. Po odeznění účinku dochází k abstinenčnímu syndromu v podobě bolesti svalů, kloubů, zvýšeného pocení, zvracení, křečí.

Na konci 19. století byl syntetizován diacetylmorfin – **heroin** jako lék na kašel. Do 70. let 20. století bylo v České republice zneužívání opiátů spíše výjimečné. V této době byl objeven způsob, jak z dostupného kodeinu získat mnohem účinnější „**braun**“, který je českou specialitou a je zpravidla užíván intravenózně. Ve srovnání s heroinem má silnější euforizační účinek a slabší tlumivý efekt.⁹

V současnosti je heroin jednou z nejrozšířenějších drog u nás. Užívá se intravenózně, šnupe se, nebo se inhaluje z nahřáté aluminiové folie. Heroin je jednou ze dvou primárních drog užívaných nejčastěji uživatelkami – matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov.

Vliv opioidů na průběh těhotenství, plod a novorozence

Patofyziologické účinky opiátů na těhotnou ženu jsou jen mírné. Závažnějším následkem je intravenózní aplikace drogy a rizikové chování při jejím shánění.

⁹ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 40-41.

U uživatelů opioidů je prokázána zvýšená incidence infekčních a sexuálně přenosných chorob.

Prenatální péče o jejich těhotenství bývá nedostatečná, asi polovina z žen přichází do nemocnice až s nástupem kontrakcí. Vzhledem k intravenózní aplikaci drogy bývají odběry krve velmi obtížné.

Vliv drogy na plod - heroin rychle proniká placentou a vniká do fetálních tkání do jedné hodiny od aplikace. Velmi rizikové je odbourávání drogy v mateřském organismu provázené odbouráváním u plodu, což vede ke zvýšenému riziku distresu a úmrtí plodu. Kolísání hladiny drogy u uživatelů heroínu, stejně jako opakování abstinčního syndromu, způsobuje změny na placentě a rozvoj placentární insuficience. U žen závislých na heroínu byly dále zaznamenány anomálie pupečnickových cév. V důsledku placentární insuficience se rodí plody s intrauterinní růstovou retardací.

Porod – u většiny uživatelů se neliší od porodů v běžné populaci. U žen se vyskytuje výrazně nižší práh bolestivosti, který se projevuje vyššími nároky na analgetickou terapii. Asi šedesát procent novorozenců uživatelů heroínu jeví po porodu známky infekce nebo se projevují u matky známky akutní infekce. U 50-80 procent novorozenců se projevuje 48-72 hodin po porodu abstinční syndrom, který má různou míru intenzity.¹⁰

„Pozdní působení drogy na dítě - některé důkazy naznačují spojitost mezi nitroděložní expozicí opiátům a dlouhodobým vývojovým postižením. Wilson a kol. pozorovali ve studii dětí mezi třemi až šesti lety, které se narodily matkám závislým na heroínu, nižší tělesnou hmotnost a výšku a snížené behaviorální, organizační a percepční schopnosti. Podobný nálezy publikovali van Baar a de Graf ve své prospektivní studii, která sledovala děti závislých matek do 5,5 roku života. Tyto děti měly nižší IQ a horší jazykové testy než kontrolní skupina, přičemž rozdíly se zvětšovaly se zvyšujícím se věkem. Tyto rozdíly byly méně vyznačeny u dětí, které byly adoptovány, nebo byly svěřeny do pěstounské péče. Zůstává nejasné, zda tyto nálezy mohou být beze zbytku připsány přímému účinku heroínu, nebo zda na tom má

¹⁰ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 41-45.

rovněž podíl zdravotní stav matky během těhotenství, polymorfni abúzus drog, genetický potenciál nebo pozdější vlivy rodinného prostředí nebo jiné zevní vlivy.“¹¹

1.2.2 Stimulační drogy

Základním efektem těchto drog je celková stimulace. Stimulační drogy zrychlují psychomotoriku, při jejich užívání dochází k odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii i k uvolnění zábran. Jsou ve světě velmi oblíbené.

Kokain – je klasickým představitelem skupiny stimulačních drog. Jedná se o přírodní drogu, alkaloid obsažený v listech keře *Erythroxylon coca*. V roce 1859 byl v Německu izolován chemicky čistý kokain a byly popsány jeho farmakologické účinky. Kokain tak začal být v medicíně používán jako lokální anestetikum. Ve 20. letech 20. století byl kokain zkoušen jako prostředek k léčbě opiátových závislostí, což vedlo u mnoha pacientů ke vzniku tzv. zkřížené závislosti. U kokainu dochází ke zvýšené sexuální apetenci údajně hlavně u žen. U všech stimulačních drog je doprovodným jevem ztráta chuti k jídlu provázená výrazným hubnutím. Postupem času dochází k rozvoji toxické psychózy. Vznik může být velmi plynulý a nenápadný a průběh dlouhodobý. Opakované užití kokainu vede k mohutné neuroadaptaci, která po vynechání drogy způsobuje vážné abstinenní příznaky. Ty jsou opakem účinku kokainu, objeví se tedy dopaminová hypoaktivita vedoucí k depresi, podrážděnosti a úzkosti. Kokain se užívá ve dvou formách. První je kokain hydrochlorid, který je rozpustný ve vodě a aplikuje se perorálně, intranasálně, sublinguálně, subkutánně, vaginálně, rektálně, intravenózně, inhalací výparů. Šňupání kokainu způsobuje výraznou vazokonstrikci sliznice nosu a nosní přepážky a může vést až k její perforaci. Druhou formou je kokain free base, která je ve vodě nerozpustná. Nerozpustný kokain se inhaluje nebo kouří. Kokain speciálně upravený ke kouření se označuje jako crack a je velmi rozšířen zejména v USA. Jedná se o směs hydrochloridu kokainia a bikarbonátu sodného. Jeho velmi rychlý účinek je dán přímou resorpcí v plicní cirkulaci. Poločas rozpadu je 10 minut. Vede velmi rychle k závislosti.¹²

¹¹ VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Zaostřeno na drogy*, s. 6.

¹² Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 45-46.

Pervitin – metamfetamin - nejrozšířenější stimulační droga v České republice. Vyrábí se z efedrinu, který je možno získat z různých léků. Psychotropní efekt pervitinu a dalších amfetaminových derivátů je výrazný. Opakované zvyšující se dávky vyvolávají paranoidně-halucinatorní psychózu, která je z psychopatologického hlediska nerozeznatelná od schizofrenie. Mohou se přidružovat i sluchové a zrakové halucinace. Toxická psychóza je stav vysoce závažný, nicméně poměrně dobře reaguje na adekvátní léčbu. Pervitin je jako tzv. rekreační droga velmi žádaný, ale těžko zvladatelný. Uživatelé pervitinu po čase přecházejí k opiátům, kde je závislost vyjádřena ještě výrazněji, ale riziko toxické psychózy je v porovnání s pervitinem malé.¹³

V současné době je pervitin jednou ze dvou primárních drog užívaných nejčastěji uživatelkami – matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov.

Extáze - tzv. ecstasy (MDMA) stimulační droga. MDMA byl původně vyráběn v USA jako psychofarmakum a používán jako lék v psychiatrii. Koncem 80. let byla jeho výroba zastavena. Tablety a kapsle mají různá označení a často nápadný design (barevné či průhledné kapsle, tablety s vlysy písmen nebo zvířat). Po požití dávky se dostavuje pocit příjemného tepla, prohlubuje se vzájemné porozumění, solidarita a euforizace. Tento efekt se výrazně prosazuje asi 2 hodiny. Pak nastupuje zklidnění s příjemným prožíváním, které trvá několik hodin. Ve vysokých dávkách interferuje se schopností organismu regulovat teplotu, což vede k hypertermii a následnému poškození jater, ledvin a kardiovaskulárního systému. Intoxikace se projevuje elevací krevního tlaku, tachykardií, nervozitou, nespavostí. Po odeznění účinků nastupuje únava až deprese, někdy až těžký chorobný stav úzkosti. Tyto obtíže se mohou objevit několik dnů až týdnů po intoxikaci. Jako každá stimulační droga i extáze může časem vyvolat nebezpečný stav toxické psychózy.¹⁴

Vliv stimulačních drog na průběh těhotenství, plod a novorozence

Kokain rychle prochází placentou a dosahuje u plodu různě vysokých hladin. Aplikace kokainu vede ke snížení průtoku krve placentou, snižuje okysličení plodu a zvyšuje jeho krevní tlak a tepovou frekvenci.

¹³ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 46-47.

¹⁴ Tamtéž, s. 47.

Stimulační drogy amfetaminové skupiny jsou vysoce lipofilní, a to umožňuje velmi rychlý transport přes placentu. Studie, které srovnávaly uživatelky kokainu a metamfetaminu, neprokázaly rozdíl mezi průběhem těhotenství a vlivem na novorozence v těchto dvou skupinách drog.

Stimulancia způsobují periferní zúžení cév, tachykardii matky, zvýšenou citlivost dělohy. To se projeví jako snížení kyslíku v krvi, hypertenze a tachykardie plodu. Vlivem chronického snížení kyslíku v krvi se rodí plod s nízkou porodní hmotností a se známkami intrauterinní růstové retardace. Je prokázáno rovněž vyšší procento předčasných porodů. Při abúzu metamfetaminu je také prokázán vyšší výskyt placentárních změn, které vedou k odloučení placenty a syndromu náhlého úmrtí novorozence. Jedním z projevů akutní intoxikace matky stimulancii je hypertenze. K úpravě krevního tlaku dochází v průběhu 45–90 min. Často se těhotenství ukončuje císařským řezem jako těžká preeklampsie nereagující na léčbu.¹⁵

Novorozenci vystavení účinkům stimulačních drog, nebo v kombinaci s jinými drogami, vykazovali nižší porodní hmotnost, menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny, vyšší relativní riziko výskytu defektů močové a pohlavní soustavy a nižší skóre v neonatálním hodnocení vývoje ve srovnání s dětmi bez drogové expozice. Děti vystavené účinkům stimulačních drog jeví známky akutního abstinenčního syndromu, pro který je typická menší intenzita a kratší trvání, než můžeme pozorovat po opiátech. Projevuje se přítomností hypertonu, iritabilitou, bleskovými reflexy, křečemi, apnoickými pauzami, průjmy. Mohou se vyskytovat poruchy spánku, třes.¹⁶

Pozdní důsledky působení drogy na dítě – podle Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale jeví tyto děti známky abnormálního chování. Eisen a kol. prokázali, že děti po expozici kokainu mají omezenější návyky a více stresové chování v porovnání s kontrolními subjekty. Četné studie zaznamenaly neurobehaviorální a vývojový deficit u dětí vystavených in utero účinkům stimulačních drog. Další zaznamenané známky intrauterinní expozice jsou zvýšené riziko anomálií srdce a vylučovací a pohlavní soustavy, nekrotizující enterokolitidy a krvácení do mozku. Během dětství trvá zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte.¹⁷

¹⁵ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 48-50.

¹⁶ VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 51.

¹⁷ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Zaostřeno na drogy*, s. 7.

Ve Spojených státech Amerických proběhlo v 80. - 90. letech 20. století několik výzkumů spojených s otázkou vlivu kokainu na nenarozené dítě a následcích tohoto prenatalního vystavení droze na pozdější vývoj dítěte. Je s podivem k jakým výsledkům, co do množství uživatelů, některé výzkumy dospěly. Například organizace The Partnership for Drug-Free America, známá svými vysoce účinnými televizními reklamami, včetně známého smaženého vejce na pánvi („tak vypadá váš mozek na drogách“), začala v roce 1992 s reklamou ukazující kokain v dětské lahvi a hlásající, že „každých 5 minut se narodí kokainové dítě“. Takovýto údaj by znamenal asi 100 tisíc dětí každý rok.¹⁸ Tento údaj získala organizace z dokumentů National Drug Control Strategy vydaného roku 1989 Bílým domem. Při bližším prozkoumání dokumentu se zdá tento údaj zkreslený záměrnou dezinpretací výsledků. Nejen že počty těchto dětí byly zveličovány, ale nedostatečné množství dostupných dat o těchto dětech se stalo základem pro rozsáhlé spekulace o možných zdravotních a vzdělávacích následcích spojených s tímto problémem. Studie ukazovaly, že tyto děti mohou být trvale postiženy, intelektuálně a emočně retardovány, neschopny vyznat se v citech nebo fungovat ve škole. Skutečně se v dalších výzkumech potvrdilo jen to, že je-li plod vystaven působení kokainu už v děloze, je větší pravděpodobnost, že se narodí dříve, bude menší a bude mít menší obvod hlavy než děti, které nebyly během těhotenství vystaveny působení žádných známých drog. První studie odhalily výsledek, který byl stejného rázu a přibližně stejného rozsahu jako výsledek u žen, které během těhotenství kouřily cigarety.¹⁹

1.2.3 Kanabinoidy

Získávají se z konopí setého, který je zdrojem tetrahydrocannabinolu – THC. Doklady o pěstování konopí jsou starší 5.000 let. **Hašiš** – zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin. **Marihuana** – sušené listy a květenství konopí setého.

„Psychotropní účinek THC se vysvětluje zvýšením syntézy a serotoninu. THC snižuje úzkost. Kromě toho inhibuje dopaminové neurotransmise a snižuje noradrenergní aktivitu. Při pravidelném a delším užívání dochází k poruchám paměti, které se prohlubují při pravidelném a delším užívání až do obrazu těžké demence.

¹⁸ Srov. RAY, O., KSIR, CH. *Drugs, Society, and Human Behavior*, s. 26.

¹⁹ Tamtéž, s. 145.

K závislosti dochází v důsledku pozitivního posilování. Abstinenční syndrom je mírný: neklid, podrážděnost, nespavost, nechutenství, nauzea, průjem, pocení, třes a deprese. Nejčastějším způsobem aplikace je kouření. Chronické užívání marihuany prokazatelně přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů i žen.²⁰

Marihuana je matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov, nejčastěji užívaná sekundární droga.

Vliv kanabinoidů na průběh těhotenství, plod a novorozence

„Užívání marihuany je ve většině případů nepravidelné, spíše rekreační než každodenní a ženám většinou nečiní potíže při diagnostice těhotenství aplikaci přerušit. Incidence v populaci těhotných žen je udávána 2–12 procent. Aplikace je neriziková z hlediska přenosu HIV a hepatitid. Pokud žena pokračuje v kouření marihuany, jedná se většinou o nárazovou aplikaci. Vzhledem k dlouhému poločasu rozpadu mívají ženy při porodu reziduální hladinu drogy v krvi. Výjimkou není tachykardie až 140/min. Problémem může být bronchiální dráždivost, zejména při potřebě celkové anestezie.

Vliv marihuany na plod je závislý na dávce, při chronickém užívání je prokázán nižší přírůstek hmotnosti u matky a nitroděložní růstová retardace v důsledku chronického nedostatku kyslíku. Plody jsou popisovány jako hypotonické, s omezenými reakcemi na stimulaci.

Abstinenční syndrom není výrazný, obvykle jen neklid, nespavost, zvýšená dráždivost. Rychle odezní.²¹

„Pozdní působení drogy na dítě - děti uživatelék marihuany mají lehce prodlouženou reakci při vyšetření evokovaných zrakových potenciálů v důsledku poruchy ve vývoji optických drah. Vyznačují se sníženou odpovědí na osvit, prodlouženým Morroovým reflexem a tremorem.“²²

²⁰ VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 51-52.

²¹ Tamtéž, s. 52-53.

²² VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Zaostřeno na drogy*, s. 8.

1.2.4 Halucinogeny

Základním efektem halucinogenů je změna vnímání. Intenzita změny může vyvolat až obraz toxické halucinatorní psychózy. Halucinogenní drogy byly vždy spjaty s náboženskými rituály. Užití nízkých dávek halucinogenních drog může mít zcela odlišný efekt od dávek plně účinných. Abstinenční syndrom se v této skupině nevyskytuje, nedochází k fyzickému poškození organismu a k závislosti v její typické podobě.

Halucinogeny jsou často užívané matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov, jako sekundární droga.

LSD – lysergamid, derivát kyseliny lysergové byl objeven v roce 1943. Bylo období, kdy se lysergamid vyráběl průmyslově a experimentovalo se s jeho terapeutickým využitím. Riziko vzniku tzv. latentní psychózy ale nakonec vedlo v psychiatrii k zastavení experimentů. V šedesátých letech byla tato droga v USA společností široce tolerována. Experimenty s LSD ovlivňovaly různá umělecká odvětví. Po podání menších dávek dochází k poruchám vnímání, k euforizaci, zostřenému vnímání zvuků a barev. Při aplikaci plných dávek LSD dochází ke stavům hlubokého narušení normální psychiky, k výrazným poruchám vnímání, ale i emotivity a myšlení. Mění se vnímání prostoru, času, barev i zvuků. Náhled reality je velmi omezen. Po užívání LSD může dojít k situaci označované jako „flash back“, kdy po déle trvající abstinenci náhle dochází k subjektivnímu prožitku další intoxikace, aniž by byla droga opět aplikována. Je to vysvětlováno tím, že nepatrná množství drog jsou uchovávána ve tkáních dlouhou dobu (až rok). Při různých zátěžových situacích může dojít k jejich uvolnění do oběhu a působení na citlivé receptory CNS. V našich podmínkách dochází častěji ke zneužívání hub s halucinogenními účinky (lysohlávky).²³

Vliv halucinogenů na průběh těhotenství, plod a novorozence

V populaci těhotných žen jsou halucinogeny jevem spíše ojedinělým. Vliv halucinogenů na plod a novorozence je nejasný vzhledem k časté polydrogové závislosti žen udávajících užívání halucinogenů. Byly popsány různé chromosomální aberace a mnohočetné vrozené vady, nicméně tyto ženy užívaly i jiné drogy a kauzalita tedy

²³ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 53.

nebyla plně prokázána. Obecně mají děti, narozené ženám užívajícím v průběhu těhotenství LSD, podobné problémy jako děti vystavené účinkům kokainu. Byla popsána zvýšená incidence odloučení placenty, předčasného porodu a nitroděložní růstové retardace.

Abstinenční syndrom se projevuje třesem, zvýšeným krevním tlakem, poruchami přijímání potravy a poruchami spánku dítěte.

Pozdní působení drogy na dítě - obecně mají děti narozené ženám užívajícím v průběhu těhotenství LSD podobné problémy jako děti vystavené účinkům kokainu.²⁴

1.2.5 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny jsou zneužívány ke zvýšení efektu narkotik nebo ke zmírnění abstinčních příznaků po opiátech nebo alkoholu.²⁵

Benzodiazepiny jsou často užívané matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov, jako sekundární droga.

Vliv benzodiazepinů na průběh těhotenství, plod a novorozence

Poločas rozpadu je u dětí prodloužen. Benzodiazepiny vyvolávají tzv. floppy infant syndrome s útlumem dýchání, hypotermií, sníženým svalovým tonem, arytmiemi, abnormálním EEG, problémy s přijímáním potravy a abstinčním syndromem. U novorozenců se objevují přechodné neurobehaviorální změny. Očištění organismu novorozence trvá 7–14 dnů, někteří novorozenci však nedokážou benzodiazepiny dostatečně metabolizovat a příznaky abstinčního syndromu se u nich mohou objevovat až rok. Po expozici benzodiazepinům byly popsány anomálie kraniofaciální oblasti.²⁶

²⁴ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Zaostřeno na drogy*, s. 8.

²⁵ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 54.

²⁶ Tamtéž, s. 54.

1.2.6 Barbituráty

Závislost na barbiturátech není v populaci těhotných žen obvyklá. Barbituráty je možno prokázat v moči 2–3 týdny po užití. Barbituráty se v současnosti užívají ke zvýšení účinku jiných látek nebo k úlevě při abstinčních příznacích. Intoxikace je podobná intoxikaci alkoholem. Tlumí respirační a kardiovaskulární systém. Chronická intoxikace vede k narušení příjmu živin.²⁷

Barbituráty jsou často užívané matkami, které se léčí v Terapeutické komunitě Karlov, jako sekundární droga.

Vliv barbiturátů na průběh těhotenství, plod a novorozence

„Nebyly podány jasné důkazy o kauzálním poškození plodu barbituráty. Fenobarbital indukuje fetální jaterní enzymy schopné snižovat hladinu bilirubinu u novorozence. U pacientek zneužívajících barbituráty se klade důraz na detoxifikaci, péči o příjem živin a korekci anémie. U mírně intoxikovaných pacientek pomáhají kontrolovat bojovné chování malé dávky antihistaminik.“²⁸

1.3 Ženy – specifická skupina uživatelů drog

Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislosti u mužů a žen (sexuální faktor). Ženy jsou mnohem citlivější na drogy než muži, jejich citlivost kolísá v průběhu menstruačního cyklu a závislost se u nich většinou vyvíjí rychleji.

Drogově závislé ženy jsou v mnoha ohledech zranitelnější než muži. Jsou mnohem více vystaveny zdravotním rizikům a závažným psychickým problémům. Možná proto, že závislé ženy jsou menší skupinou uživatelů, není ještě tak rozvinut systém péče jen pro tuto cílovou skupinu²⁹

²⁷ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 54-55.

²⁸ VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 55.

²⁹ Srov. STOCCO, P., LLACER, L., J., J., DEFAZIO, L., CALARAT, A., MENDES, F. *Women drug abuse in Europe: Gender identity*. In: IREFREA & European Commission. [online].

Ženy též reagují na léčbu rychleji, současně ovšem mohou být fragilnější i v následném období abstinence, k relapsům dochází více a v jiných situacích než u mužů. Toxicita některých drog je naopak vyšší u mužů než u žen (např. kokain). Ženy léčené pro závislost se častěji než muži vracejí k užití kokainu po negativních emočních zážitcích, zatímco muži spíše po pozitivních emocích spojených se společenským úspěchem.³⁰

Genderová specifika žen – uživatelé drog

Od 90. let 20. století se odborná veřejnost začala zabývat otázkou odlišného přístupu v problematice užívání drog u mužů a u žen. Ke specifickým charakteristikám žen, které užívají drogy, patří především to, že jsou více stigmatizované a jejich problémy jsou více skrývané, tabuizované a méně uvědomované než problémy mužů. Kulturní tabulace a stigmatizace vedou k tomu, že si problémy s užíváním návykových látek nepřipouštějí nejen ženy samotné, ani jejich rodiny. Systémové, strukturální, kulturní a osobní bariéry zabraňují ženám užívajícím návykové látky v přístupu ke službám, což vede k tomu, že jsou v nich zastoupeny méně než muži.³¹

Nešpor uvádí, že výhodou žen při překonávání problému s drogou, může být i to, že žena, která je drogově závislá, na sebe spíše upozorní a může se do léčby dostat dříve. Většina žen i dívek má dobré nadání na relaxační techniky, jógu a umí využívat psychoterapii. V porovnání s muži se také mnohem méně žen dopouští trestné činnosti pod vlivem drog. Rodinné vztahy jsou pro mnoho žen silným motivem k lepšímu životu. Rychlé zlepšování tělesného stavu i vzhledu při abstinenci povzbuzuje ženu, aby vytrvala v dobrých předsevzetích. Pro většinu žen bývá snazší odpoutat se od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na drogách. Ženy si také snadněji vytvářejí zdravější životní styl.³²

³⁰ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 16.

³¹ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 295.

³² Srov. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*, s. 70.

Fenomén dvojí deviace

Žena – uživatelka drog je společností vnímána jako dvojí deviant. Je deviantní nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své ženské roli. Především těhotné ženy a mladé matky užívající drogy čelí sociálnímu odsouzení. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který brání ženám vystoupit ze stínu anonymity. Ženy bývají do světa drog často uvedeny a udržovány svými mužskými partnery. V souvislosti s touto skutečností prožívají traumata z fyzického násilí a emočního a sexuálního zneužívání svých mužských partnerů a užívají drogy, aby se s tím vypořádaly.³³

Nešpor uvádí, že jestliže se žena objeví na veřejnosti pod vlivem drog nebo alkoholu, lidé ji budou odsuzovat více nežli muže. Proto se také ženy a dívky s podobnými problémy stahují víc do ústraní. Dvojí morálka vůči mužům a ženám je možná nespravedlivá, ale je to realita. Nešpor však uvádí, že má tato skutečnost i výhodu: Pro ženu nebo dívku to může být další pádný důvod, proč přestat brát drogy.³⁴

Fyzické a sexuální násilí, prostituce

U drogově závislých žen se ve srovnání s ostatní populací setkáváme ve zvýšené míře se zneužíváním a prostitucí, a to v přímém i přeneseném slova smyslu. Sexuální zneužívání je uváděno v anamnéze závislých žen poměrně často, ale mnohem častěji se objeví jako téma teprve v průběhu delší psychoterapeutické léčby nebo až ve fázi doléčování, kdy klientka najde odvalu k „přiznání“ tabuizovaných témat či si vlastně díky terapeutickému procesu uvědomí, že bylo vůči ní určité chování násilné a nepřijatelné. Tato jakási neschopnost určení hranic a cítění osobního teritoria je pro tyto ženy charakteristická. Klientka přináší téma zneužívání jako otázku, zda to vůbec bylo tak špatné, nebo jako dosud utajené téma, které v sobě nosí celá léta a které začne řešit až s těhotenstvím a porodem, kdy jako každá žena začíná více uvažovat o věcech spojených s výchovou dítěte a jeho psychikou. Ke zneužívání však nedochází pouze v klientčině dětství a dospívání, velmi často se s ním setkává i na drogové scéně.

Sám fakt, že si ženy vydělávají na drogy mimo jiné i prostitucí, přináší mnoho problémů, které při pozdější léčbě musejí řešit. Potvrzuje se, že klientky s často velmi

³³ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 295.

³⁴ Srov. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*, s. 70.

bohatou sexuální zkušeností spojenou s drogami se při terapii o sexu stydí mluvit, mají problematický či negativní vztah ke svému tělu, malé ženské sebevědomí, nejasněnou ženskou roli, nejsou schopny navazovat normální vztahy, najít hranice ve vztahu k druhému pohlaví apod. Ze zkušenosti adiktologických pracovníků vyplývá, že tyto ženy mají téměř „středověké“ informace o běžných věcech, jako je antikoncepce, možnosti otěhotnění, rizika pohlavně přenosných chorob apod.³⁵

³⁵ Srov. PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. *Ženy a drogy*, s. 12-13.

2 Terapeutické komunity

V této kapitole se věnuji obecné specifikaci terapeutické komunity. Krátce se zmíním o terapeutických komunitách zabývajících se léčbou klientů se závislostí na nealkoholových drogách v České republice. Konkrétní specifikaci Terapeutické komunity Karlov se budu věnovat v dalších kapitolách.

2.1 Obecná specifikace terapeutické komunity

„Terapeutická komunita je strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál terapeutické komunity se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.“³⁶

Je možné rozlišovat terapeutickou komunitu v širším smyslu – to znamená jako systém, a v užším smyslu – terapeutickou komunitu jako metodu.

Terapeutická komunita v širším smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i klienti. Významnou složkou této formy organizace jsou jednak schůzky personálu s klienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, jednak schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem.

Terapeutická komunita v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití

³⁶ KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 108.

pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování. Kratochvíl precizně odlišuje „širší“ a „užší“ smysl pojmu, což můžeme více či méně metaforicky chápat jako dvě roviny, dva rozměry či dvě tváře terapeutické komunity. Tom Main vystihuje tyto dva rozměry prostou etymologií slovního spojení „terapeutická komunita“: jde jednak o organizované společenství, jednak o terapii.³⁷

Ve světě existují dvě hlavní linie terapeutických komunit – takzvané demokratické terapeutické komunity pro klienty s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje a takzvané hierarchické terapeutické komunity pro drogově závislé.

Společné znaky těchto dvou typů terapeutických komunit:

- neformální a otevřená atmosféra – oblečení a atmosféra jsou neformální, možné jsou hádky, smích i slzy
- centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu – celá komunita se schází minimálně jednou týdně, většinou však denně
- sdílení práce při udržování a chodu zařízení – část práce je na klientech, kteří se podílejí na každodenních úkolech, získávají kompetence důležité pro vedení samostatného a smysluplného života, je nutná kooperace s ostatními členy komunity.
- terapeutická úloha klientů – uznání klientů jako pomocných terapeutů, což může rozvinout sebedůvěru a sebeúctu
- podíl klientů na moci – klienti se podílejí na rozhodování, plánování společného programu, mají zodpovědnost za každodenní chod komunity
- společné hodnoty a myšlenky – potíže jednotlivce většinou spočívají v jeho vztazích s druhými lidmi, terapie je proces učení, všichni členové terapeutické komunity jsou si v základu rovni, samotné členství v komunitě představuje hodnotu.³⁸

³⁷ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 17.

³⁸ Tamtéž, s. 60 – 64.

2.2 Terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice

V českém prostředí došlo ke specifickému vývoji terapeutických komunit pro drogově závislé. Terapeutické komunity pro drogově závislé zde nevznikaly jako typicky hierarchické. V českém pojetí se jedná o syntézu demokratické a hierarchické linie z různých zdrojů, podnětů a zkušeností. Těžištěm psychoterapeutické práce v terapeutických komunitách je převážně psychodynamická orientace doplněná o flexibilní využívání kognitivně behaviorálních metod.³⁹

V Příloze I. práce se nachází chronologicky seřazený výčet terapeutických komunit, které se v současné době věnují v České republice léčbě závislosti na nealkoholových drogách a spolupracují nebo jsou členy sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací.

³⁹ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 73-74.

3 SANANIM z. ú.

V této kapitole se budu podrobněji věnovat zapsanému ústavu SANANIM, který je největší neziskovou organizací zabývající se problematikou závislosti v České republice. Se stručností se zde seznámíme nejen s vývojem ústavu, ale i s popisem poskytovaných služeb a představením terapeutických komunit provozovaných ústavem. Tato organizace je „průkopníkem“ ve většině oblastí týkajících se léčby a prevence drogové závislosti v České republice včetně propracované léčby drogově závislých matek s jejich dětmi. SANANIM je do současné doby jedinou organizací zabývající s touto specifickou skupinou, a proto jsem pro pochopení kontextu vývoje ústavu až k otevření Terapeutické komunity Karlov, zařadila tuto kapitolu do diplomové práce.

„SANANIM z. ú. je nestátní neziskovou organizací, která byla založena v roce 1990 a do dnešního dne působí v oblasti drogových závislostí. Lidem ohroženým drogami a jejich blízkým poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace. Svoji činností vyvrací rozšířený mýtus, že závislost na návykových látkách nelze léčit. SANANIM se aktivně spolupodílí na protidrogové politice na všech úrovních státní správy s akcentem na ochranu veřejného zdraví. Prosazuje realistický a poučený postup, pokud jde o priority a vytýčené cíle, a zasazuje se o hodnocení efektivity poskytovaných služeb, změnu systému jejich financování a jejich dlouhodobé plánování.

SANANIM vznikl s jasnou představou, že s otevřením hranic v roce 1989 se k nám začnou dostávat ilegální drogy, především heroin, a nastalou situaci bude třeba řešit. Vzhledem k této připravenosti zvládla Česká republika drogový problém lépe než ostatní země, které se po r. 1989 ocitly ve srovnatelné situaci. SANANIM tedy přispěl i k tomu, že v naší republice je jedna z nejefektivnějších sítí drogových služeb v Evropě.

Většina zařízení SANANIM vznikala jako první svého druhu v České republice a většina také v budoucnu sloužila jako modelová zařízení pro zakládání obdobných zařízení v naší zemi. Dnes se tato nezisková organizace soustředí na rozvoj specifických služeb, které u nás jiné organizace neposkytují. Jde například o péči o závislé matky

s dětmi, které se dnes věnují od jejich záchytu v nízkoprahových službách až po léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, jež jako jediná v naší republice přijímá do léčby matky společně s jejich dětmi.

Obecné cíle SANANIM:

- poskytování efektivní, profesionální pomoci osobám ohroženým drogovou závislostí v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace
- rozvoj systému v oblasti poskytování specifických služeb
- spolupráce na místní i centrální úrovni při plánování a realizaci protidrogové politiky, včetně zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí
- vzdělávání laiků, profesionálů a paraprofesionálů v oblasti drogových závislostí.⁴⁰

3.1 Historie a vývoj SANANIM

Historie SANANIM zdánlivě s tématem práce nesouvisí, ale opak je pravdou. Bez nastínění alespoň stručné historie této neziskové organizace by bylo těžké pochopit kontinuitu vývoje zapsaného ústavu, která vede k současné celostní péči o drogově závislou klientelu, včetně závislých těhotných žen a matek s dětmi.

V roce 1990 bylo založeno občanské sdružení SANANIM, které se stalo první neziskovou organizací zabývající se problematikou závislosti.

Rok po založení je otevřena první terapeutická komunita v České republice určená pro léčbu klientů závislých na nealkoholových drogách, Terapeutická komunita Němčice v jižních Čechách.

V roce 1992 rozšířilo sdružení SANANIM své působení o aktivity v oblasti primární prevence.

⁴⁰SANANIM z. ú. *O nás* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

V květnu 1993 bylo otevřeno v Praze historicky první Kontaktní centrum, které sloužilo jako nízkoprahové a poradenské zařízení s důrazem na snižování rizik v souvislosti s užíváním nealkoholových drog.

V roce 1994 nastartovalo sdružení samostatný projekt Terénních pracovníků, který vycházel z potřeby kontaktu se skrytou drogovou scénou a stal pilotní službou svého druhu v České republice.

Následující rok byl spuštěn projekt na otevření nové Terapeutické komunity Karlov a začalo se s rekonstrukcí objektu.

V roce 1996 byla zahájena činnost doléčovacího centra s chráněným bydlením zaměřeného na následnou péči, resocializaci a prevenci relapsu. Ve stejném roce byl zahájen také provoz nového zařízení – denního stacionáře, který slouží jako ambulantní zařízení pro léčbu drogových závislostí.

Rok poté zahájilo kontaktní centrum první program ve Vazební věznici Ruzyně.

V roce 1998 byl zahájen provoz Terapeutické komunity Karlov a Chráněné dílny Doléčovacího centra.

V roce 1999 byl zahájen provoz Drogového informačního centra, dále byla navýšena kapacita Terapeutické komunity Nemčice a začala rekonstrukce druhého objektu na Karlově.

V roce 2000 byly přijaty do Terapeutické komunity Karlov první klientky s dětmi a v Denním stacionáři byl zahájen nový program – motivační skupina. V témže roce vznikla první internetová poradna pro drogově závislé.

V roce 2001 byl po zprovoznění rekonstruované budovy zahájen program pro matky s dětmi. V následujícím roce se programy sdružení SANANIM rozšířily o program pro romské uživatele, Drogové informační centrum bylo rozšířeno o distribuci aktuální informací DRAK.

V roce 2003 bylo zprovozněno centrum poskytující specializované ambulantní služby CADAS. Byl zahájen provoz preventivního informačního serveru www.odrogach.cz. Současné s tím byl spuštěn i program pro matky s dětmi v doléčovacím centru a nabídnuto chráněné bydlení.

V roce 2004 byl zahájen program Poradna pro rodiče. V tomtéž roce započal svou existenci denní stacionář pro matky s dětmi a terénní programy se rozšířily o program pro rusky mluvící cizince. Byl realizován projekt rozvoje drogových služeb v Afganistanu.

V roce 2005 byla založena sociální firma SANANIM Charity services, s.r.o. Bylo otevřeno Café Therapy. Svoji činnost zahájila Pracovní a sociální agentura. Sdružení spolupracovalo na projektu Breaking the Circle v Afghánistánu, Democracy Cities & Drugs a Correlation. Vznikla služba Promile SMS.

V roce 2006 byly za podpory Evropského sociálního fondu zrealizovány čtyři projekty. Vzniklo Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, byla plně zprovozněna Poradna pro rodiče a Tréninkové pracoviště. Došlo k aktivnímu zapojení do projektu Homeless World Cupu.

V roce 2007 došlo ke zprovoznění nových služeb v rámci projektu Promile INFO, byla spuštěna webová aplikace Alkotest. Sdružením SANANIM byl uspořádán Národní kvalifikační turnaj bezdomovců v pouličním fotbale a proběhla reprezentace na HWC v Kodani.

V roce 2008 byl zahájen projekt Infostánek na letních hudebních festivalech. Byl uspořádán Národní kvalifikační turnaj bezdomovců v pouličním fotbale a proběhla reprezentace na Homeless World Cupu (HWC) v Mebourne. Byla dokončena první fáze revitalizace areálu Karlov.

V roce 2009 byl uspořádán Národní kvalifikační turnaj bezdomovců v pouličním fotbale a proběhla reprezentace na Homeless World Cupu (HWC) v Miláně. Byl zahájen Komplexní program péče o děti závislých matek, bylo zřízeno Centrum pro práci a stabilizaci uživatelů drog. Uskutečnila se odborná konference na téma Ženy a drogy.

V roce 2010 pokračoval Komplexní program péče o děti závislých matek a uskutečnil se projekt e-Dekontaminace a také se konala odborná konference na téma Mladiství a drogy.

V roce 2011 se konaly dvě odborné konference, první na téma Sexualita a drogy, druhá na téma 20 let terapeutické služby pro závislé v ČR.

V roce 2012 se sdružení SANANIM zapojilo do mezinárodního projektu Imp.Ac.T. - Improving Access to HIV/TB testing for marginalized Groups (IMPACT). Byl nalezen nový objekt pro terapeutickou komunitu Němčice. Projekt Promile INFO se rozrostl do projektu klidové zóny K.lee.deck. Uskutečnila se odborná konference na téma Kriminalita a drogy.

V roce 2013 došlo k zapojení se do projektů Alternativa a DPIP. Uskutečnily se konference Rodina a drogy a Vývoj a výhled HR služeb a substitučních programů. Byla spuštěna nová webová služba Končím s hulením.⁴¹

3.2 Programy a služby poskytované SANANIM

Pokud se ve své práci zaměřuji na léčbu závislých matek s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov, je důležité vědět, že nástup klientky do terapeutické komunity je již pro pracovníky SANANIM již prvním úspěchem. Tomuto totiž většinou předcházela dlouhá cesta, která zpravidla začíná kontaktem těhotné ženy nebo matky s terénním pracovníkem, popřípadě pracovníkem v Kontaktním centru, či on-line chatem s erudovaným pracovníkem na některých webových stránkách provozovaných zapsaným ústavem SANANIM. Dalším krokem je kontakt klientky s Denním stacionářem, kde žena může započít svoji léčbu a může jí být zprostředkována léčba v terapeutické komunitě. Vzhledem k provázanosti jednotlivých služeb považuji za vhodné a nutné popsat zde programy a služby poskytované zapsaným ústavem SANANIM, protože jednotlivé služby jsou na sebe navázány, nebo se vzájemně doplňují.

3.2.1 Terénní programy

Tyto programy jsou držiteli certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby terénní programy, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení jsou provozována na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

⁴¹ Srov. SANANIM z. ú. *Historie* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

„Zaměřují se na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek v Praze a na zvýšení jejich motivace ke změně životního stylu. Dále poskytují informace, sterilní zdravotnický materiál a poradenství ke zlepšení sociální a zdravotní situace uživatelů drog a motivují uživatele drog k pozitivní změně chování a k léčbě závislosti.

Obecným cílem je vyhledávat populaci uživatelů drog a motivovat je ke změně životního stylu směrem k větší odpovědnosti za své chování - k minimalizaci zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním drog a abstinenci od drog jako další variantě budoucího života. Svou činností zmenšují rizika působená společností.

Základní cíle terénní práce:

- navazovat kontakt s klientem - uživatelem nelegálních návykových látek a předat mu informace o nabídce odborné pomoci
- snižovat zdravotní a sociální rizika související s užíváním drog
- motivovat klienta ke změně životního stylu, jehož součástí je i abstinence od návykových látek
- bránit šíření HIV/AIDS a hepatitid u uživatelů návykových látek
- měnit rizikové chování směrem k bezpečnějším modelům v chování v oblasti užívání návykových látek a sexu
- chránit většinou společnost před infekčními chorobami prostřednictvím výměny, sběru a likvidace použitého injekčního materiálu.

Cílovou skupinou programu jsou:

- uživatelé návykových látek, především injekční a problémoví uživatelé pohybující se na otevřené drogové scéně
- rodiče a partneři uživatelů drog
- mladí lidé pohybující se na otevřené drogové scéně.⁴²

⁴² SANANIM z. ú. Terénní programy [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

3.2.2 Kontaktní centrum

Je registrovanou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb. a s ohledem na povinnost certifikace (usnesení vlády ČR č. 300/2005 a 700/2005) je i držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování kontaktních a poradenských služeb, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

„Hlavním posláním kontaktního centra je minimalizovat zdravotní a sociální rizika v populaci uživatelů drog a tím současně chránit populaci drogami nezasaženou. Kontaktní centrum usiluje o změnu rizikového chování klientů a rovněž se snaží motivovat je ke změně životního stylu s výhledem abstinence.

Cíle kontaktního centra jsou:

- navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi ní a pracovníky kontaktního centra
- prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů (sdílení náčiní používaného k aplikaci drog, nechráněný sex apod.)
- pomoc klientům získat, udržet a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci)
- zajištění podmínek potřebných k "přežití" (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a vitaminového servisu, pracovní programy apod.)
- sociální stabilizace klientů, pomoc v krizi
- pomoc rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů
- zvýšení informovanosti klientů a jejich vzdělávání
- zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti.

Cílové skupiny programu jsou:

- uživatelé nealkoholových drog starší 15 let
- především pravidelní nebo injekční uživatelé opioidů nebo stimulancií.⁴³

3.2.3 Adiktologická ambulance

Poskytuje služby osobám, jež jsou ohroženy závislostí nebo jsou již na některé z nelegálních návykových látek a alkoholu závislé, anebo se jedná o patologické hráče. Nabídka přitom zahrnuje dva podprogramy - strukturovanou ambulantní léčbu a case management.

Posláním adiktologické ambulance je doprovázet a podpořit klienty v situaci změny. Pomoci jim zahlédnout, že jiný způsob života může být smysluplný a pro ně reálný. Pracovníci adiktologické ambulance usilují o zvýšení kvality života klientů, sociální stabilizaci a hodnotné uplatnění ve společnosti. Stabilizaci v užívání návykových látek nebo abstinenci vnímají jako jednu z podmínek a předpokladů k této změně.

Adiktologická ambulance nabízí své služby osobám ohroženým závislostí nebo osobám se syndromem závislosti na nelegálních návykových látkách i alkoholu, případně s problémem patologického hráčství, kteří jsou alespoň v minimálním rozsahu otevření změně v jejich dosavadním životě a spolupráci. Služby jsou poskytovány abstinujícím i aktivním uživatelům usilujícím o kontrolované užívání. Přijímání jsou klienti ze spádové oblasti - Praha a nejbližší okolí, což zaručuje možnost pravidelné a intenzivní spolupráce.

Dolní věková hranice klientů je 15 let, horní hranice není určena. U mladistvých klient je uzavírán kontakt jednak se samotným mladistvým klientem, ale také s rodičem coby zákonným zástupcem. Zařízení je v průběhu léčby v pravidelném kontaktu s rodiči a důrazně doporučuje zapojení blízkých do léčebného procesu.

Služby podprogramu strukturované ambulantní léčby jsou určeny výše zmíněným osobám alespoň částečně sociálně stabilizovaným (např. minimální podpora ve svém

⁴³ SANANIM z. ú. *Kontaktní centrum* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

okolí, bezpečné bydlení...), kteří jsou schopni docházet v pravidelných intervalech do programu a kteří vykazují alespoň částečný náhled na své chování a jeho důsledky.

Služby podprogramu case managementu jsou určeny výše zmíněným uživatelům, jejichž životní situace vyžaduje dlouhodobou a intenzivní podporu. Jde zejména o klienty, kteří dlouhodobě neprofitují z léčebného systému, trpí vyjma závislostí dalšími duševními onemocněními (duální diagnózou) a kteří mají souběh dlouhodobých nebo intenzivních sociálních a zdravotních problémů. Jedná se o klienty, kteří potřebují řízenou a koordinovanou péči. Ze vztahového pohledu jde o klienty, kteří se potýkají s nevýhodnými vzorci citové vazby vyžadující dlouhodobé vztahové uzdravování. Specifickými skupinami mohou být uživatelé po dlouhodobém pobytu ve vězení a uživatelé připravující se na rodičovství nebo rodičovstvím procházející.

Sekundární cílovou skupinou jsou rodiče a osoby blízké uživatelům návykových látek. S rodinnými příslušníky a blízkými osobami se při tom pracuje pouze v rámci případové práce našich klientů. Kontext klientů je vnímán jako důležitý prvek pro nastartování a udržení změny u uživatelů návykových látek a zdárný průběh léčby.⁴⁴

3.2.4 Denní stacionář

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby stacionárního programu, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je zdravotnickým zařízením, jež poskytuje své služby na základě zákona 372/2011 Sb. a 379/2005 Sb. a sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

„Denní stacionář je pražské ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání především nealkoholových drog a jim podobným látkám. Cílem centra je stabilizace a vyšší kvalita života klientů s důrazem na abstinenci od omamných a psychotropních látek. Služby denního stacionáře může klient využívat zcela anonymně.

Cíle denního stacionáře vycházejí ze systému komplexní a kontinuální nabídky péče o drogově závislé a potřeb klientely v síti služeb hlavního města Prahy.

⁴⁴ Srov. SANANIM z. ú. *Adiktologická ambulance* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

Cíle denního stacionáře:

- zajistit v ambulantních podmínkách včasnou, přiměřenou, a tudíž i komplexní a dostatečně intenzivní léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta (abstinenci a sociální integraci)
- zajistit léčbu kontinuální léčbu, tj. navazující na terénní programy a kontaktní centra, kombinující se v nezbytných případech s ústavní či rezidenční léčbou, a pokračující v doléčovacím programu. Je proto třeba využít k zajištění dlouhodobých léčebných účinné faktory, nikoliv však jen jednoho pracoviště, ale celého léčebného kontinua
- konečným cílem je životní stabilizace a vyšší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci od omamně psychotropních látek, která je potřebnou, ne však jedinou, podmínkou.

Jako ambulantní, převážně psychoterapeuticky orientované pracoviště, je denní stacionář určen zejména klientům motivovaným pro vstup do ambulantní, respektive ústavní léčby, jejímž konečným cílem má být změna životního stylu včetně úplné abstinence od původní drogy a spouštěcích návykových látek.

Specifickou cílovou skupinou jsou těhotné ženy a matky se zájmem o celkové řešení situace své i dítěte, se zájmem o léčbu i nástup do Terapeutické komunity Karlov.

Sekundární cílovou skupinou jsou rodiny s členem, který má problémy s užíváním drog, avšak všichni nebo alespoň část členů je ochotná spolupracovat s terapeutickým pracovištěm; rodiče, případně partneři uživatelů - v případech, kdy samotný uživatel kontakt a léčebnou intervenci dosud odmítá, ale rodič či partner je ochoten a schopen ji přijmout pro řešení svých problémů s uživatelem a je zároveň v dané chvíli jediným článkem rodinného systému, přes který je možno ovlivňovat celý systém; odborná i laická veřejnost.⁴⁵

⁴⁵ SANANIM z. ú. *Denní stacionář* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

3.2.5 Centrum komplexní péče o dítě a rodinu

Centrum vzniklo na základě dlouholetých zkušeností s prací s rodiči - uživateli drog v řadě zařízeních SANANIM, z. ú., a zároveň vzniklo z podnětů spolupráce se všemi spolupracujícími organizacemi v této oblasti. V posledních letech se veškeré aktivity natolik znásobily, že se ukazuje jako velmi potřebné a nutné soustředit veškerou pomoc do jednoho centra, a umožnit tak lepší propojení všech zúčastněných. Cílem je poskytnout podporu v oblasti práce se závislými rodiči, ne však příslušné spolupracující organizace nahrazovat.

Naším cílem je spokojené dítě v péči těch, kteří mu chtějí být kvalitními a milujícími rodiči.

Cílové skupiny jsou:

- rodiče - uživatelé návykových látek
- těhotné ženy a matky uživatelky drog
- pěstouni a další osoby pečující o dítě uživatele drog
- pracovníci orgánů sociálně právní ochrany, kojeneckých ústavů, dětských center, porodnic aj.
- organizace zodpovědné za doprovázení a vzdělávání pěstounů a osob v náhradní rodinné péči.⁴⁶

3.2.6 Specializované ambulantní služby CADAS

CADAS SANANIM je držitelem certifikátů odborné způsobilosti pro poskytování služeb ambulantní léčba a substituční léčba, vydaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je zdravotnickým zařízením, jež poskytuje služby na základě zákonů 372/2011 Sb. a 379/2005 Sb., a sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

⁴⁶ srov. SANANIM z. ú. *Centrum komplexní péče o dítě a rodinu* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

„CADAS je ambulantní zařízení, které nabízí osobám užívajícím nealkoholové omamné a psychotropní látky komplexní a specializované ambulantní služby směřující ke zvládnutí specifických obtíží spojených s jejich užíváním. Jde především o zvládnutí odvykacích stavů či stabilizaci užívání tak, aby se snížily zdravotní a sociální dopady spojené s abusem. Centrum nabízí také pomoc při řešení duševních onemocnění, která doprovázejí užívání drog, ať jde o diagnózu primární (přítomnou před začátkem užívání OPL), nebo duální (vzniklou až v souvislosti užívání drog). Spektrum služeb zahrnuje psychoterapii, farmakoterapii a sociální poradenství. Další služby jsou zajištěny externě. Základním smyslem činnosti je motivovat klienta ke změně životního stylu.

Cíle zařízení:

- pomoci klientům - uživatelům drog zvládnout psychické problémy
- pomoci jim vysadit drogu a detoxifikovat ty, kteří chtějí abstinovat
- pomoci těm, kteří chtějí plně abstinovat od nelegálních drog
- klientkám - matkám a těhotným klientkám pomoci ve spolupráci s dalšími zařízeními lépe fungovat tak, aby se mohly o své dítě, respektive budoucí dítě, přiměřeně starat
- u klientů, kteří mají sociální problémy či problémy se zaměstnáním, nastartovat proces, který bude vést ke změně tohoto stavu
- konečným cílem je stabilizace a vyšší kvalita života, k níž je abstinence potřebnou podmínkou, ne však jedinou a postačující.

První cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog, tj. intravenózní uživatelé drog nebo dlouhodobí a pravidelní uživatelé opiátů, se zřetelem na doplňující podmínky:

- možné somatické a psychické komplikace s výjimkou stavů, které by bezprostředně vyžadovaly ústavní/rezidenční péči nebo emergentní intervenci
- věk minimálně 17 let
- stupeň motivace k abstinenci léčbě není rozhodující
- alespoň minimální motivace ke změně a využití služeb projektu

- se základní sociální stabilitou (předpoklad pro ambulantní léčbu je například dosažitelné rodinné zázemí a stálé bydliště ve spádové oblasti).

Druhou cílovou skupinou jsou klienti s anamnézou užívání nealkoholových omamných a psychotropních látek, kteří trpí dalším duševním onemocněním (komorbidita).

Specifickou skupinou jsou rodiny a partneři současných i potenciálních klientů - uživatelů drog.⁴⁷

3.2.7 Poradna pro rodiče

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby ambulantní léčba, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

„Poradna pro rodiče usiluje prostřednictvím krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého léčebně podpůrného programu pro rodiče a ostatní blízké osoby uživatelů návykových látek o minimalizaci negativních dopadů chování uživatele drog na jeho rodinu a ostatní blízké osoby s cílem zvýšit kvalitu jejich života, provést je náročným životním obdobím a pomoci jim redukovat chování podporující, usnadňující či přímo umožňující závadové chování jejich dětí či partnerů.“⁴⁸

Očekávaným výsledkem je v ideálním případě zlepšení zdravotního stavu (ve smyslu somatickém i psychickém) i sociálních podmínek rodičů, rodiny či blízkých osob uživatele drog a v konečném důsledku i samotného uživatele drog a dále úprava, eventuálně zlepšení jejich vzájemných vztahů. Nelze-li dosáhnout výrazného zlepšení, usiluje se o stabilizaci v uvedených oblastech nebo části z nich.

Cíle poradny pro rodiče:

- poskytovat poradenské a terapeutické služby rodičům a ostatním blízkým osobám uživatele návykových látek

⁴⁷ SANANIM z. ú. *Specializované ambulantní služby CADAS* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

⁴⁸ SANANIM z. ú. *Poradna pro rodiče* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

- podpořit klienta během náročného životního období, kdy osoba jemu blízká užívá návykové látky a mnohdy není ochotna na tomto způsobu života nic měnit, pomoci klientovi zvládat zátěžové situace, jež vyplývají z této skutečnosti
- pomoci klientovi při získávání náhledu kontextu mezi užíváním drog členem rodiny a rodinných problémů, vztahů i vlastního životního stylu
- podporovat klienta v jeho individuálním vývoji i při zvládnutí aktuálních životních obtíží (včetně praktických, např. právních, sociálních) vyplývajících z kontaktu s osobou blízkou užívající návykové látky
- pomoci klientovi ochránit sebe, případně zbývající členy rodiny před negativními důsledky chování uživatele drog
- přispět k udržení psychické a fyzické kondice rodičů (resp. ostatních blízkých osob), motivovat je k péči o sebe, své zdraví i své vztahy
- v akutních případech nabídnout rodičům a rodinným příslušníkům krizovou intervenci a v indikovaných případech pak následnou dlouhodobější péči v rámci zařízení
- provázení rodičů během dlouhé cesty jejich dítěte od užívání k abstinenci
- prostřednictvím spolupráce s rodiči (partnery, prarodiči, sourozenci atd.) podpořit změnu rodinného klimatu a tím i pozitivní změny v léčebném procesu samotného uživatele návykových látek
- podpořit aktivní zapojení rodičů a rodinných příslušníků do procesu léčby uživatele návykových látek
- zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o problematice zneužívání návykových látek.⁴⁹

3.2.8 Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem

„Je ambulantní centrum poskytující podporu, poradenství, asistenci a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání nealkoholových drog a jejich sociálnímu okolí. Je určeno

⁴⁹ Srov. SANANIM z. ú. *Poradna pro rodiče* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

uživatelům drog ve všech fázích trestního řízení. Léčba v Centru pro osoby v konfliktu se zákonem může předcházet i doplňovat léčbu v jiném zařízení. Je to nestátní zařízení, které je součástí systému prevence, péče a léčby SANANIM.

Hlavním posláním je realizace preventivního a léčebného programu pro uživatele drog v konfliktu se zákonem prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit s cílem motivovat klienty ke změně životního stylu (prevence drogové a trestní recidivy, prevence šíření infekčních onemocnění) a také zprostředkovat kontakt s poskytovanými sociálními a zdravotními službami následné péče po propuštění z věznic.⁵⁰

Cílem je motivovat klienta ke změně životního stylu, podpořit ho a pomoci mu tuto změnu udržet či ho navázat na takové služby, které podpoří jeho stabilizaci.

Dílčí cíle centra pro osoby v konfliktu se zákonem:

- navázat ve vězení kontakt se skrytou populací uživatelů drog, která neměla doposud zkušenost s drogovou službou
- podpořit klienta během pobytu ve věznici, posílit zdravou motivaci a pomoci mu v období bez drog k nastartování procesu změn směrem k abstinenci
- pomoci klientovi zvládnout obtížnou fázi přechodu z prostředí věznice zpět do života, jednak zátěžové situace vyplývající z této změny
- pomoci klientovi po propuštění se zprostředkováním sociálních a zdravotních služeb, podpořit jeho sociální kompetence, a tak zároveň zvýšit jeho šance při uplatnění na trhu práce
- pomoci klientovi se zprostředkováním ambulantní či pobytové léčby, popř. doléčovacího programu
- pomoci klientovi při získání náhledu v kontextu užívání drog a trestné činnosti, v sebepojetí, vztazích, sociální integraci a životním stylu
- podporovat klienty v individuálním vývoji a zvládnutí aktuálních životních obtíží

⁵⁰ SANANIM z. ú. *Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

- konečným cílem je sociální a hmotná stabilizace klienta
- pomoc rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů
- zvýšit informovanost odborné i laické veřejnosti o problematice drog ve vězení.⁵¹

3.2.9 Pracovní a sociální agentura

„Pracovní a sociální agentura SANANIM se zaměřuje na zlepšení životní situace bývalých uživatelů návykových látek prostřednictvím úspěšného uplatnění na trhu práce. Vize projektu vznikla na základě dlouholetých zkušeností SANANIM s léčbou, doléčováním a následnou reintegrací uživatelů návykových látek. Je důležitým článkem mezi léčbou klientů a jejich úspěšným přechodem do normálního života.

Posláním je poskytovat osobám po léčbě ze závislosti, případně osobám stabilizovaným v substitučních programech podporu při hledání zaměstnání a řešení souvisejících sociálních otázek.⁵²

Klíčovým cílem agentury je pracovní a sociální integrace bývalých uživatelů návykových látek prostřednictvím získání a udržení řádného zaměstnání a stabilizace sociální situace.

Další cíle:

- vytvoření sítě spolupracujících zaměstnavatelů a institucí s cílem propojit a zkvalitnit vzájemnou spolupráci
- doplnění stávajících služeb s důrazem na pracovní a sociální integraci bývalých uživatelů návykových látek
- modelace nového typu služby s následným využitím při práci se sociálně znevýhodněnými skupinami obyvatel
- vypracování návrhů legislativních změn usnadňující pracovní a sociální integraci

⁵¹ SANANIM z. ú. *Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

⁵² SANANIM z. ú. *Pracovní a sociální agentura* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

- rozšíření a zkvalitnění stávajících služeb následné péče zaměřených právě na pracovní a sociální integraci bývalých uživatelů návykových látek.⁵³

3.2.10 Drogové informační centrum

„Slouží laické i odborné veřejnosti jako jeden ze zdrojů kvalitních a objektivních informací z oblasti drogové problematiky. Hlavní náplní práce centra jsou aktivity směřující k dostupnosti specifických informací, správa a distribuce informací jak pro ohroženou populaci a odbornou veřejnost, tak i pro laiky. Vytvářením sítě a podporou komunikace projekt také přispívá ke zkvalitnění spolupráce a k zpřístupnění „zájmové“ informace co nejširšímu spektru klientely.“⁵⁴

Cíle drogového informačního centra:

1) informovat

- získat relevantní informace
- zpracovat je
- zveřejnit je v ucelené a objektivní podobě

2) podporovat

- koordinovat výzkumy vzhledem k jejich výstupům
- spolupracovat na interpretaci výsledků výzkumů
- medializovat výsledky výzkumů

3) vysvětlovat

- zajímat se o názory široké veřejnosti
- účastnit se debat na téma drog a drogových závislostí
- působit preventivně zejména tam, kde je potřeba

⁵³ Srov. SANANIM z. ú. *Pracovní a sociální agentura* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

⁵⁴ SANANIM z. ú. *Drogové informační centrum* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

Internetové projekty drogového informačního centra:

Drogová poradna

Je anonymní internetová poradna, která je určena nejen uživatelům a jejich blízkým, ale i laické a odborné veřejnosti. Stránky obsahují archiv dotazů, informace o psychotropních látkách, o nemocech spojených s užíváním drog. Na dotazy odpovídají lékaři a terapeuti SANANIM i externí specialisté. Drogovou poradnu nalezneme na stránkách www.drogovaporadna.cz.

Končím s hulením

Je online služba pro uživatele konopí. Zahrnuje jednoduchý self test, základní informace o rizicích užívání a rady pro ty, kteří chtějí s konzumací konopí skončit. Součástí stránek je také program online léčby, tzv. internetová léčebná intervence, jež je určená zejména problémovým uživatelům, kteří chtějí se svým užíváním něco dělat. Končím s hulením nalezneme na stránkách www.koncimshulenim.cz.

Informační portál primární prevence

Stránky primární prevence jsou strukturovány na tři základní cílové skupiny. Těmi jsou pedagogové, rodiče a náctiletí. Nabízí informativní část, interaktivní výukovou část, možnosti on-line diskuzí, soutěže a mnoho dalšího. Informační portál primární prevence nalezneme na stránkách www.odrogach.cz.

Drogový informační server

Je server, který zveřejňuje přehled aktualit z domácích i zahraničních médií, studie, výzkumné zprávy a statistiky týkající se oboru. Dále upozorňuje na konání vzdělávacích akcí, granty a dotace, volná místa atd. Server nabízí také službu DRAK, jejímž prostřednictvím je možné si zajistit pravidelné zasílání zpráv e-mailem. Drogový informační server se dá najít na stránkách www.drogy.net.⁵⁵

⁵⁵ Srov. SANANIM z. ú. *Drogové informační centrum* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

3.2.11 Terapeutická komunita Němčice

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování rezidenční léčby v terapeutické komunitě, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Je první terapeutickou komunitou otevřenou v České republice. Terapeutická komunita Němčice zajišťuje od roku 1991 dlouhodobou pobytovou léčbu a sociální rehabilitaci občanům České republiky, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout závažné důsledky dlouhodobé kariéry užívání nealkoholových drog. Zařízení spolupracuje s rodiči a příbuznými klientů.

Terapeutická komunita Němčice je určena dospělým klientům s diagnostikovanou závislostí na nelegálních drogách. V Terapeutické komunitě Němčice prosperují klienti relativně starší, kteří do jiných terapeutických komunit běžně nenastupují, s kariérou užívání drog přesahující 10 let a tomu odpovídajícími specifickými potřebami a problémy v oblasti tělesné, duševní i sociální. Do programu jsou však standardně přijímáni všichni dospělí klienti ve věku od 23 let, u nichž je léčba v komunitě indikována.⁵⁶

Vzhledem k tomu, že se jednalo o pilotní projekt, vznikla brzy logická potřeba oddělit léčbu mladých a mladistvých klientů od dospělých dlouholetých uživatelů drog. Zároveň vznikla potřeba poskytnout možnost léčby i matkám v přítomnosti jejich dětí. Na základě těchto skutečností vznikla vize vytvořit další terapeutickou komunitu pro tyto dvě skupiny. V roce 1999 proto byla otevřena Terapeutická komunita Karlov.

3.2.12 Terapeutická komunita Karlov

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby rezidenční léčby v terapeutické komunitě, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

⁵⁶ Srov. SANANIM z. ú. *Terapeutická komunita Němčice* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

Terapeutická komunita Karlov je určena dvěma cílovým skupinám klientů - skupině mladistvých a mladých dospělých (tj. ve věku 16 - 25 let) a skupině závislých matek a jejich dětem. Hlavním posláním je uzdravovat lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímáním osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu. Je to zařízení pro střednědobou (mladiství) až dlouhodobou (matky s dětmi) rezidenční léčbu osob závislých na návykových látkách. Je specifickým systémem léčebného zařízení, kde společenství lidí (klienti a terapeuti) a léčebný systém vytvářejí bezpečný prostor pro růst jednotlivých členů komunity.⁵⁷

3.2.13 Doléčovací centrum s chráněnými byty

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby ambulantní léčba, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

„Posláním doléčovacího centra s chráněnými byty je poskytovat klientům služby směřující k jejich sociální stabilizaci, nalezení vlastního místa a uplatnění ve společnosti. Na každého klienta je pohlíženo jako na osobnost s vlastními nároky a potřebami, která je schopna převzít odpovědnost za svoji budoucnost. Klientovi je nabízena lidská podpora a zázemí, odborná pomoc a dostatek času k osobnímu rozvoji. Je usilováno o to, aby klient přijal abstinenci od návykových látek jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti, výhody, ale i omezení.

Doléčovací centrum nabízí možnost účastnit se doléčovacího programu v ambulantní nebo pobytové formě. Cílovou skupinu tvoří klienti splňující následující kritéria:

Podmínky pro vstup do ambulantního programu:

- diagnóza primární závislosti na nealkoholových drogách, včetně kombinací se závislostí na alkoholu a gamblingu
- věk nad 15 let
- ambulantní nebo pobytová léčba v délce minimálně v délce tři měsíce.

⁵⁷ Srov. SANANIM z. ú. *Terapeutická komunita Karlov* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

Podmínky pro vstup do pobytového programu chráněného bydlení:

- diagnóza primární závislosti na nealkoholových drogách, včetně kombinací se závislostí na alkoholu a gamblingu
- věk nad 18 let
- aktuální abstinence od všech návykových látek, alkoholu a gamblingu
- řádně končená střednědobá nebo dlouhodobá ústavní léčba v délce minimálně 5 měsíců
- nástup do programu bezprostředně navazující na předchozí léčbu.⁵⁸

3.2.14 Doléčovací centrum pro matky s dětmi

Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby ambulantní léčba, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Posláním doléčovacího centra pro matky s dětmi je poskytovat klientkám služby směřující k jejich sociální stabilizaci a nalezení vlastního místa a uplatnění ve společnosti. Na každou klientku je pohlíženo jako na osobnost s vlastními nároky a potřebami, která je schopna převzít odpovědnost za svoji budoucnost. Je jim nabízena lidská podpora a zázemí, odborná pomoc a dostatek času k osobnímu rozvoji. Je usilováno o to, aby klientka přijala abstinenci od návykových látek jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevila její možnosti, výhody, ale i omezení. Abstinence od návykových látek je nedílnou podmínkou a součástí procesu doléčování.⁵⁹

„Doléčovací centrum nabízí možnost účastnit se doléčovacího programu v ambulantní nebo pobytové formě. Cílovou skupinu tvoří klientky mající v péči jedno nebo více dětí splňující následující kritéria:

⁵⁸ SANANIM z. ú. *Doléčovací centrum s chráněnými byty* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

⁵⁹ Srov. SANANIM z. ú. *Doléčovací centrum pro matky s dětmi* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

Podmínky pro vstup do ambulantního programu:

- diagnóza primární závislosti na nealkoholových drogách, včetně kombinací se závislostí na alkoholu, lécích a gamblingu
- věk nad 15 let
- aktuální abstinence od všech návykových látek, alkoholu a gamblingu
- absolvování ambulantní nebo pobytové léčby drogové závislosti v délce minimálně 3 měsíce (není rozhodující, zda ji klientky dokončily v řádném termínu nebo předčasně)

Podmínky pro vstup do programu chráněného bydlení:

- diagnóza primární závislosti na nealkoholových drogách, včetně kombinací se závislostí na alkoholu, lécích a gamblingu
- věk nad 18 let
- aktuální abstinence od všech návykových látek, alkoholu a gamblingu
- řádně ukončená střednědobá nebo dlouhodobá ústavní léčba v délce minimálně 3 měsíce, případně dokončená ambulantní léčba v Denním stacionáři SANANIM
- nástup do programu bezprostředně navazující na předchozí léčbu.⁶⁰

⁶⁰ SANANIM z. ú. *Doléčovací centrum pro matky s dětmi* [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02].

4 Terapeutická komunita Karlov

Terapeutická komunita Karlov je zařízení určené pro střednědobou residenční léčbu (6-8 měsíců u mladistvých, 7-10 měsíců u matek) pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Je určena dvěma specifickým cílovým skupinám:

- skupině mladistvých a mladých dospělých (16-25 let)
- skupině závislých matek a jejich dětem, těhotným ženám

Cílem je zajištění léčby, sociální rehabilitace a sociální integrace závislých na návykových látkách. Cílem léčby je zapojení klienta do normálního běžného života a jeho osobní spokojenost.

Mezi základní léčebné metody v terapeutické komunitě patří:

- skupinová psychoterapie
- rodinná terapie
- pracovní terapie
- režimová léčba
- sport
- arteterapie a divadlo
- trénink odpovědnosti.

Terapeutická komunita Karlov se nachází v hospodářské usedlosti, kde každá cílová skupina sídlí ve vlastním objektu. Objekt „A“ je určen pro program pro mladistvé klienty s kapacitou 12 lůžek. Závislé matky s dětmi sídlí v objektu „B“, kde je kapacita pro 9 matek a 12 dětí. Většina odborného programu probíhá společně pro obě dvě cílové skupiny, specifické části programu probíhají odděleně dle cílové skupiny s ohledem na jejich speciální potřeby. Během odborných společných programů je péče o děti zajištěna odborným personálem a je jim poskytnuta specifická péče dle jejich individuálních potřeb.

Spojení těchto dvou rozdílných cílových skupin má řadu výhod. Obě dvě skupiny se navzájem obohacují, zvyšuje se dynamika práce ve skupině. Rozdělení do dvou

objektů také umožňuje pokrýt speciální prostorové potřeby. Další výhodou je ekonomičnost provozu, jelikož o obě dvě skupiny pečuje jeden tým.⁶¹

„Terapeutická komunita Karlov je specifická forma léčebně-rehabilitačního zařízení, kde klienti žijí v úzkém společenství, které má jasný řád, pravidla a klienti se výrazně podílejí na rozhodování uvnitř komunity a na jejím řízení.

Život v komunitě se snaží maximálně přiblížit svými kvalitami životu v běžné společnosti. Klient se zde učí žít odpovědně, učí se respektovat a přijímat pravidla společnosti. Práce týmu v komunitě má dva základní rozměry: pedagogický a psychoterapeutický. Terapie probíhá ve čtyřech fázích. Každá fáze má svá pravidla, v každé fázi má klient určitá práva a povinnosti. Jednotlivé fáze se liší se mírou přijímané odpovědnosti klientů.“⁶²

4.1 Kriteria pro přijetí klienta do Terapeutické komunity Karlov

Do Terapeutické komunity Karlov jsou přijímáni muži a ženy ve věku 16-25 let (program pro mladistvé), dále těhotné ženy a závislé matky s dětmi. Klient přitom musí splňovat následující kritéria:

Obecná kritéria pro přijetí

- diagnostikovaná závislost na návykových látkách nealkoholového typu
- dobrovolný nástup a motivovanost k léčbě
- nepřítomnost akutního psychotického onemocnění či somatického onemocnění vyžadujícího každodenní lékařskou péči
- u mladistvých klientů písemný souhlas zákonných zástupců
- IQ není výrazně podprůměrné
- absolvování detoxifikace.

⁶¹ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 5.

⁶² Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 5-6.

Specifická kritéria přijetí pro matky s dětmi

- těhotenství
- mateřství – matka má možnost mít své dítě v léčbě (z provozních důvodů může mít matka v léčbě max. dvě děti).

Pokud klient splňuje výše uvedená kritéria, není důvod k odmítnutí služby. Služba je odmítnuta, jestliže klient či klientka nespĺňuje některé z uvedených kritérií.⁶³

4.2 Základní principy léčby

„Základními principy Terapeutické komunity Karlov jsou:

- motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné resocializace
- podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života
- schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem resocializace
- závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě, proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní
- terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život v společnosti, kde jsou formovány základní vztahy
- přechod z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace
- terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

Život v komunitě se snaží maximálně přiblížit svými kvalitami životu v běžné společnosti. Klient se zde učí žít odpovědně, učí se respektovat a přijímat pravidla společnosti. Práce týmu v komunitě má dva základní rozměry. Tyto rozměry jsou pedagogický a psychotherapeutický.⁶⁴

⁶³ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 7-8.

⁶⁴ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 42.

4.3 Složení týmu terapeutů

Program zajišťuje celkem 14 zaměstnanců. Terapeutický tým je složen ze speciálních pedagogů, adiktologů, psychologů, sociálních pracovníků, vychovatelů, dvou pracovních terapeutů a hospodářky. Externě je pravidelně zajištěna spolupráce psychiatra.

Pro jednotlivé profese a funkce zastoupené v terapeutickém týmu jsou zpracována profesní curricula.

Složení týmu je voleno s ohledem na multifaktoriální povahu problému závislosti a s ohledem na potřeby cílových skupin. Tým zařízení je multidisciplinární. V souladu s těmito potřebami rozhoduje o složení týmu vedoucí ve spolupráci s odborným ředitelem a ředitelem SANANIM, z.ú. Tým je též tvořen na základě složení cílové populace, proto například v komunitě pracují dvě vychovatelky – speciální pedagožky, které pomáhají matkám v péči o jejich děti, učí matky speciálním přístupům a metodám, pokud je to potřeba.⁶⁵

4.3.1 Vzdělávání terapeutického týmu

Vzdělávání terapeutického týmu je povinnou součástí zvyšování odbornosti, kvalifikace a profesionalizace terapeutického týmu. Vedoucí zařízení vytváří individuální studijní plán každého terapeuta, konzultuje ho s ním a dává doporučení.

Multidisciplinární terapeutický tým Terapeutické komunity Karlov se systematicky a povinně vzdělává v základní oblasti psychoterapie, resp. skupinové terapie, a v oblasti problematiky závislostí, např. výcvik SUR, adiktologie, vytváření grantů, sociální a speciální pedagogiky a ve specifických oblastech, které odpovídají jejich zařazení v týmu, např. arteterapie, zdravotnictví, základy psychiatrie, sociálně právní oblast. Tyto vzdělávací aktivity jsou doplněny stážemi, které se zaměřují na specifika klientely (mladiství a mladí dospělí, matky s dětmi, klienti s nařízenou ústavní léčbou, kriminální minulostí apod.).⁶⁶

⁶⁵ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 12.

⁶⁶ Tamtéž, s. 13.

4.4 Skupina mladistvých

Klienti terapeutické skupiny pro mladistvé a mladé dospělé se pohybují ve věkovém pásmu 16–25 let. Přes nízký věk mají již za sebou často poměrně dlouhou drogovou kariéru a velmi často i kariéru kriminální. Část klientů přichází do léčby v rámci možnosti alternativních trestů a probačního dohledu. Stále se zvyšuje podíl klientů s duální diagnózou. Tito klienti trpí často onemocněním hepatitidy B a C. Kapacita skupiny pro mladistvé a mladé dospělé je 12 lůžek.

4.4.1 Specifika péče o mladistvé a mladé dospělé

Tato specifika vyplývají ze specifických cílů. Program je více zaměřen na utváření hodnotového systému, na získání základních sociálních a pracovních dovedností, na přípravu na samostatný život, plánování, zodpovědnost, vytváření dospělých vzorců chování, trávení volného času, na zvyšování fyzické kondice a profesní směřování.

Specifická je zde i práce s rodinou, která je do procesu léčby velmi intenzivně zapojena.

Specifické cíle u skupiny mladistvých:

- konstruktivní zvládnutí období dospívání
- vytváření hodnotového systému a změna základních životních postojů
- příprava na partnerství
- stabilizace vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny
- příprava na profesní život, motivace k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace.⁶⁷

4.5 Skupina matek s dětmi

Matky s dětmi tvoří tři skupiny matek. V první jsou ženy v šestinedělí, pro něž bylo narození dítěte motivem ke vstupu do léčby. Jedná se většinou o poměrně mladé matky, které se nacházejí ve velkých emočních i sociálních zmatcích a potřebují výraznou podporu. Přítomnost dítěte velmi posiluje jejich motivaci.

⁶⁷ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 10.

Druhou skupinu tvoří matky, které mají již větší děti a kterým hrozí jejich odebrání. Zároveň sem patří matky, jež cítí, situaci nezvládají a potřebují pomoc. Vzhledem k tomu, že se jedná často o matky - samoživitelky, je společný program s dítětem vůbec jedinou možností, jak nastoupit léčbu.

Třetí skupinou jsou budoucí matky – těhotné ženy, u kterých je velmi výhodné zahájit léčbu před porodem.

Skupina dětí závislých léčených matek. Jedná se většinou o děti ve věku od 0 do 6 let. Některé z nich potřebují speciální zdravotní péči či aplikaci speciálních pedagogických a výchovných postupů. K tomu je nezbytné s nimi pracovat se speciálními pomůckami.

Kapacita skupiny pro matky s dětmi je 9 lůžek pro matky a 12 lůžek pro děti.⁶⁸

4.5.1 Specifika péče o matky s dětmi

Program je hodně směřován na dvojici matka – dítě. Veškeré aktivity proto směřují k posílení jejich vzájemného vztahu, zvyšování kompetentnosti matky, na získání dovedností v péči o dítě, o rodinu. V případě funkčního partnera je terapie orientována jak na klientčinu novou, tak na primární rodinu.⁶⁹

„Specifické cíle u skupiny matek:

- vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem
- přijetí role matky
- výchova k rodičovství a partnerství
- osvojení si základních dovedností v péči o dítě
- nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu
- získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby.

⁶⁸ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 8.

⁶⁹ Tamtéž, s. 6

Specifické cíle u skupiny dětí:

- zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení
- diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení
- zajištění odpovídající výchovy a tím vývoje dítěte
- zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní či jiné postižení).⁷⁰

4.6 Terapeutické metody používané v Terapeutické komunitě Karlov

„Základní formou léčby je samotný život v komunitě. Mezi základní metody využívané při léčbě Terapeutické komunity Karlov patří:

- **skupinová terapie** – léčba je založena především na skupinové psychoterapii, klient týdně absolvuje 22 hodin skupinové terapie (dynamické, interakční, tematické, prevence relapsu, samořídící, hodnotící, ženské a mužské skupiny, komunity).
- **individuální psychoterapie** – využívá se pouze ve výjimečných případech.
- **režim a pravidla** – celý program je velmi pevně strukturován, je vytvořena podrobná vnitřní legislativa, je definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení může být klient z komunity vyloučen.
- **rodinné a rodičovské poradenství** – je realizováno formou rodičovských skupin, které mají především charakter skupinového poradenství (konají se jedenkrát měsíčně) a dále rodinné poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě.
- **výchova a vzdělávání** – v oblasti výchovy se zaměřuje terapeutický tým především na trénink odpovědnosti, dále na získání hygienických, pracovních a společenských návyků. Příprava plánů týdenních, měsíčních, finančních. Důležité je i další vzdělávání a v rámci možností i příprava klientů na další profesní růst, rekvalifikaci, studium.
- **pracovní terapie** – je zaměřena především na zabezpečení vlastního chodu domu (vaření, hospodářství, zvířata, zahrada, úklid, praní, svépomocné opravy

⁷⁰ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 10.

domu a zařízení, údržba) a pracovní činnost v rámci brigád a pracovní poměry mimo komunitu. Jejich cílem je získání pracovních návyků;

- **volnočasové aktivity** – sport, zátěžové a zážitkové akce, kvízy, čtenářský a filmový klub.
- **sociální služby** - hlavním cílem poskytování sociální práce v rámci léčby v terapeutické komunitě je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život klienta a mohly by se stát při jejich nevyřešení zátěží v budoucnosti.
- **zdravotní péče** – jsou zajištěny služby psychiatra v rámci terapeutické péče, mimo komunitu služby praktického lékaře, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klienta v komunitě. Po nástupu klienta do léčby proběhne vstupní prohlídka u praktického lékaře, při níž je zmapován zdravotní stav klienta, v případě nutnosti vytvořen plán individuální zdravotní péče (nutná odborná vyšetření, léčba apod.).
- **psychiatrická péče** – komunita externě spolupracuje s psychiatrem, který zajišťuje jednak vstupní psychiatrická vyšetření, jednak v případě potřeby také péči klientům s psychiatrickými onemocněními a medikaci.⁷¹

4.7 Časové rozdělení péče v Terapeutické komunitě Karlov

Terapie probíhá ve čtyřech fázích. Každá fáze má svá pravidla, práva a povinnosti. Jednotlivé fáze se liší mírou klienty přijímané odpovědnosti.

- **Nultá fáze** trvá 14 dnů. Je to doba určená ke zmapování klientovy situace, formulaci jeho problémů, konkretizaci individuální zakázky a formulaci léčebného plánu. Klient se rozhoduje, zda setrvá v komunitě a zároveň je v ochranném režimu.
- **První fáze** trvá 1 až 2 měsíce pro bezdětné klienty, 3 až 4 měsíce pro matky s dětmi. Základním cílem tohoto období je motivovat klienta k jeho vlastní změně. Důraz při terapii je kladen na ozdravný proces v těle, mobilizaci

⁷¹ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 44-45.

vlastních sil, zvyšování psychické a fyzické kondice. V této době si klient vytváří základní vztah ke skupině, komunitě.

Matky ozdravují vztahy se svými dětmi, zlepšují si rodičovské kompetence, soustředí se na vytvoření blízkého vztahu s dítětem. V první fázi se klientky učí pečovat o své děti. Vytvářejí si vzorce chování nutné ke zdravému vývoji jejich dítěte. Samy se učí najít hranice, aby své nabyté zkušenosti mohly použít při výchově. Zároveň se matky adaptují na nové prostředí komunity. Získávání základních dovedností při výchově a péči o dítě u nich však vyžaduje ve srovnání s maliskými klienty prodlouženou první fázi.

- **Druhá fáze** trvá 3 až 4 měsíce pro bezdětné klienty, 2 až 4 měsíce pro matky s dětmi. Během této fáze se klient učí přijímat a plnit určité role ve společenství. Přebírají náročnější úkoly a odpovědnost za své jednání a za druhé. Práce je zaměřena na sebepoznání klienta, na vytvoření náhledu na svoji osobu. V tomto období se věnuje mnohem větší pozornost vztahu klienta k societě, je zde též těžiště práce s rodinou a se samostatnými pobyty klienta mimo terapeutickou komunitu.

Matky se věnují plynulému chodu komunity, nesou za něj zodpovědnost prostřednictvím jednotlivých funkcí (šéfová domu, zdravotní rada, zahradnice, pomocná vychovatelka, pomocnice v kuchyni, barákovka). Mají osvojeny základní výchovné, hygienické a zdravotní návyky svých dětí. Nadále si je prohlubují a vzdělávají se. Mají možnost si vyzkoušet pobyt mimo chráněné prostředí terapeutické komunity. Se zkušenostmi z těchto pobytů pracují na skupině.

- **Třetí fáze** trvá 4–6 týdnů. Dochází při ní k postupnému odpoutávání klienta od komunity a skupiny. Klient se učí žít samostatně v běžném světě. Nejdříve si nachází práci mimo dům, později i bydlení. Hospodář si svými penězi. V domě „A“ a „B“ se zúčastňuje víkendů, skupin a velkých komunit. Po ukončení přechází do následné péče.

U matek je zaměřená zejména na přípravu návratu do života. Tato fáze je spojena s definitivním zajištěním bezpečného zázemí venku a následné péče. Klientky, které mají děti ve školce, jsou brigádně zaměstnány v regionu

komunity. Třetí fáze je individuální vzhledem k rozdílnému věku dětí i potřebám matek.⁷²

⁷² Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 46 – 54.

5 Léčba matek s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov

Léčba matek za přítomnosti jejich dětí je velmi specifická. Terapeutická komunita Karlov je v současné době jediná v České republice, která tuto službu poskytuje. Terapeutický tým spolupracuje v zájmu klientek se státními i nestátními institucemi.

5.1 Spolupráce s institucemi

Terapeutická komunita Karlov úzce spolupracuje se státními i nestátními institucemi, a to jak v místech trvalého bydliště klientek, tak i v rámci okresu Písek, kde se komunita nachází. Pokud mají ženy děti ve vlastní péči, jsou často pod dohledem institucí zabývajících se ochranou dětí. Častěji jsou děti svěřeny do péče jiné osoby nebo do ústavní péče. V této kapitole nenalezneme všechny instituce, s nimiž Terapeutická komunita Karlov spolupracuje, ale pouze ty nejfrekventovanější.

5.1.1 Odbor sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)

Matky – klientky mohou mít soudně stanovenou ústavní péči nad svými dětmi. Děti jim jsou po dobu léčby v Terapeutické komunitě Karlov svěřeny pod podmínkou, že se budou aktivně podrobovat terapii a současně pečovat o své děti. Je nutné získat souhlas příslušného OSPOD s pobytem dítěte v terapeutické komunitě. OSPOD je průběžně informován o prospívání dítěte, dítě může terapeutickou komunitu opustit jen se souhlasem OSPOD.

Po dvou třetinách pobytu v Terapeutické komunitě Karlov mohou matky žádat o svření svých dětí do vlastní péče. V praxi je to tak, že matky většinou žádají až po přestupu z terapeutické komunity do doléčovacího centra.⁷³

⁷³ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 38.

5.1.2 Policie, orgány činné v trestním řízení

Ve spolupráci s Policií ČR, justicí, probační a mediační službou, jsou řešeny problémy zaviněné drogovou a často i kriminální kariérou klientek

Spolupráce s policií probíhá v souladu se zákony České republiky, je založená na oboustranné intervenci a má několik podob. Může jít o vyšetřování samotné klientky v souvislosti s její páchanou trestnou činností v minulosti, nebo o případné vyšetřování, kde klientka figuruje jako svědek. Je-li nezbytné, aby se klientka dostavila k soudu či výslechu, je u nižších (tzn. 0. a 1. fáze) fází bezpodmínečně poskytnut doprovod terapeuta, případně klienta ve 3. fázi. Doprovod je poskytnut i klientkám ve vyšších fázích, pokud tým uzná, že by měl možný výsledek soudu negativní dopad na léčbu klientky. Je-li to možné, terapeutický tým preferuje, aby policejní vyšetřovatel přijel do terapeutické komunity, popřípadě vyslechl klienta na místním oddělení Policie České republiky v Čimelicích.

Jde-li o trestnou činnost spáchanou během léčby, příslušný sloužící terapeut neprodleně přivolá místní policii. Pokud se terapeut v průběhu léčby doví o klientových skutečích, jež se týkají závažné trestné činnosti, je povinen je rovněž oznámit, a neporušit tak ustanovení trestního zákona týkající se oznamovací povinnosti vztahující se právě na závažnou trestnou činnost. Zároveň tak chránit zařízení a celou organizaci.⁷⁴

5.1.3 Úřady práce

Tým terapeutické komunity ve spolupráci s úřadem práce pomáhá klientkám zajistit alespoň minimální příjem po dobu pobytu komunitě. Ve spolupráci s úřadem práce a dalšími institucemi pomáhají terapeuti zmapovat všechny sociální problémy klientek.⁷⁵

5.2 Práce terapeutického týmu s partnery matek

„Úkolem terapeuta je vzbudit v partnerovi matky zájem o léčbu. Je třeba vytvořit základní pozitivní postoj, který umožní jednak dobrou spolupráci s partnerem, jednak

⁷⁴ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 108.

⁷⁵ Tamtéž, s. 107.

pomůže zaktivnit a zvnitřnit motivaci léčící se závislé matky. Nutností je vyvolat atmosféru důvěry v to, že terapeutický tým nechová žádné předsudky o jejich vztahu, a to, jakým směrem se jejich vztah bude ubírat, záleží pouze na nich samotných.

Vzhledem k tomu, že se citové vazby se v případě léčící se matky s dítětem netýkají pouze klientky, ale i jejího dítěte, resp. dětí, upřednostňuje se v rámci možností úzká spolupráce s ohledem na právo dítěte i jeho otce.⁷⁶

„Cíle jsou:

- zajištění práva otce na styk s klientkou a jejím dítětem
- pomoci nově vzniklé rodině (popř. partnerskému vztahu) v řešení situací vzniklých závislostí klientky
- pomocí interpersonálního učení (kdy se koriguje emoční zkušenost a maladaptivní kognitivní zkušenost), umožnit klientce poznat prostřednictvím zkušeností a reflexí skupiny maladaptivní vzorce svého chování, a konfrontovat tak vlastní náhled na své dosavadní chování v partnerském vztahu
- zapojení partnera do procesu léčby klientky, podat mu dostatečné množství informací týkající se závislosti na návykových látkách a následné léčbě
- vytvořit zázemí pro návrat klientky do společnosti, primární rodiny, pomoci klientce najít způsoby jak aplikovat nově získané zkušenosti v praxi
- podat základní rady a zkušenosti týkající se výchovy dítěte, rozdělení rolí v rodině a pravidel pro udržení zdravého partnerského vztahu.

Prostředky

Podle potřeby jsou při práci s partnery klientek využívány prvky diagnostické, prostě informační, edukativní, poradenské, sebezkušenostní, interpersonálního učení a emočně podpůrné.

⁷⁶ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 96.

Práce probíhá především prostřednictvím osobních kontaktů při sezení klientek se svými partnery v době jejich návštěv za přítomnosti terapeutů, při skupinách, kde se vnášejí témata související s výjezdy klientek, při úvodním rozhovoru, při skupinách pro rodiče a partnery.⁷⁷

Popis jednotlivých aktivit:

Úvodní rozhovor při příjmu klienta

Pokud partner přiveze klientku s dítětem k příjmu, otevírá se první možnost navázání kontaktu pro budoucí spolupráci. Partner si může prohlédnout prostředí a zázemí komunity, získat informace o léčbě jako takové, o nejbližších krocích, které budou čekat klientku čekat v procesu léčby klientku i jeho.

Z úvodního rozhovoru lze získat základní představu o interakci mezi partnery popř. dalšími členy rodiny. Děje se tak pomocí pozorování vzájemného jednání všech zúčastněných, či použitím několika základních otázek („Co očekáváte od léčby? Co si myslíte, že by váš přítel, přítelkyně o vás řekli, kdyby tu byli se mnou sami?“ apod.). Ze získaných odpovědí se dá v hrubých obrysech zjistit, jaký postoj zaujímá partner ke klientce, k jejímu dítěti, popřípadě jaký vztah má k ostatním členům rodiny.

Při prvním kontaktu je předán partnerovi „Dopis pro rodiče a blízké matek“, pokud v tu chvíli není nikdo blízký přítomen, je jim dopis zaslán poštou bezprostředně po nástupu klientky do léčby.

Dopis pro partnery

Obsahuje základní informace o léčbě o jejím pojetí, o záměrech a podmínkách. Dále jsou zde uvedeny další formy možné spolupráce a instrukce pro kontakt s komunitou.

⁷⁷ VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 96-97.

Sezení pro klientky a jejich partnery

Partneři zde dostávají prostor pro vyslovení a řešení bolestivých témat a problémů, přítomnost služby konajících terapeutů zaručuje bezpečí a konstruktivnost rozhovoru. Tato sezení probíhají během návštěvy partnera s tím, že se konají obvykle jednou měsíčně. Sezení je možné uskutečnit i na přímé požádání partnerů, mají-li akutní potřebu řešit problém za přítomnosti terapeuta. V indikovaných případech je možno od sezení upustit, v konečném rozhodnutí o uskutečnění sezení však rozhoduje tým, a to podle situace v komunitě, nebo s přihlédnutím k momentálnímu stavu či přání klientky nebo jejího partnera.

Role v rodině, rozdělení sociálních rolí, komunikačně otevřený vztah, výchova společného dítěte, sociální poradenství, závislost na návykových látkách, léčba, prevence relapsu apod. To všechno jsou témata, která se mohou objevit při jednotlivých sezeních. Pro případ řešení závažnějších problémů, které přímo nesouvisejí s léčbou, lze doporučit konzultaci v předmanželské poradně.

Skupiny pro rodiče a partnery

Tyto skupiny zprostředkovávají partnerům a rodinám klientek kontakt s osobami s podobnými problémy. Na průběh přítom dohlíží terapeuti týmu terapeutické komunity. Skupina slučuje edukativní, poradenské a emočně-podpůrné prvky, částečně i prvky terapeutické. Skupiny probíhají v rámci Rodičovské soboty, vždy jedna skupina dopoledne a druhá skupina odpoledne.

Cílem je:

- informovat partnery o návykových látkách, závislosti, léčbě atd. a tím jim usnadnit orientaci a rozhodování v situaci vzniklé závislostí partnerky
- pomoci partnerovi v řešení situací vzniklých závislostí klientky a dalších problémů (přímo či zprostředkováním kontaktu na vhodné zařízení či odborníky)
- pomoci partnerovi vyrovnat se s pocity viny, bezmoci, zoufalství, přijmout fakt závislosti svého partnera, dodávat reálnou naději

- pomoci partnerům, rodině najít zdravou rovnováhu náhradou za patologickou rovnováhu udržovanou drogou
- vytvořit zázemí pro návrat klienta do společnosti (nechráněného prostředí)
- umožnit a facilitovat výměnu informací, vzájemnou podporu a poradenství mezi partnery
- navázat s partnerem spolupráci maximálně podporující léčebný efekt

Skupiny jsou vedeny terapeutky ve službě (vždy minimálně dva). Témata volí terapeuti podle aktuální situace, podle poptávky partnerů a rodičů. Tým má k dispozici orientační seznam nejčastějších témat. V rámci možností je akcentován samořídící potenciál těchto skupin a aktivita zúčastněných.

Rodičovské soboty

Jsou pořádány 6 krát ročně (vždy první sobotu v lichém měsíci). Jedná se o tzv. Rodičovské soboty, rodičovská setkání spojená s návštěvou terapeutické komunity, s dvěma skupinami pro rodiče a partnery. Partneři jsou o konání předem informováni a je jim zaslána pozvánka. Zde se mají možnost dozvědět informace o závislosti, o léčbě, podrobnosti o působení komunity, o tom, jak partnerovi pomoci překonat problémy s drogou. Zároveň zde partneři a rodiny dostávají prostor k tomu podělit se o úspěchy i neúspěchy s partnery a rodiči ostatních klientů, s lidmi, kteří se ocitli ve stejné situaci.

Rodičovské soboty mají stálý program. Ve službě jsou vždy minimálně tři terapeuti, z toho dva jsou k dispozici rodičům a partnerům, třetí klientům. Rodičovská sobota je určena pro rodiče, další příbuzné, partnery klientů již od 1. fáze léčby. Kromě rodičovských skupin je možné zařadit do programu také sezení klienta s rodinou, partnerem.⁷⁸

⁷⁸ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 96-99.

5.3 Funkce klientek v běhu komunity v průběhu léčby

Během léčby matky zastávají v chodu komunity různé funkce. Vzhledem k tomu, že velká část z nich nezažila funkční rodinné zázemí, je pro ně většina činností nová a učí se s nimi vypořádat. Zvládnutí jednotlivých funkcí je předpokladem pro fungování klientky s dítětem ve vlastním bydlení mimo komunitu.

Barákovka

Je funkce pro první fázi, trvá dva týdny a provádí ji současně dvě klientky. V pracovních blocích uklízí dům (chodbu, kancelář, kuchyňku, koupelny, jídelnu, hernu, schodiště). Každý den vynáší společné koše, třídí odpadky (i pleny). Zalévají květiny v domě „B“, mění prasklé žárovky. Doplnují mýdla, toaletní papír. V pondělí, kdy začíná pracovní blok, fasují čisticí prostředky a zásoby na celý týden. Mění ručníky a utěrky podle potřeby, minimálně jednou týdně při generálním úklidu. Každé ráno větrají v prázdných pokojích, okno zavírají po snídani.

Barákovky se po celý den starají o pořádek v domě „B“, večer uklidí hernu (hračky), uklidí v kuchyňce – vytřou, odnesou zbytky (do 20.45 hodin), umyjí nádobí, uklidí ho, v neděli vytřou chodbu. Nádobí myjí v kuchyni po obědě a večeři, v mytí se obě barákovky střídají (jedna hlídá děti, druhá umývá).

Zahrádkářka

Je funkce pro první fázi, trvá dva týdny. Zahrádkářka každý den konzultuje, co je potřeba udělat. Pleje, sází a okopává zeleninu, dozrálou zeleninu sklízí a nosí ji do kuchyně. Večer zalévá zahradu - ve všední dny i o víkendu. Pracuje v pracovním bloku, pokud je potřeba i při odpoledním pobytu s dětmi venku. V tomto čase vypomáhají v případě potřeby i ostatní maminky.

Trojka v kuchyni

Je funkce pro první fázi a trvá dva týdny. Od pondělí do soboty ráno nastupuje do kuchyně v 7:00 hodin, v neděli jde do kuchyně ráno od 9.00 do 9.30 hodin. Připraví snídani a dopolední svačinku pro děti, kterou odnese na první a druhé patro do 9.30 hodin. Ve všední dny je v kuchyni v pracovních blocích od 10.00 do 12.00 hodin, v sobotu od 10.30 do 12.00 hodin, v neděli od 10.30 do 12.00 hodin.

Vaří pro děti polévku, hlavní jídlo a připravuje odpolední svačinku; jídlo musí být vhodné pro děti podle věku a musí být hygienicky nezávadné. Okamžitě po jídle sklízí stůl, zbylé jídlo hned uskladňuje tak, aby se nezkazilo. Pokud dětské jídlo zbude od oběda, dává ho dětem k večeři, aby se neplýtvalo.

Od pondělí do pátku do 12.00 hodin si trojka nafasuje jídlo na večeři a na druhý den na ráno; v pátek si fasuje na celý víkend a na pondělí na ráno. V pondělí trojka v kuchyni sestaví jídelníček, který konzultuje s vychovatelkou, 5krát jej okopíruje a do večeře vyvěsí. Pokud má splněné své povinnosti a zbude jí čas, pomáhá šéfovi kuchyně. V neděli při generálním nebo velkém úklidu kuchyně pomáhá od 20.00 do 21.00 hodin šéfovi kuchyně a dvojce v kuchyni. Uklízí sklad a úklidovou místnost a svůj kuchyňský koutek. Po ukončení funkce, na nejbližší pondělní ranní komunitě vyslechne zhodnocení své funkce od hospodářky.

Pomocná vychovatelka

Je funkce pro první fázi, trvá dva týdny. Pomocná vychovatelka hlídá s vychovatelkou v pracovních blocích děti. Pokud vychovatelka neslouží, hlídá děti společně s další maminkou. Před prvním pracovním blokem konzultuje s vychovatelkou, co bude s dětmi dělat. Když má vychovatelka dovolenou, své plány konzultuje s terapeutem, který je ve službě.

V pracovním bloku nepouští dětem televizi, ale připravuje pro ně jiné aktivity; hraje si s nimi, maluje, vystřihuje, modeluje, krmí je, přebaluje, atd. Zodpovídá za bezpečnost dětí. Na konci pracovního bloku, na konci hlídání, poklidí hernu (hračky, pastelky, modelínu, nůžky atd.)

Šéfová domu

Je funkce pro druhou fázi, trvá 14 dní. Od pondělí do pátku ráno budí dům „B“ od 6.35 do 6.45 hodin, v sobotu v 7.30 hodin. Boucháním na zvon ohlašuje všechny skupiny, pracovní bloky, společné jídlo a veškeré další aktivity; bouchá o 5 minut dřív, než jednotlivé programy začnou, aby všichni stihli přijít včas.

Ráno před ranní komunitou píše plán práce (kdo jakou práci bude dělat). Svůj plán konzultuje s terapeutem. V pracovních blocích dohlíží na to, aby každý přišel do práce

včas, aby každý dělal, co má a pořádně pracoval. Šéfová domu dohlíží na pořádek na pokojích a ve společných prostorách.

V pondělí, na začátku pracovního bloku sepisuje týdenní plán, konzultuje ho s terapeutem a vyvěsí ho na nástěnky v obou domech. V pátek do 21.00 hodin konzultuje s vychovatelkou plán hlídání dětí na příští týden. Šéfová domu vede skupiny a komunity spolu se šéfem domu „A“, píše z nich zápisy (to nejdůležitější co kdo řekl, kdo shrnoval, přestoupil, kdo má telefony, kdo jde na opuštění, co se rozhodlo, atd.).

V úterý, středu, čtvrtek a sobotu zapisuje do počítače ranní skupinu, a to v době od 10.30 do 11.00 hodin. Zadává sankce a kontroluje jejich splnění do 24 hodin od zadání (ten, kdo má sankci zadanou, si musí za šéfovou domu dojít a společně s ní sankci zkontrolovat). Kulturní vložka se plní do 12 hodin od zadání u společného jídla. Každý den 15 minut před večerkou zamyká dům „B“.

Zdravotník

Je funkce pro druhou fázi, trvá 14 dní. Zdravotník má na starosti všechno povlečení a ručníky v domě „B“, Povlečení mění všem maminkám první pátek své funkce (večer), povlečení pro děti se mění dle potřeby. Špinavé povlečení, ručníky a utěrky vypere a vyžehlí do předání funkce dalšímu zdravotníkovi. Zdravotník pere od pondělka do soboty vždy dopoledne od 9.00 do 13.00 hodin, žehlí ve čtvrtek v pracovním bloku po domluvě se šéfovou domu. Ručníky a utěrky dává barákovce na výměnu podle potřeby, nejméně však jednou týdně při generálním úklidu. Prášek na praní erárního povlečení, ručníků a utěrek si zdravotník fasuje jednou měsíčně. Zdravotník fasuje prášek na praní pro sebe i osobní spotřebu ostatních. Jednou týdně čistí všechny pračky.

Zdravotník vydává osobní léky maminkám a dětem každý den hned po jídle; seznam braných léků doplňuje a opravuje. Hlídá, jestli má každý zásobu svých léků alespoň na týden. Pravidelně doplňuje základní výbavu lékárny, když mu něco chybí, řekne to terapeutovi, s nímž se dohodne, jak léky sehnat. Když je někdo z klientů nemocný, poradí se s terapeutem a pak rozhodne, jestli ten člověk půjde mimo program. O nemocného se pak stará, nosí mu jídlo z kuchyně, vaří čaj, vydává mu léky, atd. Zajišťuje každému klientovi, který přestoupil do I. fáze, vstupní prohlídku u praktické lékařky, klienta tam objedná a dělá mu doprovod. Odhlašuje u praktické lékařky

zaregistrované klienty, kteří odešli z komunity. Zapisuje do zdravotnické knihy Osobní listy maminek a dětí.⁷⁹

5.4 Základní metody léčby využívaných u těhotných a matek s dětmi

Matky mají program léčby téměř totožný s programem mladistvých klientů. Hlavní rozdíl je v tom, že matky neabsolvuji pracovní terapii v plném rozsahu, naopak ale absolvuji terapii zaměřenou na rozvoj rodičovských kompetencí a na celkový rozvoj dětí, popřípadě kompenzaci zdravotních a psychických následků užívání drog v období těhotenství u dětí. Matky se též ve většině případů nezúčastňují zátěžových (zážitkových) outdoorových aktivit, které absolvuji mladiství klienti, protože se věnují výchově svých dětí. V některých případech absolvuji „light“ verzi těchto aktivit, například v podobě zimního pobytu na horách společně s dětmi. V této kapitole jsou uvedeny terapie, jež jsou odlišné od terapií skupiny mladistvých klientů.

5.4.1 Společná skupina matek s dětmi

V této skupině se matky učí pomocí her rozvíjet psychomotorický vývoj dítěte a také zde dostávají informace o jeho vývojových stádiích. Díky tomu pak lépe akceptují a rozumí chování svého dítěte, učí se o něj pečovat, komunikovat s ním. Tuto skupinu vede vychovatel ve spolupráci s terapeutickým týmem.⁸⁰

5.4.2 Maminkovská skupina

Témata „maminkovské skupiny“ se liší od ostatních skupin svým obsahem. Tématem těchto skupin jsou specificky ženské okruhy, jako je těhotenství, porod, mateřství, dítě a jeho výchova. V těchto skupinách se matky zabývají i otázkou otcovství a partnerství, vztahů ve skupině (například „nelíbí se mi, že křičíš na své dítě, jak se k němu chováš“). Často se zde řeší i „neumění“ odhadu situace matkou, co je ve výchově a v chování k dítěti přiměřené. Tato skupina je plnohodnotnou součástí léčby. Hlavní náplní skupiny je řešení otázek, které se obtížně řeší ve skupině společně s mladistvými

⁷⁹ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 87-90.

⁸⁰ Tamtéž, s. 70.

klienty, protože se v nich neorientují a jsou pro ně těžké. Cílem této skupiny je podpořit ženu v roli matky a pečovatelky o dítě. K tématům skupiny se vyjadřují všechny přítomné matky. Skupinu vede vychovatel – terapeut.⁸¹

5.4.3 Videotrénink interakcí

Každá matka má k dispozici Videotrénink interakcí, tj. nácvik správných komunikačních a behaviorálních schémat ve vztahu matka – dítě (VTI). VTI vykonává specialistka - vychovatelka na tuto metodu, která je členem terapeutického týmu.

Tato skupina je zaměřená na posílení a upevnění, nebo znovuvytvoření vazby mezi matkou a dítětem neformálním, zcela přirozeným způsobem.

Hlavním cílem je posílit pozitivní interakci matky s dítětem a v důsledku toho prohloubit vztah matky a dítěte. Podpořit matku v její snaze být dobrou matkou, chválit ji za každou projevenou snahu. Ukázat, že je každá matka pro své dítě nejdůležitějším člověkem a také ji vybavit každodenními praktickými zkušenostmi při péči o dítě (koupání, krmení, spánek dítěte, atd.).

Díličními cíly videotréninku interakcí jsou:

- výuka konkrétních dovedností nutných pro praktický život;
- cvičení – umožňuje blízký fyzický kontakt a prohlubuje citovou vazbu mezi oběma, zároveň bude poskytovat dítěti množství podnětů, které nutně potřebují pro svůj psychomotorický vývoj;
- matka se naučí vnímat signály dítěte, jeho reakce na ni i různé podněty, které mu ona poskytuje
- zpětná vazba - té se matce dostává při každodenní péči o dítě, nyní má možnost podělit se o ni s ostatními, vidět, jak na ni dítě reaguje ve skupině, pokroky a vývoj svého dítěte.⁸²

⁸¹Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 70.

⁸²Tamtéž, s. 70-71.

5.5 Volnočasové aktivity klientek v terapeutické komunitě Karlov

Cílem je naučit klientky aktivně využívat volného času a plánovat jej stejně jako další činnosti.

Trávení volného času v terapeutické komunitě by mělo co nejvíce odpovídat možnostem, které bude mít klientka po vyléčení (finanční možnosti, s ohledem na zdravotní stav, u maminek s důrazem na zajištění řádné péče o dítě, atd.).

Volný čas organizovaný – pro bezdětné klienty je to povinný program, matky se mohou zúčastnit aktivit, které jsou pro mladistvé klienty povinné, nesmí to však být na úkor péče o dítě. Účast matek na těchto programech určuje službu konající terapeut spolu s dětskou vychovatelkou.

V rámci programu komunity jsou vyčleněny vždy vyčleněny minimálně dvě soboty k realizování společných aktivit. Klienti mají možnost podobu akce ovlivnit. V pátek mohou na samořídící skupině naplánovat sobotní akci a poté se domluvit se službu konajícím terapeutem. Jinak mají plánování sobotní akce v kompetenci službu konající terapeuti.

Volnočasové aktivity: sport, arteterapie, keramika, výlety, vycházky, divadelní dílna.⁸³

Volný čas individuální

- relaxace, odpočinek
- sledování TV a DVD, poslech muziky
- četba (k dispozici je knihovna, klienti si mohou knihy volně půjčovat)
- možnost využití zařízení terapeutické komunity – fotokomora, kulečnick, ping-pong, badminton, petanque, posilovna, kola, společenské hry
- starší fáze mohou vyjízďet mimo objekt terapeutické komunity do blízkých vesnic a měst (návštěva kina, kavárny, plaveckého bazénu apod.)
- skupinové hry v objektu terapeutické komunity či mimo něj (obvykle pořádané službu konajícím terapeutem, účast klientů je dobrovolná)
- návštěva kina v blízkém městě (organizovaná službu konajícím terapeutem, účast klientů je dobrovolná)

⁸³ Tamtéž, s. 73.

- maminky tráví svůj volný čas většinou s dítětem (hry, procházky, pro maminky ve druhé či třetí fázi možné návštěvy dětských hřišť, představení pro děti, plaveckého bazénu aj.). Svůj čas mohou trávit matky i bez dítěte, pokud si zajistí vhodné hlídání a není to na úkor prospěchu dítěte.⁸⁴

⁸⁴ Srov. VÁCHA, P. et al. *Operační manuál 2015*, s. 73.

6 Vychovatel v Terapeutické komunitě Karlov

Vychovatel je v rámci systému a procesu výchovy nositelem cíle a obsahu výchovy.⁸⁵ Výchova je jedna z nejsložitějších, nejobtížnějších, ale i nejodpovědnějších lidských činností. Není to jednoduchá operace přikazování, zakazování, doporučování, vysvětlování, přesvědčování. Nejedná se o jednorázové akty, ale o dlouhodobou, velice komplikovanou aktivitu mnoha lidí. Záměrně usiluje o optimalizaci vychovávaného, vyznačujícího se co nejlepšími vlastnostmi, schopnostmi a předpoklady k plnému životu.⁸⁶ Výchova je tedy záměrné, cílevědomé a promyšleně organizované působení na člověka. Cílem tohoto působení je dosažení pozitivních změn v osobnosti člověka tak, aby se stal plně socializovaným svébytným jedincem.⁸⁷ Vychovávaný není jen objektem výchovy, ale je i jejím subjektem ve vztahu vychovatel – vychovávaný. V jejich interakci je vychovatel aktivnějším činitelem, protože je nositelem cíle výchovy a je zodpovědný za bezpečí a vývoj vychovávaného. Vychovatel musí znát zákonitosti procesu výchovy, zákonitosti vývoje osobnosti a je si vědom vlivu vnějších faktorů na tento vývoj.⁸⁸

Vychovatel v terapeutické komunitě pracující ve skupině matek s dětmi musí brát ohled především na předchozí životní zkušenost svých klientů, která je velmi specifická oproti většinové populaci. Ve vztahu matky a dítěte je často narušená jejich vzájemná vazba. Děti mívají vlivem drog užívaných matkami v těhotenství často zpomalený psychický i fyzický vývoj oproti nezatíženým dětem, častěji trpí ADHD. Úlohou vychovatele je kompenzovat tato znevýhodnění a poskytnou dětem prostor pro maximální možný rozvoj. Matky přicházející do terapeutické komunity mají často jen minimální znalosti v péči o děti a chodu běžné domácnosti. Často mají narušené vztahy ve vlastní rodině a i vztahy k lidem ve svém okolí. Vychovatel tyto matky citlivě vede v jejich nové roli a snaží se být jejich průvodcem v nově nastartovaném životě bez drog.

Hlavním úkolem vychovatele v Terapeutické komunitě Karlov je dle náplně práce přímé resocializační a rehabilitační působení na klientku a její dítě. Základním prostředkem léčby je psychoterapie, pracovní terapie, režim, pravidla, výtvarné činnosti

⁸⁵ BENDL S., *Vychovatelství. Učebnice teoretických základů oboru*, s. 12.

⁸⁶ Srov. DVOŘKOVÁ, M., KOLÁŘ, Z., TVRZOVÁ, I., VÁŇOVÁ, R. *Základní učebnice pedagogiky*, s. 15.

⁸⁷ Tamtéž, s. 19.

⁸⁸ Srov. BENDL S., *Vychovatelství. Učebnice teoretických základů oboru*, s. 13.

a trénink odpovědnosti. Vychovatel je zodpovědný za přímé vedení skupiny pro matky s dětmi, kvalitu společně stráveného času (matky, dítěte), za dodržování stanoveného programu s promyšleným rozvrhem denních aktivit, zdravotní a duševní vývoj dítěte. Je zodpovědný za pravidelné vedení základní dokumentace – skupiny pro matky s dětmi, anamnestický list dítěte, zdravotní list, osobní list (psychomotorický vývoj). Vychovatel si u klientky i dítěte vytváří své pracovní hypotézy a plány terapie v písemné podobě, konfrontuje je s návrhy týmu na poradě.

Vychovatel v Terapeutické komunitě Karlov má zpracovaný individuální plán pro každou matku a její dítě. Tento plán vychází z teorie kurikula⁸⁹, kdy probíhá koncepční forma – koncepce, vize, čeho chce vychovatel v práci s matkou a dítětem svým působením dosáhnout, čeho má být dosaženo výchovným procesem u matky a čeho u dítěte. Dále se dá hovořit o projektové formě, kdy si vychovatel ve spolupráci s dalšími členy týmu vytvoří projekt cesty, jak chce dané vize dosáhnout. Dalším krokem je fáze realizační, která spočívá v „práci“ s konkrétní matkou a jejím dítětem. V průběhu realizační fáze probíhá fáze rezultatová, ve které vychovatel hodnotí, zda koncepce a program výchovy matky a dítěte byly zvoleny vhodně, případně ji upraví, aby se cíl výchovy přiblížil kýženému výsledku. Vychovatel vyhodnocuje dílčí pokroky ve výchově a také celkový vývoj matky a jejího dítěte, změně jejich vzájemného vztahu v průběhu léčby v terapeutické komunitě.

6.1 Formy a metody výchovy a využívané vychovatelem

Formy výchovy využívané vychovatelem v Terapeutické komunitě Karlov spočívají především ve skupinové práci s klientkami a jejich dětmi a v individuální práci s matkou a dítětem. Ke skupinové formě patří především již jmenované skupiny matek s dětmi a maminkovské skupiny. Skupinová forma výchovy skýtá vychovateli všechny výhody využití skupinové dynamiky a možnost učení se matek ze zkušenosti a chyb ostatních klientek. Vychovatel v tomto případě působí ve skupině jako kouč, případně usměrňuje její vývoj.

Při individuální práci s matkou a dítětem používá vychovatel metody příkladu, vzoru, vysvětlení a další metody využívané ve vychovatelské praxi. Při této spolupráci

⁸⁹ Srov. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*, s. 246.

velmi záleží na osobnosti vychovatele a na jeho schopnosti empatie a odhadu momentálního stavu matky a jejího dítěte. Při individuální práci se zaměřuje jednak na problémy, které „vypluly“ při skupinové práci a nebylo možné je vyřešit ve skupině, jednak na situace, které vychovatel vyhodnotil, jako závažné a klient tak potřebuje individuální péči. Jako specifickou individuální metodu používá vychovatel v terapeutické komunitě metodu videotréninku interakcí, která již byla podrobněji popsána.

Vychovatel se snaží svým působením citlivě přimět matky k participaci na výchovném procesu. Pedagogicky vede matky k lepšímu porozumění potřebám dítěte. Vzhledem k tomu, že vazba mezi matkou a dítětem byla ve většině případů narušená odloučením dítěte od matky, snaží se vychovatel tuto vazbu obnovit či upevnit. Matkám je vštěpováno, že musí ve svých dětech vzbudit pocit důvěry a bezpečí. Je jim vysvětlováno, že mají svým dětem projevovat lásku a poskytovat jim fyzický kontakt, mazlit se s nimi, objímat je, i když mohou děti ze začátku tento kontakt odmítat, či se vůči matce projevovat výpady agrese. Vychovatel matkám vysvětluje, že k této reakci může dojít, že si tuto reakci nemají brát osobně, protože se jedná o přirozený projev dřívější frustrace dítěte. U matek starších dětí zdůrazňuje vychovatel důležitost pochvaly. Vychovatel vštěpuje matkám, že mají vždy především vidět na svém dítěti jeho pozitivní vlastnosti a že svým dětem musí dávat jasná a splnitelná pravidla úměrná jejich věku.

Vychovatel vede o každém dítěti anamnestický list, kde zaznamenává jeho vývoj, pokroky či opoždění vývoje oproti většinové populaci dětí ve stejném věku. Na základě znalostí vývojové psychologie a speciální pedagogiky navrhuje ve spolupráci s ostatními vychovateli plán, jak dítě dále podněcovat v jeho rozvoji, jak výchovným procesem kompenzovat případné zpoždění vývoje nebo znevýhodnění v důsledku užívání drog matkou v těhotenství.

Vychovatel vede matky ke smysluplnému trávení volného času se svými dětmi. Tyto matky si často z počátku pobytu v komunitě často neví rady, když mají trávit volný čas se svými dětmi jinak, než sledováním televizních pořadů. Vychovatel jim vysvětluje, proč je třeba se dětem ve volném čase věnovat, že je třeba je všestranně rozvíjet a tím připravovat pro další život. Nabízí matkám nepřebernou paletu možných činností s dítětem s vysvětlením jejich důsledku na vývoj a osobnost dítěte. Matkám

například vysvětluje matkám, že tím, že dětem čtou knížky „nezabijí“ čas, ale že je to předpoklad rozvinutí budoucí čtenářské gramotnosti u dětí, která je předpokladem celoživotně rozvíjející se vybavenosti člověka vědomostmi, dovednostmi, schopnostmi, postoji a hodnotami.⁹⁰ Klientky se učí, že pokud to počasí a zdravotní stav dětí dovolí, musí s nimi každý den ven na procházku. Matkám s dětmi bývají nabízeny i aktivity mimo komunitu, například v Koplíngově domě rodin ve Smečnu, nebo zimní pobyt na horách. Vychovatelé se snaží podnítit klientky k tomu, aby samy aktivně plánovaly svůj volný čas, třeba naplánováním návštěvy cukrárny, bazénu či navštívení nějaké pamětihodnosti či zajímavosti v okolí.⁹¹

⁹⁰Srov. TOMÁŠKOVÁ, I. *Rozvíjíme předčtenářskou gramotnost v mateřské škole*, s. 13-15.

⁹¹ Informace od týmu vychovatelek Terapeutické komunity Karlov.

7 Výzkum

7.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou léčby závislosti žen – matek – na nealkoholových drogách v Terapeutické komunitě Karlov. Jak bylo uvedeno v předchozích částech práce, skupina žen – matek – s dětmi je velmi specifickou skupinou. Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem může vychovatel v terapeutické komunitě pozitivně ovlivnit výchovou a volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti a chování dítěte samotného.

Díličními otázkami výzkumu, na které budu hledat odpovědi, jsou:

- Výchova matky k mateřství – jaké formy „výchovy“ jsou pro závislé matky přijatelné?
- Ovlivňuje metoda videotréninku interakcí procesy adaptace?
- Jak vychovatel ovlivňuje volný čas matky a dítěte?
- Jak vychovatel ovlivňuje prožívání volného času matky?
- Jak skupina matek, která absolvovala léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, reflektuje zkušenost s jednotlivými metodami a technikami použitými vychovatelem?

7.2 Výzkumný soubor

V kapitole popisují složení výzkumného souboru a kritéria pro výběr respondentek. Soubor byl vybrán z žen (matek), které absolvovaly léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, protože právě na ně je výzkum zaměřen.

7.2.1 Způsob a kritéria pro výběr respondentek

Výběr respondentek probíhal na základě účelového výběru a samovýběru. Kritériem výběru přitom bylo, že se musí jednat o ženu – matku, která absolvovala společně se svým dítětem léčbu v Terapeutické komunitě Karlov a je v současné době abstinentkou. Abstinujícím klientům je každý rok rozesílána pozvánka na Výroční a Vánoční komunitu. Při potvrzení účasti na komunitě byly ženy kontaktovány členem

terapeutického týmu Terapeutické komunity Karlov, zda jsou na bázi dobrovolnosti ochotny účastnit se výzkumu.

Postupně bylo osloveno 16 bývalých abstinujících klientek Terapeutické komunity Karlov. Šest z nich se na výzvu přihlásilo, že je ochotno účastnit se výzkumu. To znamená, že 38 procent oslovených bývalých klientek bylo ochotno se zúčastnit. Tento způsob oslovení bývalých klientek se po konzultaci s terapeutickým týmem Terapeutické komunity Karlov zdál jako nejvhodnější, protože klientky členům týmu důvěřují a jsou schopny a ochotny s nimi otevřeně komunikovat.

Základní soubor tedy tvoří ženy – matky – uživatelky se závislostí na nealkoholových drogách, které mají alespoň jedno dítě ve vlastní péči. Druhým kritériem je absolvování léčby v Terapeutické komunitě Karlov a jejich současná abstinence.

7.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor je tvořen 6 ženami – matkami. Jejich průměrný věk v době rozhovoru je 30,8 let s rozpětím 20-40 let. Dvě z respondentek byly v době sběru dat v péči Doléčovacího centra pro matky s dětmi provozované zapsaným ústavem SANANIM, dvě bydlely v sociálním bytě, dvě bydlely v bytě u svých rodičů. Celkově mají tyto ženy v péči 8 dětí, 4 chlapce, 4 dívky. Věkové rozpětí u dětí není značné. Nejmladšímu z dětí byl 1 rok, nejstaršímu 7 let. Pět matek bylo primárně léčeno ze závislosti na pervitinu v kombinaci s ostatními drogami, jedna ze závislosti primárně na heroinu v kombinaci s dalšími drogami. Průměrná doba užívání návykových látek byla v tomto souboru žen 5,8 let (2-11 let). Čtyři matky mají ukončené základní vzdělání. Jedna matka má ukončené vzdělání výučním listem. Jedna matka má ukončené vzdělání maturitní zkouškou.

7.3 Metodologický rámec výzkumu

V kapitole se věnuji dvěma oblastem. První pojednává o designu výzkumu, metodologickém přístupu a zpracování dat. V druhé části popisují průběh výzkumu.

7.3.1 Typ výzkumu a zpracování dat

Ve své práci jsem se rozhodla vzhledem k povaze problému a k cíli práce pro kvalitativní výzkum. Tento výzkum je vhodnější pro pochopení souvislostí a proniknutí do problematiky. Kvalitativní výzkum se jeví v této problematice jako výhodnější, protože získaná data by se jen velmi těžko kvantifikovala. Další výhodou kvalitativního výzkumu je jeho flexibilita, je možno upravovat výzkumné otázky podle momentálního vývoje a pružně reagovat na změny potřeby výzkumu. U mého výzkumu není možné vzhledem k nízkému počtu účastnic a zaměření se jen na ženy, které absolvovaly léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, hovořit o reprezentativnosti výzkumného vzorku. Výsledek výzkumu může sloužit jako základ hypotézy pro další zkoumání, popřípadě ověření získaných dat.

Jako výzkumný přístup jsem zvolila případovou studii, která se zaměřuje na popis jednotlivých případů. Tento přístup odpovídá výzkumnému záměru, protože se zaměřuje na získání maximálního počtu dat od jednoho nebo malého počtu respondentů.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila pravděpodobně nejrozšířenější metodu rozhovoru - polostrukturovaný rozhovor. Schéma otázek bylo vytvořeno tak, aby v co největší možné míře odpovídalo výzkumnému cíli a dílčím otázkám výzkumu a současně byl dán i dostatečný prostor pro vyjádření respondentek. Skladba otázek je uvedena v následující kapitole.

7.4 Průběh výzkumu

Data byla získána jednak v červnu a v prosinci 2014, jednak v červnu 2015 na Výroční komunitě⁹² a na Vánoční komunitě⁹³. Práce se shromážděnými daty proběhla v souladu se zákonnými⁹⁴ a etickými normami. Data byla získána při osobním kontaktu s respondentkami. Všechna setkání proběhla v důvěrně známém prostředí pro respondentky a to v areálu Terapeutické komunity Karlov. Dodržení etických otázek výzkumu bylo nedílnou součástí tohoto výzkumu, protože výzkum, ve kterém by nebyly dodrženy základní etické principy, není možné považovat za věrohodný a kvalitní.⁹⁵ Nutným předpokladem pro spolupráci s respondentkami byl informovaný souhlas, který obsahoval identifikační údaje respondentky, informace o způsobu zpracování a archivaci získaných dat, kontaktní údaje na moji osobu. Součástí souhlasu byl fakt, že veškerá pořízená data budou zpracována jako anonymní a že je možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit. Dokument byl vyhotoven ve dvou výtiscích, jeden pro respondentku, jeden pro mě jako výzkumníka. Před započítím rozhovoru bylo domluveno, že za poskytnutí rozhovoru nenáleží žádná odměna. S ženami bylo domluveno, že proběhne zpracování dat do jednotlivých kazuistik a bude zveřejněn výsledek výzkumu. Bylo přislíbeno, že všechny nahrané rozhovory i jejich přepisy nebudou nikdy poskytnuty žádné třetí osobě.

Na začátku všech sezení proběhlo stručné představení mé osoby – výzkumníka – a záměru výzkumu, podány byly i informace o etických principech. Ve všech případech jsem se ženami již setkala dříve při praxích a dobrovolnických aktivitách, proto nebyl problém s nimi navázat kontakt. Výzkum probíhal technikou polostrukturovaného rozhovoru. Data byla zachycována na nahrávací zařízení, s čímž všechny předem ženy souhlasily. Po zaznamenání dat proběhla jejich transkripce, která se uskutečnila s časovým odstupem asi jednoho měsíce.

Struktura otázek byla vytvořena tak, aby maximálně odpovídala výzkumnému cíli a dílčím otázkám výzkumu a zároveň dávala potřebný prostor pro potřebu vyjádření respondentek.

⁹² Výroční komunita – koná se každý rok v červnu v areálu Terapeutické komunity Karlov.

⁹³ Vánoční komunita – koná se každý rok v prosinci v areálu Terapeutické komunity Karlov.

⁹⁴ V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění.

⁹⁵ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*, s. 155.

Okruhy otázek byly následující:

- život respondentky do doby nástupu do terapeutické komunity, zaměřený na situaci v rodině, drogovou kariéru, počet dětí, okolnosti početí, průběh těhotenství, okolnosti nástupu léčby drogové závislosti, volný čas před začátkem užívání drog, volný čas během užívání drog
- život v terapeutické komunitě, zaměřený na prožívání terapie, práci vychovatelů ve vztahu k ní a k dítěti, jaké aktivity vychovatelů, jež považuje za přínosné a nepřínosné, zda absolvovala videotrénink interakcí, jestli jí v něčem pomohl, jakých volnočasových aktivit se během léčby zúčastnila, jak vnímá samu sebe jako matku a jaké změny pozoruje v chování dítěte
- současný život respondentky, kde bydlí, význam dítěte pro její život, jak probíhá výchova dítěte, jak tráví volný čas, zda-li provozuje nějaké volnočasové aktivity či se zapsala do nějakého zájmového spolku
- představa o budoucnosti, jaké má o ní představy, jaké jsou její osobní plány, na co se těší, z čeho má obavy

7.5 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumné části práce jsou analyzovány v této kapitole. Nachází se zde rozbor dat získaných předem danou metodologií. Prostřednictvím odpovědi na dílčí otázky výzkumu je zodpovězena rovněž i primární otázka výzkumu. Rozhovory s respondentkami trvaly v průměru 2 hodiny. Jednotlivé kazuistiky jsou k nahlédnutí v Příloze č. 2.

Interpretace výsledků

Pro všechny respondentky bylo těhotenství nebo mateřství motivem nástupu do léčby. To znamená, že dítě mělo pro tuto skupinu žen význam motivační, vedoucí k abstinenci.

Respondentka č. 1 začala abstinovat po zjištění těhotenství a těhotná nastoupila do léčby do Terapeutické komunity Karlov. Respondentka č. 2 nastoupila do léčby do Terapeutické komunity Karlov po narození dvojčat, po celé těhotenství užívala pervitin. Respondentka č. 3 nastoupila do léčby do Terapeutické komunity Karlov

dva roky po narození dcery, po zjištění, že by jí byla dcera v případě nenastoupení léčby odebrána. Do sedmého měsíce těhotenství užívala heroin. Respondentka č. 4 nastoupila do léčby po narození dvojčat, po zjištění, že by jí byla dvojčata v případě nenastoupení léčby odebrána. Po celé těhotenství užívala pervitin. Respondentka č. 5 nastoupila do léčby do Terapeutické komunity Karlov dva roky po narození dcery, po zjištění, že by jí byla dcera v případě nenastoupení léčby odebrána. Po celé těhotenství užívala pervitin. Respondentka č. 6 nastoupila do léčby do Terapeutické komunity Karlov dva roky po narození syna, po zjištění, že by jí byl syn v případě nenastoupení léčby odebrán. Po celé těhotenství užívala pervitin.

Ženy – matky uváděly, že chtějí abstinovat, aby se o své děti mohly starat, aby děti měly „hezké“ dětství a pokud možno kvalitní nástup do života bez závislostí. U všech žen se objevoval strach, že dítě bude v budoucnu závislé na drogách.

Jak respondentky vnímají samy sebe jako matku – před léčbou v Karlově a po ní?

U všech respondentek se vyskytuje sebekritika a vědomí toho, že jejich děti mohlo poškodit užívání drog v těhotenství. Respondentky vykazují společné znaky v obavách o zdraví svých dětí a o jejich budoucí abstinenci. V době příchodu do Terapeutické komunity Karlov si byly nejisté v roli matky a ve schopnosti postarat se o své dítě či děti. Po ukončení léčby v terapeutické komunitě vykazují všechny respondentky zvýšené sebevědomí v péči o dítě a v roli matky. U všech respondentek se snížila míra nejistoty ohledně zvládnutí abstinence a vedení smysluplného života se svými dětmi. U všech respondentek přetrvává strach z možného „uklouznutí“ a znovu užívání návykových látek, přetrvává u nich strach ze zvládnutí materiálního zabezpečení svých dětí. Všechny respondentky jsou přesvědčeny, že svým dětem řeknou o své drogové minulosti, shodná je u respondentek obava ze správného načasování takového sdělení dětem. Zdrojem obav u respondenek je skutečnost, že si jim drogově závislý otec dětí bude „plést“ do života, kromě respondentky č. 1, ta se snaží svůj vztah s otcem dítěte upevnit.

Výchova matky k mateřství, jaké formy výchovy jsou pro respondentky přijatelné?

Všechny respondentky kladně hodnotí tzv. Maminkovské skupiny, to znamená skupinovou formu (výchovy) spolupráce s vychovatelem, zejména pak možnost hovořit v této skupině o čistě ženských tématech spojených s mateřstvím, péčí o dítě a o vztahu s otcem dítěte. Tyto skupiny je posilovaly ve vědomí, že ve svém problému nejsou samy. Dalším přínosem byla možnost si s ostatními matkami otevřeně promluvit o svých pocitech a obavách. Díky této skupině se u nich posilovalo sebevědomí matky. Vychovatele v této skupině vnímaly ženy jako moderátora, který se zapojoval do diskuze.

Všechny respondentky kladně hodnotí individuální spolupráci s vychovatelem, to znamená individuální formu výchovy.

Respondentka č. 1 hodnotí tuto spolupráci kladně od nastoupení do terapeutické komunity až do dnešního dne. Vzpomíná na vysvětlování zákonitostí vývoje dítěte, praktické ukázky, jak manipulovat s dítětem, na „okoukávání“ vychovatelek při práci s dětmi a následnou nápodobou.

Respondentka č. 2 uvádí, že zpočátku vychovatelům nedůvěřovala, což se v průběhu léčby změnilo a byla ochotná s nimi spolupracovat. Zpětně hodnotí práci vychovatelů jako velmi přínosnou pro ni i pro děti.

Respondentka č. 3 uvádí, že po celou dobu léčby v terapeutické komunitě s vychovatelem „bojovala“ a nespolečně pracovala, později v doléčovacím centru jí „došel“ přínos jejich práce a začala se jejich radami řídit. Zpětně hodnotí práci vychovatelů jako velmi přínosnou pro ni i pro dítě.

Respondentka č. 4 hodnotí tuto spolupráci kladně od nastoupení do terapeutické komunity až do dnešního dne. Vzpomíná na velmi blízký vztah s vychovatelem, chovala k nim podobnou náklonnost a respekt jako k matce.

Respondentka č. 5 uvádí, že zpočátku vychovatelům nedůvěřovala, což se v průběhu léčby změnilo a byla ochotná s nimi spolupracovat. Nejvíce jí pomohli s výchovou dcery, která jí zpočátku odmítala, a s upevněním jejího sebevědomí jako matky. Zpětně hodnotí práci vychovatelů jako velmi přínosnou pro ni i pro dceru.

Respondentka č. 6 uvádí, že zpočátku nechápala, co po nic vychovatelé žádají, což se v průběhu léčby změnilo a byla ochotná s nimi spolupracovat. Zpětně hodnotí práci vychovatelů jako velmi přínosnou pro ni i pro děti, především v tom, že se naučila dávat synům ve výchově hranice a naučila se s nimi hrát a trávit čas.

Další individuální formou výchovy používanou vychovateli v Terapeutické komunitě Karlov je videotrénink interakcí, který spočívá v tom, že se s vychovatelkou, garantkou videotréninku, klientka domluví, v jaké činnosti má s dítětem problém, v jaké činnosti vidí, že by bylo možné se zlepšit. Společně potom vybranou činnost natočí a s odstupem času, zhruba jednoho týdne, se na záznam podívají s komentářem vychovatelky, její reflexí a sebereflexí klientky. Domluví se na možném řešení a na časovém plánu, kdy se stejná činnost natočí znovu. Po uplynutí domluvené doby dojde k opětovnému natočení situace a znovu proběhne analýza záznamu s reflexí vychovatelky a sebereflexí klientky. Všechny respondentky hodnotí metodu videotréninku kladně a uvědomují si její přínos pro sebe i pro děti.

Ovlivnila metoda videotréninku interakcí procesy adaptace, jejich vztah a chování k dítěti?

Jak již bylo uvedeno, všechny respondentky hodnotí metodu videotréninku jako přínosnou pro jejich vztah s dítětem a pro pochopení reakcí dítěte. Ve všech případech pomohla tato metoda respondentkám získat nadhled nad jejich současnou výchovnou situací s dětmi. Uvědomily si důvody nedorozumění v jejich vztahu a v komunikaci s dítětem.

Respondentka č. 1 uvádí, že jí tato metoda pomohla v citlivější manipulaci s dcerou a k upevnění jejich vzájemné vazby.

Respondentka č. 2 uvádí, že jí tato metoda pomohla v láskyplnější komunikaci a manipulaci s dětmi. Podle jejích slov u ní a dětí díky videotréninku pravděpodobně došlo ke zkrácení adaptačního období, protože k synům díky videotréninku „našla cestu“.

Respondentka č. 3 uvádí, že jí videotrénink pomohl upevnit narušenou vazbu s dcerou, pochopila, že nemá cenu se rozčilovat, ale že je lepší přizpůsobit okolní svět

dceři, aby předcházela konfliktům s dítětem. Videotrénink jí a dceři pomohl v čase vzájemného přizpůsobování a zvykání si jedné na druhou.

Respondentka č. 4 uvádí, že jí videotrénink upevnil v roli matky, když viděla po druhém natáčení znatelné pokroky, byl v ní posílen pocit, že může být dobrá matka. Tím, že byla ve své roli matky jistější, upevňoval se i její vztah se syny, jejich vzájemná vazba matky a dítěte.

Respondentka č. 5 uvádí, že jí videotrénink ukázal, že musí být ve vztahu k dceři klidnější a „pomalejší“. Tím, že na svoji dceru spěchá, vznikají stresové situace, se kterými se obě neumí vypořádat. Tím, že se uklidnila a zpomalila, se s dcerou více sžila a dokázala pochopit, že jí dcera záměrně nezlobí, jak si před tím myslela, ale že jen neví, jak má na stres matky reagovat. Po této zkušenosti došlo k upevnění jejich vazby.

Respondentka č. 6 uvádí, že vzhledem k tomu, že má syny s malým věkovým rozestupem, nedokázala mezi ně rovnoměrně rozdělovat svoji pozornost a byla ve stresu, že neustále něco nestihá, protože kluci „zlobili“. Po absolvování videotréninku s vychovatelkou viděla, že tím, že jeden z kluků je v opomíjený, vynucuje si pozornost „zlobením“. Tím, že „zlobí“ jeden, začne „zlobit“ i druhý, ona je z této situace ve stresu a rozjíždí se nekonečný „kolotoč“ křiku dětí a jejího okřikování dětí, aby nezlobily. Tím, že si dávala pozor, aby svojí pozornost rovnoměrně rozdělovala mezi syny, nedocházelo tak často ke „zlobení“ kluků, tím pádem ani k vyhroceným situacím, kdy ona nezvládala své děti. Po videotréninku se oboustranně viditelně zlepšil a upevnil jejich vzájemný vztah.

Všechny respondentky uvádí, že metoda videotréninku interakcí přispěla k jejich vzájemné adaptaci, zvykání si jednoho na druhého. Všechny respondentky uvádí, že tato metoda upevnila jejich vazbu s dítětem, že se s ním naučily lépe komunikovat a adekvátně na jeho potřeby reagovat.

Jak vychovatel ovlivňuje volný čas matky a dítěte?

Všechny respondentky uvedly, že vychovatel v terapeutické komunitě zásadním způsobem ovlivňuje jejich volný čas i volný čas dětí. Matky uvádí, že se učily trávit volný čas s dětmi, že se od vychovatelů učily, jak si s nimi hrát, jak je rozvíjet. U všech respondentek se jednalo o první zkušenost se „smysluplným“ trávením volného času.

Respondentka č. 1 uvádí, že vzhledem k tomu, že dcera byla v době pobytu v Karlově malé miminko, ráda s ní tak trávila volný čas na procházkách po okolí. Zpočátku na povinné procházce s ostatními matkami, později i ráda sama jen s dcerou. Když dcera spala, občas si četla knihu. Sledovala, jak vychovatelé pracují s ostatními matkami, které měly starší děti, a říkala si pro sebe v duchu, co bude se svou dcerou dělat, až bude větší. Vychovatel tedy ovlivnil volný čas dcery až následně, protože matka „okoukala“ volnočasové aktivity, které absolvovaly matky se staršími dětmi, ve spolupráci s vychovateli, během pobytu v terapeutické komunitě a nechala se jimi inspirovat, když dcera „povyrostla“.

Respondentka č. 2 uvádí, že za volný čas považovala i činnosti v kuchyni, protože se při nich odreagovala a odpočinula si od dětí. Od vychovatelů se učila trávit volný čas smysluplně například procházkami s dětmi po okolí, společnými výlety do Písku, či na zámek Blatná. Od vychovatelek se učila, jak pracovat se staršími dětmi, jaké činnosti s nimi provádět a jak jim to pomůže. Tyto zkušenosti později aplikovala na své syny a měla radost, že je vidět, že je čas trávený se svou matkou baví a že si jej užívají a že se i něčemu přiučí.

Respondentka č. 3 uvádí, že jí nebavilo chodit s ostatními ženami a jejich dětmi na vycházky a byla naopak ráda, když přišlo a nikam jít nemusely, protože dcera chodit odmítala a místo toho se chtěla vozit v kočárku. Organizování sobotních akcí jí nebavilo a nerada se jich účastnila. Vzhledem k tomu, že účast byla povinná, absolvovala je. Od vychovatelek se učila, jak trávit volný čas s dcerou malováním, zpíváním a dalšími činnostmi, které dceru rozvíjely. Dcera na tyto činnosti velmi dobře reagovala a již ve školce jí učitelky říkaly, že dcera nadprůměrně dobře maluje, proto je dobře, že se jí matka věnuje a rozvíjí její talent.

Respondentka č. 4 uvádí, že se od vychovatelů naučila, jak si hrát se svým synem, jak ho smysluplně zabavit. Když to bylo možné a byl někdo, kdo byl ochotný jí pohlídat

syna, ráda si zahrála se skupinou mladistvých klientů fotbal, na doporučení vychovatelů chodila dvakrát týdně běhat, aby se odreagovala od péče o syna. Společně s vychovateli a ostatními matkami absolvovala pobyt ve Smečnu, kde se pomoci nejrůznějších aktivit věnovaly po dobu pěti dní trávení volného času s dětmi. Při funkci pomocné vychovatelky a okoukáváním vychovatelek při práci se staršími dětmi viděla v terapeutické komunitě, jak vychovávat starší děti. Se synem se naučila díky intervenci vychovatelů v terapeutické komunitě velmi dobře komunikovat a adekvátně na sebe adekvátně reagovat.

Respondentka č. 5 uvádí, že s pomocí vychovatelů se naučila trávit aktivně volný čas se svojí dcerou, často si malovaly, zpívaly. Organizované každodenní vycházky ji nebavily, společný pobyt na horách absolvovat odmítla. Díky vychovatelům se také naučila zvládat „živost“ své dcery a naučila se ji motivovat činností, která ji bavila. Výchovným působením vychovatelů a matky se dcera výrazně uklidnila, v současné době navštěvuje mateřskou školu.

Respondentka č. 6 uvádí, že ji vychovatelé naučili, jak trávit volný čas s dětmi, velmi ráda chodila se syny ven na procházky, nejdříve na společné, později začala se syny a procházky vyrážet sama nejčastěji do lesa, kde si s chlapci hrála. Od vychovatelek se naučila, jak s kluky trávit volný čas, jak je smysluplně zaměstnat, aby nezlobili a aby se rozvíjeli. Společně s vychovateli a ostatními matkami absolvovala pobyt ve Smečnu, který se jí moc líbil, protože si s dětmi vyzkoušela nepřeberné množství činností a mohla se jim naplno věnovat. Při pobytu v terapeutické komunitě se jí líbilo plánování sobotních akcí, různé společné výlety po okolí, například do cukrárny, nebo na zámek. Díky spolupráci s vychovateli se naučila se syny trávit volný čas aktivně, synové na ni začali velmi dobře reagovat. Společně trávené aktivity upevnily jejich vzájemnou vazbu a synové se stali klidnějšími.

Vychovatel ovlivňuje při léčbě v terapeutické komunitě velmi výrazně volný čas matky a dítěte. Všechny respondentky uvádí, že do nástupu do Terapeutické komunity Karlov si nevěděly rady s trávením volného času s dětmi. Vychovatel jim vysvětlováním a názornou ukázkou zprostředkovává pestrou paletu možností trávení volného času s dětmi. Vysvětluje matkám, že to, že se věnují svým dětem, není samoúčelné, ale je to možnost jak podnítit jejich zdravý rozvoj. Vychovatel

ve spolupráci s terapeutickým týmem zprostředkovává matkám s dětmi výlety po okolí, do Kopingova domu ve Smečnu, zimní pobyt na horách a další činnosti.

Jak vychovatel ovlivňuje prožívání volného času matky?

Na otázku, jak vychovatel ovlivnil jejich prožívání volného času, odpověděly všechny respondentky totožně.

Uvedly, že zpočátku byly velmi ve stresu, když se měly o své děti starat samostatně. Nevěděly si s touto činností rady. Prosté vybídnutí vychovatele „hrajte si s dětmi“ je uvádělo do rozpaků a stresu. Po skupinové i individuální práci s vychovatelem se však naučily se svými dětmi komunikovat, porozumět tomu, proč je dítě „zlobí“. Díky postupné systematické práci s vychovatelem začaly všechny ženy prožívat volný čas jako hodnotu, která lze využít buď jako možnost upevnění vazby s dítětem, nebo čas, při kterém se odreagují a načerpají nové síly, aby se zase naplno mohly věnovat svým dětem.

Jak skupina matek, která absolvovala léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, reflektuje zkušenost s jednotlivými metodami a technikami použitými vychovatelem?

Jak již bylo uvedeno výše, zkušenost s prací vychovatele reflektuje skupina matek celkově pozitivně. Všechny respondentky hodnotí s odstupem času od ukončení léčby v terapeutické komunitě, kladně metodu videotréninku interakcí, spolupráci s vychovatelem ve výchově dítěte, a to hlavně při individuálních problémech ve výchově či řešení vzniklých stresových situací zapříčiněných mnohdy nesprávnou komunikací matek s dětmi. Všechny respondentky uvedly, že jim pomohly „Maminkovské skupiny“, kde si vyjasnily mnohá nevyřešená témata spojená s těhotenstvím, porodem, výchovou dítěte, otcem dítěte.

Respondentky č. 1, č. 2, č. 4, č. 6 uvedly, že kladně hodnotí každodenní „povinné“ vycházky s dětmi. Respondentky č. 3 a č. 5 hodnotily tuto aktivitu jako nepřínosnou pro ně i pro děti.

Respondentky č. 3, č. 4 a č. 6 velmi kladně hodnotily pobyt v Koplingově domě rodin ve Smečnu, který absolvovaly s vychovateli. Ostatní respondentky se pobytu nezúčastnily.

Respondentky č. 2 a č. 6 kladně hodnotí plánování sobotních akcí společně s vychovatelem. Respondentky č. 3 a č. 5 tato aktivita obtěžovala a neviděly v ní žádný přínos pro ně ani pro děti. Ostatní respondentky se sobotních akcí neúčastnily.

Léčbu na Karlově všechny respondentky hodnotí jako velmi přínosnou pro sebe i pro děti. Naučily se, jak se chovat ke svým dětem, jak s nimi lépe komunikovat, jak o ně lépe pečovat. Naučily se, že život lze i bez užívání drog prožívat zajímavě a plnohodnotně.

7.6 Závěr výzkumu

Původním záměrem bylo pracovat s větším souborem respondentek, protože by se tím zvýšila reprezentativnost výzkumu. Skutečností, se kterou jsem se setkala v roli výzkumníka, bylo setkání se s neochotou účasti na výzkumu bývalých klientek terapeutické komunity, které se nechtěly se v minulosti „babrat“, nebo už absolvovaly několik výzkumů, a tím pádem se cítí jako „pokusní králíci“. Jiným důvodem bylo to, že matky chtějí chránit své děti. I přes slíbenou maximální anonymitu mají strach, že podle některých znaků nemusí být anonymita zaručena a dítě může v budoucnosti jejich účast na výzkumu nějakým způsobem poškodit. Pro mě, jako pro výzkumníka, byla tato reakce pozitivní v tom, že matkám na jejich dětech viditelně velmi záleželo. Dalším rečným důvodem bylo to, že „se jim prostě nechce“.

Některé ženy, které s výzkumem souhlasily, později uznaly, že to bylo možná zapříčiněné i tím, že člena terapeutického týmu, který je oslovil, stále vnímají jako autoritu a nechtěly ho odmítnout. Dalším faktorem u žen, které s výzkumem souhlasily, byla skutečnost, že se s výzkumníkem v minulosti již setkaly a chovají k němu důvěru.

Sběr dat byl dle slov respondentek snazší v tom, že osobou výzkumníka byla žena. Dle jejich slov by se o tomto tématu nechtěly bavit s mužem, protože téma mateřství a výchovy dětí je poměrně intimní „ženskou záležitostí“.

Metoda výzkumu se zdá jako vhodně zvolená a technika polostrukturovaného rozhovoru dávala respondentkám dostatečný prostor pro vyjádření vlastních pocitů, popřípadě, pokud jim nějaká otázka nebyla příjemná, mohly se jí vyhnout. Nelze vyloučit, že některé poskytnuté informace byly zkreslené - záměrně či podvědomě, nejen uplynutím časového úseku od doby pobytu v Terapeutické komunitě Karlov. Zkreslení výzkumu jsem se snažila eliminovat doptáváním se, případným cyklickým navracením se k tématu či otázce.

Další skutečnost, která ovlivnila průběh výzkumu, byl fakt, že kromě respondentky č. 1 byl rozhovor náročný. Respondentky totiž za sebou mají poměrně dlouhou drogovou kariéru, která zanechala následky na způsobu jejich vyjadřování a v poměrně malé slovní zásobě. Respondentkám bylo náročné vysvětlit cíl výzkumu, i přes to věnovaly nejdelší část rozhovoru své drogové minulosti – asi 2/3 celkového času rozhovoru. Rozhovor s respondentkou č. 1 probíhal podobným způsobem, jako by pravděpodobně probíhal s většinou, drogově nezatíženou populací.

Závěrem výzkumu je možné konstatovat, že cíl výzkumu byl naplněn a z výzkumu vyplynulo, jakým způsobem může vychovatel v Terapeutické komunitě Karlov pozitivně ovlivnit volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti a chování dítěte samotného. Z výzkumu vyplynulo, že vychovatel pozitivně ovlivňoval běhen léčby v terapeutické komunitě chování matky vůči jejímu dítěti dvěma způsoby. Prvním způsobem byla skupinová forma spolupráce s matkami a druhým způsobem byla individuální spolupráce s matkou. Při obou formách spolupráce bylo většinou přítomno dítě či děti klientky.

Ke skupinovým formám spolupráce, které hodnotily bývalé klientky pozitivně, patřily maminkovské skupiny, které vedla vychovatelka. Všechny respondentky se shodly na tom, že tyto skupiny posílily jejich sebevědomí v roli matky a tím pádem si v této roli byly jistější a to se projevilo v lepší komunikaci s jejich dětmi. Díky lepší vzájemné komunikaci se snížil počet nedorozumění mezi nimi a dětmi. U dětí se postupně přestalo projevovat agresivní chování vůči nim a okolí a staly se méně uplakanými. Další skupinovou formou spolupráce, kterou ovlivňoval vychovatel volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti, byly každodenní společné vycházky matek s dětmi. Většina respondentek uvedla, že děti byly po čase stráveném na venku klidnější a uvolněnější a to přispělo k oboustranné „pohodě“

v jejich vztahu. Vychovatel při této činnosti vystupoval jako animátor, který „naváděl“ při procházkách k různorodým činnostem. Jednou ze skupinových forem spolupráce, hodnocenou respondentkami pozitivně, byl i pobyt matek s dětmi v Koplíngově domě rodin ve Smečnu za přítomnosti vychovatelů. Při tomto pobytu vychovatel působil jako animátor, který podněcoval matky s dětmi k vyzkoušení velkého množství volnočasových aktivit nabízených centrem rodin. Respondentky, které se pobytu účastnily, vyzdvihovaly jeho pozitivní efekt na jejich vztah s dítětem či dětmi. Tím, že je vychovatel „provedl“ tímto pobyt, rozšířily si obzory ohledně možností trávení volného času společně s dětmi. Vyzkoušely si, že intenzivní a aktivní trávení volného času s dětmi upevňuje jejich vzájemnou vazbu.

Individuální formou spolupráce s vychovateli, u které uváděly respondentky pozitivní vliv na jejich vztah k dítěti a chování dítěte samotného, byl především videotrénink interakcí, který vedla vychovatelka. Tato metoda používaná vychovatelkou měla pozitivní vliv na upevnění vazby mezi matkou a dítětem, vedla k citlivější manipulaci matky s dítětem, k upevnění matky v její roli, k pochopení chování dítěte. Díky těmto zkušenostem se upevnilo jejich vzájemné pouto a byla prohloubena důvěra dítěte v matku. Další forma individuální spolupráce s vychovatelem probíhala při plnění funkce pomocné vychovatelky. Respondentka spolupracovala s vychovatelem při hlídání všech dětí během pracovních bloků a během skupin. Vychovatel matce názorně ukazoval možné činnosti s dětmi, kterými je možné dítě zabavit a zároveň cíleně rozvíjet. Vysvětloval jí zákonitosti vývoje dítěte, proč jsou některé činnosti vhodné a proč některé nikoliv. Po této intervenci byla matka schopná si s dítětem hrát úměrně jeho věku a tím prohlubovat jejich vzájemný vztah a důvěru.

Vzhledem k počtu respondentek a zaměření se jen na skupinu žen, které absolvovaly léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, není možné hovořit o reprezentativnosti výzkumu, ale je možné považovat ho za podnět k rozsáhlejšímu zkoumání.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na úlohu vychovatele v Terapeutické komunitě Karlov ve skupině matek s dětmi. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem může vychovatel v terapeutické komunitě pozitivně ovlivnit výchovou a volnočasovými aktivitami chování závislé matky vůči jejímu dítěti a chování dítěte samotného.

Terapeutická komunita Karlov je v České republice v současné době totiž jediné zařízení svého druhu, které poskytuje služby závislým matkám společně s jejich dětmi. Struktura práce je utvořena tak, aby si laik nezasvěcený do drogové problematiky, mohl o léčbě této specifické skupiny uživatelů drog v souvislostech udělat „obrázek“.

V první kapitole se čtenář seznamuje se základními pojmy souvisejícími s drogovou tematikou. Nachází tu výčet nejčastějších drog, které klientky Terapeutické komunity Karlov užívaly před léčbou, vždy s krátkým vysvětlením účinku jednotlivých drog na matku a možného důsledku pro plod. V téže kapitole jsou ve zkratce popsána generová specifika žen – matek užívající návykové látky.

V následující kapitole jsem vysvětlila, co je to drogová komunita pro léčbu drogově závislých klientů, věnovala jsem se i vývoji terapeutických komunit ve světě a v České republice. Další kapitola je ve větší míře věnovaná zapsanému ústavu SANANIM, protože jsem považovala za důležité a za nutné seznámit nezasvěceného čtenáře práce s touto neziskovou organizací, která závislým klientům nabízí po nejdelsí dobu a v největším rozsahu péči o drogově závislou klientelu v naší republice od prvního kontaktu například na některém ze serveru provozovaným SANANIM, nebo při terénním programu, nebo při návštěvě Kontaktního centra až po ambulantní či rezidentní léčbu, končící doléčovacím programem a následnou péčí. Tato organizace působící v České republice více než 25 let je v současné době jediná, která poskytuje léčbu závislým matkám společně s jejich dětmi, a to v Terapeutické komunitě Karlov, které je věnována následující kapitola.

V kapitole věnované Terapeutické komunitě Karlov, jsem jednak představila samotné zařízení, jednak jsem zde nastínila principy léčby pro skupinu mladistvých a pro skupinu matek s dětmi, a to i výrazná specifika jejich léčby, včetně jejího časového rozdělení léčby do jednotlivých fází. V následující kapitole jsem představila

některé způsoby léčby matek s dětmi v terapeutické komunitě, zmíněna byla i spolupráce se státními a nestátními institucemi, která je nedílnou součástí léčby. Součástí léčby je také práce terapeutického týmu s partnery matek a ostatními rodinnými příslušníky, kteří mohou podpořit proces léčby závislosti. V kapitole jsem popsala jednotlivé „funkce“ matek, jež v terapeutické komunitě v průběhu léčby dostávají a které jsou velmi důležité pro zařazení se do „normálního“ života bez drog. V téže kapitole jsem rovněž nastínila základní metody léčby matek. Čtenář si v této části práce uvědomí, jak moc jsou závislé ženy oproti většinové populaci „handycapovány“, s čím vším se musí během léčby a nástupu do života bez drog vyrovnat a co se musí naučit. Příkladem může být smysluplné trávení volného času, které většina žen nikdy nezažila. Pokyn „hraj si s dítětem“, je pro ně téměř nesplnitelný a velmi stresující úkol, neboť to většina z nich nikdy nedělala. Se všemi těmito úskalími se musely ženy absolvující léčbu v terapeutické komunitě vyrovnat, a to většinou s pomocí vychovatelů, jejichž práci je věnována další kapitola.

Vychovatel je v práci popsán jako nepostradatelná součást terapeutického týmu, jež používá metody a techniky běžně využívané ve výchovatelské praxi s ohledem na velmi specifickou skupinu svých svěřenců. Oproti svým kolegům, například ve školství, musí být daleko více obrněn trpělivostí a empatií. Musí disponovat znalostmi z adiktologie i speciální pedagogiky a velmi citlivě a flexibilně je ve své praxi využívat.

Výzkum, který je součástí diplomové práce, byl zaměřen na práci vychovatele, konkrétně na to, jakým způsobem ovlivňuje svým působením chování matky léčené v Terapeutické komunitě Karlov vůči jejímu dítěti a chování dítěte. Odpověďmi na dílčí otázky výzkumu, jsem dospěla k odpovědi na primární otázku a to, že vychovatel během léčby velmi výrazně pozitivně ovlivnil vztah matek a jejich dětí. Vazba matky a dítěte se upevnila, matka dokázala po výchovném působení vychovatele s dítětem komunikovat bez zbytečných vyrocených nedorozumění, dokázala si s ním hrát a cíleně ho rozvíjet. Děti, které při příchodu do komunity odmítaly kontakt s matkou, navázaly v průběhu léčby vazbu se svojí pečující osobou a našly u ní pocit bezpečí a tím pádem se otevřely další možnosti pro jejich cílený rozvoj.

Podle slov vychovatelů v Terapeutické komunitě Karlov je jejich největší odměnou a „vysvědčením“ za dobře odvedenou a profesionální práci pohled na spokojené rodiny či matky s dětmi při Výroční nebo Vánoční komunitě, které se konají každoročně v areálu terapeutické komunity.

Seznam literatury

Bibliografie

- BENDL, S. *Vychovatelství. Učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4248-9.
- DVOŘÁKOVÁ, M., KOLÁŘ, Z., TVRZOVÁ, I., VÁŇOVÁ, R. *Základní učebnice pedagogiky*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5039-2.
- FRANC, D., ZOUNKOVÁ, D. MARTIN, A. *Učení zážitkem a hrou. Praktická příručka instruktora*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-25-1701-9.
- HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času. Trendy pedagogiky volného času*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0030-7.
- HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-45-1.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOFBAUER, B. *Kapitoly z pedagogiky volného času. Soubor pojednání o volném čase a jeho výchovném zhodnocování*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích, 2010. ISBN 978-807394-240-3.
- KALINA, K. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KAPLÁNEK, M. *Čas volnosti – čas výchovy. Pedagogické úvahy o volném čase*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0450-3.
- KOOYMAN, M., LEON, G., NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha: Lidové noviny, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

- KRATOCHVÍL, Z. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
- KRATOCHVÍL, Z. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- MILEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2006. ISBN neuvedeno.
- NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha: Střední polygrafická škola Praha, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.
- PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B., HRDLIČKOVÁ, V., PAVLÍKOVÁ, A. *Pedagogika volného času. Teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.
- PRESLOVÁ, I. *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů – Komplexní program péče o dítě závislých matek o.s. SANANIM*. Praha: SANANIM, 2011. ISBN 978-80-904536-1-6.
- PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. *Ženy & drogy: Sborník odborné konference. Ženy drogy a my*. Praha: SANANIM, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
- PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky. Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0872-3.

- PRŮCHA, J., KOŤÁTKOVÁ, S. *Předškolní pedagogika*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0495-4.
- RAY, O., KSIR, CH. *Drugs, Society, and Human Behavior*. St. Luis: Mosby-Year Book, 1996. ISBN 0-8151-7116-1.
- ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- TOMÁŠKOVÁ, I. *Rozvíjíme předčtenářskou gramotnost v mateřské škole*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0790-0.
- VÁCHA, P. et al. *Operační manuál Karlov 2015*. Praha: SANANIM, 2014. Nепublikovaný dokument.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
- VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 1214-1089.

Elektronické zdroje

- Drogová poradna [online]. Praha: SANANIM, © 2009 [cit. 2016-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/>>.
- ÖSTERBACKA, E., MERZ, J., ZICK D., C., *Human Capital Investments in Children: A Comparative Analysis of the Role of Parent-Child Shared Time in Selected Countries*. In: Social Science Research Network. [online]. © 2010 [cit. 2016-01-26]. Dostupné na WWW: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1651709>.
- SANANIM z. ú. [online]. Praha: SANANIM, © 2007 [cit. 2016-02-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.sananim.cz/>>.

Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací. [online]. Praha: A.N.O.

© 2016 [cit. 2016-02-03]. Dostupné na WWW:

<<http://www.terapeutickakomunita.cz/>>.

STOCCO, P., LLACER, L., J., J, DEFAZIO, L., CALARAT, A., MENDES, F. *Women drug abuse in Europe: Gender identity*. In: IREFREA & European Commission.

[online]. © 2000 [cit. 2016-01-26]. Dostupné na WWW:

<[http://www.irefrea.eu/index.php?page=2-1-](http://www.irefrea.eu/index.php?page=2-1-40&foo=Women+drug+abuse+in+Europe+%3A+Gender+identity)

[40&foo=Women+drug+abuse+in+Europe+%3A+Gender+identity](http://www.irefrea.eu/index.php?page=2-1-40&foo=Women+drug+abuse+in+Europe+%3A+Gender+identity)>.

Legislativní dokumenty

Usnesení vlády České republiky č. 300/2005, k teším změn ve financování protidrogové politiky.

Usnesení vlády České republiky č. 700/2005, k pravidlům pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, ve znění platném k 2. 2. 2016.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění platném k 2. 2. 2016.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 2. 2. 2016.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění platném k 2. 2. 2016.

Zákon č. 379/2005 Sb., k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, ve znění platném k 2. 2. 2016.

Seznam zkratek

CNS – centrální nervová soustava

ESF – Evropský sociální fond

ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

OSF - Nadace open society fund Praha

TK – terapeutická komunita

TKK – Terapeutická komunita Karlov

Seznam příloh

Příloha I. Seznam terapeutických komunit v České republice

Příloha II. Kazuistiky č. 1 - č. 6

Příloha III. Fotografie Terapeutické komunity Karlov

Přílohy

Příloha I. – Seznam terapeutických komunit v České republice, které jsou členy nebo spolupracují se sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací.

Zdroj: Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací. [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.terapeutickakomunita.cz/>>.

Terapeutická komunita Němčice

První terapeutickou komunitou v České republice určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách založilo v roce 1991 občanské sdružení SANANIM v Němčicích v jižních Čechách. Původních 13 lůžek bylo navýšeno na 20 lůžek. Léčba je zde v současné době určena dospělým klientům – mužům i ženám s diagnostikovanou závislostí na nelegálních drogách s kariérou užívání drog přesahující 10 let a tomu odpovídajícími specifickými potřebami a problémy v oblasti tělesné, duševní i sociální. Do programu jsou však standardně přijímáni všichni dospělí klienti od 23 let.

Terapeutická komunita White Light I

V letech 1993 - 1996 byla provozována terapeutická komunita White light, která vznikla jako 2. zařízení tohoto typu v České republice. Komunita poskytovala placené služby švýcarským uživatelům drog v Mukařově, okrese Litoměřice.

Dne 4. listopadu 1997 byla ve Verneřicích založena terapeutická komunita pro muže i ženy ve věku od 15 let v občanském sdružení White Light I. Komunita se v následujícím roce přestěhovala do Mukařova. Současná kapacita zařízení je 15 klientů, kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách.

Terapeutická komunita Fides Bílá Voda

Terapeutická komunita funguje od roku 1996 a nachází se v Javornicku ve Slezsku. Toto zařízení je částečně provázané s Psychiatrickou nemocnicí Marianny Oranžské. Zařízení je určeno pro klienty závislé na nealkoholových drogách starší 18 let a kapacita zařízení je 18 klientů – klientek.

V současné době je ve stejném zařízení provozovaná i Terapeutická komunita Fénix, která je určena pro klienty, kteří se chtějí léčit z drogové závislosti, včetně alkoholismu a gamblingu. Klienti mají možnost využít program nikotinové závislosti. Zařízení je určeno pro muže a ženy starší 18-ti let a kapacita zařízení je 25 lůžek.

V současné době je ve stejném zařízení provozovaná i Terapeutická komunita Harmonie, která je určena pro léčbu alkoholové, lékové, smíšené závislosti a závislosti na hazardních hrách. Zařízení je určeno pro muže a ženy starší 18 let a kapacita zařízení je 24 lůžek.

Terapeutická komunita v Podcestném Mlýně

Po roce 1995, kdy občanské sdružení Podané ruce získalo areál bývalého mlýna, zde byla založena nedaleko města Dačice v jižních Čechách Terapeutická komunita Podcestný mlýn. Služba je určena pro osoby s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, popřípadě smíšené závislosti. Klienti/ky mohou být muži a ženy starší 18 let. Kapacita zařízení je 15 míst, čtyři místa jsou trvale rezervována pro ženy.

Od 1. 7. 2015 se změnil název Terapeutická komunita Podcestný Mlýn na název Terapeutická komunita v Podcestném Mlýně.

Terapeutická komunita Renarkon

Terapeutická komunita vznikla v roce 1997 pod svahy Beskyd na Frýdeckomístecku nedaleko obce Čeladná. Terapeutická komunita je určena mladým dospělým (19 – 26 let) a dospělým (27 – 64 let) bez rozdílu pohlaví, kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách. Kapacita zařízení je 15 lůžek.

Terapeutická komunita Vršíček

Terapeutická komunita byla založena Střediskem křesťanské pomoci Plzeň v roce 1997 nedaleko města Rokycany. Zařízení je určeno mužům i ženám od 18 – 45 let, kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách. Kapacita zařízení je 15 lůžek.

Terapeutická komunita Advaita

Terapeutická komunita vznikla v Nové Vsi u Liberce v roce 1997 a byla založena občanským sdružením Advaita. Zařízení je určené mužům i ženám od 18 let, kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách. Kapacita zařízení je 15 lůžek.

Terapeutická komunita Magdaléna

Dne 1. 12. 1998 byl zahájen provoz Terapeutické komunity Magdaléna v Mníšku pod Brdy v areálu bývalé vojenské základny Včelník obecně prospěšnou společností Magdaléna. Terapeutická komunita je určena dospělým klientům (od 18 let), mužům a ženám, kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách. Kapacita zařízení je 15 lůžek.

Terapeutická komunita Karlov

V roce 1998 byla otevřena Terapeutická komunita Karlov občanským sdružením SANANIM v jižních Čechách nedaleko Čimelic. V současné době je určena dvěma cílovým skupinám klientů - skupině mladistvých a mladých dospělých (tj. 16 - 25 let, mužům i ženám), kteří trpí závislostí na nealkoholových drogách a skupině závislých matek, které trpí závislostí na nealkoholových drogách s jejich dětmi, pro které byl v roce 2001 otevřen dům Laura přizpůsobený pobytu matek s dětmi. Kapacita je 12 lůžek pro mladistvé klienty a kapacita pro matky s dětmi je 9 lůžek pro matky, 10 pro děti.

Terapeutická komunita Sejřek

Terapeutická komunita Sejřek byla otevřena občanským sdružením Kolpingovo dílo České republiky v roce 1999 na Vysočině nedaleko obce Nedvědice. Tato komunita je určena pro léčbu dospělých osob obou pohlaví, u kterých je diagnostikována závislost na nealkoholových drogách. Dílčí cílovou skupinou jsou klienti s tzv. duální diagnózou, tedy kombinací závislosti s další duševní nemocí. Kapacita zařízení je 18 lůžek.

Terapeutická komunita Krok

Terapeutická komunita byla založena v roce 1999 občanským sdružením KROK na jižní Moravě přímo ve městě Kyjov. Zařízení je určeno mužům i ženám od 15 let věku, kteří jsou závislí na drogách či automatech. Kapacita zařízení je 15 lůžek.

Terapeutická komunita Kaleidoskop

Terapeutická komunita byla založena občanským sdružením Kaleidoskop v roce 2005 v obci Solenice v okrese Příbram. Zařízení je určeno mužům a ženám starším 18 let, kteří trpí závažnou formou některé z poruch osobnosti, případně přidruženými potížemi, například zneužíváním alkoholu a drog. Kapacita zařízení je 14 lůžek.

Příloha II. - Kazuistiky

KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Rozhovor proběhl v červnu 2014. Respondentka č. 1, narozena v roce 1994. Ukončené základní vzdělání. Návykové látky – pervitin užívala od 16 let. V roce 2012 otěhotněla a narodila se jí dcera. Jiné děti nemá. Přítel – otec dítěte bez závislosti. V roce 2012 nastoupila těhotná léčbu do Terapeutické komunity Karlov, kterou v roce 2013 ukončila přestupem do doléčovacího centra. Od roku 2014 bydlí v bytě u své matky.

Minulost

Respondentka vyrůstala v neúplné rodině. Rodiče se rozvedli, když jí byly dva roky. Žila s matkou a jejím partnerem. Matka bez závislosti. Otec uživatel heroinu. Starší bratr bez závislosti. Otce navštěvovala, rozuměla si s ním, učil jí malovat. Otec zemřel při nehodě, když jí bylo 12 let. Zjistila, že byl 20 let uživatelem heroinu. Měla problémy doma, nerozuměla si s otčímem, občas ji bil. Od 13 let bydlela u babičky - matky otce. Základní školu „prolezla“ a nastoupila na střední školu, kterou nedodělala. V 16 letech začala užívat pervitin, pomáhal jí na deprese.

V 18 letech poprvé otěhotněla, na popud matky šla na potrat. Fetovala ještě víc. Znovu otěhotněla, chtěla jít na potrat, zjistila, že není možné jít na potrat 2 x během půl roku. Po zjištění těhotenství přestala užívat pervitin a zařídila si přes kontaktní centrum léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kam v roce 2012 nastoupila do skupiny mladistvých a později přestoupila do skupiny matek s dětmi. Léčbu na Karlově ukončila přestupem do doléčovacího centra, kde byla rok.

Současnost

V současné době bydlí v bytě u své matky a jejího přítele. Má partnera, otce své dcery. Stálé zaměstnání nemá, pracuje brigádně.

Budoucnost

Respondentka chce dokončit střední školu. Starat se dobře o dceru. Těší se, že až dcera bude chodit do mateřské školy, bude mít více času na sebe a mohla by si dokončit středoškolské vzdělání. Jestli chce v budoucnu malovat, ještě neví.

Nedaří se jí komunikovat s partnerem, neví, co si myslí, co si myslí o ní, co si ona má myslet o něm. Lituje toho, že s ní nebyl, když byla těhotná, že spolu doopravdy začínají, až s dítětem. Má obavy z toho, že by se rozhodl, že s ní nebude, že by zůstala s dcerou sama. Bojí se toho, aby se dítě v budoucnu nedozvědělo, že její matka fetovala. Chce to dceři říct, ale neví kdy. Bojí se, že se někdo „prokecne“. Bojí se, že dítě bude ovlivněno tím, že v těhotenství fetovala, že bude mít následky, nebo že bude také brát drogy.

Volný čas před začátkem užívání drog

Ke způsobu trávení volného času uvádí, že jí nic moc nebavilo, byla uzavřená, byla sama. Necítila se dobře mezi lidmi. Občas si četla. Otec ji vedl k malbě a ke kreslení a navštěvovala také základní uměleckou školu. Jak trávila volný čas, když užívala drogy, si nevybavuje, nedělala vůbec nic.

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dítěti

Na Karlově byla většinu času jako těhotná, což jí neomezovalo až do 6. měsíce těhotenství, od této doby hrozil předčasný porod. Byla v naprostém klidovém režimu. Měla výčitky vůči ostatním klientkám, že se „ulejvá“, nic nesměla dělat. Pomáhala pouze s lehkými pracemi v kuchyni. Těšila se na dítě. Vadilo jí, když viděla, jak se ostatní matky nedobře chovají ke svým dětem. Bála se, jak se bude chovat ke svému dítěti.

Po porodu během šestinedělí byla stále v klidovém režimu. Vychovatelky ji učily, jak s dítětem manipulovat, kojit, přebalovat. Vychovatelky napodobovala a mnoho „okoukala“ od ostatních matek. Během těhotenství se péče o dítě hodně bála, měla z toho temné myšlenky. K dceři měla běžný vztah, občas jí lezla na nervy. Chyběla jí v Karlově máma, se kterou měla poprvé v životě hezký vztah. Terapeutky s vychovatelkami ji tento vztah nahrazovaly. Vychovatelky respektovala, byla ráda, že jí pomáhají.

Jako máma se cítila dobře, cítila se být užitečná. Mateřství jí bavilo, protože jí vychovatelky chválily a podporovaly. Přínos vychovatelek viděla v tom, že vždy když potřebovala, tak jí radily, pomáhaly. Po porodu směla chodit na vycházky, chodila po lese s kočárem s ostatními, chodila i ráda s kočárem sama. Jako přínos viděla i maminkovské skupiny, řešila hodně to, zda říct dítěti, že brala drogy, když byla

těhotná. Když slyšela ostatní matky, uvědomovala si, že má štěstí, že má normálního chlapa, což je mnohem lepší než mít otce dealera, nebo feťáka.

Další z činností na Karlově, kterou si pamatuje, byl videotrénink⁹⁶, který spočíval v tom, že se s vychovatelkou, garantkou videotréninku, domluvila, v jaké činnosti má s dcerou problém, v jaké činnosti vidí, že by se šlo zlepšit. Společně potom činnost natočily a s odstupem času asi jednoho týdne se na něj podívaly s komentářem vychovatelky. Domluvily se na možném řešení a na časovém plánu, kdy se stejná činnost natočí znovu. Poté opět proběhlo natočení dané situace s komentářem. Pokud je to třeba, vybere se nová činnost a postup se zopakuje. S vychovatelkou, garantkou videotréninku, natáčela během šestinedělí běžnou péči o dceru. Videotrénink ji pomohl v tom, že pochopila, jak je nemluvně křehké a pomohlo jí to v naučení se manipulace s dcerou. Po nějaké době natáčely s vychovatelkou znovu a byla pochválená, jak se zlepšila, dohodly se tak, že není nutné dále natáčet.

Vztah k dítěti měla už během těhotenství, mluvila s ním, než se narodilo, „v té době jsem si připadala jako blázen, že mluvím na břicho, ale asi to bylo pro holku dobrý“. Po porodu, když si nevěděla rady co a jak, tak panikařila. To se za asistence vychovatelek velmi zlepšilo.

Jak trávila volný čas na komunitě?

Volného času na komunitě moc nebylo, většinou jenom o víkendu. Ráda chodila sama s kočárem na procházky do lesa. Když malá spala, tak si občas četla.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil pobyt na Karlově její prožívání volného času?

Volného času moc nemá, když už ho má, přečte si ráda román. Žádné rituály z Karlova nedodrží. Má jednu dobrou kamarádku, se kterou si občas dojde do kavárny na kafe. Do žádného spolku se nepřihlásila, ani to neplánuje. Péče o dceru ji naplňuje, poprvé v životě se cítí užitečná a nikdy v životě se takhle dobře necítila. Ráda chodí s dcerou na procházky do přírody.

⁹⁶ Videotrénink interakcí – používá se jako krátkodobá intervenční a terapeutická metoda. Tato metoda spočívá v práci s videozáznamem a je užívána při poruchách interakce mezi matkou a dítětem.

KAZUISTIKA ČÍSLO 2

Rozhovor proběhl v červnu 2014. Respondentka č. 2, narozena 1978. Ukončené základní vzdělání. Návykové látky – pervitin užívala od 18 let. V roce 1996 se jí narodil syn, kterého dala v 7 letech do pěstounské péče. V roce 2011 porodila dvojčata – syna a dceru, které má ve vlastní péči. Jiné děti nemá. V roce 2011 zahájila léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kterou v roce 2012 ukončila přestupem do doléčovacího centra, kde byla rok. V současné době bydlí v sociálním bytě.

Minulost

Respondentka vyrůstala v neúplné rodině, otec v prvním roce jejího života spáchal sebevraždu. Matka bez závislosti. Dva bratři – bez závislosti, první o 2 roky starší, druhý o 7 let mladší. Absolvovala základní školu, po které nastoupila na maturitní obor, ten nedodělala, přestoupila na učňovský obor, který také neudělala. Od 14 let kouřila marihuanu, od 17 let užívá pervitin.

V 17 letech otěhotněla – syn se narodil v roce 1996, později ho dala do pěstounské péče. Vyčítala si, že dala prvorozeného syna k adopci. V roce 2010 otěhotněla, zjistila to pozdě, nebylo možné jít na potrat. Živila se prostitucí, prostituovala do 7. měsíce těhotenství. Děti chtěla dát po narození k adopci. Přítel, pravděpodobný otec dvojčat, je uživatel pervitinu. Motivací nástupu léčby bylo narození dvojčat. Přes kontaktní centrum si zařídila pobyt v Terapeutické komunitě Karlov. V roce 2011 nastoupila do léčby v Terapeutické komunitě Karlov, kterou v roce 2012 ukončila přestupem do doléčovacího centra, kde bydlela s dětmi jeden rok.

Současnost

Od roku 2013 bydlí v sociálním bytě se svými dvojčaty. S bydlením je spokojená. Je zaměstnaná na plný úvazek v obchodním domě, kde doplňuje zboží. Partnera nemá. Dvojčatům chce dát to, co nedala prvorozenému synovi.

Budoucnost

S otcem dvojčat nepočítá, „je to feťák“. Do budoucna se těší na zaplacení všech svých finančních dluhů. Z toho momentu má zároveň strach: „Bojím se, že až to všechno zaplatím, tak to bude spouštěč toho, že je vše OK a můžu zase začít zlobit“. Výhledově by si chtěla najít nějakého partnera. Má strach, že děti budou závislé a vyčítá si, že

fetovala v těhotenství. Následkem užívání pervitinu v těhotenství mají děti sníženou imunitu. Má také strach, že děti také začnou fetovat.

Volný čas před začátkem užívání drog

Než začala respondentka užívat drogy, bavilo jí aranžování a šití. Během užívání drog žádný volný čas neměla.

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dětem

V terapeutické komunitě byla zpočátku upozorňována, že je k dětem moc „hrrrr“. Neuměla s nimi manipulovat, z počátku jim neříkala jménem. Na začátku léčby k nim neměla žádný vztah. Asi po 1. měsíci jim začala říkat jmény. „Měla jsem pocit, jako by to byly panenky“. Vztah si k nim budovala postupně. Hodně bojovala s tím, že vychovatelky nemají pravdu, chtěla si to dělat víc po svém.

To se ve druhé fázi změnilo. Při radách vzdorovala, ale pak přišla na to, že to, co jí říkají vychovatelky, funguje a začala se postupně řídit jejich radami. Postupem času se s dětmi naučila manipulovat adekvátně k jejich věku. Za přínosně považuje konzultace s vychovatelkami. Uvědomuje si, že ze začátku byla vzteklá a nechtěla poslouchat. Naučila se mít zodpovědnost za děti, zjistila, že když se o ně nepostará ona, tak nikdo, že ona je za ně odpovědná. Vztah k dětem se během pobytu na Karlově výrazně změnil. Ze začátku si s dětmi nevěděla rady, péči dělala mechanicky. Později se o děti naučila opravdu starat. Zjistila, že na ni děti reagují. Velmi jí záleží na jejich dětech a nechce je ztratit. Myslí si, že už všechno vydrží. I když děti brečí, ona vydrží být v klidu. Pomáhalo jí, že měla starší paní vychovatelku, která jí připomínala mámu. Vychovatelka k ní měla mateřský přístup, vždy byla v klidu, když se ona vztekala. Když viděla, jak se chová ke starším dětem, byla pro ni vychovatelka vzorem a snažila se ji napodobit.

Metoda videotréninku jí ovlivnila v tom, že zpočátku byla v péči o děti moc rychlá a roztržitá. Při rozebírání videozáznamu byla překvapená, že s dětmi zachází neurvale a při zhlédnutí záznamu se styděla za své chování. O to víc se to snažila své chování vůči svým dětem změnit. Druhou nahrávku natáčely s vychovatelkou za 2 měsíce. Při analýze záznamu byla pochválená. Od této doby začala poslouchat, co jí říkají vychovatelky, když viděla, že se na základě jejich rady tak zlepšila.

Důležité pro ni byly sociální konzultace a finanční plánování, měla strach, co bude. Měla vysoké dluhy, dlužila na alimentech prvorozeného syna.

Nebavili ji skupiny typu, někomu se ztratil tabák, kdo to vzal, někdo neudělal nějakou práci, jak ho za to potrestáme. Ty považovala za nepřínosné.

Jak trávila volný čas v komunitě?

Bavila ji práce v kuchyni, u které se odpočinula od dětí. Naučila se vařit pro starší děti příkrmy, což později využila. Účastnila se sobotních akcí, „ty mě občas dost prudily“. S odstupem času říká, že jí bavily. Bavily ji společné výlety do Písku, do Blatné na zámek. K odreagování jí pomáhaly každodenní procházky, užívala si je, děti spaly v kočáře, ona relaxovala.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil pobyt na Karlově její vztah k dětem?

Naučila se plánovat volný čas podobně jako na Karlově sobotní akce, když to není povinností, tak jí to baví. Skoro každý víkend jezdí s dětmi, babičkou a jejím přítelem na výlety po okolí, třeba na hrad. Každý den se snaží chodit s dětmi na procházku do parku a na hřiště.

Uvedla, že už na Karlově začala omezovat kouření cigaret a v doléčovacím centru skončila kouřit úplně. Teď je moc ráda, že nekouří vůbec. Neotravuje tím svoje děti a ušetří peníze. Volný čas jako takový nemá skoro žádný, buď je v zaměstnání, nebo se věnuje dětem. Pořídila si šicí stroj a když děti spí, tak šije. To jí baví a relaxuje u toho. Dceři ušila šatičky, synovi kalhoty. Ví, že by si měla najít volný čas jen pro sebe, ale zatím ji stále děsí její dluhy. Až bude mít víc času, chce se přihlásit někam na cvičení. Těší se, že až splatí dluhy, vezme děti na dovolenou k moři.

Vnímání sebe jako matky - uvědomuje si, že je na sebe trochu hrdá, že to všechno dokázala, že dokázala překonat závislost. Uvědomuje si, že to všechno není za ní, ale z nejhoršího je venku. Co se jí nedaří je, že občas na děti vylítne, pak je jí to líto. Snaží se být celkově více v klidu.

KAZUISTIKA ČÍSLO 3

Rozhovor proběhl v prosinci 2014. Respondentka č. 3, narozena v roce 1986. Ukončené má střední odborné vzdělání. Návykové látky – heroin užívala od 17 let. V roce 2010 se jí narodila dcera, kterou má v péči. Jiné děti nemá. V roce 2012 zahájila léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kterou v roce 2014 ukončila přestupem do doléčovacího centra, kde bydlí s dcerou v chráněném bydlení.

Minulost

Respondentka vyrůstala v úplné rodině. Rodiče bez závislosti. Mladší sestra bez závislosti. Ukončila základní školu. Dětství popisuje jako velmi krásné i když byl otec přísný. Nastoupila na střední odbornou školu, kterou přerušila a následně na nátlak rodičů ukončila úspěšně maturitní zkouškou. V 17 letech utekla z domu. Návykové látky – heroin užívala od 17 let.

Otěhotněla s přítelem, který byl před tím „zavřenej za výrobu a prodej drog“. V těhotenství chtěla přestat brát drogy, to se jí podařilo až v 7. měsíci těhotenství. V roce 2010 se jí narodila dcera. Otec je uživatel heroínu, „žili jsme v bytě, kde bylo hodně feťáků“. Po porodu drogy neužívala, 14 dní po porodu přestala kojit a začala užívat heroin. Přítel – otec dítěte na ni byl hrubý – odstěhovala se s dcerou k jejím rodičům. Občas u nich malou nechala a chodila brát, později se často nevracela domů. „Provalilo se to a byl to velkej průšvih“. Rodiče ji vyhrožovali, že jí dceru seberou. Začala chodit do kontaktního centra a zařídila si léčbu v Terapeutické komunitě Karlov. V roce 2012 nastoupila léčbu v terapeutické komunitě i s dcerou. Motivací nástupu léčby bylo to, že měla strach, že o dceru přijde. V roce 2013 ukončila léčbu přestupem do doléčovacího centra.

Současnost

Od roku 2013 bydlí s dcerou v chráněném bydlení a dochází na skupinové terapie a jednou týdně na individuální terapii. Dcera navštěvuje mateřskou školu. Stálé zaměstnání nemá, pracuje v několika obchodních centrech brigádně jako uklízečka, nebo doplňuje zboží do regálů. Partnera nemá. S otcem dcery se nestýká a ten výživné na dceru neplatí.

Budoucnost

Respondentka by chtěla zajistit dceři hezký život bez drog. Chce se o dceru i nadále starat a po ukončení pobytu v doléčovacím centru si chce najít nějaký byt. Chtěla by si najít stálou práci a dálkově vystudovat vysokou školu. S otcem dcery do budoucnosti nepočítá. Chtěla by si najít stálého partnera, aby dcera měla tátu a mít další děti.

Má strach, že dcera bude závislá na drogách. Bojí se, že si dcera bude pamatovat, kde všude byly, bojí se, že se jí dcera někdy zeptá. Má strach, že si malá bude pamatovat pobyt v Karlově a neví, jestli jí to říct.

Volný čas před začátkem užívání drog

Ke způsobu trávení volného času před počátkem užívání drog uvedla, že v dětství měla mnoho koníčků, například krasobruslení, koně, jezdila na koňské tábory, chodila tančit, na střední škole chodila na aerobik. Během užívání drog volný čas neprožívala.

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dítěti

Respondentka uvádí, že péče o dceru pro ni byla občas vyčerpávající. Dcera je náročné dítě, když se jí něco nelíbilo, tak do ní jako do matky kopala, buchala, byla na ní zlá. Ona si s ní nevěděla rady. Nereagovala na ní. Postupem času se to měnilo. Náročné pro ni bylo vycházet vychovatelkami. Měla dojem, že ji pořád za něco kritizují a že se jim nikdy s ničím nezavděčí. Měla konflikt ohledně dudlíku, vychovatelky ji nutily, aby dudlík dceři vzala, což ona neudělala.

Nebylo pro ni snadné rady vychovatelů přijímat, protože zůstala v konfliktu dudlíku. Vychovatelky stála práce s ní hodně úsilí, protože po celou dobu léčby s nimi bojovala, měla pocit, že ji nemají rády. Nedělala přesně to, co jí radily. Až teď si uvědomuje, že jejich rady k něčemu byly a že to s ní myslely opravdu dobře. Bylo to velmi složité, protože její máma jí radila odlišně. Spíše se v komunitě řídila tím, co říkala její matka, dceru často uplácela sladkostmi. Náročný byl i vztah s hospodářkou, když se učila vařit, byla kritizovaná, že neumí vůbec nic.

V druhé polovině léčby v Karlově absolvovala s vychovatelkou – garantkou videotrénink. Řešily spolu její reakce na agresivní záchvaty dcery. Natáčely například u svačinky, když krmila dceru a ona nechtěla jíst, házela po ní lžičkou, matlala si přesnídávkou po oblečení a matku neposlouchala. Nahraný záznam s garantkou

analyzovala a následně natáčení po nějaké době zopakovaly. Po tom pochopila, že si může připravit prostředí, ve kterém se s dcerou nachází. Svačit tam, kde to jde dobře otřít, dát dceři bryndák, co se dá dobře vyprat. Začala reagovat na to, že po ní dcera házela předměty. S tímto tématem bojovala až do doléčovacího centra, neuměla malou zpacifikovat, uklidnit jí, aby jí neublížovala. V centru vyhledala pomoc u dětského psychologa a psychiatra.

Za méně přínosné považovala v Karlově všechny skupiny kromě těch maminkovských, na ostatních čas přežila, protože se tam ohledně výchovy nic neřešilo. Při přestupu do druhé fáze se snažila jen kvůli vidině přestupu, jinak je považuje za nepřínosné. Důležité pro ni byly maminkovské skupiny. Řešila se tu témata výchovy dítěte, jejich drogové kariéry a partnerů a možnosti komunikace s partnerem. Přínosem pro ni byl přístup jejího garanta, se kterým mnoho věcí probírala na individuálních konzultacích.

V Karlově se z počátku necítila jako máma, svojí pozici dlouho hledala. V ideálním případě by chtěla chodit do školy a nemít dítě. Občas jí otravovalo, že se o dceru musí starat. „To se změnilo až na doléčováku“. Tam neměla takový kontakt s vychovatelkami, které by ji vedly. Musela se starat sama. Musela začít dceru vychovávat jako matka. Ne jenom jako kamarádka. Došlo jí, že role matky je jiná, než role kamarádky.

Jak trávila volný čas v komunitě?

Respondentka uvádí, že volného času v komunitě moc nebylo. Zažila sobotní akce, kdy jedna z matek naplánovala týden předem na následující víkend nějaký program. Tato činnost ji na Karlově obtěžovala – „byla to pěkná pruda“. Když byly tyto akce zrušené, považovala to za fajn.

Při pobytu v komunitě musela s dcerou každý den chodit na vycházky, které jí moc nebavily, protože dcera nechtěla chodit a chtěla jezdit jen v kočárku. Neuměla jí motivovat, aby chodila sama. Bylo to po ní náročné, protože to po ní chtěly vychovatelky a ona neviděla důvod, proč dceru nevozit v kočárku. Na doléčováku jela

do Smečna⁹⁷ na pobyt pro matky s dětmi. Bavilo ji tam tancování s dcerou, rytmika v rámci muzikoterapie. Jí i dceru velmi bavilo hrát si na trampolíně.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil její pobyt na Karlově její prožívání volného a vztah k dceři?

V doléčovacím centru zjistila, že pro ni bylo důležité, že se naučila plánovat sobotní akce, protože se tak naučila plánovat volný čas s dcerou. „Na doléčováku jsem zjistila, že si volný čas musím naplánovat, jinak budem jenom ležet u televize a nebudem dělat nic.“ Jednou měsíčně jezdí společně s matkou, která také absolvovala léčbu v Karlově, na výlety.

Respondentka uvádí, že začala chodit jednou týdně na aerobik společně s klientkou ze skupiny mladistvých klientů, která se léčila na Karlově ve stejné době jako ona a s níž se znovu potkaly v doléčovacím centru. Uvědomuje si, že smysluplné trávení volného času jako je aerobik potřebuje, aby uvolnila stres spojený s péčí o dceru. Každý den chodí na procházky s dcerou i proto, že je „oplácaná“. V žádném spolku přihlášená není, na aerobik chodí do stejného místa.

Pobyt v Karlově ji velmi ovlivnil ve vztahu k dceři. Vnímá se daleko víc jako matka, než když nastoupila do léčby. Pobyt jí přinesl i to, že ji dcera víc poslouchá, neublíží jí ani jiným dětem a že už má u své dcery nějakou autoritu. Dcera ji má víc ráda a to že jí neublíží, bere jako projev lásky dcery k ní jako matce.

⁹⁷ Kopingova rodina Smečno – 5 denní pobyt pro matky s dětmi.

KAZUISTIKA ČÍSLO 4

Rozhovor proběhl v prosinci 2014. Respondentka č. 4 narozena v roce 1987. Vzdělání má ukončené výučním listem. Návykové látky – pervitin užívala od 15 let. V roce 2013 se jí narodila dvojčata – synové. Jednoho má v péči, druhý zemřel. Jiné děti nemá. V roce 2014 ukončila léčbu nástupem do ambulantního programu Doléčovacího centra.

Minulost

Respondentka vyrůstala v úplné rodině. Rodiče bez závislosti. Starší sestra nyní bez závislosti, dříve závislá na pervitinu. Vzdělání ukončeno výučním listem, nástavbové maturitní studium nedokončila.

V sedmé třídě základní školy nastoupila do třídy spolužačka, která ji začala brát s sebou na technoparty, kde užívala alkohol a marihuanu. V 15 letech si našla přítele závislého na pervitinu. S přítelem se rozešla, našla si jiného bez závislosti, začala být závislá na alkoholu. S přítelem se rozešla, seznámila se s „vaříčem a dealerem“ a otěhotněla s ním.

Že je těhotná, zjistila ve 4. měsíci těhotenství. Během těhotenství užívala pervitin. Po porodu jí do porodnice přítel donesl pervitin, který si aplikovala. Bylo to zjištěno personálem. Bylo jí vyhrožováno, že jí budou synové odebráni, a proto se šla léčit. Nastoupila na detox a následně do Terapeutické komunity Karlov. Ihned po porodu bylo zjištěno, že jeden ze synů má nádor a byl třikrát operovaný. Na Karlov nastoupila se zdravým synem. Po nástupu léčby přerušila kontakt s otcem dvojčat. V poslední fázi léčby u sebe měla oba dva syny. Ke konci léčby v Karlově se nemocný syn zhoršil, objevil se další nádor. Po léčbě v Karlově přestoupila na ambulantní léčbu doléčovacího centra. Začala bydlet se synem u rodičů, kde bydlí doposud. Nemocný syn 3 měsíce po ukončení léčby v Karlově zemřel.

Současnost

V současné době žije se synem u svých rodičů a do doléčovacího centra dochází na skupinové a individuální terapie. Rodiče ji velmi podporují. S otcem syna se nestýká, nekontaktuje ho. Stále zaměstnání nemá, pracuje v několika firmách jako brigádník. Partnera nemá.

Budoucnost

Jako matka se bojí, že si najde „blbýho chlapa“, proto je teď, i kvůli synovi, hodně opatrná kvůli synovi. Pomáhá jí její vztah s matkou, která je pro ni oporou a pomáhá jí. Chce si najít podnájem malého bytu v blízkosti zázemí pro syna – školka, základní škola. Chce si najít zaměstnání, které ji bude bavit.

Má strach ze situace, kdy bude muset říct synovi, že měl bratra – dvojče. Má strach, že i u druhého syna se projeví následky fetování v těhotenství. Neví, co bude dělat, kdyby syn začal užívat drogy. Chtěla by mít časem normální vztah s mužem. Chtěla by si dodělat maturitu.

Volný čas před užíváním drog

Respondentka byla sportovně zaměřená, hrála basketbal, jezdila na „puťáky“ a „sjížděla vodu“. Na základní škole chodila do zájmového přírodovědného kroužku. Během užívání drog žádný volný čas neměla, „buď jsem lítala, sháněla fet, nebo frčela“.

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dětem

Do léčby na Karlově nastoupila nejdřív s jedním synem, druhý byl v nemocnici a podstupoval chemoterapii. V péči o syna jí podporovala její sestřenice a později matka, která ji zabezpečovala kočárek a ostatní věci. Její máma denně jezdila za druhým synem do nemocnice.

Důležité pro ni byly vychovatelky, které jí pomáhaly, radily, vysvětlovaly věci ohledně péče o syny a mohla za nimi kdykoliv přijít. Nahrazovaly jí matku, kterou potřebovala mít u sebe. Jejich rady „brala“ a neodporovala. S vychovatelkou, garantkou videotréninku, jednou natáčela běžnou situaci. Pamatuje si, že ji vychovatelka oceňovala, jak se synem komunikovala, že jí to se synem jde dobře. Nějak jí vychovatelka i radila, ale co konkrétně, to si již nepamatuje. Tato zkušenost v ní posílila pocit, že bude dobrá matka.

Měla problém vyřídit si sociální věci, vyřídit si dávky hmotné nouze. Měla problém hospodařit s penězi, bylo pro ni jednodušší, když to za ni zařizovala její matka – plíny, sunar. Měla problém uhlídat si termíny lékařských prohlídek a očkování. Vychovatelky ji hlídaly a kontrolovaly, jestli to dělá správně. To ji na Karlově děsně

šťvalo, ale zpětně je za to ráda, protože se to naučila. „Na Karlově to bylo super, ale šťvalo mě, že nemůžu být s druhým klukem.“

Respondentka uvádí, že velmi důležité pro ni byly maminkovské skupiny. Společně s ostatními matkami si samy sobě vyčítaly, že v těhotenství fetovaly, že tím ubližovaly svým dětem. Mluvila o tom, že má strach, že nemocný syn umře, cítila podporu skupiny. Tyto skupiny ji velmi pomohly v tom připravit se na možnou smrt nemocného syna. Ve druhé fázi terapie pro ni byly důležité výjezdy k nemocnému synovi do nemocnice. Později bylo v Karlově zařízené prostředí pro nemocného syna, toho si velmi váží.

V Karlově pro ni byli důležití chlapi terapeuti, protože vždycky, když se v jejím životě objevil nějaký chlap, tak ji „stáhl ke dnu“. Tady tomu tak nebylo, tady jí pomohli.

Vztah k dětem se přirozeně vyvíjel. Děti byly jejím motivem nástupu do léčby, jinak by se léčit nešla. Měnil se vztah k synovi, kterého měla u sebe, dokázala s ním komunikovat, pochopit, co potřebuje a projevit mu lásku. Měnil se i vztah k druhému synovi, naučila se s ním zacházet jako s nemocným v jeho prospěch a neupřednostňovat ho před zdravým synem.

Vztah k sobě samé se také vyvíjel, ale stále byla naštvaná, že začala fetovat. Hodně si to vyčítala, ale naučila se i výčitek zbavovat. Myslí si, že nemocný syn byl nemocný kvůli tomu, že v těhotenství fetovala. Léčbu v Karlově má spojenou se vztahem k synovi, kterého měla u sebe. Tento vztah vnímala spíš jako „automatický“. Více vnímala vztah k nemocnému synovi.

Pobyt v Karlově skončila rituálem. Nemocnému synovi se před rituálem objevil další nález, a proto s ním byla v nemocnici. O druhého syna se v době její nepřítomnosti starala její matka.

Jak trávila volný čas v komunitě?

Většinu volného času věnovala synovi, hrála si s ním. Když měla volno a domluvila si hlídání, chodila hrát fotbal se skupinou mladistvých klientů, u toho si odpočinula a odreagovala se. Dvakrát týdně chodila běhat.

Byla se synem ve Smečnu, tam si to užila, vzpomínala na dětství, na výlety a puťáky s rodiči. Užívala si ježdění na kole, nevadilo jí vozit na kole starší děti. Těšila se na to, jak takhle bude jezdit se svými kluky. Bylo jí líto, že tam není nemocný syn. Byl to pro ni pobyt, který jí pomohl odpočinout si od starostí a velmi si ho užila.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil její pobyt na Karlově její prožívání volného času a vztah k dětem?

Po odchodu z Karlova bydlí u rodičů, kde jí máma zpočátku pomáhala starat se o syna, když byla u druhého syna v nemocnici. Ambulantně docházela do doléčovacího centra na terapie. V té době žádný volný čas neměla. Později, když zemřel nemocný syn, začala chodit na cvičení pilates, kde si odpočinula a odreagovala od stresu. Cvičit chodí pořád, a to jednou týdně. Opět začala také běhat, protože si přitom mentálně odpočine a unaví se fyzicky. Do žádného spolku se nezapsala.

KAZUISTIKA ČÍSLO 5

Rozhovor proběhl v červnu 2015. Respondentka č. 5, narozena v roce 1981. Ukončené základní vzdělání. Návykové látky – pervitin užívala od 17 let. V roce 2012 se jí narodila dcera, kterou má ve vlastní péči. Jiné děti nemá. V roce 2014 zahájila léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kterou v 2015 ukončila přestupem do doléčovacího centra, kde žije do současné doby i s dcerou.

Minulost

Respondentka vyrůstala v neúplné rodině, od 3 let v péči otce. Matka - uživatelka pervitinu. Otec – gambler. Mladší bratr – uživatel pervitinu. Dětství popisuje jako neustálé střídání otcových partnerek. V základní škole měla špatný prospěch, propadala. V jejich 11 letech prohrál otec dům. Po základní škole začala studovat učňovský obor, který nedodělala. Odešla od otce k matce, uživatelce pervitinu. V 17 letech poprvé šňupala pervitin, který našla doma v koupelně. Matka se živila prostitucí, později se k matce přidala.

S přítelem – uživatelem pervitinu a gamblerem - otěhotněla. Když se dozvěděla, že je těhotná, dostala strach, brala drogy pořád dál. Nedokázala přestat, i když chtěla. V roce 2012 se jí narodila dcera. Po narození dcery omezila braní a začala se starat o dceru. Čím byla dcera starší, byla péče o ni náročnější. Přestala zvládat péči o dceru, začala užívat znovu pervitin. Přítelem byla fyzicky týrána. Při podezření, že partner sexuálně zneužívá jejich dceru, si sehnala ubytování v azylovém domě. Neměla zdroj drog a zařídila si nástup přes kontaktní centrum do Terapeutické komunity Karlov, kam nastoupila v roce 2014. Léčbu zde ukončila v roce 2015 nástupem do doléčovacího centra. V současné době bydlí s dcerou v chráněném bydlení.

Současnost

Našla si zaměstnání. Je zaměstnaná pod agenturou jako technický pracovník – uklízečka. Dvakrát týdně dochází do terapeutické skupiny v rámci programu doléčovacího centra. Tři hodiny týdně navštěvuje individuální terapii. Dcera navštěvuje po dobu, kdy je v zaměstnání, mateřskou školu.

Budoucnost

Představu o budoucnosti má takovou, že po ukončení pobytu v doléčovacím centru si zažádá o sociální byt. Chtěla by si najít práci, kde by pracovala v kuchyni, protože vaření je jejím koníčkem. Má strach, jestli to všechno zvládne, jestli zvládne uživit dceru. Má obavy o svojí matku, která prodělala mrtvici a je v současnosti částečně ochrnutá.

Respondentka má strach, že dcera bude možným sexuálním zneužitím partnerem ovlivněná. Podezření ze sexuálního zneužívání řešila policie. Neví, jak se tato zkušenost v budoucnosti na dceři projeví, jestli se to projeví. Občas má strach, co bude dělat, když bude dcera závislá. V kontaktu s otcem dítěte je, snaží se s ním nestýkat. Otce dcery kontaktuje jenom kvůli alimentům.

Volný čas před začátkem užívání drog

Ke způsobu trávení volného času před užíváním drog uvedla, že moc volného času neměla, protože vždy chodila do práce, aby mohla finančně vypomáhat mámě nebo tátovi, zaleželo, u koho zrovna bydlela. Když nějaký volný čas měla, strávila ho sledováním televize. Drogy jí sháněl partner, se kterým má dceru.

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dceři

Respondentka uvádí, že v Karlově to pro ni bylo ze začátku hodně těžké, protože nezapadala mezi ostatní klientky. S vychovatelkami trochu bojovala, nežádala je o radu, věci si chtěla dělat po svém. Dcera je hodně živé dítě. Nedokázala jí dávat pevné a vlídné hranice. Když byla ve stresu, na dceru bezdůvodně křičela. Tuto věc řešila s vychovatelkami celou dobu léčby. Byla upozorňována, že má dávat dceři hranice, ale nesmí být striktně pevné, musí být i laskavá. Musela naučit, kdy dává hranice dceři, kdy upouští svůj tlak, ale to byla spíše záležitost následné psychoterapie s terapeutky.

Vztah k dítěti se změnil, dcera si na ni zvykla. Ze začátku jí dcera nadávala, kopala do ní, plivala na ní, což přestala dělat. Nejvíc volného času měla na dceru, když byla ona nebo dítě nemocné, to byly na klauzuře⁹⁸. Ona jako matka měla v tuto dobu problém, že nemůže chodit kouřit, což stupňovalo její stres. Postupem času se to

⁹⁸ Izolace, čas tráví matka i s dítětem v pokoji, jídlo je jí donášeno, aby se minimalizovalo riziko šíření onemocnění.

změnilo a ona se dokázala vyprádat s tím, že nemůže jít hned kouřit. Před výletem na hory málem odešla z léčby kvůli matce, která měla mrtvici. Měla tendence starat se o matku, protože jí do toho manipulovala matky sestra.

Respondentka uvádí, že si pamatuje, že ji pomohl videotrénink. Nejdřív se s vychovatelkou domluvila, v čem má problém, což bylo například při běžných činnostech s dítětem jako je příprava a oblékání do školky. Tato činnost se natočila. Po zhlédnutí videozáznamu s komentáři vychovatelky si uvědomila: „Byla jsem na malou hrozně hrrrr, děsně jsem na ni chvátala a čím víc jsem chvátala, tím víc jsme se zdržovaly“. Uvedla, že po této interakci začala o 5 min dřív vstávat, dcera se viditelně zklidnila. Za měsíc a půl natáčely s vychovatelkou stejnou situaci znovu, a když se koukala na videozáznam, byla překvapená z rozdílu chování dcery a i ze změny svého chování.

Za přínosné považovala, že jí sociální pracovnice na Karlově pomohla vyřídit dávky hmotné nouze. Velmi jí pomohly individuální konzultace s garantem, který ji vyslechl. Cítila od něj podporu, i když zpočátku to pro ni bylo složité, protože to byl chlap a styděla se před ním. Později mu začala velmi důvěřovat, věřila mu. Uvádí, že s vychovatelkami to pro ni bylo hodně složité, ale časem pochopila, že některé věci fungují. Naučila se vařit pod dohledem vychovatelek a hospodářky a baví jí to. Dokázala by si představit, že by v budoucnu pracovala v kuchyni jako pomocná síla. Za vyloženě nepřínosné považuje každodenní vycházky, protože to pro ni je to zbytečnost. Pracovní terapie jí nebavila, ví, že pracovat se musí, ale velmi jí to nebavilo. Uvedla, že jí přijde jako nesmysl neustálé plánování něčeho, například plánování výjezdů, finanční plánování, protože to přece vždycky nějak dopadne.

Jak trávila volný čas v komunitě?

Volný čas měla jen po večerech a o víkendu, pokud neměla službu v kuchyni. Během pobytu na Karlově se naučila si s dcerou hrát. S dcerou začala trávit svůj volný čas tím, že si například si zpívaly nebo malovaly. Každý den probíhaly na komunitě vycházky s dětmi, chodila velmi nerad. Naopak byla ráda, když bylo špatné počasí a nikam s dcerou nemusely. Na hory nejela, protože jak uvádí: „Byla jsem hodně tlačena terapeutem, že je to dobré pro mě a pro holku, že si odpočineme a tak. Mně se tam nechtělo, tak jsem nejela.“

Respondentka se nenaučila aktivně trávit volný čas: „Posledním měsíc léčby se mi líbil, protože už jsem bydlela sama s holkou a mohla jsem víc koukat na televizi“.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil pobyt na Karlově její prožívání volného času?

Respondentka uvádí, že přechod z Karlova do doléčovacího centra pro ni byl velmi náročný. „Měla jsem asi po měsíci na doléčováků fakt krizový období a začala jsem vzpomínat, co jsem dělala na Karlově...“ Naučila se, že první cigareta ráno je až po jídle. Volného času má málo a ten který má, tráví tím, že si hraje s dcerou. Zpívají si, kreslí si nebo koukají na televizi. „U telky si nejvíc odfrknu“ uvádí respondentka. Do žádného spolku se nepřihlásila, žádné zájmové zařízení nenavštěvuje, nemá na to čas, je unavená. Vnímá sebe sama jako lepší matku, než byla před Karlovem. Daří se jí mít ráda svojí dceru, vychovávat ji tak, aby jí dcera měla ráda.

KAZUISTIKA ČÍSLO 6

Rozhovor proběhl v červnu 2015. Respondentka č. 6, narozena v roce 1975. Ukončené základní vzdělání. Návykové látky – pervitin užívala od 28 let. V roce 1994 se jí narodil syn, který je v současnosti v péči její matky. V roce 2003 se jí narodila dcera, která je v péči matky otce dítěte. V roce 2008 se jí narodil syn, který je v její péči. V roce 2009 se jí narodil syn, který je v její péči. Jiné děti nemá. V roce 2012 zahájila léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kterou v roce 2013 ukončila přestupem do doléčovacího centra. Od roku 2015 žije v sociálním bytě se syny narozenými v roce 2008 a 2009.

Minulost

Respondentka vyrůstala v úplné rodině. Otec je alkoholik a gambler. Matka bez závislosti. Starší sestra je uživatelka pervitinu. Základní školu „prolezla“ a nastoupila na střední školu, kterou nedokončila. V 19 letech otěhotněla a provdala se. Ve 23 letech se rozvedla. Po rozvodu si začala dopisovat s mužem z kriminálu, po jeho propuštění spolu začali žít. Z tohoto vztahu má 3 děti. Přítel nepracoval, byl několikrát znovu zavřený. Živil se tetováním, za které dostával peníze nebo pervitin. S ním začala užívat v 28 letech pervitin. Byla na mateřské, přivydělávala si jako pomocná síla v kuchyni.

Vztah se rozpadl po domácím násilí ze strany partnera a ohrožování rodiny. Od roku 2004 uvádí, že je pod dohledem sociálky. V roce 2012 dostala ultimátum od sociálky, že se buď půjde léčit, nebo jí budou synové odebráni. Prostřednictvím kontaktního centra nastoupila do Terapeutické komunity Karlov v roce 2012 i se syny, které měla v péči. V roce 2013 ukončila léčbu přestupem do doléčovacího centra, kde bydlela se syny rok a půl v chráněném bydlení pro matky s dětmi a docházela dvakrát týdně na skupinu a jednou týdně na individuální terapii. Během pobytu v doléčovacím centru otěhotněla a následně dala dítě k adopci.

Současnost

Od roku 2015 bydlí v sociálním bytě se svými dvěma syny ve stejném městě jako její matka, která má v péči staršího syna a kde bydlí i její dcera, která je v péči matky otce dítěte. Stále zaměstnání nemá, pracuje jako brigádník v několika firmách. Partnera nemá.

Budoucnost

Respondentka chce co nejdříve splatit dluhy. I nadále se chce starat o syny, dobře je připravit na nástup do základní školy. Ráda by chtěla více pečovat o dceru, která má vzhledem ke svému stavu specifické potřeby – omezená hybnost levé půlky těla. Dcera navštěvuje základní školu, ona se s ní občas připravuje do školy. Má strach o staršího syna, který fetuje a je závislý na pervitinu. Snaží od něj držet odstup, kvůli klukům, ale zároveň si vyčítá, že je závislý kvůli ní, protože viděl, jak ona fetuje. Má strach, že malí synové budou také závislí. Doufá, že ti si snad toto období nebudou pamatovat, na rozdíl od velkého syna, který všechno viděl a pral se s partnerem, když je bil. Opakovaně se mu snažila zajistit léčbu, doufá, že na ni v budoucnu nastoupí.

Volný čas před začátkem užívání drog

Ke způsobu trávení volného času před užíváním drog uvedla, že si nepamatuje, že by kdy nějaký volný čas měla. Starala se o děti, nebo byla v práci. Když začala brát drogy, přibyla jí ještě starost, „kde sehnat fet“. Během užívání drog také žádný volný čas neměla, uvedla: „Bud' jsem frčela, nebo jsem sháněla další fet.“

Léčba v Terapeutické komunitě Karlov, vývoj respondentky a jejího vztahu k dětem

Respondentka uvádí, že na rozdíl od některých jiných matek se o děti starat uměla, protože měla zkušenosti z doby, než začala brát drogy. Problém jí dělala jakákoliv nečekaná větší zátěž. „Když jsem byla na Karlově první měsíc, dělal se za jeden den dvakrát „cikán“.⁹⁹ Myslela jsem, že mě mrdne a odjedu pryč“. Na dotaz jakou větší zátěž má na mysli uvedla, že třeba víc práce, plánování, nemoc dětí, prostě když toho na ní bylo moc věcí najednou. Při příchodu na Karlov neuměla hospodařit s penězi: „Nějak mi to ze začátku furt nešlo s prachama, prostě jsem snad nikdy nevyšla s tím, co jsem měla“.

Neuměla dětem držet hranice. „Když kluci zlobili, že něco nechtějí k jídlu, tak jsem jim to prostě nedala. Nedávala jsem, že jsou uřvaný a protivný“. Uvedla, že s touto situací neuměla vypořádat, zpočátku měla velký problém pochopit, co po ní vychovatelky ve výchově kluků chtějí a i když to pochopila, zpočátku se tím nechtěla

⁹⁹ Pokud se v terapeutické komunitě najdou drogy, neuklizené léky, nebo je nějak jinak závažně porušen řád komunity, koná se „Očistný den“. Všechny věci (oblečení, osobní věci...) se za dohledu terapeutů zkontrolují, provede se velmi důkladný a pečlivý úklid budov, ruší se výjezdy, nekouří se, nepije káva...

řídít, protože kluci zlobili. Snažila se dětem věnovat, ze začátku ale nevěděla jak. Byla nervózní, že nemůže chodit kouřit, kdy chce ona. Za asistence vychovatelek se naučila hrát si s dětmi a najít činnosti, které je baví. Společně si vystříhovali z papíru, kreslili si, nebo chodili do lesa, kde si stavěli v lese z mechu a větviček. „Hodně jsem si časem sedla se starší vychovatelkou, tu jsem poslouchala“. Uvedla, že byla schopná řídit se jejími radami, protože viděla výsledky. Paní vychovatelku brala jako svojí matku a respektovala ji. Učila se od ní dávat dětem volné hranice, aniž by svým dětem ubližovala.

Ve vztahu k dětem jí pomohl videotrénink. Videotrénink jí ovlivnil tím, že lépe porozuměla klukům, pomohl jim se navzájem sblížit. Naučila se svoji pozornost rovnoměrně rozdělovat mezi oba kluky, aby druhý nevyžadoval zlobením pozornost.

Obecně jí pomohly rady zkušených vychovatelek ohledně péče o kluky. Na konkrétní rady si nevzpomíná, vždy se vázaly na nějakou konkrétní situaci. Většinou probíhaly formou názorné ukázky s vysvětlením, proč to vychovatelka dělá tak a ne jinak. Je ráda, že jí vychovatelky pomáhaly. Vnímala je spíše jako matku než autoritu, která se má poslouchat.

Uvedla, že postupem času se jí ulevilo, když starší syn začal jezdit do školky. Začal být komunikativnější, naučil se hrát si, osamotněl se. Postupem času se naučila i šetřit peníze a dle svých slov „nekupovat zbytečný píčoviny“. Šetřila, aby mohla jezdit na výjezdy ke svojí matce a synovi a aby se viděla s dcerou. Vzhledem k tomu, že dcera není v ideálním prostředí, je v sociálně slabé rodině, snažila se jí to v maximální možné míře kompenzovat. Jako matka si během pobytu v Karlově často nevěřila, byla unavená, vyčítala si odebrání dvou předchozích dětí.

Jako velmi přínosné pro ni označila činnosti v kuchyni. Ty pro ni byly odreagováním a jako pozitivní vnímá to, že se naučila pro své děti vařit zdravě. Vychovatelky a hospodářka jí vždy vysvětlily, proč se něco dělá tak a ne jinak, které potraviny jsou pro děti vhodné, které naopak nevhodné a proč. Uvedla: „Hodně jsem toho v kuchyni od naší hospodářky okoukala“. Činnost v kuchyni ji bavila do té míry, že by si dokázala představit pracovat jako pomocná síla v kuchyni či jako pokojská v hotelu.

Jak trávila volný čas v komunitě?

Volný čas v terapeutické komunitě je vzácný. Během všedního dne se jednalo spíše o krátké půlhodinové až hodinové časové úseky, kdy mají klienti volný čas. Během volného času, vždycky jedna z matek hlídala děti a ostatní šly na chvilku na jednu cigaretu. Respondentka se ve svém volném čase starala o své kluky a hrála si s nimi. Každý den je v Karlově povinná vycházka s dětmi. „Chodit ven mě bavilo a kluky taky. Ve druhý fázi už jsem mohla chodit i sama s klukama ven do lesa a to bylo supr.“

Asi po třech měsících, které strávila v Karlově, absolvovala pobyt ve Semčnu v penzionu upraveném pro pobyt matek s dětmi. Tento pobyt si velmi chválila. Byl zde volnější program než v Karlově a hodně času šlo věnovat dětem. Bylo tam hodně nabídek k trávení volného času, například keramická dílna, taneční dílna, trampolíny, k dispozici byla jízdní kola i dětskými sedačkami.

V Karlově se jí taky líbilo plánování sobotních akcí, které spočívalo v tom, že týden předem se naplánovalo, kam se ve volném čase o víkendu pojedje. Matka, která to organizovala, musela zjistit, od kdy do kdy mají například na zámku otevřeno, jak se dostanou tam a zpět – zjistit vlakové nebo autobusové spoje a tak.

Z volnočasových aktivit se jí líbily výlety s dětmi do cukrárny, výlety na zámek do Blatné, chození na vycházky.

Jaké volnočasové aktivity provozuje v současné době? Jak ovlivnil pobyt na Karlově její prožívání volného času a vztah k dětem?

Podle svých slov respondentka mnoho volného času nemá. Hodně pracuje, aby splatila dluhy. Před nástupem do Karlova nechápala volný čas jako nějakou hodnotu, to se změnilo, protože teď ho chápe jako čas, který může věnovat synům, v budoucnu sobě samé. Každý den se snaží s kluky chodit na procházky, pokud nezbyvá čas, alespoň „natáhne cestu ze školky“. Zachovala si plánování „sobotních akcí“ pro sebe a pro kluky, které naučila v Karlově. V rodinném rozpočtu si díky tomu vyhradí finanční obnos potřebný pro výlet a naplánuje si místo a trasu. Pořádila si starší jízdní kolo s dvěma sedačkami pro syny, v létě má v plánu, že s nimi bude jezdit na výlety po okolí.

Vztah k dětem se po pobytu v Karlově změnil, má je radši, umí si s nimi hrát. Synové jsou klidnější, nejsou na ni zlí. Ona dokáže daleko lépe zvládat stresové situace

s kluky. Když brečí, tak již nepropadá do hysterie, jako tomu bylo na začátku pobytu v Karlově, zvládá vše více v klidu. Respondentka označila jako přínosný pro její vztah dětem videotrénink.

Pozitivně respondentka vnímala terapeutické skupiny, kde poprvé v životě mluvila o svých problémech a nikdo ji za to neodsuzoval. Při skupině probíhala reflexe i sebereflexe. Díky tomu se více otevřela i ve vztahu ke svým blízkým a k dětem.

Příloha III. - Fotografie Terapeutické komunity Karlov – autor Mgr. Jan Šíp



Příjezd k Terapeutické komunitě Karlov, vlevo „Hájovna“, vpravo „Dům B“.



Pohled na dvůr Terapeutické komunity Karlov, vlevo „Dům B“, přímo „Zámeček“.



Terapeutická komunita Karlov – „Dům A“ – pohled ze dvora.



Terapeutická komunita Karlov – „Zámeček“ – pohled ze dvora.

Absrakt

NOVÁKOVÁ, S. Úloha vychovatele v Terapeutické komunitě Karlov ve skupině závislých matek s dětmi. České Budějovice 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce M. Kočerová.

Klíčová slova: dítě, drogy, mateřství, terapeutická komunita, vychovatel, závislost

Práce se zabývá úlohou vychovatele v Terapeutické komunitě Karlov ve skupině závislých matek s dětmi. V práci dochází k seznámení s drogovou problematikou včetně obecné specifikace terapeutické komunity. Je zde popsáno postavení neziskové organizace SANANIM v České republice a podrobně je popsána její Terapeutická komunita Karlov zabývající se léčbou závislých matek společně s jejich dětmi. Další část práce je zaměřená na léčbu závislých matek s jejich dětmi a funkcí vychovatele při této léčbě. Poslední část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu realizovanému ve skupině abstinujících matek, které absolvovaly léčbu v této terapeutické komunitě. Při něm došlo k potvrzení hypotézy, že vychovatel pozitivně ovlivňuje během léčby vztah matek a jejich dětí.

Abstract

The role of a tutor in the Therapeutic community Karlov within a group of drug addicted mothers and their children.

Key words: child, drugs, maternity, therapeutic community, tutor, drug addiction

The thesis deals with the role of a tutor in the Therapeutic community Karlov within a group of drug addicted mothers and their children. The thesis introduces the drug issue, including the general specification of a therapeutic community. The status of the non-profit organization SANANIM in the Czech Republic is described herein, as well as detailed characterization of its Therapeutic community Karlov which focuses on treating drug-addicted mothers along with their children. Another part of this thesis concentrates on the treatment of drug-addicted mothers along with their children and highlights the role of the tutor in the whole process. The last part of this work is dedicated to a qualitative research conducted within a group of abstaining mothers that received a treatment in this Therapeutic community. Over the course of this research a hypothesis that a tutor has positive influence on the relation of mother and her child/children during the treatment phase was confirmed.