

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Sekundární prevence- terapeutická komunita jako efektivní  
prostředek v léčbě drogových závislostí

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Poláčková

Autor:

Adam Schmidt

Praha 2012

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE

Hussite Theological Faculty

BACHELOR THEIS

Secondary prevention - therapeutic community as an effective  
instrument in the treatment of the drug addicted

The work supervisor:

Mgr. Jana Poláčková

Autor:

Adam Schmidt

Prague 2012

Děkuji Mgr. Janě Poláčkové za její podněty a cenné rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytovala při jejím zpracování.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sekundární prevence-  
terapeutická komunita jako efektivní prostředek v léčbě drogových závislostí  
vypracoval samostatně a s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších  
odborných zdrojů.

V PRAZE DNE: 26.6. 2012

PODPIS.....

## **Anotace**

Práce se zabývá léčbou drogových závislostí, zejména pak terapeutickou komunitou jako jedním z jejích prostředků. Ve své teoretické části pojednává a poskytuje souhrn informací o základních pojmech, sekundární prevenci, nebo možnostech odborné pomoci. Dále se zabývá terapeutickou komunitou, jejími kořeny, historií, léčebným programem, vnitřní strukturou a udává přehled zařízení v ČR. Praktická část práce popisuje proces fotografie, léčebný program jako součást terapeutické komunity, popisuje zkušenost s touto metodou terapeutické práce ze strany klienta i odborníka a v závěru proces hodnotí.

## **Annotation**

The work deals with the treatment of drug addiction, especially with the therapeutic community as one of its funds. In its theoretical part deals with and provides a summary of basic concepts, secondary prevention, professional support options. It also deals with the therapeutic community, its roots, history, medical program, internal structure and overview of facilities in the country. The practical part describes the process of photographs, a treatment program as part of the therapeutic community, describes the experience of clients and experts with these method of therapeutic work and evaluates the process at the end.

## **Klíčová slova**

Člověk, Droga, Závislost, Komunita, Léčba, Skupina, Terapeutický proces, Arteterapie, Fotoaparát, Fotografie.

## **Keywords**

Person, Drug, Dependence, Community, Treatment, The therapeutic process, Art therapy, Camera, Photo.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	10
1.1 Droga .....	10
1.2 Závislost.....	10
2. SEKUNDÁRNÍ PREVENCE ANEB LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ .....	12
2.1 Důvody pro vznik závislosti a její kritéria.....	12
2.2. Možnosti odborné pomoci .....	13
3. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	14
3.1 Komunita jako pojem.....	14
3.2. Kořeny, historie a vznik terapeutických komunit .....	14
3.3 Defínice terapeutické komunity .....	18
3.4 Základní dělení .....	19
4. LÉČBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ .....	21
4.1 Rozvrh dne a základní pravidla soužití v terapeutické komunitě .....	21
4.2. Stádia léčby, programu v terapeutické komunitě.....	26
4.3. Délka léčby v terapeutické komunitě.....	29
5. TERAPEUTICKÝ TÝM .....	30
5.1. Tradiční model v USA.....	30
5.2. Zneužití moci a syndrom vyhoření .....	32
6. PŘEHLED TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR .....	34
7. ARTETERAPIE, JAKO LÉČEBNÁ METODA.....	37
7.1. Základní náhled do Historie a vývoje arteterapie .....	37

7.2. Fotografie.....	37
8. VYUŽITÍ FOTOGRAFIE, JAKO PROŽITKOVÉHO PŘÍSTUPU V LÉČBĚ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.....	39
8.1. Popis práce s fotografií, léčebného procesu a jeho fází .....	39
9. KAZUISTIKY .....	47
9.1 První Kazuistika.....	47
9.2 Druhá kazuistika .....	52
9.3 Třetí kazuistika .....	54
9.4 Čtvrtá kazuistika .....	56
10. ROZHOVORY .....	61
ZÁVĚR .....	69
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY .....	71
PŘÍLOHY .....	73

## Úvod

---

Téma související s drogovou problematikou, jsem si pro svou práci vybral z toho důvodu, že mě tento výrazně rostoucí sociálně patologický jev dnešní společnosti velmi zajímá. Problematika drogově závislých je tématem, se kterým se každý z nás denně setkává. Ať už prostřednictvím médií, v rámci studia nebo skrze osobní zkušenost ze svého okolí. Je to nepochybně téma, které se dotýká každého z nás, ale také celé společnosti, kterou negativním způsobem ovlivňuje a velmi silně na ni působí.

Protidrogová politika, která se problematikou zabývá a jejíž akční plán EU, (na období 2009-2012) zahrnuje zejména zvyšování veřejného povědomí, snížení poptávky po drogách, snížení nabídky drog, zlepšení mezinárodní spolupráce a lepší pochopení problematiky, by se měla také zaměřit na řešení samotného problému a to větší podporou organizací, které se léčbou drogově závislých jedinců aktivně zabývají. Preventivní programy jsou jistě žádoucím faktorem avšak sekundární prevence neboli samotná léčba vyžaduje také výraznou, jak finanční tak morální, podporu ze strany vlády.

S nedostatečnou subvencí se organizace tohoto typu potýkají každý den. Nedostatek státních dotací, bez kterých se neobejdou, negativně ovlivňuje mnoho oblastí jejich činnosti. Ať už jde o délku léčby, ale samozřejmě i její kvalitu.

Ve své práci se zaměřuji na léčbu drogové závislosti a složky, které s ní přímo souvisí. Zejména potom na léčebný program v terapeutické komunitě, která je v dnešní době vnímána jako její efektivní řešení.

V teoretické části nejprve definuji základní pojmy a následně se věnuji sekundární prevenci, důvodům a kritériím pro její vznik, ale i možnostem odborné pomoci. V dalších kapitolách se již zaměřuji na terapeutickou komunitu. Věnuji se vymezení tohoto pojmu, její historii a kořenům, základnímu dělení, průběhu léčebného procesu a terapeutickému týmu. Dále uvádím stručný přehled terapeutických komunit v České Republice.



V praktické části se zaměřuji na využití procesů fotografie v terapeutické práci s problémovými uživateli návykových látek a to zejména ve věku dospívání.

Cílem práce, zejména pak její praktické části, je seznámení a zmapování zkušeností odborníků i klientů, procesu práce s fotografií v léčebném programu drogových závislostí, ale i zjištění míry efektivity této metody, zejména prostřednictvím kazuistik, vlastních poznámek klientů a rozhovorů.

Praktickou část práce jsem rozdělil do třech, pomyslných úseků. V prvním z nich, se věnuji vymezení pojmu arteterapie, jejímu vzniku a využití v terapeutické práci. Dále popisu a stručnému pohledu na fotografii obecně, ale i jako na techniku a součást arteterapie v pomáhajícím procesu. Druhá část je věnována kazuistikám klientů, kteří se s fotografií, v rámci své léčby, setkali. Poslední obsahuje rozhovor s odborníky (MgA. Eliškou Jílkovou, PaedDr. Václavem Schmidtem), kteří se tímto procesem podrobně zabývají a aktivně ho ve své profesi uplatňují.

# 1. Vymezení základních pojmů

---

## 1.1 Droga

„Termín má mnoho významů. V Úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná 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 jde 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.“<sup>1</sup>

## 1.2 Závislost

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku

---

<sup>1</sup> Drogy-info.cz, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

- 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, který je typický pro tuto látku. K mírnění odvykacího stavu, který je typický pro tuto látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> NEŠPOR K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 1., Portál, Praha 2007, Str.14-15., ISBN: 978-80-7367-267-6.

## 2. Sekundární prevence aneb léčba drogových závislostí

---

### 2.1 Důvody pro vznik závislosti a její kritéria

Určit konkrétní příčinu, proč se někdo stane závislým na návykové látce, není možné jednoduše definovat. Tuto skutečnost ovlivňuje celá řada faktorů, které závisí na psychických a fyzických dispozicích, ale také na sociálním a rodinném prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal, a ve kterém žije. Mezi další aspekty patří i věk, zkušenosti, zdravotní stav atd. Silným faktorem, kdy se může člověk k drogám dostat je to, že se cítí určitým způsobem nejistý, což může být zapříčiněno špatným rodinným zázemím, stresem, psychickými potížemi, sociální situací nebo zdravotními problémy. Vztahové problémy, smutek, vztek všechno to jsou faktory vedoucí k tomu, že se člověk, může stát závislý na návykových látkách. Je prokázáno výzkumy, že lidé trpící depresemi, tím není myšlený občasný pocit smutku, který zažívá téměř každý, jsou náchylnější k závislostem než lidé psychicky vyrovnaní. Dalším důležitým aspektem pro vznik závislostí je například traumatický zážitek, se kterým se člověk nedokáže vyrovnat jiným způsobem. Je nutné říci, že lidé, kteří se stanou závislými na droze, mají většinou primárně jiný problém, který je k tomuto „řešení“ dovede. Při jejich léčbě je tedy nutné tento problém identifikovat a následně najít jiné řešení.

„Mezinárodní klasifikace nemoci říká, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako centrální charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou a přemáhající) užívat psychoaktivní látku. Touhu užívat drogy si jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat nebo i zastavit. Obvykle však neúspěšně.“<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese].* Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. Str. 19, ISBN 978-80-7367-223-2.

## 2.2. Možnosti odborné pomoci

V případě, že je člověk na droze závislý, je samozřejmě možné obrátit se na odbornou pomoc a to i v případě, že je ve stádiu, kdy s drogami experimentuje nebo se jimi snaží řešit nějakou nepříznivou životní situaci (např. rodinné problémy a další). Na řešení problému, kdy je člověk závislý na drogách, by se měli podílet všichni členové rodiny. Rodinná terapie jim pomůže se v situaci lépe zorientovat, zvláště pokud jde o teenagery žijící s rodiči.

Základní možností, kdy ještě nemluvíme o léčbě jako takové, jsou například terénní programy. Ty umožňují uživatelům drog, kteří se ještě nerozhodli se svojí závislostí léčit, dodržovat alespoň základní zásady určité čistoty. Mají možnost si vyměnit použité stříkačky za nové, a tím snížit riziko přenosu infekčních chorob. V rámci těchto programů může uživatel získat potřebné informace o léčbě. Možností léčby je celá řada.

Jednou z nich je například substituční léčba, kterou je možné využít pouze u osob závislých na opiátech a to pomocí přípravků jako je Sebutex nebo Metadon. Je důležité zmínit, že tato léčba není příliš smysluplná, pokud se neprovádí v kombinaci s nutným poradenstvím a intenzivní prací s klientem. Další možností je léčba ambulantní nebo pobytová. Tyto se provádí v léčebnách nebo terapeutických komunitách a délka je různá. Pro každého je vhodný jiný typ léčby, který musí určit zkušený terapeut ve spolupráci s klientem. Není pravidlem, že dlouhodobý program je vhodný pro každého. Hranice pro rozhodnutí s drogami přestat je pro každého člověka jiná. Někomu postačí fakt, že se zhoršil v prospěchu ve škole, jiný si tuto skutečnost uvědomí při potížích se zákonem nebo třeba zdravotních komplikacích. Pokud chce člověk drogu vyzkoušet je velmi důležité, aby měl dostatek informací o možných rizicích, následcích a komplikacích spojených s jejím užíváním. Konečné rozhodnutí je samozřejmě vždy na něm, ale je nutné vědět, že za veškerá rizika a možné důsledky je pak vždy zodpovědný pouze on sám.

## 3. Terapeutická komunita

---

### 3.1 Komunita jako pojem

Pojem „komunita“ je možné definovat různými způsoby. Obecně jde o společenství, které je charakterizováno zvláštním typem vnitřních sociálních vazeb mezi členy, ale také specifickým vymezením v rámci širšího sociálního prostředí. Rozlišují se komunity sídelní či místní. V tomto případě se jedná o městské či venkovské. Dále rozlišujeme komunity tradiční, vědecké, profesní, umělecké, zájmové. Důležité zmínit je i komunitní hnutí, jakými jsou například ašrámy, kláštery nebo komunity hippies. Samotný pojem komunita je vnímán velmi nejednoznačně a to zejména proto, že v posledních dvou stoletích došlo k významovému posunu tohoto pojmu.

„Tradiční (historická) komunita je charakterizována jednoznačným, prostorovým vymezením, propojením příslušníků rodinnými vztahy, schopností uspokojit z vlastních zdrojů všechny potřeby členů, příbuznou hodnotovou orientací členů a mocenskou suverenitou (jak vůči členům, tak vůči okolí)“.<sup>4</sup>

V moderní společnosti jsou výše uvedené znaky redukovány a komunita přestává být chápána jako autonomní či dokonce jako soběstačný celek. Vyzdvihována je zde spíše určitá mentální a hodnotová spřízněnost. Dochází ke ztrátě vazby ke konkrétnímu místu.

### 3.2. Kořeny, historie a vznik terapeutických komunit

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

---

<sup>4</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 155, ISBN 8071068764.

k duchovním ideálům, víře, osobnímu růstu, či nastolení správného, zdravého způsobu života“.<sup>5</sup>

Původ terapeutické komunity pro drogově závislé můžeme hledat ve věčném boji člověka, který hledá jednotu mezi citem a rozumem, náboženstvím a vědou, věděním a vírou. Své kořeny mají tedy i v náboženství. Úsilí o správný život, který je směřován k čistotě a schopnosti předstoupit před Boha, je možné pozorovat v celé křesťansko-židovské tradici. Komunitní prvek je zde zastoupen například mnišskými řády. Například prvním řádem sv. Benedikta, založeným v 5.st.n.l., Jehospis Regula Benedicti, prvně obsahuje praktické pokyny pro uspořádání života v komunitě, tento řád je zachován dodnes. Pokud se budeme zabývat terapeutickou komunitou jako celkem, můžeme rozlišit dvě hlavní oblasti, které spolu sice mají mnoho společného, jsou však zcela rozdílné ve svém původu a historickém vývoji, mají odlišnou metodologii a slouží různým druhům klientů. Jedno z těchto odvětví se skládá z komunitně orientovaných programů, jejichž účelem je pomoci dětem a dospělým s různými psychologickými, sociálními, psychiatrickými a v neposlední řadě i výchovnými potížemi. V tomto případě se jedná o pedagogický proud, jehož členy byli profesionálové v oblasti výchovy a je uváděn jako „terapeutická komunita pro děti“. Toto pojetí vzniklo v Evropě.

Druhá větev, která vycházela především ze svépomocného hnutí a z kořenů náboženství, měla mnohem větší tradici v Americe. Z tohoto proudu vznikla první hnutí, která se primárně zabývala pomocí drogově závislým. Jedná se například o hnutí AA a později o Synanon, jež vznikl v Kalifornii r. 1958 a jehož ústřední postavou byl Charles Dederich. Od tohoto proudu se odvíjí mnoho současných terapeutických komunit. Hlavní změnou oproti hnutí AA byl ústup od ambulantního programu k ústavnímu a také ústup od náboženské ideologie k světové orientaci. Tyto dvě základní změny, byly stěžejní i pro jejich následovníky v terapeutických komunitách.

„První terapeutické komunity pro drogově závislé podle amerického modelu vznikaly v Evropě v Anglii v roce. 1970 – jednak Alpha House v Portsmouthu,

---

<sup>5</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 158, ISBN 8071068764.

kteřou založil Ian Christie, a Phoenix House v Londýně, založený Griffithem Edwardsem, bývalým toxikomanem a absolventem Phoenix House v New Yorku.“<sup>6</sup>

Zpočátku se terapeutické týmy přikláněly spíše k demokratickému vedení komunit a prvky hierarchie, byly do léčby zaváděny až postupem času. To zejména po zkušenostech získaných na světových stážích například v Anglii, Americe nebo Emiliehoeve v Holandsku (terapeutická komunita, která opouštěla tradiční medicínský model).

Kromě terapeutických komunit, které byly vedeny profesionály, jakými byli pedagogové, psychologové a psychiatři, existovala i celá řada komunit, které vznikaly na bázi křesťanské víry a z určitého úhlu pohledu také využívaly modelu terapeutické komunity.

Pro náhled do historie léčby drogových závislostí v českých zemích, je nutné nastínit několik základních údajů. Již v obrozenecké době v 19. století vznikaly první svépomocné organizace pro alkoholiky. Jednalo se o formu pomoci sedlákům, kteří nevěděli jak naložit s vlastní svobodou po zrušení nevolnictví a proto pili. Vznikaly pro ně tzv. spolky střízlivosti. První protialkoholní léčebna byla založena roku 1909 ve Velkých Kunčicích, ale o pět let později zanikla. Averzivní léčba apomorfinem, byla u nás použita roku 1925, v Anglii již v roce 1890. Dále následoval první socio-terapeutický klub pro osoby závislé na alkoholu v Brně. Podobná organizace existovala již ve Švýcarsku. Další významné kroky v léčbě alkoholismu podnikl Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. společně se svým týmem. Ten je považován za zakladatele systému péče o závislé osoby v Čechách i první léčebny pro alkoholiky na komunitních principech. Je nutné říci, že pátráme-li po původu metody terapeutické komunity v Čechách, musíme zmínit i sebe-zkušenostní vzdělávání psychoterapeutů „SUR“. Jedná se o první a nejvýznamnější výcvikový program v ČR, kterým prošly stovky profesionálů, kteří působí na poli psychoterapeutické péče i v oblasti terapeutických komunit pro drogově závislé. SUR byl založen Jaroslavem Skálou, Eduardem Urbanem (profesor

---

<sup>6</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 181, ISBN 8071068764.



klinické psychologie) a Jaromírem Rubešem (Lékař a psychiatr. Vedl protialkoholní léčení v Bohnicích). Všichni tři působili, alespoň částečně, v léčbě drogových závislostí.

V době komunismu drogově závislí na nealkoholových drogách u nás zaujímali velmi malou část léčených pacientů. V této době převažovaly léky, nad ilegálně vyráběnými látkami typu Pervitin, Braun apod. Pacienti se léčili v rámci standardních programů pro osoby závislé na alkoholu. Po pádu komunismu došlo v Čechách k velkému nárůstu konzumace ilegálně vyráběných drog, bylo tedy nutné vytvořit nové léčebné modely pro tuto specifickou skupinu pacientů. První terapeutickou komunitu, která byla určena pouze pro závislé osoby na nealkoholových látkách, založilo občanské sdružení SANANIM v Němčicích. Podobu terapeutické komunity u nás ovlivnilo mnoho faktorů. Jednak to byla krátká doba od výrazného a prudkého rozmachu užívání ilegálních drog, ke vzniku prvních specializovaných léčeben. Dalším faktorem byla možnost v 90. letech čerpání zkušeností z celého světa a systém péče o závislé na alkoholu, který byl na vynikající úrovni. Významnou roli měla i postupně vznikající, centrální kontrola kvality péče prostřednictvím poskytovaných dotací (grantů) a to z toho důvodu, že v našich podmínkách je téměř nemožné bez finanční podpory komunitu provozovat. Neméně významným faktorem je také jasně daná návaznost terapeutické komunity na předchozí systémové složky péče (terén, kontakt, ambulantní péče, detoxikace, krátkodobý a střednědobý rezidenční pobyt), které určily klientelu i způsob, jakým bude přijímána.

„Bohužel je nutno dodat, že české terapeutické komunity se přes svůj nesporný přínos k léčbě drogově závislých stále potýkají s problémy při získávání finančních prostředků. Každý rok jsou ohroženy na existenci v důsledku systému jednoletého financování. Pravidelně v první polovině roku během čekání na slíbenou dotaci nemají často ani na financování základního provozu. Tato situace je dlouhodobě neudržitelná, a pokud nebude systémově řešena, může vést k úpadku kvality péče a zvolnému přerodu našich profesionálních

komunit na více svépomocné (možná z prvního pohledu levnější) a méně efektivní zařízení.“<sup>7</sup>

### 3.3 Definice terapeutické komunity

Terapeutická komunita bývá definována mnoha různými způsoby. V podstatě rozlišujeme dvě základní pojetí.

V širším slova smyslu můžeme o terapeutické komunitě hovořit jako o formě organizace léčebné jednotky. Jde tedy především o formu řízení oddělení nebo celé instituce. Hlavním aspektem je v tomto případě přechod od tradičního autoritativně hierarchického přístupu organizace. Důraz je kladen zejména na otevřenou komunikaci všech zúčastněných a podílení se na rozhodování i léčbě zejména pak samotnými pacienty. „V popsaném širším slova smyslu se terapeutická komunita jeví jako nespécifická organizační základna, aplikovatelná na odděleních s nejrůznějšími poruchami, na níž se může rozvíjet nejrůznější terapie“.<sup>8</sup>

V užším slova smyslu hovoříme o terapeutické komunitě jako o psychoterapeutických metodách. V tomto případě jde o určitý způsob nebo metodu léčení, při které je využíváno dynamického kontextu společně žijící skupiny osob. „Vlastní terapeutická komunita v užším slova smyslu je specifická léčebná metoda, při níž se v rámci obecné terapeutické komunity vytvářejí intenzivní a dobře organizované malé skupiny s primárním cílem strukturální přestavby pacientovy osobnosti a jeho socializace, případně pracuje celá malá komunita jako taková skupina“.<sup>9</sup>

„Ne všechny rezidenční léčebné programy pro drogově závislé jsou terapeutickými komunitami, a ne všechny terapeutické komunity jsou provozovány ve formě rezidenčního pobytu; ne všechny programy, které se

---

<sup>7</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 208, ISBN 8071068764.

<sup>8</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 12.

<sup>9</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 13.

nazývají terapeutická komunity, užívají stejné sociální a psychologické modely léčby“.<sup>10</sup>

Utvářet terapeutickou komunitu v užším smyslu je obtížné. V terapeutické komunitě jde zejména o to podporovat osobní růst. Velmi významným aspektem v podpoře pozitivního růstu členů komunity je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Lidé se stávají součástí terapeutické komunity, jejími členy tak jako v rodině. Nejsou vnímáni jako pacienti instituce a hrají významnou roli při řízení komunity jako celku. Tímto se stávají pozitivními vzory pro ostatní. Zdůrazňována je zde osobní odpovědnost za svůj vlastní život a jeho zlepšení. V terapeutických komunitách je kladen důraz na integraci individua. Ve prospěch jedince se využívá také napětí mezi ním a komunitou. Změny tímto dosažené se potom využívá při integraci jedince do společnosti.

### 3.4 Základní dělení

Můžeme rozlišit dva základní typy terapeutických systémů. Autonomní systém vzniká především na odděleních, kde nedochází k příliš velké fluktuaci. Jedná se zejména o oddělení psychiatrických léčen pro chronicky nemocné. Tento systém se uplatňuje i na odděleních, kde dochází k větší fluktuaci klientů, to však pouze za předpokladu, že je zde možný cílený výběr přijímaných klientů pro tento systém léčby. Jsou zde omezeny vazby na vnější svět, čehož je dosahováno zejména tím, že jsou oddělení umístěna na odlehlém místě s omezenou možností návštěv.

Z hlediska počtu terapeutických skupin se autonomní komunity dělí na Monoskupinovou komunitu, která má pouze jednu skupinu zahrnující všechny členy komunity. Splývají zde dohromady jak komunitní, tak i skupinová práce, které se vzájemně doplňují. Jednotlivé činnosti se zde liší pouze obsahem,

---

<sup>10</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 156-57, ISBN 8071068764.

účastní se jich všichni členové dané komunity. Za maximální počet pacientů je zde považováno třicet členů.

Multiskupinová komunita má naopak skupin více. Zpravidla to bývají dvě až tři skupiny v dané komunitě. Skupinová psychoterapie a mnohdy i další část aktivit se zde odehrává pro každou z nich odděleně. V komunitě tímto vzniká jak intraskupinová, tak interskupinová dynamika. V tomto případě je i počet pacientů vyšší a to až třicet šest.

Heteronomní systém je provozován zejména na odděleních s větší fluktuací, kde je nutné přijímat klienty bez zvláštního výběru a přípravy. Probíhají zde četné kontakty se zevním světem. Jde především o návštěvy na odděleních i odchody domů. Zjednodušeně je možné říci, že autonomní systém umožňuje zřídit komunitu v užším slova smyslu, naproti tomu heteronomní systém komunitu v širším smyslu. Utvářet terapeutickou komunitu v užším smyslu je obtížné.

## 4. Léčba v terapeutické komunitě

---

### 4.1 Rozvrh dne a základní pravidla soužití v terapeutické komunitě

Rozvrh dne v terapeutické komunitě obsahuje tři základní složky, kterými jsou skupinová psychoterapie, práce nebo činnostní terapie a skupinové aktivity.

Uspořádání dne obsahuje dvě základní alternativy. První z nich je jednostranný rozvrh. Ve vymezeném úseku dne mají všichni členové pohromadě nebo rozdělení do menších skupin, stejný program. Například jde o pracovní činnosti. Dále se v jinou dobu všichni účastní skupinové psychoterapie. Další částí je například psycho-gymnastika atd. Druhou alternativou je rozvrh v paralelních blocích. Jde o činnosti, které jsou rozdílné pro různé skupiny. Například jedna skupina se může věnovat muzikoterapii a paralelně skupina druhá terapii jiné. Například sportovní činnosti bývají někde zařazovány jako činnost rekreační pouze pro zájemce a to spíše v odpoledních hodinách. Jinde to může být zařazeno jako hlavní činnost pro všechny. Večerní program je v komunitách často označován jako večerní klub, kde jsou zařazovány činnosti odpočinkové, které samozřejmě mohou sloužit jako podněty pro skupinovou psychoterapii.

„V některých komunitách má i večerní klub charakter výrazně terapeutický, jak ukazuje rozvrh večerních klubů v kroměřížské komunitě.

**Pondělí-** přednáška s mentálně hygienickou tematikou, vítání nových pacientů a nácvik tance

**Úterý-** psychodramatické etudy, tj. nácvik psychodramatických technik se zaměřením na postupné včlenění se většiny pacientů do hry a osmělení se na podiu; podle okolností se může hra postupně zaměřit více na relevantní problematiku některého pacienta nebo skupiny

**Středa-** psycho-gymnastika

**Čtvrtek-** společenský večer spojený s loučením s odcházejícími pacienty

**Pátek-** skupinové sezení při svíčce (zpravidla tematicky zaměřené)

**Sobota-** návštěva kina, poslech televize nebo společenské hry

**Neděle-** skupinové sezení při náladovém osvětlení věnované pacientům, kteří byli na dovolence.“<sup>11</sup>

Základní pravidla soužití v terapeutických komunitách, bývají často shrnuta do bodů a umístěna tak, aby je měli všichni klienti neustále na očích. Každá terapeutická komunita má pravidla definována s ohledem na konkrétní klientelu (drogově závislé, s psychickými poruchami atd.). V zásadě jsou však obecná pravidla stejná.

„Jako typickou ukázkou zde uvedme kroměřížské čtrnáctero“, které opět navazuje na pravidla komunit v Lobči a Sadské a v mnoha bodech se s nimi překrývá.

- Dodržuj přesně denní program
- Nemlč jako ryba. Mluv o všem otevřeně a upřímně před kolektivem
- Vylez z ulity. Neizoluj se sám ani ve skupince, neutíkej se svými problémy od kolektivu
- Pomoz spolu-pacientům zapadnout do kolektivu a poznat a změnit jednání, které je příčinou jejich neurózy)
- Neztrácej čas hovorem o problémech obecných, ale soustřeď se hned na konkrétní problémy své i jiných
- Nehovoř všeobecně, ale řekni, co cítíš ty, tady a teď
- Nevynášeš sdělení o osobních problémech spolu-pacientů mimo kolektiv
- Piš do deníku denně své myšlenky
- Cvič relaxaci třikrát denně, každý týden jeden pocit a nakonec si vytvoř vlastní formulku
- Hýbej tělem při rozcvičce, práci i sportu
- Nepij alkohol během léčby ani kapku
- Napiš svůj životopis a přečti jej do 14 dnů od nástupu
- Používej psychodramatu a pantomimi, abys vyjádřil, jak cítíš a jednáš ty i druzí, vyzkoušel jiné způsoby jednání

---

<sup>11</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. Vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 35.

- Vyslechni názory a rady druhých, přemýšlej o nich, ale rozhoduj se sám“.<sup>12</sup>

Podle Jonese je jednou z hlavních organizačních zásad v terapeutické komunitě pravidelná schůze všech jejích členů, tedy personálu i klientů. Tato schůzka je velmi důležitá a to z toho důvodu, že zde dochází k jakési konfrontaci personálu a pacientů. Právě Ti zde mají možnost vyjádřit se svobodně k programu i chování personálu. Ten je potom povinen tyto podněty přijímat, nikoliv na ně pouze reagovat obhajobami apod., ale skutečně se jimi zaobírat. Jde zde v podstatě o společné řešení problémů, jejich identifikaci a diskuzi. Ta má být volná, samozřejmě s ohledem a případným usměrněním ke konkrétním otázkám. V tomto ohledu samozřejmě záleží na tom, zda je pro diskuzi vymezen čas 20 minut nebo 1 hodina. Schůze má svou funkci organizační, která spočívá v plánování života v dané komunitě, podílení se pacientů na řízení komunity a v neposlední řadě i nácvik schopností rychle řešit konkrétní problémy. Druhou a neméně důležitou je funkce interakční. Tato spočívá spíše ve vztazích mezi pacientem a personálem, vyjádření se ke konkrétním poznatkům o nich. Dále o vztazích v kolektivu komunity apod.

Na schůzi organizačního typu jde o rozdělování úkolů týkajících se povinností členů komunity, zejména pacientů. Řeší se zde i organizační záležitosti typu propustky mimo zařízení, přebírání funkcí, stížnosti, řeší se různé problémy a přijímají rozhodnutí. Dále se zde rozhoduje například o mimořádných propustkách, řeší se různé výjimky apod. V tomto případě můžeme mluvit o normativní funkci schůze.

„Využívá-li se systematicky normativní funkce schůze, odkazuje personál pacienty, kteří přicházejí s různými požadavky (např. mimořádná propustka), aby s požadavkem vystoupili na komunitě a podrobili se rozhodnutí komunity. V závažných otázkách týkajících se léčení základních zásad pořádku a režimu na oddělení, si ovšem personál ponechává poslední slovo, ale snaží se ve sporných případech spíše uplatnit přesvědčující argumenty a dosáhnout

---

<sup>12</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. Vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 37-38.

souhlasu většiny komunity, než autoritativně posazovat příkazy či zákazy proti přání většiny nebo komunitu nerespektovat a obcházet“.<sup>13</sup>

Pacienti jsou na schůzích informováni o úlevách z některých činností například ze zdravotních důvodů. Pokud jsou v terapeutické komunitě zavedeny individuální rozhovory (pacient a terapeut), slouží tyto schůzky i k žádostem o tato sezení, čímž dochází k určitému snížení těchto žádostí.

Schůzky interakčního typu se využívá právě v komunitách, které obsahují více skupin a má charakter sezení celé komunity. Je zaměřena především na vzájemné vztahy mezi pacienty, personálem a skupinami navzájem. Oproti schůzím organizačním se uskutečňují spíše ve večerních hodinách a je na ně vymezen delší čas.

Při variantě nestrukturované není určeno předem nic, tedy žádný předmět diskuze. Vše je ponecháno na jejích členech. Terapeutický tým nechává skupinu v napětí a nejistotě a sám ustupuje do pozadí diskuze.

„Takto pojaté schůzky komunity předvedl např. Leder ve výcvikovém týdnu psychoterapeutů v Mosznej (srv. Bigo 1973, Kratochvíl, Hausner 1973). Komunitu tvořily tři skupiny frekventantů a skupina trenérů. Trenéři se chovali zpočátku nejen ve skupinových sezeních, ale i schůzích celé komunity zcela pasivně, nedali žádné směrnice ani úkoly, rovněž nepředali řízení spolusprávě. Zpočátku se sedělo a mlčelo. Vytvořilo se podobné napětí jako v malých skupinách, s pocity rozpaků, nejistoty a tenze. Proces vývoje se podobal procesu v jednotlivých malých uzavřených skupinách, ve srovnání s ním však probíhal se zpožděním. Obtížněji se vytvářel společný cíl činnosti i normy. Byly patrné projevy agresivity vůči trenérům, kteří „zklamali“, řada členů prožívala pocity ztráty času. Postupně došlo k diferencování rolí, aktivizaci, společnému řešení narůstajících problémů. Tato forma slouží rozvoji a zkoumání komunitní dynamiky a interskupinových vztahů a jejich srovnání s dynamikou vnitroskupinovou.“<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. Vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 40.

<sup>14</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická Komunita*. 1979. Vyd. Praha: Academia Praha, 1979, Str. 42.



Velmi důležitou složkou patřící k organizační struktuře komunity jsou její shromáždění, která se konají jednou týdně, a která mohou mít dvě hlavní funkce a to hodnocení jednotlivých pacientů a hodnocení života v komunitě.

Na schůzích hodnocení jednotlivých pacientů, jsou pacienti posuzováni a konformováni v rámci celé komunity a to po stránce svého jednání. Jak jsem již zmínil, každý pacient je konfrontován v rámci celé skupiny a to s hodnocením, které na něho vypracovala odstupující spoluspráva. Obsahem tohoto hodnocení je zejména to, jak aktivně se pacient podílí na svém léčení a na léčení ostatních, vztah v rámci kolektivu, sociální projevy, projevy v různých činnostech, ale také charakteristické osobnostní rysy konkrétního člena komunity.

Předmětem schůze jsou náměty k přemýšlení o chybách, kterých se klient dopustil, špatných životních postupech, ale také rady pro změnu. Zmíněny jsou samozřejmě i pozitivní změny v chování apod. Toto je velmi důležité jako povzbuzení a další motivace při léčbě. Hodnocení se účastní a diskutují o něm všichni členové komunity. Ten kdo je právě hodnocen má možnost stručně rekapitulovat svůj hlavní problém, ale také zhodnotit dosavadní průběh léčení.

Hodnocení života v komunitě se účastní, bez výjimky, všichni členové komunity a to z toho důvodu, aby byli všichni informováni a měli možnost se k daným problémům a předmětům diskuze vyjádřit. Například na varšavské klinice se toto shromáždění koná jednou týdně a to v sobotu. Doba pro diskuzi je vymezena asi na dvě hodiny a je členěna do dvou částí. Část první je zaměřena na sdělení spolusprávy o průběhu života skupiny v předešlém týdnu, dále hodnocení pacientů, požadavky na personál, ale také zprávy z jednotlivých druhů terapie. Druhá část, která trvá přibližně hodinu a půl má potom charakter diskuze. Jde o diskuzi bez vedoucího, všichni se tedy účastní na stejné úrovni. Terapeuti pouze nenápadným způsobem usměrňují danou diskusi žádoucím směrem a podtrhují terapeutický žádoucí aspekty dění

Je velmi důležité říci, že při schůzích a vůbec jakýchkoli sezeních v komunitě, kde se odehrává jakási konfrontace mezi jejími členy, diskuse apod. by neměly být vymezeny zvláště skupiny pacientů „proti“ terapeutům. Toho je možné

dosáhnout např. tím, že se mezi sebou konfrontují i různé postoje členů týmu mezi sebou navzájem. Někdy se může část týmu přidat na stranu jedné části pacientů sdílející stejný názor na věc, jindy na jinou. Tímto se ruší jakési stereotypy, že personál musí působit navenek vždy při sobě. Dalším významným aspektem je i to, že u pacientů to utváří a posléze upevňuje pocit důvěry k terapeutům. Nesouhlas, který mezi sebou na schůzích případně projevují členové týmu před pacienty, musí vycházet z toho, že v základu mezi terapeuty funguje shoda. Velká shromáždění terapeutické komunity, která jsem uvedl, se v různých komunitách konají různým způsobem. Tomuto modelu se přibližuje mnoho z nich.

#### 4.2. Stádia léčby, programu v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě se skládá z několika stádií, která jsou velmi významná jak pro tým, tak pro obyvatele. Než je nový člen přijat prochází tzv. vstupním programem, když komunitu opouští, prochází programem následné péče. Tyto programy probíhají obvykle v rozdílných prostředích, samotná léčba i následná péče jsou rozděleny do fází. Zásadní je samotné období v terapeutické komunitě, ale i dobrý vstup a vhodně připravený odchod z komunity. Vstupní program většinou představuje jeden nebo dva rozhovory a připravuje člena na vstup do komunity. Jeho součástí může být i strukturovaný program na dobu několika týdnů nebo dokonce měsíců. Asi nejdůležitějším kritériem pro přijetí k léčení bylo vždy jedno, a to zda může závislý prokázat, že chce něco změnit na své situaci. Pro ty, kteří nechtějí přestat brát drogy, není možné v terapeutické komunitě nic udělat. Příjem může být organizovaný různým způsobem. Obvyklou formou je rozhovor nového člena s týmem terapeutů, ale také s klienty.

Jak jsem již uvedl výše, léčbu v terapeutické komunitě můžeme dělit do několika fází. Konkrétně se jedná o tři fáze léčby. První fáze následuje ihned po přijetí do komunity, kdy jsou doprovázeni staršími členy, kteří je seznamují s chodem v komunitě. Zahrnuje tedy nové členy. První fáze se naplno

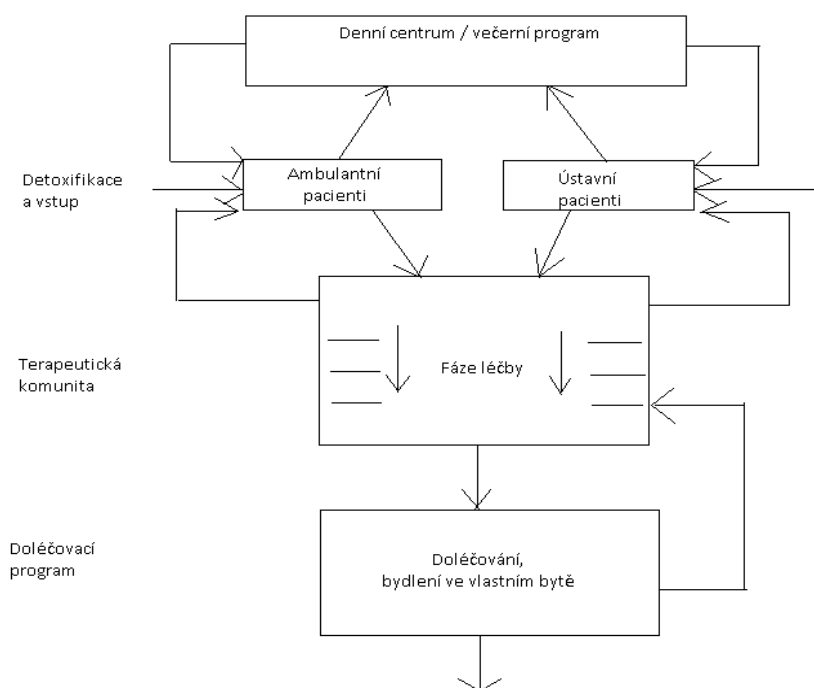
„rozbíhá“ přibližně po dvou týdnech a jejím hlavním cílem je odnaučit se negativní chování a zvyknout si na řádný život. Je důležité, aby členové byli otevření ve vztahu k minulosti a volně hovořili o svých pocitech (například pocitu viny za určité události). V druhé fázi členové postupně přijímají nové hodnoty, které jsou součástí života v komunitě. V této fázi je hlavním cílem to, aby našli sami sebe, ale také vztahy k ostatním členům komunity. Vztahy v komunitě srovnávají se svými vztahy z minulosti. Toto je provázeno řadou emocí. Ve fázi třetí postupně přibývá kontaktu s lidmi, kteří nejsou součástí terapeutické komunity. Velká pozornost je tedy kladena na vztahy s rodiči, partnery, přáteli a v tomto období dochází k přípravě na následnou péči, tedy péči mimo terapeutickou komunitu. V této době se také budují a plánují věci jako je další vzdělání, práce a vůbec další způsob života včetně vztahů. To, že klient projde všemi fázemi, krok za krokem, mu dává pocit uskutečnění, který do této chvíle neměl.

Doléčovací program, je dalším krokem po samotném odchodu z terapeutické komunity a jeho hlavním cílem je postupný proces začlenění zpět do společnosti. Tento program obsahuje dva modely. První z nich nabízí tzv. interní chráněné bydlení. Klient bydlí v prostoru terapeutické komunity. Druhý model je externí. V tomto případě jde také o chráněné bydlení, ale mimo komunitu. Týmy, které se podílejí na doléčovacím programu, jsou rozdílné. V prvním případě jde o tým stejný jako při léčbě v terapeutické komunitě. Druhý model má svůj vlastní tým. Oba modely mají jak své výhody, tak nevýhody. Výhodou interního modelu je například to, že klienti pokračují v léčbě s týmem, který znají a nemusejí si tedy zvykat na nový což je velmi pozitivní, zejména co se týče vybudované důvěry. Nevýhodou je například pracují v komunitě, je kontakt s okolním světem značně omezen a tato pozice není snadná. Výhodou externího doléčovacího programu je například fakt, že je zde patrná, jasně vymezená hranice, která vymezuje život v komunitě od života mimo ni. Výraznou nevýhodou je v tomto případě to, že se klient musí adaptovat na nový tým v době, kdy prochází velkou životní změnou. Zejména pak co se týče životního stylu, životních podmínek apod.

„Klient v následné péči brzy začne mít pocit, že to, co se naučil v komunitě, má ve vztahu k realitě malou hodnotu. Může se začít vracet ke starým zvykům. Přestane říkat pravdu, uklízet, přestane řešit konflikty a brzy bude blízko tomu, aby začal brát opět drogy. Je třeba si uvědomit, že se jedná o běžný vývoj. Nechat si narůst knír nebo bradku je dobré, ale oblečení a vnější znaky „feťáka“ jsou obvykle signálem blížícího se relapsu. Je důležité novému klientovi v následné péči říkat, že hodnoty terapeutické komunity stále platí. To platí zvláště pro jeho vztahy s blízkými lidmi. Měl by se učit, že někdy se vyplatí mlčet, ale že lži jsou něco, co si nemůže dovolit, protože nebude vědět, kdy přestat.“<sup>15</sup>

V závěru léčby většinou dochází opět k pohovoru se členy terapeutického týmu. Každá komunita může mít určitý „rituál“. Zpravidla to bývá pro klienty velmi emotivní záležitost.

„Obrázek I.: Fáze léčebného programu terapeutické komunity (Příklad)“<sup>16</sup>



<sup>15</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 61, ISBN 8071068764.

<sup>16</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 55, ISBN 8071068764.

### 4.3. Délka léčby v terapeutické komunitě

Běžně stanovená délka léčby u většiny komunit je 10-12 měsíců. Objevili se i komunity, které mají dobu léčby stanovenou na 3 měsíce i méně, a to zejména z ekonomických důvodů a také vzhledem ke snaze přilákat další nové klienty. Komunity s delším léčebným programem mají ve srovnání s krátkodobými lepší výsledky, na základě odborných studií (Aron a Daily, 1974; Combs, 1981). Ze zkušeností odborníků je možné říci, že krátkodobá léčba není vhodná například pro klienty, kteří dlouhodobě žijí s drogovou závislostí a ty, kteří mají za sebou závažnější trestní činnost. Klient, který má podporu rodiny a kromě drogové závislosti má ještě nějakou další identitu (škola, zaměstnání apod.) se může úspěšně léčit v krátkodobém program. Oproti tomu pro klienta, který žije na ulici a užívá drogy dlouhou dobu je lepší, nastoupit léčení v dlouhodobém programu terapeutické komunity než se opakovaně vracet do programů krátkodobých.

## 5. Terapeutický tým

---

### 5.1. Tradiční model v USA

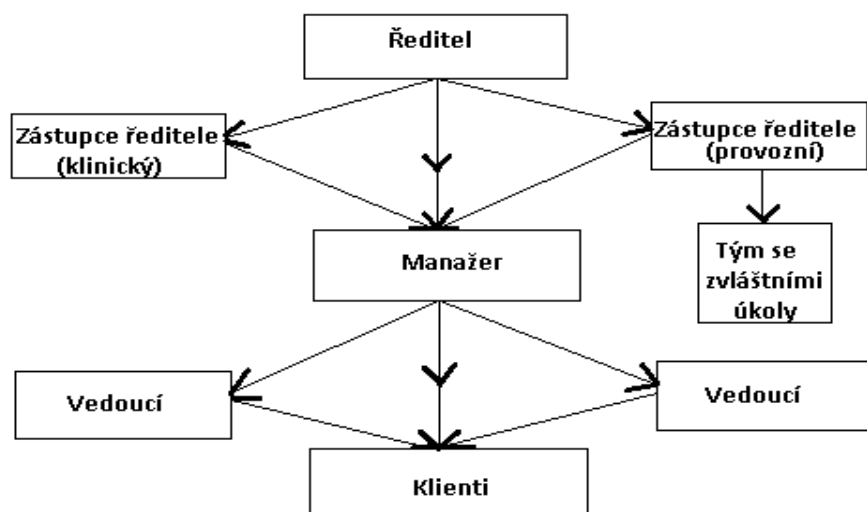
V tradičních terapeutických komunitách ve Spojených státech se většinou téměř celý tým skládal z vyléčených toxikomanů. Ti byli bývalými členy komunity a pracovali v ní, i když neměli žádné vyšší vzdělání. Šlo v podstatě o to, že vyléčení členové týmu byli pro pacienty vzory a ti se posléze také mohli stát členy týmu. Profesionálové potom zastávali role v administrativě nebo ve vedení komunity. Bývalý toxikoman může být, po absolvování určitého výcviku, velmi dobrým terapeutem a to proto, že po léčbě může nacházet uspokojení v pomoci druhým na základě vlastní zkušenosti. Je nutné říci, že terapie je krátkodobý proces. Ani za jeden rok není možné v člověku úplně potlačit zakořeněnou nedůvěru v lidi, kterou si vybudoval v životě na drogové scéně. Tito lidé mají v sobě mnohdy velkou nedůvěru k psychiatrům, lékařům apod. Stane-li se vyléčený toxikoman členem terapeutického týmu, musí tyto pocity umět kontrolovat. Projevují se například tím, že často nekonzultuje věci s ostatními a jeho reakce na rady jsou většinou pasivní. Zásadním problémem v terapeutických komunitách, které vedou bývalí klienti je názor „co bylo dobré pro mne, je dobré i pro tebe“. To zapříčiňuje, že nedochází ke změnám a komunita se drží pouze zavedených koncepcí. Ve Spojených státech jde především o tyto komunity: Daytom Village a Phoenix House v New Yorku.

Tento model prošel postupně mnoha různými změnami. První změnou bylo jasné rozlišení role týmu a klientů. Klienti byli v programu z toho důvodu, že nedokázali žít sami v reálném životě bez drog, k tomu potřebovali pomoc. Hlavní funkcí každého člena týmu bylo to, aby dělal dobře svou práci.

Když se v komunitách začalo objevovat více profesionálů, objevily se problémy jako časté konflikty mezi profesionálem a para-profesionálem (bývalým členem komunity, který působil jako terapeut). Ti si brzy uvědomili, že například výše jejich platů je rozdílná od platu profesionála a žádali o jejich zvýšení. Především tyto nároky spolu s dalšími problémy, které se postupně objevovaly, vedly k velkým konfliktům mezi oběma skupinami. Pro bývalého

toxikomana je velmi důležité dokázat si, že tuto i jakoukoli jinou práci zvládne a bude ji dělat dobře. Často může trpět pocitem méněcennosti, strachem ze selhání a má velkou potřebu pozitivní odezvy. Profesionál se zase může obávat toho, že bývalý toxikoman může práci vykonávat lépe (hlavně na základě vlastní zkušenosti) a toho, že jeho odborné znalosti zde nejsou žádným přínosem.

„Obrázek II.: Fáze léčebného programu terapeutické komunity (příklad z terapeutické komunity Emiliehoeve).“<sup>17</sup>



<sup>17</sup> KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2004. Str. 80, ISBN 8071068764.

## 5.2. Zneužití moci a syndrom vyhoření

Mnoho terapeutických komunit má ve své organizaci zahrnuté prvky, které mají sloužit jako ochrana před zneužíváním moci. Samozřejmě nebezpečí tohoto jevu se zde objevuje. Dochází k němu, když členem týmu terapeutické komunity je člověk, který potřebuje být mocný, čímž většinou projevuje vlastní slabost nebo nejistotu. Tak tomu samozřejmě bývá i v mnoha dalších odvětvích. Pocity nejistoty lze do jisté míry ovlivnit a zvládnou tím, že členové týmu prochází důkladným výcvikovým programem. Tento program je nezbytný jak pro profesionály, tak pro bývalé toxikomany, kteří v komunitě působí jako členové terapeutického týmu.

Bohužel ani dobrý výcvik nemůže plně zabránit pracovním problémům, které se mohou vyskytnout. „Pomáhající“ profese jsou bohužel odvětvím, kde se syndrom vyhoření objevuje velmi často. Projevuje se tím, že člověk začíná být velmi unavený vynakládaným úsilím, velkým nárokem na výdej energie apod. Často se projevuje po roce práce. Fyzickými příznaky často bývají bolesti hlavy, žaludeční obtíže, nepohoda, pocity únavy, nespavost, úbytek na váze. Syndrom vyhoření se často projevuje mezi velmi odpovědnými lidmi, kteří mají nevyvážený a neuspokojivý společenský život. Nejvíce ohroženi jsou vedoucí pracovníci programů. Může se stát, že jsou těmi jedinými, kteří jsou schopni napsat návrh, setkat se s reportérem, jednat se starostou, vést výcvik týmu nebo žádat nadace o peníze. Navíc si musí neustále uvědomovat a přecházet z jazyka a vnitřní kultury terapeutické komunity do kultury a jazyka vnějšího světa. Názorným příkladem může být to, že v rámci komunity na výcvikovém programu, může použít vulgární výraz, ale v televizním vysílání si to dovolit nemůže. Aby se toho vyvaroval, zvláště když jsou tato slova součástí jeho každodenní mluvy, musí se maximálně koncentrovat a soustředit. Vynakládá tím velké úsilí.

Člověk, který trpí syndromem vyhoření, se chová paranoidně a podezřívavě, snadno a často se rozčílí a tyto jevy a pocity ještě prohlubují pocit vlastní neschopnosti. K předcházení syndromu vyhoření mohou přispět opatření jako



třeba kvalitní proces při výběru pracovníka, výchova týmu k delegování odpovědnosti nebo kvalitní využití volného času.

## 6. Přehled terapeutických komunit pro drogově závislé v ČR

---

### **Terapeutická komunita Renarkon, o.p.s.**

(web:[www.renarkon.cz](http://www.renarkon.cz))

Společnost Renarkon působí na území Moravskoslezského kraje. Poskytuje pomoc v oblasti drogových závislostí. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří se s touto situací potýkají nebo jsou jí ohroženi. Renarkon své aktivity zaměřuje jak na prevenci, tak na pomoc. Snaží se předcházet rizikům vedoucím k závislostem na nealkoholových látkách. Snaží se také minimalizovat sociální dopad s tímto spojený.

### **Terapeutická komunita Karlov**

(web:[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz))

Rezidenční léčba a sociální rehabilitace osob závislých na nealkoholových drogách. Sananim je nestátní nezisková organizace, působí v oblasti drogových závislostí. Prostřednictvím programů a služeb, poskytuje pomoc lidem ohroženým nebo se potýkajícím se závislostí na nealkoholových látkách. Bojuje proti mýtu, že závislosti na drogách se nelze zbavit.

Terapeutická komunita Karlov je zaměřena na dvě cílové skupiny a to na skupinu mladistvých a mladých dospělých ve věku 16-25 let. Druhou cílovou skupinou jsou závislé matky s dětmi. Zařízení se provozuje na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

### **Terapeutická komunita Magdaléna, o.p.s.**

(web:[www.magdalena-ops.cz](http://www.magdalena-ops.cz))

Rezidenční program pro závislé na návykových látkách starší 18 let.

Jde opět o nestátní neziskovou obecně prospěšnou organizaci, která působí ve Středočeském kraji. Poskytuje pomoc v oblasti závislostí na návykových látkách. Cílovou skupinou jsou klienti se středně těžkou až těžkou závislostí na návykových látkách. Zabývá se rovněž klienty s výrazným stupněm psychosociálního postižení způsobeného užíváním drog.

### **Terapeutická komunita Němčice**

(web: [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz))

Dlouhodobá rezidenční léčba a sociální rehabilitace osob závislých na nealkoholových drogách.

Jde opět o terapeutickou komunitu spadající pod sdružení Sananim.

### **Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi**

(web: [www.advaitaliberec.cz](http://www.advaitaliberec.cz))

Terapeutická komunita ADVAITA v Nové Vsi u Liberce je pobytové zařízení, jehož klientelou jsou lidé ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách. Hlavním cílem komunity je uzdravovat lidi prostřednictvím změny životního stylu a na základě osobního růstu.

### **Pastor Bonus terapeutická komunita**

(web: [www.pastorbonus.cz](http://www.pastorbonus.cz))

Psychoterapeutická komunita Pastor Bonus (Dobrý pastýř) byla založena v roce 1993, jako druhá komunita svého druhu v ČR. Hlavním těžištěm léčby je skupinová a individuální psychoanalytická psychoterapie, párová a rodinná psychoanalytická psychoterapie, arteterapie, pedagogická terapie a logoterapie (terapie smyslu života). Zakládá si na modelu rodiny.

### **Terapeutická komunita Podcestný Mlýn**

(web: [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz))

Sdružení pomáhá lidem v obtížných životních situacích prostřednictvím preventivních, podpůrných a intervenčních služeb.

Terapeutický program je určen osobám se závislostí na nealkoholových látkách, popřípadě na smíšené závislosti. Cílovou skupinou jsou klienti starší 18 let. Kapacita zařízení je 15 míst z toho 4 místa jsou trvale rezervována pro ženy. Klientela je převážně složena z lidí, kteří bojují s dlouholetou drogovou závislostí v kombinaci s četnými kriminálními činy. Pobytová léčba je určena v rozmezí od 9 do 12 měsíců

## **Terapeutická komunita White Light I.**

(web: [www.wl1.cz](http://www.wl1.cz))

Občanské sdružení WHITE LIGHT I. Vzniklo roku 1996. Služby jsou poskytovány v souladu se zákony č. 379/2005 Sb., k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hlavním cílem sdružení je primární, sekundární a terciární prevence užívání omamných a psychotropních látek jejich uživatelům, ale i jejich blízkým. Služba terapeutické komunity je určena ženám i mužům ve věku od 15 let. Zařízení je určeno lidem závislým na návykových látkách.

## **Cesta Řevnice**

([www.dud.cz/cesta\\_revnice.html](http://www.dud.cz/cesta_revnice.html))

Kapacita terapeutické komunity je 12 klientů. Je určeno jak pro chlapce tak dívky ve věku od 15 do 18 let. Tedy spodní věkovou hranicí je ukončení základní školní docházky. Základní myšlenkou tohoto programu je terapeutická práce s mladistvými uživateli drog, kteří již v důsledku jejich užívání zaznamenali nějaké ztráty v rámci životního stylu. Je nutné, aby sami stáli o změnu. Vychází se zde z myšlenky, že užívání drog je mnohdy výchovným problémem a tedy náprava je opět nutná pomocí výchovných prostředků. Program trvá 8 týdnů a je možné velmi zjednodušeně říci, že může klientům pomoci zastavit se na cestě do závislosti. Po ukončení léčby je možné (za určitých podmínek) nabídnou klientovi chráněné bydlení na dobu 59 dnů. Kapacita chráněného bydlení jsou čtyři lůžka. Prodloužení možnosti chráněného bydlení je možné po posouzení situace klienta.

## 7. Arteterapie, jako léčebná metoda

---

### 7.1. Základní náhled do Historie a vývoje arteterapie

Pojem art therapy poprvé ve svých spisech použila Margaret Nauburgová a to ve třicátých letech 20. Století v USA. Arteterapii používala při psychoanalýze. Další velmi významnou průkopnicí byla Edith Kramerová, jejímž cílem při práci bylo posílit ego a smysl pro vlastní identitu dětí přes výtvarnou expresi. Pracovala zejména s dětmi emigrantů z fašistické Evropy, během války.

Hlavní myšlenka terapeutického využití výtvarné tvorby vznikla na základě zájmu odborníků o tvorbu duševně nemocných. S tím byla spojena velmi pozoruhodná věc, která v průběhu vyšla najevo a to, že nemocní malují jinak než zdraví, a že charakter jejich tvorby je ovlivňován a přímo souvisí s vývojem jejich nemoci. V současnosti zažívá arteterapie svůj rozkvět nejen v USA, Velké Británii, Francii a Německu ale i v mnoha dalších zemích. Arteterapii popisuje mnoho odborných mezinárodních organizací a publikací. Např. organizace International Networking Group od Art therapists.

V České Republice se arteterapie provozuje od padesátých let 20. Století v mnoha léčebných a psychiatrických zařízeních jako součást léčebného procesu klienta. Arteterapie je také součástí vzdělání na fakultách psychologie v Brně i Praze.

### 7.2. Fotografie

Význam fotografie, která se ve světě objevila v devatenáctém století, byl zpočátku podceňován, ale postupně se její význam výrazně rozvinul a sama se pak zapsala do lidského povědomí. Fotografie si získala tolik lidské pozornosti, že nikdo z nás už ani nevnímá její existenci, ale vidí pouze samotnou realitu, která je prostřednictvím fotografie zachycena. Někdy je fenomén fotografování popisován jako zábava, kterou lidé praktikují ve stejné míře jako třeba sex nebo tanec. Fotografování je spíše vnímáno jako společenský rituál než jako umění. Stejně tak jako ostatní formy masového umění. Jakékoli realitě, která byla zachycena fotoaparátem, dává druhou, dvourozměrnou dimenzi fotograf. Tato skutečná realita vznikla pouze jednou a fotografie ji potom „opakuje“

jejím reprodukováním a nahlížením na určitý zachycený obraz. To je na fotografii jedinečné.

Klasická arteterapie je závislá na vnějším ztvárnění určitého vnitřního námětu (osobního pohledu na určitou věc nebo situaci), fotografie je postavena na principu přijetí vnějšího námětu za vlastní. Tedy konkrétní podnět, který autor fotografuje a do něhož promítá svůj osobní pohled a pocit. Každá z fotografií, kterou člověk vytvoří nebo ji pouze vlastní o něm samotném vypovídá a vytváří jeho osobní portrét. Mnohdy lépe než city ovlivněný postoj jeho rodiny nebo blízkých. Fotografie se v arteterapii začala využívat s velkým odstupem za její klasickou formou (malování apod.) Ve světě to bylo přibližně v 80. letech dvacátého století a v České republice ještě o něco později. Fotografie si našla a stále si upevňuje své místo jako forma arteterapie.

## 8. Využití fotografie, jako prožitkového přístupu v léčbě drogových závislostí

---

### 8.1. Popis práce s fotografií, léčebného procesu a jeho fází

Metoda arteterapie, kterou jsem se rozhodl popsat ve své práci, a se kterou mě seznámili dva odborníci, kteří aktivně s touto technikou pracovali, je součástí prožitkového přístupu k léčbě. Do jakékoli výtvarné činnosti a tedy i v oblasti fotografie, klient projevuje svou osobnost. Během léčení v terapeutické komunitě klient zpracovává jednak ucelenou a jednak různě volenou řadu témat, která poukazují na důležité momenty jeho života. Tím je myšlena jak minulost, tak přítomnost, jeho cíle a hodnoty. Odráží se v nich také vztahy, jak v rodině, tak vztahy partnerské. Jak jsem již uvedl, klient prostřednictvím fotografie projevuje svou osobnost. Zejména tedy své postoje, motivy a emoce. Skrze to, že je vyjadřuje tímto způsobem, je lépe rozpoznává a interpretuje. To všechno mu pomáhá v sebepoznávání. Pomocí toho, že klient začne poznávat sám sebe a uvědomovat si svou životní cestu, je mnohem snadnější začít měnit jeho postoje, chování apod. Na základě zkušeností odborníků, se kterými jsem měl možnost hovořit, vyplývá, že nejvhodnější je tato metoda pro dospívající mladé lidi. V tomto období je komunikace s klientem velmi obtížná a fotografie se tak stává velmi významným prostředkem vzájemné komunikace mezi klientem a terapeutem. Při práci s fotografií se nepoužívá pouze samotný proces fotografování, používají se hotové fotografie, které se vždy vztahují k určitému tématu.

Prvními fotografiemi, se kterými se klient setká, jsou fotografie vztahující se k „drogovému terénu“. Jde o místa, která klienti znají nebo se kterými se setkávali během své „drogové kariéry“. Fotografie znázorňují lidi, se kterými se znali, potkali nebo s nimi dokonce žili. V tomto případě samozřejmě nejde o konkrétní osoby, se kterými se potkávali, ale o názornou ukázkou tohoto života. Toto skupinové sezení je velmi náročné, nabitě emocemi a jeho průběh může být zaznamenáván na video a používán jako materiál pro další práci s klienty.

Druhé skupinové sezení probíhá nad fotografiemi stromů. Toto téma je vybráno a pracuje se s ním jako s metaforou. Fotografie klientům umožňují

velký prostor k jejich vlastní projekci. Toto sezení se již nese v klidném duchu. Klienti jsou ponořeni sami do sebe.

Třetí a poslední sezení skupiny je zaměřeno na fotografie, které zhotovili sami klienti, a to během svého pobytu v terapeutické komunitě. Každý si před sebe položí fotografie, za kterými si sám stojí, a které jim během jejich tvorby nejvíce přirostly k srdci. Velmi důležité je, aby každý z klientů vysvětlil, proč předkládá právě tuto fotografii. Práci s fotografií jako terapeutickou techniku lze rozčlenit do třech úrovní:

**1.a. Pracovní proces individuální:** trénink trpělivosti, pečlivosti a čistoty při práci, vůle a systematického přístupu, samostatnost atd.

**1.b. pracovní proces v sociálním kontextu:** vztahy, komunikace s lidmi, spolupráce.

**2.a. Jiný úhel pohledu na realitu.**

**2.b. Rozvoj fantazie a tvořivosti.**

**3. Reflexe, náhled, souvislosti a odstup získávaný v individuálním a skupinovém procesu.**

Po příchodu do terapeutické komunity čeká klienta první focení během třech dnů. Terapeut zvolí dvě témata s tím, že je nutné exponovat alespoň čtyři negativy od každého z nich. Jak jsem již uvedl výše 1. tématem je strom, který stojí uprostřed louky a je zlomený. Každý z klientů má možnost tento objekt nafotit různým způsobem, i když téma je pro všechny stejné. Každý z nich se musí sám zamyslet nad tím, jakým způsobem ho vidí, vnímá, co jim připomíná.

Druhým tématem je volná tvorba. Ta představuje způsob, jakým klienti představují sami sebe. V podstatě jde o to, jaké myšlenky je napadají v souvislosti s vybraným objektem, co je jim blízké, co nebo kdo jim něco připomíná, apod. Prostřednictvím fotografie to říkají jak sami sobě, tak ostatním ve skupině, včetně terapeuta. V tomto případě nejsou slova vůbec potřeba a je pro ně těžké nějaká najít. V této fázi ještě nemají vybudovanou



důvěru jak k novému prostředí, tak k lidem okolo sebe. První fotografování je na začátku provázeno velkými rozpaky. Často se vyskytuje otázka: „*A Co mám fotit?*“ Pro nastínění nálady a situace při fotografování uvádím příklad rozhovoru klientů s terapeutem, který mi byl poskytnut na základě zápisů z prvního fotografování s klienty.

Klient: „*Můžeme fotit Cokoli?*“

Terapeut: „*Máte čtyři snímky jako volné téma.*“

Klient: „*Můžeme vyfotit tenhle strom?*“

Terapeut: „*Vypadá to, že tě zaujal. Mě také, proto jsem ho vybrala. Je to vaše zadané téma.*“

Klient: „*Je takový zvláštní, sám.*“

Klient 2: „*Mrtvej.*“

Klient 3: „*Zlomenej.*“

Klient 4: „*Není mrtvej, dokonce má i jablíčka!*“

Myslím si, že v tomto stručném rozhovoru je jasně viditelný fakt, že už samotné zamyšlení nad objektem, výběr téma apod. o klientech prozradí velmi mnoho.

Někteří z klientů fotografují sebe navzájem, jiní se od skupiny vzdálí a fotí různá zákoutí, ploty, branky, tvary a struktury dřeva. Chtěl bych zmínit, že v tomto případě, který uvádím, jde o konkrétní práci terapeutky (MgA. Elišky Jílkové), která je zároveň fotografkou. Při návratu z focení se o něm postupně rozvíjí diskuze. Mnoho klientů tato zkušenost zaujala a kladou otázky, zda není těžké „dělat fotku“, co vyvolávání fotky obnáší, kdy půjdou na další fotografování, zda budou sami fotografií vytvářet, kdy budou pracovat ve fotokomoře, zda se mohou fotografování věnovat i mimo určený program.

Zajímají se i o takové věci jako ceny vybavení, vybavení fotokomory, zda budou moci pracovat ve fotokomoře samostatně apod. Samozřejmě jsou ve skupině i tací klienti, kteří s velkým zapřením udělají jednu nebo dvě fotografie. Nic je nenapadá a myšlenkami jsou úplně někde jinde. „Obtěžuje je“ nad něčím přemýšlet, soustředit se. Samozřejmě i toto jejich jednání má svou vypovídající hodnotu, se kterou se později pracuje. Při této práci se odborníkům staly i takové věci, že klient nafotil zadané téma způsobem, že čtyřikrát zmáčknul spoušť a konec. To bez jakékoli snahy se na objekt podívat z jiného úhlu. Je nutné říci, že jde o první setkání a tak jako není jisté, že klient nebude spolupracovat, není ani jisté, že spolupracovat bude nebo, že se vůbec dalšího setkání nezúčastní, protože komunitu předčasně opustí.

Druhým setkáním, seznámením se s fotografií je práce ve fotokomoře. Jde o temnou místnost, se kterou se klienti většinou setkávají poprvé. Velkým překvapením je pro ně právě tma, která je za dveřmi této místnosti čeká. Většina otázek a reakcí v tuto chvíli zní takto: „*A opravdu se tu nesmí svítit?, Vždyť je rozsvíceno. Ale je to nějak málo, a proč červená žárovka?*“ Ve fotokomoře je možné najednou pracovat pouze s jedním maximálně dvěma klienty. Ve tmě, a při tom, když vznikají jejich první fotografie, začínají vyprávět. Zejména o sobě, o rodině, o svých zážitcích a zkušenostech s drogami. Tímto způsobem vzniká atmosféra, která utváří důvěrnější kontakt mezi klientem a terapeutem, vzniká pocit bezpečí, který je velmi důležitým faktorem pro jakoukoli další spolupráci. Někteří klienti mohou mít ze stísněných prostor, fotokomory strach. Není to přímo pravidlem, ale pokud se takový klient objeví, není terapeutem do ničeho nucen. Příkladem k tomuto může být klient, jehož otcím se doma sám věnoval vyvolávání fotografií. Tento chlapec mu úmyslně smíchal chemikálie tak, aby mu co nejvíce jeho pobyt u nich znepríjemnil. Po několika týdnech v terapeutické komunitě mu vyvolávání fotografií nedělalo větší problémy. Možná tomu tak bylo i proto, že ve fotokomoře pracovali i ostatní klienti. Další příklad, který bych k tomuto rád uvedl, je o klientce, která šla vyvolávat fotografie bez problému. Při pobytu ve fotokomoře na ní bylo patrné, že jí není příliš dobře. Nesoustředila se a podle terapeutů, kteří mi tento příklad uváděli, vypadala, jako by měla každou chvíli omdlít. Terapeutka jí řekla o svých obavách a ona odpověděla, že místnost je

malá, chybí okna, a že jí v místnosti není dobře. Předsevzala si však, že práci dokončí a své nepříjemné stavy překoná. S terapeutkou se domluvily tak, že pokud práci zvládat nebude, místnost může kdykoli opustit.

Práce ve fotokomoře je velmi specifická, a ne každému se ihned podaří jí pochopit. Vždycky se najde klient, který je schopen od začátku pracovat samostatně bez odborné asistence. Velmi důležité při této práci je, že se klient učí ptát na věci, kterým nerozumí, co jak má udělat, aby výsledek odpovídal jeho představě. Velkým přínosem je také fakt, že klienti, kteří dokáží pracovat takto samostatně již od začátku, mohou pomáhat těm klientům, kteří práci na zhotovování fotografie zvládají pomaleji. V tomto případě pak nejsou zcela závislí na přítomnosti terapeuta a učí se spolupracovat, diskutovat mezi sebou apod. Tímto jejich přístupem, který je aktivní, se klientům začínají rozšiřovat možnosti v oblasti volné tvorby. Jsou vnímavější, a protože pociťují radost a uspokojení z výsledků jejich práce ve fotokomoře, začínají více přemýšlet o své vlastní volné tvorbě, o tom co oni sami chtějí zpracovat. Po tom, co je jejich práce hotová si terapeut s klienty k fotografiím sedne a společně o nich hovoří.

Záznam z jednoho sezení klientů nad zpracovanými fotografiemi pořízený v terapeutické komunitě v Řevnicích. Klienty uvádím pouze pod jejich křestními jmény bez bližších údajů v zájmu zachování anonymity.

*Pavčina: „focení mě baví, práce ve fotokomoře ne; nemám trpělivost dělat všechny ty zkoušky, jestli fotka bude dobrá nebo ne a nemám ráda samotu.“*

*Kateřina: „z focení si toho moc nepamatuji, ve fotokomoře mi není dobře, ale to překonám; fotky jako takové se mi teď, když je vidím, líbí.“*

*Josef: „dostává mě to, focení mi jde pod kůži a ve fotokomoře mám klid, je to jako droga.“*

*Klára: „zajímá mě to, líbí se mi detaily.“*

*Daniela: „focení je pro mne zážitek, nikdy jsem je nedělala.“*

*Petra: „jo, líbí se mi to; nemám však trpělivost ve fotokomoře, je děsný čekat, než něco vyleze.“*

*Miloš: „více mě baví vyvolávání než focení jako takové; je mi jedno, či mám negativ, já si ho ve fotokomoře zpracuji k obrazu svému.“*

*Standa: „fotit, to je super, baví mě to.“*

Ve druhém týdnu po nástupu jednotlivých klientů se již začíná objevovat, kdo se bude fotografování věnovat více a kdo z nich bude mít velký problém zvládnout alespoň nějakou část ze zadaných témat. Většina klientů již zvládá základní práci s fotoaparátem i práci ve fotokomoře. Je velmi zajímavé sledovat, jakým způsobem si mezi sebou vyměňují své poznatky, zkušenosti, dojmy apod. Klienti si v tuto chvíli umí požádat o potřebný materiál nebo o radu, jakým způsobem mají zpracovat jejich nápad, pokud si s ním neví úplně rady. Také mají základní znalosti práce fotografa a orientují se v jednotlivých oblastech práce s fotografií. Samozřejmě někteří více, někteří méně.

Co se týče fotografické práce v terapeutické komunitě, je pro klienta velmi náročný třetí až pátý týden pobytu. Ve většině případech se již zapojují všichni klienti, a pro celou skupinu to tedy znamená mnoho práce ve fotokomoře i při reflexi. V této době také mají za sebou první velký zodpovědný úkol a to třídní výjezd s fotoaparátem a samostatnou tvorbu. O veškeré vybavení se v tuto chvíli starají sami a počet fotoaparátů je samozřejmě limitovaný, proto velmi záleží na jejich komunikaci a řešení otázek jako kdy, kdo, kde apod. Veškerá práce tedy záleží na umění domluvit se mezi sebou. Veškerá společná setkání, kde se mluví o hotových fotografiích, jsou nazývána foto-skupinami. Pracuje se s fotografiemi klientů, ale také s fotografiemi terapeuta, které jsou na velkém formátu a vztahují se k jednomu konkrétnímu tématu. Ze zkušeností z práce s klienty postupně vyplynulo, že pro ně bývají velmi zajímavé foto-skupiny, které se orientují na užívání návykových látek a metafora stromu, o které jsem se již zmínil. Aniž by jim bylo jakkoli podsouváno vidění terapeuta, napadají klienty často nejrůznější paralely, které souvisí s jejich vlastními zkušenostmi a jejich situací.

Šestý týden není pro klienty tolik náročný a věnují se reflexní práci s metaforami. V této části práce fotografie slouží jako projekivní plocha jejich způsobu vidění světa, ale také jako určitá možnost, jak mohou věcem porozumět jiným způsobem. V tuto chvíli to již umožňuje skupinová práce, protože je mezi klienty a terapeuty vytvořena vztahová síť, která jak jednotlivým členům, tak celé skupině poskytuje bezpečí a podporu, kterou potřebují, aby byli otevření. Velmi zajímavým tématem pro klienty bývá práce s autoportrétem, věnují mu hodně pozornosti a nemohou se dočkat, někdy i s obavami, jak výsledek dopadne. Velmi obtížné téma pro klienty bývá reportáž a ne každý tuto práci dovede do konce. Tato práce vyžaduje maximální soustředění, rozvržení a promyšlení jednotlivých kroků, které povedou k výsledku, který si klient předsevzal. V podstatě jde o to, jakým způsobem, prostřednictvím čtyř snímků, vyjádřit celistvý a smysluplný příběh včetně vlastní interpretace jeho autora.

Celý proces samotné přípravy a vytváření dává velký prostor pro reflexe na úrovni prožívání a zpětné vazby. Ty se týkají například rozdílů v individuálních přístupech na úrovni pozorovatelného chování (tím je myšleno tempo, dodržování konkrétních technologických přístupů, důslednost apod.). Tento proces může klientům sloužit jako důležitý zdroj informací o nich samotných. Někteří z nich to později využijí k částečné korekci vlastního chování.

V posledním týdnu léčení se klienti v rámci programu s fotografií věnují volné tvorbě. Tento čas je pro ně i poslední příležitostí, aby si zhotovili vlastní koláž z fotografií celé skupiny. Na to měli čas během celého pobytu (ve volném čase nebo při práci s fotografií). Vše záleží na jejich vzájemné domluvě. Tento úkol není pro klienty povinný, ale postupem času se terapeutům potvrdilo, že většinou tento projekt dokončí všechny skupiny klientů. Mnohdy na koláži pracují odpoledne nebo večer a vše probírají (včetně textu). V této fázi léčby mají většinou klienti dostatečné znalosti a informaci, a proto nepotřebují žádné odborné rady co, jak a jakým způsobem mají zpracovat. Vše je ponecháno na jejich vlastní fantazii.

Proces vytváření fotografie jako metafora kopíruje proces změny rolí terapeuta. Z člověka, který je expertem se postupem času stává pro klienty průvodce a nakonec je rovnocenným partnerem, který s klientem konzultuje jeho záměr. Je nutné říci, že v této fázi programu záleží především na představitivosti každého z klientů a vlastní potřebě, touze tvořit. Díla, která v tuto chvíli vznikají, bývají mnohem ucelenější a konkrétnější ve své podstatě než na začátku léčby a lze v tuto chvíli hovořit o určitých obrazech.

V úplném závěru pobytu, si klienti sami vybírají negativy, ze kterých zhotovují fotografie, které si posléze odnášejí domů. Nad těmito fotografiemi si terapeut s klienty povídá. Proč jsou právě tyhle důležité. Pobyt v terapeutické komunitě (program s fotografií) je zakončen závěrečným sezením klientů s terapeutem, který se s nimi fotografií věnoval. Každý z klientů dostane za úkol vybrat jednu svou práci, kterou terapeutovi věnuje s určitými slovy. Závěrem se terapeut s klienty věnuje povídání o práci s fotografií jako takové. Mluví se o tom, na co nejvíce zaměřili svou pozornost, jaká témata se jim fotografovala nejlépe a jaká naopak nejhůře, co pro ně bylo největší překážkou při tvorbě a práci, co je práce s fotografií naučila, zda je něčí tvorba zaujala více než tvorba ostatních a proč tomu tak bylo, co všechno při fotografické tvorbě uplatnili, jaké znalosti, schopnosti, dovednosti apod. Níže uvádím několik příkladů odpovědí klientů.

*„Vnímání kolem nás, uvědomoval jsem si věci, které normálně nevidím; emoce, výsledky, vychytávat momenty, rozlišovat, nefotit za každou cenu, trpělivost, pozorování, technika, kvalita práce, hravost, fantazie, soustředěnost, důkladnost, kontrasty, zábava, tvořivost, pozorování sebe...“*

## 9. Kazuistiky

---

### 9.1 První Kazuistika

Rád bych uvedl konkrétní příběh klienta, který byl léčen v terapeutické komunitě v Řevnicích. Uvádím pouze křestní jméno. Se zveřejněním příběhu souhlasil. Tato kazuistika se netýká pouze klienta, ale také fotografie v pomáhající profesi.

Štěpán nastoupil na léčení do terapeutické komunity Cesta Řevnice na doporučení psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích. Zde byl hospitalizován na jaře v roce 2004 z důvodu zneužívání psychoaktivních látek (cannabis, alkohol) a také s diagnózou poruchy chování. V psychiatrické léčebně v Bohnicích byl hospitalizován na doporučení neurologa fakultní nemocnice Bulovka, kde mu byla ošetřena poranění způsobená otcem. Pobyt v terapeutické komunitě byl členěn na dvě etapy. Nejprve absolvoval základní a následně doléčovací program. Jeho celkové působení na léčení trvalo 6 měsíců a terapeutickou komunitu opustil v době své právní dospělosti. Tedy ve věku 18 let. Nejprve bych rád stručně nastínil základní údaje o klientovi a jeho rodině. Jeho rodiče jsou rozvedeni, přesto žije otec stále s nimi (samozřejmě jde o období, kdy klient nastoupil léčení). Otce měl Štěpán spojeného s obavami. V době po nástupu do terapeutické komunity dochází v této situaci ke změně. Štěpán má ještě o 7 let mladšího bratra. Již od dětství trpěl pocitem odmítaného dítěte. Jeho matka byla velmi přísná, nároková. Neustále jej kontrolovala a vyžadovala naprostou poslušnost. Otec každé jeho jednání znehodnocoval a mimo jiné byl fyzicky agresivní.

Štěpán byl vždy velmi štíhlý až astenický typ s velmi melancholickým temperamentem. Ten ale kompenzoval extravertním chováním, měl a patrně stále má potřebu být oceněn, být přijímán autoritami a respektován jako výrazná osobnost. Na základě hodnocení a povídání s terapeutem mi také bylo řečeno, že šlo/jde o člověka úzkostného, rigidního, velmi málo odolného vůči stresu a také o člověka s častými pocity křivdy. Je nutné zmínit, že v popředí jeho povahových rysů je také vysoká žárlivost. Potřebuje naprosto bezvýhradně

přijetí a sebe přijetí, je přesvědčen o svém názoru a absolutně neakceptuje jakékoli přesvědčování od kohokoli dalšího. Co se týče intelektu, jde o člověka v pásmu vyššího nadprůměru. Jeho ambice jsou umělecky laděné, literární, ale i hudební.

Všechny tyto osobnostní rysy u Štěpána komplikují jakékoli navazování vztahů. Působí problém v přijímání skupinou jako celkem, ale i jednotlivci. Navazování vztahů, po kterém velmi touží, je komplikováno i faktem, že má tendence vidět ostatní z té horší stránky. Tímto způsobem začínal i jeho pobyt v terapeutické komunitě. Tímto faktem si samozřejmě vysloužil větší pozornost terapeutů, což pro něj bylo zajímavější, než dobré vztahy s vrstevníky. Přesto se postupně daří Štěpána v rámci jeho pobytu mezi kolektiv více začlenit. Tomuto dopomohla i práce s fotografií.

V doléčovacím programu byl upřednostněn jeho návrat do rodiny, tedy soužití s matkou a mladším bratrem. V rámci programu byl kladen velký důraz na téma zodpovědnosti za své konání a přijetí reality takové, jaká je. Jde tedy především o plnění domácích, pracovních a studijních povinností, i když už může mít pocit, že by od všeho nejraději utekl. Velkým pomocníkem, ale i možností útěku se mu stává fotografie, se kterou se Štěpán setkal v základním programu léčení. Fotografie nejen, že odpovídá jeho uměleckým ambicím, zároveň si svým velkým zájmem o ni opět zařizuje jakousi výjimečnost. Povídání si kolem výtvarně pojaté fotografie mu umožňuje utíkat od základních problému, ale také od vnitřních konfliktů, které může prožívat. V rámci této činnosti se také sám pro sebe stává hodnotnějším a úspěšnějším.

V tomto případě byl také velmi důležitý jeden aspekt a to, že Štěpánovi práce s fotografií začala poskytovat možnost přijmout i technickou stránku věci. Díky otcovu celoživotnímu znehodnocování, zejména pak v této oblasti, se technickým problémům vyhýbal. Nevěřil si v nich a měl pocit, že jim nikdy nemůže dobře porozumět. V rámci práce s fotografií, kterou velmi dobře přijal, vlastně přijal i do té doby odmítanou oblast technickou. Z fyziky jde například o optiku, mechaniku, světlo, ale také oblast anorganické chemie. Překvapením pro něj bylo, že tomu může rozumět. Postupem času došlo také k tomu, že



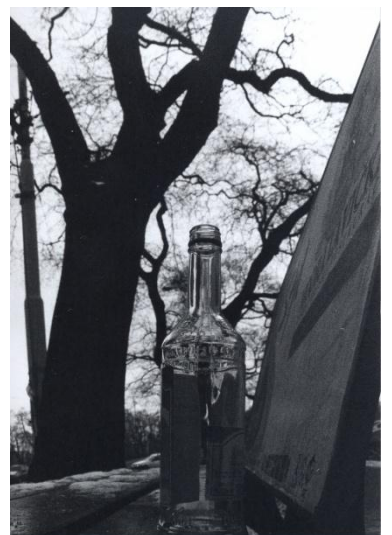
v rámci a touze po zdokonalování, tomu i rozumět chce. Postupně ho začínají při práci zajímat názory a zkušenosti jiných. V tento okamžik se jeho cílem stává také touha po dokončení střední školy, aby se mohl ucházet o studium na vysoké škole, zaměřené uměleckým směrem. Postupem času podstatněji vnímá smysluplnost svého konání. Zajímá se také o práci, aby měl možnost vydělat na materiál, který při fotografování potřebuje, což je pro něj velkým důvodem proč pracovat. Štěpán se přes fotografii stal členem a osobním fotografem hudební skupiny. Z povídání s terapeutem jsem se dozvěděl, že fotí velmi zajímavým způsobem a má velmi dobře zvládnutou technickou stránku věci. Ve skupině je důležitým členem, což je pro něj uspokojujícím faktorem. Mají také společná komunikační témata, mezi která nepatří jen hudba, ale i jejich vlastní tvorba (texty).

Od nástupu na léčení do konce doléčovacího programu i v souvislosti s přirozeným zráním osobnosti v průběhu dospívání došlo pomocí práce s fotografií k velkému zlepšení. U Štěpána se i dnes střídají stavy euforie s depresí, ale je možné říci, že je zvládá mnohem lépe. Období, kdy byl tímto svým chováním velkou zátěží pro své okolí nebo pro jedince, kterého si vybral, je v tuto chvíli, dalo by se říci, za ním.

Poslední informace, kterou jsem obdržel je ta, že se Štěpán připravoval na talentové zkoušky na Institut tvůrčí fotografie při Slezské Univerzitě v Opavě.

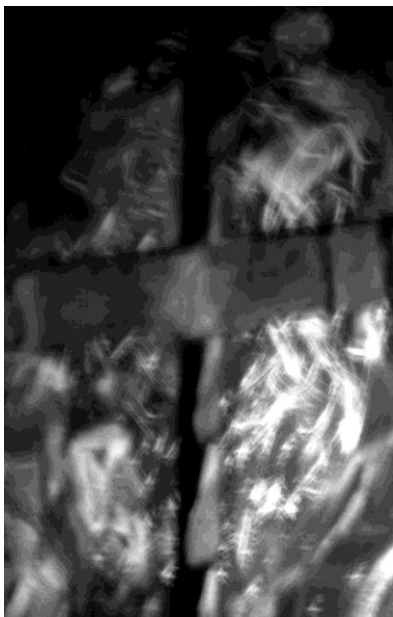
**Ukázka Štěpánovi tvorby:**

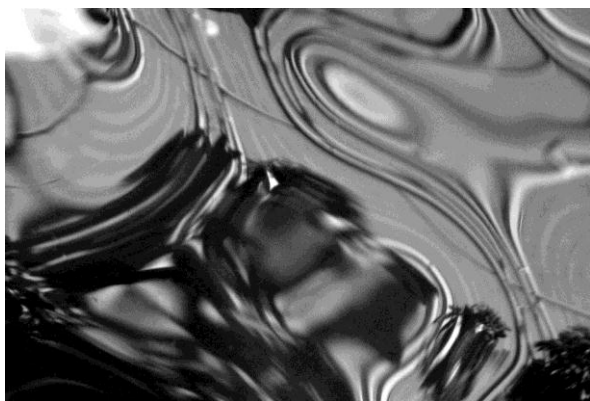
***V první části jde o fotografie, které vznikly při jeho pobytu v terapeutické komunitě v Řevnicích.***



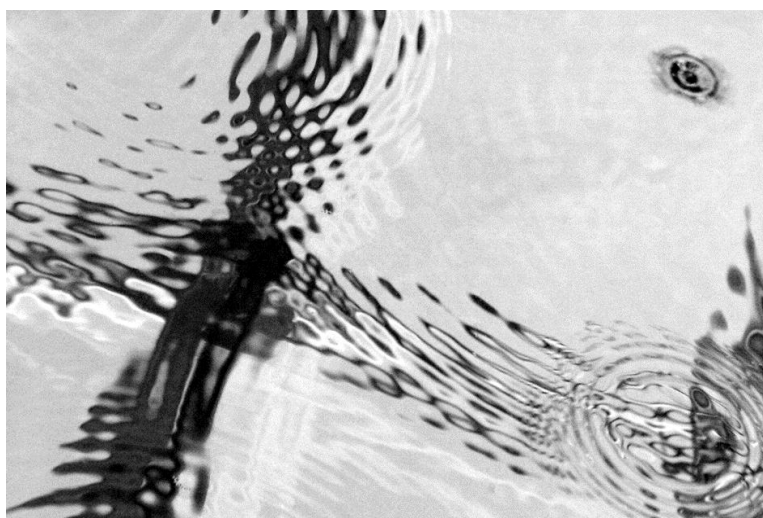


*Ve druhé části jde o výběr z roční tvorby v období od jara 2005 do jara 2006. Jde o kvalitnější fotografie a podle MgA. Elišky Jílkové, která mi tento soubor fotografií poskytla, jde o technicky kvalitnější, ucelenější fotografie. Tematicky zaměřené. Patrný je také zralejší výtvarný projev a určitá sebekontrola.*





„Motlitba za vodu“



## 9.2 Druhá kazuistika

Příběh napsala sama klientka s odstupem času od konce léčení. Příběh mi poskytla terapeutka se souhlasem klientky. Tato kazuistika obsahuje i její vlastní slova, pocity, kterými popsala práci s fotografií.

V řevnické léčebně se klientka poprvé léčila v 18 letech. V té době byla na úplném začátku své „drogové kariéry“. V té době neměla žádné koníčky a nic jí nezajímalo. Jako „nejdrsnější“ a zároveň nejlepší variantu považovala život mezi narkomany a delikventy. Jelikož se v té době jednalo o její první léčení, nedokázala si představit, co jí přesně čeká a zaujala postoj, že ty dva měsíce nějakým způsobem přežije.

Právě v řevnické terapeutické komunitě se poprvé setkala s fotografií, která byla součástí terapeutického programu (fototerapie), který vedla MgA. Eliška Jílková. Bylo to pro ni zcela neznámé a zpočátku tomu nevěnovala žádnou zvláštní pozornost. Programu nevěřila, zdál se jí zajímavý, ale nevěřila tomu, že by jí mohl pomoci. Odpověď na tuto otázku, kterou si na začátku v duchu položila, na sebe nenechala dlouho čekat. Fotografie i terapeutka (Eliška Jílková) si ji postupně začaly získávat.

*„ Ze začátku se mi zdálo poněkud potrhle, když jsme se celá skupina vypravila do lesa, a každý z nás měl za úkol vyfotit strom, o kterém si myslí, že prezentuje jeho samého. Jenže pak se fotky vyvolaly, my si kolem nich sedli dokola a nestačili se divit. Jak je možný, že holka, která byla neprůbojná a vždy bokem od ostatních se vyfotila jako útlý stromeček daleko od mohutnějších stromů? Jak je možný, že kluk, který se cítil jako velký frajer a pan nepřemožitelný se vyfotil jako majestátní dub? Jakoby to všechno do sebe začínalo zapadat, dávalo to smysl a myslím, že i to byl důvod, proč si většinu z nás fotografie získala. Ale nešlo jen o to, mě osobně dalo moc i to, že jsem konečně dělala něco, dokázala to dokončit a jako třešnička na dortu pak bylo ocenění a uznání nejen od Elišky, ale i ostatních ze skupiny. Nikdy nezapomenu na své první hodiny strávené ve fotokomoře. Ten proces mi přišel naprosto fascinující....venku mě něco zaujme, vyfotím si to, potom vyvolám film a pak ta práce ve fotokomoře, kdy se mi nakonec objeví na fotopapíru obrázek- úžasné! A úplně nejužasnější na všem bylo to, že to všechno jsem zvládla sama, to zjištění, že nejsem k ničemu, že když chci, dokážu věci dotáhnout do konce a ještě z toho pociťovat radost. Focení mě bavilo čím dál tím víc, což Eliška ještě chytře podporovala tím, že nám umožnila hlásit se do různých fotografických soutěží apod...tudíž v tom byl i takový ten náboj soutěživosti atd... “*

Ve chvíli, kdy se pobyt klientky v terapeutické komunitě blížil ke konci, si nebyla jistá, zda „venku“ zvládne žít a fungovat bez drog. Byla si ale jistá tím, že se chce věnovat práci s fotografií i nadále. „*Fotit sem chtěla jenže...je jasný, že fetovat a přitom fotit dobrý fotky nejde moc dohromady.*“ Po nějakém čase, kdy opustila terapeutickou komunitu, začala klientka opět užívat drogy a to

v mnohem větší míře než před prvním léčením. *„Mrzelo mě to a bolelo, že ztrácím kontakt s jedinou věcí, která mě prostě bavila. Ale jinak to nešlo...“*

Klientka se potýkala s drogovou závislostí po několik dalších let a podle svých slov se stále více a více přibližovala k tomu pověstnému dnu. Posléze se dostala i do vězení. *„Je fakt, že ať sem na tom byla sebehůř, neměla peníze a všechny své věci prodala, foťák nikdy, ten pro mě byl posvátný a asi jediný můj majetek z let minulých „přežil“ až do dneška. Hlavně také díky Elišce, která jej střežila po celou tu dobu, co jsem byla ve vězení.“*

Svůj příběh klientka sepsala jako dopis v roce 2007. V té době tomu bylo asi deset let, kdy podstoupila první léčení v terapeutické komunitě v Řevnicích a žila (žije) v zahraničí normální život bez drog přibližně tři roky. Prošla několika léčeními. *„Je pravda, že teď už ani tolik nefotím, mám spoustu práce a není tolik času. Nicméně mě moc hřeje u srdce, že můj milovaný a „nesmrtelný“ foťák je v těch nejlepších rukou (u Elišky), která jej má v Řevnicích pro další nové klienty. I kdyby díky němu třeba jen jeden jediný člověk zjistil, že focení je mnohem zajímavější než fetovat, budu šťastná...“*

Z tohoto příběhu je patrné, že práce s fotografií v klientech zanechává velmi silný zážitek a nacházejí v ní i určité odpovědi na otázky, které si sami pokládají, a které se týkají jejich drogové závislosti.

### 9.3 Třetí kazuistika

Stručné shrnutí průběhu léčení v terapeutické komunitě a situace po jeho ukončení.

#### **Základní pobyt**

Klára přišla do řevnické terapeutické komunity v srpnu v roce 2004 dobrovolně. Šlo o její snahu bojovat s drogovou závislostí na pervitinu a experimentování s dalšími návykovými látkami. Při základním pobytu, který trval dva měsíce, Klára s menšími výkyvy nálad pracovala velmi poctivě a soustředila se sama na sebe. Na začátku pobytu byla její vlastní sebereflexe velmi zkreslená. Při pobytu se intenzivně pracovalo zejména na vztahu

s matkou, ve kterém byly značné problémy. Dále byla pozornost terapeutů zaměřena na vztahy k opačnému pohlaví a také na dokončení základního vzdělání.

### **Prodloužený pobyt**

Základním důvodem pro přijetí Kláry do tohoto typu programu, tedy prodloužení pobytu o další dva měsíce, bylo zejména prozatím málo motivující domácí prostředí, ale také posilování pocitu vlastní ceny. Dalším důvodem bylo systematické studium na OU a především pomoc, aby sama Klára přijala rozhodnutí k abstinenci od návykových látek. V druhé části léčení (prodloužený pobyt Kláry) se objevily problémy s nadměrnou konzumací alkoholu. U klientů se objevuje ve spojitosti s abstinencí od nealkoholových drog. Na tomto se průběžně pracovalo. Po skončení léčení je Klára stále v kontaktu s terapeutickou komunitou. Velmi často svá rozhodnutí konzultuje s terapeutky, ráda hovoří o svých úspěších, ale je schopna přiznat i své neúspěchy. Zajímá jí názor terapeutů na určité události a rozhodnutí, která se týkají jejího života. Obsahem konzultací jsou zejména vztahové problémy v rámci získávání zkušeností jedince., které se nechce ve svém životě ztratit a snaží se v rámci svých možností zodpovědně najít své místo.

### **Další průběh**

Klára měla (má) problematické vztahy s muži, které jsou zapříčiněny absencí vlastního otce. Vzorem chování byly dvě starší sestry a matka. Preferuje partnerské vztahy se staršími muži. Ve vztazích se často objevovaly dramatické žárlivé scény podpořené užíváním alkoholu a marihuany. Dále následovalo těhotenství s o 16 let starším partnerem, jehož je to již třetí partnerský vztah. Narodila se zdravá holčička. Rodina se přestěhovala do Úštěka, posléze se Klára věnovala práci v campu „Klára“. Následovaly další problémy ve vztahu s partnerem z části zapříčiněné problémy s alkoholem na obou stranách, tedy jak na straně Kláry, tak na straně jejího partnera. Až do dnešních dnů Klára s terapeutky komunikuje a spolupracuje, opět nastalo postupné zklidnění na obou stranách. K zanedbávání péče o dceru nedocházelo ani v době krize.

Aktuálně je Klára opět těhotná s tímž partnerem. Překonali krizi, která vyústila i v mimo partnerské vztahy. Klára se stará o rodinu, domácnost a provoz campu. Žije spořádaným rodinným životem a stále udržuje kontakt s terapeuty.

Fotografie, ke které se Klára vrátila (programem prošla při léčení v Řevnicích) ji v současné době velmi zajímá. Věnuje se tvorbě propagačních materiálů a velmi ráda by si doplnila vzdělání v této oblasti a otevřela si tuto živnost. U Kláry je posílena tolerance a pochopení druhého (odklon od přílišného zahledění se do svých problémů), což je nejspíše důsledkem mateřství. Velmi si váží pravidelného životního rytmu a stability ve vztazích.

## 9.4 Čtvrtá kazuistika

V této kazuistice je popsán příběh klienta formou zápisů během léčení v rámci různých terapeutických programů. Vloženy jsou zde i jeho vlastní komentáře, postřehy, myšlenky týkající se konkrétních situací z jeho života.

### 1. Práce s fotografií

Martin byl terapeutem zařazen do skupiny „přirozených fotografií“. Do fotografování se zapojil okamžitě a tato činnost ho velmi zaujala. Na práci s fotografií se vždy soustředil a bylo vidět, že ho velmi zajímala. Půjčoval si časopisy o fotografii a velmi se zajímal i o práci různých autorů. Práci ve fotokomoře si vyzkoušel mezi prvními. Opět projevil velký zájem i talent. Dobře pochopil princip práce a nutnou dávku trpělivosti. Snažil se dělat velmi dokonalé zvětšeniny fotografií, věnoval se i ostatním klientům, kterým práce nešla tak dobře jako jemu. Upřednostnil kvalitu před kvantitou.

### 2. Fotky z dětství + koláž rodiny

Klienti společně s terapeutem sedí nad fotografiemi ze svého dětství a rodiny.



Martin je z jednovaječných dvojčat (o 15 minut mladší než jeho bratr). Než se narodili oba bratři, porodila jejich matka ještě mrtvou holčičku. „*Vadilo mi, že jsme museli nosit stejný oblečení.*“ Oba bratři navštěvovali MŠ, ve třech letech se přestěhovali z bytu do domu. Každý rok jezdili společně na rodinnou dovolenou. S bratrem měl Martin problematický vztah, příliš si nerozuměli. Na základní škole spolu byli ve třídě, ale ne v lavici. Když to zkusili, dostávali poznámky za vzájemné napadání. Spjoval je pouze společný koníček a to motorky a později také drogy. O drogách v souvislosti se svým bratrem mluvil různě. I takto: „*když jsem se poté, co mě vyhodili z domu, zase doma ukázal, tak mě brácha vyhazoval se slovy, že už tam nebydlím...přitom byl taky na drogách...poprali jsme se. Nejvíce mě dostala fotka s dědou z máminy strany, byl na nás hodnej, když mě máma vyhodila z domu, tak si mě vzal na měsíc k sobě- práce, střecha nad hlavou, pak jsem mu ukradl 7 tisíc, tak mě taky vyhodil; poté, co jsem se znovu rozjel a zase fetoval (5 dní v kuse až do psychózy) mě děda odvezl do Bohnic a od té doby se semnou nebaví, i když mu posílám vzkazy. Chci všechno urovnat, nesnáším se za to, co jsem udělal, on si to nezaslouží.*“ Když se terapeutka Martina zeptala, zda byl někdy šťastný, odpověděl, že do určité chvíle svého života ano (jeho rodiče se rozvedli přibližně v jeho 13 letech), že svou matku má velmi rád. Po základní škole nastoupil na střední hotelovou školu, kde v prvním ročníku propadl. U rodičů si vynutil přestup na učiliště ve stejném školském zařízení. Měl velký problém s kolektivem, se kterým se neztotožnil a nerozuměl mu. Byl podmíněčně vyloučen za napadení spolužáka. Zpět mohl nastoupit až v září 2008. Do té doby měl pracovat. Martin mluvil i o svém vztahu s babičkou z matčiny strany: „*Má mě hrozně ráda, můžu přijet s jakýmkoli průšvihem. Má mě nejradši ze všech.*“ Martinovo povídání bylo pro něj samého v několika okamžicích velmi emotivní, hlavně v momentě, kdy mluvil o svém dědovi.

**Koláž:** Toustovač = rodina- „*já jsem ohořelý toust, doufám, že se tam vrátím*“; kolo + motorky- „*strašně mě to baví*“; jídlo- „*vaření mě baví víc než motorky*“; zelený netopýr- „*to jsem byl já na drogách (hnusný).*“

**Reflexe terapeuta:** Vzpomínky na dětství, pro Martina byl velmi důležitý vztah s jeho dědou a je pro něj velmi důležité, aby ho dokázal urovnat.

### 3. Tři věci, které mě charakterizují:

- Čepice: „*Koupil jsem si ji, první akce a hodně špatných vzpomínek a průšvihů (připomíná mi to, z čeho se mám poučit.*“
- Čtyřkolka: Jde o Martinův velký koníček (motorky). Popisuje ho jako velký adrenalin a zároveň uklidnění.
- Foťák: S tím přišel do styku až při léčení (intenzivně). Mluví o něm v souvislosti se vzpomínkami a vyvoláváním fotek

Ostatní ze skupiny přidávají: Kafe, upřímnost, přizpůsobivost, chytrost, naivita, zábavnost a náladovost, výbušnost, jídlo, čistota (duševní)

Jaký je podle ostatních: vnitřně krásný, laskavý, ale hledající, „technař“, ohleduplný; člověk, ke kterému se mohou jít vyzpovídat, rozdavačný, společenský, dobře vychovaný, tvrdohlavý jako mezek.

### 4. Archetyp stromu

Součástí programu byla kresba stromu, ale také výběr z hotových fotografií. První fotografii, kterou si Martin vybral, zdůvodnil tak, že je podobná jeho stromu (ten, který kreslil)- má dostatek prostoru. Druhou fotografii z výběru hodnotil stejným způsobem. Třetí fotografie, kterou vybral, zobrazovala kořeny, zdůvodnění: „*Stojím nohama na zemi (myslím si to).*“

### 5. Individuální rodinné setkání

Setkání s rodinou a terapeutem se účastnili: Martin, bratr Luboš, matka, MgA. Eliška Jílková (terapeut). Setkání bylo velmi napjaté, emotivní a vyčerpávající (zejména pro Martina). Během tohoto setkání se Martin čím dál tím více uzavírá do sebe. Tématem setkání byl problematický vztah s bratrem (jak jsem již zmínil, jde o jednovaječná dvojčata), dále také otec, jeho alkoholismus a odchod od rodiny, matka zůstává s chlapci sama. Dalším důležitým člověkem v jejich životě je děda.

Po odchodu otce od rodiny, zaujal Martin roli „toho zodpovědnějšího“ („partnera matky“). Jeho bratr roli méně zodpovědného (syna), který byl i přes to více chválen. Za maličkosti, které udělal a udělal je dobře. V nastaveném rodinném modelu bylo samozřejmostí, že Martin je ten, který vše zvládá. Pokud se stalo, že něco nezvládl, vyvolalo to v rodině podiv. Matka si zpětně tuto situaci uvědomuje a chce ji napravit. Oba své syny má velice ráda. **Technika-** Martin se obrací k terapeutce, jako ke člověku, kterému důvěřuje a chce důvěřovat (určité potrestání matky), jako ke člověku, který mu rozumí. V závěru sezení Martin nekomunikuje vůbec. Má obrovský pocit křivdy a nespravedlnosti. Poslední Martinovou „živou reakcí“ je výzva komunikace s bratrem („volný ring“)- rád by si s ním „vyřídil účty“. Setkání rodiny je ukončeno s tím, že je žádoucí jej opakovat a to ve stejném složení.

## 6. Autoportrét

Tématem autoportréту bylo: „Jak se vidím- jak se chci vidět- jak se nechci vidět“.

- Nejméně příjemný okamžik: „*Když jsem ležel na zemi a měl všechno kolem sebe.*“ (Alkohol, Drogy).
- Důležitý okamžik: „*Když jsem si uvědomil, že tohle už fakt nechci.*“
- Co mi běželo hlavou: „*Domov; strach z toho, že by se to mohlo stát.*“
- Objevil se příjemný okamžik a v jakém momentě?: „*Když jsem s Adamem všechno bral jako srandu.*“ (Vzpomínka na přítele, se kterým užíval drogy).

V době, kdy se konalo sezení na téma autoportrét, měl Martin velmi náročný den. Dopoledne téhož dne se konalo individuální rodinné setkání s jeho matkou, bratrem. Martin si také uvědomil, že jiní klienti jsou na tom hůře (konkrétně šlo o klientku Nikolu) a snažil sem být do pozdních večerních hodin oporou.

## 7. Fotokoláž: „Tak tohle jsem já“

Martin je zaskočen. Ani ne tolik vlastní tvorbou koláže, ale spíše jejím výsledkem. Příliš velkou radost mu to nepřineslo. Mluví o tom, že má rozhodně o čem přemýšlet (vztah k alkoholu, drogám, k sobě samému). Jde o velmi poctivou práci z jeho strany, již výsledkem je mnoho myšlenek, kterým se věnuje s terapeutem.

Práce s fotografií ho zajímá a chce se jí věnovat i nadále. Chce o tom mluvit se svou matkou. Mohla by to pro něj být dobrá forma relaxace a sebehodnocení.

## 8. Masky

Martinovi je příjemnější role pasivní, při sezení se mu honí hlavou mnoho událostí jeho života. Jde především na negativní vzpomínky (vyhození z domu, psychóza spojená s užíváním drog).

**Malování masek-** Svou Masku pojmenoval „Psychotik, Zombie, Zmatek“.

## 10. Rozhovory

---

Rozhovor s MgA. Eliškou Jílkovou a PaedDr. Václavem Schmidtem. Odborníky, kteří se metodou zabývají při práci s drogově závislými.

### **MgA. Eliška Jílková**

Absolventka Institutu tvůrčí fotografie na Slezské univerzitě v Opavě, terapeutka a fotografka (12 let přímé terapeutické praxe spojené s fotografií), autorka terapeutického programu "Využití procesů fotografie v terapeutické práci s problémovými uživateli návykových látek ve věku dospívání". Aktuálně vyučuje studenty střední umělecké školy teoretické a praktické předměty v oblasti fotografie.

MgA. Eliška Jílková mi poskytla většinu materiálů a mnoho mi o práci s fotografií řekla, pokusil jsem se to nejdůležitější, to co by mělo zaznít přímo od ní, shrnout v tomto rozhovoru.

### **PaedDr. Václav Schmidt**

Absolvent Pedagogické fakulty UK v Praze, speciální pedagog, psychoterapeut a supervizor, dlouhodobě pracoval se závislými uživateli drog a jejich rodinami, externě přednášel na FF UK v Praze (Sociální práce). Jako lektor MŠMT garantuje sociálně psychologické výcvikové programy pro pedagogické pracovníky. Vede výcvikové kurzy pro manažery zaměřené na psychosociální dovednosti. Výcviky: SUR, systemická rodinná terapie, integrativní supervize.

PaedDr. Václav Schmidt působil v Řevnicích několik let a společně s Eliškou Jílkovou na metodě pracovali. Jeho jsem požádal o několik slov zejména pak o odborný pohled a popis základních funkcí tohoto terapeutického procesu.

### **Jak byste práci s fotografií popsal/a?**

**E.J.:** „Podle toho, čemu se ve fotografii chci věnovat: sobě x dospívajícím?

- pro mě osobně znamená fotografie odpočinek, uvolnění, „odcestování“ do mého vlastního světa, nebo do světa jiných, jedná-li se o sledování sociálního tématu, prostor pro přemýšlení ...  
- ale též se jedná o prostor, který sdílím společně s dalšími – s klienty, se studenty, nebo také s hematoonkologickými pacienty, tedy s dospívajícími a popsat práci s fotografií? – zjednodušeně řečeno, jedná se o možnost setkávání, kde základním principem je důvěra a uvolněnost, kterou získáváme během praktické spolupráce při vlastním fotografování s jakoukoliv cílovou skupinou z výše zmíněných. “

**V.S.:** „ Práce s fotografií je proces, ve kterém se autor dostává do kontaktu s vlastními zdroji tvořivosti, místo digitálního vnímání každodenní reality je prostřednictvím hledáčku objektivu a následně práce ve fotografické komoře veden k odlišnému úhlu pohledu na zaměřenou část toho, co v realitě vidí. Scéna dostává jiný kontext, místo popisu vystupuje do popředí metafora, symbol, dojem... Metaforické vidění světa dává např. v terapii klientovu často obtížnou situaci do bezpečné závorčky a on může o svém problému přemýšlet a hovořit jinak, než je zvyklý. To, co by pro něj zůstávalo ohrožující (je to přece jeho intimní bolestivá oblast života), je v metafoře a symbolu přijatelné, měkčí... Prostřednictvím zaměřené části reality se mohou objevovat nové obrazy a s nimi i nové významy, které mohou pozměňovat klientovo vidění světa a tedy i vidění a rozumění situaci, ve které se nalézá. Při fyzickém vytváření fotografie – fotografickém procesu – se klient dostává díky této neobvyklé aktivitě tak trochu do změněného stavu vědomí a kromě jiného také do intenzivního kontaktu s vlastními vjemy, pocity, myšlenkami. Psychické procesy jsou intenzivnější a mohou z nich resultovat nová uvědomění, která mohou ovlivnit další klientovo směřování. Obecně lze říci, že reálno je takové, jaké je, bez významů, interpretací, popisů. Ty dáváme realitě my prostřednictvím jazyka, tedy symbolického řádu. Žijeme v popisech světa, nikoliv v realitě. Změní-li se popis a rozumění, může se pro nás změnit i realita sama.

## **V čem je práce s fotografií pro klienta zajímavá (obecně)?**

**E.J.:** „Nejčastěji se setkávám s tím, že jsou okouzleni svojí schopností zvládnout, v jejich očích zpočátku nezvládnutelnou, neznámou techniku a tajemné procesy v temné komoře. Pro dospívajícího je to moment, po kterém často touží – zvládnout něco, co jeho vrstevníci neumí... A tak se stávám jejich „spiklencem“, tím, kdo jim tuto jejich „slast“ svojí nabídkou poskytuje.“

**V.S.:** Pro některé klienty zajímavá je, pro jiné není. Fotografie představuje pro většinu klientů možnost, jak se k realitě a k sobě samým dostat jiným způsobem než dosud. Obecně lze říci, že jde o způsob práce, který není běžný, a proto může být pro mnoho lidí atraktivní. Problém závislosti je charakteristický také tím, že, závislý člověk nemá v běžné realitě kromě drogy (nebo nějakého jiného prostředku) přístup k intenzivním prožitkům a prožívá svět bez drogy jako nezajímavý, šedý, nudný. Práce s fotografií může tento handicap do jisté míry kompenzovat a nabídnout do budoucna pro klienta směr, který mu pomůže překonat období abstinence spojené s nedostačivou produkcí látek zodpovědných za naše prožívání (adrenalin, endorfiny, serotonin aj.) Významný může být i kontakt s fyzickými materiály a fenomény (film, papíry, světlo apod.) a také to, jak se realita může během fotografického procesu proměňovat. V metafoře se tedy může proměňovat i náš život a významy, které mu dáváme.

**Jistě je nutná dávka trpělivosti jak pro Vás tak pro klienty. Je nutný individuální přístup nebo s klienty pracujete v rámci celé skupiny, která se aktuálně v terapeutické komunitě léčí?**

**E.J.:** „Svá opodstatnění mají oba přístupy – klient potřebuje jak svoji intimitu, tak ale i zpětnou vazbu od ostatních ve skupině. Terapeutický program je tedy tematicky strukturován, ale nabízí i individuální prostor dle aktuální potřeby jednotlivých klientů. A trpělivost je nutná na obou stranách – pro klienta v období dospívání je tato situace více náročná než pro mě. Což je, přirozeně, dáno mnoha okolnostmi, ale to už bychom tady spolu při rozhovoru mohli vytvořit další kapitolu.“

**V.S.:** „Trpělivost je jedním ze základních atributů pomáhání a je jedno, jestli mluvíme o terapii, poradenství, vzdělávání nebo sociální práci. V pomáhajících profesích rozlišujeme dvě základní orientace. Orientaci na řešení, ve kterém máme na zřeteli především dosažení cíle, tj. nejčastěji vyřešení dílčího problému klienta a orientaci na proces, tj. cestu, po které s klientem k nějakému cíli kráčíme, a není přitom jasné, zda ho vůbec dosáhneme. Ve východních naukách se často setkáváme s tezí, že důležitější než cíl je cesta, že cesta je cíl. To souvisí s naším západním způsobem uvažování o světě a fenoménu času. Většinou zůstáváme v našich myšlenkách v minulosti, přičemž s trochou nadsázky lze říci, že žádná minulost neexistuje. Minulost je vzpomínka, tedy něco, co už není. Nebo se zabýváme konstrukcí něčeho, co má teprve nastat, tedy budoucnosti. Budoucnost je však pouze naše představa toho, co by mohlo být, nikoliv skutečnost. Hodně lidí svůj život vlastně neprožije, protože jediná skutečnost existuje jenom v přítomnosti, které se vyhýbáme. Fotografická tvorba je ze své podstaty zakotvena v přítomnosti okamžiku a možnosti, které se v procesu otvírají je mnoho. Nevíme, co ze snímku nakonec vznikne. Zaměřenost na přítomnost je atribut trpělivosti. Dělat teď a tady toto a toto, nic jiného. Důvěřovat tomu, že mohu do procesu tvůrčím způsobem vstoupit a výsledek ovlivnit. Individuální přístup je nutný vždy, protože každý z nás jsme jiný, jinak se vztahujeme ke světu, k sobě, k druhým lidem. Někdy je těžké sladit individuální přístupy tak, aby se vešly do pravidel, která vymezují mantinely pro společný prostor, ve kterém pracuje celá skupina. Individuální a skupinová práce mají svá specifika, výhody i nevýhody. Jako všechno. Mluvit podrobněji o individuálním a skupinovém aranžmá by vyžadovalo spoustu času.“

**Metoda není jen o samotném focení, ale i o další práci (téma fotografie, práce ve fotokomoře), v čem jsou jednotlivé fáze tohoto procesu pro klienta důležité?**

**E.J.:** „Této otázce se celostně věnuji ve své diplomové práci „Využití fotografie v terapeutické práci s problémovými uživateli návykových látek ve věku dospívání“. Krátce řečeno – „metoda“ propojuje a využívá jednotlivé přístupy v terapeutickém procesu: arteterapeutický, kognitivně-behaviorální přístup, logoterapeutické možnosti, apod.“



V.S.: *„Částečně jsme o tom již hovořili, společným jmenovatelem je fenomén procesu, vytváření a vývoje. Autor je konfrontován se svými osobnostními možnostmi i limity, může je objevovat, zvědomovat, trénovat nedostatečně rozvinuté dovednosti, konfrontovat svůj způsob vidění s viděním druhých, dostávat užitečné zpětné vazby, zjišťuje, že čas ve fotokomoře plyne například jinak než v jiném prostředí, při spolupráci s ostatními se dostává s lidmi do skutečného osobního setkání, učí se spolupracovat apod.“*

**Podle čeho volíte témata a je něco co by třeba při prvním fotografování s klienty bylo nevhodné?**

E.J.: *„Podobně jako jiní kolegové volí svůj přístup ke klientovi podle jeho tzv. diagnózy, věku, zkušenosti apod., tak i já bych měla umět, alespoň rámcově, rozpoznat, jaké klienty mám před sebou, a vědět, jaká je jejich osobní či rodinná anamnéza, atp. Pro první setkání s fotografií tedy volíme seznámení se s technikou a technologií, a také s prostředím pokud možno nestresující, nezávaznou formou. Rozhodně se hned nepustíme do tématu „autoportrétu“ (jak se vidím-jak se chci vidět-jak se nechci vidět) a jemu podobných, ale spíše se půjdeme projít a prostě si zkusíme „zafotit“... Úvodní větou bývá „jak bych se prostřednictvím fotografie představil“.“*

**Jak reagují klienti na práci ve fotokomoře? Podle mého názoru jde o poměrně složitý proces, vyžadují od Vás „velkou pomoc“ a jsou schopni po čase pracovat zcela sami?**

E.J.: *„To se nedá říci apriori. Opět platí, jak u koho. Je ale faktem, že v posledních letech, s příchodem mladší klientely, je práce ve fotokomoře náročnější, a to nejčastěji díky větším problémům se soustředěním se, s trpělivostí, ze strany klienta více převládá konzumní přístup, apod. Samozřejmě jim ve vlastních počátcích pomáhám, ale ze zkušenosti vím, že je lépe nechat jim více vlastního prostoru k prozkoumávání tohoto území, které pak mohou reflektovat, než je tzv. dlouho „vodit za ručičku“ – většinou jsou šikovni a rychle chápou, nebo jim případně nabídnutý prostor slouží k různým jiným účelům, než jen k vyvolávání fotografií, ale to je též nabídka k terapeutické práci.“*

**Co je hlavním cílem při práci s fotografií, myslím tím, čeho chcete u klienta dosáhnout prostřednictvím tohoto procesu?**

*E.J.: „ Postupem času jsem se dostala k tomu, že nejdůležitějším momentem je poznat sám na sobě prostřednictvím fotografických procesů, co obnáší moment zastavení se a neutíkat sám před sebou, co znamená nebát se sám sebe, případně jiných. Vědomí, že „nic se nejl tak horké, jak se uvařilo“ a opravy jsou možné... Že je možné rozhlédnout se, vnímat a vidět. Vědomí, že jsem vlastně šikovný... Prostě inspirace pro budoucnost, reflexe minulosti, orientace v přítomnosti. “*

**Co je podle Vás pro klienta při této práci nejtěžší, nějaký zásadní moment?**

*V.S.: “Asi se to nedá obecně říct, pro každého to může být něco jiného. V terapii se v okamžicích, kdy se klient brání, mluví o odporu nebo tvořivém přizpůsobení. To znamená, že když se klient „zasekne“, nechce se mu, je to pro něj extrémně těžké a dává to najevo, je to výraz toho, že mu to nějak brnká na jeho citlivé oblasti a osobní témata. Může to být příležitost zastavit se u toho a prozkoumat, s čím tato nechuť může souviset, kde se bere apod. Těžké může být nějaké nové uvědomění podřívající dosavadní obraz sebe a druhých. Nepříjemné může být podřídít se určitým pravidlům, bez kterých práce není možná, je toho hodně, co může člověka nepříjemně překvapit a zaskočit, ale fotografická práce v terapeutickém kontextu přináší samozřejmě i řadu pozitivních prožitků a uvědomění a ta většinou převáží. “*

**Setkala jste se někdy při své práci s naprosto negativním přístupem ze strany klienta, a pokud ano, změnil v průběhu léčení k práci s fotografií svůj postoj?**

*E.J.: „ Při nástupu k terapeutickému pobytu má negativní postoj k jakékoliv činnosti na oddělení většina klientů. Což je v jejich situaci celkem pochopitelné, ale s naprosto negativním přístupem ze strany klienta ve vztahu k činnostem v oblasti fotografie jsem se setkala pouze jednou, a to v případě, kdy, jak jsem se posléze dozvěděla, byl otčím dotyčného klienta vášnivým fotografem a klient se, zjednodušeně řečeno, aktuálně vůči němu vymezoval... Hned v úvodu našeho setkání se tedy objevilo téma, které však, samozřejmě, ještě potřebovalo čas, než jsme se k němu mohli vrátit. Mými pomocníky v tomto případě byli především ostatní členové skupiny, a to tím, jak sami*

*tvořili - mohla tedy nastat situace, kdy se chtěl i zmíněný klient přidat k ostatním. Může ale nastat i situace, kdy klient trpí některou z fobií, případně vícero najednou – stísněné prostory, tma apod. V tomto případě prostor fotokomory vynecháváme a pracujeme více s digitální technologií a prací s fotografií v PC.“*

### **V čem Vás klienti při Vaší práci nejvíce překvapují?**

*E.J.: „Jak postupem času, „rozkvetou“, kolik mají nápadů, jak jsou šikovní a postupně více samostatní, jak hodně si můžeme být vzájemně inspirací a v poslední řadě také tím, jaké jsou to vlastně ještě děti.“*

### **Když zmíním samotné sezení nad hotovými fotografiemi. Dokážou klienti mluvit o tom co, a proč fotili, nebo je k tomu musíte dovést vy sama?**

*E.J.: „Navádíte mě ke spekulacím, ale, jak jsem se již několikrát zmínila, prostor je klienta a fotografie prostředníkem k jeho sdělování, já naslouchám, případně se „doptám“, rozumím-li danému sdělování tak, jak o tom vypráví klient, případně rozprostřu svá rozumění, chápání a vnímání, stejně tak činí i další v kruhu. Neznamená to ale, že naše rozumění je v případě klienta to jediné správné, je-li vůbec „správné“, jenom mu rozšiřujeme oblast vnímání, chápání a porozumění daného tématu ostatními členy skupiny, a je pouze na něm, co si z naší nabídky odnese. Případně se k tématu vícekrát vracíme, atp.“*

### **Řekla byste, že se fotografii věnují i po skončení léčby? Například na základě pozdějších kontaktů s Vámi, nebo je to něco, čím projdou při léčení a později už se k tomu nevrací.**

*E.J.: „Podle toho, jaké ambice máme ve spojení „fotografii se věnují i po skončení léčby“ – nejprve bych se ale vymezila vůči slovu léčba, myslím, že výstižnější je slovní spojení „terapeutický proces“. A k fotografii jako takové – jsou tací, kteří mají tuto aktivitu jako jakési zpestření problémově vnímaného období, jiní si do budoucna odnášejí např. to, že existuje i jiný pohled na fotografii než jen prosté cvaknutí spouště fotografického přístroje, že je např. možné si kleknout a dívat zespoda (ze žabí perspektivy), nebo naopak seshora (z ptačí perspektivy), diagonálně atp., tedy, že obraz a jeho vnímání můžeme*

*vytvářet i my a nejenom ta „záhadná krabička“... A potom existuje skupina klientů, se kterou jsem průběžně pracovní-profesně v kontaktu, neboť to jsou již mí kolegové – fotografové, výtvarníci či pedagogové v oblasti fotografie.“*

**Může podle Vás práce s fotografií pomáhat i následně nebo jde o proces, kterým se vyřeší určitý problém a později to už „nefunguje“?**

*E.J.: „Jak jsem již naznačila v úvodu našeho setkání, já sama používám proces fotografování a související činnosti k vlastnímu uvolnění, soustředění, odreagování, přemýšlení apod. A nejsem výjimkou –v podstatě slouží fotografie každému, kdo s ní zachází, pokud se nedostane do situace, kdy „slouží“ člověk fotografii (viz Vilém Flusser: Za filosofii fotografie; dále např. autoterapeutické pokusy Jiřiny Hankeové, a další). Tak, jako se člověk v průběhu času a pomocí získávaných zkušeností dále vyvíjí, rozvíjí, případně leccos jiného, tak i pohled na jednu a tu samou fotografii se v průběhu času s danými proměnnými různě modifikuje. A neplatí to jenom o fotografii...“*

**Myslíte si, že je fotografie něco co klienty při léčbě, pokud se s ní setkají, může nějak zásadně ovlivnit?**

*E.J.: „Ve svých začátcích práce s fotografií jsem se domnívala, že tato může klienty v terapeutickém procesu zásadně ovlivnit, ale skutečnost je taková, že se jedná pouze o komunikační prostředek, který je leckdy současným teenagerům více bližší, než jiné projektivní techniky. Jde o rozšíření doposud používaných terapeutických prostředků. Mezi bývalými klienty mám ale některé, kteří u fotografie zůstali a věnují se jí, ať už profesionálně či zájmově, doposud. Někteří studují, příp. vystudovali střední či vysokou školu oboru Užitá fotografie a média. Jeden z klientů z období před více jak 13lety je v současné době též mým kolegou, pedagogem v oblasti fotografie.“*

**V čem je pro Vás osobně tato práce zajímavá?**

*E.J.: „Podporuje fantazii, působí nezávazně, nehodnotí, ale zároveň mnoho „prozradí“, nabízí prostor, který ale nesmím zneužít. Učí trpělivosti, hledání a objevování, ale také relativnosti v tom, co skutečně prostřednictvím fotografického obrazu vidíme, vnímáme, a co vidí, vnímá např. „ten vedle mne“.“*

## Závěr

---

Cílem mé práce, v části teoretické, bylo zejména seznámení s tématem léčby drogových závislostí a to hlavně v terapeutických komunitách, prostřednictvím shromáždění informací a faktů k danému tématu.

Praktická část byla zaměřena na proces fotografie v léčebném programu. Jejím cílem bylo zmapovat a nahlédnout do celého procesu, všech jeho částí a na základě shromážděných informací, rozhovorů a příběhů klientů zjistit, do jaké míry je tato arteterapeutická technika úspěšná a v čem jsou její hlavní pozitiva ovlivňující léčbu drogově závislého člověka i jeho osobnost.

V práci se čtenář mohl seznámit s několika oblastmi léčby drogových závislostí a blíže nahlédnout do jedné z „forem“, kterou je léčba v terapeutické komunitě. Je na posouzení každého z nás, zda se s touto formou léčby ztotožní či nikoli. Faktem zůstává, že jde o formu, která zaujímá svou významnou pozici při řešení problémů s drogovou závislostí, a která je v určitém směru jejím efektivním prostředkem.

Terapeutická komunita v Řevnicích při DÚ Dobřichovice, z jejichž metod a zkušeností jsem čerpal, jejíž odborníci mi poskytli materiály nutné k bližšímu zpracování práce s fotografií, mě osobně přesvědčila o tom, že se jedná o velmi zajímavý, lidský a zároveň odborný a inovativní přístup k léčbě drogové závislosti. Míru obecné úspěšnosti je velmi těžké přesně definovat, ale dle mého názoru je komunitní léčba prostředkem, který v mnoha případech, dokáže člověk, který se potýká se závislostí, nasměrovat na „správnou cestu“ a ukázat mu, že má i další životní možnosti.

Co se týče práce s fotografií, potvrdilo se mi, že v několika případech, se tato metoda setkala s velkým úspěchem a ohlasem klientů. Je nutné podotknout, že se nejednalo o výzkum a konkrétní statistiky úspěšnosti, ale zejména o seznámení s programem fotografie v procesu léčení a s konkrétními příběhy klientů, jejich postřehy, pocity z fotografie a s konkrétními fázemi, tohoto bezpochyby zajímavého, procesu v rámci léčby a jako s jejím významným aspektem.

Výchozí cíl se mi na základě materiálu a celkového vhledu do příběhů klientů, zkušeností odborníků a na základě osobních rozhovorů potvrdil. Fotografie v klientech, na jejichž příběhy jsem měl možnost nahlédnout, zanechala výrazný dojem, pocit, zkušenost. Tím nemyslím pouze během jejich léčení, ale i jako součást jejich dalšího života. Skrze proces práce s fotografií u nich došlo k reálnému pohledu na ně samé, na jejich problémy a životní strasti, které později vyústily v drogovou závislost.

## Použitá literatura a prameny

---

### Literární zdroje

GANERI, Anita. *Drogy: Od extáze k agonii*. Vyd. 1. Přeložil Ladislav Csémy. Amulet, s.r.o., Praha 2001. 149 s. ISBN: 80-86299-70-8.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Vyd. 1., Úřad vlády České Republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 308 s., ISBN: 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Grada Publishing, a.s. Praha 2008, 400 s. ISBN: 978-80-247-2449-2.

**KOOYMAN, Martien** (*Terapeutická komunita pro závislé*. Přeložil Martin hajný a Petr Nevšimal). **DE LEON, George** (*Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe*. Přeložil David Adameček), **NEVŠÍMAL, Petr** (*Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*). *Terapeutická komunita pro drogově závislé 1. Vznik a vývoj*. Vyd. 1., Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., Produkce NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2004. 238 s. ISBN: 80-7106-876-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. Vyd.1., Academia, nakladatelství české akademie věd, Praha 1979, 122 s. ISBN: 509-21-826.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Příběhy terapeutických skupin*. Vyd. 1., Triton, Praha 2007, 266 s. ISBN: 80-7254-934-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Vyd. 1., Galén, s.r.o., Praha 1995, 318 s. ISBN: 80-85824-20-5.

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie*. Z amerického originálu Art therapy for groups přeložila Johana Elisová. Vyd. 2., Portál, 2010, 280 s., ISBN: 978-80-7367-729-9.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1., Portál, Praha: 2007, 176 s., ISBN: 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Vyd. 1., Praha: Portál, Praha 1995, 128 s. ISBN 807178-086-3.

ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. Grada, Praha 1999, 260 s., ISBN 80-7169-836-9.s

RŮŽIČKA, Jiří. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Vyd. 1., Triton, Praha 2001, 341 s., ISBN: 978-80-7387-467-4.

SANANIM, Kolektiv autorů. *Drogy: otázky a odpovědi*, Vyd. 1., Praha: Portál, Praha 2007, 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

SONTAGOVÁ, Susan. *O Fotografii*. Z anglického originálu *On Photography*, přeložil Pavel Vančát. Vyd. 1., Ladislav Horáček- Paseka, Praha 2002, 184 s., ISBN 80-7185-471-9.

URBAN, Eduard. *Toxikománie*. Vyd. 1., Avicenum, Praha 1973, 196 s., ISBN: 0807373.

### **Elektronické zdroje**

[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

[www.reknidrogamne.cz](http://www.reknidrogamne.cz)

[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

[www.dud.cz](http://www.dud.cz)

[www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz)

### **Další zdroje**

BENDOVÁ, Markéta. Diplomová práce: *Arteterapie formou fotografie v České republice*. Slezská Univerzita v Opavě 2007.

JÍLKOVÁ, Eliška. Diplomová práce: *Využití fotografie v terapeutické práci s problémovými uživateli návykových látek- Korektivní zkušenost*. Slezská Univerzita v Opavě.

SCHMIDT, Václav. *Využití fotografie v poradenské a terapeutické práci s problémovými uživateli drog*. Řevnice 2008. (článek, přednáška).

- Zdroje, jako články, vlastní zápisy z práce s klienty apod. mi k praktické části mé práce, poskytla MgA. Eliška Jílková a částečně PaedDr. Václav Schmidt (zdroje, které byly zveřejněny, uvádím v seznamu dalších zdrojů). Veškeré Kazuistiky, komentáře a práce klientů, byly použity s jejich výslovným souhlasem (zveřejněny již dříve se souhlasem pro další použití).
- V kazuistikách jsou uvedeny pouze základní informace, jako je např. jméno klienta, věk apod. Údaje, které nebyly pro práci směrodatné, neuvádím.



## Přílohy

---

### **Seznam příloh:**

1. Vstupní dotazník (vyplňují jej klienti, při nástupu do terapeutické komunity v Řevnicích)
2. Práce klientů (ukázky prací klientů z průběhu terapeutického programu)
3. Koláž (společný projekt celé skupiny)

1. Příloha

Vstupní dotazník (vyplňuje klient při nástupu do terapeutické komunity v Řevnicích).

## C E S T A Ř E V N I C E

### VSTUPNÍ DOTAZNÍK

(vyplňuje klient)

#### I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

1. Jméno a příjmení:

2. Narozen/a:

3. Rodné číslo:

4. Trvalé bydliště:

5. Pojišťovna:

6. Přechodné bydliště:

7. Kontaktní telefon:

#### II. ZDRAVOTNÍ STAV:

8. Jak hodnotíš svůj zdravotní stav ( zaškrtni ):

a) dobrý, momentálně žádné zdravotní potíže

b) drobné problémy, ale obecně jej považuji za dobrý

c) mám momentálně zdravotní problémy, navštěvuji s nimi lékaře

d) mám zdravotní problémy trvalejšího rázu, jsem pod stálou kontrolou lékaře

9. Byl jsi vyšetřen na infekční žloutenku ?    ano    x    ne    ( zaškrtni )

pokud ano, s jakým výsledkem?

negativní

- hepatitida typu B
- hepatitida typu C
- hepatitida jiného typu

10. Máš nějaká zdravotní omezení ( např. stav po operaci, vrozená vada, smyslová vada atd.)?

11. Užíváš pravidelně nějaké léky ( jaké ) ?

### III. VZDĚLÁNÍ:

12. Nejvyšší dosažené vzdělání ( napiš např. 2.ročník SOU apod.) ZÁKLADNÍ

13. V současné době:  navštěvuji školu ( jakou )

---

mám přerušené studium ( jaké )

jsem vyloučen ze studia a evidován na úřadu práce

jsem vyloučen ze studia a neevidován na úřadu práce

pracuji ( kde )

---

### IV. DROGY/ALKOHOL

14. Užívání ( v průběhu posledního půlroku )

	Věk při prvním užití	Jak často užíváte	Doba pravidelného užívání v letech	Injekční aplikace
Alkohol		Nikdy Občas		

		Pravidelně Denně		
Opiáty (heroin, braun, jiné...)		Nikdy Občas Pravidelně Denně		
Pervitin		Nikdy Občas Pravidelně Denně		
Kokain, crack		Nikdy Občas Pravidelně Denně		
Extáze		Nikdy Občas Pravidelně denně		
LSD (tripy) a jiné halucinogeny ( např. houbičky, durman aj.)		Nikdy Občas Pravidelně Denně		
THC ( marihuana, hašiš )		Nikdy Občas Pravidelně Denně		
Jiné ( uveďte )		Nikdy Občas Pravidelně Denně		

Pozn.: občas - méně než 1x týdně, pravidelně - nejméně 1x týdně,

15. Za svou hlavní NEALKOHOLOVOU drogu v současné době považuji ( zaškrtni ):

- a) heroin
- b) pervitin
- c) marihuana
- d) extáze
- e) halucinogeny
- d) těkavé látky ( např. toluen )
- e) jiné ( napiš )

16. Další drogy, které v současné době užíváš ( napiš : THC, LSD

17. Injekční aplikace:      ano   x   ne   ( zaškrtni )

pokud ano : věk při prvním injekčním užití: \_\_\_\_\_

sdílel jsi někdy společnou jehlu ?    ano   x   ne   ( zaškrtni )

18. Počet absolvovaných pokusů o léčbu ( rozumí se léčba pobytová, ne ambulance ):PL  
Bohnice-stále

19. Byla některá léčba řádně ukončena ? ano x ne

20. Nejdélší absolvovaná léčba (napiš od -  
do):\_\_\_\_\_

#### V. TRESTNĚ PRÁVNÍ PROBLÉMY:

21. Máš v současné době nějaké problémy se zákonem ? ( zatrhni )

- a) bez problémů se zákonem
- b) probíhající trestní stíhání
- c) soudem nařízená ochranná léčba
- d) soudem nařízené PO, ÚV, OV
- e) ochranný dohled
- f) podmíněný trest

#### VI. VZTAHY V RODINĚ:

22. Moji rodiče:

- a) nejsou rozvedeni a žijí spolu, jsme úplná rodina
- b) nejsou rozvedeni, ale některý z rodičů žije jinde ( napiš který:  
)
- c) jsou rozvedeni, ale vztahy mezi nimi jsou celkem dobré
- d) jsou rozvedeni, ale nestýkají se spolu nebo je mezi nimi velmi napjatý vztah
- e) některý z rodičů zemřel
- f) nemám rodiče

23. V posledním půlroce jsem bydlel:

- a) se svými vlastními rodiči
- b) s některým z rodičů ( samotným )
- c) s některým z rodičů a jeho partnerem
- d) u příbuzných
- e) s partnerem/partnerkou

f) na internátě

g) ve výchovném nebo diagnostickém ústavu

h) jinde

(NAPIŠ) \_\_\_\_\_

#### 24. Sourozenci

Vlastní	Nevlastní

#### 25. Vztahy s rodiči

a) bezproblémové

b) uspokojivé s občasnými problémy

c) vážný konflikt s jedním z rodičů ( i pokud jde o rodiče nevlastního ) -  
s kterým: \_\_\_\_\_

d) vážně narušené vztahy s oběma rodiči

e) nesnesitelné neustálé konflikty, neřešitelná situace

f) bez kontaktu

#### 26. Partnerský vztah ( v současnosti )

a) dlouhodobější vztah s partnerem, který nefetuje

b) dlouhodobější vztah s partnerem , který fetuje

c) krátkodobé, příležitostné vztahy

d) bez partnera

V Řevnicích dne: \_\_\_\_\_

podpis: \_\_\_\_\_

## 2. Příloha

Práce klientů: Ukázky z 1. Focení s klienty a jejich práce z průběhu pobytu v terapeutické komunitě.



*„Dlouhá cesta.“*



*Budova v Řevnicích.*







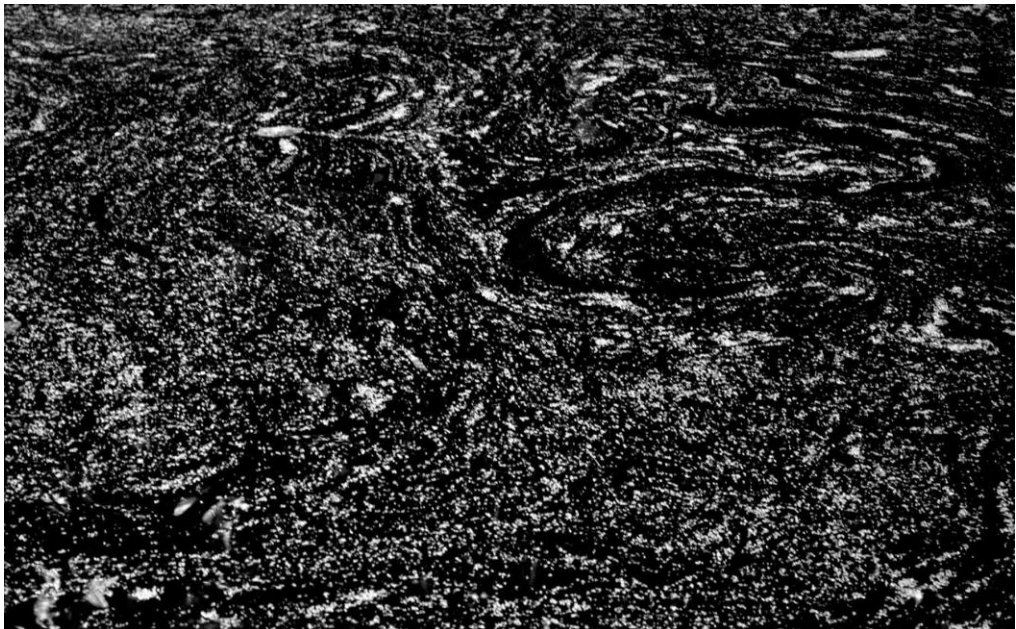
*Jedna z klientek fotografuje ostatní ze skupiny.*





*Fotografie na téma: „Voda“.*





### 3. Příloha

Koláž: Společný projekt klientů.

