



### PHDR. JOSEF RADIMECKÝ, PH.D., MSc.

je adiktologem, vystudoval magisterský obor speciální pedagogika – vychovatelství, absolvoval postgraduální kurz *Drug use – evidence based interventions and policies* v Londýně a řadu dalších výcviků a odborných stáží v tuzemských i zahraničních institucích. Působil ve výchovném ústavu pro děti a mládež, v r. 1992 absolvoval stáž ve švýcarském zařízení pro práci s uživateli drog; byl terapeutem v terapeutické komunitě pro uživatele drog. V r. 1993 založil a vedl terapeutickou komunitu *White Light I*. V letech 1998–2004 byl ředitelem Meziresortní protidrogové komise vlády ČR (dnes Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Zde mj. připravil Národní strategii protidrogové politiky 2001–2004 a 2005–2009, podílel se na vzniku Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, vedl či spolupracoval na několika mezinárodních a národních rozvojových a výzkumných projektech. Zastupoval ČR v řadě mezinárodních institucí zabývajících se problematikou užívání drog a jeho dopadů. Od r. 2005 pracuje na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze jako odborný asistent. V roce 2010 získal odbornou způsobilost adiktologa bez odborného dohledu a také Cenu adiktologie za přínos rozvoji oboru prevence závislosti. Je členem Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů a Českého institutu pro supervizi. Publikuje, přednáší a podílí se na řadě výzkumů v ČR i zahraničí.

# České terapeutické

**S**oučasný platný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje službu „terapeutické komunity“ jako pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

■ **Text: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.**

(Pozn. red.: Text se týká terapeutických komunit pro osoby se závislostmi, nikoli s duševním onemocněním.)

### ▶ Starší než Bible

První zmínky o léčebných společenstvích – terapeutických komunitách (TK) nabízejí tzv. svitky od Mrtvého moře. V letech 200–68 př. n. l. existovaly v Kumránských jeskyních židovsko-křesťanské komunity, které vedli tzv. „*therapeutae*“. Ti podle svitků „...ovládají umění léčit lépe, než je to obvyklé ve městech, protože tamti léčí jen tělo, zatímco tito léčí i duše, které posedly strašné, téměř nevyléčitelné choroby“. I dnes je částí odborné veřejnosti závislost vnímána jako nevyléčitelná nemoc a za jedinou alternativu je považována abstinence. „Cílovou skupinu“ popisují svitky jako ty, „*kteří posedly choroby, u kterých radosti a choutky, úzkosti a smutky, vášně a bláznovství, nepravosti a nespočet dalších žádostivosti a rozmarů osudu zaútočí na člověka...*“. Starověké komunity používaly nejen podobné nástroje jako dnešní TK (pravidla, skupinová setkání, vzájemnou podporu členů společenství), ale směřovaly i k podobnému cíli, tj. k „*dosažení osobnostních změn jednotlivce*“.

### ▶ Alternativa k psychiatrické léčbě

První novodobá TK vznikla za 2. světové války jako metoda léčby navrátilců z fronty s neurotickými příznaky – únavovým syndromem, úzkostnými či posttraumatickými stresovými poruchami. Založil ji Dr. Maxwell Jones v britském Maudsley Hospital. Tradiční psychiatrická léčba selhávala, proto personál zaváděl sociologické a psychologické metody. Pacienti se do procesu léčby aktivně zapojili. Významnou roli hrála skupinová setkání, samospráva a jejich zapojení do vedení oddělení, otevřená oboustranná komunikace mezi lékaři a pacienty, hlasování o důležitých rozhodnutích a sociální učení v každodenních interakcích mezi pacienty. Lékaři působili jako průvodci pacientů, a nikoli jako experti na jejich léčbu. Tyto principy dodržují TK dodnes.

### ▶ Inspirace jménem Synanon

První TK pro klienty se závislostí na drogách – americký Synanon – založil v Kalifornii v roce 1958 Charles Dederich, absolvent Anonymních alkoholiků (AA). Modifikoval přístup AA od spoléhání se na Boha k potřebě spoléhat se sám na sebe, což byl pro mladé uživatele drog přitažlivější koncept. Komunitu vedli „*ex-useři*“ (bývalí uživatelé drog), kteří používali pro dosažení změny chování klientů konfrontaci a frustraci. Každý přestupek byl tvrdě trestán, ale společenství nahrazovalo klientům rodiny, jež se jich často zrekly. Tento přístup, u nás známý jako „*cukr a bič*“, byl nazýván „*tough love*“ (drsná láska). Synanon byla, na rozdíl od dnešních TK, celoživotní komunita. Klienti v ní zůstávali i po léčbě. Ale nedostatek její vnější kontroly vedl až ke kultu osobnosti jejího zakladatele, jenž začal svoji moc vůči klientům zneužívat. Po řadě incidentů byla komunita rozpuštěna a Dederich uvězněn. Stala se nicméně inspirací pro evropské komunity, které začali v 70. letech 20. stol. zakládat profesionálové. Koncept svépomoci ex-userů však obohatili o psychoterapii, další vzdělávání personálu a od drsné konfrontace se posunuli k dialogu a snaze porozumět klientům.

### ▶ O několik (k)roků napřed

Evropské TK se staly inspirací pro ty české, které začaly vznikat od počátku 90. let jako alternativa léčby klientů se závislostmi v psychiatrických léčebnách historicky založených na „*léčbě těla*“. TK stavěly při práci s klienty na principech zavedených M. Jonesem, a tím od počátku naplňovaly požadavky, jež začalo MPSV zavádět do praxe sociálních služeb až prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V tom lze české TK označit nejen za alternativu psychiatrických léčen, ale i řady ústavů sociálních služeb, na jejichž přístupu ke klientům se podepsal vznik za éry komunismu.

Přes původní inspiraci v Evropě si české TK našly a vyšlapaly vlastní cesty, jež při práci s klienty zohledňují naše kulturní a sociální specifika (méně striktní, více naslouchající přístup) i co do nároků na personál (vyšší kvalifikační nároky). Ze setkávání s pracovníky TK z jiných evropských

# ké komunity v roce 2018

zemí na konferencích Evropské nebo Světové federace TK lze usuzovat, že se české TK posunuly za uplynulých více než 20 let z role učedníků do role rovnocenných partnerů svých „starších sourozenců“. V některých ohledech – např. zapojování rodinných příslušníků do léčby klientů se závislostmi – se naše TK staly pro zahraniční kolegy dokonce inspirací, ne-li učiteli.

## » Terapeutické komunity v ČR

V současnosti je v ČR cca 17 TK pro osoby se závislostmi<sup>1</sup>; 10 z nich je certifikovaných RVKPP<sup>2</sup> a současně registrovaných jako sociální služby, další 3 TK jsou jen registrované sociální služby, 4 TK jsou akreditovány jako zdravotnická zařízení. Navíc v ČR působí ještě několik náboženských TK. Ojedinelou je TK pro osoby s poruchami osobnosti – registrovaná sociální služba. Z uvedených TK naleznete po jedné v Libe-

**Podobně jako jiné sociální služby, i TK se v současnosti potýkají s problémy při hledání nových, kvalifikovaných pracovníků...**

reckém, Ústeckém, Plzeňském, Zlínském, Moravskoslezském kraji a na Vysočině. Dvě TK jsou v Jihomoravském kraji, tři v krajích Středočeském a Jihočeském a čtyři v Olomouckém. Rozmístění TK není v ČR příliš rovnoměrné a v některých krajích je nenajdete.

TK je vysoce specializovaná služba s celostátní působností, s vysokým prahem dostupnosti a vysokými nároky na kvalifikaci personálu. TK mají zpravidla kapacitu 15 až 20 míst pro klienty a délka programu se pohybuje převážně mezi 8 a 12 měsíci. Celková kapacita komunit v ČR, představující cca 200 míst, je oproti odhadovaným počtům klientů se závislostmi relativně stále velmi nízká. Standardy RVKPP požadují po pracovnících TK nejméně vyšší odborné, lépe vysokoškolské vzdělání v různých humanitních oborech; jsou ale povinni doplnit si vzdělání v psychoterapii (skupinové a/nebo rodinné).

Předstupněm TK jsou nejčastěji kontakt-

ní centra a/nebo služby odborného sociálního poradenství, které mohou klienty – přes zdravotnickou detoxifikaci – do TK referovat. Na TK navazují služby následné péče, ať už v ambulantní podobě, nebo v kombinaci s chráněným či podporovaným bydlením.

## » Integrovaný přístup

V r. 2014 schválila vláda ČR integrovaný přístup v protidrogové politice. Ten se ve fungování adiktologických sociálních služeb, včetně TK, promítl do rozšíření cílové skupiny z původně uživatelů pouze nealkoholových drog na klienty s dalšími závislostmi. Cílovou skupinu TK tedy tvoří klienti se závislostmi na ilegálních drogách, alkoholu, lécích i s tzv. nelátkovými závislostmi (gambling, závislosti na internetu, na PC či užívání mobilního telefonu). Navíc se velká část klientů TK – oproti minulosti – potýká s kombinovanými závislostmi (např. na užívání návykové látky a hazardním hraní) a/nebo s duálními diagnózami, kdy se klienti vedle závislosti potýkají i s nějakou psychiatrickou diagnózou (deprese, úzkostné stavy, schizofrenie apod.).

Stručně řečeno, profil klientů TK se v posledních letech neustále proměňuje. Stále větší část z nich se potýká s vážnými zdravotními a sociálními problémy a jejich léčba a rehabilitace s cílem jejich reintegrace klade na pracovníky TK stále větší nároky. Tento trend lze ale pozorovat i v dalších typech sociálních služeb pro klienty ohrožené sociálním vyloučením. Podobně jako jiné sociální služby, i TK se v současnosti potýkají s problémy při hledání nových, kvalifikovaných pracovníků, což je způsobeno kombinací vysokých kvalifikačních nároků a nízkých platů, a také s nárůstem byrokracie a administrativy spojené se stravenkami, jimiž je klientům vyplácena část dávek v hmotné nouzi.

## » Jde to, ale dře to

Přes počáteční nedůvěru se TK v kontextu českých sociálních i zdravotnických služeb etablovaly jako standardní, kvalitní a efektivní programy léčby a sociální rehabilitace. Jejich největšími nevýhodami jsou délka programu 6 až 12 měsíců, po kterou žijí klienti ve „skleníkovém“ prostředí, a nákladnost léčby, jež je dána nepřetržitým provozem. Jejich nákladnost je také důvodem, proč byly v minulosti – v rámci krácení dotačních prostředků na sociální a/nebo adiktologické služby z veřejných rozpočtů – opakovaně existenčně ohroženy.

Nicméně náklady na 1 den léčby v TK

jsou srovnatelné s náklady na vězení nebo na léčbu v psychiatrické léčebně. Klientům TK se však dostává více strukturovaných aktivit a individuální podpory než v léčebnách, což se odráží i ve větší míře jejich úspěšnosti. Léčba klientů se závislostmi je v psychiatrických léčebnách kratší než v TK, zpravidla 3 až 5 měsíců.

Zahraníční výzkumy nicméně naznačují, že delší pobytová léčba (v průměru cca 9 měsíců) je pro klienty se závislostmi účinnější. Absolventi kratší léčby se po recidivě svého závislého chování vracejí k opakovaným léčbám do léčeben ve větší míře, než je tomu u klientů TK. Přesto jsou TK zřizované NNO neustále odkázány na nejisté dotační prostředky.

## » Reformovat, či nereformovat?

V ČR má v současnosti probíhat reforma psychiatrické péče s cílem zamezit zbytečným hospitalizacím pacientů s psychiatrickými diagnózami (včetně závislostí) a zefektivnit stávající systém psychiatrických a sociálních služeb. Ač má termín reforma v češtině význam „změna, náprava, zlepšení, přetvoření“ – tedy stávající podoby psychiatrických (i adiktologických) služeb a přemýšlení jejich pracovníků, část „reformátorů“ chce zachovat stávající služby tak, jak jsou, a pouze je doplnit o nové.

Domnívám se, že by reforma měla proběhnout jinak, a TK by v ní měly sehrát svoji úlohu. To ovšem předpokládá „reformu“ myšlení pracovníků sociálních i zdravotnických služeb v oboru závislostí. Především bychom měli upustit od zavedeného automatismu posílat všechny klienty se závislostmi do pobytové léčby v psychiatrických léčebnách. Ne všichni to potřebují a chtějí dosáhnout abstinence, tedy cíle léčby, který léčebny nabízejí. Více bychom měli začít využívat služby ambulantního odborného sociálního poradenství, jež pro danou cílovou skupinu v posledních letech vznikly, a do pobytové léčby posílat jen ty, kteří ji skutečně potřebují. V souvislosti s tím bychom měli snížit lůžkovou kapacitu psychiatrických léčeben, jež klientům se závislostmi – na rozdíl od TK – poskytují krátkodobou, ne příliš intenzivní a účinnou léčbu (viz opakované nástupy pacientů po recidivě nezřídká i několikrát během jednoho roku). Těm, kteří pobytovou léčbu skutečně potřebují, bychom měli umožnit delší, dle výzkumů účinnější léčbu v terapeutických komunitách, jejichž počet a kapacita by se měly naopak navýšit. Těmto systémovým změnám by ale měla předcházet důkladná analýza situace a potřeb. ■

<sup>1</sup> Zdroj – Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR.

<sup>2</sup> Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR – poradní a koordinační orgán vlády ČR v otázkách drogové politiky.