

## ***Font Picant: Sant Miquel Maifré – a Specific Model of Therapeutic Community in Spain***



**ZAJÍČKOVÁ, K.**

---

Department of Psychology, Faculty of Social Studies, Masaryk University, Brno, Czech Republic (Ph.D. student)  
Aftercare Center Point 14, Pilsen, Czech Republic

**Citation:** Zajíčková, K. (2014). Font Picant: Sant Miquel Maifré – specifický model terapeutické komunity ve Španělsku. *Adiktologie, (14)*1, 90–94.

**SUMMARY:** *The text reports about a particular Spanish therapeutic community, its rules, and the way it operates. The author attempts to consider this model of therapeutic community in a wider social context of the 1980s when the centre was founded and to render some of the specific philosophical principles which the community follows. A presentation of selected statistical data and a final reflection on this work experience is also included.*

**KEY WORDS:** THERAPEUTIC COMMUNITY – SPAIN – DUAL DIAGNOSIS

**Submitted:** 16 / NOVEMBER / 2013

**Accepted:** 6 / MARCH / 2014

---

**Address for correspondence:** Klára Zajíčková / [klara.zajickova@gmail.com](mailto:klara.zajickova@gmail.com) / Department of Psychology, Faculty of Social Studies, Masaryk University, Joštova 10, 602 00 Brno, Czech Republic

# Font Picant: Sant Miquel Maifr  – specifick  model terapeutick  komunity ve Španělsku



ZAJ CKOV , K.

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno (Ph.D. student)  
Stredisko n sledn  pře že Point 14, Plzeň

**Citace:** Zaj ckov , K. (2014). Font Picant: Sant Miquel Maifr  – specifick  model terapeutick  komunity ve Španělsku. *Adiktologie*, (14)1, 90–94.

**SOUHRN:** Text referuje o konkr tn   pan lsk  terapeutick  komunitě, jejích pravidlech a způsobu fungování. Autorka se v něm pokou i o zasazen  daného modelu terapeutick  komunity do hlubšího kontextu spole ensk  situace v období vzniku centra v 80. letech minulého století, stejn  jako o postihnut  některých specifických filozofických východisek, kterými se komunita r d . Sou ast  popisu je rovněž prezentace vybraných statistických u daj  a z v re n  reflexe pracovní zkušenosti v tomto prostredí.

**KL I OV  SLOVA:** TERAPEUTICK  KOMUNITA – ŠPANĚLSKO – DUÁLNÍ DIAGNÓZA

Terapeutick  komunita (dále TK) je ve Španělsku podobn  jako v ostatních evropských zemích jedním z významných fenoménů v oblasti l eby závislosti na návykových látkách, jehož samostatn  historie se datuje ke konci 70. let, kdy se objevily první tamní komunity pro drogov  z visl <sup>1</sup>. Zpo atku se jednalo spíše o transformovan  komunity pro du evn  nemocn , nicméně v letech 1979–1986 se tato společenství

vyvinula v m sta s aktivn j m p stupem k l ebeb závislosti, kter  ovšem i přes veřejnou podporu a soci ln  iniciativu p e ivala v někdy až extr mn  nejistých podmínkách (Comas Arnau, 2006). Ve zmiňovan m období vzniklo rovněž kontaktní centrum a později i terapeutick  komunita, kde jsem měla možnost t m r rok coby praktikantka v rámci programu pracovní stáže Erasmus působit a se kterou bych  ten re prostrednictv m tohoto textu ráda bl ze seznámila. Zároveň je třeba podotknout, že níže popsan  uspořádání

1/ španělsky: CTD (*Comunidad Terap utica para Drogodependientes*).

Došlo do redakce: 16 / LISTOPAD / 2013

Přijato k tisku: 6 / BŘEZEN / 2014

Korespondenční adresa: Mgr. et Mgr. Klára Zaj ckov  / klara.zajickova@gmail.com / Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Joštova 10, 602 00 Brno

komunity není typickým španělským modelem, nýbrž spíše zajímavou entitou, která stojí za pozornost. Druhá španělská TK, ve které jsem krátkodobě studijně pobyla, mnohem více odpovídala modelu samostatné terapeutické komunity pro drogově závislé, tak, jak ho známe u nás.

Kalina (2008) hovoří o dvou hlavních liniích terapeutických komunit, které tvoří tzv. demokratické TK pro klienty s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje a tzv. hierarchické TK pro drogově závislé. Poukazuje dále na skutečnost, že každá z těchto linií má svou kulturu, tradici, slovník a důrazy na jednotlivé principy (p. 21). Z tohoto pohledu je terapeutická komunita Sant Miquel Maifré<sup>2</sup> zajímavou syntézou obou linií, které se zde prolínají v podstatě na všech výše zmíněných úrovních. Vedle evidentního ovlivnění M. Jonesem se vedoucí centra a zároveň místní psychiatr odvolává rovněž na odkaz A. S. Makarenka a jeho model výchovné komunity, charakterizovaný respektem k člověku, náročností, důvěrou a podporou pozitivních změn (Kalina, 2008). Na tomto pozadí se pracuje s uživatelem-pacientem, tedy s člověkem, který je nemocný a v převážné většině není schopen náhledu a reflexe svého problému. Pravdou je, že klientelou jsou z velké části pacienti s duální diagnózou, současně s psychotherapeutickou léčbou v TK je tak podporována psychiatrická léčba medikamenty – komunita to tedy není striktně „bezdrogová“, přijímání jsou rovněž pacienti v metadonovém programu<sup>3</sup>.

Zajímavé je, že Font Picant původně vzniklo právě jako centrum pro jedince se závislostí na heroinu, jehož opětovný nástup na scénu v druhé polovině 70. let vyvolal ve Španělsku epidemii. Intravenózní užívání tehdy zasáhlo širokou populaci dospělých (vč. množství žen), ekonomicky i kulturně čím dál více rozprostřenou (Torres Hernández et al., 2009)<sup>4</sup>. Vznik centra byl tak v podstatě reakcí na nastalou situaci ve společnosti a stejně jako se měnila populace závislých, měnily se i charakteristiky cílové skupiny, která je v současnosti starší (průměrný věk kolem 45 let), a co se problémových látek týče, do popředí se dostal kokain a alkohol, jejichž uživatelé mají dnes v komunitě jednoznačnou

početní převahu<sup>5</sup>. Tím se dostávám k další významné charakteristice, kterou je fakt, že ve Font Picant jsou všechny návykové látky stavěny na stejnou úroveň – a stejně tak i pacienti, ať už je jejich drogová historie jakákoliv – jejich společným jmenovatelem je závislost, jejíž mechanismy jsou pro zdejší terapeutický tým nezávislé na typu zneužívané substance. Závislost je považována za symptom hlubší osobnostní poruchy, kterou je především třeba léčit, má-li dojít ke zlepšení.

Jedním z hlavních faktorů procesu změny je v této komunitě individuální psychotherapeutická léčba pacientů, na které se, co se vlastní psychotherapie týče, staví. Skupinové aktivity pak mají spíše charakter komunitních setkání, edukace či expresivní terapie, která je zde vnímána převážně jakožto podpůrná k terapii vlastní. Při příchodu do léčby bezprostředně po povinném období detoxifikace, která trvá minimálně 6–7 dní, sepíše pacient společně s pověřenou osobou (educador<sup>6</sup>, psychologka) individuální terapeutický plán, od kterého se odvíjí to, na čem bude po dobu léčby pod odborným dohledem nejvíce pracovat. Dokument mapuje jak anamnestické údaje, tak aktuální situaci i reálné možnosti a rovněž představy pacienta ohledně vlastní budoucnosti.

Přímo v komunitě pracují dvě psychologky<sup>7</sup>, které jsou vycvičeny v psychoanalytické psychotherapii a kognitivně-behaviorálním přístupem. Jejich konkrétní náplň práce s místními pacienty při frekvenci jedna hodina týdně přitom spočívá především v interpretování problému, zvyšování vědomí nemoci, práci s identitou, podpoře v aktuální situaci či podpoře při hledání osobně hodnotných aktivit. Vedle toho mají pacienti možnost konzultace se svým tutorem, kterým se po jejich příchodu stává jeden z tří zde pracujících educadorů. Ti se v týdnu v centru střídají a dohlížejí na chod komunity, v odpoledních hodinách vedou skupiny již zmiňované psychoedukace, popřípadě dalšího zaměření.

Veliký důraz se v centru klade také na pracovní terapii neboli dílny, které zpravidla trvají 4 hodiny denně (je-

2/ Názvy Font Picant (organizace) a Sant Miquel Maifré (samotná komunita) v textu používám v závislosti na tom, zda se jedná o informaci vztahující se výhradně ke komunitě nebo k organizaci jako takové, zahrnující vedle komunity rovněž kontaktní a doléčovací kancelář.

3/ Nabízí se zde určitá paralela se Skálovým apolinářským modelem, kterému se model uplatňovaný v Sant Miquel Maifré v mnoha ohledech podobá, zároveň si nicméně uchovává i určité rysy hierarchických TK, například v tom, že do terapeutického týmu zapojuje exusery.

4/ Po pádu Francova režimu v roce 1975 byla ve španělské společnosti patrná obecná tendence lidí zbavit se útlaku a experimentovat, zároveň došlo k otevření drogového trhu, který byl i vzhledem k ceně zcela ovládnut právě heroinem, jenž se udržel na výsluní až do 90. let. Během této „nekontaktní“ epidemie řada lidí zemřela nejčastěji v důsledku infekce HIV/nemoci AIDS, ale též poklesu kvality drogy a předávkování – primární reakce státu byla politická (závislí byli považováni za delikventy, nikoli nemocné), s čímž souvisela i pozice metadonových programů, které byly v kritických letech establishmentem spíše potlačovány (Caldera Alonso, 2012, osobní sdělení).

5/ Toto rozdělení je poněkud zjednodušené, jelikož se v převážné většině jedná o polymorfní užívání několika substancí zároveň – sdělením jsem tak spíše chtěla vystihnout převažující trend, který se v léčbě s časem objevil.

6/ Role „educador social“ se poněkud lišila v závislosti na konkrétním zaměstnanci: obecně zahrnovala dohled na dění v komunitě, přípravu a distribuci medikace, sociální poradenství, krizovou intervenci, tvorbu individuálních terapeutických plánů apod., dále vedení skupin psychoedukace (náhled na nemoc, intrapersonální a skupinové dění – využití kognitivně-behaviorálního přístupu), nácvik kognitivních dovedností, manuální skupinovou terapii, pohybovou terapii apod. (srov. Olivar Arroyo et al., 2008). Educador byl člověk, který byl pacientům v případě potřeby k dispozici 24 hodin denně a řešil aktuální konfliktní situace příp. komunikaci s ostatními zaměstnanci a vnějším světem.

7/ Kompletní složení týmu je dle aktualizovaných propagačních materiálů následující: klinický psycholog a administrativní pracovnice v kontaktním centru v Barceloně, přímo v komunitě: hlavní ředitel a zároveň psychiatr, vedoucí psychologka, druhá psychologka, 3 educadorů (psychoeducador, educador výchovy a zdraví, educador), zdravotní sestra, lékař, 2 monitori, řidič, 2 kuchařky, 2 externí muzikoterapeuti a 4 dobrovolníci.



Obrázek 1 / Figure 1

Terapeutická komunita Sant Miquel Maifré  
Sant Miquel Maifré therapeutic community

jich rozsah může lehce variovat v závislosti na ročním období) a při nichž se pacienti podílejí na údržbě a rozvoji rozsáhlého areálu TK, stejně tak jako na hladkém chodu domácnosti. Při těchto dílnách se zároveň učí novým řemeslům (malba, tesařství, instalatérské práce, kovářství, zahradnictví atp.), což je významnou součástí pozdější pracovní reintegrace a zároveň prostředkem k osvojení si práce v týmu, která je pro některé pacienty zcela novou zkušeností. Hlavním posláním této části léčby je nicméně obnovení denního rytmu pacientů a podpora identity v důsledku transformace reality vlastníma rukama vedoucí k pocitu, že „jsem někdo schopný“. To vše probíhá pod vedením monitora<sup>8</sup>, který je stejně jako ostatní zaměstnanci komunity součástí terapeutického týmu. Druhá monitorka pak pracuje o víkend, kdy klienti nemají pevně stanovený program a v centru není přítomen educador.

Komunita je to na české poměry poměrně velká a většinu času čítá s přibližně 30 pacienty. Ti jsou přijímáni nejčastěji na dobu půl roku s možností a velkou pravděpodobností prodloužení – řada z nich tak v léčbě vytrvá kolem 8 až 12 měsíců v závislosti na tom, jak se jim daří plnit stanovené léčebné cíle. Ty jsou formulovány a hodnoceny v rámci již zmiňovaného terapeutického plánu – v Sant Miquel Maifré se totiž nepracuje s léčebnými fázemi – to, jak se bude léčba konkrétního pacienta vyvíjet, je tedy značně individuálním a ne příliš předvídatelným procesem vycházejícím z kon-

8/ Role monitora je podobná roli educadora, co se provozních záležitostí týče (dohled, medikace), zároveň je více praktická a postrádá onu psychoedukační a poradenskou složku.

senzu dotyčného jedince a terapeutického týmu. Obecně lze konstatovat, že zhruba po měsíci pobytu bez kontaktu s vnějším světem mají pacienti možnost návštěvy rodiny a výjezdu po okolí jednu neděli a stejně je tomu i následující měsíc. Ve třetím měsíci mohou vyjet na víkend a zhruba od čtvrtého měsíce vyjíždějí na jednodenní či víkendový výjezd vždy po 14 dnech pobytu v centru. S rodinami pacientů se přitom systematicky nepracuje – před prvním výjezdem jsou instruováni ohledně některých důležitých zásad (např. pohyb v rizikovém prostředí barů a restaurací, zákaz kofeinu, nealkoholických piv apod.), terapeutky pak v případě potřeby poskytují telefonické intervence či osobní konzultace, jejich frekvence a intenzita však vycházejí převážně z potřeby rodinných příslušníků, kteří iniciují případný kontakt.

Co se týče dalších pravidel a celkově norem zařízení, jejich znění je zahrnuto v manuálu, který obdrží každý pacient při podpisu léčebného kontraktu, a víceméně se shodují s normami většiny TK, shrnutými např. již citovaným Kalinou (2008). Zpočátku může být poněkud matoucí skutečnost, že řada menších pravidel se v centru přenáší orální formou bez toho, aby byla někde napsána. Jedním z možných důvodů tohoto uspořádání je jistě usilování o to, aby pacienti zvnitřnili tyto normy a dodržovali je bez ohledu na vnější kontrolu a sankce ze strany terapeutického týmu, které nicméně existují a dělí se podle závažnosti na mírné, střední a těžké. Výchovné opatření za jejich porušení pak závisí na typu prohřešku – nejčastěji se řeší náhradní službou v kuchyni, v případě závažnějších přestupků však i zá-

kazem výjezdů či vyloučením z léčby. Je třeba zmínit, že spolupacienti se na procesu rozhodování o osudech druhých nepodílejí, a vše je tak v kompetenci terapeutického týmu, který se setkává na pravidelných poradách 1x v měsíci, kde se tyto situace řeší. Možnosti pacientů spolurozhodovat o dění v komunitě jsou tedy značně omezené a týkají se především způsobů společného trávení volného času, případně dalších skupinových aktivit.

Vzhledem k výzkumnému zaměření na rituály v terapeutických komunitách jsem musela po několika prvních návštěvách poněkud zklamaně konstatovat, že s rituály se v dané komunitě na žádné vědomé úrovni terapeuticky nepracuje<sup>9</sup>. Osobně to považuji za škodu, nejenom kvůli samotnému výzkumu, ale především proto, že se domnívám, že by mohly být nápomocné při řešení různých problémů, s nimiž se místní společenství potýká, jako např. slabá skupinová koheze, která je zde problémem tak nějak dlouhodobě. Práce s celou skupinou je i vzhledem k počtu pacientů poněkud limitovaná, osobní témata si tak každý řeší převážně na vlastních individuálních sezeních, čímž si může sám značně regulovat, co o sobě ostatním sdělí a co si raději nechá pro sebe (resp. na individuální terapii).

Skupinové dynamice obecně příliš neprospívá ani samostatné ubytování pacientů, kteří mají každý k dispozici vlastní pokoj, ve většině případů vybavený vlastním sociálním zařízením. Ač by se na první pohled mohlo zdát, že je to zbytečný (a možná i tak trochu kontraproduktivní) komfort, proklamovaný za účelem přilákání potenciálních pacientů, o které se především teď, v době krize a nejrůznějších omezení financování, vede tak trochu boj, má tato forma ubytování poněkud hlubší význam odvozený od filozofie centra jako takové. Fakt, že má pacient samostatný pokoj, tedy místo, kde má svůj klid a nikdo ho neobtěžuje, totiž dle tamních odborníků pozitivně formuje jeho subjektivní pocit důstojnosti, který bývá při vstupu do léčby ve většině případů značně inhibován. Uvědomění si skutečnosti, že se s dotýčným zachází důstojně jako s člověkem a nikoli jako s pacientem, který je dle uvážení odborníků přesouván tam a zpátky, tak ovlivňuje jeho vlastní schopnost pečovat o sebe jako o člověka a začít si sám sebe opět vážit.

9/ Tím nicméně nechci tvrdit, že žádné rituály v komunitě neexistují – lze je vysledovat například v obecně přijatém zvyku v den vlastních narozenin či terapeutického ukončení léčby zakoupit CocaColu bez kofeinu či zmrzlinu pro spolupacienty.

Když už jsem zmínila otázku financování, léčbu nemají pacienti zadarmo. Ač je centrum financováno z veřejných fondů (až 70 %), každý se na svém léčení částečně finančně podílí, a to prostřednictvím poplatku odvozeného od vlastních příjmů. V praxi to funguje tak, že ze sociálních dávek, které většina z pacientů pobírá, se po odečtení nutných výdajů (hypotéky, cigarety, osobní potřeby, apod.) získá částka, kterou každý měsíc platí za léčbu a náklady s ní spojené. Rovněž doléčování není zadarmo, jelikož nespadá do vládního financování terapeutické komunity, pacientům je nicméně nabízeno formou individuální terapie v barcelonském kontaktním centru a bývá také poměrně často využíváno.

Pro úplnost bych ráda uvedla něco málo z interních statistik – ačkoli ta, která by hodnotila úspěšnost léčby, bohužel neexistuje, jsou k dispozici obecné údaje mapující jednotlivé roky existence centra, které poměrně dobře odrážejí některé posuny v uživatelské společnosti, o kterých se zmiňuji výše. Vybraná data jsou následující:

V průběhu roku 2011 bylo v centru léčeno 87 osob, z toho 18 žen a 67 mužů – 39 % z nich se zde léčilo z primární závislosti na nealkoholových látkách, 61 % mělo hlavní problém s alkoholem. Vedle samotné závislosti se 53 % všech jedinců potýkalo rovněž s poruchou neurotického spektra a 42,5 % pacientů s psychotickou poruchou či emoční nestabilitou – tito pacienti dle tamních měřítek naplňovali kritéria duální diagnózy. 3 osoby pak trpěly výraznou kognitivní deteriorací. Léčbu v daném období opustilo 58 pacientů: 62 % z nich úspěšně dokončilo terapeutický program, 17,25 % odešlo dobrovolně v průběhu léčby, stejné procento pacientů bylo přeposláno do jiného léčebného zařízení a zbylých 3,5 % bylo z komunity vyloučeno.

Ohlédnu-li se na závěr zpětně za touto pracovní zkušeností, vybavím si vedle poněkud zmateného pracovního prostředí (pro Španěly ovšem nejspíš typického) respekt k člověku a jeho individualitě a zájem, se kterým se o pacientech uvažovalo. Tyto hodnoty byly v komunitě podle mého názoru uplatňovány někdy až na hranici únosnosti skupiny, nicméně vzhledem k závažnosti poruch některých pacientů dělal tým, co mohl. Co mi dále utkvělo v paměti, je spousta prostoru (doslovně i metaforicky) pro nejrůznější skupinové aktivity, otevřenost novým věcem, chutné jídlo a krásná okolní příroda – to vše dohromady vytvářelo nezapomenutelné prostředí Sant Miquel Maifrè – tak trochu „jiné“ komunity.

## LITERATURA / REFERENCES

- Comas Arnau, D. (2006). *Comunidades terapéuticas en España: Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Grupo GID.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: GRADA Publishing.

- Olivar Arroyo, Á. et al. (2008). El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuesta. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, (3), 333–347.
- Torres Hernández, M. A. et al. (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Valencia: Sociodrogalcohol.