

# Resocializace závislých klientů v terapeutické komunitě Krok

Mgr. Štěpán Pantlík

---

Rigorózní práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Štěpán Pantlík**  
Osobní číslo: **H170482**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **distanční**

Téma práce: **Resocializace závislých klientů v terapeutické komunitě Krok**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k resocializaci, léčbě závislosti a terapeutickým komunitám.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah rigorózní práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování rigorózní práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAKOŠOVÁ Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-87182-15-7.**

**NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8515-6.**

**POKORNÝ, V. a kol. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a pedagogiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.**

**PROCHÁZKA, M. Sociální pedagogika. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-274-34-70-5.**

**PŘADKA, Milan, Dana KNOTOVÁ a Jarmila FALTÝSKOVÁ. Kapitoly ze sociální pedagogiky. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998. ISBN 80-7041-897-0.**

Garant studijního oboru:

**doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání rigorózní práce:

**6. prosince 2017**

Termín odevzdání rigorózní práce:

**1. listopadu 2018**

Ve Zlině dne 6. prosince 2017



**doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.**  
*děkanka*

**Mgr. Jakub Hládík, Ph.D.**  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním rigorózní práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že rigorózní práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji rigorózní práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – rigorózní práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování rigorózní práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky rigorózní práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze rigorózní práce jsou totožné;
- na rigorózní práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 1.8. 2018

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.  
(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá možnostmi léčby a resocializace závislého klienta terapeutické komunity. Shrnuje poznatky o drogové závislosti, vyjasňuje postavení terapeutických komunit v systému léčby závislostí v České republice. Podrobně a konkrétně se věnuje terapeutické komunitě Krok v Kyjově, jejímu způsobu práce se závislými klienty a její filozofii léčby. V praktické části pomocí kvantitativního výzkumu přináší reálný obraz o výsledcích resocializace klientů této terapeutické komunity.

Klíčová slova: Závislost, Terapeutická komunita, Drogy, Terapie, Resocializace

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the treatment options and resocialization of an addicted client of a therapeutic community. It summarizes findings about drug addiction, clarifies the position of therapeutic communities within the addiction treatment system in the Czech Republic. It focuses specifically and in detail on the therapeutic community Krok in Kyjov, its way of work with the addicted clients and its treatment philosophy. In the practical part, using a quantitative research, it brings up a real picture of resocialization of this community's clients.

Keywords: Addiction, Therapeutic Community, Drugs, Therapy, Social Rehabilitation

Prohlašuji, že odevzdaná verze rigorózní práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

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

**Magdalena Frouzová**

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ POUŽITÝCH V RIGORÓZNÍ PRÁCI .....	13
1.1.1 Droga.....	13
1.1.2 Závislost .....	16
1.1.3 Léčba závislosti .....	24
1.2 PŘEHLED PROBLEMATIKY V LITERATUŘE .....	33
<b>2 CÍLE, ÚLOHY, POSLÁNÍ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT</b> .....	<b>37</b>
2.1 ZÁKLADNÍ A DÍLČÍ CÍLE TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT .....	37
2.2 VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT .....	40
2.2.1 Účinné faktory v terapeutických komunitách .....	41
2.2.2 Výzkumy účinnosti terapeutických komunit .....	45
2.3 CÍLE A POSLÁNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK .....	46
2.3.1 Filozofie .....	50
2.3.2 Společenský význam TK Krok .....	51
2.4 ODBORNÍ PRACOVNÍCI A ZAMĚSTNANCI TK KROK.....	53
2.4.1 Legislativní vymezení terapeutické komunity Krok jako sociální služby .....	53
2.4.2 Stručná historie Občanského sdružení Krok (dnes Krok Kyjov z. ú.) .....	55
2.4.3 Pracovní tým terapeutické komunity Krok .....	60
2.5 CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK.....	63
<b>3 SYSTÉM PRÁCE, TERAPIE A RESOCIALIZACE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KROK</b> .....	<b>67</b>
3.1 LÉČENÁ STRUKTURA A SYSTÉM V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KROK, RESOCIALIZACE .....	67
3.1.1 Denní režim.....	67
3.1.2 Skupinová a individuální terapie, vycházky .....	71
3.1.3 Fáze, klientské funkce, pravidla, platby.....	75
3.1.4 Společné zátěžové aktivity, rituály .....	80
3.2 PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE KROK AM NÁSLEDNÉ PÉČE .....	82
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>85</b>
<b>4 OVĚŘENÍ PŮSOBENÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK NA ABSTINENCI KLIENTŮ, ZJIŠTĚNÍ MÍRY JEJICH RESOCIALIZACE A JEJICH SUBJEKTIVNÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI</b> .....	<b>86</b>



4.1	VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ .....	86
4.2	CÍL, ÚKOLY A HYPOTÉZY VÝZKUMU .....	86
4.3	METODY A METODIKA .....	90
4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	94
4.5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH ÚDAJŮ .....	95
4.6	DISKUZE.....	117
4.7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	126
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>127</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>129</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>132</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>133</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>134</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>135</b>

## ÚVOD

Závislost na návykových látkách je problematika, která prostupuje celou společností. V současné době, kdy její stratifikace nezabraňuje většinové populaci v přístupu k těmto látkám, není drogová závislost jen osobní tragédií závislého a jeho nejbližších, ale společenským fenoménem, který se stal z marginální záležitosti společenským problémem. Tento patologický jev můžeme tedy pozorovat u všech sociálních vrstev společnosti, stejně jako u všech věkových kategorií s trendem snižování věku prvního užití drogy a růstem počtu závislých dětí a adolescentů. Závislí lidé se pak relativně rychle sunou k okraji společnosti v rovinách socioekonomických, právních, zdravotních, osobnostních a rozpadají se jim rodinné vztahy, neplní své sociální a rodinné role. Jedná se tedy o závažné společenské téma, které sociální a zdravotní politika státu řeší sítí svých služeb. Instituce poskytující tyto služby pracují na různých úrovních od práce přímo v terénu, která má za cíl snižovat škody a rizika, až po terapeutické komunity a doléčování, které s klientem pracují nejen na jeho abstinenci, ale především na jeho plné resocializaci, tedy návratu na původní místo ve společnosti s možností dalšího společenského a osobnostního růstu. A právě terapeutické komunity, jejich postavení v síti služeb péče o závislé, jejich působení na klienty jsou předmětem této práce. Konkrétněji se budeme zabývat terapeutickou komunitou Krok v Kyjově, její filozofií, způsoby práce, prováděnou resocializací, jejími metodami a prostředky.

Cílem této práce je tedy poskytnout orientaci v oblasti drogové závislosti a její léčby v České republice, zmapovat síť sociálních a zdravotních služeb, které se věnují péči o závislé a upřesnit místo terapeutických komunit v tomto celku. U terapeutických komunit určit jejich cíle, poslání, metody a způsoby práce s klienty, při jejich léčbě a souběžně probíhající resocializaci, především potom v terapeutické komunitě Krok Kyjov. Dále pak ověřit, do jaké míry je léčba a resocializace úspěšná v terapeutické komunitě Krok Kyjov kvantitativním výzkumem, který zahrne všechny její absolventy v období jedenácti po sobě jdoucích let. Dále pak komparaci jejich subjektivní životní spokojenosti a jejího vývoje, porovnáním „profilů klientova stavu“ z terapeutické komunity a ze současnosti.

Předpokládáme, že přínos pro praxi bude především jasně stanovená míra abstinence a resocializace klientů terapeutické komunity Krok Kyjov, ověření jejich technik, systému a způsobů práce, z něhož mohou vyplynout účinné faktory práce s jejími klienty a jako taková bude mít význam pro ni samotnou jako adekvátní zpětná vazba jejich činnosti, ale i pro

další zařízení, která se zabývají resocializací závislých klientů, především pak pro terapeutické komunity. Další předpokládaný přínos by však práce měla mít především jako obohacení vědního oboru sociální pedagogika, která se resocializací zabývá. Může takto přispět k rozšíření systémů, způsobů a technik práce s klientem do institucí, které se zabývají jak resocializací závislých, tak pouze resocializací bez léčby závislosti.

Téma bylo zvoleno z důvodu mnohaletého působení v terapeutické komunitě Krok při resocializaci závislých klientů, přičemž je v dostupné literatuře patrný deficit výzkumů zabývajících se efektivitou prováděné resocializace ať už v zařízeních, které se zabývají resocializací závislých klientů, tak v zařízeních, které se zabývají resocializací klientů bez závislosti. Při vlastní výzkumné činnosti bylo čerpáno z osobní znalosti jednotlivců, bez které by patrně výzkum nebylo možno provést.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Cílem této kapitoly je vymezení klíčových kategorií a pojmů, základní orientace v drogové problematice, vymezení závislosti, jejich dopadů a její možnosti léčby s poukazem na místo terapeutických komunit v tomto kontextu a tím ukotvení tématu resocializace závislých klientů v širším oborovém rámci.

### 1.1 Vymezení pojmů použitých v rigorózní práci

#### 1.1.1 Droga

Droga provází lidské společenství, pokud je možné doložit, od jeho počátků, tedy přinejmenším od starověku. Znamé civilizace, ať už to byli Sumerané, Egypťané, nebo Řekové používali drogy jako lék, nebo k rituálním účelům, kdy jejich konzumace umožňovala kontakt se světem zemřelých, pohledy po budoucnosti a podobně. Rovněž středověk chápe tehdy známé drogy jako lék, který si většina společnosti nemůže dovolit. Tehdejší civilizace neměly dostatek technických prostředků, jak vyrobit jejich větší množství a drogy byly většinové společnosti nedostupné a jejich případné zneužívání nepředstavovalo pro tehdejší civilizace problém. Situace se změnila až v novověku, kdy po průmyslové revoluci, především pak začátkem dvacátého století zasáhla vrchní patra stratifikované evropské společnosti vlna kokainismu. Po druhé světové válce začalo zneužívání drog pronikat do všech vrstev společnosti a s tím související problémy se staly fenoménem, který zasahoval celou společnost ať v Evropě, nebo USA. Dnes jsou drogy dostupné všem vrstvám společnosti téměř po celém světě. Závislost na jejich užívání a s tím spojené selhávání jedinců a celých skupin ve společenských rolích a jejich následný posun k jejímu okraji je skutečnost, se kterou se moderní společnost musí vyrovnávat. Vytváří instituce, které mají jednak za cíl prevenci, jednak léčbu závislých lidí, případně jejich resocializaci.

Jak tedy můžeme definovat drogu?

„V obecném smyslu myšleno, je jakákoli syntetická či přírodní látka, která v lidském organismu vyvolá změnu jeho činností. V užším smyslu je to látka, která se užívá, lépe řečeno zneužívá ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, k fyzickému či psychickému „oživení“ a zásadní změny chování. Tyto změny jsou způsobeny působením drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti. Ve spisovné češtině má toto slovo význam „omamující, uklidňující, dráždivý přípravek“ (např. uklidňující, jedovatá, ostrá, povzbuzující droga nebo působit jako droga).“ (KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan)

V roce 1969 podala přesnou definici drogy komise ze Světové zdravotnické organizace a publikovala ji takto: „Droga, jakákoliv látka (substance), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho životních funkcí.“ (KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan)

Presl (1994) definuje takto:

„Drogu můžeme chápat jako každou látku, ať přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – působí na psychiku,

2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Pokud obecně hovoříme o drogách, máme na mysli látky, které ovlivňují psychiku člověka a jsou schopny vyvolat psychickou či fyzickou závislost nebo obojí. Návykové látky je možné rozdělit do několika skupin, a to na měkké a tvrdé, alkoholové a nealkoholové, tolerované a netolerované, legální a nelegální.“ Presl (1994)

Nejznámější dělení drog podle Presla (1994) je na měkké a tvrdé. Toto dělení především reflektuje riziko, které je spojeno s jejich nadužíváním.

## **Měkké a tvrdé drogy**

### **Měkké drogy**

Marihuana, Hašiš, Kokový čaj, Káva, Čaj

## **Tvrdé drogy**

Extáze, Heroin, Kokain, LSD, Lysohlávky, Morfin, Pervitin, Toluen

Další dělení, které bývá obvyklé, je dělení podle účinků drogy. Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí.

## **Dělení drog podle účinku**

### **Cannabinoidy**

Cannabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem a jsou obsaženy v rostlině Cannabis (konopí). Konopí obsahuje mnoho účinných látek, z našeho hlediska je nejzajímavější tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Mezi cannabinoidy patří především hašiš a marihuana.

### **Halucinogeny (Psychedelika)**

Halucinogeny mají velký vliv na vědomí člověka a způsobují psychické změny, které mohou vést až do stádia toxické psychózy. Typickými zástupci jsou LSD a Extáze.

### **Opiáty**

Název této skupiny je odvozen z názvu opium, což je látka obsažená v nezralých makovicích. Opiáty jsou látky, které mají chemickou strukturu podobnou morfinu, což je také účinná látka většiny opiátů. Nejrozšířenější jsou opium, heroin, morfium.

### **Psychofarmaka (Trankvilizéry)**

Jsou to původem léky na léčení psychotických stavů-zbavují nemocné strachu a halucinací, uvolňují, zklidňují a zmírňují agresivitu pacientů.

### **Stimulační drogy**

Jako stimulační drogy se označují budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty, jejichž chemické složení je velmi různorodé. Stimulační drogy vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení, které může být v podobě lehkého pocitu svěžesti nebo také až nekontrolovaného vzrušení.

### **Amfetaminy**

Amfetaminy jsou látky, které stimulují centrální nervovou soustavu a bývají často používány jako nepovolený doping ve sportu. Nejrozšířenější je pervitin, dále kokain a další.

## Těkavé látky

Těkavé látky jsou zřejmě nejnebezpečnější skupina látek, dokonce nebezpečnější než drogy jako kokain, pervitin nebo heroin. V našich podmínkách je to především toluen a různá ředidla.

### 1.1.2 Závislost

V současné době je závislost fenomén, který má několik definicí, ale i pro odborníky je to pojem velmi široký a obtížně jednoznačně definovatelný. Uvádíme tedy několik různých definicí, rovněž jako několik základních pojmů.

**Drogová závislost:** Poprvé byl tento pojem uveden v roce 1963 mezinárodní zdravotnickou organizací WHO. WHO rozumí drogovou závislostí látkové druhy závislostí včetně alkoholismu, tabakismu, kofeinismu apod. vyjma nelátkových závislostí, tedy hráčské závislosti a podobných. Termín „drogová závislost“ nahradil do té doby užívané termíny jako toxikomanie, či narkomanie, které odrážely jen závislost na konkrétním druhu drogy. Podle druhu drogy a intenzity její aplikace může už v relativně velmi krátkém čase vzniknout závislost. Tuto závislost rozdělujeme na psychickou (duševní) a fyzickou (tělesnou).

**Psychická závislost:** Uživatel pouze prostřednictvím drogy dosáhne duševní rovnováhy. Pokud člověk na vlastní kůži okusil účinek drogy, který byl spojený s příjemnými pocity, snadno si velmi rychle zvykne na opakování tohoto požitku a prožitku. Nakonec se jedinec nedokáže koncentrovat ani na nejmenší aktivitu bez toho, aby nesáhl po droze. Jeho duševní prožívání a rovnováha jsou závislé na podávání drogy.

**Fyzická závislost:** Spočívá v tom, že droga se nutně stává součástí látkové výměny organismu. Závislá osoba nebere drogu jen z tohoto důvodu, aby si zpříjemnila prožívání, nebo dosáhla duševní rovnováhy, ale proto, aby se vyhnula stavu, které vzniká po odeznění účinků drogy a které je provázeno změnami duševními a tělesnými stavy. Nastávají příznaky, že tělu droga chybí jako například nervozita, pocení, třes, nesoustředěnost a další. U silné závislosti na některých drogách např. heroinu můžou dokonce nastat i zástavy srdce. Psychická závislost může existovat bez fyzické, naopak fyzická závislost bývá zpravidla doprovázena psychickou.

**Uzus:** Upotřebení léků – drog, podle dispozic lékaře jako léku.



**Misusus:** Nepatřičné užití drog – léků.

**Abusus:** Zneužívání - nadužívání drog, léků, či jiných omamných látek.

**Odvykací stav** se vyskytuje u všech návykových látek, je to přechodný stav organismu, kdy se na něm projevuje absence přítomnosti návykové látky.

**Carving (bažení)** je různě silné puzení k opakovanému užití návykové látky, český ekvivalent je bažení, nebo psychická žádostivost.

Drogová závislost vzniká postupně a závislý prochází několika stádii, přičemž jednotlivá stadia mohou trvat u různých jedinců odlišnou dobu.

Goglert (2001) uvádí čtyři základní stadia závislosti pro nelegální drogy:

**„Euforické počáteční stadium** – člověk má v tomto stupni závislosti lehký přístup k droze. Po užití drogy přichází pocity zbavení se úzkosti, uvolnění se a omámení. Vzrůstá pocit sebehodnocení a stoupá sebevědomí člověka.

**Kritické stadium navykání** – dochází ke zmírnění účinku a stupňování dávek užití drogy. Časté jsou konflikty uživatele ve škole, či v zaměstnání. Zuzují se zájmy osoby, narůstají finanční problémy a nastávají poruchy v sebehodnocení.

**Stadium návyku, respektive závislosti** – uživatel ztrácí kontrolu nad drogou a její dávkou, klesá jeho pracovní schopnost v povolání, ve škole. Narůstá kriminalita a vyřazení ze společnosti, mění se osobnost člověka a objevují se abstinční příznaky. U osob, které se dostaly do tohoto typu stadia závislosti, si také můžeme všimnout tělesných poškození.

**Chronické stadium rozkladu** – Dochází k úbytku snášenlivosti drogy, jedinec není schopen se finančně zaopatřit, nemá dostatečné množství peněz na to, aby si obstaral potravu, postaral se o bydlení a nemá finance ani na drogu samotnou. Díky nedostatečnému množství stravy uživatel hubne, má častá tělesná onemocnění. Stává se opuštěný, zanedbaný a jeho duševní stav je v rozkladu.“ (Goglert 2001)

**Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí – lékařský pohled**  
Je to 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. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha nebo pocit puzení
- b) Potíže v sebeovládání
- c) Tělesný odvykací stav
- d) Průkaz tolerance k účinku látky
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

„Drogová závislost představuje onemocnění, čehož důkazem je přijetí závislosti na návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění. Přestože je definic celá řada, lze říci, že všechny jsou založeny na společných bodech:

- a) nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném braní drogy
- b) tendence ke zvyšování dávek
- c) existence psychické či fyzické závislosti na určité droze vyjádřená přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického či fyzického
- d) negativní důsledky pro jedince a společnost.“ (Presl, 1994).

Pro orientaci v problematice drogových závislostí a pro účely např. trestního řízení, sociologických studií či lékařské klinické praxe, navrhla Světová zdravotnická organizace WHO členění drogových závislostí do následujících skupin:

1. Alkoholovo-barbiturátový typ
2. Amfetaminový typ
3. Kanabisový typ
4. Kokainový typ
5. Halucinogenní typ
6. Opiátový typ

7. Solvenciový typ

8. Nikotinismus

9. Kofeinismus

Pokud hledíme na závislého jedince jako na člověka nemocného, potom Nešpor vidí dopady této nemoci v těchto oblastech:

**„Tělesné zdraví** – AIDS, epileptické záchvaty, infekce, jaterní nemoci, nádory, menstruační problémy, kožní nemoci, poškození sliznice, otrava krve, sexuální potíže, srdeční nemoci, poruchy trávicího traktu, zubní problémy, poškození žilního systému, zánětlivá ložiska po vpíších. Negativní tělesné účinky drog nemůžeme zobecňovat na všechny uživatele, záleží na tělesných dispozicích a druhu užívané drogy.

**Duševní zdraví** – agresivní projevy, „dojezdy“, deprese, větší riziko duševních nemocí, náladovost, nutkavé myšlenky na drogu, poruchy paměti, pocity pronásledování, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku, úzkost a další.

**Mezilidské vztahy** – bezohlednost, „černé ovce“, falešné vztahy za účelem získat drogu, hádky kvůli drogám, ztráta důvěryhodnosti, odcizení partnera, povrchnost ve vztazích, osamělost, trestné činy spojené s rizikem vězení, výmluvy, zanedbávání rodiny, zneužívání, krádeže v souvislosti s drogami.

**Finance** – nenávratná investice do drog bez jakéhokoliv zisku, rozprodávání věcí pod cenu, výdaje spojené se soudy a právníky, prodávání sebe kvůli droze, ušlý zisk v důsledku nižší pracovní výkonnosti a časté nemocnosti.

**Životní styl** – zanedbávání hygieny a péče o zevnějšek, chudý životní styl, ubývání zájmů, nedostatek času a peněz na jiné věci, uzavírání se před světem.

**Práce nebo škola** – častá absence, napětí v pracovních vztazích či ve škole, nižší pracovní výkonnost nebo zhoršení známek, nezájem až odpor k práci, nezaměstnanost, nižší příjmy, propuštění nebo vyhazov ze školy a další.“ (Nešpor 1994)

„Jednou z příčin toho, že se jedinec stane závislým na drogách, je velmi nízký věk, kdy je mu droga nabídnuta. Čím nižší věk jedince, v němž je mu nabídnuta droga, tím je větší pravděpodobnost, že se droga stane pro něho problémem.“ (Sak P., Saková K.,2004).

K vymezení závislosti slouží tři základní modely.

### **Biomedicínský model závislosti**

Tento model považuje závislost za nemoc, a to z lékařského pojetí. Dívá se tedy na závislost jako na chronickou poruchu mozkových funkcí, která je typická obtížnou léčitelností a častými recidivami (opakované užívání drogy po určité době abstinence). Často je označována jako nemoc nevléčitelná, i když se dá za pomoci vhodné léčby, a především trvalou abstinencí dosáhnout dlouhodobé či celoživotní stabilizace stavu. Každé další užití drogy je chápáno jako symptom nemoci. Z tohoto modelu vycházejí i preferované léčebné metody jako je izolace, detoxikace, léčba prací.

Biomedicínský model ve své době představoval velký posun vpřed ve smyslu vnímání závislostní problematiky. Zavrhoval koncepci duševní poruchy jako škodlivé sociální deviace, která je projevem neloajálnosti, posedlosti a morálního selhání. V současnosti je tento model považován již za značně omezený, jelikož nedokáže dostatečně obsáhnout širokou závislostní problematiku.

### **Bio-Psycho-Sociální model závislosti**

Bio-Psycho-Sociální model je na rozdíl od biomedicínského rozšířen o rovinu psychických funkcí, sociálních interakcí a vztahů a jejich vzájemného ovlivňování, přičemž zahrnuje také vývojovou stránku.

„Nemoc, a tedy i drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické či biologické, případně dispozice získané v raném dětství), zranitelnost, která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy.“ (Kalina, 2003)

Léčba z hlediska Bio-Psycho-Sociálního modelu má tedy obsáhnout všechny zmíněné aspekty. V souladu s tímto pojetím jsou, jak bio

medicínské léčebné metody (detoxikace, farmakoterapie), tak i psychosociální terapie (individuální, skupinová, rodinná terapie a terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutické komunitě) v souladu a vzájemné léčebné spolupráci.

Bio-psycho-sociální model závislosti není tedy přístupem pouze lékařským, ale pracuje také se zdravotnickými pojmy, ale vychází z širšího pojetí zdraví podle Světové zdravotnické organizace. Neopomenutelný význam má v boji proti původnímu pojetí o drogové

závislosti jako nevy léčitelné nemoci. Vytváří nový způsob nahlížení, podle něhož lze závislost za příznivých podmínek překonat. Nutno však dodat, že tato perspektiva neplatí vždy a pro všechny stejně. Svou určitou funkci plní i farmakoterapie, kdy ve spojení s psychoterapií a psychosociálními terapiemi tvoří nejúčinnější kombinaci. (Kalina, 2003)

### **Bio-Psycho-Socio-Spirituální model závislosti**

„Bio-psycho-socio-spirituální model je příkladem holistického (celostního) pojetí závislosti, který v zásadě vychází z předchozího modelu, nicméně je rozšířen o spirituální rozměr. Potřeba morálních zásad patří k překonávání krizí i nemocí, tudíž i k léčbě drogových závislostí.“ (Kalina, 2003)

„Jestliže se blíže zaměříme na jednotlivé úrovně z biologického pojetí, můžeme nalézt určité napomáhající aspekty ve vývoji dítěte. Od průběhu těhotenství matky (nežádoucí chování), porodu, dětství (traumata, nemoci) a obecně psychomotorický vývoj dítěte.

Při pohledu psychologické úrovně, některé psychogenní vlivy a faktory pro rozvoj návykového chování nacházíme už v prenatálním vývoji a období porodu ve spojení s psychickými zážitky. Neméně důležitá je úroveň poporodní péče, která by měla zajistit plnohodnotný vývoj dítěte a uspokojení jeho tělesných i duševních potřeb. Neméně významným přelomem je období dospívání, kdy mladý člověk hledá svou identitu. Nezanedbatelným aspektem je přiměřená péče při výskytu duševních poruch a nemocí, jako je deprese, úzkost a dalších.“(Kalina 2003)

„Sociální úroveň se zaměřuje na souvislosti, ve kterých se vše odehrává. Jinými slovy, všimá si vlivu interakcí a vztahů s okolím, které ovlivňují vývoj člověka a formují jeho postoje a názory. Tyto aspekty tvoří široké spektrum, do kterého můžeme zahrnout rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociálního zabezpečení, kvalitu rodinných vztahů, popřípadě absenci rodiny. Dospívající člověk se formuje pod vlivem rodiny, která je charakteristická svými hodnotami, pravidly a morálkou. Vedle vlivu rodiny je významné i působení skupin vrstevníků. Jedná se tedy jak o primární, tak sekundární socializaci.

Na spirituální rovinu můžeme pohlížet, jako na vztah k vyšší autoritě, řádu či ideji. Zahrnuje osobní prožitek toho, co dává smysl našemu každodennímu snažení a životu vůbec. O významu nebo převaze té či oné roviny by se dalo dlouze diskutovat.“ (Kalina 2003)

I přes to, že konkrétní fragmenty, o kterých by bylo možné jednoznačně prohlásit, že jsou příčiny závislosti, nebyly zatím jednoznačně potvrzeny, hledíme na závislost optikou mo-

delu Bio-Psycho-Socio-Spirituálního, jelikož se jeví jako nejkompexnější a tím postihuje nejširší možnost pohledu na závislost, stejně jako na její léčbu.

### **Rodinné a vývojové aspekty ovlivňující náchylnost k závislostem**

Z pohledu sociální pedagogiky má zásadní význam na utváření osobnosti jedince a tím také mimo jiné i na jeho sklon k závislostem především: Výchova, rodina, rodinná výchova, prostředí, klima, rodinné klima, předávané hodnoty i způsob jejich předávání, a dále také samotná společnost a kultura, ve které se jedinec vyvíjí, pohybuje a realizuje. Tam, kde tyto činitele působící na vývoj osobnosti jedince chybí, nebo jsou narušené či selhávají, se mnohdy jedinec uchyluje k různým alternativám, jako například k různým skupinám ulice, hledá a nachází vlastní identifikační vzory jinde, a to ať už mezi členy různých neformálních skupin, nebo například v hrdinech filmů, které jsou jeho reálnému životu zpravidla mnohdy příliš vzdálené, nebo nemají s realitou nic společného. Při absenci vlastní životní vize a znalosti způsobu, jak jí dosáhnout, při chybějících kompetencích pro realizaci takto vzniklých představ se pak nedostižný hrdina neprojeví ve zvýšené motivaci, ale spíše jsou z jeho chování vybírány pouze dosažitelné atributy, které na jedince a jeho vztah ke společnosti a sama sebe působí spíše kontraproduktivně a vytváří z hlediska postojů a názorů spíše prostor pro patologii, ke které život s drogou řadíme.

Na rodinu z hlediska utváření jejích členů hledíme v několika pohledech.

Rodina jako místo, kde se formují a vytváří sociální kompetence.

Nukleární rodina je první místo, do kterého dítě přichází. Je tedy prostředím primární socializace a místem pro utváření zvyků, návyků a prostorem pro vznik a rozvoj sociálních kompetencí. Aby se sociální kompetence dostatečně mohly vyvinout je, v prostředí primární rodiny nutné dostatečné množství a úroveň přiměřených interakcí s ostatními členy rodiny, k čemuž je nutný dostatek společně stráveného času. Množství společně stráveného času má v současné době v českém, ale i evropském prostředí spíše klesající tendenci, rovněž jako počet členů rodiny, naopak roste množství neúplných rodin (asi polovina dnes narozených dětí se nenarodí do manželství, nebo se jejich rodiče v průběhu vývoje dětí rozcházejí a rodiče žijí spolu se svými dětmi s novými partnery), čili podporující faktory spíše ustupují, naproti tomu nároky na sociální kompetence v běžném životě dlouhodobě rostou. Takto vznikající vazby rodič – dítě jsou často ambivalentní, příliš silné, nebo slabé, často úzkostné atp., což se projevuje na schopnosti řešit běžné životní situace a problémy kompetentně, přiměřeně, případně kooperativně. Charakter a způsob realizace vztahové

vazby v dětství v mnohém předurčuje i charakter dalších vztahů a také vztahů budoucích, které jedinec potřebuje v průběhu dalšího života.

Rodinné hodnoty jako předpoklad výchovy a vzniku adekvátních sociálních kompetencí:

„Život, zdraví, láska, pravda, tolerance, etika, konzum jsou všechno cílové záměry života rodin, nepsané přání, které nazýváme rodinnými hodnotami.“ Dají se členit na hodnoty bytí a hodnoty dávání. Jak rodina vede své členy k hodnotám, takový je předpoklad k rozvoji jejich sociálních kompetencí. Důležité je trávení volného času. Pokud se dítě naučí v rodině trávit volný čas aktivně, pro růstově, zachovává si tento model ve svém budoucím životě a jeho sociální kompetence trvale vzrůstají a přizpůsobují se měnícímu světu. Naopak pasivní trávení volného času, například sledování televize má spíše opačný efekt.“ (Bakošová 2011)

Matka a otec jako vzory

Jak matka, tak i otec utváří v dítěti vzory. Předávají vzorce chování, způsoby řešení situací, trávení volného času, chování, jednání, vzájemné komunikace apod., a jsou příklady pro chování dítěte v racionalitě, emocionalitě, motivacích, v charakteru. Stejně otec, tak i matka jsou vzorem a příkladem v pozicích a rolích, který se v dítěti internalizuje. Spolužití otce a matky, rovněž jako ostatních členů rodiny, míra jejich dávání a přijímání ve vzájemných vztazích je předpokladem pro rozvoj sociálních kompetencí dítěte, spolu utváří jeho vnitřní výbavu. Tak jako se rodiče chovají a sociálně realizují v rodině, ve vztazích v širší rodině, vztahují a chovají k přátelům, k práci, to všechno je součástí socializace dítěte, to všechno se stává jeho součástí.

Širší rodina jako vzor

Pro pochopení procesu socializace z hlediska rodinného prostředí je nutno vzít v úvahu nejen nukleární rodinu, ale i rodinu širší jako prarodiče, strýcové, tety, bratrance, sestřenice a další lidi, kteří do rodinného prostředí zasahují. Vztahy mezi nukleární a širší rodinou, které se realizují a udržují, jejich kvalita a častost setkávání, případné rituály, to vše má výrazný vliv na socializaci jedince a rovněž také na získávání jeho sociálních kompetencí. Takto se dítě v různé míře učí přátelským vztahům, sdílení, komunikaci, kooperaci, nebo způsoby zacházení se zdrojem napětí, neshodami, vytváření nepřátelských postojů a podobně.

Z uvedeného vyplývá, že nukleární i širší rodina, jako místo primární socializace a utváření osobnosti, má zásadní význam pro osobnost a život jedince, stejně tak pro sociální a psychické dispozice k závislostem. Jak bylo zmíněno na závislost se většina odborníků dívá optikou Bio-Psycho-Socio-Spirituální modelu a pokud předpokládáme, že biologickou, či genetickou výbavu jedince nemůže rodina a prostředí v ní ovlivnit, potom bezpochyby ovlivňuje všechny další složky tohoto modelu.

### 1.1.3 Léčba závislosti

V České republice existuje několika úrovnový ucelený systém, souhrn odborných zdravotních a sociálních služeb a činností, jehož jednotlivé úrovně jsou definované, působí jako jednotlivé samostatné části, a přitom na sebe navazují, přičemž se vzájemně mohou využívat a počítat se svou činností. Zaměstnanci v těchto službách pracují jak s klienty, kteří svůj problém v různé míře motivace chtějí řešit, tak s klienty, kteří chtějí žít svým způsobem života nadále a nemají zájem svou závislost, ale např. i sociální situaci měnit. Od toho se také v zásadě odvíjí několik stupňů tohoto systému.

„Pro správný výběr odborné činnosti, která bude pomáhat klientovi zvládat jeho závislost je nutné vzít v úvahu několik faktorů. Především se jedná o:

- Stupeň závislosti
- Zdravotní stav
- Psychologické a psychiatrické problémy
- Stupeň motivace
- Potřeba podpory
- Rodinné vztahy
- Sociální prostředí a jeho ochota ho změnit.“ (Nešpor 1998)

„Aby byl léčebný proces, pokud možno co nejefektivnější, je nutno v maximální možné míře splnit několik podmínek. V praxi se nedaří splnit je vždy všechny, je však třeba mít na paměti, že úsilí vyvinuté k jejich, pokud možno co nejvyššímu naplnění, se přímo odráží v úspěšnosti léčby.“ (Nešpor 1998)



Na rozdíly v úspěšnosti léčby má vliv mnoho faktorů, které je třeba sledovat a v kombinaci různých úrovní v péči o závislé naplňovat. Nešpor uvádí tyto:

**„Včasný začátek léčby:** Je první a základní fází pomoci drogově závislým. Snahou by mělo být vyhledat jedince dříve, než abychom na něj čekali, až navštíví ordinaci lékaře. Tito jedinci hledají převážně pomoc již v takovém stavu, která komplikuje samotnou léčbu. Je třeba se zaměřit na využití všech prostředků, které nám umožní rychle identifikovat jedince zasaženého návykovou látkou, co nejdříve po objevení prvních problémů. S tím souvisí také nabídka služeb jednotlivých organizací, které se problematikou drogově závislých zabývají se snahou o odstranění všech překážek v přístupu k nim.

**Individualizovaný přístup:** Je základem každé léčby. Pokud se nám podaří osobu zasaženou návykovou látkou rychle identifikovat, tak se zvyšují jeho šance pro úspěšnou léčbu s viditelnými výsledky. Ke každému jedinci je potřeba přistupovat individuálně neboť problémy, kterým jsou drogově závislí zasaženi, mohou mít původ v různých oblastech. Je zapotřebí provést řádnou diagnostiku, která v sobě skrývá terapeutické dovednosti a znalosti toho kdo toto vyšetření provádí.

**Podpora motivace:** Zde hraje stěžejní roli, která přispívá k samotné léčbě, změně životního stylu, snahou vydržet a dokončit léčbu.

**Prevence relapsu:** Je snahou jak terapeuta, ale i samotného uživatele, aby k tomu nedošlo. Je potřeba mít na paměti, že se to stát může.

**Zhodnocení léčebného kontinua:** Každá započatá léčba drogově závislého je počátkem jeho cesty k abstinenci od různých drog v jeho životě. Celý tento proces není jednoduchý a skládá se z mnoha faktorů jako je vhodně zvolená léčba, změna životního stylu, poradenství, následná péče. Je nutné si připustit, že první léčba nemusí být vždy účinná, ale samotná podstata léčby se může projevit později. Léčbu, která splnila úkol jen částečně je potřeba považovat za účinnou.

**Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika:** Všichni drogově závislí, kteří prozatím nejsou schopni změnit smysl jejich života a žít bez drogy musí alespoň vědět, že existují organizace, které jim mohou poskytnout pomoc.“ (Nešpor 1998)

### **Harm reduction**

Cílem je omezit, či zmírnit dopady užívání drog na zdraví klienta a zamezit přenosu infekčních či pohlavních nemocí čili minimalizace rizik spojených se závislostí ovlivněného způsobu života. Cílovou skupinu představují především ke změně nemotivovaní klienti,

kteří chtějí pokračovat ve svém způsobu života. Harm reduction se tedy snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžete také pod harm reduction zahrnout i substituční léčbu.

### **Street work (terénní práce)**

Street worker je zpravidla sociální pracovník, který pracuje převážně venku, na ulici a jednou z jeho základních činností je vyhledávání a mapování osob, případně celých skupin, u nichž lze předpokládat, že sociální práci potřebují, nebo ji sami vyhledávají. Jedince a skupiny kontaktuje v prostředí, které je pro ně přirozené a sám musí mít velmi dobrou znalost tohoto prostředí. Musí být také vybaven schopností navazovat sociální kontakty. Street work zpravidla provozují kontaktní centra (tzv. Káčka) a bývá základní částí nabídky jejich služeb. Práce street workera spočívá především v zaměření se na tu část populace, případně subkulturu, která žije rizikovým způsobem života, nebo se u ní projevují sociálně patologické prvky chování. Cílem street workera, je pokud možno včas vyhledat a zachytit jedince s rizikovým způsobem chování, aby dopady patologického chování byly co nejmenší. Snaží se je tedy zmírnit ať už poradenstvím či donáškou zdravotnického materiálu (*harm reduction*), případně předejít prohlubování tohoto chování, či ho zpomalit, nebo zastavit.

### **Ambulantní léčba**

Ambulantní léčba je již léčbou v pravém slova smyslu a je uskutečňována zpravidla ve zdravotnickém zařízení, není však vhodná pro každého. Její základní nevýhodou je, že jedinec neopouští své sociální prostředí a pro její úspěšnost musí být schopen toto prostředí determinovat, případně eliminovat, přičemž existuje předpoklad, že se má pacient možnost opřít o svou rodinu, přátele, nebo jiné blízké osoby, které se v prostředí drogově závislých nepohybují a sami drogy neužívají.

Nešpor a Csémi ji popisují tako:

„Jedná se o léčbu bez vyjmutí jedince z prostředí, ve kterém žije. Při této formě je nutnost, aby se jedinec na tuto terapii dostavil, a to zejména tam, kde se tato poskytuje. Terapie a její délka je vždy závislá na konkrétní osobě. Všechno, čemu se drogově závislý podrobuje, musí být zakotveno v jejich dohodě o celém průběhu léčby. Je vhodná pro ty jedince, kteří mají rodinné, sociální či jiné zázemí. Tito jedinci jsou motivováni a schopni větší sebekontroly. Proto je vždy nutné zvážit, zda užití tohoto typu léčby je vhodné pro všechny a zda není nutné uvažovat o jiném druhu léčby v důsledku dlouhodobého užívání drog a rozpadlému rodinnému zázemí aj.“ (Nešpor a Csémi 1999)

### **Denní stacionáře**

Denní stacionář nabízí klientovi smysluplné trávení volného času a také prostor pro terapii. Jeho náplň se mimo jiné zabývá také rodinnými vztahy. Neposkytuje však klientovu změnu prostředí a vytržení ze sítě lidí, mezi kterými se pohybuje čili bere drogy.

„Drogově závislý zde tráví podstatnou část svého času. Celá terapie spočívá na principu ambulantní péče. Účastní se skupinové terapie či individuálních pohovorů s terapeutem, popřípadě jiných aktivit. Toto zařízení poskytuje psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči v oblasti sekundární prevence drogových závislostí. Jedná se o strukturovaný program v denní péči o drogově závislé, který by měl dle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4 hodiny denně po dobu 5 dnů v týdnu. Obvykle je založen na skupinové práci a uplatňují se v něm prvky terapeutické komunity. Prevence relapsu a práce s rodinnou má být nezbytnou součástí denní péče. Důraz je kladen na nezávislost jedince a jeho odpovědnost. Programy toho typu klientovi umožňují zachovat síť rodinných a sociálních vztahů i po dobu léčby.“ (Kalina 1997)

### **Detoxikace**

Pokud klient chce nastoupit účinnou léčbu, potom se neobejde bez stabilizace jeho stavu, vyčistění jeho organismu a překonání abstinčních příznaků pod dohledem lékařů.

„Detoxikace je nutná před započítím vlastní léčby. Jedná se o způsob, kdy je klientovi umožněno překonat prvotní odvykací potíže, abstinční příznaky a vyčistit jeho organismus od nežádoucích zbytků drog.“ (Nešpor 2000)

„Detoxikovat se může:

1. U lehčích případů závislostí v rodinném prostředí
2. Oddělení pro léčbu závislosti
3. Detoxikační jednotky v nemocničním komplexu

Nejprve je vhodné zjistit, jaká látka byla či je užívána. Důležitá je samotná anamnéza jednice zaměřená na jeho okolí. Tato anamnéza nám odhalí nejen látku, která byla užívána, ale i jiné somatické poruchy, které jsou důležité při specializované pomoci. Lidé, užívající návykové látky, mohou být nebezpeční samy sobě, ale i ostatním. Proto je nutné zajistit jejich bezpečnost, ale i bezpečnost ostatních osob. Samotný přístup k pacientovi a psychotherapeutická pomoc mohou do značné míry ovlivnit samotný průběh odvykacího syndromu. Psychoterapie je považována za základ léčebných programů v léčbě závislostí, jejichž součástí je i rodinná terapie.“ (Nešpor 2000)

### Ústavní léčba

Ústavní léčba klienta především izoluje od jeho sociálního prostředí, ve kterém užíval návykové látky, ale stejně tak od rodinných příslušníků, kteří mohou sehrát pozitivní úlohu pro jeho abstinenci.

„Jedná se o další druh pomoci při zvládnání drogových závislostí, který se od jiných liší tím, že je zde jedinec chráněn a izolován od prostředí, kde užíval drogy. Má oproti ambulantní léčbě jistou výhodu. Tou první je bezpečnější prostředí, kde je nepřetržitá lékařská pomoc, menší dostupnost návykových látek, a kde je méně spouštěčů. Druhou výhodou je možnost přípravy vhodně připraveného programu než při léčbě ambulantní. Je nutná hospitalizace v léčebně a její snahou je vytvořit takové prostředí, které by vyloučilo drogy v rámci vytvořeného režimu a pravidel. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog.“ (Matoušek 1995)

„Klienti se účastní aktivit pro volný čas (sport, výtvarné aktivity apod.), mohou využít poradenství v sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou či partnerem klienta. Samotná léčba se odvíjí od konkrétního případu, ale obvykle začíná od dvou měsíců do půl roku jako krátkodobá léčba. Co se týče léčby dlouhodobé, tak ta je zpravidla pojata od půl do jednoho roku. V některých případech může dosáhnout i dvou let. Pokud se jedná o léčbu dlouhodobějšího rázu, pak hovoříme o léčbě rezidenční, která probíhá v komunitě.“ (Nešpor 1999)

### Rezidenční léčba

Rezidenční léčbou je nazývána taková léčba, kde klient tráví v pobytovém zařízení čas ve zpravidla strukturovaném programu, kterého se povinně účastní. Klient je tedy zcela izolován od původního sociálního prostředí a je umístěn do nového, neznámého sociálního prostředí, kde realizuje nové sociální interakce a má možnost vytvářet nové vzorce chování.

„Jde o léčbu v rezidenčním zařízení, kde je pevně daný povinný program, jehož součástí jsou pravidelně skupinové terapie, edukační činnosti, volnočasové aktivity a podobně. Klienti jsou zpravidla zapojováni do chodu tohoto zařízení, přičemž se podílí na běžných činnostech, které jsou k tomuto chodu zapotřebí. Zpravidla pracují v kuchyni, na zahradě, při údržbě a podobně. Typické resocializační zařízení je terapeutická komunita.

Tato léčba je vhodná převážně pro klienty, kteří jsou drogou silně zasaženi. Tím, že je na ně působeno v rámci sociálního učení, tak dochází k dosahování a získávání schopností, dovedností, které vedou jedince k tomu, aby změnil svůj život a mohl normálně žít ve společnosti. Je to léčba, která v sobě zahrnuje aspekt sociálně-výchovný a sociálně rehabilitační (resocializační).“ (Kalina 2003)

### Léčba v psychiatrické léčebně

Tento druh léčby se realizuje ve zdravotnickém zařízení. Podobně jako u rezidenční léčby jsou zahrnuty režimové prvky programu, který je povinný. Rozdíl je však především v soustavném přítomnosti a působení lékařů.

„Drogově závislý je pod dohledem lékařské pomoci. Tento způsob léčby má v sobě zahrnuto režimová opatření v rámci denního programu, jenž je spojován s terapeutickou aktivitou. Jedná se o léčbu, která je spíše zaměřena na závislost. O to méně je řešena stránka resocializace, která je důležitá pro lepší start v jeho dalším průběhu životem. Na tuto léčbu musí navazovat jiný program, který se tímto problémem zabývá a jedinec musí postupovat takzvané doléčování. Na základě vhodně zvoleného doléčování může jedinec tyto věci dotáhnout do konce. Jedná se o způsob léčby pro ty drogově závislé, kteří nedokážou abstinovat právě v tom prostředí, kde k závislosti došlo. Zejména pro ně je tento způsob léčby nejvhodnější. Po absolvování léčby v psychiatrické léčebně je možné navazovat na léčbu v terapeutické komunitě.“ (Nešpor, Csémy 1999)

### Léčba v terapeutické komunitě

Současný model českých terapeutických komunit je definován jako program resocializační residenční léčby pro uživatele návykových látek i pro nelátkově závislé, racionálně využívající skupinu souřadných osob k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování klienta. Všechny aktivity jsou proto koordinovány tak, aby přispívaly k dosahování terapeutických a výchovných změn v chování jednotlivce, přičemž všichni zúčastnění jsou aktéři a mediátory těchto změn. Nejdůležitějším cílem terapeutických komunit je podporovat osobní růst klientů tak, aby se naučili žít bez užívání drog a získali kompetence a výbavu, která jim umožní další růst. Nejdůležitějším procesem, kterého je v léčbě využíváno je sociální učení ve skupině souřadných osob za pomoci terapeutického týmu.

První model vznikl a rozvinul se na průkopnické práci Maxwella Jonese a jeho týmu z nemocnice v Belmontu v období let 1947-1959. Ten se pokusil nahradit dosavadní převahu zdravotnického personálu na psychiatrických odděleních zřízením demokratického systému (odtud pojem demokratické terapeutické komunity) zavedení zcela nového prvku, a to spolurozhodování klientů. Jones definoval několik základních principů terapeutických komunit, a to především participace klientů na chodu komunity a obousměrná komunikace mezi klienty dané terapeutické skupiny. V České republice se začaly terapeutické komunity budovat po změně společenského systému po roce 1990. Nejčastěji jsou umístěny v menších vesnicích, na samotách, daleko od měst, kde je možné si snadno obstarat drogy a rovněž přijít do styku s bývalými spolukonzumenty, a obecně s uživateli drog. Terapeutická komunita Krok je jako výjimka přímo uprostřed třináctitisícového města Kyjov na jiho-východní Moravě. Nejzásadnější rozdíly mezi oddělením psychiatrické léčebny, kde se klienti taktéž učí žít bez drog a terapeutickou komunitou se dají shrnout takto:

Zaměstnanci terapeutické komunity nenosí bílé pláště ani jiný stejnokroj. Při vstupu nezúčastněného pozorovatele do budovy komunity mu pravděpodobně nebude na první pohled jasné, kdo je klient a kdo terapeut. Léčba v terapeutické komunitě trvá od 8 do zhruba 12 měsíců (to se v každém zařízení trochu liší a může být i delší). Klienti se v terapeutické komunitě aktivně a povinně podílejí na zajištění chodu domu (od úklidu, přes vaření, praní, žehlení, hlasování o něm apod.) tak, aby byla komunita, pokud možno co nejméně závislá na okolí, a mnoha dalších činnostech. Klienti v terapeutické komunitě spolurozhodují o postupu jiných klientů do další fáze léčby, vycházkách a dalších věcech, přičemž je kladen důraz na spolurozhodování klientů a jejich odpovědnost. Programy terapeutické komunity kladou na klienty značné nároky jak po fyzické, tak i psychické stránce (pracovní terapie,

zodpovědnosti v rámci budovy, skupinová a individuální terapie, zátěžové programy, zájmové činnosti apod.). Terapeutické skupiny mají velikost zpravidla do 15 klientů, podstatné je, aby prostředí i podmínky ve skupině co nejvíce připomínaly velkou „rodinu“, kde lidé, klienti i personál, mají k sobě vzájemnou důvěru, jsou si nápomocní a chovají se podpůrně. Klienti i zaměstnanci si mezi sebou zpravidla tykají, pokud to pro klienta nepředstavuje z nějakých důvodů problém.

„Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. To představuje sankce a tresty, stejně jako možnost dosáhnout vyššího statusu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině -, nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní. Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází ke spolupráci na smysluplných úkolech ve prospěch komunity. Tlak skupiny vrstevníků je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vhléd vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní problémy se děje prostřednictvím skupiny a individuální interakce, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám. Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti. V komunitě existují dvě linie autority – horizontální a vertikální, to podporuje myšlenku sdílení odpovědnosti podpory procesu společného rozhodování – pokud je to prospěšné a v souladu s filosofií a cíli terapeutické komunity.“ (Kolektiv autorů, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj 2004)

### **Rodinná terapie**

Rodinná terapie zahrnuje léčbu dětí i dospělých, přičemž předpokládá alespoň částečné zachování rodinných vztahů, přičemž se neomezuje pouze na ně, ale bývá zpravidla doplněna o další druh léčby.

„Rodinná terapie je vhodná především u dětí a mladistvých, kteří mají zachované alespoň částečně rodinné vztahy. Neomezuje se však pouze na ně. Má svou úlohu i při léčbě dospělých. Jedná se o původní rodinné seskupení, které jednice chrání a vyživuje, nebo také o širší rodinu, v závislosti na rodinných vztazích. Rodinná terapie efektivně funguje jako doplněk s jiným druhem léčby. Rodina jako taková může působit jak pozitivně, tak negativně. Negativní může být patologie v takovéto rodině. Rovněž tak je třeba brát v úvahu, že rodinná patologie může být jednou z příčin vznikuvší závislosti některého z jejích členů. V pozitivním smyslu může rodina působit jako zdroj morální a emoční podpory. V tomto smyslu je práce s rodinou jako podpůrným prostředkem v terapii velmi důležitým prvkem. V terapeutických komunitách je možnost práce s rodinou mnohdy přímo vyžadována. Rodiče a sourozenci se setkávají na rodinných setkáních, budují a posilují se vzájemné vztahy. Rodina, kde se závislost vyskytla, je vystavena velkému stresu. Každý z rodičů v této fázi, potřebuje alespoň trochu pomoci se zaměřením na jeho osobu a to proto, aby byl schopen racionálně uvažovat při pomoci v samotné léčbě. Touto pomocí je může být „tvrdá láska“. Ta v sobě zahrnuje vřelost a snahu pomoci, ale zároveň neústupnost přímo či nepřímo nepodporovat další škodlivé užívání návykových látek.“ (Nešpor 2001)

### **Doléčování**

Doléčování zpravidla vnímáme jako přirozený přechod mezi léčebným zařízením například terapeutickou komunitou a běžným životem. Základním předpokladem je, že klient je schopen plně abstinovat a je zaměřený na udržení abstinence v novém prostředí, má, nebo hledá zaměstnání a je motivovaný k resocializaci.

„Konečným prvkem celého systému péče o drogově závislé je proces doléčování, který je potřebný k dlouhodobému udržení výsledku předchozího léčení. Doléčování hraje důležitou roli v udržení abstinence po léčení a v procesu znovu začlenění klienta do společnosti. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle 6-12 měsíců a obsahuje prevenci relapsu, podpůrnou skupinovou terapii, individuální terapii či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práci, pracovní poradenství, chráněné bydlení, rekvalifikace, práci s rodinnými příslušníky, zdravotní péči zaměřenou převážně na somatické potíže. Velký důraz je kladen na prevenci relapsu, tedy jak jednat v situaci selhání, kdy člověk požije znovu drogu a nepropadl opět drogové závislosti. Následná péče je jednou z důležitých strategií, jak zabránit opětovnému užití drogy po samotné léčbě. Následná péče může mít různé formy. U nás jsou běžné opakovací léčby, doléčování, svépomocné skupiny. Tato péče může být poskyt-



nuta i formou individuálních pohovorů, a to prostřednictvím AT ordinací, K-center, či klinických psychologů. Specializovaná pracoviště, jež poskytují následnou péči, jsou známa jako doléčovací centra.“ (Kalina 2000)

## 1.2 Přehled problematiky v literatuře

Literatura k léčbě závislostí, a především k léčbě v terapeutických komunitách je poměrně specifická a jako taková zasahuje několik oborů lidské činnosti. Jednak je nutno sledovat sociálně pedagogický rozměr, kde hledáme význam a prostředky resocializace, tedy i terapeutických komunit jako jednoho z prostředků návratu do společnosti pro lidi, kteří propadli závislosti a dostali se na její okraj, a jejich další realizace a růstu v ní. Dále musíme vzít v úvahu lékařský pohled, tedy především adiktologickou literaturu, která definuje poslání terapeutických komunit a místo v síti léčby závislých. Významnou částí je literatura, zabývající se přímo terapeutickými komunitami, která se zabývá vytvářením prostředí a systémů samotných terapeutických komunit a je vnímána jako průnik několika oborů včetně sociální pedagogiky z hlediska výchovy a struktury trávení volného času, určování pravidel, zodpovědnosti za své jednání a podobně. V tomto kontextu se rovněž zmíníme o Virginii Satirové, tvůrci a zakladateli humanistického směru psychoterapie, o kterou se opírá psychoterapie v terapeutické komunitě Krok.

### Sociálně pedagogická literatura

V sociálně pedagogické literatuře pro nás byla vodítkem především kniha Zlatice Bakošové, **Sociálna pedagogika ako životná pomoc**. Tato podává ucelený přehled sociální pedagogiky jak z funkčního hlediska, tak z hlediska historického a vývojového. Je zpracována tak, aby poskytovala základní i rozšířenou orientaci v úlohách a úkolech sociálního pedagoga a ve vymezení jeho kompetencí. Ve své šesté kapitole se věnuje se také závislostem a patologiím a poskytuje jejich přehled a orientaci v problematice. Dále se zde také, mimo jiné zabývá mládeží, která žije, nebo tráví svůj volný čas na ulici, příčinami těchto jevů a poté přechází do problematiky závislosti. Poskytuje typologii nelegálních drog, jednotlivá stádia závislosti, s jejich příčinami a možnostmi nápravy a řešení z pohledu sociální pedagogiky. Při studiu této knihy, stejně jako další literatury věnující se terapeutickým komunitám, jsme dospěli mimo jiné k závěru, že v terapeutických komunitách v rámci České re-

publiky doposud není jasně vymezena role sociálního pedagoga, přestože se zde zdá být více než potřebná. Role zaměstnanců jsou vymezeny specifikací funkcí, přičemž pozice psychoterapeuta je ovlivněna jeho vzděláním v jeho původní profesi (psychologie, sociální práce, sociální pedagog a další) a druhem jeho psychoterapeutického výcviku. Sociální pedagogika jako multidisciplinární obor přímo vybízí k vytvoření takového pracovního místa, které může mít zastřešující a jednotící funkci s ohledem na resocializaci.

Další významným dílem v této oblasti je kniha Blahoslava Krause **Základy sociální pedagogiky**, kde v kapitole Sociální pedagogika jako životní pomoc a podkapitole Sociálněvýchovné působení v prevenci a terapii popisuje terapii ze sociálně pedagogického hlediska jako proces komplexní nápravy osobnosti jednající deviantně. Dále definuje socioterapii, sociální rehabilitaci a resocializaci. Resocializaci popisuje jako „odstraňování těch relativně trvalých zaměření vychovávaného jedince, jež způsobují výchovné potíže. V širším smyslu je chápána jako jakási zpětná socializace, s cílem vrátit člověka do normálního života společnosti, ke společensky přijatelnému způsobu chování.“ (Kraus 2014).

Dále se pak zabývá z hlediska resocializace sociálně patologickými jevy a sociálně deviantním jednáním a jeho nápravou.

„U všech sociálně patologických jevů a sociálně deviantního jednání se při jeho nápravě využívá jak postupů resocializace a reedukace, tak i psychoterapie a socioterapie, případně i dalších výše uvedených terapií (někdy i medikamentózní léčby). Základním výchozím předpokladem všech těchto procesů je ovšem ochota a snaha daného jedince změnit se (spolupracovat).“ (Kraus 2014)

Dále pak rozděluje instituce, ve kterých probíhají popisované procesy, přičemž popisuje jako jednu z institucí instituci léčebnou a její klientelu (alkoholiky, drogově závislé atd.).

Tímto je jasně vymezen vztah sociální pedagogiky k zpracovávanému tématu.

### **Lékařská literatura**

Literatura lékařská, která se věnuje závislostem je velmi rozsáhlá a pro tuto práci byly vybrány především knihy Karla Nešpora, který svůj lékařský pohled na problematiku představil a aktualizoval v mnoha knihách. Zásadní pro tuto práci byla **Návykové chování a závislost**. Kniha je dělena na dvě části. První se zabývá vymezením závislosti jako takové a její definicí, dále pak jednotlivými druhy závislostí, předpoklady vzniku, samotným

vznikem a průběhem. Dělí je však nejen podle druhu látky, nebo chování, ale také podle věku, pohlaví, dospělosti a podobně. Zde jsme čerpali především vymezení samotné závislosti a pomohla nám k širšímu a komplexnějšímu pohledu. V druhé části se věnuje mimo jiné nástrojům a procesům, kterými se dosahuje u závislých patřičných změn v oblastech sociálních dovedností, vnímání sebe sama, motivace, sociálních, rodinného klimatu a atmosféry a mnoha dalších, které vedou ke zvládnutí závislosti. Mimo jiné se zde také zabývá léčbou v terapeutických komunitách a v neposlední řadě se věnuje prevenci.

### **Literatura Terapeutických komunit**

V literatuře, která se zabývá terapeutickými komunitami, vynikají v našich podmínkách především knihy Kamila Kaliny. V České republice pravděpodobně ani nevznikla jediná kniha o této problematice, která by jeho Kalinovu práci neopírala, nebo na ni neodkazovala. Zásadní je především dílo **Terapeutická komunita – obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti**. Kniha má dvě hlavní části. První se věnuje obecnému modelu terapeutické komunity, přičemž poskytuje ucelený přehled současného vědění o terapeutické komunitě ve všech jejích funkcích a významech. Hledí na ni jako na společenství a nabízí studujícímu pohled na její historický vznik, vývoj, koncepce a principy v pojetí různých světových autorů, poukazuje na úskalí, možné problémy, a to od dob vzniku až po dnešek. Představuje vývoj a současnost terapeutických komunit ve světě, v Evropě a také v České republice. Zásadní místo zaujímají především filozofie a identita, dále pak pravidla, normy, role a komunikace, samotný léčebný program, ale také rituály, které každá terapeutická komunita vytváří a provozuje a které podporují výjimečnost společenství a jeho účasti v něm. Podrobně se zabývá účinnými faktory spojené s působením programu terapeutické komunity a psychoterapie. Druhá část knihy je podrobněji zaměřena na terapeutické komunity při léčbě závislých klientů. Věnuje se organizaci a struktuře, profilu klientů, u nich probíhajícími procesy a změnami, které vyvolávají, různými komplikacemi léčby, ale také pracovním kolektivem, zaměstnancům komunity a dalším důležitým tématům. Vlastní kapitulu věnuje činnosti s rodinami klientů, rodinné terapii a jejími perspektivám a možnostem. Toto ucelené dílo pro nás bylo zásadní v pochopení koncepce terapeutických komunit. Druhá kniha, která je zásadní především pro české podmínky je **Terapeutická komunita pro drogově závislé II – Česká praxe**, která je dílem kolektivu autorů, především dlouholetých vedoucích, nebo zakladatelů terapeutických komunit v České republice a na Sloven-

sku a Kamila Kaliny. Má z části podobnou koncepci jako výše zmíněná Kalinova **Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti**, nezabývá se však základními principy, spíše předpokládá znalost další odborné literatury, zaměřuje se více na konkrétní specifikace českého prostředí, jako místa realizace terapeutické komunity. Dále se věnuje jejímu legislativnímu rámci, způsobu financování, supervizím a dalším tématům, terapeutické rozměry však neopouští. Tímto se stává spíše praktickou pomůckou pro pracovníky terapeutických komunit.

### **Virginie Satirová**

Knihy této autorky jsou z hlediska této práce významné především proto, že je tvůrkyní psychoterapeutického směru, který je základem systému psychoterapeutické práce v terapeutické komunitě Krok. Zásadní význam má dílo **Kniha o rodině**, které se často označuje za stěžejní práci v rodinné terapii. Předmětem jejího zájmu jsou úplné i neúplné rodiny, hledá důvody nepohody a nepříznivého klimatu v rodině, snaží se najít pozitivní role pro členy rodin. Věnuje se sebehodnocení, komunikaci, vzorcům chování a obecně rodinnému životu v jeho různých fázích a fragmentech, jakož i celku. Na ni plynule navazuje její další dílo **Model růstu – za hranice rodinné terapie**, které je již konkrétním terapeutickým systémem, o němž se opírá způsob práce v terapeutické komunitě Krok.

## 2 CÍLE, ÚLOHY, POSLÁNÍ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

Cílem této kapitoly je konkrétní popis cílů a účinných faktorů terapeutických komunit jako resocializačních zařízení pro drogově závislé klienty, jejich historický vývoj, stejně jako vývoj jejich poslání. Dále pak filozofií, cíli, posláním a metodami práce Terapeutické komunity Krok Kyjov, rovněž se strukturou a historickým vývojem Krok Kyjov z. ú.

### 2.1 Základní a dílčí cíle terapeutických komunit

Cílem pobytu klienta v terapeutických komunitách je především jeho navrácení do společnosti, z jejíhož okraje do komunity zpravidla přichází, tedy jeho resocializace. Typický klient při počátku léčby zpravidla několik let užívá návykové látky a tomu odpovídá i jeho způsob života, který se vyznačuje jeho sociálním sestupem a životem na pokraji společnosti. Dále pak zdravotní anamnéza, vztahy, sociální společenství, ve kterém se pohybuje, socioekonomická situace, kriminalizace, rodinné vztahy a podobně. Při úspěšném ukončení pobytu musí klient měl splňovat několik zásadních podmínek, aby se jeho resocializace dala považovat za úspěšnou, s výhledem na její udržení. Zásadně je nutná především jeho abstinence, která je při jeho resocializaci v terapeutické komunitě chápána jako dílčí cíl. V terapeutické komunitě získá v rámci pracovní terapie dostatek znalostí, dovedností a zkušeností, které mu pomohou v získání zaměstnání a jeho trvalé udržení. Součástí pracovní terapie jsou zpravidla různé rekvalifikace a kurzy, které dávají klientovi uznatelnou a reálně využitelnou kvalifikaci. V rámci psychoterapeutické práce s klientem takovou výbavu, která mu dovolí rozumět sám sobě a činit takové životní kroky a rozhodnutí, které povedou k dosažení vlastních cílů a spokojenosti. V oblasti sociální potom především absence trestné nebo jinak společensky nežádoucí činnosti a finanční stabilizace, ke které patří zpravidla získání stálého zaměstnání odpovídající klientovým schopnostem, schopnost plánovat finanční výdaje vzhledem k příjmům, aktivní řešení svých závazků. Nezanebatelnou součástí této resocializace je schopnost aktivně a smysluplně trávit volný čas, dokázat s ním zacházet ke svému uspokojení a patřičnému rozvoji, a s tím související schopnost vytváření nových adekvátních vztahů.

Dílčí cíle terapeutických komunit ve vztahu ke klientovi se dají formulovat takto:

### **Hledat cestu k pochopení a přijetí smyslu vlastního života**

Hledání způsobu přijetí skutečnosti, že klientův život má sám o sobě smysl a legitimizuje jeho vlastní existenci. Dosažení tohoto cíle zpravidla vede k mnohem větší sebe akceptaci a pochopení, že i jeho zdánlivě bezvýznamná existence je přirozenou součástí koloběhu světa. Z dlouhodobého a postupného naplňování tohoto cíle pro klienta vyplývají přirozené kroky, krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé cíle, které klient postupně realizuje.

### **Hledat svou vlastní svobodu a odpovědnost**

Při vstupu klienta do terapeutické komunity, který přichází s potřebou zvládnout svou závislost a s ní související způsob života je často velkým tématem osobní svoboda. Jeho závislost na návykových látkách ho činí nesvobodným, a i když se to může zdát paradoxní, svoboda je často uváděným důvodem v začátcích užívání návykových látek. Zde se na první pohled jeví jako řešení prostá abstinence. Tato je ale v tomto případě chápána spíše pouze jako předpoklad, jako jeden z dílčích cílů. Abstinence nepřináší okamžitě, nárokově svobodu, ale je jedním ze základních pilířů pro rozvoj jak vnitřní, tak i vnější svobody.

### **Hledat cestu k poznání a přijetí sebe sama a také svých možností a limit**

Pokud se klientovi podaří poznat a přijmout sám sebe, umožní mu toto poznání naplno žít v realitě světa, ve kterém se nachází. Prosté poznání a přijetí sebe sama ho velmi osvobozuje a dává zdroj pro jeho další vývoj. Projeví se v reálném pohledu na sebe sama ve vztahu k okolnímu světu. Vlastní poznání sebe je podobné obnažení skály, na které může stavět svůj dům – svůj život. Čím blíže je klient k sebepoznání, tím bude jeho dům pevnější a stabilnější.

### **Hledat cestu k osobnímu růstu, vývoji a také víře v sebe**

Pokud předpokládáme, že se klientův život doposud cyklil, potom se dá říct, že cílem klientova pobytu v terapeutické komunitě je tento kruh porušit a vytvořit takové podmínky, které umožní vývoj spirálou. Přitom je velmi užitečné označovat mu body, místa a situace, ve kterých je možné tento vývoj spatřovat a vytvářet, a přitom rozvíjet a zároveň pro něj představují jasné a hmatatelné důkazy jeho vývoje, který on sám zvědomuje. Terapeutická komunita má za cíl naučit klienta hledat si přiměřené a dosažitelné cíle, jejichž zdolání je motivem k dalšímu růstu, a potvrzením vlastních schopností a v neposlední řadě vlastní

sebe hodnoty. Rovněž také podporuje klientovu víru v sebe a potvrzuje jeho vlastní schopnost rozvoje, růstu a schopnost se měnit

### **Hledat své místo a svůj prostor v běžném lidském společenství**

Klient se při svém příchodu do komunity zpravidla cítí jako člověk, který do běžné lidské společnosti nepatří nebo ani patřit nechce, cítí se být jiným. Je zvyklý žít na jejím okraji většinou ve své sociální bublině nebo subkultuře, jejímiž pravidly a hodnotami se řídí a která uznává, a to spolu s dalšími jejími členy. Přijetí, nebo alespoň respektování většinových hodnot a pravidel, mu zjednoduší návrat do běžného společenství. Nemůžeme však očekávat rychlou, radikální změnu postojů a systému hodnot, ale spíše pomalý, spíše kontinuální vývoj, který umožňuje rozvoj a realizaci vlastní individuality, ochraňuje vlastní vnitřní svobodu a výjimečnost a umožňuje jinakost, čili být jiný, být svůj beze strachu o své vlastní rozpuštění ve společnosti. Zde hraje zásadní roli samotné společenství komunity, rovněž tak pochopení, odpuštění a přijetí vlastní rodiny. Přijetí klienta skupinou v terapeutické komunitě mu pomáhá a umožňuje nalézt ztracenou, případně ještě nevzniknuvší, vlastní sebedůvěru v přijatelnost většinové společnosti.

### **Hledat tvořivý a pozitivní přístup k životu**

Přicházející klient má zpravidla naprosto zkreslené představy o způsobu života v běžné společnosti. Má strach konformity a stereotypu, před kterým hledali v droze často únik. Člověk je přirozeně předurčen ve svém nitru k pozitivnímu vývoji a humanistická psychotherapie, ke které se Satirová radí, předpokládá, že je toho schopen. A právě kreativita, pozitivní přístup a postoj rozšiřují svobodu klienta, stejně jako barevnost a více vrstevnatost, přičemž mu umožňují zachovat jeho jedinečnost případně výjimečnost v lidském společenství.

### **Hledat dlouhodobou cestu ke spokojenému a radostnému životu**

Abstinenci, svůj nový život v lidském společenství, svůj vývoj nebo realizovanou vlastní změnu by klient neměl vnímat jako něco negativního, jako ztrátu nebo odříkání za svůj minulý život, který byl podle jeho vlastního zjištění neudržitelný. Jedním z cílů terapeutické komunity je pomoci mu v učení prožívat život radostně a spokojeně využitím vlastního potenciálu, uvědomit si svoje nezcizitelné lidské právo být spokojený a šťastný. V tomto pohledu je radost i spokojenost jak motivem, tak podmínkou pro další rozvoj klienta. Nedílnou součástí tohoto procesu je přijetí pokory a práce s trpělivostí. Narušení stereotypu

očekávání okamžitého uspokojení, tedy něčeho, co je všem závislým společné, je jednou ze základních podmínek procesu dosažení spokojenosti v životě.

### **Hledat cestu k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak vlastních cílů dosáhnout**

Důležitým cílem pobytu klienta v terapeutické komunitě je, aby klient získal dovednosti, které mu umožní stanovené cíle postupně realizovat, měl by si být schopen uvědomit, čeho chce v různě dlouhých obdobích svého života dosáhnout, ale také být schopen své cíle realizovat.

Úspěšný absolvent terapeutické komunity by měl být tedy abstinující člověk (v terapeutické komunitě Krok jsou klienti vedeni k úplné abstinenci, tedy i od alkoholu), který je integrovaný nebo integrující se ve společnosti, finančně a sociálně stabilizovaný, s čímž souvisí schopnost získat a udržet si stále zaměstnání, splácet své závazky z minulého způsobu života, má schopnost vyznat se v sobě a dále se poznávat a rozvíjet, usiluje o vlastní kvalitní život ve společnosti, který ho naplňuje a činí šťastným, umí si říct o pomoc a podporu, ale sám je schopen totéž nabídnout, a to vše mu dělá radost. Pokud ve svém životě klopýtne, ví, jak vstát, a umí si přitom si umí říct o pomoc.

## **2.2 Vývoj terapeutických komunit**

První terapeutické komunity vznikaly v Evropě, a to ve Velké Británii koncem druhé světové války jako léčebný způsob pro traumatizované vojáky, kteří zažívali válečné události. Ti se často stávali pacienti s psychiatrickou diagnózou. Terapeutické komunity vznikaly jako nástroj pro, pokud možno, pacientovo rychlé zbavení se psychických problémů a jejich brzkého navrácení do boje. Zde se začala poprvé ve větší míře využívat psychoterapie. Světu se představuje Maxwell Jones, britský psychiatr, který vytvořil, propracoval a uvedl do praxe systém terapeutických komunit a jehož zásluhou vznikla v roce 1954 první terapeutická komunita také v tehdejší Československu v obci Lobeč. V ČSSR byly terapeutické komunity naprosto marginální záležitostí, ale v západní Evropě byly vcelku běžnou součástí léčby nejen závislostí. V USA byly terapeutické komunity běžnější než v západní Evropě především jako součást péče o závislé usilujících o jejich abstinenci a resocializaci.

Po druhé světové válce se vývoj terapeutických komunit rozděluje na dvě větve.



### **Evropská větev**

Jedná se především o systém komunitně orientovaných programů upravených účelně k pomoci specifickým skupinám. V zásadě šlo o pomoc dětem a dospělým s různými psychologickými, sociálními, výchovnými a psychiatrickými potížemi. Evropská větev nese také označení **pedagogický proud** a jeho členové byli zpravidla profesionály v oblasti výchovy a vzdělávání.

### **Americká větev**

Čerpala v podstatě z náboženských kořenů a komunitního (svépomocného hnutí). V této větvi se formují hnutí k řešení drogové a alkoholové závislosti, především AA (anonymní alkoholici), nebo dále Synanon (první terapeutická komunita, jejímž zakladatelem byl Charles Dederich, která byla již úzkoprofilově zaměřená na léčbu drogově závislých na nealkoholových látkách a byla založena roku 1958). Důležitým mezníkem je, že Synanon se již odklání od náboženských kořenů a směřuje k světské orientaci. Později se pod vlivem Synanonu vytváří celé široké spektrum současných terapeutických komunit pro drogově závislé, závislé na alkoholu, gamblery a kombinace těchto závislostí. Podle těchto amerických modelů začaly vznikat terapeutické komunity v Evropě. Je tedy zajímavé, jak se evropský způsob práce dostal do USA, zde prošel vlastním vývojem, aby mohl následně obohatit Evropu.

Po rozdělení Československa vznikla první terapeutická komunita pro drogově závislé v roce 1991. Důvodem je především, že předlistopadový režim hleděl na závislost jako na marginální problém, měl tendence společenské patologie spíše skrývat, považoval je za projev kapitalistického systému a navíc drogově závislí tvořili jen nepatrnou část psychiatrických pacientů.

V současné době existuje v České republice asi čtrnáct terapeutických komunit, které se zabývají léčbou závislosti.

#### **2.2.1 Účinné faktory v terapeutických komunitách**

Terapeutická komunita může na vnějšího pozorovatele působit jako nejasný prostor, jako místo, kde se něco pozitivního v klientově životě děje, ale není jasné proč tomu tak je. Z tohoto, ale i jiných důvodů, především pak kvůli konkretizaci faktorů majících vliv na pozitivní změny u klientů, jejich záměrné vytváření a podpora, je nutné tyto faktory zcela

zřetelně popsat a v terapeutické komunitě sledovat. Toho v dostupné literatuře dosáhl kolektiv autorů v knize *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Přitom je důležité mít na zřeteli, že v terapeutické komunitě je klient dvacet čtyři hodin denně, sedm dnů v týdnu a ačkoli účinné faktory zlepšují jeho život, v průběhu tohoto procesu na něj vytváří především tlak, se kterým se klient musí být schopný vyrovnat a zároveň z nich čerpat sílu a podporu, která mu toto umožní. Pokud některý z těchto faktorů není přítomen, je nutno o jeho vznik usilovat a vytvořit podmínky, které ho umožní. S absencí účinných faktorů klesá lineárně i účinnost léčby.

### **„Náhradní rodina**

Slouží jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí.

### **Ucelená filosofie**

Ucelená a srozumitelná filosofie, kterou lze vysvětlit všem tak, aby jí pochopili a podporovali.

### **Terapeutická struktura**

Uspořádání má jasnou strukturu, kde nejsou žádné dvojně vazby. Struktura nabízí bezpečí a jistotu. Existuje zde jen málo pravidel, ale jsou jednoznačná. Toto prostředí poskytuje dostatečný tlak nutný k učení, ale také dost struktury, která brání chaosu, aby se vymkl kontrole. Musí být možné dělat chyby, terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá. Klient musí mít možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnosti.

### **Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií**

V komunitě musí být rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jedince. Demokracie ve společnosti je způsob, jak delegovat moc na všechny lidi, jak umožnit rozhodovat většině a jak řešit konflikty. Terapeutická komunita, která deleguje všechnu moc na klienty, kteří mají většinu, může být anti-terapeutická. To se stalo v prvních měsících Emiliehoeve. Terapie v komunitě je povinná. Klient si nemůže vybírat, jestli se zúčastní nebo ne. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.

### **Sociální učení prostřednictvím sociální interakce**

Učení se děje prostřednictvím interakce. Klient se nemůže v komunitě izolovat. Musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování. Starší klienti se stávají vzory pro nové příchozí. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Díky zpětné vazbě se učí rozumět svému chování. Učí se dělat rozhodnutí a přijímat důsledky své volby.

### **Učení prostřednictvím krize**

Učení je posilováno tím, že klient zažívá krizové momenty. Je to srozumitelné z Ericksonovy teorie sociálního učení. Považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, když je krize zvládnuta.

### **Terapeutický účinek všech aktivit komunity**

Vše, co se děje v komunitě, je terapie. Klienti si připravují jídlo, pracují v různých částech domu a musí se učit jednotlivým rolím.

### **Odpovědnost klienta za jeho chování**

Klient není pacient. K roli pacienta patří následující charakteristiky:

Pacient je zbaven povinností, které jinak patří k jeho roli.

Pacient není zodpovědný za svou situaci.

O pacientovi se předpokládá, že si svůj stav nepřál a že se bude snažit svou roli pacienta opustit, jakmile to jen bude po lékařské stránce správné.

Pacient má právo hledat pomoc.

Klient jako člen komunity nemá první dvě charakteristiky pacienta. Říkáme jim, že si nemají hrát na oběť a obviňovat ze svého životního selhání společnost, nebo jiné lidi. Místo toho jim tvrdíme, že se chovali dětinsky a byli hloupí a nezodpovědní. Klient je považován za člověka, který potřebuje pomoc a který se musí naučit o ni požádat. Tak je považován za člověka, který může pomoci druhým

### **Zvýšení sebevědomí díky úspěchům**

Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání, jedná „jako by“ se nebál. Je to také výsledek toho, že se podílel na tvořivých aktivitách a vzdělávání v komunitě. Zvý-

šené sebevědomí dále snižuje strach ze selhání a odmítnutí. Když pomáhá druhým, uvědomuje si klient, že má pro druhé cenu, a to opět zvyšuje jeho sebeúctu.

### **Internalizace pozitivního hodnotového systému**

Objevují se pozitivní hodnoty a jsou zvnitřněny. Klient se učí být upřímný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.

### **Konfrontace**

Konfrontace a tlak zaměřené na nově přijatého klienta by měly mít limitovanou míru, aby ho nevytlačily z komunity ven. Již sám život v komunitě pro nového člena představuje stres. Jak se klient začíná v terapeutickém programu rozvíjet, začíná programu důvěřovat a jeho obrany se naruší. V této ohrožující situaci, kterou může prožívat jako krizi, je klient připraven začít měnit své chování a postoje. Klient se učí mluvit o svých vnitřních konfliktech a čelit emocionálnímu stresu spojenému s pocity viny a neschopnosti. Základní anihilace mizí a klient je připraven zrušit své obrany zcela. Nyní dělá krok k přímé emocionální konfrontaci s ostatními místo toho, aby své pocity odehrával jinak. Když zjistí, že ostatní jeho změny oceňují, zmizí i strach z odmítnutí. Zjistí, že aby byl milován, nemusí být perfektní. Naopak se zdá, že je to naopak. Jak napsal Shostrum: „Zdá se, že předpokládáme, že čím budeme dokonalejší a bez chyby, tím víc budeme milováni. Ve skutečnosti je to zřejmě naopak. Čím víc jsme schopni připustit vlastní lidské slabosti, tím víc jsme hodni lásky“. Klient zjistí, že konfrontace není namířena vůči jeho osobě, ale vůči jeho chování.

### **Pozitivní tlak vrstevníků**

Tak jako může tlak vrstevníků vést k tomu, že člověk začne brát drogy, tak může pozitivní tlak vrstevníků napomoci k rozhodnutí abstinovat a rozvinout pozitivní prvky chování. Jednotlivci s negativním chováním čelí konfrontaci. Jiní se stávají vzory. Klient je veden k zodpovědnosti za to, že bude sledovat a kritizovat či komentovat chování a postoje ostatních. To je naprostý opak toho, co se děje na ulicích, kde toxikoman neříká žádné autoritě nic o dalším toxikomanovi. Neoceňuje se hra na oběť a manipulativní chování bývá rychle rozpoznáno a ostře odsouzeno.

### **Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je**

V encounterových a jiných skupinách potvrzujeme klienty k tomu, aby vyjadřovali své emoce. K vyjádření emocí slouží obvykle křik – jako jasný nástroj vyjádření. Toxikoman

se učí překonávat strach z emočního projevu. Nemusí se již bránit svým emocím prostřednictvím odehrávání. Může konečně zjistit, jak dát najevo pozitivní emoce jako radost a potěšení, které se někdy vyjadřují hůř než ty negativní.

### **Změna negativního přístupu k životu na pozitivní**

Většina toxikomanů má v sobě negativní přístup – „mě nikdo nemá rád“, „nepotřebuji nikoho“, „nemám právo na život“. Právě poslední postoj je mezi závislými častý, i když si jej uvědomují až na skupinách. Jejich negativní postoje vznikly obvykle v dětství. Pomáhaly jim přežít, když byli ještě malými dětmi, ale staly se velkým handicapem v dospělosti. Změnit negativní přístup k sobě trvá dlouho. Ke změně mohou přispět skupiny například boxing terapie – kdy jsou falešné identity nahrazovány pozitivními – kde může každý přemoci svou kletbu.

### **Zlepšení vztahů v původní rodině**

Vztahy s rodiči a dalšími blízkými se za pomoci týmu mění od okamžiku prvního kontaktu po období separace v první fázi programu. V této době chodí rodiče do rodičovských skupin, které někdy začínají už před zahájením léčby. V terapeutických skupinách lze s rodiči vyřešit řadu „nedokončených záležitostí“, kde jsou rodiče zastoupeny symbolicky (prázdné židle, hraní rolí klienty či terapeuty). To se děje na encounterových skupinách, v psychodynamických skupinách, pesso terapii nebo skupinách boxing terapie.“ (KOLEKTIV AUTORŮ, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj 2004)

### **2.2.2 Výzkumy účinnosti terapeutických komunit**

Prováděné výzkumy ať už ve světě (především pak v USA, Velká Británie, Německo) nebo v českém prostředí nemají jednoznačně definovaný pojem abstinence. Ten se pohybuje mezi polaritami úplné abstinence (tedy od jakýchkoli drog i alkoholu jako například v Terapeutické komunitě Krok Kyjov) přes toleranci alkoholu až k polaritě toleranci měkkých drog jako marihuana (pokud nepřekračuje rámec obvyklého způsobu života), přičemž jejich konzumaci považují pouze za negativní prognostický faktor.

Výzkumy se zpravidla zabývají klienty napříč komunitami a sledují klienty v různých časových intervalech po jejich opuštění, a to 6 měsíců, 1 rok, 2 roky a spíše výjimečně 3 roky.

Nejznámější výzkumy z hlediska abstinence od tvrdých drog uvádí výsledky v těchto rozptylech:

Vidjak (2003) 30 % a Verachai (2003) 73 % nejčastěji udávané hodnoty jsou 50-60 % (Buehringer a Platt).

Dále pak existují výzkumy českých terapeutických komunit, které úspěšnost svých klientů uvádí ve výročních zprávách. Ta se zaměřuje pouze na klienty konkrétních terapeutických komunit a sleduje abstinenci od drog u svých absolventů od 3. měsíců do 7. let po léčbě. Procento úspěšnosti se pohybuje v rozmezí 62-78 %.

V roce 2014 vydal Úřad vlády České republiky knihu Mgr. Martina Šefránka, Ph.D. **Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí** s podtitulem *Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*, která se označuje jako v současnosti největší prospektivní studie zaměřenou na výsledky léčby uživatelů drog v České republice. Na výzkumu se podílely české terapeutické komunity Němčice SANANIM, Karlov SANANIM, Podcestný Mlýn a Nová ves. Výzkumný soubor tvořilo celkem 176 klientů těchto terapeutických komunit.

Výsledky této evaluace jsou následující:

Alkohol užilo ve dvanácti měsících po léčbě 83,9 % absolventů.

Drogu užilo ve dvanácti měsících po léčbě 46,7 % absolventů.

V kriminálním chování pokračovalo ve dvanácti měsících po léčbě 9,6 % absolventů.

Zaměstnání mělo dvanáct měsíců po léčbě 69,8 % absolventů.

### **2.3 Cíle a poslání terapeutické komunity Krok**

Posláním terapeutické komunity Krok v Kyjově je poskytování sociální služby závislým klientům, kteří se rozhodli abstinovat a směřovat ke znovu začlenění do společnosti, čili k resocializaci.

#### **Dílčí cíle programu:**

Osvojení si pracovních, hygienických a společenských návyků.

Samostatnost klienta a schopnost převzít si zodpovědnost za své chování a jednání.

Plánování volného času, nalezení vhodných zájmů pro volný čas.

Zvládání krizových situací a řešení konfliktů.

Autonomní vystupování v běžných situacích.

Obnovení, či zlepšení kontaktu s rodinou.

Z pohledu sociálně pedagogického je dosahování daných cílů determinováno především těmito metodami:

### **Metoda příkladu – exemplifikace vzorů**

Příkladem je model nebo vzor, hodný následování, samotnou metodou se ve výchovném procesu stane pouze tehdy, pokud je podněcuje žádoucí změnu. Klienti se hned od vlastního příchodu do skupiny v terapeutické komunitě nacházejí ve společenství dalších členů dané skupiny, kteří již abstinují delší dobu, účastní se vycházek a nový člen skupiny od počátku svého pobytu ve skupině vidí, že abstinence je reálná, že jeho situace má řešení, a to na příkladu služebně starších vrstevníků, dále pak při realizaci společných aktivit s programem následné péče. Tímto způsobem noví členové skupiny často nachází vzory, které si sami a dobrovolně vybírají a zpočátku je pouze napodobují, ale v průběhu času dochází zpravidla k internalizaci jejich postojů a hodnot i pohledu na komunitní společenství. Celý proces působí na klienta také v oblasti motivace.

### **Metoda vysvětlování**

Působí v zásadě na kognitivní stránku klientovi osobnosti s cílem umožnit si vytvořit vlastní názor. Východiskem je použití takových argumentů, které klientovi v zásadě umožňují jeho vlastní poznání objasněním, analýzou, doplněním informací, zdůvodněním. Při tom je třeba brát v potaz, že cílem není přesvědčit klienta o vlastním názoru nebo pohledu, ale vytvořit prostor pro názor klientův, byť může být pro zaměstnance nepřijatelný. Tímto způsobem má v demokratickém prostředí terapeutické komunity každý člen skupiny možnost získávat vlastní názory, a to jako svůj pohled na sebe nebo na společenská a třeba i technická témata. Jedním z prostředků se v terapeutické komunitě Krok staly také edukační aktivity, ale i samo prostředí skupiny, její klima a atmosféra.

### **Metoda kladení požadavků**

Je zakotvená v očekávaném chování, jednání a činnosti účastníků daného výchovného procesu, přičemž je do značné míry determinovaná hierarchizací společenství terapeutické komunity. Základním předpokladem této metody je akceptace možností vychovávaného. Makarenko: „Co nejvíc požadavků na člověka – co nejvíc úcty k němu“. V prostředí tera-

peutické komunity Krok je důležité především zvládnutí denního režimu, přijetí svého místa ve společenství a spolupráce s terapií.

### **Metoda povzbuzení a pochvaly**

Povzbuzení je v tomto kontextu především způsob, který odměňuje určité žádoucí jednání, chování, názor nebo postoj člena terapeutické skupiny. Je to především základní pozitivní výchovná metoda, kterou vychovatel projevuje důvěru v osobu vychovávaného a motivuje jej k dalším vlastním aktivitám nebo postojům. Může mít několik forem například jako projevená důvěra při pověření zodpovědným úkolem, doprovod nemocného mladšího vrstevníka k lékaři, nákup potravin, placení cestovného za skupinu nebo jen prostá pochvala, ať už před celou skupinou nebo soukromou jako projev uznání.

### **Metoda trestů**

Trest je projev nesouhlasu s určitým jednáním nebo chováním. V podstatě se jedná o druhou stranu mince metody povzbuzení a pochvaly. Pomáhá eliminovat nežádoucí chování, jednání a podobně. V prostředí terapeutické komunity jsou přesně definovaná pravidla i tresty (platby viz. níže) za jejich porušování. Za chybu nebo nežádoucí či nevhodné chování či jednání, má nést člen terapeutické skupiny zodpovědnost. Při realizaci trestu (platby) nesmí být v žádném případě jakýmkoli způsobem snížena klientova důstojnost a zcela nutně musí existovat možnost, jak se ze své chyby pro příště poučit a takto ji realizovat jako jeden mnoha nástrojů svého růstu.

### **Výchova návyků, zručností a postojů**

Celý systém terapeutické komunity Krok v součinnosti s pracovní terapií učí návykům, zručnostem a také novým postojům jak k vnějšímu světu, tak především k sobě samému. Například v pracovní terapii jsou to mimo jiné: potřeba dokončit započatou práci, i když se nedaří podle klientových představ, vidět smysl v překonání se, být za svou práci i svůj výkon zodpovědný a hrdý, dodržení zadané náplně v pracovní terapii, daných časů, technologických postupů, zásad bezpečnosti práce, respektování pověřeného staršího klienta, pracovního terapeuta a mnoho dalších.

### **Výchova k respektování norem a pravidel**

Každý klient terapeutické komunity se v průběhu léčby učí, že každé společenství má svá daná psaná i nepsaná pravidla a že i on je svým jednáním má možnost pozitivně i negativně ovlivnit. Člověk ve svém životě realizuje řadu sociálních rolí a jejich bezpečné zvládnutí



předpokládá respektování daných společenských pravidel. Tímto se každý klient socializuje v daném sociálním prostředí, respektive prostřednictvím terapeutické skupiny a prostředím terapeutické komunity se resocializuje ve společnosti.

### **Výchova ke spolupracujícímu chování**

Každý člověk musí v průběhu svého života ve společnosti plnit různé úlohy. Dá se říct, že na některé stačí sám, jiné vyžadují spolupráci dalších jedinců. Z tohoto důvodu se klienti v terapeutické komunitě Krok učí spolupráci jak mezi sebou, tak se zaměstnanci komunity, přičemž je brán na zřetel hierarchický model komunity. Takto má možnost naučit se obstat při spolupráci na různých stupních hierarchie, přičemž získává nové sociální dovednosti, například nést roli vůdce, nebo se naopak jinému dokázat při spolupráci podřídit a podobně. Toto se v terapeutické komunitě Krok děje běžně v normálním režimu (viz. klientské funkce níže například služba v kuchyni, rozdělení plánu úklidu domu atp.), dále pak v jednotlivých pracovních skupinách vykonávající pracovní terapii, kdy je jeden ze starších klientů za tuto práci odpovědný, stejně jako za vedení klientů.

### **Výchova ke schopnosti zvládat překážky**

Z výše zmíněného je patrné, že pobyt v terapeutické komunitě je nastaven tak, že klient musí zvládat určité překážky dané systémem a nastavením pravidel terapeutické komunity. Jejich překonávání klientovi umožňuje vlastní osobnostní růst. Tuto výbavu získávají klienti zpravidla až v terapeutické komunitě, přičemž si ji nenesou z jejich nukleárních rodin, nebo stávajícího prostředí. Zvládání překážek je častým tématem individuální i skupinové psychoterapie, přičemž není dosazováno jako téma, ale vystupuje jako procesní záležitost.

### **Kompenzace nevhodných podmětů**

Hierarchický systém, prostředí i pravidla a z toho se odvíjející klima terapeutické komunity Krok v zásadě odměňují chování žádoucí a sankcionují (platbují) chování nežádoucí. Toto napomáhá k rozvoji chybějících nebo změně deformovaných prvků, které klient v průběhu svého minulého života nevytvořil či nezískal. Samotný výchovný proces pomocí kompenzace nevhodných podmětů podporuje vznik a udržení dříve neexistujících prvků a tím napomáhá k rozvoji a stabilizaci osobnosti.

### **Zásady práce v terapeutické komunitě Krok:**

*Zásada čistého prostředí bez alkoholu a drog:* Aby klient mohl abstinovat, Terapeutická komunita Krok nabízí a vyžaduje podpůrné prostředí bez drog a alkoholu.

*Zásada respektování práv uživatele a rovného zacházení:* Prioritou je dodržování a ochrana práv uživatele. Rovný přístup ke všem uživatelům, nesmí být upřednostněn jeden na úkor druhého.

*Zásada partnerství:* Jinými slovy spolupráce. Uživatel je v rovnocenném postavení k pracovníkovi, není pasivním příjemcem, ale aktivním partnerem, tvůrcem.

*Zásada individuálního přístupu:* Vychází z individuálních potřeb uživatele, k uživateli přistupuje pracovník s ohledem na jeho individuální vlastnosti, potřeby a situaci.

*Zásada zapojení uživatele do vytváření konkrétní podoby služby:* Uživatelé se podílí na formování služby a jejich pravidlech a podmínkách. Důležité změny jsou s uživateli diskutovány. Průběžně dochází k revizi stávající podoby služby a jejích podmínek. Uživatelé mají právo službu připomínkovat a navrhopvat změny.

*Zásada podpory rozvoje samostatnosti uživatele:* Podpora k uživatelově směřování k samostatnosti, aktivitě a budoucí nezávislosti na poskytované službě.

### 2.3.1 Filozofie

Filozofie každé terapeutické komunity je do jisté míry determinovaná jejím posláním a je ovlivněna myšlenkami původního tvůrce, tedy **Maxwella Jonese**. Takto získává základní tvar. Jak se terapeutické komunity vyvíjely v poválečných letech ve Velké Británii, později v USA a znovu v Evropě, vzniklo několik modelů. Filozofie každé terapeutické komunity je tedy také ovlivněna vývojovým modelem, ke kterému se hlásí, který daná komunita realizuje. Další z důležitých aspektů filozofie ovlivňující jsou její konkrétní zakladatelé. Ti při založení komunity přichází s vlastní vizí, ideou a myšlenkami, které považují za žádoucí, rovněž se svými životními zkušenostmi a postoji, a tyto se ve filozofii musí nutně odrazit. Filozofii terapeutické komunity v průběhu její existence ovlivňují její zaměstnanci, realizátoři a v neposlední řadě jako spolutvůrci její klienti. Důležitým bodem pro vytváření takové filozofie je také místo, čas a sociální prostředí, ve kterém se komunita nachází, což ovlivňuje její klientelu, které musí být filozofie srozumitelná a uchopitelná. Jistě sehrává svou roli i status sociálního, nebo zdravotnického zařízení. V terapeutické komunitě Krok Kyjov zůstává hlavní filozofická myšlenka stejná od jejího založení. Je to filozofie komunity, ale také zároveň je považována nejdůležitější zásady abstinence. Zní:

**Čestnost, Upřímnost, Pokora**

Pokud funguje individuální filozofie lidského života jako zastřešující myšlenka, jako něco, co mu dává smysl a směr a sílu, jako vyšší pohled, který mu umožňuje rozhodnout se v nových, neznámých a krizových situacích, potom filozofie terapeutické komunity Krok funguje právě takto. Nemůže existovat pravidlo, rituál, činnost, způsob jednání a podobně, které by nebylo v souladu s touto filozofií.

### 2.3.2 Společenský význam TK Krok

Společenský význam v obecném působení terapeutických komunit, tedy také terapeutické komunity Krok, spočívá především v resocializaci a abstinenci závislého klienta, čili v navrácení jedinců do společnosti a s tím související změna klientova chování a jednání ve společnosti, rodině, zvládnání vlastních sociálních rolí, společenských povinností a v neposlední řadě spokojenosti s vlastním životem. Je ho tedy možné rozdělit do tří rovin, jež dávají společně o významu terapeutické komunity pro společnost komplexnější obraz.

#### Společenská rovina

V každé společnosti existují lidé, kteří se sunou na její okraj. Dá se říci, že jsou známé mechanismy, kterými se jedinec může z majoritní společnosti zcela vyřadit a existovat pouze na jejím okraji, mnohdy jako pasivní příjemce společenských zdrojů a služeb, který společnost zatěžuje svým způsobem života. Jedním z takových mechanismů je zcela jistě závislost na návykových látkách. Pokud je si společnost této skutečnosti vědoma a má zájem vytvářet mechanismy působící na navrácení takových jedinců a skupin do společnosti, potom jedním z nich je vytváření sítě zdravotnických a sociálních služeb, které mají za cíl podle svého zařazení v této síti jedincův propad zpomalit, zastavit a například jako terapeutické komunity obrátit a nasměrovat zpět do společnosti, kde jedinec může získat zpět své místo nebo místo odpovídající jeho schopnostem a vlastnostem. Takto funguje i terapeutická komunita Krok v Kyjově. Přichází do ní klient závislý na návykových látkách zpravidla nepracuje, páchá trestnou činnost nebo se živí prostitucí, neplní nebo už ani nezná své společenské role, naprosto selhává v rodinném životě, nedbá o svůj zdravotní stav, má problémy se zákonem, případně mu probíhá trestní řízení, či má za sebou tresty odnětí svobody. Pro společnost je tedy takový jedinec přirozeně zátěží a spotřebovává společenské zdroje ostatních členů společnosti. Po úspěšné léčbě v terapeutické komunitě Krok ten samý člověk pracuje, zpravidla splácí své závazky z minulosti a má potřebu jít vpřed, vyvíjet se a pro společnost je v mnohém přínosem ať už z hlediska nulové kriminality a nákladů

s ní spojené, či jako člověk realizující své schopnosti, svou životní energii, nebo jako pracující zařazený do systému daní a pojištění, tak jako spotřebitel, který si na svou spotřebu vydělá vlastní prací. V neposlední řadě je v jeho zájmu a je si ho vědom, že jeho tělo je jedním z jeho nástrojů, o které se chce a musí řádně starat a zpravidla dbá na svůj zdravotní stav a tím nezatěžuje více, než je nutné, systém sociálního a zdravotního pojištění. Přestává tedy pouze brát a zatěžovat, ale začíná spíše vyrovnávat tento deficit a později dávat.

### **Lokální rovina**

Pokud se na význam terapeutické komunity jako instituce realizace resocializace, podíváme z hlediska lokálního, potom je nutno neopomenout význam pro konkrétní lokalitu, konkrétního místa, kde nepřibývá nebo ubývá jedinců žijícím patologickým způsobem života, což nutně znamená zvýšení kvality života v dané lokalitě. To samo o sobě je jistě přínosem. Ale předpokládejme, že se na původní místo vrací resocializovaný klient, což se často děje, člověk, který pracuje, rozvíjí se osobnostně, profesně, zakládá nebo rekonstruuje rodinu, staví dům a podobně. Potom přispívá v lokálním společenství jako zaměstnanec, zaměstnavatel nebo například soused k lepším mezilidským vztahům, přispívá k bezpečnosti, sociálním vazbám, sociální kontrole a tak dále a tím se podílí na zlepšení klima a bezpečí v dané lokalitě, namísto opaku, který realizoval v minulosti.

### **Osobní rovina**

Pokud uvažujeme osobní rovinu jako hodnotu vlastního života realizujícího se v daném místě a prostoru, můžeme hovořit o jeho kvalitě obecné, nebo se na něj dívat z hlediska jeho naplnění, prostředky jako dosahování vlastních cílů, způsobu jeho realizace a podobně. Tato realizace se odehrává v zaměstnání, škole, kolektivu přátel a známých, ale především ve vlastní rodině, a to ať nukleární, rekonstruované, či založené. Úspěšný absolvent terapeutické komunity Krok do některé z těchto rodin zpravidla přichází nebo zakládá rodinu vlastní již jako resocializovaný abstinující člověk. To se odráží na vztazích, které v dané rodině probíhají. Snaha psychoterapie v terapeutické komunitě Krok je mimo jiné zaměřena na zdravé upřímné kongruentní vztahy, což se u resocializovaných klientů odráží v partnerských vztazích, v celkovém klima a atmosféře v rodině a v neposlední řadě ve výchově dětí a jejich dalším vývoji.

V tomto smyslu se jeví přínosné podívat se, jak klasifikuje dvě úrovně sociální pedagogiky Mulhum, a uvědomit si, jak terapeutické komunity při svém resocializačním působení na jedince využívají teorie a cílů sociální pedagogiky.

„1. **Individuální**, která se týká oblasti socializace, pomoci člověku při hledání sebe samého. Za podstatné se považuje rozvíjet nadání, podporovat individuální existenci, zvládat úlohy, integrovat se do společenství, naučit se normálnímu jednání, orientovat se na vyšší hodnoty, rozvíjet zodpovědnost, samostatnost, podporovat emancipaci změny.

2. **Společenské**, které cílem je zlepšit společenské podmínky, a zajistit prevenci, kompenzaci, sankci, integraci a inovaci.“ (Mulhum in Bakošová 2008)

## 2.4 Odborní pracovníci a zaměstnanci TK Krok

### 2.4.1 Legislativní vymezení terapeutické komunity Krok jako sociální služby

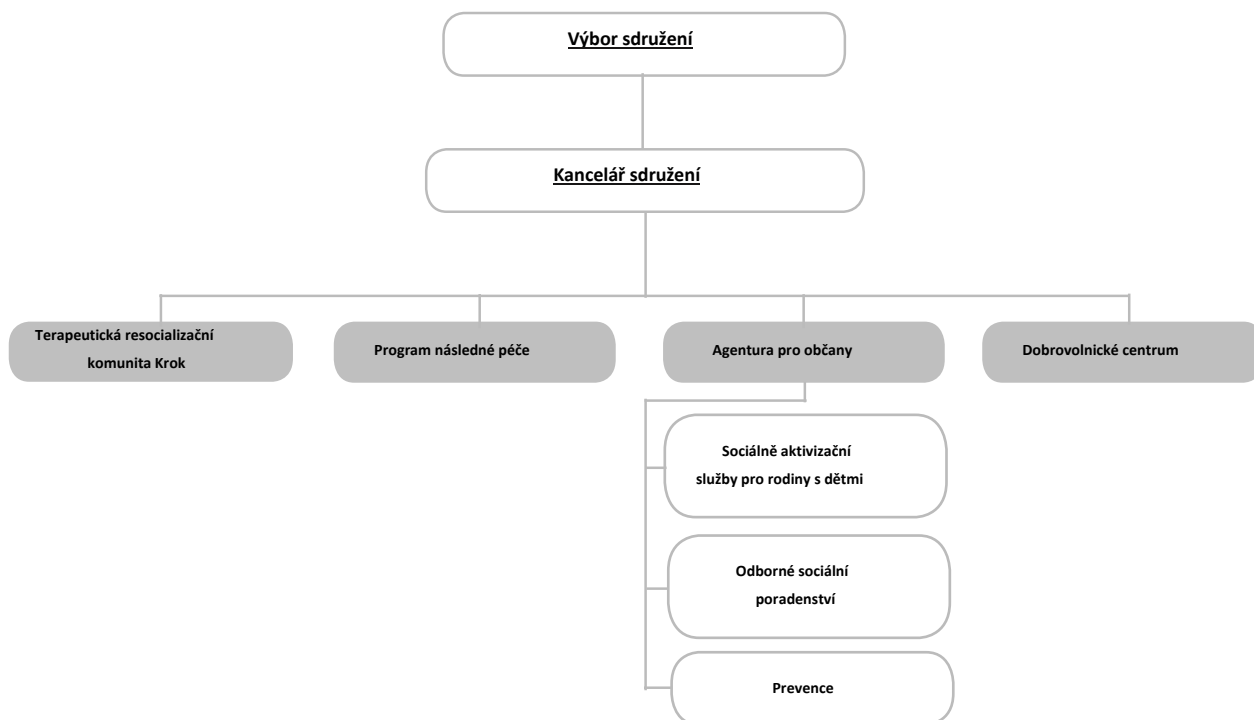
Terapeutická komunita Krok Kyjov měla při svém založení v roce 1990 právní formu občanské sdružení a vznikla na základě registrace u Ministerstva vnitra ČR podle zákona č. 83/1900 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů. Po právních úpravách v České republice po roce 2014 a s nimi související vznik Nového občanského zákoníku byla Občanská sdružení zrušena a musela se transformovat do nastupující právní formy zapsaný spolek, nebo zapsaný ústav. Vedení tehdejšího občanského sdružení Krok volilo právní formu zapsaný ústav.

Terapeutická komunita Krok je tedy v současné době součástí sociálních služeb poskytovaných Krok Kyjov z. ú. a tedy je sociální službou. Její činnost a služby je zakotvena a vymezena Zákonem o sociálních službách 108/2006 Sbírky, Část třetí – Sociální služby.

Toto její právní postavení sociální služby a orientace její činnosti determinuje způsob jejího financování. Terapeutická komunita je financována z několika zdrojů: Město Kyjov, vlastní platby klientů za pobyt a poskytované jídlo a hygienické zázemí (financované zpravidla ze sociálních dávek, přičemž nedosáhnutí na tyto dávky a absence vlastních zdrojů není překážkou pro přijetí), dary soukromých a právnických osob, práce klientů v pracovní terapii pro třetí subjekty (například pravidelný úklid a péče o zeleň v Kyjovské nemocnici), ale v souladu svého zaměření RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky), MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) a také Jihomoravský kraj. Dalším zdrojem

příjmů jsou projekty realizované v rámci Evropského sociálního fondu, které sice nepřinášejí finanční prostředky na provoz, stravu a podobně, ale umožňují klientům získat rekvalifikace a jiné nové pracovní a společenské znalosti a dovednosti (svářečský kurz, kurz šití, kurz počítačové gramotnosti atp.), které jim usnadňují pozdější získání zaměstnání, a zvyšují jejich kompetence, případně slouží k vybavení dílen náradím a nástroji.

Graf č. 1 Přehled programů a struktura Krok Kyjov z. ú.



## 2.4.2 Stručná historie Občanského sdružení Krok (dnes Krok Kyjov z. ú.)

### 1998

Mapování problematiky alkoholu a drog na celé Moravě. Konzultace s odbornou veřejností, se státními a neziskovými organizacemi, které se zabývají touto problematikou. Na tomto základě vznikají projekty, které mají financovat vznik terapeutické komunity (dále jen TK). Dne 11. 12. 1998 vzniká O.s Krok a je registrováno u MV ČR.

### 1999

Hledá se finanční podpora, hledají se prostory a podpora pro vznik TK v Kyjově. Město Kyjov pronajímá budovu na ulici Komenského. Komunita je situována ve městě, řešíme tak vztahy s veřejností, upozorňujeme na tuto problematiku a na výhody takového propojení.

### 7. 7. 1999

Zahajuje terapeutická komunita svoji činnost. Intenzivně se zařizují prostory, probíhají pohovory s prvními budoucími klienty.

### 23. 8. 1999

Nastupují první čtyři klienti. V komunitě jsou vypracována přesná pravidla, začínají probíhat terapeutické skupiny, individuální, skupinová a pracovní terapie. Skupinová a individuální terapie se opírá o Model růstu Virginie Satirové, terapii rodinných systémů. Během celého roku 1999 organizace získává podporu pro realizaci cílů sdružení, navazuje spolupráci s celou řadou dalších organizací vytvářejících nabídku pomoci v drogové problematice. Projekt resocializační komunity se daří realizovat s podporou Okresní protidrogové komise v Hodoníně, významnou podporou MÚ Kyjov, který má zájem podílet se na řešení problémů mladých lidí, s podporou a zdravotní garancí Okresní nemocnice v Kyjově, úřadu práce v Hodoníně a mnohých podnikatelů, dobrovolníků atd. MÚ Kyjov organizaci pronajímá budovu pro činnost TK a jeho pracovníci pomáhají překonat těžké začátky bez finanční dotace. Tu dostáváme až v prosinci, do té doby komunita funguje na základě nadšení a přesvědčení ve smysluplnosti této práce.

**2000**

Terapeutická komunita pokračuje ve své činnosti. Všechna existující pravidla se v komunitě dynamicky rozvíjí a doplňují pro upevnění kvality TK a k odstranění nedostatků. Klienti rekonstruují v rámci pracovní terapie budovu a zvyšuje se kapacita komunity na 6–8 klientů.

**2001**

Vzniká myšlenka programu Následné péče Krok (PNP) a začínají jeho intenzivní přípravy. Terapeutická komunita pracuje a prochází jí stále víc klientů. Zaměřujeme se především na klienty z tohoto regionu, což umožňuje úzkou spolupráci a bezpečný návrat do přirozeného prostředí.

**2002**

Zahájení programu následné péče – služby pro klienty po léčbě, abstinující závislé, kterým se nabízí i podporované bydlení v Kyjově. Klienti si budují samostatnost s terapeutickou podporou. Organizace poskytuje poradenství a aktivity pro veřejnost, které souvisí částečně s činností komunity. Stále více se projevuje zájem veřejnosti o službu poradenství a následné pomoci a podpory lidem v jejich problémech. Velmi kvalitně funguje spolupráce s rodinami klientů. Intenzivně je využívána nabídka pro rodinné příslušníky klientů na krátkodobý terapeutický pobyt v komunitě. TK nabízí možnost výkonu alternativních trestů – obecně prospěšných prací pro odsouzené klienty, rozšiřujeme spolupráci s Probační a mediační službou ČR.

**2003**

Problematika klientely přicházející žádat o poradenství v drogové problematice se významně rozšiřuje na témata, která z drog vycházejí, nebo ke drogám směřují. Dále je to problém nezaměstnanosti, kriminality, celé řady výchovných a rodinných problémů. Ukazuje se nutnost program osamostatnit. Vzniká nový projekt Agentura pro občany určená pro širší veřejnost. Zatím funguje v provizorních podmínkách. Terapeutická komunita a Program následné péče pracují v plném provozu. Na výročním setkání se setkává velké množství abstinujících, kteří prošli naší léčbou. Začíná se s akcemi pro rodiny klientů – rodinný výlet, vánoční program.



**2004**

Zvyšuje se zájem o program TK. V tomto roce bylo registrováno 34 klientů. Program Agentura pro občany intenzivně funguje s poradenským a psychosociálním zaměřením pro širší veřejnost. V červnu je zahájen probační program pro souzené klienty. Pro činnost Agentury se kupuje z prostředků EU nový objekt. Rozšiřuje se nabídka služeb v Dílny pro muže a ženy, počítačovou učebnu a další alternativní programy.

**2005**

Prudce stoupá zájem o léčbu. Z důvodů omezené kapacity poptávku poprvé v historii není možné uspokojit. Léčby se zúčastnilo 44 klientů, z toho 27 mužů a 17 žen. Je dokončena rekonstrukce objektu Agentury pro občany. Nadále jsou poskytovány všechny programy, skupin pořádaných pro veřejnost se účastní 130 osob. Prostory Agentury pro občany vytváří příjemné prostředí pro nejrůznější aktivity O.s. Krok. Organizace přebírá provoz Prádelny v tomto objektu. O jeho udržitelnost usiluje Město Kyjov. Jsou dokončeny stavební úpravy chráněného bydlení mužů v rámci projektu následné péče.

**2006**

Stabilizují se všechny služby sdružení. TK zaznamenává 100 % obloženost. Vzniká nový projekt Vzdělávání a spolupráce. Občanské sdružení Krok realizuje probační program Krok za Krokem. V areálu Terapeutické komunity klienti své pomocí přestavují hospodářskou budovu na dílnu pro muže.

**2007**

Probíhá registrace Terapeutické komunity, Programu Následné péče a Agentury jako sociální služby. V tomto roce je realizován nový projekt Rozvoj a stabilita. Je rozvíjena spolupráce s městem Kyjov. Pokračuje spolupráce s Probační a mediační službou ČR.

**2008**

Stabilizuje se pracovní tým, jsou přijímáni noví zaměstnanci, obloženost terapeutické komunity je stále 100 %. Projekty Vzdělávání a spolupráce, Rozvoj a stabilita dosáhly svoje cíle a byly ukončeny. Agentura pro občany rozšířila svoje služby o Odborné poradenství. Proběhlo vytvoření Strategického plánu organizace, systematické odborné vzdělávání týmu, rozvoj fundraisingových aktivit. Zahájila se revitalizace venkovních

prostor terapeutické komunity na multifunkční prostor pro potřeby klientů, týmu a návštěvy.

### **2009**

Oslava desetileté existence Občanského sdružení Krok se sebou přinesla ohlédnutí do historie a hledání nových nápadů a návrhů, jejich další tvořivé kombinování a zlepšování, revizi úspěšnosti léčby za 10 let existence. Rozšíření aktivit: Směřování pracovní terapie na ekologické aktivity, aktivní zapojení se do osvěty – Den Země, výroba a implementace umělých ostrovů, úprava přírodních lokalit. Fundraising zaměřen na snížení finančního deficitu. Výměna přepravního tranzitu. Organizace Týdne pro rodinu. Realizace programu pro nemocnici Kyjov – Čteme dětem.

### **2010**

Občanské sdružení Krok poskytovalo standardní nabídku registrovaných služeb. Nad rámec se spustila realizace evropského projektu „Dobrý job“ na podporu zaměstnanosti klientů. Klienti doléčovacího procesu se zapojili do projektu „Celé Česko čte dětem“, v rámci kterého, četli dětem v nemocnici Kyjov.

### **2011**

Daří se získat finanční podporu k projektům se zaměřením na sebeprosazení, pracovní zkušenosti, rekvalifikaci a samotný koučink uživatelů našich služeb, terapeutická komunita podporuje práci se sourozenci a rodinami uživatelů. Jednotlivé služby úspěšně procházejí inspekcemi a kontrolami na různých stupních, zajišťujících garanci a následnost fungování našich služeb.

### **2012**

Organizace prožila náročný rok, ve kterém se zaměřila na udržení kvality všech poskytovaných služeb. Terapeutická komunita poskytuje léčbu a umožňuje klientům průběžně řešit závažné sociální, právní, rodinné problémy. V rámci pracovní terapie pokračovala v ekologických aktivitách. Realizovali se evropské projekty, které přinesly klientům a jejich rodinám možnosti nadstandardní terapeutické práce. V rámci OSP funguje právní poradna, tradičně s velkým zájmem z veřejnosti. Zájem se zvýšil i o rodinnou poradnu, která je součástí OSP v Agentuře. V programu následné péče se vytvořil plán otevřených klubů, které jsou tematicky orientované na bývalé klienty programu.

**2013**

Organizace pokračuje v programech Terapeutická komunita (TK), Program následné péče (PNP), Odborné sociální poradenství (OSP), Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) Spolu s dalšími organizacemi je vytvořen projekt pro rozvoj prevence na Kyjovsku. Terapeutická komunita vyla úspěšná v grantových výzvách ve třech projektech z Evropské unie. Projekty byly zaměřeny na posílení uplatnitelnosti klientů na trhu práce (Chci práci II, S chutí do práce) a na management krajiny (Management Věstonických nádrží, Neovision) s mimořádnými výsledky. Jako první zařízení na Kyjovsku, začala Agentura pro občany realizovat službu asistovaný kontakt, prostřednictvím které se mohou děti setkávat s rodičem (rodinným příslušníkem), s nímž byly v minulosti vazby narušeny nebo neexistovaly.

**2014**

Byl zahájen projekt Dobrovolnického centra Komunita komunitě, na který organizace získala grant od Nadace rozvoje občanské společnosti. V rámci pracovní terapie si klienti vyzkoušeli půlroční provoz pily. Byly rozšířeny environmentální aktivity, pořízen cvičený ovčácký pes, stádo ovcí a koz. Program následné péče získal úspěšně akreditaci na další 4 roky.

**2015**

Tomuto roku vládly environmentální aktivity. Klienti upravili 20 pískovcových stěn pro hnízdění vln a břehulí, vyrobili několik budek pro hnízdění orla mořského a již po osmé se podíleli na managementových úpravách ostrovů Novomlýnských nádrží. Byla natočena dvě DVD – Krok k přírodě a Cesta rodiny. Rok 2015 byl na Agentuře pro občany rokem testování pracovníků, systému, kapacity, prokázání kvality navenek apod.

**2016**

4. 2. 2016 došlo ke změně právní formy a názvu organizace – nově Krok Kyjov, z.ú. (zapsaný ústav). Započala se spolupráce se skanzenem Strážnice, kde klienti komunity pod vedením pracovního terapeuta opravovali hliněné zdivo, podlahy a omítky na rodinném domu z roku 1868. Na Agentuře pro občany fungují obě sociální služby – SAS i OSP. Stále se rozvíjí zájem o služby Rodinné poradny. Realizují se Programy preven-

ce na školách v Kyjově i jeho ORP. Díky dofinancování obou služeb koncem roku vnímáme větší finanční stabilitu.

## 2017

Proběhla oslava osmnácti let fungování TK Krok. Byl to náročný rok, co se týče nedostatku zaměstnanců, které se podařilo plně doplnit v průběhu druhé poloviny kalendářního roku. S klienty byly podniknuty výlety po koutech jižní Moravy. V rámci pracovní terapie pokračovali v environmentálních aktivitách, již podesáté se uskutečnil výjezd na ostrovy Novomlýnské nádrže, kde každoročně klienti pracují na úpravě ostrovů tak, aby zde mohli hnízdit ohrožené druhy ptáků a růst vzácné druhy rostlin. I tento rok na Agentuře pro občany probíhal ve znamení preventivních programů, které se uskutečňují na školách v blízkém okolí. I nadále fungují služby SAS i OSP, o které je stabilní zájem.

### 2.4.3 Pracovní tým terapeutické komunity Krok

Terapeutický tým je základním kamenem terapeutické komunity. Jsou na něj kladeny vysoké osobnostní požadavky jak na jednotlivce, tak funkční požadavky na celek. Jeho funkce hraje zásadní roli pro naplňování cílů terapeutické komunity. Terapeutický tým musí splňovat především tyto základní požadavky: stabilita, flexibilita, adekvátní vzdělanost, dobrá komunikace, musí dokázat klienty vhodně a dostatečně motivovat a zároveň stanovit dostatečně vymezené hranice v relativně demokratickém prostředí. Jeho členové musí mít jasný obraz o funkci a významu terapeutické komunity, o smysluplnosti systému, musí si být vědomi dosahovaných cílů a být kompetentní k jejich realizaci. Pravidelná komunikace spojená s výměnou informací a aktualizací dílčích cílů je nezbytná, stejně jako primární zaměření na klientův prospěch.

Výjimečnost terapeutické komunity nespočívá pouze v její neotřelosti, originalitě a zásadní odlišnosti od léčby ve zdravotnickém zařízení, ale také ve složení celého terapeutického týmu, který mimo vystudované odborníky využívá také lidí z odlišných oborů, které aktivně integruje do terapeutického týmu. Jedná se především o pracovní terapeuty a ex-usery, bývalé klienty terapeutické komunity Krok.

Pracovník terapeutické komunity Krok musí vyhovět v těchto deseti následujících bodech:

1. Být přirozeně integrovaný ve světě.

2. Mít vlastní životní zkušenosti, které nemusí být jen pozitivní, ale měl by je mít zpracované a integrované.
3. Jasně znát a uvědomovat si svou roli v pracovním týmu.
4. Dokázat respektovat odlišnosti, jinakosti. Není jen jeden způsob, jak žít.
5. Umět naslouchat a reflektovat, nepřesvědčovat o své pravdě.
6. Přirozeně komunikovat.
7. Spolupracovat s týmem, fungovat v něm podpůrně, využívat sílu týmu.
8. Dokázat revidovat svoje názory a postoje, nebýt rigidní.
9. Schopný a ochotný se dále rozvíjet
10. Snášet tlak, který je na něj vyvíjen (ataky klientů, manipulace, projekce, přenosy, přilnutí atd.).

### **Složení terapeutického týmu Terapeutické komunity Krok v roce 2017**

#### **Hlavní terapeut**

Hlavní terapeut je funkce vedoucího terapeutické komunity. Všichni ostatní zaměstnanci v přímé práci s klientem jsou hierarchicky vázáni jeho rozhodnutími. Komunitu řídí, činí zásadní rozhodnutí, určuje priority a rozhoduje sporné a nejasné záležitosti. Terapeutickou komunitu reprezentuje spolu s ředitelkou a souběžně pracuje jako psychoterapeut. Pečuje o kvalitu skupinového prostoru a je za něj zodpovědný, stará se o terapeutický tým, garantuje bezpečnost, důvěru, pevné hranice a další. Hlavní terapeut často bývá terčem mnoha projekcí členů týmu i klientů. Atakům musí rozumět, nebát se jich a přistupovat k nim s vědomím, že vše, co v terapeutické komunitě děje, je zaměřeno na prospěch klientů. Také by měl umět i v době horšího a méně úspěšného období tým podržet, dodat mu chuť a elán do další práce.

#### **Psychoterapeuti**

Na dalším místě hierarchického žebříčku jsou pod hlavním terapeutem psychoterapeuti. Ti mají zpravidla vystudované magisterské studium humanitního směru, případně psychologii a pětiletý psychoterapeutický výcvik. Psychoterapeuti fungují jako vedoucí večerních psychoterapeutických skupin, jako hlavní terapeut, a tím odvádí značnou část skupinové psychoterapeutické činnosti. Dále pracují garanti jednotlivých klientů, tedy s nimi vedou individuální plán léčby, profily za jednotlivé fáze, individuální terapie a revize těchto terapií. Terapeut muž zpravidla dělá garanta mužům a žena pak ženám. Jejich další činností je plá-

nování a organizování zátěžových akcí a výletů, stejně jako organizace ostatních aktivit skupiny i jednotlivců. Současně jsou v odpoledních službách a koordinují a realizují běžný program terapeutické komunity. V současné době jsou zaměstnáni v terapeutické komunitě Krok tři.

### **Pracovní terapeuti**

Pracovní terapeuti mají terapeutické komunitě Krok svou specifickou úlohu. Neočekává se od nich odborné psychoterapeutické vzdělání, ani výkon vlastní psychoterapie. Jejich prvořadým úkolem je naučit klienty základním pracovním návykům a dovednostem, tedy připravovat je na jejich budoucí pracovní život. Dalším důležitým úkolem, který v komunitě plní je klientův kontakt s realitou. Je to zpravidla právě pracovní terapeut, s kým klient poprvé postaví zeď, vykope a nainstaluje svody dešťové vody a podobně, ale také ten, kdo vyjádří svou nespokojenost s klientovým výkonem, postojem nebo k práci. Pomáhají tedy reálným pracovním zážitkům, které se terapeutické komunitě Krok kombinují s psychoterapií, což se jeví jako velmi důležité z hlediska budoucího klientova života. Dále pak mají na zodpovědnost organizaci činnosti související s běžným chodem a údržbou budovy terapeutické komunity jako jsou opravy a údržba domu, zahrady, práce spojené s péčí o živá zvířata, kuchyň, ale i osobní věci klientů. Jejich role v terapeutickém týmu je významná tím, že při společném uvažování o klientech vnášejí do situace často jiný pohled, měli by být schopni zachytit a vnést do týmu důležité momenty ze dne, interakce, konflikty a další. Musí si však být uvědomovat klientovy možnosti a zvláštnosti a respektovat je. V terapeutické komunitě Krok jsou v současné době zaměstnáni tři pracovní terapeuti, z nichž jeden je ex-user (bývalý klient).

Do terapeutického týmu dále patří sociální pracovnice, jejímž posláním je především sociální práce, ale pracuje i v odpoledních a víkendových službách. Celý terapeutický tým se schází pravidelně jednou týdně na terapeutických poradách, případně mimořádných poradách a také jednou za čtrnáct dnů na provozních poradách. Pracovní terapeuti mají jednou týdně porady pracovních terapeutů, na kterých řeší věci spojené s pracovní terapií, plánují ji, určují priority a podobně. Těchto se účastní také hlavní terapeut. Celý terapeutický tým pracuje z principu terapeutických zásad pod pravidelnou supervizí, přičemž supervize s externím smluvním supervizorem probíhají zpravidla jednou za tři měsíce.

## 2.5 Cílová skupina klientů terapeutické komunity Krok

Odborné služby jsou přístupné široké veřejnosti bez ohledu na pohlaví, věk a rasu klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychologický či fyzický stav (včetně HIV pozitivitu) a socioekonomické možnosti. Služby jsou přístupné také bez ohledu na typ užívané návykové látky, historii užívání a způsob aplikace návykové látky. Terapeutická komunita Krok představuje nabídku dlouhodobé rezidenční léčby pro klienty s drogovou závislostí od 15. let. Léčba v terapeutické komunitě Krok je postavena na postupném vývoji klienta od vzorců chování ovlivněných užíváním drog přes systém kontroly, sebekontroly k sebe disciplíně a samostatnému odpovědnému fungování směrem k sobě i směrem ven ke společnosti. Skupinová a individuální terapie se opírá především o Transformační systemickou terapii Virginie Satirové, která podporuje rozvoj vnitřních zdrojů klienta. Délka pobytu klienta se pohybuje kolem jednoho roku a rozděluje se do čtyř fází. Klienti postupují do jednotlivých fází podle aktivity a osobních posunů. Rozdělení pobytu na fáze vytváří přirozený motivační prostor, ve kterém lze využívat systém různých výhod a omezení. Fáze umožňují klientům přirozený vývoj, učí je odpovědnosti za své chování, učí je přijímat odpovědnost i za klienty v nižších fázích, celou skupinu a chod komunity. Součástí terapie je dodržování denního režimu, který vymezuje časově a obsahově program komunity. Režim slouží k získání nebo obnovení zdravých návyků, uvědomění si svých povinností a odpovědností vůči sobě a druhým. V rámci pobytu se klienti účastní pracovní terapie, jejímž cílem je osvojení základních dovedností, které klienti využijí v běžném životě. Nacvičují si pravidelnost, pracovní návyky, zručnosti v různých typech prací, nedílnou součástí je možnost získání osvědčení potvrzující stupeň zručnosti v dovednostech jako je šití, práce s PC, práce v kovárně atd. Na skupinové terapii se řeší traumata jednotlivých klientů, interpersonální a intrapsychické konflikty, pracují na svých osobních tématech, nacvičují si potřebné dovednosti. Do terapeutické komunity většinou přicházejí lidé závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, zpravidla užívající několik let drogu nitrožilně. Největší skupinu tvoří uživatelé s diagnostikovanou závislostí na pervitinu. Ta zpravidla determinuje také jejich psychosociální a somatické poškození. Nedílnou součástí terapie je Individuální plán léčby. Individuální plán reflektuje po celou dobu pobytu potřeby a cíle, kterých chce klient prostřednictvím odborné péče dosáhnout a jednou měsíčně je aktualizován. V rámci volnočasových a zážitkových aktivit jako např. výlety do okolí, hry, sport, orga-

nizování akcí pro veřejnost, zátěžové a zážitkové pobyty v přírodě, dobrovolnických aktivit atd. se mají klienti možnost seznámit s činnostmi, ke kterým se často v běžném životě nedostali, nebo se jim v období užívání drog přestali věnovat. Významnou součástí léčby je spolupráce s rodinou. Rodinní příslušníci klienta se aktivně podílejí na léčbě klienta v terapeutické komunitě. Účastní se aktivit pořádaných pro rodiny klientů, rodičovských skupin, mužských a ženských skupin i ostatních akcí terapeutické komunity. Rodinní příslušníci mohou kdykoli požádat o individuální konzultaci. V terapeutické komunitě je zajištěna veškerá péče o zdravotní stav klientů. Pokud je klient pozitivní na hepatitidu, kontaktujeme infekční oddělení v místní nemocnici, kde mu je zajištěna pravidelná péče. Sociální práce je prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho následnou abstinenci. V oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání, soudních řízení, finančních záležitostí a jiných dle potřeby. S klienty pracuje sociální pracovník, který chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na něž mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, jež vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Při sociální práci s klientem jsou hledány možnosti, jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů. Klienti se učí komunikačním dovednostem, jsou vedeni k odstraňování bariér a nefunkčních vzorců chování, provádějí nácvik asertivního chování. Výkon trestu obecně prospěšných prací v terapeutické komunitě funguje v součinnosti s probační a mediační službou ČR, kdy si může klient tento trest během léčby odpracovat.

V roce 2017 absolvovalo terapeutické komunitě Krok rezidenční léčbu celkově 27 uživatelů služby, z toho 19 mužů a 8 žen. Převážná část uživatelů pochází z Jihomoravského kraje. Věková skladba uživatelů se pohybovala v rozpětí od 17 do 40 let. Věkový průměr uživatelů v roce 2017 dosáhl 26 let a léčbu ukončilo úspěšně (s rituálem) 6 uživatelů a 6 uživatelů přerušilo program předčasně. Na konci roku 2017 bylo v programu 15 uživatelů služby.

Cílovou skupinou jsou lidé od 15 let věku, kteří jsou závislí na drogách, alkoholu či automatech, mají zájem abstinovat, a kteří chtějí naši pomoc a podporu při znovu zařazení do života bez drog a splňují následující podmínky:



Věk nad 15 let

Doporučení z psychiatrické léčebny, kontaktního centra a podobně.

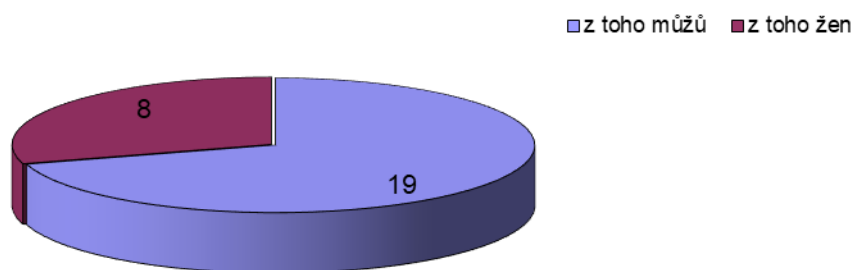
Diagnostikovaná závislost (na návykových látkách – drogová, alkoholová, se závislostí na herních automatech aj.).

Motivace, potřeba a zájem řešit svůj život se závislostí.

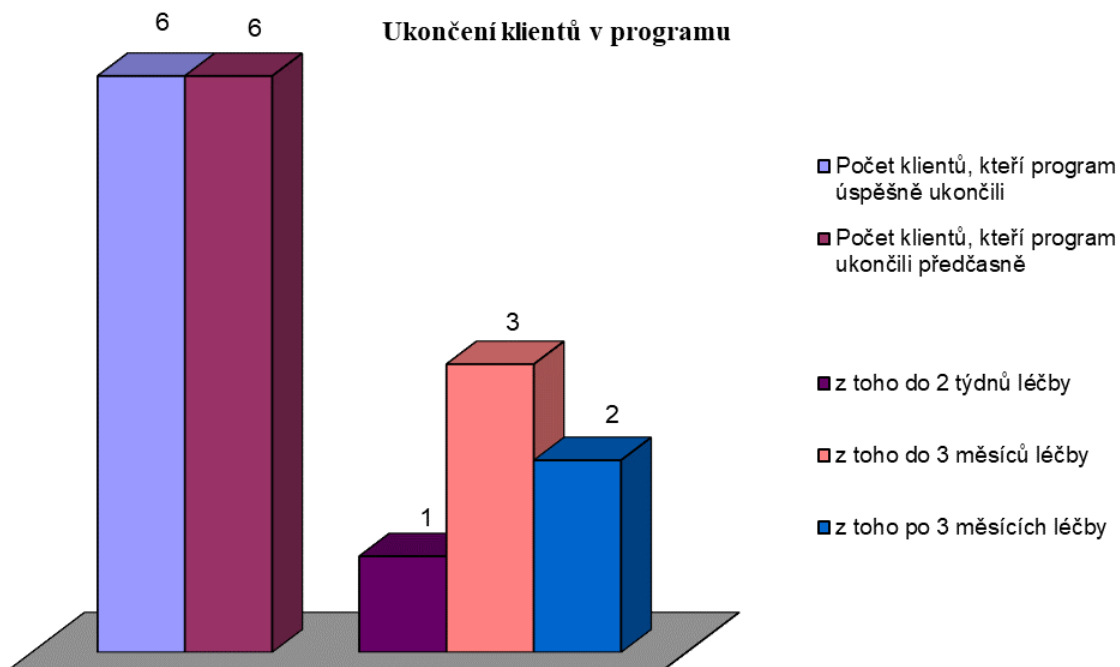
Nejčastěji do terapeutické komunity Krok přicházejí klienti závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, typicky užívající několik let nitrožilně. Z hlediska diagnózy převládají klienti primárně závislí na pervitinu, mezi nejčastější sekundární drogu patří marihuana. Závislost na hraní, tedy gambling, patřila dříve mezi sekundární problémy klientů, v současnosti má problémy s hraním většina klientů, jedná se tedy o kombinaci závislostí.

Graf č. 2 Počet všech uživatelů služby terapeutické komunity Krok za rok 2017

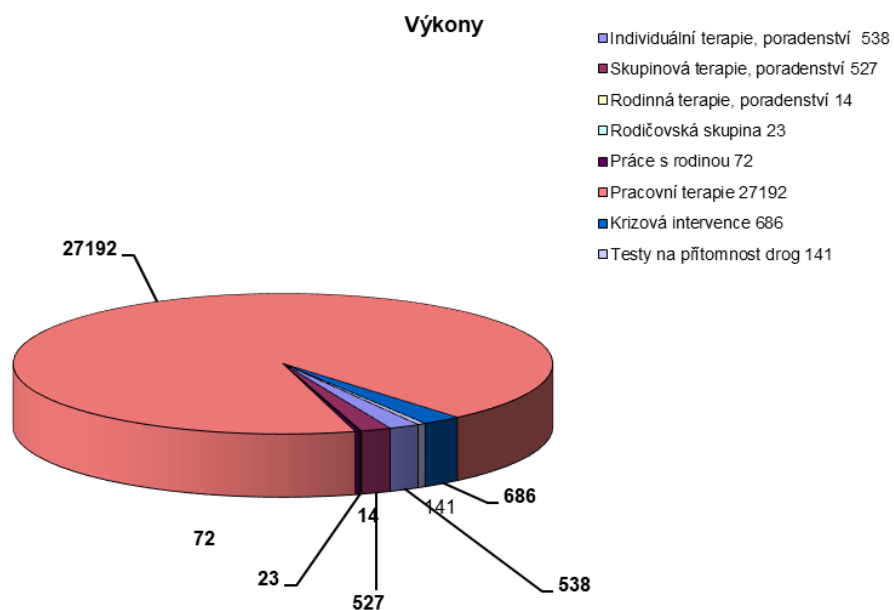
### Počet všech uživatelů služby za rok 2017



Graf č. 3 Ukončení klientů v programu terapeutické komunity Krok v roce 2017



Graf č. 4 Výkony v terapeutické komunitě v roce 2017



### **3 SYSTÉM PRÁCE, TERAPIE A RESOCIALIZACE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KROK**

Tato kapitola má za cíl poskytnout konkrétní obraz o způsobu terapie, léčebné resocializační struktuře, koncepci dne, nárocích, povinnostech a kompetencích klientů a stmelujících faktorech klientů v terapeutické skupině terapeutické komunity Krok. Dále má za cíl seznámit s navazujícím programem následné péče.

#### **3.1 Léčebná struktura a systém v terapeutické komunitě Krok, resocializace**

Léčebná struktura terapeutické komunity Krok se opírá o několik zásadních bodů, které jsou pro klienty povinné, a jejich akceptace je nutnou podmínkou pro samotnou léčbu. Páteří systému je denní režim a pravidla, na ni navazují klientské funkce, klientské fáze, skupinová a individuální terapie, pracovní terapie, společné aktivity a další. Celý systém je nastaven tak, aby klienta postupně socializoval v novém prostředí, a tím mu umožnil resocializaci. Přitom se opírá a zároveň podporuje klientovu motivaci k abstinenci, kterou považujeme za zásadní zdroj. Jak jsou systémem postupně kladeny požadavky na klienta, prochází hierarchií terapeutické skupiny směrem vzhůru, rostou mu v pro něj novém systému kompetence, povinnosti a práva, zároveň se však dílčími kroky sám stává funkční částí tohoto systému. Jedno podporuje druhé. Jedná se tedy o ucelený systém, do kterého klient vrůstá a který vrůstá do něj. Umožňuje mu jeho vlastní růst žádoucím směrem, a to směrem k postupné odpovědnosti za sebe, později za druhé, za celou skupinu, přičemž tento růst na něj klade také nároky, kterým musí klient vyhovět. Systém a struktura determinuje směr klientova vývoje směrem k socializaci v daném prostředí, umožňuje růst jeho sociální a osobnostní výbavy, která potom umožňuje resocializaci ve společnosti.

##### **3.1.1 Denní režim**

Denní režim jako součást klientovy cesty k abstinenci a resocializaci je pro každého klienta povinný a nejsou přípustné žádné nežádoucí výjimky. Může z něj osvobodit např. sociální práce konaná v době pracovní terapie, nemoc, hledání zaměstnání, nebo jiná výjimeč-

ná situace, nikoli klientovo „nemůžu, nechci“. Je tedy jednou z podmínek klientovy léčby, aby denní režim beze zbytku přijal a podřídil se mu.

### **Denní režim terapeutické komunity Krok v roce 2017:**

#### **Budíček**

Pro všechny klienty je společný budíček v 5 hodin 30 minut. Klienti, kteří mají službu v kuchyni vstávají o půl hodiny dřív tak, aby ostatním stihli připravit snídani. Ti, kteří mají platby viz. níže vstávají 5 hodin 30 minut.

#### **Rozcvička**

V 6 hodin je rozcvička, Ta se v letních měsících odehrává na zahradě, v zimě pak v budově u otevřených oken. Trvá deset minut a vede ji jeden z klientů. Do začátku rozcvičky musí mít klienti hotovou osobní hygienu a uklizené ložnice.

#### **Ranní úklid**

Po rozcvičce je zhruba patnáctiminutový úklid. Šípek (jedná se o klientskou funkci viz. níže) rozdělí jednotlivé části budovy mezi klienty a ti provádí úklid společných prostor a sociálních zařízení. Šípek sám neuklízí, ale zaměřuje se na koordinaci, rozdělení, a především kontrolu tak, aby byla zajištěna určitá úroveň úklidu.

#### **Snídaně**

V 6 hodin 30 minut začíná snídaně. Všichni klienti snídají společně, s nimi také terapeut ve službě. Velikost porcí je daná, klient musí sníst minimálně polovinu porce. Pokud nějaké jídlo zbyde, potom se přidává od služebně nejmladších klientů. Tato pravidla platí pro všechna jídla v průběhu dne.

#### **Ranní skupina**

V šest hodin 45 minut končí snídaně a začíná ranní skupina. Ta se koná v jídelně, tedy bez přesunu, a její začátek ohlašuje ostatním šípek. Cílem této skupiny je nastavení do dne a motivace klientů. Klienti vypovídají jejich aktuální nastavení, ale také například sny, myšlenky a podobně a spolu s terapeutem, který skupinu vede, hledají cestu k pozitivnímu nastavení do dne a k překonání překážek. Závěr ranní skupiny patří pracovním terapeutům, kteří organizují pracovní terapii a informují klienty o jejich pracovišti a úkolech v pracovních skupinách.

### **Pracovní terapie (činnostní terapie) klientů**

Pracovní terapie je realizována od 7 hodin do 15 hodin 30 minut včetně cesty na pracoviště. V dopoledních hodinách je přerušena čtvrt hodinovou přestávkou na svačinu, později půlhodinovou na oběd. Dále po dvou hodinách desetiminutovými kuřáckými přestávkami. V jiných časech klienti v průběhu pracovní terapie kouřit nesmí s výjimkou nových klientů, kteří mají prvních čtrnáct dnů povoleno kouřit kdykoli. Po odečtení cesty na pracoviště a všech přestávek je celková délka pracovní terapie přibližně 6 hodin. V průběhu pracovní terapie, stejně jako celého dne, má kterýkoli klient možnost svolat si individuální skupinu, tedy skupinu krizové intervence, a zde s terapeutem řešit krizový stav. Jejimi náplněmi bývají nejčastěji chutě na drogu, konflikty mezi klienty, různé sociální situace, vedení pracovních skupin, myšlenky na domov, na odchod a mnohé další. Terapeutická komunita Krok je zaměřená na ekologické aktivity, a to se do značné míry promítá do pracovní terapie. V jejím rámci klienti pečují asi o 150 ovcí a koz, které jsou převáženy po územích se zvláštním chráněným režimem a s jejichž pomocí tyto plochy spásají a tím udržují jejich enviromentální hodnotu a diverzifikaci. Dále staví hliněné budovy, dřevěné salaše pro zvířata, v maximální možné míře se podílí na údržbě budovy komunity. Pracují také často pro Město Kyjov při výkopových, bouracích pracích a dalších činnostech. Pravidelně dvakrát týdně pečují o areál kyjovské nemocnice, kde mají na starost úklid, především péči o komunikace a údržbu zeleně. V pracovní terapii jsou přítomni minimálně dva pracovní terapeuti, kteří zajišťují organizaci, strukturu, odbornost, sledují dodržování pravidel a klienty učí pracovním dovednostem. Na konci pracovní terapie je společné hodnocení pracovního dne. Každý klient shrnuje pracovní den, soustředí se na důležité body, a především na své prožívání v průběhu jednotlivých situací. Účastní se rovněž pracovní terapeuti, kteří mohou přispět svým pohledem.

### **Zrcadla (vzájemné reflexe)**

Před začátkem osobního volna si klienti sednou do kruhu a dávají si zrcadla. Je to pohled ostatních členů terapeutické skupiny na jednotlivce. Začíná slovy „Dneska jsem Tě viděl... (pracovitého, nesoustředěného, zamyšleného, prosazujícího se, a podobně)“. Neslouží k hodnocení nebo radám, ale pouze ke zprostředkování pohledu druhých na danou osobu.

Každý klient dostane od ostatních tři reflexe a nesmí na ně 24 hodin nijak reagovat. Přítomen je službukonající terapeut.

### **Strukturované osobní volno**

Po ukončení pracovní terapie a návratu do budovy terapeutické komunity zpravidla v 15 hodin 30 minut začíná svačina a po ní strukturované osobní volno. Klienti si vybírají z daných možností různé činnosti, které chtějí v tomto čase realizovat. Tyto v průběhu pití kávy, nebo čaje zapisuje pověřený klient do zvláštního sešitu. Volba činností v osobním volnu je pro klienta závazná a je pověřeným klientem kontrolována. Klienti druhých a vyšších fází (klientské fáze viz. níže) se v tomto čase rovněž starají o úseky komunity za které mají zodpovědnost. Jedná se například o květiny, zahradu, trávník, služební vozidla, kovárnu a mnoho dalších. Se zájmových činností mohou klienti využít keramickou dílnu, hudební nástroje, knihovnu, kovárnu, často vyrábí dárky, nacvičují divadla a scénky, kreslí a další.

### **Večeře**

Osobní volno trvá do 18. hodin a po něm následuje společná večeře. Její průběh je podobný jako u snídani, platí u ní stejná pravidla, ale není střídán žádnou společnou skupinou.

### **Večerní úklid**

Po večeři začíná úklid společných prostor, stejně jako ráno před snídaní, avšak ve větším rozsahu. Před večerní skupinou musí být dům čistý, vytřený a uklizený. Na vše opět dohlíží šípek, který činnosti rozděluje, koordinuje, hlídá čas a hodnotí pracovní úseky jednotlivých klientů.

### **Večerní skupina**

Večerní skupina začíná v 19 hodin 40 minut. Jedná se o hlavní psychoterapeutickou společnou aktivitu za den, vede ji psychoterapeut. V první části se řeší technické věci, platby, rozdělení práce na další den, různé úkoly, případně se hlasuje o plánech vycházek na víkendy a podobně. V hlavní části probíhá skupinová psychoterapie.

### **Noční klid**

Večerka čili noční klid, začíná ve 22 hodin 30 minut. Každý klient musí být v tuto dobu již s vykonanou osobní hygienou v ložnici a v posteli. Službukonající terapeut může udělit

v odůvodněných případech výjimku. Nevztahuje se však na svolanou skupinu, čili krizovou intervenci, ta je dostupná 24 hodin denně.

### 3.1.2 Skupinová a individuální terapie, vycházky

#### Typy skupinové terapie

V terapeutické komunitě Krok je využíváno několik druhů skupinových terapií.

##### Večerní skupina

Nejdůležitější skupinové psychoterapeutické setkání za den, která vede vždy psychoterapeut. Pomáhá k reflektování stávajících a utváření nových sociálních vzorců chování a způsobů intrapsychických zpracování vnějších i vnitřních podmětů a vzájemných interakcí, přičemž se využívá skupinové dynamiky. Dala by se charakterizovat jako interakční dynamická a procesní skupina, která se opírá o intrapersonální a interpersonální vztahy. Často se v ní odráží prožitý den, konflikty, úspěchy i neúspěchy, nové zážitky a dovednosti. Trvá asi 2,5 hodiny.

##### Svolaná skupina (krizová intervence)

Každý klient si má možnost kdykoli a kdekoli svolat skupinu. Důvodem bývá zpravidla nastalá krize. Má danou strukturu. Klient přichází s problémem, který definuje (chuť na drogu, nezvladatelná agrese, nebo jiné silné emoce, potřeba řešit konflikt a podobně) a snaží se definovat, s čím by chtěl ze svolané skupiny odcházet. S účastníky skupiny potom hledají cestu k dosažení cíle. Účastní se vždy službukonající terapeut, klient ve vyšší fázi, klient v nižší fázi a ten, kdo si skupinu svolává.

##### Hodnotící skupina

V terapeutické komunitě Krok existují dva druhy hodnotících skupin - týdenní a měsíční. Na obou klient hodnotí uplynulé období, na týdenní si dává cíl na další týden a reflektuje dosažení cíle z týdnu minulého. Ten má svoje zásady: musí být splnitelný, pozitivní, konkrétní a měřitelný. Dostává zde reflexe od klientů i terapeutů. Čte před ostatními pevně strukturované týdenní nebo měsíční shrnutí, ostatní členové skupiny, včetně terapeutů, se k němu vyjadřují.

##### Samořídící skupina

Její frekvence je jedenkrát týdně. Skupinu vede klient ve vyšší fázi a terapeut je pouze přítomen a do samotné skupiny nijak nezasahuje, pokud nedochází k porušování pravidel komunity. Klienti navrhnou téma skupiny, které službukonající terapeut pouze schvaluje. Témata se zpravidla týkají společného soužití v terapeutické komunitě a výstupem této skupiny bývá ujasnění pravidel, návrhy na změny pravidel nebo systému, režimu či zcela nových pravidel, nebo rušení disfunkčních pravidel a podobně.

#### Edukační skupina

Klienti jednou týdně, zpravidla o víkendu mohou sledovat dokument, životopisný film a podobně. Po něm následuje edukační skupina. Na ní spolu se službukonajícím terapeutem diskutují o daném tématu, rozšiřují si znalosti, motivují se k vlastnímu poznání. Často po ukončení tohoto typu skupiny pokračují v úvahách a debatách.

#### Mimořádná skupina

Svolává službukonající terapeut při mimořádných událostech v komunitě. Cílem je stabilizace terapeutické skupiny, vyřešení mimořádného stavu, odstranění nežádoucího a podobně. Důvodem bývá vážné porušení pravidel, projevy agrese, útek klienta, krádež potravin a podobně.

#### Tematická skupina

Pokud některý z klientů zaspí, je jeho povinností si do týdne připravit tematickou skupinu. Trvá zpravidla 45 minut a její náplní je seznamovat ostatní klienty s nastudovanou problematikou, kterou si sám vybírá, a službukonající terapeut ji pouze schvaluje. Může to být jakékoli téma z oboru lidské činnosti, přírody a podobně. Klienti potom sami bez terapeuta hodnotí, jestli vše proběhlo v pořádku, a tematickou skupinu schvalují nebo neschvalují. V takovém případě se musí tematická skupina ve zvoleném termínu opakovat.

#### Dělená skupina

Nepravidelně, zpravidla pokud si to vyžádá nastalá situace v terapeutické skupině, se koná dělená skupina. Jsou při ní rozděleny muži a ženy a odděleně řeší témata související se sexualitou, ženskými a mužskými rolemi, chování k opačnému pohlaví a podobně. Mužskou skupinu vede muž, psychoterapeut a ženskou žena, psychoterapeutka. Trvá zpravidla 2,5 hodiny.

#### Skupina pro klienty a jejich rodinné příslušníky



V rámci sanace rodinných vztahů bývá pravidelně zařazena také skupina tohoto typu, kde se řeší zpravidla rodinné vztahy a rodinné role. Nezaměřuje se na minulost, orientuje se na přítomnost, případně na budoucnost. Taktéž může, ale nemusí být dělená otcové – synové nebo matky – dcery.

#### Skupina arteterapie

Pravidelně bývá řazena skupina arteterapie, kdy v její první části klienti pracují art techniky spolu s arteterapeutem a druhé části se věnují rozboru vzniklých děl, emocím, skrytým významům a podobně. Realizuje se místo pracovní terapie a trvá zpravidla celé dopoledne.

#### Skupina vyšších fází

Tato skupina je pouze pro klienty ve třetích a čtvrtých fázích. Řeší na ní zpravidla chod komunity a své podílení se na něm, problematické klienty nižších fází, tématem bývá často jejich vzájemná podpora, jednota. Přítomen bývá vždy psychoterapeut a klienti si o tuto skupinu zpravidla žádají sami.

### **Individuální psychoterapie**

#### Zakázka

Klient po svém nástupu vypracuje spolu s psychoterapeutem individuální zakázku. Zaměřuje se na mapování aktuálního stavu, na důvody, které ho do terapeutické komunity přivedly, a především na cíle, kterých chce v průběhu svého pobytu, své léčby dosáhnout. V neposlední řadě hledá zdroje a motivaci k uskutečnění svých cílů. Zakázka je písemná a stává se součástí klientovi dokumentace.

#### Individuální psychoterapie pravidelná

Koná se jednou měsíčně. Skládá se ze tří částí. První část popisuje současný stav, definuje problém, potřebu změny. Druhá část stanovuje cíl, na kterém bude klient pracovat. Cíl musí vyjadřovat skutečnou klientovu potřebu, musí vycházet z vnitřní motivace. Poslední část se zaměřuje na způsob, jak svého cíle dosáhnout. Co a jak má klient konkrétně udělat, aby bylo jeho snažení úspěšné.

#### Revize

Do čtrnácti dnů od individuální psychoterapie následuje její revize. Klientův garant spolu s klientem revidují zakázku, způsob a intenzitu jejího naplnění. Snaží se najít další možnosti a strategie, překonat konkrétní překážky a neúspěchy.

### Profil

Po přestupu do vyšší fáze následuje vždy profil. Jeho formulář je přílohou této práce. Klient hodnotí za danou fázi patnáct oblastí svého života a má vždy možnost srovnat a zachytit vývoj.

### Deník

Klientovou povinností je psát si denně deník. V něm reflektuje svůj den, svoje prožívání, zaměřuje se na důležité momenty. Deník odevzdává do večerky a službukonající terapeut deník čte a dává klientovi písemně zpětnou vazbu.

### Individuální psychoterapie nepravidelná

Je to nárazová klientem vyžádaná individuální psychoterapie. Probíhá zpravidla s hlavním terapeutem nebo garantem. Její obsah je velmi individuální, stejně jako její motivy.

### Vycházky

Klienti jezdí od druhé fáze na jednodenní vycházky zpravidla v neděli. Od třetí fáze jezdí na vycházky na celý víkend, ve čtvrté fázi jezdí na třídní vycházky. Jejich cílem je především obnovení a restrukturalizace vztahů s rodinou, později rodinné mapy, dále pak konfrontace s prostředím, ověření klientových posunů a jeho samostatnosti. Vycházku si každý klient velmi přesně písemně plánuje do deníku, včetně časů a rozpočtu. Na večerní skupině tento plán čte ostatním klientům, ti mu položí doplňující otázky a potom hlasují pro schválení nebo neschválení vycházky. Jejich rozhodnutí je závazné. Po příjezdu je klient podroben osobní prohlídce od vyšší fáze a testu na přítomnost návykových látek. Na večerní skupině potom vycházku shrnuje, hodnotí z několika pohledů, skupina mu dává reflexe a její pohledy na průběh vycházky a jeho fungování na ní. Do tří dnů musí vycházku shrnout písemně.

### 3.1.3 Fáze, klientské funkce, pravidla, platby

#### Fáze

Klientův léčebný pobyt je rozdělen do pěti fází. Přestup mezi nimi není automatický, klient o něj musí žádat, terapeutický tým s jeho přestupem musí souhlasit, pokud nesouhlasí, přestup se nekoná. Klient potom vypracovává odpovědi na specifické otázky pro každou fázi, plní dané úkoly. Na vypracování přestupu má zpravidla jeden den, poté přestupuje před terapeutickou skupinu, seznamuje ji s vypracováním přestupu a je podroben řadě otázek. Jednotliví klienti potom hlasují s odůvodněním svého hlasu. O přestupu rozhoduje většina, přičemž hlasuje také přítomný terapeut. Jednotlivé fáze mají své přesně vymezené specifikace, přičemž platí, že čím je fáze nižší, tím má méně kompetencí a zodpovědnosti, a čím je fáze vyšší, tím více zodpovědnosti, kompetencí a vlivu na chod komunity se k ní váže.

#### Nultá fáze

Též diagnostická, rozhodovací, úvodní. Klient se v ní ocitá při nástupu. Ještě není plnohodnotným členem skupiny, nemá hlasovací právo například při přestupech, vycházkách. Trvá asi měsíc a klient se během této doby rozhoduje, zda chce zůstat a stát se členem terapeutické skupiny. Pokud se tak rozhodne, vyjádří toto rozhodnutí žádostí o přestup do první fáze. Rovněž skupina má v tomto období prostor se rozhodnout, zda nového klienta mezi sebe přijme. V tomto období je klient velmi nesamostatný. Je mu přidělen starší bratr nebo sestra, který za něj nese důsledky jeho chování a jednání v podobě plateb. Klient v nulté fázi nemůže být sám na pokoji, na terase, v zahradě, nesmí číst a celkově je tato fáze nastavena tak, aby byl stále s bratrem nebo sestrou. Nemůže být o samotě s jinou nultou fází. Nesmí komunikovat s lidmi mimo terapeutickou komunitu. Učí se o sobě mluvit na večerních a svolaných skupinách, rozpoznávat jednotlivé pocity, říkat si o svou potřebu, rozumět pravidlům komunity.

#### První fáze

Fáze, od které je klient plnohodnotným členem komunity. Při hlasování má plnohodnotný hlas. Přebírá již odpovědnost za své chování v podobě plateb, hledá mechanismy na chutě na drogu a další nepříjemné pocity, učí se dávat a přijímat kritiku, zrcadla, vyjádřit svůj názor, smysluplně plánovat volný čas. Vybírá si úsek terapeutické komunity, který bude jeho zodpovědností. Může se již sám pohybovat v domě, ale ne v zahradě. Starší bratr nebo

sestra za něj již nenese žádnou zodpovědnost. Nadále nesmí komunikovat s lidmi mimo komunitu a zůstat o samotě s nultými fázemi.

#### Druhá fáze

Učí se přebírat zodpovědnost za skupinu a vést ji například v pracovní terapii. Trénuje a upevňuje mechanismy na řešení chutí a nepříjemných pocitů. Jezdí již na jednodenní vycházky, zde pracuje na rodinných vztazích a rodinných mapách. Upevňuje si sebeúctu a učí se ji používat v běžných situacích. Může se již sám pohybovat po domě, zahradě a na pracovišti. Může zůstat o samotě s nultými fázemi. Dostává mladšího bratra nebo sestru, za kterého nese po dobu nulté fáze odpovědnost.

#### Třetí fáze (vyšší fáze)

Klient je v této fázi zcela samostatný. Odpovídá za skupinu a mladší klienty, které může doprovázet na úřady nebo k lékaři. Jezdí na dvoudenní vycházky, kde dále pracuje na rodinných vztazích. Přebírá zodpovědnost za komplikovanější úkoly a chod komunity. Je vzorem pro mladší klienty, předává jim své zkušenosti, motivuje je. Konflikty řeší konstruktivně jako dospělý zralý člověk. Hlídá dodržování pravidel komunity. Pracuje na týdenních plánech, rodinných mapách a svém životopisu.

#### Čtvrtá fáze

Do čtvrté fáze se klient dostává automaticky po tom, co terapeutický tým oznámí datum jeho odchodu, konec léčby. Tato fáze trvá přibližně měsíc a je také označována jako fáze pomocného terapeuta. Upřednostňuje se spíše kolegiální přístup směrem od terapeutického týmu ke klientovi. Rozděluje s pracovními terapeuty práci na další den, hledá si zaměstnání nebo studium, musí odevzdat životopis, pracuje na prevenci relapsu, shrnutí pobytu. Zpravidla žádá o přijetí do programu následné péče. Nadále mu zůstávají práva a povinnosti třetí fáze, nemá však již platby.

### **Klientské funkce**

#### Šípek

Volená funkce. Na týdenní hodnotící skupině klienti volí jednou za čtrnáct dnů šéfa domu. Klient v této funkci rozděluje a kontroluje úklid, svolává skupinu v dané časy ke společným aktivitám jako společné jídlo, terapie, kontroluje uzamčení objektu, služebních vozidel a podobně. Název vznikl z pohádky Šípková Růženka a tuto funkci dostává klient, kterého chce skupina aktivizovat, o kterém má pocit, že spí.

### Žolík

Volená funkce. Může ji dostat pouze klient ve druhé fázi. Ve společném hlasování vyjadřují klienti důvěru a dávají na týden kompetence třetí fázi klientovi ve fázi druhé. Takto si klient vyzkouší například vedení pracovní skupiny, doprovod mladších klientů a podobně a obohacuje se o nové zkušenosti, které dále zpracovává. Zároveň se připravuje na budoucí funkci třetí fáze.

### Čmelák

Poslední z volených funkcí. Klienti o ní opět rozhodují v hlasování. Jedná se o ocenění pro klienta, který ostatní něčím zaujal. Může to být otevření náročného tématu na večerní skupině, výrazný posun v terapii, splnění náročného úkolu nebo jen zátěžová situace ve které se klient zachoval nebyvalým způsobem a mnoho dalšího. Je spojen s předávacím rituálem.

### Starší bratr – sestra

Po příchodu dostává nový klient přiděleného svého bratra nebo sestru. Je to klient, který je s ním prakticky dvacet čtyři hodin denně. O nového klienta se v podstatě stará. Provází ho první měsíc komunitou, seznamuje ho s pravidly, tráví s ním své osobní volno i čas v pracovní terapii, spí s ním v jednom pokoji, a takto na sebe přebírá část tlaku, který je na nového klienta systémem vyvíjen. Zároveň za něj nese odpovědnost, která se nejvíce projevuje v přebírání plateb. Pro bratra, sestru je tato funkce součástí jeho léčby a každý klient ji má v průběhu léčby několikrát. Často se mezi klienty takto vytváří silné osobní pouto. Nový klient potom nechce, aby jeho bratr, sestra, byl zatížen jeho platbami a tímto bývá motivován ke korekci svého chování. Starší bratr, sestra se pro nového klienta stává často vzorem, vidí reálného člověka, který prošel žádoucí změnou, má k němu vztah a začíná věřit, že i jeho změna je možná, začíná věřit v terapeutickou komunitu, a především v sebe sama. Vidí, že může dokázat uskutečnit to, proč do terapeutické komunity přišel, a má před sebou člověka, který to dokázal, pomáhá mu, radí, a tím dává konkrétní návod a ukazuje konkrétní výsledek.

### Osobní volno

Osobní volno je strukturované. Klient si vybírá sám, co bude ve svém volném čase dělat, je ovšem vyžadováno, aby se zvoleným činností skutečně věnoval. Za tímto účelem je vytvořena pravidelně se střídající funkce. Klient v této funkci zapisuje do deníku osobního

volna jeho náplň každého klienta a v průběhu ho zkontroluje. Je to důležitý základ pro práci s volným časem ve vyšší fázi, na doléčování a v pozdějším životě.

#### Služba v kuchyni

Pravidelně se střídající funkce. Jsou v ní dva klienti vždy čtrnáct dnů, týden v roli pomocníka a týden v roli šéfa. Její náplní je příprava veškeré stravy pro všechny členy terapeutické komunity. Funkce je to náročná a zatěžující, ovšem pro psychoterapii velmi plodná z hlediska interakcí, konfliktů, zvládání stresu, komunikace a mnoha dalšího.

#### Zodpovědnosti klientů

Budova terapeutické komunity je rozdělena na několik oblastí a každý klient od první fáze má jednu oblast přidělenou jako svou zodpovědnost. Ta podléhá dvakrát týdně kontrole z řad terapeutického týmu, kde jednotliví zaměstnanci mají taktéž přiděleny jednotlivé oblasti. Svou kontrolu písemně potvrzuje, a pokud klient nemá svou zodpovědnost podepsanou, může to být důvodem k nedovolení klientovy pravidelné vycházky. Zodpovědnosti jsou například: úklid služebních vozidel, květiny v domě, zahrada, hudební nástroje, knihovna, kovárna, art místnost a mnoho dalších.

### **Pravidla**

Klienti si do terapeutické komunity přináší atributy svého bývalého života, vzorce chování, způsoby řešení konfliktů, specifický slovník a podobně. Život v komunitě je regulován systémem pravidel, který má za cíl jednak tyto narušit a dát prostor vzniku nových, a jednak klienty chránit. Také samo podřízení se novým pravidlům má v klientově budoucí abstinenci velký význam. Jednak ho učí pokoře a jednak vytváří prostor pro vznik disciplíny, následné sebedisciplíny. Od kontroly k sebekontrolě. Také v budoucím abstinentském životě bude muset abstinující klient dodržovat určitá pravidla a v terapeutické komunitě je tomuto položen základ. Pravidla se dělí na kardinální a běžná.

#### Kardinální pravidla

Tato pravidla jsou hierarchicky vyšší a jejich význam je zásadní. Klienti nemají možnost je nijak ovlivnit. Jejich porušení znamená zpravidla konec klientova pobytu v terapeutické komunitě Krok, nebo přinejmenším podmíněné vyloučení a další výrazné sankce. Ty mohou být například sestup do nižší fáze, vyloučení z komunity na určitou dobu, psaní tematických prací nebo jiné specifické úkoly. Při porušení kardinálních pravidel je skupina rozdělena na triády a navrhuje postih. Konečné slovo má však terapeutický tým. Příklady kar-

dinálních pravidel jsou: porušení abstinence, nedovolené opuštění skupiny, nespolupráce s terapií, fyzická či psychická agrese, nerespektování službukonajícího terapeuta a další.

#### Běžná

Jsou to pravidla hierarchicky nižší a řeší spíše běžný chod terapeutické komunity. Je jich také mnohem více, řádově desítky a jejich celkový počet se blíží ke stovce. Jejich porušení se řeší malou platbou, ale některých velkou platbou jako například nerespektování rozhodnutí vyšších fází. Příklady běžných pravidel jsou: dodržování časů denního režimu, zákaz vulgárních výrazů, zákaz spaní přes den, nedodržení náplně osobního volna, kouření mimo stanovené časy, pozdní příchod na pracoviště, nepořádek na pokoji a mnoho dalších.

#### Platby

Porušení některého z pravidel je sankcionováno platbou. Klient si svá porušení hlásí na technické části večerní skupiny sám a ostatní klienti mu zde můžou některé platby navrhnout nebo připomenout. Jestliže má malých plateb pět, proměňují se ve velkou platbu. To obnáší vykonání určitého losovaného úkolu, který se vykonává následující den a klient musí vstát o hodinu dříve před budíčkem. Na vykonání platby má klient 45 minut. Příklady velkých plateb jsou: nakresli sebe a svou rodinu, napiš práci na téma..., na výletě sbírej v lese odpad, vymysli společnou hru pro všechny, napiš tři ocenění pro každého, umyj botníky, vyper hadry na zem, umyj schody a další. Takto se klient učí odpovědnosti za své jednání a cesta, jak mít plateb co nejméně, je korekce chování a způsobu komunikace. Vedou tedy klienta k pocitu vlastní odpovědnosti a zároveň k uvědomění skutečnosti, že změna je pouze na něm.

### 3.1.4 Společné zátěžové aktivity, rituály

#### Společné zátěžové aktivity

Zpravidla se realizují v době víkendu a dnech pracovního volna. Jedná se o jednodenní, dvoudenní i vícedenní výlety. Mají rozsah, strukturu a svoje cíle. Typickým cílem je zaměření se na stmelení skupiny, spolupráci a podobně. Zpravidla se odehrávají v přírodě, kde se pěšky, nebo na kolech cestuje po zajímavých přírodních místech a kulturních památkách, spí se ve stanech. Pravidelně se zařazuje splavování řeky Moravy, ekologické přednášky odborníků, a především několikátýdenní letní pobyt v ptačí rezervaci na ostrovech nádrže Mušov, který je koncipován jako ekologicky pracovně zátěžový. Programy jsou prokládány hrami, úkoly, psychoterapeutickými, skupinovými a dovednostními aktivitami, dle jejich konkrétního zaměření. Poskytuje možnosti k nácviku nových sociálních rolí, poznání sebe sama v zátěži bez návykových látek ovlivňující způsob prožívání. Má v sobě prvky jak terapeutické, edukační, zátěžové, tak prvky zážitkové pedagogiky a kolektivního vědomí. Dle zaměření podporuje klíčové vlastnosti jednotlivých osobností. Napomáhá spoluvytvářet pocit vlastní hodnoty, víru ve vlastní schopnosti a jejich rozvoj, a to v kolektivu, jehož je jedinec součástí.

#### Rituály

Terapeutická komunita Krok má, jako jiné komunity, své rituály. Ty jsou předem dané, opakují se při určitých příležitostech, jsou založeny na osvědčených pravidlech a normách, posilují výjimečnost daného společenství a hodnoty vlastního místa v něm. Příklady některých rituálů:

##### Příjem nového klienta

Klient je provázen budovou terapeutické komunity Krok, je seznamován s jejími jednotlivými částmi, v každé z nich dostane splnitelný úkol. Prohlídka budovy končí ve společenské místnosti, kde se klient rituálním způsobem musí dostat mezi ostatní klienty tvořící kruh. Později se loučí s nějakým předmětem představující pro něj minulost a je přijat mezi ostatní.

##### Řádný odchod klienta – Rozlučka

Klient zůstává dopoledne v budově komunity s vybraným přítelem a chytá občerstvení pro své hosty. Odpoledne se začnou scházet hosté, tvoří je zpravidla starší abstinenti, bývalí



klienti komunity, nejbližší rodina, terapeuti. Klienti zahrají připravené scénky z jeho komunitního života. Poté následuje řada ceremonií např. každý z přítomných mu dává něco se svých vlastností do zvonku, a ten si klient po odchodu nechává. Po rozloučení s jednotlivými členy klient odchází a je takto rituálně vyřazen z komunity.

#### Výročí založení komunity

Každým rokem je oslavováno výročí založení komunity. Jsou zváni mimo jiné všichni absolventi, kteří abstinují i se svými rodinami. Klienti zahrají připravené divadlo a jednotliví absolventi se vyvolávají na podium, přičemž se všem oznamuje počet abstinentských dnů.

### 3.2 Program následné péče Krok

Program následné péče Krok funguje od roku 2002 a jeho posláním je **sociální znovu začlenění klientů do života a společnosti**. Význam tohoto programu je především řešení přechodu mezi životem v terapeutické komunitě a životem běžným a každodenním. Zabraňuje tedy jakémusi „skoku“ a zároveň poskytuje podporu při použití výbavy, kterou klient v komunitě získá, v reálné praxi. Přitom se orientuje na aktuální klientovy problémy, mezi něž patří především trávení volného času, zacházení s penězi, vztahové záležitosti, nový pracovní kolektiv a podobně. Program následné péče je určen pro cílovou skupinu abstinujících závislých starších patnácti let, kteří absolvovali nejméně tříměsíční rezidenční léčbu závislosti. Další důležitou podmínkou je potřeba a touha žít abstinentský život, začlenit se do společnosti a pracovat. A kromě této touhy především pak chuť a síla své touhy realizovat, protože touha a zájem jsou bez reálných činů pouze slova. Uživatelem programu následné péče se může stát člověk, který spadá do cílové skupiny a projeví zájem o poskytnutí služby, splní vstupní podmínky a je rozhodnutím týmu pracovníků PNP přijat. Důležitým prvkem programu je podpora v bydlení – poskytování bydlení. V půl roku trvajícím programu má klient možnost bydlet spolu s ostatními za zvýhodněnou cenu v zařízeném bytě. Ke společnému bydlení se vztahují určitá pravidla, která je nutno dodržovat a jejichž cílem je umožnit důstojné soužití více lidí. O svou domácnost se klienti starají sami, vykonávají samoobslužné činnosti jako je úklid, vaření, praní žehlení a podobně. Páteří programu je dvakrát týdně účast na skupinové terapii pod vedením terapeuta, dále pak individuální terapie a garantské pohovory, a po třech měsících revize zakázky a profil, stejně tak po šesti měsících, zpravidla při ukončení, shrnutí zakázky a profil. Na společných skupinách klient řeší své aktuální problémy a potřeby, sdílí s ostatními své úspěchy i neúspěchy, hledá řešení a vyměňuje si zkušenosti s ostatními členy skupiny. V rámci individuální terapie pomáhá terapeut klientovi stanovovat reálné cíle a podporuje jej v jejich naplňování. Klient má také možnost využít sociální práce, například pomoc při hledání zaměstnání, se splácením závazků a podobně. Díky službám programu následné péče si klienti vyzkouší samostatnou péči o domácnost, hospodaření s financemi, rozvržení dne – skloubení pracovních činností a osobního volna. Mají možnost realizace dovedností, které získali v léčbě, ověří si svoji abstinenci. Významným faktem je, že všechny tyto činnosti se dějí

za podpory psychoterapeutů, čímž se zvyšuje bezpečí a zároveň podporuje osobní zodpovědnost.

### Vstupní kritéria pro přijetí do PNP

Věk nad 15 let (u bydlení minimálně 18 let).

Mají diagnostikovanou závislost (drogová, alkoholová, patologické hráčství aj.)

Jsou po rezidenční léčbě v terapeutické komunitě nebo po jiné léčbě – dlouhodobé sociální rehabilitaci a v současnosti abstinují.

Jsou motivovaní, chtějí spolupracovat, mají potřebu a zájem se úspěšně zařadit do společnosti.

Jsou zaměstnaní (příp. dočasné registrováni na ÚP), nebo studují.

### Kontraindikace pro přijetí do PNP

Výrazné projevy syndromu odnětí látky.

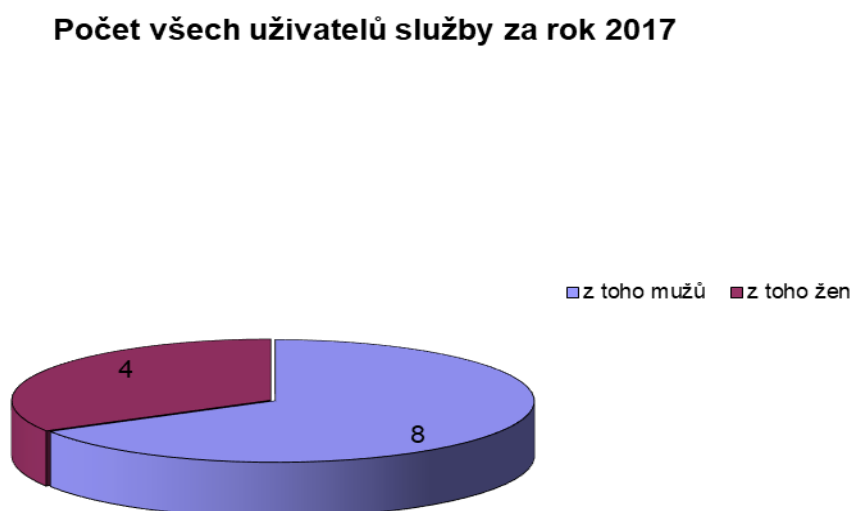
Akutní psychotický stav.

Závažná psychiatrická diagnóza vyžadující zdravotnické zařízení.

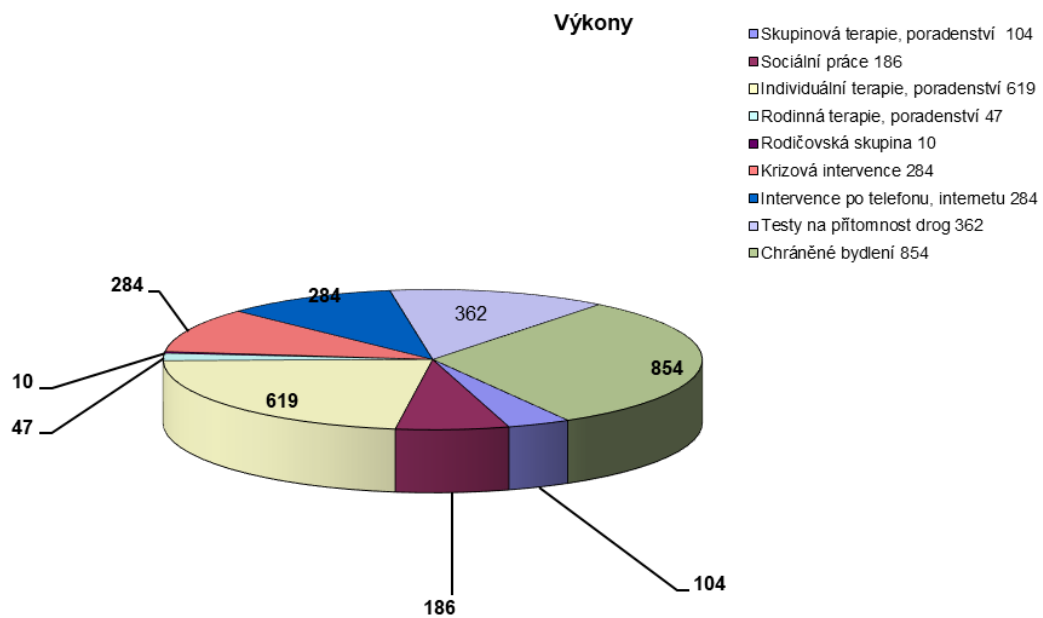
Neakceptace abstinence v širším slova smyslu – drogy, alkohol, herní automaty.

Nepřijetí pravidel programu.

Graf č. 5 Počet všech uživatelů služby PNP za rok 2017



Graf č. 6 Počet všech výkonů služby PNP za rok 2017



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **4 OVĚŘENÍ PŮSOBNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK NA ABSTINENCI KLIENTŮ, ZJIŠTĚNÍ MÍRY JEJICH RESOCIALIZACE A JEJICH SUBJEKTIVNÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI**

### **4.1 Vymezení výzkumných problémů**

Terapeutická komunita Krok se zabývá léčbou klientů se závislostí, kteří se v průběhu svého života dostali na okraj společnosti. Jejím cílem je vrácení klientů do společnosti, a to na místo adekvátním jejich schopnostem a možnostem. Pokud hovoříme o resocializaci těchto klientů v průběhu a po úspěšném dokončení jejich léčby, potom je nutný předpoklad abstinence. Zjištění míry abstinence, komparace mezi jednotlivými skupinami absolventů podle této míry abstinence a zjištění vlivu Programu následné péče Krok na tyto skutečnosti, dále mapování míry resocializace absolventů terapeutické komunity Krok Kyjov, stejně jako jejich subjektivního pocitu spokojenosti v těchto nových sociálních rolích a jejich další komparace podle míry abstinence, jsou výzkumné problémy, kterými se budeme ve výzkumu, jeho zpracování a interpretaci zabývat.

### **4.2 Cíl, úkoly a hypotézy výzkumu**

#### **Cíle a úkoly výzkumu**

Dílním výzkumným cílem je zjistit, do jaké míry je léčba v terapeutické komunitě Krok úspěšná z hlediska následné abstinence jejich klientů, a to ať z hlediska užívání drog a alkoholu, tak z hlediska probíhajících relapsů a recidiv. Rozdělit absolventy na dvě skupiny, a to na skupinu úplných abstinentů a skupinu, která konzumuje alkohol, nebo drogy.

Prvním výzkumným cílem je ověřit, zda absolvování Programu následné péče Krok má vliv na procento abstinentů a zaznamenat procentuální rozdíl.

Druhým výzkumným cílem je zjistit míru resocializace a obecně úspěšnosti ve společnosti absolventů a provést komparaci mezi skupinou absolventů zcela abstinujících a skupinou neabstinujících od alkoholu a drog za pomoci stanovených indikátorů a zaznamenat a interpretovat rozdíl.

Třetím výzkumným cílem je mezi těmito dvěma skupinami absolventů provést komparaci jejich subjektivního prožívání a spokojenosti za pomoci indikátorů, které byly stanoveny v terapeutické komunitě Krok jako mapování stavu klientů, které pravidelně hodnotili v průběhu léčby vždy po přestupu do vyšší fáze a také v průběhu Programu následné péče a poté v rámci tohoto výzkumu v roce 2018, a zaznamenat a interpretovat rozdíly a zároveň tyto indikátory rozšířit.

### **Stanovení výzkumných otázek**

**VO1:** Jaký je rozdíl v poměru úplných abstinentů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

**VO2:** Jaký je rozdíl v poměru počtu relapsů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

**VO3:** Jaký je rozdíl v poměru počtu recidiv u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

**VO4:** Jaký je rozdíl v poměru resocializace u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

**VO5:** Jaký je rozdíl v poměru v subjektivně vnímané životní spokojenosti u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije nebo užívá drogy?

### **Stanovení hypotéz**

**H1:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok vyšší procento úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Nezávisle proměnné:

- 1) Terapeutická komunita Krok
- 2) Terapeutická komunita Krok + Program následné péče Krok

Závislá proměnná může nabývat dvou hodnot:

1. Úplná abstinence – absolvent plně abstinuje od drog a alkoholu.
2. Neabstinence – absolvent neabstinuje od drog, nebo alkoholu

**H2: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento relapsů než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.**

Nezávisle proměnné:

- 1) Skupina úplných abstinentů
- 2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. Procento relapsů

**H3: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento recidiv než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.**

Nezávisle proměnné:

- 1) Skupina úplných abstinentů
- 2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. Procento recidiv

**H4: U absolventů TK Krok (2007-2017) je skupina úplných abstinentů resocializovanější než skupina, která užívá alkohol, nebo drogy.**

Nezávisle proměnné:

- 1) Skupina úplných abstinentů
- 2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

Míra resocializace – je definovaná hodnotou těchto indikátorů:



1. Zvýšená kvalifikace po TK (ano/ne)
2. Zaměstnání (pracovní smlouva a OSVČ/nezaměstnaný)
3. Typ bydlení (vlastní nebo nájemní/u rodičů)
4. Odsouzení po TK (ano/ne)
5. Nové koníčky a zájmy po TK (ano/ne)
6. Splácení dluhů z období před TK (splácí a splaceno/nesplácí)

**H5: U absolventů TK Krok (2007-2017) skupina úplných abstinentů vnímá vyšší subjektivní životní spokojenost než skupina, která užívá drogy, nebo alkohol.**

Nezávisle proměnné:

- 1) Skupina úplných abstinentů
- 2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná: Subjektivní životní spokojenost je definována hodnotou těchto indikátorů:

1. Funkčnost rodiny (1-5)
2. Hodnocení finanční situace (1-5)
3. Hodnocení vztahu s příbuznými (1-5)
4. Hodnocení duševní pohody (1-5)
5. Spokojenost s trávením volného času (1-5)

Dále pak 14. body z dotazníku TK Krok – Profil uživatele stavu

1. Nálada, spokojenost (1-5)
2. Jiné příznaky (1-5)
3. Nespokojenost se sebou (1-5)
4. Vzhled, vyjadřování, chování (1-5)
5. Práce, studium, finance (1-5)

6. Intimní partnerství (1-5)
7. Děti (1-5)
8. Otec – mužská autorita (1-5)
9. Matka – ženská autorita (1-5)
10. Sourozenci – souřadné osoby (1-5)
11. Přátelé, lidé obecně (1-5)
12. Režim dne (1-5)
13. Volný čas (1-5)
14. Filozofie života (1-5)

Indikátory míry resocializace byly stanoveny na základě bodů, které sleduje Program následné péče Krok u absolventů a ke kterým se absolventi vyjadřují při pravidelných setkáních na Vánočních a Výročních klubech a které jsou jedním z podkladů pro volbu abstinenta roku. Indikátory subjektivní spokojenosti byly stanoveny na základě dotazníku TK Krok – profil uživatele stavu, kteří absolventi několikrát vyplňovali v terapeutické komunitě i programu následné péče, dobře ho znají, umí s nimi pracovat. Dále pak byly rozšířeny o prvních pět bodů, které mají za cíl rozšíření původního dotazníku. Ten je koncipován především na prostředí terapeutické komunity a programu následné péče a tomu odpovídá i metodika dotazování.

### 4.3 Metody a metodika

„Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných“. (Hendl 2008)

Vzhledem k velkému množství dat a kvantitativní povaze výzkumu byl jako metoda k získávání dat stanoven dotazník.

Gavora in Chráska (2016) definuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“.

„Kladené otázky se mohou vztahovat buď jevům vnějším (např. názory učitelů na zaváděná organizační opatření), nebo k jevům vnitřním (např. postoje, motivy, citové stavy apod.). Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ (Chráska 2016)

Byl tedy vytvořen dotazník pojmenovaný **Dotazník pro absolventy TK Krok Kyjov 2007-2017, který obsahuje otázky zaměřené na obecné informace a pobyt v terapeutické komunitě a programu následné péče:**

Kdy jste TK absolvoval?

Délka pobytu v měsících.

Kolik je Vám let?

Absolvoval jste také program následné péče?

#### **Otázky na abstinenci:**

Abstinujete úplně?

Abstinujete od alkoholu? Pokud ne, jak často a kolik alkoholu užíváte?

Jestliže neabstinujete, jaké drogy užíváte, jak často?

Měl jste relaps, pokud ano, jak dlouho po ukončení TK?

Jestliže jste měl recidivu, jak dlouho po ukončení TK? Jak dlouho trvala? O jaké látky šlo?

#### **Otázky na resocializaci:**

Zvýšil jste si kvalifikaci po ukončení TK?

Jste zaměstnaný?

Jaký máte typ bydlení?

Byl jste souzen před TK za úmyslný trestný čin?

Byl jste po TK souzen za úmyslný trestný čin?

Našel jste si po TK nové koníčky a zájmy?

Splácíte pravidelně své dluhy z období před léčbou v TK?

**Otázky na subjektivní pocit spokojenosti v životě:**

Tyto otázky hodnotí respondent 1-5, 1- nejlepší, 5- nejhorší.

Považujete rodinu za funkční?

(Respondent hodnotí, pouze pokud rodinu má)

Otázka směřovaná na založenou rodinu, a to buď po TK, nebo před TK.

Jak hodnotíte Vaši finanční situaci?

Jak hodnotíte vztahy s příbuznými?

Otázka zaměřená na širší rodinu např. rodiče, prarodiče apod.

Jak hodnotíte svou duševní pohodu?

Jak jste spokojený s trávením volného času?

Dále pak byl použit dotazník Profil klientova stavu, který respondent znal a oblasti problémů bodoval již jak v terapeutické komunitě, tak v programu následné péče a v roce 2018 při výzkumu stejným způsobem. Přidáváme metodiku z TK Krok, tedy způsob, jak je s otázkami při vyplňování dotazníku zacházeno.

Tyto oblasti problémů hodnotí respondent 1-5, 1- nejlepší, 5- nejhorší.

**1. Nálada, spokojenost**

Jedná se o náladu a celkovou spokojenost nikoli momentální, ale v časovém rozsahu týdnů.

**2. Jiné příznaky**

Individuální pro každého klienta např. úzkosti, agrese, napětí, pocity přetlaku a podobně. Klient si stanovuje, co je pro něj aktuální a poté boduje, jak je spokojený se zvládnutím tohoto příznaku.

**3. Nespokojenost se sebou**

Obecná spokojenost se svým fungováním (1 – úplná spokojenost, 5 – úplná nespokojenost)

**4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci**

S úplnou abstinencí souvisí jistá omezení. Jednak je to vyhýbáním se místům, kde se konzumují drogy, nebo alkohol (večírky, podnikové oslavy, restaurace), a jednak výběr okruhu přátel. Respondent hodnotí, do jaké míry má zvnitřněná tato omezení. Ponecháváme ve

výzkumu pro možnost srovnání, klienti, kteří v současné době pijí alkohol, nebo užívají drogy však nehodnotí, jelikož neabstínují, tedy není indikátorem.

#### 5. Vzhled, vyjadřování, chování

Respondent hodnotí, jak je spokojen s vlastním projevem a působením na ostatní lidi ve svém okolí.

#### 6. Práce, studium, finance

Respondent hodnotí svou spokojenost se sebou v daných oblastech.

#### 7. Intimní partnerství

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu se svým partnerem.

#### 8. Děti

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu ke svým dětem, pokud nějaké má.

#### 9. Otec – mužská autorita

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu k mužské autoritě a způsobu zacházení s ní.

#### 10. Matka – ženská autorita

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu k ženské autoritě a způsobu zacházení s ní.

#### 11. Sourozenci – souřadné osoby

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu k souřadným osobám a způsobu zacházení s ní.

#### 12. Přátelé, lidé obecně

Respondent hodnotí spokojenost ve vztahu k širšímu okruhu lidí.

#### 13. Režim dne

Respondent hodnotí, do jaké míry je schopen fungovat v režimu dne, zda mu vyhovuje a pomáhá, či mu dělá problém.

#### 14. Volný čas

Respondent hodnotí, do jaké míry se mu daří si volný čas smysluplně naplnit a do jaké se mu daří dodržet svoje plány.

#### 15. Filozofie života

Respondent hodnotí, do jaké míry je jeho život v souladu s jeho životní filozofií.

Dotazníky vyplňoval respondent vždy s jedním stejným pracovníkem TK Krok a zároveň PNP Krok, tedy s člověkem, který ho provázel celou léčbou, kterého dobře znal a měl s ním navázaný vztah. Bez této skutečnosti by nebylo možné výzkum v tomto rozsahu vůbec uskutečnit.

Se zjištěnými hodnotami je pracováno tak, že na základě naměřených hodnot jsou rozděleny do dvou skupin (úplná abstinence a neabstinence), je spočítán aritmetický průměr tyto dvě skupiny jsou vzájemně komparovány. V případě rozdělení respondentů do výše zmíněných skupin jsou rozhodující výsledky závislé proměnné abstinence, která nabývá dvou hodnot, na základě kterých, se respondenti rozdělí do skupin úplně abstinující a neabstinující.

Ve všech výsledných tabulkách jsou ponechána rozdělení na tři skupiny (úplně abstinující, abstinující s od drog, ale konzumující alkohol a neabstinující od drog), kvůli další eventuální práci s těmito daty, ale porovnána jsou pouze dvě, jelikož z hlediska posouzení abstinence není konzument alkoholu abstinent.

Dotazník obsahuje také kontaktní a kontrolní otázky, na které známe předem odpověď. Jsou to otázky na věk, délku pobytu, rok absolutoria v TK, dokončený PNP, odsouzení před TK, tyto jsou zároveň ponechány jako zdroj dat a představují nám výzkumný soubor.

#### 4.4 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor byli zvoleni všichni absolventi (tedy všichni klienti, kteří ukončili „rituální rozlučkou“ čili splnili všechny požadavky komunity a léčbu ukončili řádně) Terapeutické komunity Krok Kyjov za jedenáct po sobě jdoucích let, a to 2007–2017. Jedná se tedy o vyčerpávající (exhaustivní) výběr absolventů z těchto let.

Jedná se o 80 respondentů. U všech známe věk a délku pobytu v komunitě a tu také uvádíme. Šest jich dotazník nevyplnilo. Dva (žena a muž) z důvodu života na jiném místě České republiky a v zahraničí a jejich nezájmem se ke své léčbě jakkoli vracet. Tito se do výzkumu kromě věku a délky pobytu nijak nepromítli. Další dva muži jsou ve výkonu trestu za nedovolenou výrobu a distribuci omamných látek. Bylo zjištěno, že se vrátili

k původnímu způsobu života. Ve výzkumu byli tedy zařazeni jako neabstinující, trestaní za úmyslný trestní čin po TK a s probíhající recidivou. S dalšími dvěma muži nebyl vyplněn dotazník rovněž z důvodu návratu k původnímu způsobu života. Bylo zjištěno, že užívají návykové látky a do výzkumu byli zařazeni jako neabstinující s probíhající recidivou.

Přestože se nám nepodařilo vyplnit s těmito klienty dotazník, nemůžeme je z výzkumu vyřadit, protože by jejich vyřazení značně zkreslilo statistiku abstinence, neabstinujících by bylo o 50 % méně, přestože jsou to známé postavy v subkultuře drogově závislých.

Způsoby zjištění neabstinence u absolventů, kteří nevyplnili dotazník: Osobní rozhovor, rozhovor s rodinnými příslušníky, svědectví, telefonický rozhovor. Při určení byly použity vždy minimálně tři způsoby zároveň. Neabstinenci těchto klientů tedy považujeme za jednoznačně prokázanou.

Celkem vyplnilo dotazník 74 respondentů z 80.

#### 4.5 Analýza a interpretace zjištěných údajů

Zde data, která mají informativní charakter o skupině respondentů. Zároveň otázky sloužily jako otázky kontaktní a kontrolní, jelikož odpovědi na ně byly známy. Je přepočítán poměr v procentech mužů a žen, spočítány průměrné délky pobytu v terapeutické komunitě a průměrný věk v jednotlivých letech.

Tabulka č. 1 Absolventi TK Krok 2007-2017

Absolventi TK Krok 2007-2017				
	Muži	Poměr v %	Ženy	Poměr v %
	52	65 %	28	35 %
<b>Celkem mužů i žen</b>				<b>80</b>
Průměrné délky pobytu v měsících				
	Průměr muži i ženy	Průměr muži	Průměr ženy	
2007	13,10	12,60	14,20	
2008	14,10	14,17	14,00	

2009	14,00	12,50	15,50
2010	15,17	15,40	14,00
2011	14,13	15,33	13,40
2012	15,33	15,50	15,00
2013	16,40	15,50	20,00
2014	14,89	15,13	13,00
2015	14,30	14,60	13,00
2016	17,63	18,17	16,00
2017	15,83	16,25	15,00
<b>Četnosti délky pobytu</b>		<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
		14 měsíců – 11	15 měsíců – 11
		15 měsíců – 9	14 měsíců – 5
		17 měsíců – 8	13 měsíců – 4
		16 měsíců – 6	11 měsíců – 2
		12 měsíců – 5	16 měsíců – 2
		18 měsíců – 5	17 měsíců – 2
		13 měsíců – 3	12 měsíců – 1
		11 měsíců – 2	20 měsíců – 1
		8 měsíců – 1	
		19 měsíců – 1	
		22 měsíců – 1	
<b>Věk při nástupu</b>			
	<b>Průměr muži i ženy</b>	<b>Průměr muži</b>	<b>Průměr ženy</b>
2007	20,50	21,20	19,80
2008	21,64	23,17	19,80



2009	21,50	23,25	19,75
2010	22,83	21,60	29,00
2011	21,50	24,00	20,00
2012	19,66	21,00	17,00
2013	19,80	20,50	17,00
2014	26,11	26,25	25,00
2015	25,30	26,40	20,00
2016	19,75	20,83	16,50
2017	28,33	26,75	31,50
<b>Četnost věku při nástupu</b>		<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
		23 let – 6	17 let – 5
		21 let – 5	20 let – 5
		25 let – 5	21 let – 5
		26 let – 5	19 let – 3
		16 let – 4	18 let – 2
		20 let – 4	15 let – 1
		29 let – 4	16 let – 1
		18 let – 3	22 let – 1
		19 let – 3	24 let – 1
		17 let – 2	25 let – 1
		22 let – 2	28 let – 1
		24 let – 2	29 let – 1
		30 let – 2	39 let – 1
		27 let – 1	
		32 let – 1	

	33 let – 1	
	34 let – 1	
	35 let – 1	

Zde uvádíme výsledky výzkumu, které jsme získali pomocí dotazníkového šetření, zároveň respondenty rozdělujeme do tří skupin podle míry abstinence a přepočítáváme na procenta poměr v jejich zastoupení v celku. Je tím dosaženo dílčího cíle stanovení abstinence u absolventů TK Krok v letech 2007–2017.

Tabulka č. 2. Abstinence

<b>Abstinence – Počítáno z 51 mužů a 27 žen – jeden muž a jedna žena nezjištěno</b>				
	Muži	Muži v % (z 51)	Ženy	Ženy v % (z 27)
Abstinence úplná (abst)	32	62,75	12	44,44
S alkoholem, bez drog (alk)	11	21,57	15	55,56
Nezjištěno	1		1	
Neabstinuje, užívá drogy (neabst)	8	15,69	0	0
Z toho užívá marihuanu (mar)	2		0	
Z toho užívá pervitin (per)	5		0	
Z toho užívá pervitin + marihuanu	1		0	
<b>Celkem úplně abstinuje mužů i žen</b>				<b>44</b>
<b>Celkem abstinuje s alkoholem mužů i žen</b>				<b>26</b>
<b>Celkem abstinuje a alkohol pije mužů i žen</b>				<b>70</b>

<b>Celkem neabstinuje – užívá drogy mužů i žen</b>	<b>8</b>
<b>Celkem úplně abstinuje mužů i žen v % (ze 78)</b>	<b>56,41</b>
<b>Celkem abstinuje s alkoholem mužů i žen v % (ze 78)</b>	<b>33,33</b>
<b>Celkem abstinuje a alkohol pije mužů i žen v % (ze 78)</b>	<b>89,74</b>
<b>Celkem neabstinuje – užívá drogy v % (ze 78)</b>	<b>10,26</b>

Zde uvádíme výsledky výzkumu, kterých jsme dosáhli pomocí dotazníkového šetření, dále pak rozdělujeme respondenty do dvou skupin absolventů, kteří absolvovali pouze TK Krok a kteří absolvovali TK Krok i PNP Krok podle abstinence.

**VO1:** Jaký je rozdíl v poměru úplných abstinentů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

Tabulka č. 3 Abstinence ve vztahu k PNP

<b>Abstinence ve vztahu k PNP</b>											
Absolvováno PNP						Neabsolvováno PNP					
Muži			Ženy			Muži			Ženy		
Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst
26	7	2	10	12	0	6	4	6	2	3	0
Procent z mužů			Procent z žen			Procent z mužů			Procent z žen		
50,98	13,73	3,92	37,04	44,44	0,00	11,77	7,84	11,77	7,41	11,11	0,00
Procent z žen i mužů											
Absolvováno PNP						Neabsolvováno PNP					
Počítáno z celkového počtu 78.											
Abst %		Alk %		Neabst %		Abst %		Alk %		Neabst %	
46,15		24,36		2,56		10,26		8,97		7,69	

Celkem PNP absolvovalo mužů i žen	<b>59</b>
Celkem PNP neabsolvovalo mužů i žen	<b>19</b>

Mezi absolventy TK+PNP je celkem úplných abstinentů 36. To je 61,02 %.

Mezi absolventy TK je celkem úplných abstinentů 8. To je 42,11 %.

**VO2:** Jaký je rozdíl v poměru počtu relapsů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

Tabulka č. 4 Relaps

<b>Relaps</b>									
	Absolvováno PNP (34mužů, 24 žen celkem)				Neabsolvováno PNP (12 mužů, 3 ženy celkem)				
	Muži	Od TK měsíců	Ženy	Od TK měsíců	Muži	Od TK měsíců	Ženy	Od TK měsíců	
Alkohol	4	60, 36, 24, 30			1	6			
Marihuana	2	36, 36	1	48			2	48, 36	
Hašiš	1	30							
Pervitin			1	108	1	48			
Automaty	1	72							
Extáze			1	60					
Relapsů celkem	8		3		2		2		
Relapsů procent	Z mužů		Z žen		Z mužů		Z žen		

	23,53	12,50	16,67	66,67
Relapsů žen i mužů procent	18,97		26,67	
Celkem relapsů muži i ženy				15

Absolventi TK+PNP měli celkem 11 relapsů. To je 18,97 %.

Absolventi TK měli celkem 4 relapsy. To je 26,67 %.

**VO3:** Jaký je rozdíl v poměru počtu recidiv u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

Tabulka č. 5 Recidiva

Recidiva									
	Absolvováno PNP (35mužů, 24 žen)				Neabsolvováno PNP (16 mužů, 3 ženy)				
X-neznáme	Muži	Od TK měsíců	Ženy	Od TK měsíců	Muži	Od TK měsíců	Ženy	Od TK měsíců	
Alkohol	10	36, 48, 24, 36, 18, 60, 60, 9, 36, 42,	11	24, 24, 48, 96, 108, 36, 12, 12, 12, 36, 48	6	48, 48, 7, 24, 8, 10	3	12, 1, 11	
Marihuana	1	9			3	6, 36, 8,			
Hašiš									
Pervitin	2	X, 36	1	6,	6	24, 6, X, X, X, 1			
Automaty									
Recidiv celkem	13		13		15		3		

Recidiv procent	Z mužů	Z žen	Z mužů	Z žen
	37,14	54,17	93,75	100
Recidiv mužů i žen procent	44,01		94,74	
Celkem recidiv muži i ženy				<b>44</b>

Absolventi TK+PNP měli celkem 26 recidiv. To je 44,01 %.

Absolventi TK měli celkem 18 recidiv. To je 94,74 %.

**VO4:** Jaký je rozdíl v poměru resocializace u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

Tabulka č. 6 Souzeno za úmyslný trestný čin

Souzeno za úmyslný Trestný čin	Mužů			Žen		
	Z mužů v procentech (z 49)			Z žen v procentech (z 27)		
Před TK	20	40,82		5	18,52	
Po TK	4	8,16		2	7,41	
Z toho	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst
	1	1	2	0	2	0
Z jednotlivých skupin v procentech	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (6)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
	3,13	9,09	33,33	0	13,33	0
Nesouzeno	25			20		

Celkem mužů i žen souzeno před TK	25
Celkem mužů i žen souzeno po TK	6
Celkem mužů i žen nesouzeno	45
Celkem mužů i žen souzeno před TK v procentech (z 76)	32,89
Celkem mužů i žen souzeno po TK v procentech (z 76)	7,89
Celkem mužů i žen nesouzeno v procentech (z 76)	59,22

Úplní abstinenti byli po TK souzeni celkem v 1. případě. To je 2,27 %.

Neabstinující byli po TK souzeni celkem v 5. případech. To je 15,63 %.

Tabulka č. 7 Zvýšená kvalifikace po TK

Zvýšená kvalifikace po TK												
	Muži (ze 47)						Ženy (z 27)					
	Abs (32)		Alk (11)		Neabst (4)		Abst (12)		Alk (15)		Neabst (0)	
V procentech se skupiny		%		%		%		%		%		%
Kurzy	11	34,38	5	45,45	2	50,00	4	33,33	2	13,33	0	0
ZŠ	1	3,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SŠ	8	25,00	1	9,09	0	0	6	50,00	5	33,33	0	0
Vyšší odborné	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,67	0	0
VŠ	1	3,13	0	0	0	0	2	16,67	2	13,33	0	0
Psycho terapeutický výcvik /5let	1	3,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muži i ženy	Abstinenti		%		Alkohol		%		Neabstinují		%	

celkem	(z 44)		(z 26)		(z 4)	
Kurzy	15	34,09	7	26,92	2	50,00
ZŠ	1	2,27	0	0	0	0
SŠ	14	31,82	6	23,08	0	0
Vyšší odborné	0	0	1	3,85	0	0
VŠ	3	6,82	2	7,69	0	0
Psychoterapeutický výcvik / 5 let	1	2,27	0	0	0	0

Úplní abstinenti si zvýšili kvalifikaci v 34. případech. To je 77, 27 %.

Neabstinující si zvýšili kvalifikaci v 18. případech. To je 60,00 %.

Tabulka č. 8 Zaměstnání po TK

Zaměstnání po TK	Muži (z 47)			Ženy (z 27)		
	Abst(32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Pracovní smlouva	25	9	1	9	8	0
OSVČ	4	2	0		3	0
Pracovní smlouva + OSVČ	3	0	1	0	2	0
Mateřská dovolená	0	0	0	3	2	0
Bez zaměstnání	0	0	2	0	0	0
Zaměstnáno, nebo na mateřské dovolené mužů i žen abstinujících					<b>100 %</b>	<b>44</b>
Zaměstnáno, nebo na mateřské dovolené mužů i žen pijících alkohol					<b>100 %</b>	<b>26</b>
Zaměstnáno, nebo na mateřské dovolené mužů i žen neabstinujících					<b>50 %</b>	<b>2</b>
Bez zaměstnání mužů i žen abstinujících					<b>0 %</b>	<b>0</b>



Bez zaměstnání mužů i žen pijících alkohol	<b>0 %</b>	<b>0</b>
Bez zaměstnání mužů i žen neabstinujících	<b>50 %</b>	<b>2</b>

Úplní abstinenti jsou zaměstnaní, nebo na mateřské dovolené v 44. případech. To je 100 %.

Neabstinující jsou zaměstnaní, nebo na mateřské dovolení v 28. případech. To je 93,33 %.

Tabulka č. 9 Dluhy z období před TK

Dluhy z období před TK	Muži (z 47)			Ženy (z 27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Splaceno	11	8	1	8	5	0
Splácí	11	1	0	3	2	0
Nesplácí	0	0	2	0	0	0
Neměl/a	10	2	1	1	8	0
Celkem splácí, má splaceno, nebo nemělo dluhy mužů i žen abstinujících					<b>100 %</b>	<b>44</b>
Celkem splácí, má splaceno, nebo nemělo dluhy mužů i žen pijících alkohol					<b>100 %</b>	<b>26</b>
Celkem splácí, má splaceno, nebo dluhy nemělo mužů i žen neabstinujících					<b>50 %</b>	<b>2</b>
Nesplácí dluhy muži i ženy abstinující					<b>0 %</b>	<b>0</b>
Nesplácí dluhy muži i ženy užívající alkohol					<b>0 %</b>	<b>0</b>
Nesplácí dluhy muži i ženy neabstinující					<b>50 %</b>	<b>2</b>

Úplní abstinenti splácí, mají splaceno, nebo neměli dluhy v 44. případech. To je 100 %.

Neabstinující splácí, mají splaceno, nebo neměli dluhy v 28. případech to je 93,33 %.

Tabulka č. 10 Bydlení po TK

Bydlení po TK	Muži (z 47)			Ženy (z 27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Nájemní byt	18	4	1	6	9	0
Nájemní dům	5	0	1	0	1	0
Vlastní byt	6	5	1	4	4	0
Vlastní dům	2	2	0	2	1	0
U rodičů	1	0	1	0	0	0
Celkem bydlí ve vlastní, nebo nájemní nemovitosti mužů i žen abstinentů					<b>97,73 %</b>	<b>43</b>
Celkem bydlí u příbuzných mužů i žen abstinentů					<b>2,28 %</b>	<b>1</b>
Celkem bydlí ve vlastní, nebo nájemní nemovitosti mužů i žen pijících alkohol					<b>100 %</b>	<b>26</b>
Celkem bydlí u příbuzných mužů a žen pijících alkohol					<b>0 %</b>	<b>0</b>
Celkem bydlí ve vlastní, nebo nájemní nemovitosti mužů i žen neabstinujících					<b>75 %</b>	<b>3</b>
Celkem bydlí u příbuzných neabstinujících					<b>25 %</b>	<b>1</b>

Úplní abstinenti bydlí nezávisle na svých rodičích v 43. případech. To je 97,73 %.

Neabstinující bydlí nezávisle na svých rodičích v 29. případech. To je 96,67 %.

Tabulka č. 11 Koničky a zájmy

Nalezení nových koníčků a zájmů po TK	Muži (47)			Ženy (27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
ANO	30	9	2	11	12	0
NE	2	2	2	1	3	0
ANO v procentech	93,75	81,81	50,00	91,67	80,00	0,00
NE v procentech	3,25	18,19	50,00	8,33	20,00	0,00
	Abst		Alk		Neabst	
ANO muži i ženy v procentech	93,18		80,77		50,00	
NE muži i ženy v procentech	6,82		19,23		50,00	

Úplní abstinenti si po TK našli nové koníčky a zájmy v 41. případech. To je 93,18 %.

Neabstinující si po TK našli nové koníčky a zájmy v 23. případech. To je 76,67 %.

**VO5:** Jaký je rozdíl v poměru v subjektivně vnímané životní spokojenosti u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije nebo užívá drogy?

Tabulka č. 12 Rodina

Rodina	Muži (z 47)			Ženy (z 27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Založená rodina po TK	9	3	1	7	9	0
Četnost subjektivního hodnocení funkčnosti (1-5)	1 – 9x	1 - 1x 2 – 1x 3 – 1x	2 - 1x	1 – 4x 2 – 3x	1 – 7x 2 – 2x	
Průměr subjektivního hodnocení	1,00	2,00	2,00	1,43	1,22	0,00
Průměr ženy i muži dohromady	Abst		Alk		Neabst	
	1,12		1,90		2	
	Muži			Ženy		
	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst
Rodinu založilo procent	28,13	27,27	25,00	58,33	60,00	0,00
Rodinu založilo procent mužů i žen	Abst		Alk		Neabst	
	36,36		46,15		25,00	
	Muži			Ženy		
	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst
Existující rodina Před TK	7	1	0	4	0	0
Četnost subjektivního hodnocení funkčnosti (1-5)	1 – 3x 2 – 2x	3 – 1x		1 – 3x 3 – 1x		

	3 – 1x					
	5 – 1x					
Průměr subjektivního hodnocení	2,14	3,00	0,00	1,50	0,00	0,00
Průměr subjektivního hodnocení muži i ženy dohromady	Abst		Alk		Neabst	
	1,91		3,00		0,00	
	Muži			Ženy		
Nezaložená rodina	Abst	Alk	Neabst	Abst	Alk	Neabst
	16	7	3	1	6	

Abstinenti hodnotí subjektivně vnímanou funkčnost své rodiny průměrně 1,48.

Neabstinující hodnotí subjektivně vnímanou funkčnost své rodiny průměrně 1,57.

Tabulka číslo 13. Finanční situace

Finanční situace	Muži (z 47)			Ženy (z 27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Četnost subjektivního hodnocení spokojenosti (1-5)	1 – 9x	2 – 4x	2 – 1x	1 – 2x	1 – 2x	0
	2 – 12x	3 – 7x	3 – 3x	2 – 2x	2 – 3x	
	3 – 10x			3 – 7x	3 – 9x	
	4 – 1x			4 – 1x	5 – 1x	
Průměr	2,09	2,64	2,75	2,58	2,69	0,00
Průměr ženy i muži dohromady	Abst		Alk		Neabst	
	2,23		2,65		2,75	

Úplní abstinenti hodnotí svou finanční situaci průměrně 2,23.

Neabstinující hodnotí svou finanční situaci průměrně 2,67.

Tabulka č 14. Vztahy s příbuznými

Vztahy s příbuznými	Muži (z 47)			Ženy (27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Četnost subjektivního hodnocení spokojenosti (1-5)	1 – 18x	1 – 2x	3 – 2x	1 – 9x	1 – 5x	0
	2 – 9x	2 – 5x	4 – 2x	2 – 3x	2 – 7x	
	3 – 4x	3 – 3x			3 – 3x	
	4 – 1x	4 – 1x				
Průměr	1,63	2,27	3,50	1,25	1,87	0,00

Průměr ženy i muži dohromady	Abst	Alk	Neabst
	1,52	2,04	3,50

Úplní abstinenti hodnotí vztahy se svými příbuznými průměrně 1,52.

Neabstinující hodnotí vztahy se svými příbuznými průměrně 2,23.

Tabulka č. 15 Duševní pohoda

Duševní pohoda	Muži (47)			Ženy (27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Četnost subjektivního hodnocení spokojenosti (1-5)	1 – 11x	1 – 2x	2 – 1x	1 – 6x	1 – 3x	0
	2 – 15x	2 – 5x	3 – 3x	2 – 6x	2 – 7x	
	3 – 5x	3 – 3x			3 – 5x	
	4 – 1x	4 – 1x				
Průměr	1,88	2,27	2,75	1,50	2,13	0,00
Průměr ženy i muži dohromady	Abst		Alk		Neabst	
	1,77		2,19		2,75	

Úplní abstinenti hodnotí svou duševní pohodu průměrně 1,77.

Neabstinující hodnotí svou duševní pohodu průměrně 2,67.

Tabulka č. 16 Spokojenost s trávením volného času

Spokojenost s trávením volného času	Muži (47)			Ženy (27)		
	Abst (32)	Alk (11)	Neabst (4)	Abst (12)	Alk (15)	Neabst (0)
Četnost subjektivního hodnocení spokojenosti (1-5)	1 – 13x	1 – 3x	3 – 3x	1 – 7x	1 – 1x	0
	2 – 14x	2 – 6x	4 – 1x	2 – 4x	2 – 7x	
	3 – 4x	3 – 1x		3 – 1x	3 – 6x	
	4 – 1x	4 – 1x			5 – 1x	
Průměr	1,78	2,00	3,25	1,50	2,53	0,00
Průměr ženy i muži dohromady	Abst		Alk		Neabst	
	1,70		2,31		3,25	

Úplní abstinenti hodnotí svou spokojenost s trávením volného času průměrně 1,70.

Neabstinující hodnotí svou spokojenost s trávením volného času průměrně 2,43.



Tabulka č. 17 Profil uživatelského stavu – abstinenti

Abstinenti – průměry hodnocení									
Terapeutická komunita					Profil uživatelského stavu	Program následné péče			
Datum						Datum			
									2018
0 F.	1 F.	2 F.	3 F.	4 F.	Oblasti problémů, bodování problémů				
3,01	2,72	2,16	1,87	1,63	1. Nálada, spokojenost	1,58	1,50		1,49
2,84	2,69	2,18	1,91	1,79	2. Jiné příznaky	1,75	1,70		1,52
2,56	2,21	2,02	1,87	1,61	3. Nespokojenost se sebou	1,57	1,48		1,37
2,69	1,84	1,73	1,40	1,32	4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci	1,29	1,25		1,11
2,01	1,89	1,86	1,74	1,68	5. Vzhled, vyjadřování, chování	1,64	1,51		1,21
2,84	2,77	2,60	2,11	1,92	6. Práce, studium, finance	1,86	1,73		1,55
2,69	2,53	2,33	2,27	2,14	7. Intimní partnerství	1,95	1,88		1,60
2,84	2,69	2,55	2,40	2,11	8. Děti	2,05	1,99		1,41
3,16	3,02	2,89	2,66	2,51	9. Otec (mužská autorita)	2,44	2,40		1,89
2,94	2,77	2,68	2,49	2,20	10. Matka (ženská autorita)	2,19	2,17		1,97
2,76	2,56	2,44	2,31	2,19	11. Sourozenci (souřadné os.)	2,01	1,89		1,74
2,51	2,44	2,40	2,31	2,11	12. Přátelé, lidé obecně	2,00	1,84		1,52
3,27	3,19	2,88	2,56	2,30	13. Režim dne	2,13	2,01		1,43
3,11	2,99	2,06	1,91	1,84	14. Volný čas	1,80	1,69		1,57
2,43	2,40	2,29	2,11	2,09	15. Filozofie života	2,06	1,88		1,52

Tabulka č. 18 Profil uživatelského stavu – abstinující s alkoholem

Neabstinující s alkoholem – průměry hodnocení									
Terapeutická komunita					Profil uživatelského stavu		Program následné péče		
Datum							Datum		
									2018
0 F.	1 F.	2 F.	3 F.	4 F.	Oblasti problémů, bodování problémů				
3,09	2,81	2,20	1,89	1,65	1. Nálada, spokojenost		1,56	1,51	<b>1,56</b>
2,79	2,68	2,12	1,95	1,74	2. Jiné příznaky		1,70	1,62	<b>1,69</b>
2,59	2,40	2,31	2,27	2,22	3. Nespokojenost se sebou		2,17	1,88	<b>1,44</b>
2,70	1,99	1,75	1,42	1,31	4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci		1,25	1,20	<b>X</b>
2,05	1,74	1,72	1,65	1,60	5. Vzhled, vyjadřování, chování		1,59	1,50	<b>1,41</b>
2,86	2,71	2,63	2,19	1,90	6. Práce, studium, finance		1,81	1,75	<b>1,72</b>
2,68	2,55	2,35	2,24	2,14	7. Intimní partnerství		1,91	1,87	<b>1,96</b>
2,82	2,67	2,59	2,44	2,11	8. Děti		2,09	1,98	<b>1,56</b>
3,18	3,11	2,86	2,60	2,48	9. Otec (mužská autorita)		2,41	2,38	<b>1,99</b>
2,91	2,79	2,65	2,41	2,24	10. Matka (ženská autorita)		2,17	2,16	<b>2,41</b>
2,78	2,59	2,46	2,38	2,11	11. Sourozenci(souřadné os.)		2,09	1,99	<b>2,21</b>
2,53	2,45	2,39	2,32	2,17	12. Přátelé, lidé obecně		2,11	1,89	<b>1,86</b>
3,33	3,25	2,81	2,49	2,32	13. Režim dne		2,20	1,89	<b>1,99</b>
3,21	2,89	2,35	1,89	1,81	14. Volný čas		1,79	1,71	<b>1,97</b>
2,39	2,32	2,22	2,19	2,01	15. Filozofie života		1,99	1,89	<b>1,96</b>

Tabulka č. 19 Profil uživatele stavu – neabstinující

Neabstinující od drog – průměry hodnocení									
Terapeutická komunita					Profil uživatele stavu			Program následné péče	
Datum								Datum	
									2018
<b>0 F.</b>	<b>1 F.</b>	<b>2 F.</b>	<b>3 F.</b>	<b>4 F.</b>	Oblasti problémů, bodování problémů				
3,00	2,75	2,25	1,75	1,50	1. Nálada, spokojenost		1,50	1,25	<b>2,50</b>
2,75	2,50	2,50	2,00	1,75	2. Jiné příznaky		1,75	1,50	<b>2,25</b>
2,75	2,50	2,50	2,25	2,00	3. Nespokojenost se sebou		2,00	1,75	<b>2,75</b>
2,75	2,50	2,25	2,00	1,50	4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci		1,25	1,25	<b>X</b>
2,75	2,50	2,25	2,00	1,75	5. Vzhled, vyjadřování, chování		1,50	1,50	<b>2,25</b>
2,75	2,75	2,50	2,00	1,75	6. Práce, studium, finance		1,75	1,50	<b>2,75</b>
2,75	2,75	2,50	2,25	2,00	7. Intimní partnerství		2,00	1,50	<b>3,00</b>
X	x	x	x	x	8. Děti		x	x	<b>3,00</b>
3,00	3,00	2,75	2,75	2,50	9. Otec (mužská autorita)		2,50	2,25	<b>2,50</b>
3,00	2,75	2,50	2,50	2,25	10. Matka (ženská autorita)		2,00	2,00	<b>2,25</b>
2,75	2,50	2,50	2,25	2,25	11. Sourozenci (souřadné os.)		2,00	2,00	<b>2,50</b>
2,50	2,50	2,25	2,25	2,00	12. Přátelé, lidé obecně		2,00	1,75	<b>2,00</b>
3,50	3,25	2,75	2,50	2,25	13. Režim dne		2,25	1,75	<b>2,50</b>
3,00	2,75	2,50	2,00	1,75	14. Volný čas		1,75	1,75	<b>2,50</b>
2,50	2,50	2,25	2,25	2,00	15. Filozofie života		2,00	1,75	<b>2,50</b>

Tabulka č. 20. Profil – srovnání abstinujících a neabstinujících 2018

Profil – srovnání abstinujících a neabstinujících za rok 2018		
Abstinující 2018	Profil uživatele stavu	Neabstinující 2018
Průměrná hodnocení		Průměrná hodnocení
	Oblasti problémů, bodování problémů	
1,49	1. Nálada, spokojenost	1,91
1,52	2. Jiné příznaky	1,85
1,37	3. Nespokojenost se sebou	1,94
1,11	4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci	X
1,21	5. Vzhled, vyjadřování, chování	1,87
1,55	6. Práce, studium, finance	2,11
1,60	7. Intimní partnerství	2,27
1,41	8. Děti	2,16
1,89	9. Otec (mužská autorita)	2,30
1,97	10. Matka (ženská autorita)	2,37
1,74	11. Sourozenci (souřadné osoby)	2,35
1,52	12. Přátelé, lidé obecně	1,90
1,43	13. Režim dne	2,25
1,57	14. Volný čas	2,24
1,52	15. Filozofie života	2,24

Úplní abstinenti vykazují ve všech bodech vyšší hodnocení než neabstinující. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci nelze srovnat, neabstinující tento bod nehodnotí.

## 4.6 Diskuze

Na základě první výzkumné otázky

**VO1:** Jaký je rozdíl v poměru úplných abstinentů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

a zkušeností z prostředí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok byla stanovena první hypotéza.

**H1:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok vyšší procento úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, kteří z absolventů TK Krok za dané období jsou v současné době úplnými abstinenty a kteří užívají drogy, nebo pijí alkohol. Následně byli rozděleni podle absolutoria TK Krok a TK Krok + Program následné péče krok a podle abstinence. Zjištěné informace byly sumarizovány v tabulce č. 3 Abstinence ve vztahu k PNP, přičemž dva absolventi, u kterých se abstinence nepodařila zjistit nebyli započítáni a z výzkumu byli vyřazeni. Z ní byli sečtení úplní abstinenti a následně procentuálně vyjádřen poměr ve skupině, která absolvovala TK Krok i PNP Krok a skupině, která absolvovala pouze TK Krok. Z výpočtu vyplývá ( $100/59 \cdot 36 = 61,02$ ), že absolventi TK Krok, kteří absolvovali i PNP Krok plně abstinují v **61,02 %**. Absolventi, kteří absolvovali pouze TK Krok plně abstinují v **42,11 %** ( $100/19 \cdot 8 = 42,11$ )

Mezi absolventy TK Krok (2007-2017), kteří absolvovali TK Krok i PNP Krok je tedy vyšší procento úplných abstinentů než mezi absolventy, TK Krok, kteří po komunitě PNP Krok neabsolvovali.

**H1o:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok vyšší procento úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

### Verifikováno

**H1A:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok nižší procento úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

**Falzifikováno**

Na základě druhé výzkumné otázky

**VO2:** Jaký je rozdíl v poměru počtu relapsů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

a zkušeností z prostředí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok

byla stanovena druhá hypotéza.

**H2:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento relapsů než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, kteří z absolventů TK Krok za dané období měli relaps. Následně byli rozděleni podle absolutoria TK Krok a TK Krok + Program následné péče Krok a podle abstinence. Zjištěné informace byly sumarizovány v tabulce č. 4 Relaps. Z ní byli sečtení absolventi s relapsem a následně procentuálně vyjádřen poměr ve skupině, která absolvovala TK Krok i PNP Krok a skupině, která absolvovala pouze TK Krok. Z výpočtu vyplývá ( $100/58*11 = 18,97$ ) že absolventi TK Krok, kteří absolvovali i PNP Krok měli relaps v **18,97 %**. Absolventi, kteří absolvovali pouze TK Krok plně abstinují v **26,67 %** ( $100/15*4 = 26,67$ ).

Mezi absolventy TK Krok (2007-2017), kteří absolvovali TK Krok i PNP Krok je tedy nižší procento relapsů než mezi absolventy, TK Krok, kteří po komunitě PNP Krok neabsolvovali.

**H2<sub>0</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento relapsů než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.

**Verifikováno**

**H2<sub>A</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů vyšší procento relapsů než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.

**Falzifikováno**

Na základě druhé výzkumné otázky

**VO3:** Jaký je rozdíl v poměru počtu relapsů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou, která absolvovala TK i PNP a skupinou, která absolvovala pouze TK?

a zkušeností z prostředí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok byla stanovena třetí hypotéza.

**H3: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento recidiv než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.**

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, kteří z absolventů TK Krok za dané období měli recidivu. Následně byli rozděleni podle absolutoria TK Krok a TK Krok + Program následné péče Krok a podle abstinence. Zjištěné informace byly sumarizovány v tabulce č. 5 Recidiva. Z ní byli sečtení absolventi s recidivou a následně procentuálně vyjádřen poměr ve skupině, která absolvovala TK Krok i PNP Krok a skupině, která absolvovala pouze TK Krok. Z výpočtu vyplývá ( $100/59 \cdot 26 = 44,01$ ) že absolventi TK Krok, kteří absolvovali i PNP Krok měli recidivu v **44,01 %**. Absolventi, kteří absolvovali pouze TK Krok plně abstinují v **94,74 %** ( $100/19 \cdot 18 = 94,74$ ).

Mezi absolventy TK Krok (2007-2017), kteří absolvovali TK Krok i PNP Krok je tedy nižší procento recidiv než mezi absolventy, TK Krok, kteří po komunitě PNP Krok neabsolvovali.

**H3<sub>0</sub>: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů nižší procento recidiv než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.**

#### **Verifikováno**

**H3<sub>A</sub>: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů vyšší procento recidiv než ve skupině, která užívá drogy, nebo alkohol.**

#### **Falzifikováno**

Na základě čtvrté výzkumné otázky

**VO4: Jaký je rozdíl v poměru resocializace u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?**

a zkušeností z prostředí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok byla stanovena čtvrtá hypotéza.

**H4: U absolventů TK Krok (2007-2017) je skupina úplných abstinentů resocializovanější než skupina, která užívá alkohol, nebo drogy.**

Byly porovnány dvě skupiny absolventů za dané období. Jedna skupina abstinentů a druhá skupina užívající alkohol, nebo drogy.

Míra resocializace – je definovaná hodnotou těchto indikátorů:

1. Zvýšená kvalifikace po TK (ano/ne)
2. Zaměstnání (pracovní smlouva a OSVČ/nezaměstnaný)
3. Typ bydlení (vlastní nebo nájemní/u rodičů)
4. Odsouzení po TK (ano/ne)
5. Nové koníčky a zájmy po TK (ano/ne)
6. Splácení dluhů z období před TK (splácí a splaceno/nesplácí)

Dotazníkovým šetřením byly zjištěny hodnoty těchto indikátorů. Ty byly sumarizovány v tabulkách: Tabulka č. 6 Souzeno za úmyslný trestný čin, Tabulka č. 7 Zvýšená kvalifikace po TK, Tabulka č. 8 Zaměstnání po TK, Tabulka č. 9 Dluhy z období před TK, Tabulka č. 10 Bydlení po TK a Tabulka č. 11 Koníčky a zájmy.

### **Zvýšená kvalifikace**

Z tabulky č.7. Zvýšená kvalifikace po TK je patrné, že skupina úplných abstinentů si zvýšila vzdělání v 34. případech. To je 77,27 % ( $100/44*34 = 77,27$ ). Neabstinující si zvýšili kvalifikaci v 18. případech. To je 64,29 % ( $100/30*18 = 60,00$  %).

Absolventi, kteří zcela abstinují si kvalifikaci **zvýšili častěji** než absolventi, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy.

### **Zaměstnání**

Z tabulky č. 8 Zaměstnání je patrné, že skupina plných abstinentů je zaměstnaná, nebo pracuje jako OSVČ ve 44. případech, což je 100 % ( $100/44*44 = 100$ ). Skupina neabstinujících je zaměstnaná, nebo pracuje jako OSVČ ve 28. případech. To je 93,33 % ( $100/30*28 = 93,33$ )

Úplní abstinenti jsou zaměstnaní, nebo na mateřské dovolené v 44. případech. To je 100 %.

Neabstinující jsou zaměstnaní, nebo na mateřské dovolení v 28. případech. To je 93,33 %.



Absolventi, kteří zcela abstinují jsou zaměstnaní, nebo pracují jako OSVČ **častěji** než absolventi, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy.

### **Bydlení**

Z tabulky č. 10 Bydlení po TK je patrné, že skupina úplných abstinentů bydlí nezávisle na svých rodičích ve 43. případech, což je 97,72 % ( $100/44*43 = 97,73$ ). Skupina neabstinujících bydlí nezávisle na svých rodičích ve 29. případech, to je 96,67 % ( $100/30*29 = 96,67$ ).

Absolventi, kteří úplně abstinují bydlí nezávisle na svých rodičích **častěji** než absolventi, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy.

### **Odsouzení po TK**

Z tabulky č. 6 Souzeno za úmyslný trestný čin je patrné, že absolventi ze skupiny úplných abstinentů byl souzen za úmyslný trestný čin jeden člověk. To je 2,27 % ( $100/44*1 = 2,27$ ). Ze skupiny neabstinujících bylo odsouzeno za úmyslný trestný čin 5 lidí, to je 15,63 % ( $100/32*5 = 15,63$ ).

Absolventi, kteří úplně abstinují jsou souzeni za úmyslné trestné činy **méně častěji** než absolventi, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy.

### **Nové koníčky a zájmy**

Z tabulky č. 11 Nové koníčky a zájmy je patrné, že absolventi ze skupiny úplných abstinentů si po TK našli nové koníčky a zájmy ve 41. případech, což je 93,18 % ( $100/41*43 = 93,18$ ). Ze skupiny neabstinujících si našlo nové koníčky a zájmy 23 osob, což je 76,67 % ( $100/30*23 = 76,67$ ).

Absolventi, kteří úplně abstinují si našli nové koníčky a zájmy **častěji** než absolventi, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy.

### **Splácení dluhů z období před TK**

Z tabulky č. 9 Dluhy z období před TK je patrné, že absolventi, kteří zcela abstinují splácí, mají splaceno, nebo neměli dluhy ve 44. případech, což je 100 % ( $100/44*44 = 100$ ). Absolventi, kteří neabstinují splácí, mají splaceno, nebo neměli dluhy v 28. případech to je 93,33 % ( $100/30*28 = 93,33$ ).

Absolventi, kteří úplně abstinují splácí své dluhy z období před TK **častěji** než absolventi, kteří neabstinují.

Tabulka č. 21 Srovnání indikátorů resocializace

Indikátor	Abstinující		Neabstinující
Zvýšená kvalifikace po TK	77,27 %	>	60,00 %
Zaměstnání	100,00 %	>	93,33 %
Typ bydlení (vlastní, u rodičů)	97,72 %	>	96,67 %
Odsouzení po TK	2,27 %	<	15,63 %
Nové koníčky a zájmy po TK	93,18 %	>	76,67 %
Splácení dluhů z období před TK	100 %	>	93,33 %

U všech šesti indikátorů vypovídají zjištěné hodnoty o vyšší resocializaci skupiny úplných abstinentů a nižší resocializaci skupiny neabstinujících.

**H4<sub>0</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) je skupina úplných abstinentů resocializovanější než skupina, která užívá alkohol, nebo drogy.

#### Verifikováno

**H4<sub>A</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) není skupina úplných abstinentů resocializovanější než skupina, která užívá alkohol, nebo drogy.

#### Falzifikováno

Na základě páté výzkumné otázky

**VO<sub>5</sub>:** Jaký je rozdíl v poměru v subjektivně vnímané životní spokojenosti u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije nebo užívá drogy?

a zkušeností z prostředí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok byla stanovena pátá hypotéza.

**H5: U absolventů TK Krok (2007-2017) skupina úplných abstinentů vnímá vyšší subjektivní životní spokojenost než skupina, která užívá drogy, nebo alkohol.**

Z tabulek Tabulka č. 12 Rodina, Tabulka číslo 13. Finanční situace, Tabulka č 14. Vztahy s příbuznými, Tabulka č. 15 Duševní pohoda, Tabulka č. 16 Spokojenost s trávením volného času, jsou patrné výsledky průměrných hodnocení absolventů, kteří plně abstinují a absolventů, kteří užívají drogy, nebo alkohol, přičemž hodnotili 1-5.

Tabulka č. 22 Srovnání indikátorů subjektivní životní spokojenosti

Indikátor	<b>Abstinující průměr hodnocení</b>		<b>Neabstinující průměr hodnocení</b>
Funkčnost rodiny	1,48	<	1,57
Finanční situace	2,23	<	2,67
Vztahy s příbuznými	1,52	<	2,25
Duševní pohoda	1,77	<	2,67
Volný čas	1,70	<	2,43

Dále pak subjektivním bodováním jednotlivých oblastí z dotazníku z TK Profil klientova stavu, resp. hodnotou těchto indikátorů

Tabulka č. 23 Profil srovnání indikátorů

Profil – srovnání indikátorů			
Abstinující 2018	Profil uživatele stavu		Neabstinující 2018
Průměrná hodnocení			Průměrná hodnocení
	Oblasti problémů, bodování problémů		
1,49	1. Nálada, spokojenost	<	1,91
1,52	2. Jiné příznaky	<	1,85
1,37	3. Nespokojenost se sebou	<	1,94
1,21	4. Vzhled, vyjadřování, chování	<	1,87
1,55	5. Práce, studium, finance	<	2,11
1,60	6. Intimní partnerství	<	2,27
1,41	7. Děti	<	2,16
1,89	8. Otec (mužská autorita)	<	2,30
1,97	9. Matka (ženská autorita)	<	2,37
1,74	10. Sourozenci (souřadné osoby)	<	2,35
1,52	11. Přátelé, lidé obecně	<	1,90
1,43	12. Režim dne	<	2,25
1,57	13. Volný čas	<	2,24
1,52	14. Filozofie života	<	2,24

U všech devatenácti indikátorů subjektivně vnímané životní spokojenosti hodnotí skupina abstinujících nižším číslem, tedy vyjadřujícím vyšší spokojenost než skupina neabstinujících.

**H5<sub>0</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) skupina úplných abstinentů vnímá vyšší subjektivní životní spokojenost než skupina, která užívá drogy, nebo alkohol.

**Verifikováno**

**H5<sub>A</sub>:** U absolventů TK Krok (2007-2017) skupina úplných abstinentů vnímá nižší subjektivní životní spokojenost než skupina, která užívá drogy, nebo alkohol.

**Falzifikováno**

## 4.7 Doporučení pro praxi

Tato práce konkrétně stanovila míru abstinence klientů, kteří absolvovali Terapeutickou komunitu Krok, ukazuje tedy reálné výsledky, kterých toto resocializační zařízení dosahuje používanými způsoby a zásadami práce, technikami, systémy a metodami (metoda příkladu – exemplifikace vzorů, metoda vysvětlování, metoda kladení požadavků, metoda povzbuzení a pochvaly, metoda trestů), rovněž jako dílčích výchovných cílů (výchova návyků, zručností a postojů, výchova k respektování norem a pravidel, výchova ke spolupracujícímu chování, výchova ke schopnosti zvládat překážky). Může být tedy cenným zdrojem informací pro tuto organizaci, stejně jako pro jiné organizace zabývající se resocializací, především pak pro terapeutické komunity, které mají nyní možnost porovnat své výsledky a zkoumat příčiny rozdílů, případně převzít používané techniky a metody práce či upravit vlastní. Rovněž určila rozdíl v abstinenci u klientů, kteří absolvovali návazný Program následné péče Krok. Lze tedy říci, že naměřený rozdíl v míře abstinence, který vychází ve prospěch absolventů obou služeb, má vypovídací hodnotu o významu Programu následné péče Krok pro jeho klienty. Jestliže ve skupině, která absolvovala obě služby je větší procento abstinentů a ti jsou podle dalších zjištění resocializovanější a prožívají vyšší subjektivní životní spokojenosti, potom tyto skutečnosti hovoří o významu resocializačního významu Programu následné péče Krok pro jeho absolventy. Je ovšem nutno brát v úvahu limity této práce. Ty definují především neovlivnitelné faktory, jako osobnosti terapeutů, klientů, a mnoho dalších, které tato práce nemůže zachytit. Je tedy nutno při zobecnění výsledků mít tyto skutečnosti na zřeteli.

Dotazníkové šetření získalo velký objem dat, z nichž ne všechna byla v této práci zpracovávána. Z nich vyvstávají další skutečnosti, které mají pro toto resocializační zařízení význam. Například jistě stojí za další zkoumání skutečnosti, že všichni absolventi, kteří užívají drogy jsou výhradně muži, dále že ženy mnohem častěji užívají alkohol než muži, a v neposlední řadě rozdíly dílčích hodnot, kterých dosahují úplní abstinenti a lidé, kteří neberou drogy, ale užívají alkohol. Tato práce měla své cíle a danými zjištěními se nezabývala. Pro praxi by bylo však nanejvýš žádoucí tyto a mnohé další jevy objasnit a zvýšit tím účinnost resocializace v tomto, ale i jiných resocializačních zařízeních případnou úpravou programu, a to jak korekcí stávajících činností, tak zařazením nových. Pro praxi resocializace může tedy být významná interpretace výzkumných zjištění a stanovení dalších výzkumných otázek, které ji mohou obohatit.

## ZÁVĚR

V souladu se svými cíli poskytla tato práce základní orientaci v oblasti drogové problematiky, jejími způsoby léčby v České republice, zmapovala síť sociálních a zdravotních služeb, které se věnují péči o závislé a upřesnila místo terapeutických komunit v tomto celku, jako sociálních zařízení, která se věnují léčbě závislosti, jako dílčímu celku a resocializaci svých klientů jako hlavnímu poslání. U terapeutických komunit určila jejich cíle, poslání, metody a způsoby práce s klienty, při jejich léčbě a souběžně probíhající resocializaci, především potom v terapeutické komunitě Krok Kyjov, které se konkrétně a podrobně věnovala. Dále ověřila míru úspěšnosti léčby z hlediska zvládnutí závislosti v tomto zařízení a z tohoto hlediska sledovala rozdíl mezi absolventy Terapeutické komunity Krok a jejími absolventy, kteří absolvovali také návaznou službu Program následné péče Krok. Dále se práce zabývala mírou resocializace a porovnávala ji mezi absolventy, kteří plně abstinují a absolventy, kteří neabstinují, rovněž jako mírou jejich subjektivní životní spokojenosti. Základní závěry, které se z této práce dají vyvodit jsou, že mezi absolventy Terapeutické komunity Krok, kteří absolvovali také Program následné péče Krok je vyšší poměr abstinentů, tedy že účast v návazném programu má na jejich abstinenci pozitivní dopad. Dále pak, že abstinenti se lépe zařazují zpět do společnosti a cítí se spokojenější než absolventi, kteří po léčbě neabstinují.

Význam této práce pro sociální pedagogiku vidíme především v tom, že byla změřena účinnost konkrétního resocializačního zařízení a popsány metody a způsoby práce, které k této účinnosti vedou. Byl takto poskytnut důkaz, jak toto zařízení na klienty v abstinenci a resocializaci působí a popsáno, jak toho dosahuje. Byl tedy ověřen jeden z nástrojů resocializace – konkrétní terapeutická komunita. Ačkoli jsme si vědomi, že výzkumem zjištěné skutečnosti se vztahují pouze na konkrétní klienty konkrétního zařízení, dávají představu o možnostech způsobů a zásad práce, použitých technikách, metodách a tím o jejich možnostech při využití v jiných resocializačních zařízeních, případně v institucích, kde probíhá socializace, kterým může nabídnou například hierarchický model, způsob strukturování volného času, dílčí výchovné cíle a mnohé další, přičemž poskytuje i reálné dopady aplikace těchto metod a způsobů práce.

## Resumé

Práce poskytla údaje o míře abstinence absolventů Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok za jedenáct po sobě jdoucích let. Pomocí dotazníku bylo zjištěno, že absolventi obou programů abstínují častěji. Dále, že abstinenti se lépe a úspěšněji navrací do společnosti a subjektivně vnímají svůj život jako spokojenější. Zároveň dala podnět k dalšímu zkoumání rozdílů v abstinenci mezi muži a ženami a také poskytla data o cílové skupině k dalšímu zpracování. Z hlediska sociální pedagogiky ukázala výsledky používaných metod a způsobů práce v konkrétním resocializačním zařízení.

## Résumé

This thesis has provided data on the abstinence rate of the Therapeutic community Krok and the Programme of follow-up care graduates, within eleven consecutive years. Using a questionnaire it was found out that the graduates of both programmes abstain more frequently. Next, the participants become again a part of the society better and more successfully. Subjectively, they perceive their lives as more satisfying. This work has also given an impetus to a further research of the differences between men's and women's abstinence and it has provided data on a target group for further elaboration. From the social pedagogy point of view it has shown the results of the methods used as well as the ways of work in a specific resocialization institution.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BAKOŠOVÁ, Z. a kol. Teórie sociálnej pedagogiky - Edukačné, sociálne a komunikačné aspekty, Slovenská pedagogická spoločnosť SAV, Bratislava 2011, ISBN 978-80-970675-0-2.

BAKOŠOVÁ, Z. Sociálna pedagogika jako životná pomoc. Public promotion s. r. o. 2008 ISBN 978-80-969944-0-3.

BORNÍK, M., Drogy co bychom o nich měli vědět. Odbor prevence Ministerstva vnitra 2001 ISBN 80-85821-98-2.

DE LEON, G. The therapeutic community: Theory, model, and method. Springer Publishing Company, New York 2000.

ESCOHOTADO, A. Stručné dějiny drog. Praha: Volvox Globator, 2003, ISBN 80-7207-512-8.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti. Praha: Euro-media Group, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

GRAHAM, J., BENETT, T. Crime prevention strategies in Europe and North America. Helsinky: European Institute for Crime Prevention, 1995.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, s.r.o. 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

CHRÁSTKA, M. Metody pedagogického výzkumu. Grada Publishing, 2016, ISBN 978-80-247-5326-3

ILLES, T. Děti a drogy. 2. vyd. Praha: Tira, 2002, s ISBN 80-85866-50-1.

KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan, Drogová faktografie-Používaná terminologie. Rektorát Masarykovy univerzity – [www.rect.muni.cz](http://www.rect.muni.cz) Dostupné z:

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>

KALINA, K., Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky 2003, ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky 2003, ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Drogy v ordinaci praktického lékaře. Praha: Lilia, 1997 ISBN 80-901966-5-9.

KALINA, K. Léčba Drogově závislých, Sborník “Drogy ze všech stran II”, Institut FILIA, Praha, 2000.

KALINA, K. Terapeutická komunita, Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2449-2.

KOLEKTIV AUTORU OS SANANIM Drogy Otázky a odpovědi, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-223-2.

KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe, Praha 2007 ISBN 978-80-7106-937-9.

KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj, Praha 2004 ISBN 80-7106-876-4.

KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

LIPSKIJ, I. A. Socialnaja pedagogika. Moskva, Sfera 2004.

MATOUŠEK, O.: Ústavní péče. Praha, SLON 1995, ISBN 80-85850-76-1.

MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie pro sociální pedagogy. Brno: Bonny Pres 2003.

NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, 1997. Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR K. Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby, Praha Portál 2000, ISBN 80-7178-432.

NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 157 s. ISBN 80-717-8515-6.

PRESL, J. Drogová závislost. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.

POKORNÝ, V. a kol. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a pedagogiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

RIEGER, Z. Loď skupiny. Portál 2007, Praha, ISBN 978-80-7367-222-5.

TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍK Z OBLASTI ALKOHOLU A DROG.0 WHO. Psychiatrické centrum Praha 2000, ISBN 80-85121-08-5.

SAK P., SAKOVÁ K. Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2004, 240 s. ISBN 80-86320-33-2.

SATIROVÁ, V. Kniha o rodině. 2. vyd., Práh, Praha 2006, ISBN 80-7252-150-0.

SATIROVÁ, V. Model růstu. 1. vyd., Cesta, Brno 2005, ISBN 80-7295-071-1.

SEKOT, A. Sociologie v kostce. Brno: Paido 2002. ISBN 80-7315-021-2.

ŠEFRÁNEK, M. Evaluace Výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky, 2014. 1. vyd. ISBN 978-80-7440-103-9.

ŠTÁBLOVÁ R. a kolektiv. Drogy, kriminalita a prevence. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 1997, 214 s. ISBN 8085981-64-1.

<http://www.drogy-info.cz>

<http://www.oskrok.cz>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Abst	Abstinent, který abstinuje jak od návykových látek, tak od alkoholu
Alk	Abstinuje od návykových látek, ale pije alkohol
Neabst	Neabstinuje od návykových látek
TK	Terapeutická komunita.
Krok z. ú.	Krok zapsaný ústav.
Krok o. s.	Krok občanské sdružení.
PNP	Program následné péče
Recidiva	Přerušeni abstinence a dlouhodobé, nebo několikanásobné užívání návykových látek.
Relaps	Jednorázové užití návykové látky bez další narušení další abstinence.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Přehled programů a struktura Krok Kyjov z. ú.

Graf č. 2 Počet všech uživatelů služby terapeutické komunity Krok za rok 2017

Graf č. 3 Ukončení klientů v programu terapeutické komunity Krok v roce 2017

Graf č. 4 Výkony v terapeutické komunitě v roce 2017

Graf č. 5 Počet všech uživatelů služby PNP za rok 2017

Graf č. 6 Počet všech výkonů služby PNP za rok 2017

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Absolventi TK Krok 2007-2017

Tabulka č. 2. Abstinence

Tabulka č. 3 Abstinence ve vztahu k PNP

Tabulka č. 4 Relaps

Tabulka č. 5 Recidiva

Tabulka č. 6 Souzeno za úmyslný trestný čin

Tabulka č. 7 Zvýšená kvalifikace po TK

Tabulka č. 8 Zaměstnání po TK

Tabulka č. 9 Dluhy z období před TK

Tabulka č. 10 Bydlení po TK

Tabulka č. 11 Koničky a zájmy

Tabulka č. 12 Rodina

Tabulka č. 13 Finanční situace

Tabulka č 14 Vztahy s příbuznými

Tabulka č. 15 Duševní pohoda

Tabulka č. 16 Spokojenost s trávením volného času

Tabulka č. 17 Profil uživatele stavu – abstinenti

Tabulka č. 18 Profil uživatele stavu – abstinující s alkoholem

Tabulka č. 19 Profil uživatele stavu – neabstinující

Tabulka č. 20. Profil – srovnání abstinující a neabstinující 2018

Tabulka č. 21 Srovnání indikátorů resocializace

Tabulka č. 22 Srovnání indikátorů subjektivní životní spokojenosti

Tabulka č. 23 Profil srovnání indikátorů

## SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník pro absolventy TK Krok (2007-2017)

P2 Profil klientova stavu

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO ABSOLVENTY TK KROK 2007-2017**

### **Dotazník pro absolventy TK Krok Kyjov 2007 – 2017**

**Jméno:**

Kdy jste TK absolvoval?

Kolik je Vám let?

Absolvoval jste také Program  
následné péče při Krok z. ú.?

Abstinujete úplně?

Abstinujete od alkoholu? Po-  
kud ne, jak často a kolik alko-  
holu užíváte?

Jestliže neabstinujete, jaké  
drogy užíváte, jak často?

Měl jste relaps, pokud ano, jak  
dlouho od ukončení TK Krok?

Jestliže jste prošel recidivou,  
jak dlouho po ukončení TK?

Jak dlouho trvala? O jaké látky  
šlo?



Zvýšil jste si kvalifikaci po ukončení TK? Jak?

Jaký máte typ bydlení?

(vlastní/ nájemní/ dům/ byt/ u rodičů/ jiný)

Založil jste po TK rodinu?

Pokud ano, považujete rodinu za funkční?

(1-5)

Měl jste rodinu před

léčbou v TK Krok?

Pokud ano, považujete rodinu za funkční?

(1-5)

Jak hodnotíte vaši finanční situaci?

(1-5)

Jste zaměstnaný? Pracovní smlouva/OSVČ/nezaměstnaný

Byl jste před TK souzen za úmyslný trestný čin?

Byl jste po TK souzen za úmyslný trestný čin?

Jak hodnotíte vztahy s příbuznými? (Rodiče, prarodiče, sourozenci, širší rodina)

(1-5)

Jak hodnotíte svou duševní pohodu?

(1-5)

Našel jste si po TK nové koníčky a zájmy?

Splácíte pravidelně své dluhy z období před léčbou v TK?  
Ano/ne/neměl jsem/mám již splaceno/nepravidelně

## PŘÍLOHA P II: PROFIL KLIENTOVA STAVU

Terapeutická komunita					Profil uživatelského stavu	Program následné péče			
Datum						Datum			
0 F.	1 F.	2 F.	3 F.	4 F.	Oblasti problémů, bodování problémů				
					1. Nálada, spokojenost				
					2. Jiné příznaky				
					3. Nespokojenost se sebou				
					4. Přijetí omezení pro budoucí abstinenci				
					5. Vzhled, vyjadřování, chování				
					6. Práce, studium, finance				
					7. Intimní partnerství				
					8. Děti				
					9. Otec (mužská autorita)				
					10. Matka (ženská autorita)				
					11. Sourozenci (souřadné osoby)				
					12. Přátelé, lidé obecně				
					13. Režim dne				
					14. Volný čas				
					15. Filozofie života				