

Resocializace závislých klientů v terapeutické komunitě Krok

Mgr. Štěpán Pantlík

Rigorózní práce
2019



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 Zlíně dne 6. prosince 2017



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



Mgr. Jakub Hladík, 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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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. 10. 2019



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 nesvádně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně pomůlek opomenutí 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 již nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě díla vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní díla).

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 díla:

(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 obyčejného 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 jím 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 přihlíží ke výši 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

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	12
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ POUŽITÝCH V RIGORÓZNÍ PRÁCI	12
1.1.1 Droga.....	12
1.1.2 Závislost.....	15
1.1.3 Léčba závislosti.....	22
1.1.4 Resocializace.....	30
1.2 PŘEHLED PROBLEMATIKY V LITERATUŘE	33
2 CÍLE, ÚLOHY, POSLÁNÍ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT.....	37
2.1 ZÁKLADNÍ A DÍLČÍ CÍLE TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT	37
2.2 VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT	40
2.2.1 Účinné faktory v terapeutických komunitách	42
2.2.2 Výzkumy závislosti a výsledů léčby terapeutických komunit	46
2.3 CÍLE A POSLÁNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK	49
2.3.1 Filozofie	53
2.3.2 Společenský význam Terapeutické komunity Krok	54
2.4 ODBORNÍ PRACOVNÍCI A ZAMĚSTNANCI TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK	56
2.4.1 Legislativní vymezení terapeutické komunity Krok jako sociální služby	56
2.4.2 Stručná historie Občanského sdružení Krok (dnes Krok Kyjov z. ú.)	58
2.4.3 Pracovní tým terapeutické komunity Krok	63
2.5 CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK.....	65
3 SYSTÉM PRÁCE, TERAPIE A RESOCIALIZACE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KROK	70
3.1 LÉČENÁ STRUKTURA A SYSTÉM V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KROK, RESOCIALIZACE	70
3.1.1 Denní režim.....	70
3.1.2 Skupinová a individuální terapie, vycházky	74
3.1.3 Fáze, klientské funkce, pravidla, platby.....	77
3.1.4 Společné zátěžové aktivity, rituály	82
3.2 PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE KROK AM.....	84
Vstupní kritéria pro přijetí do PNP.....	85
Kontraindikace pro přijetí do PNP	85
II PRAKTICKÁ ČÁST	87
4 ZJIŠTĚNÍ MÍRY ABSTINENCE A RESOCIALIZACE U ABSLOVENTŮ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK 2007-2017.....	88

4.1	VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ	88
4.2	CÍL, ÚKOLY A HYPOTÉZY VÝZKUMU	88
4.3	METODY A METODIKA	91
4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	94
4.5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH ÚDAJŮ	95
4.6	DISKUZE.....	113
4.7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	131
ZÁVĚR		134
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		136
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		140
SEZNAM GRAFŮ		141
SEZNAM TABULEK.....		142
SEZNAM PŘÍLOH.....		143

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.

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, ŠIMŮNEK)

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, ŠIMŮNEK).

Definice drogy podle Presla:

„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).

Drogu můžeme tedy chápat jako látku, která po aplikaci do organismu, působí na jeho subjektivní prožívání reality a může způsobovat závislost na dané látce. Různé drogy působí na organismus různě, proto zde uvádíme jejich základní rozdělení podle Presla, které reflektuje riziko spojené 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 definic, 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 hráček 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 změněnými 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: Upotřebením 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 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 užívané drogy. Časté jsou konflikty uživatele ve škole, či v zaměstnání. Zúžují 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

Nešpor uvádí základní znaky závislosti:

- „1. znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)
2. znak: Zhoršené sebeovládání
3. znak: Somatický (tělesný) odvykací stav
4. znak: Růst tolerance
5. znak: Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
6. znak: Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků“ (Nešpor 2018)

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

Existují i jiné typy závislostí jako nelátkové závislosti. Nešpor uvádí „závislost na počítači a internetu, na sexu, na práci, patologické nakupování“ (Nešpor 2018). Dále pak předpokládá vývoj a vznik nových závislostí. „Navíc je více než pravděpodobné, že vývoj přinese nové formy návykových chování, jako se to ostatně stalo v nedávné minulosti v případě „závislosti“ na internetu, mobilním telefonu nebo televizi. Lze předpokládat, že jakkoliv bizarní a překvapivé budou nové formy návykového chování, budou mít s dnes známými závislostmi některé společné rysy jako bažení, zhoršené sebeovládání atd., jak jsme je už popsali. Je také pravděpodobné, že i při léčbě nových návykových nemocí se budou uplatňovat podobné postupy a principy, ať už se jedná o ty, které jsou dnes známé a které se budou dále rozvíjet, nebo o postupy, které na svůj objev teprve čekají.“ (Nešpor 2018).

Závislost u dětí a dospívajících má svá specifika. Jednak závislost vzniká rychleji než u dospělých „Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců).“ (Nešpor 2018), dále pak sebou nese větší následky od častějších úrazů a násilných trestných činů „Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý. K nečastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. S tím úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu. Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.“ (Nešpor 2018) až po zaostávání v psychosociálním vývoji “ U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.).“ (Nešpor 2018).

Větší pravděpodobnost k závislosti v souvislosti s nižším věkem jedince uvádí i jiní autoři. „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, Saková 2004). Je tedy patrné, že vymezení závislosti není zcela jednoznačné. Jsou vysledovány její příčiny, důsledky, avšak jednoznačný proces vzniku závislosti stále není přesně definován. I přes existenci všech faktorů napomáhajících závislosti vzniknout nemusí, a naopak při jejich absenci vzniknout může. NIDA (2018) uvádí studii, *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Retrieved, která současný stav vědeckého poznání procesu vzniku závislosti shrnuje takto: “Pres mnohá vědecká bádání, kdy se podařilo identifikovat mnoho faktorů, ať už biologických či environmentálních, stále nejsme schopni přesně určit, proč někteří lidé sklouznou do závislosti nebo jak droga mění fungování mozku, které pak dal a dal baží po droze. Bylo zjištěno, že drogy působí podobně, jako přirozené neurotransmitery v mozku, avšak nepůsobí naprosto totožně.“

Na závislost se můžeme dívat optikou různých modelů závislosti, které jsou řazeny chronologicky z hlediska vývoje pohledu na závislost.

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 neloajlnosti, 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 biomedicínské 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. Vytváří nový způsob nahlížení, podle něhož lze závislost za příznivých podmínek překonat. Nutno však dodat, že tato perspektiva neplatí vždy a pro všechny stejně.

Bio-Psycho-Socio-Spirituální model závislosti

Tento model má již výrazné prvky holistického pojetí. Vychází z výše uvedeného předchozího modelu, je však rozšířen o spirituální rozměr.

„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 modelu 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 nedostížený 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.

Rodina je také důležitým prvkem při léčbě v terapeutické komunitě. Působí na léčebný a resocializační potenciál především v těchto bodech:

1. Klient ví, že není na svůj problém sám, toto vědomí má význam při provázání se se společností, a další resocializaci (Travis Warner Hirschi Teorie sociálních vazeb).
2. Narovnávají se často velmi poškozené rodinné vztahy, vzájemně si odpouští, smířují se. Staré křivdy méně ovlivňují budoucí vztah.
3. Při společných terapeutických aktivitách opouští vzájemné polohy vyplývající z nefunkčních vzorců chování, vytvářejí nové, v chráněném prostředí si toto mohou bezpečně vyzkoušet.
4. Vzájemně se učí respektovat, vzniká korektivní zkušenost, která se klientům promítá do dalšího života.
5. Vytváří nový vztah.

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. V rezidenčních typech léčby, především pak v terapeutických komunitách probíhá souběžně s léčbou také resocializace závislého klienta, přičemž je chápána jako součást léčby a prevence návratu k závislostnímu způsobu života. Pokud má být klientova léčba úspěšná, nebo má mít co největší šanci na úspěch, potom je zásadní takový výběr léčebného působení, který bude zohledňovat klientova zdravotní, psychologická a sociální specifika v souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem.

„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.

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. Jsou to především.

Včasný začátek léčby.

Individualizovaný přístup.

Podpora motivace.

Prevence relapsu.

Zhodnocení léčebného kontinua.

Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika.

Služby a činnosti v České republice, které se věnují péči o závislé:

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, abstinenci příznaky a vyčistit jeho organismus od nežádoucích zbytků drog.“ (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.

„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 spolu konzumenty, a obecně s uživateli drog. Terapeutická komunita Krok je jako výjimka přímo uprostřed třináctitisícového města Kyjov na jihovýchodní 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 jedince 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 vzniknuvší 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 poskytnuta 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). Na doléčování, jako na důležitou formu dokončení léčby upozorňují také zahraniční autoři Zhang, Roberts, McCollister (2009) ve své studii *Therapeutic Community in a California Prison: Treatment Outcomes After 5 Years. Crime Delinquency Online* First “Ve studii bylo zjištěno několik faktorů, které korelují s relapsy a recidivami po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Nejčastějšími prediktory udržení abstinence byly převážně účast v následné péči, nalezení zaměstnání bezprostředně po léčbě a vyšší věk jedince, který léčbu absolvoval.“ (Zhang, Roberts, McCollister 2009).

1.1.4 Resocializace

Resocializaci vnímáme jako proces, který úzce souvisí se socializací. Socializace je proces, při němž jedinec vrůstá do společnosti a to výchovou, nápodobou, identifikací, vlastním stylem, vlivem okolí a vrstevníků. Přijímá hodnoty a normy společnosti ve které žije, které jsou spojeny s jeho sociálním statutem. Děje se záměrně za úsilí rodičů institucí a vychovatelů, nezáměrně bez předchozího úmyslu, pomocí sociálních vzorů, neformálních skupin, filmů,

literatury a dalších činitelů. Dále se dá dělit na socializaci primární, která probíhá především v dětství prostřednictvím rodiny a nejbližších osob, kdy se dítě učí především jazyku a základním vzorcům chování, socializaci sekundární, která nastává po třetím roce života ve školách, školách, vrstevnických skupinách, na pracovištích, a socializaci terciální, která probíhá v dospělosti, kdy jedinec neustále přejímá prostřednictvím interakcí s okolím. Další dělení zahrnuje socializaci anticipující, tedy přebírání hodnot a postojů skupiny, u které jedinec aspiruje na členství a socializaci gendrovou, kdy člověk přijímá role odpovídající jeho pohlaví. Člověk se rodí s danou genetickou výbavou a proces socializace zahrnuje přeměnu jedince v kulturní bytost, jeho zespolečnění. Sociálním, nebo kulturním se člověk stává postupně, v celoživotním procesu zpravidla prostřednictvím „sociální interakce a komunikace v po celý život trvajícím procesu začleňování jedince do sociálních skupin a vrůstání do společenských vztahů, vytváření sociálního já a sociální identity.” (Večeřa, Urbanová, 2006, s. 114).

R. I. Watson definuje takto: socializace je proces, který člověku umožní stát se „funkčně zdatným dospělým členem společnosti tím, že se jako dítě učí normám své společnosti, obecným formám chování, které se u něho očekávají.” (R.I.Watson in Řezáč, 1998, s. 42). Socializaci můžeme tedy rozumět jako internalizaci sociálních norem, či vzorců sociálního chování.

Pokud tedy chceme vymezit pojem resocializace, potom musíme uvažovat o člověku, který již prošel socializačním procesem, v němž se učil normám a vytvářel si hodnotový systém v rámci sociálních interakcí s danými sociálními skupinami, ke kterým v průběhu svého života náležel. U lidí, kteří podlehli závislosti, nacházíme na všech úrovních socializace nedostatky, a to jak získané v rodinách a dalších socializujících skupinách, tak vytvořené, jako způsob vyrovnání se s vlastní genetickou výbavou při realizaci svého života v daném místě a čase.

Resocializaci chápeme tedy jako komplex průběžně realizovaných kroků, aktivit a opatření, které vytváří proces, při kterém se u daného jedince odstraňují osvojené, ale společensky nežádoucí, nebo škodlivé, nevhodné vzorce chování, sociální role, ale také normy, postoje a poznatky, které v průběhu života získal. Nedílnou součástí tohoto procesu je nahrazování odstraněného novým, sociálně žádoucím, které je vlastní většině společnosti. O konkrétních krocích realizovaných v rámci resocializace v průběhu léčby závislosti v Terapeutické komunitě Krok níže.

Velký sociologický slovník definuje takto: „Resocializace – opětová, další socializace u jedince, který podobným procesem již jednou prošel. Může být z jeho strany záměrná, vyvolaná a podporovaná snahou sžít se s novým soc. prostředím (ať už se do něj dostal náhodně nebo programově), nebo spontánní, neuvědomovaná, bez snahy o regulaci a urychlení celého procesu. V některých případech je proces brzděn záměrným nebo spontánním odporem příslušného jedince, protože se do nového soc. prostředí dostal proti své vůli. Rychlost a průběh r. závisí zejm.: 1. na schopnosti adaptace dané osoby na soc. změnu, na míře jeho postojové otevřenosti, na ochotě měnit hodnotovou orientaci, podřizovat se novým soc. normám, přijímat nové vzory chování, akceptovat nové autority, ujímat se nových sociálních rolí, intelektuálně zvládnout novou informační základnu apod. 2. na míře odlišnosti nového soc. prostředí od prostředí původního resp. předchozího, a na šíři, variabilitě, nabízených možnostech začlenění do nového prostředí. 3. na otevřenosti nového soc. systému vůči danému jedinci, na jeho ochotě pomoci mu při r., na míře tolerance a prostředcích spol. regulace individ. procesu r.; důležitou roli hraje přístup k informacím a možnost navázání citových, přátelských kontaktů. Emocionální vazby na dřívější soc. prostředí r. brzdí. Jako důvody r. se nejčastěji uvádějí: a) výrazná osobnostní vývojová změna; b) zásadní změna duševních nebo tělesných vlastností; c) podstatná změna zaměstnání, místa bydliště.“ (Velký sociologický slovník: II, svazek P-D).

Resocializace předpokládá v případě léčby závislosti abstinenci. V prostředí české společnosti je abstinence považována za něco výjimečného. Nešpor (2018) však uvádí, že se nejedná o jev zcela neobvyklý a srovnává s USA. „Laici se většinou domnívají, že abstinence je v Česku výjimkou. To ale neodpovídá skutečnosti. Podle výzkumu, který organizoval Státní zdravotní ústav (1), se jedná o 17,5 %. Abstinence byla častější u žen než u mužů (21,7 % ku 13,0 %) a ve vyšších věkových kategoriích. Výrazně převažovaly osoby, které uváděly abstinenci v posledních 12 měsících, celoživotně abstinujících bylo výrazně méně (3,8 %). Mimochodem, podle téhož výzkumu, pilo alkohol vysloveně rizikovým nebo závislostním způsobem 7,1 % populace. Lze tedy konstatovat, že abstinence je i v našich podmínkách častější než nekontrolované a závislostní chování vůči alkoholu.

Pro srovnání uvádíme, že např. v USA posledních 12 měsíců abstinovalo 31,1 % osob starších 15 let a v Polsku dokonce 48,3 %. Celosvětově je abstinence od alkoholu rozšířenější než jeho pití. Podle materiálů WHO (2) abstinovalo od alkoholu v posledních 12 měsících 57 % osob starších 15 let. Z nich 12,5 % přestalo pít alkohol v pozdějších letech a téměř polovina dospělé populace alkohol nepila nikdy.“ (Nešpor 2018).

Je tedy patrné, že ačkoli se u závislého jedná v případě jeho úplné abstinence o zcela zásadní životní změnu, nebude ve společnosti osamocen, izolován. Může nalézt nové okruhy přátel a známých, kde nebude ohrožován všudypřítomným alkoholem. Zároveň je třeba při resocializaci drogově závislých brát v úvahu, že při návratu do společnosti existuje jisté stigma. Běžná společnost příliš nerozlišuje abstinujícího závislého od závislého, který žije závislostním způsobem života. Toto potom působí jako faktor, který návrat do společnosti může stěžovat. Meehan (2017) se zabývá možnými příčinami této skutečnosti.

“Dlouhodobě vnímaným problémem může být stigmatizace lidí, kteří užívají drogy. Chyba nastává možná u drogové výchovy, kdy nezkušení nebo vyhořelí učitelé zachovávají zastaralý medicínský model, kdy využívají šokových či hororových metod ve snaze udržet mladé studenty od drog co nejdál. Vzbuzují tak v lidech dojem, že drogově závislí jsou nemocní, závislost je nemoc a drogová závislost se často spojuje s trestnou činností. Zároveň to doprovází nezamýšlený efekt: stigma vůči lidem, kteří užívají drogy.“ (Meehan, C. 2017).

Zároveň dává náměty na zmírnění této překážky formou edukace.

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, tvůrce 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, **Sociální pedagogika jako 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 republiky 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 závislostí. 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 závislostí**. 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 kapitolu 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 Slovensku 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 filozofii, 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. Přičemž je třeba brát v úvahu psychický a sociální stav klientů. Ayres uvádí že “se jako silné téma objevil negativní náhled na sebe samého, který prožívala většina participantů. Mluvili o pocitech studu či trapnosti, zostu-

zeni, a stejně tak vyjadřovali své domněnky, že je tak nejspíš hodnotí i okolí, profesionálové.” (Ayres 2012). Dosahování cílů, které si terapeutická komunita stanovuje, musí být tedy prováděno metodami a prostředky, které zohledňují stav stav a rozpoložení jejich klientů.

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 sebe-důvěru v přijatelnost, většinové společnosti.

Hledat tvořivý a pozitivní přístup k životu

Přicházející klient má zpravidla naprosto zkrácené 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 psychoterapie, ke které se Satirová řadí, 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 po-

tenciálu, 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 stálé 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 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.

V průběhu vývoje se též objevuje myšlenka, že terapeutická komunita může být použita namísto trestu spojeného s trestnou činností závislostního způsobu života. “Existuje spousta příkladů z cele Evropy, kde se program terapeutické komunity v současné době používá jako alternativa vezení. Pokud se jedná o jedince závislého na návykových látkách, který porušuje zákon, je spousta důkazů, že je pro něj léčba v terapeutické komunitě účinnější, neboť se zaměřují na lidské potřeby, lidský růst.” (Scott and Gosling 2017).

K této možnosti je ovšem nutná spolupráce odsouzeného. V praxi se používá dodnes a jeví se jako efektivní způsob resocializace. Konkrétně v českém prostředí se realizuje zpravidla tak, že klient nastoupí již před vlastním soudem do terapeutické komunity a soud absolvuje již jako klient, který sebou přináší vyjádření terapeutické komunity k průběhu jeho léčby, k čemuž soud přihlíží. Pokud je to možné, ukládá podmíněný trest a povinnost léčbu dokončit. Pokud podmíněný trest uložit nelze, potom klient odchází z terapeutické komunity do vězení, přičemž komunita mu poskytuje společenskou záruku při žádosti o podmíněné prominutí zbytku trestu. Takto čas, nebo jeho část, kterou by odsouzený strávil ve výkonu trestu, tráví svým růstem v terapeutické komunitě.

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 zaměřena 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. 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

Prostředí slouží klientovi jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost mentálně dospět v prostředí, které je bezpečné.

Ucelená filosofie

Ucelená a jasná filosofie, kterou lze vysvětlit všem tak, aby byla pro klienty pochopitelná, mohli se s ní ztotožnit a byli ji schopni podporovat.

Terapeutická struktura

Uspořádání má jasnou strukturu, kde nejsou žádné dvojnásobné vazby. Struktura nabízí bezpečí a jistotu. Existují zde pravidla, která jsou jasná a připouští jeden výklad. Prostředí poskytuje jednak dostatečný tlak nutný k učení, ale zároveň dost struktury, kde nevznikne chaos, který by se mohl vymknout kontrole. Musí zde být možné dělat chyby. Klienti mají mít možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnosti.

Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

V terapeutické komunitě musí být prostředí, které umožňuje rovnováhu mezi demokracií, terapií a autonomií skupiny a jedince. Demokracie ve společnosti je způsob, jak delegovat moc na všechny lidi, jak umožnit rozhodovat většině a jak řešit konflikty. Komunita, která deleguje všechnu moc na klienty, kteří mají většinu, může být anti-terapeutická. Terapie v komunitě je pro všechny klienty závazná. Klienti si nemohou vybírat, jestli se terapie zúčastní či nikoli. Autonomie a svoboda klienta je omezena na to, že je součástí skupiny.

Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Sociální učení se děje prostřednictvím interakcí mezi samotnými klienty ve skupině a také mezi terapeuty. Není možné, aby se klient v komunitě izoloval. Musí soustavně a aktivně participovat na životě komunity a získávat od ostatních členů reflexe na své jednání a chování. Služebně starší klienti se zpravidla stávají vzory pro klienty nové, stejně jako zaměstnanci. Klient se musí učit realizovat se v různých sociálních rolích. Díky zpětné vazbě a pohledu terapeutů se učí chápat své chování a dělat různá rozhodnutí a rovněž přijímat za tato rozhodnutí zodpovědnost.

Sociální učení prostřednictvím krize

Sociální učení je posilováno také tím, že klient zažívá ve skupině krizové momenty. To je také patrné z Ericksonovy teorie sociálního učení. Ten ve své teorii považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, pokud je krize zvládnuta.

Terapeutický účinek všech aktivit komunity

Vše, co se v komunitě děje, je považováno za formu terapie. Od přípravy jídla, přes práci na domě se vždy musí učit novým sociálním rolím. Toto je odporováno klientskými funkcemi.

Odpovědnost klienta za jeho chování

Klientova role v terapeutické komunitě je odlišná od role pacienta v lékařském zařízení. Není zbaven zodpovědnosti a povinností, které jsou součástí jeho role. Na rozdíl od pacienta je za svou situaci zodpovědný.

Klient jako člen komunity nemá první dvě charakteristiky pacienta. Po klientech je vyžadováno, aby si nehráli na oběti a obviňovali ze své životní situace okolí, nebo jiné lidi. Namísto toho je od nich vyžadováno přijetí odpovědnosti za svou současnou životní situaci a uvědomění, že život mají ve svých rukou. Klient je člověk, který potřebuje ve svém životě pomoc a který se v terapeutické komunitě učí o pomoc požádat, ale také ji sám umět poskytnout, čímž je považován za člověka, který dokáže pomoc druhým dát.

Zvýšení sebevědomí díky úspěchům

Sebevědomí klienta v průběhu léčby v terapeutické komunitě se postupně zvyšuje tak, jak překonává pocety strachu ze selhání, jedná jako by strach neměl. Uvědomuje si, že strach je zpravidla horší než nesení důsledků za svá rozhodnutí. To je mimo jiné důsledek toho, že se spolupodílel na různých aktivitách a činnostech v terapeutické komunitě. Zvyšující se sebevědomí potom snižuje obavy ze svých chyb. Pokud je schopen pomoci ostatním, klient cítí, že pro ně má hodnotu, a to dále zvyšuje jeho vlastní sebeúctu.

Internalizace pozitivního hodnotového systému

Klient cítí nové hodnoty a ty mohou být jsou internalizovány. Klient se soustavně učí být upřímný, a to jak k okolí, tak především sám k sobě. Upřímnost je vnímána jako základní předpoklad dlouhodobě udržitelné abstinence. Své závislostní chování konfrontovat a kritizovat a zároveň ho vidět jako výzvu k dalším změnám na sobě.

Konfrontace

Konfrontace a tlak zaměřené na klienta musí mít limitovanou míru. V opačném případě by mohli mít negativní vliv a vytlačit klienta z terapeutické komunity ven. Již sama existence klienta v terapeutické v komunitě pro nově příchozího představuje výrazný stres. Jak se klient začíná v terapeutické komunitě rozvíjet, začíná program více a více věřit a jeho obrany se naruší a postupně ztrácí význam. V této nové situaci, kterou klient často může prožívat jako krizi, je připraven začít postupně měnit své vzorce chování a staré postoje a vytvářet

nové. Klient se postupně naučí ve skupině mluvit o svých pocitech, interních konfliktech a čelí stresu spojenému s pocity viny a obav ze selhání.

Pozitivní tlak vrstevníků

Stejně jako může tlak ve vrstevnické skupině vést například k tomu, že člověk začne užívat návykové látky, tak může pozitivní vrstevnický tlak ve skupině pomoci k potřebě abstinovat a rozvíjet takové prvky chování, které jsou vyžadovány. Klienti s nežádoucím chováním jsou vystaveni konfrontaci vrstevníků. Klienti s žádoucím chováním se zpravidla ve skupině stávají vzory. Od klienta se očekává, že jeho chování povede k zodpovědnosti za své chování a že si bude všimnout chování ostatních členů skupiny, a bude k němu schopen podat reflexi. To se dá chápat jako přesný opak chování v bývalých skupinách toxikomanů. Žádný z nich v podobných skupinách v minulosti neříkal autoritě nic o jiném členu takové skupiny. Role oběti, stejně jako manipulace bývají obvykle rychle odhaleny a odsouzeny.

Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je

Klient se ve skupině se učí překonávat strach z emočního projevu, a naopak své emoce vyjadřovat přijatelným způsobem. Není nutné, aby se dále svým emocím bránil prostřednictvím popírání, nebo odehrávání. Může se naučit, jak dát emoce najevo, a to jak pozitivní jako radost a štěstí, tak negativní jako naštvání a strach.

Změna negativního přístupu k životu na pozitivní

Většina závislých lidí, kteří neprošli terapií, má v sobě hluboce zakořeněný negativní přístup, mají pocit, že je nikdo nemá rád, že jsou jiní než ostatní, často si po špatných zkušenostech se sebou myslí, že nemají právo na život. Tento postoj je mezi závislými velmi častý, zpravidla o něm však neví a přicházejí na něj až na terapeutických skupinách. Tyto negativní postoje vznikly obvykle v průběhu jejich minulého života se závislostí, ale také v dětství a v rodinách. Změnit takový negativní postoj k sobě samému trvá dlouho.

Zlepšení vztahů v původní rodině

Vztahy s rodinou, rodiči a širšími příbuznými, stejně jako s lidmi blízkými se za podpory terapie a terapeutického týmu mění od prvního kontaktu s terapeutickou komunitou. Další vývoj probíhá v první části programu, kdy je klient od rodiny a blízkých separován. Rodina se zpravidla po velmi dlouhé době uklidní, cítí pocit bezpečí. V další fázi, kdy klient jezdí na vycházky se začnou vztahy postupně obnovovat a rekonstruovat. K tomu velmi významně

napomáhají jednak shrnutí vycházek vnášené do terapeutické skupiny a také speciální skupiny pro rodiny a blízké. Zde se dají dokončit některé záležitosti a nastavit směr dalšího vývoje vztahů.

Toto jsou základní faktory, které terapeutická komunita považuje za účinné a které se snaží terapeutický tým naplnit. Přitom jejich plnění neustále reviduje a hledá cesty k jejich zlepšení.

2.2.2 Výzkumy závislosti a výsledů léčby 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. Účinnost při abstinenci a resocializaci terapeutických komunit na jejich klienty je obtížně měřitelná a chybí jednotné dlouhodobé výzkumy, a to především kvůli jednotným kritériím, které se liší podle pohledů na léčbu a resocializaci v jednotlivých zemích. Zatímco v západní Evropě, nebo USA je považován za úspěšného klient, který je v substituční léčbě, jelikož je schopen například pracovat, v našich podmínkách je takový klient brán jako klient v procesu léčby. Vanderplassen, Wouter & Colpaert, Kathy & Autrique, Mieke & Rapp, Richard & Pearce, Steve & Broekaert, Eric & Vandeveld, Stijn. (2013) uvádí:

“Terapeutické komunity a jejich účinnost také byly a budou zkoumány. Je jistá potřeba longitudinálních studií u těchto dlouhodobějších intervencí.”. Přičemž dále upřesňují zkoumané oblasti “Navzdory různým metodologickým omezením se zdá, že výsledky terapeutických komunit jsou významně lepší v porovnání s jinými možnostmi léčby. Programy terapeutických komunit jsou mnohdy zkoumány hlavně z hlediska abstinence a recidiv, přičemž pro proces zotavení (v následné péči) je potřeba více indikátorů, které jsou často více subjektivní a mnohonásobné. Pokud jedinec zůstane v léčbě déle a účastní se i následné péče, stává se pro něj komunita důležitou součástí v jeho zotavení.”

Je tedy patrné, že přes dosažené výsledky v měření účinnosti existuje jistá nejednotnost jak v metodologii, tak v názoru na to, co je podstatné, co je úspěšná léčba a co tedy vlastně měřit. Tento fakt je všeobecně znám a jsou patrné snahy především pak v USA o jednotnější metodologii, kde se autoři Vanderplasschen, Wouter & Colpaert, Kathy & Autrique, Mieke & Rapp, Richard & Pearce, Steve & Broekaert, Eric & Vandeveld, Stijn. (2013) pokouší normalizovat zkoumané a přispět tak k jejich sjednocení: “Autoři se ve studii zabývali následujícími indikátory, které spojovali se zotavením jedince: užívání látek, účast v kriminálních činech, zaměstnanost, mentální well-being, rodinné a sociální vztahy, přičemž ve studii bylo zjištěno, že léčba v terapeutických komunitách je v těchto oblastech účinná a efektivní.” Přesto se zdá, že si v současné době jak v zahraničí, tak v České republice terapeutické komunity zkoumají různé faktory nejednotně.

Nejznámější výzkumy z hlediska abstinence od tvrdých drog jeden rok po léčbě:

Vidjak (2003) 30%

Marsden (2004) 38%

Wilsson et Brote(1985) 43%

Soyez et al. (2006) 44 %

De Leon (2004) 50 %

De Leon (2010) 60%

Magdaléna (česká terapeutická komunita) (2007) 63 %

SANANIM (česká terapeutická komunita) (2006) 64 %

Fernández – Hermida et al (2002) 77,9 %

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 62-80 %.

Jednou z výjimek je výzkum z české komunity, jehož výsledky jsou volně dostupné na <http://www.pastorbonus.cz/onas.html>. **Výzkum z let 1998 – 2017 z komunity Pastor Bonus** uvádí abstinenci podle jednotlivých let, přičemž rozděluje na muže, ženy páry. Eviduje

pouze hodnoty abstinuje a neabstinuje, přičemž uvádí úspěšnost přibližně 80%. Není dohledatelná metodologie, a není tedy jasné, zda se dělal výzkum naráz, či se dělá po letech. Potom by údaje k jednotlivým létům mohly být zastaralé i desítky let.

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.

Dále uvádí výsledky českých zahraničních výzkumů měřených po dvanácti měsících po ukončení léčby.

Nešpor uvádí v roce **2018 výsledky výzkumu, který organizoval Státní zdravotní ústav**, zabývající se úplnou abstinencí populace v České republice a srovnává s dalšími zeměmi včetně USA.

V České republice zcela abstinuje 17,5 % obyvatel (ženy 21,7 %, muži 13,0 %) a celoživotní abstinenci uvádí 3,8 %.

Alkohol pije vysloveně rizikovým, nebo závislostním způsobem 7,1 % populace. „Lze tedy konstatovat, že abstinence je i v našich podmínkách častější než nekontrolované a závislostní chování vůči alkoholu.“ (Nešpor 2018).

USA za posledních 12 měsíců abstinovalo 31,1 % osob starších 15 let

Polsko za posledních 12 měsíců abstinovalo 48,3 %.

„Celosvětově je abstinence od alkoholu rozšířenější než jeho pití. Podle materiálů WHO (2) abstinovalo od alkoholu v posledních 12 měsících 57 % osob starších 15 let. Z nich 12,5 % přestalo pít alkohol v pozdějších letech a téměř polovina dospělé populace alkohol nepila nikdy.“ (Nešpor 2018).

Na [www. drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) je k dispozici **Validizační studie ESPAD 2016**, která se zabývá výskytem závislostního chování mezi adolescenty. Výzkumu se zúčastnilo 115 škol všech typů ve všech krajích s 5364 studenty České republiky. Uvádí tyto výsledky:

Výskyt rizikového chování mezi šestnáctiletými v roce 2016:

27,4 % studentů kouřilo v posledních 30 dnech;

13,3 % kouří denně, 4,5 % kouří denně 11 a více cigaret;

40,6 % pilo v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně uvedlo 12,5 % studentů;

32,0 % studentů vyzkoušelo v životě konopné látky; 24,4 % užilo konopné látky v posledních 12 měsících.

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 podněcuje žádoucí změnu. Klienti se hned od vlastního příchodu do skupiny v terapeutické komunitě nacházejí ve společenství dalších členů dané skupiny, kteří již abstínují 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 terapeutické 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 podpurné 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 navrhnout změny.

Zásada podpory rozvoje samostatnosti uživatele: Podpora v 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 sehraává 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 no-

vých, 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 Terapeutické komunity 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. Do ní přichází 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 terapeutické komunity Krok

2.4.1 Legislativní vymezení terapeutické komunity Krok jako sociální služby

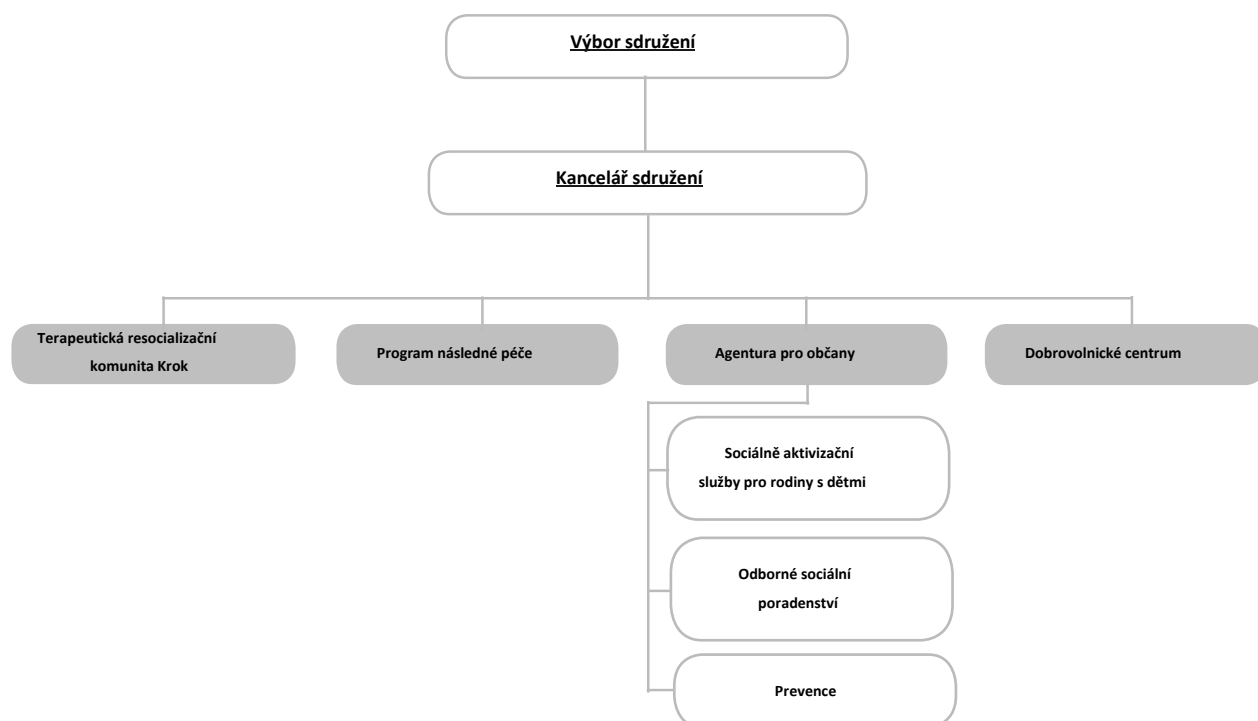
Terapeutická komunita Krok Kyjov měla při svém založení v roce 1990 právní formu občanské sdružení a vznikla na základě registrace u Ministerstva vnitra ČR podle zákona č. 83/1900 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů. Po právních úpravách v České republice po roce 2014 a s nimi související 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 je tedy 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 (svářecí 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. MÚ Kyjov organizaci pronajal 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 terapeutické komunity. 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 % obložnost. 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, obložnost 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 „Dobry 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. Realizovaly 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 cvičný 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 prevence 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 stanovovat 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 plánování 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 připravit 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 probíhá 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, psychický 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 sebedisciplíně 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, organizování 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 komunity 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 začlenění do života bez drog a splňují následující podmínky:

Věk nad 15 let

Doporučení z psychiatrické léčebny, kontaktního centra a podobně.

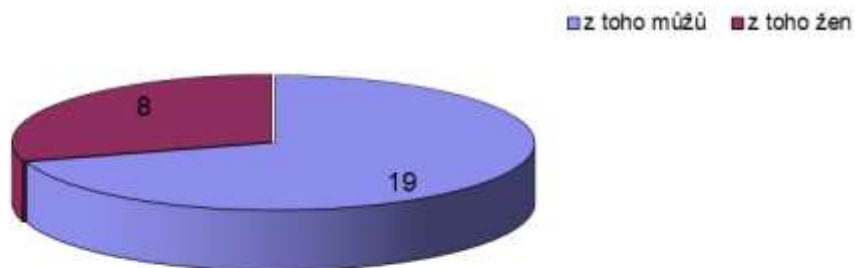
Diagnostikovaná závislost (na návykových látkách – drogová, alkoholová, se závislostí na herních automatech aj.).

Motivace, potřeba a zájem řešit svůj život se závislostí.

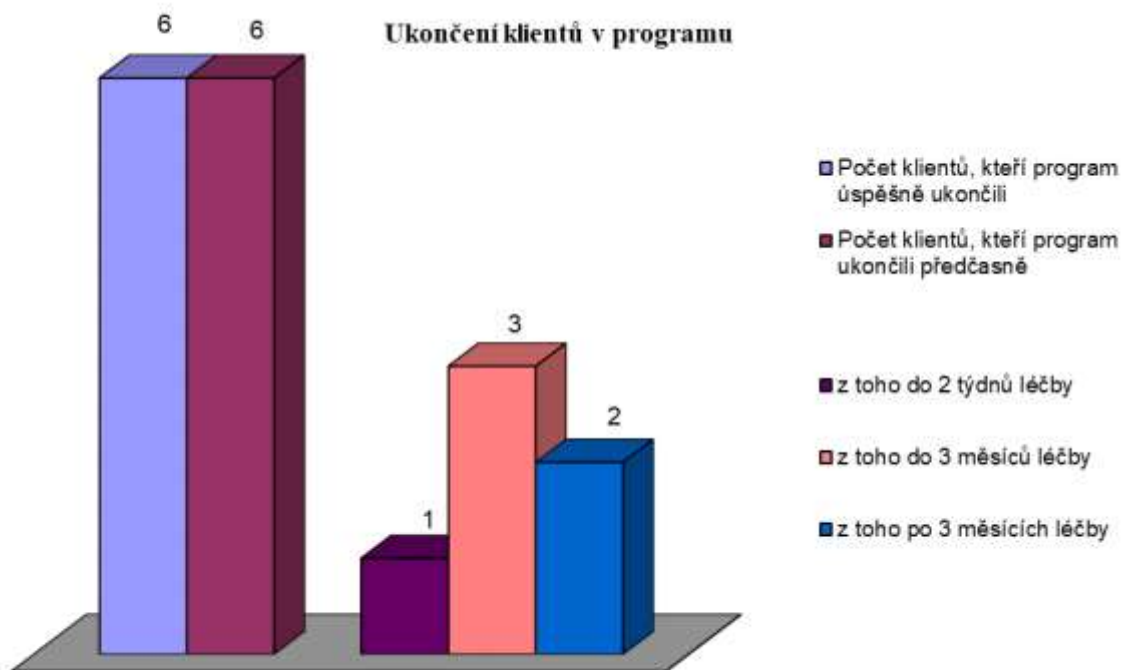
Nejčastěji do terapeutické komunity Krok přicházejí klienti závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, typicky užívající několik let nitrožilně. Z hlediska diagnózy převládají klienti primárně závislí na pervitinu, mezi nejčastější sekundární drogu patří marihuana. Závislost 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

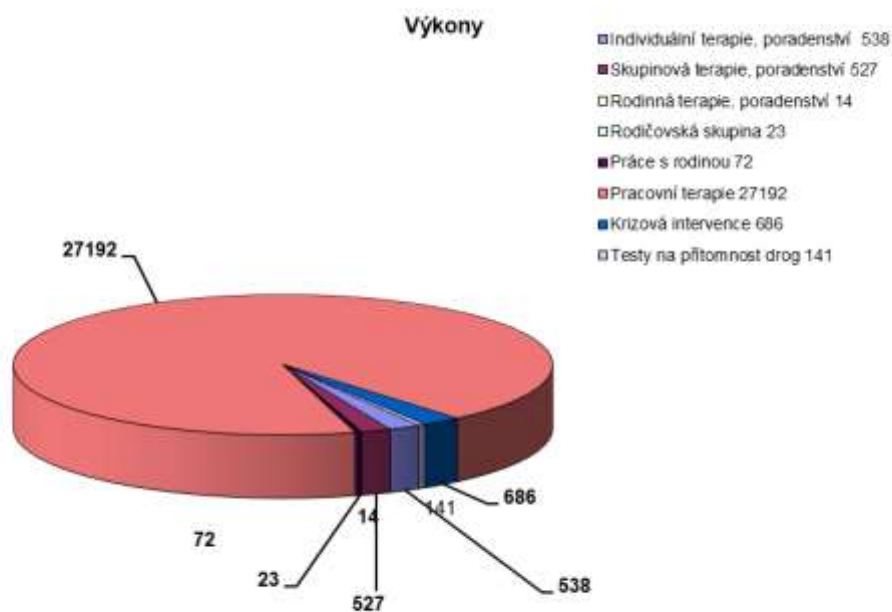
Počet všech uživatelů služby za rok 2017



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 osvobodovat např. sociální práce konaná v době pracovní terapie, nemoc, hledání zaměstnání, nebo jiná výjimečná 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 (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 půl hodinovou 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 pracovními 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... (pracovitěho, 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 pítí 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 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. Ze 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, které 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, útěk 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 technikami 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 třídenní 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 fáze 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 nebývalým 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, zvládnání 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, následně 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 navrhují postih. Konečné slovo má však terapeutický tým. Příklady kardinálních 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 dřív 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 několikatýdenní 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 nácviu 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, například každý z přítomných mu dává něco ze 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 garantované 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.

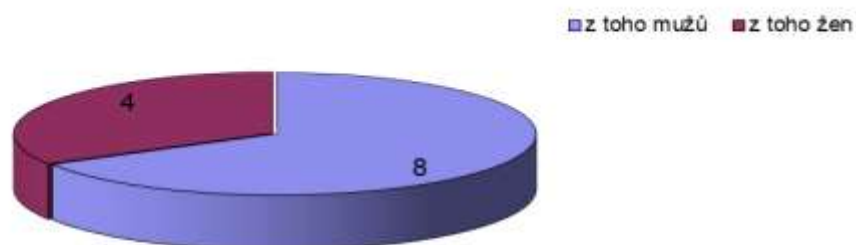
Závažná psychiatrická diagnóza vyžadující zdravotnické zařízení.

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

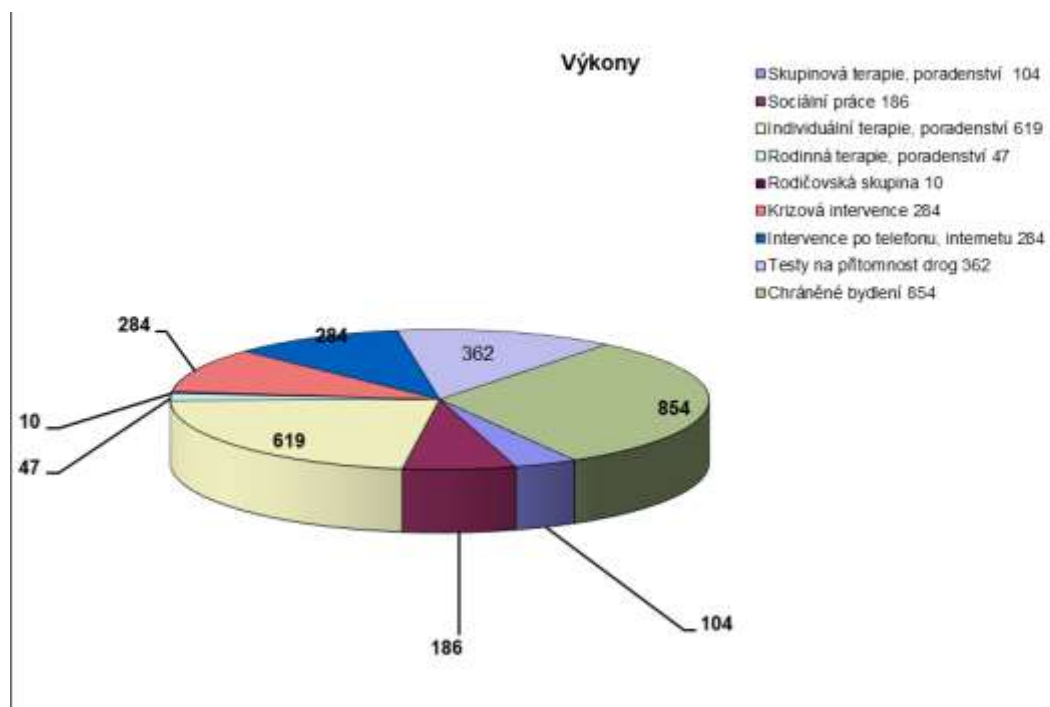
Nepřijetí pravidel programu.

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

Počet všech uživatelů služby za rok 2017



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



II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZJIŠTĚNÍ MÍRY ABSTINENCE A RESOCIALIZACE U ABSLOVENTŮ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY KROK 2007-2017

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, 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.

Stanovení výzkumných otázek

VO1: Existuje 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: Existuje 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: Existuje 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: Existuje je rozdíl v poměru zvýšení kvalifikace u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

VO5: Existuje je rozdíl v poměru zaměstnanosti u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

VO6: Existuje je rozdíl v poměru odsouzení u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

VO7: Existuje je rozdíl v poměru splácení dluhů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentů a skupinou, která pije alkohol 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 statisticky významný rozdíl v počtu úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Nezávisle proměnné:

- 1) Skupina absolventů TK Krok i PNP Krok
- 2) Skupina absolventů pouze TK 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 absolventů TK Krok i PNP Krok statisticky významný rozdíl v počtu relapsů než ve skupině, která absolvovala pouze TK Krok.

Nezávisle proměnné:

1) Skupina absolventů TK Krok i PNP Krok

2) Skupina absolventů pouze TK Krok

Závisle proměnná:

1. Procento relapsů

H3: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině absolventů TK Krok i PNP Krok je statisticky významný rozdíl v počtu recidiv než ve skupině, která absolvovala pouze TK Krok.

Nezávisle proměnné:

1) Skupina absolventů TK Krok i PNP Krok

2) Skupina absolventů pouze TK Krok

Závisle proměnná:

1. Procento recidiv

H4: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl ve zvyšování kvalifikace než ve skupině, která neabstínuje.

Nezávisle proměnné:

1) Skupina úplných abstinentů

2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. četnost zvyšování kvalifikace

H5: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře zaměstnanosti než ve skupině, která neabstínuje.

Nezávisle proměnné:

1) Skupina úplných abstinentů

2) Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. zaměstnanost

H6: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře odsouzení než ve skupině, která absolvovala neabstinuje.

Nezávisle proměnné:

1. Skupina úplných abstinentů
2. Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. odsouzení po TK

H7: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře splácení dluhů z období závislostního chování než ve skupině, která neabstinuje.

1. Skupina úplných abstinentů
2. Skupina, která užívá drogy, nebo alkohol

Závisle proměnná:

1. splácení dluhů

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.“ (Chráška 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?

Tento dotazník zjišťoval mnoho dat, která mohu být dále použita pro další zpracování samotnou organizací a zároveň mapuje stav jejich klientů po ukončení léčby v dlouhodobém časovém rozsahu.

V listopadu 2017 jsme začali shromažďovat data a postupně kontaktovali jednotlivé absolventy za účelem vyplnění dotazníku. Ten jsme s nimi vyplňovali do února 2018. Samotné vyplnění dotazníků zabralo tedy čtyři měsíce. Získaná data se zpracovávala do dubna 2018.

Dotazník 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 abstinujících a neabstinujících.

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 porovnávána jsou pouze dvě, jelikož z hlediska posouzení abstinence není konzument alkoholu abstinent.

Hypotézy byly ověřovány testem dobré shody- χ^2 kvadrátem, konkrétně jeho variantou čtyřpolní tabulkou se dvěma řádky a dvěma sloupci. Nulové hypotéze odpovídají teoretické četnosti a my tímto testem zjišťujeme, zda se realita odlišuje od teoretických četností, či nikoli.

Pomocí porovnání vypočtené hodnoty s kritickou hodnotou danou tabulkami pak zjišťujeme při počtu sloupců volnosti (v našem případě vždy jeden) na dané hladině významnosti (v našem případě 5 %, tedy hodnota 0,05), zda je předepsaná hodnota nižší, nebo vyšší, čili zda přijmeme nulovou či alternativní hypotézu.

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, trestáni 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. Neabstinenti 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 %
Celkem mužů i žen				80
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	
Četnosti délky pobytu		Muži	Ženy	
		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		
Věk při nástupu			
	Průměr muži i ženy	Průměr muži	Průměr ženy
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
Četnost věku při nástupu		Muži	Ženy
		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

Abstinence – Počítáno z 51 mužů a 27 žen – jeden muž a jedna žena nezjištěno				
	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	
Celkem úplně abstinuje mužů i žen				44
Celkem abstinuje s alkoholem mužů i žen				26
Celkem abstinuje a alkohol pije mužů i žen				70
Celkem neabstinuje – užívá drogy mužů i žen				8
Celkem úplně abstinuje mužů i žen v % (ze 78)				56,41
Celkem abstinuje s alkoholem mužů i žen v % (ze 78)				33,33
Celkem abstinuje a alkohol pije mužů i žen v % (ze 78)				89,74
Celkem neabstinuje – užívá drogy v % (ze 78)				10,26

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.

Tabulka č. 3 Abstinence ve vztahu k PNP

Abstinence ve vztahu k PNP											
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										59	
Celkem PNP neabsolvovalo mužů i žen										19	

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 %.

Tabulka č. 4 Relaps

Relaps	
Absolvováno PNP (34mužů, 24 žen celkem)	Neabsolvováno PNP (12 mužů, 3 ženy celkem)

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 cel- kem	13		13		15		3	
Recidiv pro- cent	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								44

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

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

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 (ze 76)						32,89
Celkem mužů i žen souzeno po TK v procentech (ze 76)						7,89
Celkem mužů i žen nesouzeno v procentech (ze 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 ze 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 celkem	Abstinenti (z 44)		%		Alkohol (z 26)		%		Neabstinují (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				100 %		44
Zaměstnáno, nebo na mateřské dovolené mužů i žen pijících alkohol				100 %		26
Zaměstnáno, nebo na mateřské dovolené mužů i žen neabstinujících				50 %		2
Bez zaměstnání mužů i žen abstinujících				0 %		0
Bez zaměstnání mužů i žen pijících alkohol				0 %		0
Bez zaměstnání mužů i žen neabstinujících				50 %		2

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					100 %	44
Celkem splácí, má splaceno, nebo nemělo dluhy mužů i žen pijících alkohol					100 %	26
Celkem splácí, má splaceno, nebo dluhy nemělo mužů i žen neabstinujících					50 %	2
Nesplácí dluhy muži i ženy abstinující					0 %	0
Nesplácí dluhy muži i ženy užívající alkohol					0 %	0
Nesplácí dluhy muži i ženy neabstinující					50 %	2

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	97,73 %	43
Celkem bydlí u příbuzných mužů i žen abstinentů	2,28 %	1
Celkem bydlí ve vlastní, nebo nájemní nemovitosti mužů i žen pijících alkohol	100 %	26
Celkem bydlí u příbuzných mužů a žen pijících alkohol	0 %	0
Celkem bydlí ve vlastní, nebo nájemní nemovitosti mužů i žen neabstinujících	75 %	3
Celkem bydlí u příbuzných neabstinujících	25 %	1

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 Koníčky 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 %.

Tabulka č. 12 Rodina

Rodina	Muži (ze 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 5 – 1x	3 – 1x		1 – 3x 3 – 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 (ze 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 (ze 47)			Ženy (z 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.

Je zřejmé, že léčbu absolvuje více mužů než žen, a to v poměru 65:35. To koresponduje s poměrem při nástupu a odpovídá i složení v podobných zařízeních v České republice. Tomuto poměru se také přizpůsobuje v rámci psychoterapie práce se skupinovou dynamikou.

Dá se vysledovat trend, který ukazuje spíše na prodlužování se délky pobytu. Ten je rovněž pozorován v ostatních podobných zařízeních a je interpretován jako důsledek celorepublikového trendu krátkodobých psychiatrických léčeb, kde se klient pouze stabilizuje, detoxikuje, a velmi často se vrací k původnímu stylu života. Takto u závislostního způsobu života setrvává paradoxně déle a do komunity přichází více poškozen jak psychicky, tak tělesně i sociálně. Při nástupech se množí duální diagnózy, čemuž se program terapeutických komunit musí přizpůsobovat. Této interpretaci odpovídá zvyšující se průměrný věk klientů při nástupu a objevila se opakovaně na celorepublikové sekci terapeutických komunit, které se účastníme.

Výsledky, které byly naměřeny z hlediska abstinence jsou ve srovnání s výše zmiňovanými výzkumy velmi povzbudivé. Pokud bereme v úvahu, že nejvyšších dohledatelných výsledků dosahuje komunita Pastor Bonus, což je přibližně 80 %, přičemž neuvádí použitou metodologii a nejčastěji udávané hodnoty českých terapeutických komunit jsou mezi 50 % až 65% (uvažuje se abstinence od drog, nikoli alkoholu, a to jeden až tři roky zpětně), potom výsledek 56,41 % úplných abstinentů a 89,74 % abstinujících od drog za období jedenácti po sobě jdoucích let je v prostředí České republiky, potažmo Evropy vynikající. Přitom je třeba brát v úvahu, že mezi tazatelem a respondentem existuje spojení v podobě Klubů abstinentů, sítí společných známých z abstinentského prostředí a celkově přímý, nebo nepřímý kontakt, který prakticky vylučuje, aby se člověk užívající drogy v dotazníku prohlásil za abstinenta. Jinými slovy i bez dotazníku společenství abstinentů ví, kdo abstinenci porušil, nebo se vrátil zcela k původnímu stylu života. Tyto naměřené hodnoty lze tedy považovat za velmi přesné.

Můžeme tedy prohlásit, že klient, který dokončí úspěšně Terapeutickou komunitu Krok má téměř devadesátiprocentní pravděpodobnost, že se nevrátí k původnímu stylu života.

Program následné péče Krok, který je stejně jako Terapeutická komunita Krok součástí služeb Krok Kyov z. ú. se ukazuje jako významný činitel při abstinenci a následné resocializaci klientů. Úplných abstinentů je mezi absolventy obou programů více než čtyřikrát více než mezi absolventy pouze terapeutické komunity. Přičítáme to důsledné práci s novým prostředím, novými rolmi, a především s volným časem, a to v rámci individuálních psychoterapií, garantských pohovorů i Klubů abstinentů. Klient není v novém prostředí a v nových životních rolích osamocen má terapeutickou i sociální podporu, stejně jako podporu ostatních abstinentů. Program následné péče absolvuje více než trojnásobek než klientů, kteří odchází ihned po ukončení terapeutické komunity. Paradoxně bez Programu následné péče odchází zpravidla lidé, kteří jsou ve svém prostředí nějak ukotveni, mají například rodiny, domy, hypotéky, podnikají a podobně a tím se jim rizikové faktory sčítají. Jednak se vrací do původního prostředí a jednak jim zmíněná podpora chybí. Do tohoto kontextu zapadá vyšší procento relapsů i recidiv, kdy u relapsů je procentuální hodnota vyšší o necelých 8 bodů, ale u recidiv je to více než dvojnásobek. Dobře zpracovaný relaps, nebo recidiva může být dobrým zdrojem pro klientův další abstinentský život, a to ve smyslu zkušenosti a dokončení svého růstu, což je bez externí podpory ztížený proces.

Z hlediska resocializace je zásadní chování v rámci společenských norem. Při komparaci počtu odsouzení mezi skupinou abstinujících a neabstinujících jsou výsledky zcela přesvědčivé. Mezi abstinenty došlo k odsouzení pouze v jednom případě a je nám známo, že se jednalo o trestný čin spáchaný ještě před nástupem do léčby, naproti tomu u skupiny absolventů, která neabstinuje hodnota překračuje 15 %. Zde se potvrzuje, že závislostní způsob života není jen o užívání návykové látky, ale bývá spojen s protispolečenským jednáním.

Zajímavé jsou také výsledky srovnání u zvýšení kvalifikace. Lidé, kteří užívají drogy si formální kvalifikaci zvýšili pouze kurzy, které potřebovali pro vykonávání dělnických profesí (svářečské kurzy), není bez zajímavosti, že i přes užívání drog pracují, ale úroveň vzdělání jim zůstala stejná.

Zaměstnanost je mezi abstinenty stoprocentní. Mezi neabstinujícími přes 93 %, přičemž se jeví jako zajímavé zjištění, že skupina, která abstinguje od drog, ale nikoli od alkoholu je zaměstnaná stejně jako skupina abstinentů. Své dluhy z období závislostního způsobu života splácí, nebo má splaceno stejně jako v u měření předchozích hodnot na 100 % abstinentů i

užívajících alkohol a 50 % klientů, kteří se vrátili k minulému způsobu života. Opět se ukazuje, že užívání alkoholu nebrání absolventům Terapeutické komunity Krok v tomto smyslu v plnohodnotném životu.

Stejně tak se nejeví propastné rozdíly u abstinentů 97,73 % a pijících alkohol 100 % při dosahování na vlastní bydlení a opět s mírným rozdílem ve prospěch pijících alkohol. U neabstinujících je to 25 %.

V souvislosti s trávením volného času jsme zjišťovali nalezení nových koníčků a zájmů po absolvování terapeutické komunity. U úplných abstinentů to bylo přes 93 %, u skupiny pijící alkohol téměř 81 % a u skupiny užívající drogy 50 %. To sice odpovídá představě, že absolvent pijící alkohol má méně zájmů než abstinents, rozdíl však není tolik výrazný, jak se všeobecně soudí a u obou těchto skupin jsou čísla překvapivě vysoká.

Rodinu zakládají úplní abstinenti ve více než 36 %, lidé pijící alkohol ve více než 46 % a užívající drogy v 25 %. Rozdíl mezi prvními dvěma skupinami si vysvětlujeme větším počtem žen ve druhé skupině, které zakládají rodinu dříve než muži. Pití alkoholu pravděpodobně na založení rodiny nemá vliv.

Porovnáním hodnocení subjektivní spokojenosti se dá vysledovat, že absolventi, kteří plně abstinují je cítí v měřených kritériích funkčnost rodiny, finanční situace, vztahy s příbuznými, duševní pohoda i volný čas spokojenější než skupina absolventů, která užívá alkohol, nebo drogy.

Přestože abstinenti dosahují lehce horších výsledků ve zvýšené kvalifikaci než pijící alkohol, hodnotí svou finanční situaci lépe. Úplní abstinenti 2,23, pijící alkohol 2,65 a užívající drogy 2,75. Pijící alkohol jsou tedy v tomto případě blíže užívajícím drogy než abstinentům. Tuto skutečnost interpretujeme tak, že pití alkoholu, nebo užívání drog představuje trvalou zátěž v rozpočtu respondenta a ten má pak méně volných finančních prostředků.

4.6 Diskuze

Na základě první výzkumné otázky

VO1: Existuje 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 statisticky významný rozdíl v počtu 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 %** $(100/19 \cdot 8 = 42,11)$

Platnost hypotézy ověřujeme existencí statisticky významného rozdílu pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 17 Čtyřpolní tabulka abstinence

	Abstinuje	Neabstinuje	Σ
Absolvováno TK +PNP	36 (a)	21 (b)	57
Absolvováno TK bez PNP	8 (c)	13 (d)	21
Σ	44	34	78 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$\chi^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

Tedy

$$x^2 = 78 \frac{(36.16-21.8)^2}{(36+21)(36+8).(21+13).(8+13)}$$

$$x^2 = 78 \frac{(468-168)^2}{57.44.34.21}$$

$$x^2 = 78 \frac{90000}{1790712}$$

$$x^2 = 78.0,05$$

$$x^2 = 3,9$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $3,9 > 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy existuje statisticky významný rozdíl, přijímáme alternativní hypotézu.

H1₀: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok není statisticky významný rozdíl v počtu úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Falzifikováno

H1_A: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok je statisticky významný rozdíl v počtu úplných abstinentů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Verifikováno

Na základě druhé výzkumné otázky

VO₂: Existuje 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 absolventů TK Krok i PNP Krok statisticky významný rozdíl v počtu relapsů než ve skupině, která absolvovala pouze TK Krok.

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 $(100/58 \cdot 11 = 18,97)$ že absolventi TK Krok, kteří absolvovali i PNP Krok měli relaps v **18,97 %**. Absolventi, kteří absolvovali pouze TK Krok relapsovali v **26,67 %** $(100/15 \cdot 4 = 26,67)$.

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.

Platnost hypotézy ověřujeme existencí statisticky významného rozdílu pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 18 Čtyřpolní tabulka relaps

	Relapsovalo	Nerelapsovalo	Σ
Absolvováno TK +PNP	11 (a)	47 (b)	58
Absolvováno TK bez PNP	4 (c)	11 (d)	15
Σ	15	58	73 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$\chi^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$\chi^2 = 73 \frac{(11 \cdot 11 - 47 \cdot 4)^2}{(11+47)(11+4).(47+11).(4+11)}$$

$$x^2 = 73 \frac{(121-188)^2}{58.15.58.15}$$

$$x^2 = 73 \frac{4489}{756900}$$

$$x^2 = 73.0,006$$

$$x^2 = 0,438$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $0,438 < 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy neexistuje statisticky významný rozdíl, přijímáme nulovou hypotézu.

H2₀: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok není statisticky významný rozdíl v počtu relapsů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Verifikováno

H2_A: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok je statisticky významný rozdíl v počtu relapsů než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Falzifikováno

Na základě třetí výzkumné otázky

VO3: Existuje 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) ve skupině absolventů TK Krok i PNP Krok je statisticky významný rozdíl v počtu relapsů než ve skupině, která absolvovala pouze TK Krok.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, kteří z absolventů TK Krok za dané období měli recidivu. Následně byli rozděleni podle absolutoria TK Krok a TK Krok + PNP 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 měli recidivu v **94,74 %** $(100/19 \cdot 18 = 94,74)$.

Platnost hypotézy ověřujeme existencí statisticky významného rozdílu pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 19 Čtyřpolní tabulka recidiva

	Recidivovalo	Nerecidivovalo	Σ
Absolvováno TK +PNP	26 (a)	33 (b)	59
Absolvováno TK bez PNP	18 (c)	1 (d)	19
Σ	44	34	77 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$x^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$x^2 = 77 \frac{(26 \cdot 1 - 33 \cdot 18)^2}{(26+33)(26+18).(33+1).(18+1)}$$

$$x^2 = 77 \frac{(26-594)^2}{59 \cdot 44 \cdot 34 \cdot 19}$$

$$x^2 = 77 \frac{322624}{1677016}$$

$$x^2 = 77 \cdot 0,192$$

$$x^2 = 14,784$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $14,784 > 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy existuje statisticky významný rozdíl, přijímáme alternativní hypotézu.

H3₀: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok není statisticky významný rozdíl v počtu recidiv než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Falzifikováno

H3_A: U absolventů TK Krok (2007-2017) ve skupině, která absolvovala Terapeutickou komunitu Krok i Program následné péče Krok je statisticky významný rozdíl v počtu recidiv než ve skupině, která absolvovala pouze Terapeutickou komunitu Krok.

Verifikováno

Na základě čtvrté výzkumné otázky

VO4: Existuje 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 ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl ve zvyšování kvalifikace než ve skupině, která neabstinuje.

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

Platnost hypotézy ověřujeme existencí statisticky významného rozdílu pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 20 Čtyřpolní tabulka zvýšená kvalifikace po TK

	Zvýšená kvalifikace po TK	Nezvýšená kvalifikace po TK	Σ
Abstinující	34 (a)	10 (b)	44
Neabstinující	18 (c)	12 (d)	30
Σ	51	23	74 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$\chi^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$\chi^2 = 74 \frac{(34 \cdot 12 - 10 \cdot 18)^2}{(34+10).(34+18).(10+12).(17+12)}$$

$$\chi^2 = 74 \frac{(408-180)^2}{44 \cdot 52 \cdot 22 \cdot 29}$$

$$\chi^2 = 74 \frac{51984}{1459744}$$

$$\chi^2 = 74 \cdot 0,036$$

$$\chi^2 = 2,664$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $2,664 < 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy neexistuje statisticky významný rozdíl, přijímáme tedy nulovou hypotézu.

H40: U absolventů TK Krok (2007-2017) není ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl ve zvyšování kvalifikace než ve skupině, která neabstinuje.

Verifikováno

H4A: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl ve zvyšování kvalifikace než ve skupině, která neabstinuje.

Falzifikováno

Na základě páté výzkumné otázky

VO5: Existuje je rozdíl v poměru zaměstnanosti 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 pátá hypotéza.

H5: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře zaměstnanosti než ve skupině, která neabstinuje.

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

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 %.

Platnost hypotézy ověřujeme pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 21 Čtyřpolní tabulka zaměstnaní po TK

	Zaměstnaný po TK	Nezaměst- naný po TK	Σ
Abstinující	44 (a)	0 (b)	44
Neabstinující	28 (c)	2 (d)	30
Σ	72	2	74 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrástka 2016)

$$x^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$x^2 = 74 \frac{(44.2-0.28)^2}{(44+0).(44+28).(0+2).(28+2)}$$

$$x^2 = 74 \frac{(88-0)^2}{44.72.2.30}$$

$$x^2 = 74 \frac{7744}{190080}$$

$$x^2 = 74.0,041$$

$$x^2 = 3,034$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $3,034 < 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy neexistuje statisticky významný rozdíl, přijímáme tedy nulovou hypotézu.

H50: U absolventů TK Krok (2007-2017) není ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře zaměstnanosti než ve skupině, která neabstinuje.

Verifikováno

H5A: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře zaměstnanosti než ve skupině, která neabstinuje.

Falzifikováno

Na základě šesté výzkumné otázky

VO6: Existuje je rozdíl v poměru odsouzení 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 šestá hypotéza.

H6: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře odsouzení než ve skupině, která absolvovala neabstinuje.

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 % ($100/44 \cdot 1 = 2,27$). Ze skupiny neabstinujících bylo odsouzeno za úmyslný trestný čin 5 lidí, to je 15,63 % ($100/32 \cdot 5 = 15,63$).

Statisticky významný rozdíl ověřujeme pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 22 čtyřpolní tabulka odsouzení po TK

	Souzeno po TK	Nesouzeno po TK	Σ
Abstinující	1 (a)	44 (b)	45
Neabstinující	5 (c)	27 (d)	32
Σ	6	71	77 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$x^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$x^2 = 77 \frac{(1 \cdot 27 - 44 \cdot 5)^2}{(1+44).(1+5).(44+27).(5+27)}$$

$$x^2 = 77 \frac{(27-220)^2}{45 \cdot 6 \cdot 71 \cdot 32}$$

$$x^2 = 77 \frac{37249}{613440}$$

$$x^2 = 77 \cdot 0,061$$

$$x^2 = 4,697$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $4,697 > 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy existuje statisticky významný rozdíl, přijímáme alternativní hypotézu.

H60: U absolventů TK Krok (2007-2017) není ve skupině absolventů úplných abstinentsů statisticky významný rozdíl četnosti odsouzení než ve skupině, která neabstinuje.

Falzifikováno

H6A: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině absolventů úplných abstinentsů statisticky významný rozdíl v četnosti odsouzení než ve skupině, která neabstinuje.

Verifikováno

Na základě sedmé výzkumné otázky

VO7: Existuje je rozdíl v poměru splácení dluhů u absolventů TK Krok (2007-2017), mezi skupinou úplných abstinentsů a skupinou, která pije alkohol nebo užívá drogy?

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

H7: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině úplných abstinentsů statisticky významný rozdíl v míře splácení dluhů z období závislostního chování než ve skupině, která neabstinuje.

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 % ($100/44 \cdot 44 = 100$). Absolventi, kteří neabstinují splácí, mají splaceno, nebo neměli dluhy v 28. případech to je 93,33 % ($100/30 \cdot 28 = 93,33$).

Statisticky významný rozdíl ověřujeme pomocí testu dobré shody – chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 23 Čtyřpolní tabulka splácení dluhů

	Splaceno po TK	Nesplaceno po TK	Σ
Abstinující	44 (a)	0 (b)	44
Neabstinující	28 (c)	2 (d)	30
Σ	72	2	74 (n)

Vzorec pro testování nulové hypotézy u čtyřpolní tabulky (Chrátka 2016)

$$x^2 = n \frac{(ad-bc)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Tedy

$$x^2 = 74 \frac{(44 \cdot 2 - 0 \cdot 28)^2}{(44+0).(44+28).(0+2).(28+2)}$$

$$x^2 = 74 \frac{(88-0)^2}{44 \cdot 72 \cdot 2 \cdot 30}$$

$$x^2 = 74 \frac{7744}{190080}$$

$$x^2 = 74 \cdot 0,041$$

$$x^2 = 3,034$$

Existuje zde jeden stupeň volnosti a při zvolené hladině významnosti 0,05 je kritická hodnota 3,841.

Tedy $3,034 < 3,841$. Mezi měřenými skupinami tedy neexistuje statisticky významný rozdíl, přijímáme tedy nulovou hypotézu.

H70: U absolventů TK Krok (2007-2017) není ve skupině absolventů úplných abstinentsů statisticky významný rozdíl v míře splácení dluhů z období závislostního chování než ve skupině, která neabstinuje.

Verifikováno

H7A: U absolventů TK Krok (2007-2017) je ve skupině absolventů úplných abstinentů statisticky významný rozdíl v míře splácení dluhů z období závislostního chování než ve skupině, která neabstinuje.

Falzifikováno

Abstinence

Vzhledem k problematické existenci srovnatelných výzkumů je obtížné učinit adekvátní srovnání naměřených hodnot. Můžeme alespoň částečně porovnat hodnoty abstinence. Terapeutická komunita Pastor Bonus uvádí na svých stránkách výsledky za jednotlivé roky, které se pohybují kolem 80 %. Nelze však dohledat metodologii a není patrné, po jaké době bylo zjišťování prováděno, ani zda se uvažovaly pouze drogy, nebo i alkohol. Pokud tedy uvádí na svých stránkách, že úspěšnost léčby v roce 2007 byla 82 %, potom není zřejmé, zda se týká úplné abstinence či abstinence pouze od drog, dále nevíme, kdy bylo měření prováděno, zda v roce následujícím, či po deseti letech, přičemž je patrné, že v roce 2017 mohou být výsledky absolventů z roku 2007 zcela rozdílné oproti měření například v roce 2008. V podobné situaci se nacházíme i u ostatních terapeutických komunit i když ty uvádějí úspěšnost výrazně nižší.

Šefrámek (2014) uvádí ve své práci výsledky výzkumů ze zahraničí i z některých českých terapeutických komunit. Do výsledků není započítán alkohol, pouze abstinence od drog, na které vznikla závislost a údaje jsou zjišťovány jeden rok po ukončení léčby.

Vidjak (2003) 30%

Marsden (2004) 38%

Wilsson et Brote(1985) 43%

Soyez et al. (2006) 44 %

De Leon (2004) 50 %

De Leon (2010) 60%

Magdaléna (česká terapeutická komunita) (2007) 63 %

SANANIM (česká terapeutická komunita) (2006) 64 %

Fernández – Hermida et al (2002) 77,9 %

Jedná se tedy o poněkud jiný způsob určování efektivity. Zatímco náš výzkum zkoumal abstinenci u všech klientů za jedenáct po sobě jdoucích let, výše zmíněné výzkumy ji zkoumali pouze rok po ukončení komunity a bez alkoholu. Přesto nám tyto výzkumy mohou posloužit pro jisté orientační srovnání. V českém prostředí jsou obě hodnoty 63 % a 64 % téměř totožné, zatímco v zahraničních studiích se ukazuje značný rozptyl a to 30 % až 77,9 %. V Terapeutické komunitě Krok bylo naměřeno úplných abstinentů 56,41 % a abstinujících od drog s alkoholem 33,33 %, což je 89,74 % absolventů neužívajících drogy. Tento výsledek je o více než 30 % vyšší než výsledky českých terapeutických komunit, a dokonce překonává i nejvyšší uváděný údaj (Fernández – Hermida et al (2002) 77,9 %) téměř o dvanáct procent. Je však třeba brát v úvahu, že způsob měření za jedenáct let toto srovnání zkresluje, protože průměrná doba od dokončení léčby je 5,5 let, a je tedy pravděpodobnější relaps, nebo recidiva. Dalším faktorem je fakt, že výzkum v terapeutické komunitě Krok zahrnuje i absolventy programu následné péče, kterých je většina, zatímco všechny výzkumy, se kterými naměřené hodnoty srovnáváme tuto skutečnost nesledují. Vlastní výzkum, který Šafránek prováděl v roce 2014 ve vybraných českých terapeutických komunitách vykazuje výsledek jeden rok po léčbě 86,1 % abstinujících od drog je velmi blízko námi naměřené hodnoty 89,74 % v terapeutické komunitě Krok. I když se metody i architektury výzkumů v některých částech značně liší, naměřené výsledky abstinence absolventů se při tomto srovnání jeví jako velmi dobré.

Výzkumem bylo zjištěno, do jaké míry je léčba v Terapeutické komunitě Krok Kyjov úspěšná z hlediska následné abstinence jejich klientů, čímž bylo dosaženo dílčího výzkumného cíle.

Dále jsme zkoumali, zda má po absolvování Terapeutické komunity Krok vliv absolvování Programu následné péče na procento úplných abstinentů, relapsů a recidiv mezi jejími klienty. Rozdíl mezi absolventy Terapeutické komunity Krok a absolventy Terapeutické komunity Krok i Programu následné péče Krok v počtu plných abstinentů je téměř 20 % ve prospěch absolventů obou programů. Rovněž procento recidiv ukazuje ve prospěch obou programů více než 50 %. Při relapsech jsme nezjistili žádný statisticky významný rozdíl, byť se liší o 7 %. Z hlediska abstinence je však relaps pouze krátkodobou epizodou a kritérium recidiv je mnohem důležitější, jelikož se jedná o dočasný, nebo trvalý návrat k původnímu stylu života. Zdá se, že Program následné péče klienty v jejich abstinenci posiluje a jejich následné chování v běžném životě je méně rizikové.

Z tohoto pohledu se ukazuje Program následné péče jako účinný nástroj pro budoucích abstinentů jejich klientů a procento abstinujících klientů zvyšuje. Tímto považujeme první výzkumný cíl za naplněný.

Resocializace

Při naplňování druhého cíle, jsme zkoumali, míru resocializace ve skupině úplných abstinentů a srovnávali ji absolventy, kteří pijí alkohol, nebo užívají drogy. Ukázalo se, že při rozdělení na tyto skupiny si úplní abstinenti zvyšují kvalifikaci přibližně se stejnou četností, jako neabstinující. Zároveň se objevila zajímavá skutečnost, že při podrobnějším rozdělení neabstinujících na pouze pijící alkohol a užívající drogy si skupina užívající alkohol kvalifikaci zvyšovala velmi výrazně. Středoškolské vzdělání s maturitou získali ve více než 23 % což se v porovnání s úplnými abstinenty (necelých 32 %) nejeví jako propastný rozdíl, a vysokoškolského vzdělání dosahují dokonce častěji a to v 7,69 % : 6,82 %. V této skutečnosti se promítá fakt, že z 27. absolventů žen jich více užívá alkohol bez užívání drog, než plně abstinuje (15:12), přičemž žádná z nich neužívá drogy. Tato skutečnost jim však nebrání ve zvyšování si kvalifikace, což odporuje zažitým představám o abstinenci. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že žádná z žen neužívá drogy. Tato skupina je tedy poněkud disproporční. Z pohledu nároků terapeutické komunity Krok se jedná o neúspěšné absolventy, jelikož plně neabstinují, pijí alkohol. Z jiného úhlu pohledu je jedná o lidi, kteří jsou plně zařazeni do společnosti, pracují, vzdělávají se a nijak výrazně nevybočují ze společnosti. Můžeme tedy uvažovat, zda není nárok na úplnou abstinenci zbytečný a absolventy pijící alkohol zbytečně nevytlačuje ze společenství abstinentů, když jim nedovoluje účastnit se Klubů abstinentů a dalších společných akcí. Jako protiargument se nabízí, zda ústupek od tohoto požadavku by nezpůsobil větší nárůst v pití alkoholu v řadách absolventů a tím i větší riziko k relapsu a recidivám na drogách, jelikož pití alkoholu je z adiktologického pohledu považováno za rizikový faktor u abstinujících závislých. Dále by bylo jistě užitečné zkoumat, zda tato skupina se při své abstinenci od drog obešla bez podpory, či zda ji nacházela v jinde.

Úroveň zaměstnanosti je velmi vysoká. Mezi úplnými abstinenty je to 100 %, mezi pijícími alkohol bez užívání drog rovněž 100 % a mezi užívajícími drogy 50 %. Takto klienti překonávají celorepublikový průměr, který se pohybuje kolem 3 % nezaměstnaných, přičemž jsou z tohoto výpočtu vyloučeni dlouhodobě nezaměstnaní. Pro srovnání uvádíme údaj bez ohledu na abstinenci. Celková zaměstnanost je 98,52 %. Šefrámek (2014) uvádí jím naměřený

údaj u zkoumaného vzorku rok po ukončení terapeutických komunit bez ohledu na abstinenci 69,8 %. Tuto skutečnost přikládáme především pevně vybudovaným pracovním návykům a dovednostem, které klienti v průběhu léčby, především pak pracovní terapie získali, stejně jako zájmu o vlastní život a o svou budoucnost. V tomto smyslu se ukazuje resocializační potenciál tvořivé práce s jasnými pravidly a strukturou. Rovněž je na tomto místě nutno připomenout, že absolventi neužívající drogy, ale pijící alkohol se zaměstnáním nemají žádný problém, což kontrastuje se zažitými představami o abstinenci. S tímto zjištěním koresponduje další skutečnost, a to že abstinenti mají své dluhy splaceny ve 100 % stejně jako skupina pijící alkohol a neužívající drogy a rovněž je mezi těmito skupinami minimální rozdíl při získávání samostatného bydlení. Zdá se, že u kritérií zvýšené kvalifikace, zaměstnání a vlastního bydlení nemá neabstinence od alkoholu podstatný vliv na resocializaci. Nemůžeme však srovnat s podobným výzkumem, jelikož terapeutické komunity v České republice užívání alkoholu u svých bývalých klientů nesledují. Jiná situace je u kritéria odsouzení za úmyslný trestný čin. Zde už nacházíme jednoznačné rozdíly, jak mezi skupinou abstinentů a neabstinujících a to 2,27 % u první skupiny, a 15,63 % u druhé. Z hlediska resocializace je zajímavý také údaj že před nástupem do terapeutické komunity bylo souzeno celkem 32,89 % klientů a po absolvování terapeutické komunity 7,89 % nezávisle na jejich následné abstinenci. Zde můžeme porovnat s údaji Šefránka (2014), který ve svém výzkumu uvádí 73,2 % souzených před léčbou a 9,6 % po léčbě.

Rozdíly nacházíme také v aktivním trávení volného času. Abstinující nachází nové koníčky a zájmy ve více než 93 %, naproti tomu neabstinující v necelých 77 %. Dokonce i u skupiny, která bere drogy není číslo malé. Přisuzujeme to každodennímu strukturovanému volnu v terapeutické komunitě, kdy si klient mimo své zodpovědnosti vybírá svou činnost do volna sám, ale nějakou z nabízených činností si vybrat musí, a to co si vybere potom dělat musí. Vytváří se zde tedy návyk k aktivnímu trávení osobního volna, který pravděpodobně přetrvává i po letech běžného života.

Výzkumem jsme zjistili míru resocializace ve společnosti absolventů Terapeutické komunity Krok a provedli srovnání mezi skupinou abstinujících a neabstinujících absolventů. Navíc jsme po nepředpokládaných zjištěních rozdělili skupinu neabstinujících na neabstinující od drog a neabstinujících pouze od alkoholu a vhodných údajů provedli srovnání mezi těmito skupinami. Tímto považujeme výzkumný cíl za naplněný.

Subjektivní prožívání

Skupina abstinentů hodnotí ve všech měřených oblastech (funkčnost rodiny, finanční situace, vztahy s příbuznými, duševní pohoda, spokojenost s trávením volného času), lépe než skupina neabstinujících. Opět jsme rozdělili neabstinující na neabstinující pouze od alkoholu a neabstinující od drog.

Skupina úplných abstinentů hodnotí funkčnost rodiny jako lepší než skupina pijících alkohol. Průměrná známka je 1,12 u úplných abstinentů a u pijících alkohol 1,9, což může evokovat dojem, že pití alkoholu u vybrané skupiny má vliv na rodinné vztahy. U užívajících drogy je přitom minimální rozdíl v průměrném hodnocení proti užívajícím alkohol a to průměr 2. Rovněž vztahy s příbuznými hodnotí průměrně úplní abstinenti lépe, než pijící alkohol a to 1,52 oproti 2,04 a nejhůře hodnotí užívající drogy průměrnou známkou 3,5. S tím souvisí hodnocení duševní pohody, kde opět nejlépe hodnotí úplní abstinenti a to 1,77, pijící alkohol poněkud hůře 2,19 a nejhůře 2,75 skupina užívající drogy. Z uvedeného vyplývá, že abstinenti se ve vztazích s rodinou a příbuznými cítí lépe, než pijící alkohol a neabstinující, stejně jako prožívají život ve větší pohodě, což jen potvrzuje naměřené výsledky se spokojeností trávení volného času, kde abstinenti hodnotí průměrnou známkou 1,7, pijící alkohol 2,31 a užívající drogy dokonce 3,25, které korespondují s nalézáním nových koníčků a zájmů. Zde jsou tedy naměřené výsledky v souladu s požadavkem komunity na plnou abstinenci, jelikož úplní abstinenti vykazují vyšší životní spokojenost, než jednak neabstinující od drog a také neabstinující od alkoholu. Filozofie terapeutických komunit předpokládá, že jejich absolvent prochází během léčby přirozeným růstem a životní spokojenost chápe jako prevenci před opětovným návratem k závislostnímu způsobu chování.

Polemika nad dosaženými výsledky a použitými postupy

Během zpracování údajů získaných dotazníkovým šetřením se pracovalo s velkými objemy dat a čísel. Ukázalo se jako vhodnější zaměřit se pouze na podstatné věci a celý výzkum zjednodušit. Indikátory, které byly k měření použity by bylo vhodné sjednotit s podobnými již proběhlými výzkumy. Neustále jsme totiž museli překonávat problém přesného srovnání se zjištěními jiných autorů. Ačkoli výsledky výzkumu jsou z hlediska abstinence a následné resocializace absolventů vynikající, nemůžeme díky odlišnému designu výzkumu učinit přesná srovnání jednotlivých měřených kritérií a musíme se spokojit se srovnáním částečným. Jako příklad uvádíme kritérium abstinence, kdy známé výzkumy zkoumají abstinenci jeden rok po ukončení léčby. Výzkum z hlediska abstinence zaznamenal nepoměrně vyšší

množství údajů, které umožňují srovnání mezi jednotlivými skupinami a podobně, nezaznamenal však abstinenci jeden rok po léčbě a tím neumožnil přesné srovnání z výsledků jiných výzkumů z podobných zařízení. Nutno poznamenat, že pokud by byla zjišťována abstinence jeden rok po léčbě a nezapočítávalo se užívání alkoholu, potom by procento abstinentů bylo pravděpodobně ještě vyšší než námi zjištěné hodnoty. Na druhou stranu zmapoval po jedenácti letech po sobě stav absolventů z mnoha různých hledisek, což se jeví jako ojedinělé a je znám jen jeden výzkum z české terapeutické komunity a ten se zabývá pouze abstinencí. To má význam především pro samotné zařízení jako reflexe k jejím metodám práce a přináší podněty pro další rozvoj. Pokud by byl výzkum prováděn znovu, byl by zjednodušen a zjišťoval by také údaje, které by srovnání s jinými terapeutickými komunitami umožňoval s mnohem vyšší přesností. Dále bychom přidali anamnestické údaje klientů před léčbou, které by umožnily srovnání stávajícího stavu (dluhy, trestná činnost, vzdělání a další) se stavem před započítáním léčby. Celkové pojetí výzkumných otázek a cílů by zohledňovalo možnost srovnání s jinými zařízeními podobného typu.

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, a mohou 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 se jeví jako plně resocializovaní, potom tyto skutečnosti hovoří o významu resocializačního významu Programu následné péče Krok pro jeho absolventy. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že resocializovaní se

v mnoha ohledech jeví také klienti z hlediska nároků na abstinenci Terapeutické komunity Krok neúspěšní. 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. 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.

Pro praxi Terapeutické komunity Krok tedy doporučujeme dále zkoumat a reflektovat tato zjištění:

Všichni absolventi, kteří se vrátili užívání drog jsou výhradně muži, naopak z žen drogy neužívá žádná, ale významná část jich užívá alkohol. Pro praxi by měly být by mělo být zodpovězeno a případně korekcí programu integrováno do systému práce s klienty, zda se neliší přístup režimu, nebo zaměstnanců komunity k různým pohlavím, zda se věnuje se při práci s klienty dostatečně genderovým rozdílům a rolím, jelikož socializace v drogových subkulturách tyto role deformuje a ženskou roli často dehonestuje a výsledky šetření se mohou být interpretovány jako nedostatečné narovnání těchto deformací. Po kladném zjištění by mohlo být zavedeno více čistě mužských a ženských skupin, případně přidány nové vhodné psychoterapeutické a psychosociální aktivity vedoucí ke korekci ukazujících se rozdílů. Například by se mohlo jednat o nácvik ženských a mužských rolí v různých sociálních situacích.

Dále doporučujeme zkoumat, a případně revidovat, zda postoj, že absolvent pijící alkohol je neúspěšný a tím vyřazen ze všech akcí Terapeutické komunity Krok a Programu následné péče Krok je absolventům prospěšný. Šetřením bylo zjištěno, že v mnoha ohledech je tato skupina absolventů plně resocializovaná a v některých bodech se od abstinujících neliší, nebo dosahuje i vyšších hodnot. Doporučujeme také zjistit, zda tito absolventi získávají podporu v jiných zařízeních, například při osobních krizích, relapsech a recidivách či zda zůstávají z hlediska podpory v abstinenci sami. Zároveň by bylo vhodné dalším výzkumem ověřit, jak se míra resocializace v této skupině liší v závislosti na intenzitě užívání alkoholu.

Výsledky ukazují, že Program následné péče Krok absolvovaný po ukončení Terapeutické komunity Krok vede k větší míře abstinence u jeho absolventů. Doporučujeme, aby tento program absolvovali všichni klienti terapeutické komunity, u kterých je to možné, a zvýšili tak své šance uspět v abstinentském životě.

Rovněž doporučujeme, aby Terapeutická komunita Krok pokračovala v realizaci pracovní terapie a strukturovaného osobního volna, které se pozitivně promítá do získávání návyků pozitivně ovlivňující život absolventů.

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 abstínují a absolventy, kteří neabstínují. 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.

Význam této práce pro sociální pedagogiku vidíme především v tom, že byla do jisté míry 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 abstinují častěji. Dále, že absolventi se úspěšně navrací do společnosti. 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 impuls 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

- AYRES, R. M. et al. Treatment experience and needs of older drug users in Bristol. *Journal of Substance Use*, 17(1), 19-31. 2012, volně dostupné na https://www.researchgate.net/publication/233672314_Treatment_experience_and_needs_of_older_drug_users_in_Bristol_UK.
- 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.
- BORGES, G. BAGGE, CL. CHERPITEL, CJ. CONNER, KR. OROZCO, R. ROSSOW, I. A metaanalysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 2017.
- 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, CH. KÜHN, F. 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. Helsinki: 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, P, ŠIMŮNEK, J. Drogová faktografie-Používaná terminologie. Rektorát Masarykovy univerzity – www.rect.muni.cz, volně dostupné na <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 AUTORŮ. Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe, Praha 2007 ISBN 978-80-7106-937-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. 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.

MEEHAN, C. Junkies, Wasters and Thieves": School-Based Drug Education and the Stigmatization of People Who Use Drugs. Journal for Critical Education Policy Studies, 2017, (JCEPS), 15(1), 85-6. volně dostupné na <http://www.jceps.com/archives/3318>.

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

NEŠPOR, K. Abstinence od alkoholu: kdy a proč, 2018, volně na www.drnespor.eu

NEŠPOR, K. MÜLLEROVÁ, M. Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka. Praha: Sportpropag. 1997

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.

NEŠPOR, K. CSÉMY, L. KARBANOVÁ, H. MATANELI, O. Rodiče úspěšní v prevenci u dětí: multimediální materiál, 2015. Volně na www.drnespor.eu.

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2018, ISBN 97-880262135-74

- ROBERTSON, E. SIMS, B. REIDER, E. WARGO, E. Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood. Bethesda, Maryland: NIDA Press Office 2016. Volně na www.drugabuse.gov.
- 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.
- ŘEZÁČ, J. Sociální psychologie. Paido 1998, ISBN 80-859314-86
- 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.
- SCOTT, DG. GOSLING, HJ. Otherwise than prisons, not prisons otherwise. Therapeutic communities as a non-penal real utopia. Justice, Power and Resistance: European Group Journal. 2017
- 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.
- ŠUBRT, J. Soudobá sociologie. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2558-4.
- VANDERPLASSCHEN, W. COLPAERT, K. AUTRIQUE, M. RAPP, R. PEARCE, S. BROEKAERT, E. VANDEVELDE, S. Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. TheScientificWorldJournal. 2013. 427817. 10.1155/2013/427817. 2013.
- VÁŇOVÁ, A. SKÝVOVÁ, M. CSÉMY, L. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016. Státní zdravotní ústav 2017.

VEČEŘA, M. URBANOVÁ, M. Sociologie práva. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-72-5.

Velký sociologický slovník: II. svazek P-Z. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4310-5.

ZHANG, S. ROBERTS, R. MCCOLISTER, K. Therapeutic Community in a California Prison: Treatment Outcomes After 5 Years. Crime Delinquency OnlineFirst, 2009, 10.1177/0011128708327035.

<http://www.drnespor.eu>

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

<http://www.drugabuse.gov>

<http://www.oskrok.cz>

<http://www.pastorbonus.cz/onas.html>

NIDA Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Retrieved from, 2018 volně dostupné na <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>

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 Čtyřpolní tabulka abstinence

Tabulka č. 18 Čtyřpolní tabulka relaps

Tabulka č. 19 Čtyřpolní tabulka recidiva

Tabulka č. 20 Čtyřpolní tabulka zvýšená kvalifikace po TK

Tabulka č. 21 Čtyřpolní tabulka zaměstnání po TK

Tabulka č. 22 čtyřpolní tabulka odsouzení po TK

Tabulka č. 23 Čtyřpolní tabulka splácení dluhů

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník pro absolventy TK Krok (2007-2017)

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? Pokud ne, jak často a kolik alkoholu 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