

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**TERAPEUTICKÁ KOMUNITA A JEJ VPLYV NA KLIENTA
RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA**

Bakalárska práca

Štúdijný program: Sociálna práca

Školiace pracovisko: Katedra sociálnej práce

Školiteľ: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.

Nitra 2010

Miroslava Albertová

Ďakujem mojej školiteľke práce
doc. PhDr. Ľube Pavelovej, PhD.
za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytla pri vypracovaní
bakalárskej práce.

Ďakujem resocializačnému stredisku ADAM, Gbely – Adamov, za možnosť uskutočniť
prieskum, poskytnutie cenných materiálov, rád a
za mnohé nenahraditeľné dni odpracovaných hodín

a

v neposlednom rade patrí poďakovanie klientom spomínaného strediska, ktorým neželám
nič iného len nech ich abstinencia osloví na celý život.

ABSTRAKT

ALBERTOVA, Miroslava: *Terapeutická komunita a jej vplyv na klienta resocializačného strediska*. [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra sociálnej práce. – Školiteľ: doc. PhDr. Luba Pavelová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2010. 58 s.

Autorka sa v práci zaoberá resocializačným procesom drogovu závislého jedinca. Zameriava sa na spoločenstvo terapeutickkej komunity a osobnosť závislého v ňom. Prvá kapitola je venovaná fungovaniu terapeutickkej komunity. Spomenutý je vývoj terapeutickkej komunity na Slovensku, štruktúra, filozofia a hlavné tézy. Každé pravidlo, režim, terapia, spoločné sedenia sú vytvárané len za účelom prevýchovného pôsobenia na jedincov. Druhá kapitola poníma osobnosť závislého. Objasňuje niektoré skryté príčiny vzniku závislosti na porozumenie základov, od ktorých sa závislý charakter odvíja. Pozornosť je venovaná liečebnému procesu ako procesu zmeny a jednotlivým resocializačným fázam. Prieskum je zameraný na vplyv terapeutickkej komunity na klienta v resocializačnom procese. Prostredníctvom metódy rozhovoru a následnej kvalitatívnej analýzy podáva čiastočný obraz o tom, ako klienti zvládajú craving, ako vnímajú režim strediska, aké sú ich skutočné dôvody pre liečbu a ako spolupracujú v rámci komunity.

Kľúčové slová:

Resocializácia. Terapeutická komunita. Drogovo závislý. Terapia. Osobnosť. Liečba. Spoločenstvo. Správanie. Motivácia. Pravidlá.

ABSTRACT

ALBERTOVÁ, Miroslava : Therapeutic community and its influence to client of resocialization centre[BA thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Social Work. - Tutor: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. Master of degree: Bachelor (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2010. 58 s.

The author of this work deals with the resocialisation process of a drug-addicted person. She focuses on the therapeutic community and a personality of a drug-addicted man in this surrounding. The first chapter is dedicated to functioning in the therapeutic community. There is also mentioned the development of the therapeutic community in Slovakia, the structure, philosophy and main thesis. Each rule, mode, therapy, common sitting is created in order to reeducated effect to individuals. The second chapter involves the drug-addicted personality. It illustrates some inner causes of formation of addiction in order to we could understand the basis which the addicted character runs off. Attention is dedicated to recovery process which represents the process of changing and individual aspects of resocialization process. Throughout the interview and qualitative analysis it gives a particular image about how clients handle craving, how centers perceive the regime, their actual reasons for therapy and their participation within a community.

Key words:

Resocialisation. Therapeutic Community. Drug-addicted. Therapy. Personality. Cure. Fellowship. Behavior. Motivation. Rules.

OBSAH

ÚVOD	9
1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA AKO FORMA RESOCIALIZÁCIE	10
1.1 Prvé terapeutické komunity	10
1.2 Filozofia	11
1.3 Hlavné zásady	14
1.4 Praktické fungovanie	15
2 KLIENT V RESOCIALIZAČNOM PROCESE	19
2.1 Profil klienta v resocializácií	19
2.2 Liečebný proces	23
2.3 Resocializačné fázy	26
3 PRIESKUM VPLYVU TERAPEUTICKEJ KOMUNITY NA KLIENTA V RESOCIALIZAČNOM PROCESE	29
3.1 Ciele a otázky prieskumu	29
3.2 Výber prieskumnej vzorky	31
3.3 Použité metódy a postupy	33
3.4 Plán prieskumu	34
4 VÝSLEDKY	35
4.1 Spôsoby zvládania cravingu	35
4.2 Vnímanie režimu	38
4.3 Motív k liečbe	40
4.4 Spolupráca v komunite	44
5 DISKUSIA	47
5.1 Spôsoby zvládania cravingu	47
5.2 Vnímanie režimu	48
5.3 Motív k liečbe	50
5.4 Spolupráca v komunite	51

ZÁVER	54
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV	55
PRÍLOHY	58
PRÍLOHA A Rozhovor	
PRÍLOHA B Odpovede respondentov vo významovej kategórii <i>craving</i>	
PRÍLOHA C Odpovede respondentov vo významovej kategórii <i>vnímanie režimu</i>	
PRÍLOHA D Odpovede respondentov vo významovej kategórii <i>motív k liečbe</i>	
PRÍLOHA E Odpovede respondentov vo významovej kategórii <i>spolupráca v komunite</i>	

ZOZNAM TABULIEK

Tab. 1 Účastníci prieskumu	31
Tab. 2 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii craving	35
Tab. 3 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii vnímanie režimu	38
Tab. 4 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii motív k liečbe	40
Tab. 5 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii spolupráca v komunite	44

ÚVOD

Predchádzajúce praktické skúsenosti v podobe dlhodobejšieho pobytu v terapeutickej komunite nám umožnili hlbšie preniknúť do tejto problematiky. Podľa nášho názoru sa jej nevenuje dostatočná pozornosť. Médiá prezentujú verejnosti len akýsi „výsek“ z celej problematiky, ktorým sú reportáže o dílerstve v trestnom duchu – kde , v akom množstve a kým bola látka užívaná, prípadne bolo s ňou obchodované a ako zakročili proti tomu policajné zložky. Našej pozornosti zrejme unikol fakt o tom, že by boli prezentované informácie o liečbe závislých. O tom čím prechádzajú, keď sa musia vzoprieť niekoľko ročnému životnému štýlu a doživotne abstinovať. O tom, že Slovensko má strediská a liečebne, kde jednotlivci ako spoločenstvo bojujú so svojim životom, je podľa nášho názoru málo rozvíjaná diskusia. Snažíme sa vidieť reálny stav. Na uliciach, v domoch, bytoch vyrastajú nové generácie narkomanov, mení sa ponuka drog , rozširuje sa jej rôznorodosť, mení sa dopyt po nej a menia sa aj užívatelia. Vyrastajú medzi nami a je len na nás čo s týmito ľudskými bytosťami urobíme. Dokážu si pomôcť sami, ibaže sa musia naučiť ten základný návod : ako na to. Tomuto „návodu“ – liečbe sa venujeme v našej práci. Cieľom našej práce je priblíženie skutočného stavu, ako vníma drogový závislý svoje pôsobenie v terapeutickej komunite. Terapeutické spoločenstvo obsiahnuté v resocializačnom stredisku, jeho filozofia, liečebné prvky, systém usporiadania a vzájomné terapeutické pôsobenie členov sú ústrednými prvkami, ktorým sa budeme venovať. Komunita vytvára priestor k modifikácii nežiaducich foriem správania na spoločensky prijateľné. Predstavuje model, ktorý pôsobí ako protipól životných návykov získaných v drogovom prostredí. Z tohto dôvodu v terapeutickej komunite dochádza nepretržite k tlaku, konfrontácií, vzdoru, ale i k pozitívnym zmenám v životoch jedincov. Sociálny pracovník tu vystupuje v roli usmerňovateľa celého tohto diania. Práve to bola nosná myšlienka, ktorá nás motivovala k výberu tejto témy bakalárskej práce. Sociálna práca tu má nemenné zastúpenie popri psychológií a iných vedách. Navzájom si pomáhajú a doplňujú sa. V prvej časti prezentujeme teoretické poznatky o liečbe, jej štruktúre, procese zmeny, pôsobeníu terapeutickej komunity, profilu závislého klienta a resocializačných fázam. Predmetom nášho prieskumu teda bolo - ako vnímajú režim komunity, ako zvládajú craving, aké sú skutočné dôvody, ktoré ich motivujú k liečbe a ako spolupracujú klienti v terapeutickej komunite.

1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA AKO FORMA RESOCIALIZÁCIE

Resocializácia vo oblasti drogových závislostí je „dlhodobý proces komplexného, sústavného cieľavedomého systematického a adresného ovplyvňovania, usmerňovania prevýchovy a vedenia odliečeného jedinca, ktorý smeruje k jeho plnohodnotnému návratu do bežného života, sociálneho prostredia a pracovného procesu. Programovo je orientovaný na zmenu spôsobu myslenia, konania, životného štýlu odliečeného závislého, na jeho tréning v sociálnych zručnostiach, osvojovaní si morálnych a etických noriem, nácvik samostatného života, života v skupine a pre skupinu“ (Zemko, 2004, s.29). „Na to, aby tento proces návratu do spoločnosti jedinec prekonal čo najoptimálnejšie sa orientujú tri druhy aktivít:

- aktivity vychádzajúce zo samotného jedinca (napr. prehĺbenie sebapoznania, zvyšovanie odolnosti voči záťaži, pevná vôľa),
- aktivity vychádzajúce z okolitého prostredia, v ktorom sa práve jednotliviec nachádza (napr. RS, nápravno-výchovné zariadenie, liečebný ústav, psychiatrická klinika a pod)
- v neposlednom rade aktivity inštitúcií napomáhajúcich opätovné začlenenie do spoločnosti (ÚPSVaR, sociálna kuratela, sociálne poradenstvo). Nemenej významná je podpora primárneho prostredia (rodiny, priatelia, pracovný kolektív “ (Šírová, 1999, s. 242).

1.1 Prvé terapeutické komunity

Starostlivosť tohto druhu na Slovensku zabezpečujú špecializované a účelové zariadenia určené na výkon sociálnych služieb v rámci resocializácie v oblasti drogových závislostí – resocializačné strediská (ďalej RS). Služby v RS sa poskytujú na základe zmluvy medzi prevádzkovateľom RS a klientom. Na úhrade nákladov za pobyt sa podieľajú i klienti daného RS a to buď v plnej alebo čiastočnej miere. Každé RS musí mať svojho odborného garanta a musí v ňom byť vykonávaná supervízna činnosť. „Osadenstvo každého RS tvorí spravidla samostatné otvorené terapeutické spoločenstvo terapeutov a klientov, tzv. terapeutická komunita (TK) svojpomocného charakteru fungujúca so samosprávnym riadením života a uplatňovaním prvkov skupinovej terapie“ (Zemko, 2004, s. 30). Všeobecne najuznávanejším prvým modelom bola komunita Synanon, založená v r. 1959 v Kalifornii Ch. Dederichom, abstinujúcim alkoholikom. Analýza Synanonu a Daytop

Lodge, podobného modelu, zriadeného následne v New Yorku, podávala cenný pohľad na základnú koncepciu, na ktorej je postavená terapeutická komunita pre narkomanov v Spojených štátoch a neskôr aj v Európe. Mnoho členov Synanonu a Daytopu tvoria prípady, ktoré riešil súd. Názov Daytop je v skutočnosti akronymom pre Liečenie drogovej závislosti u osôb podmienene prepustených (Beniaková, 1996). Na Slovensku sa vytvorila základňa terapeutických komunit o niečo neskôr. „Na začiatku roku 1996 sa skupina „nadšencov“ rozhodla podniknúť niečo v oblasti resocializácie drogovu závislých mladých ľudí. Ich spoločným znakom bola ich spoločná skúsenosť s vlastnou závislosťou prevažne od alkoholu. ... Založili ROAD s.r.o. a ROAD občianske združenie, ktoré sa neskôr transformovalo. Prvých klientov priviezli 4. júla 1996 do prvého sídla ROADu Adamova. Tam vznikol základ prvého programu terapeutickkej komunity s režimom za spoluúčasti klientov. V roku 1997 sa z organizačných dôvodov presťahovali do prenajatého objektu na Tomkoch, kde sídlia doteraz“ (Cymbalová, In Okruhlica, 1998, s. 209). Resocializačné stredisko Ľudovítov vzniklo v novembri 1995 ako prvé svojho druhu na Slovensku z podnetu občianskeho združenia Život bez drog a aktívnej podpory Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. Nezisková organizácia Nádej – Reménység (resocializačné stredisko) vznikla v roku 1997 transformovaním pôvodnej Sociálnej nadácie Nádej-Reménység, založenej v roku 1992. Podobne resocializačno-terapeutické stredisko RETEST v Bratislave vzniklo v roku 1997. Nezisková organizácia PAHOROK, bola 10.11. 1999 zaregistrovaná na Krajskom úrade v Nitre ako n.o. Resocializačné stredisko Teen Challenge na Slovensku má 13 ročnú históriu. Teen Challenge si datuje históriu svojho vzniku tiež okolo roku 1996. Provital – Dom života bez drog vznikol v 1997. Z uvedeného vyplýva, že prvé komunity na Slovensku vznikali približne v rokoch 1995, 1996, 1997.

1.2 Filozofia terapeutickkej komunity

Kratochvíl (2006, s. 215) hovorí o využití terapeutickkej komunity. „Pre interpersonálnu psychoterapiu poskytuje taký organizačný systém ako je terapeutická komunita, pokiaľ sa doplní niekoľkými zásadami, zvláštnu formu intenzívnej skupinovej psychoterapie. K týmto zásadám patrí, že spoločný program s pracovnou a inou rôznorodou činnosťou (šport, hry, muzikoterapia,...) sa zameriava tak, aby pacientom umožňoval :

- a) Premietnuť do tohto malého modelu spoločnosti problémy zo svojho vlastného života, hlavne vzťahy k ľuďom rôzneho veku, pohlavia, postavenia a rôznych povahových vlastností.
- b) Získať spätné informácie o pôsobení vlastného chovania na iných a tak dosahovať náhľad na vlastný podiel na vytváraní problémov.
- c) Prežiť určitú korektívnu emočnú skúsenosť
- d) Nacvičovať vhodnejšie adaptívne formy chovania.

Stručne povedané, tento systém má podporovať projekciu a korekciu neurotických vzorcov správania“. Existuje viacero definícií, no my sa stotožňujeme s ďalej uvedenými. „Terapeutická komunita je liečebné spoločenstvo. Nevyhnutná je aktívna účasť klienta na liečbe. Vychádza z predpokladu, že ľudia s rovnakým problémom si dokážu účinne pomáhať tým, že si poskytujú vzájomnú podporu, učia sa jeden od druhého, hodnotia sa navzájom“ (Lúčna, 2008, s. 19). Iná definícia Kratochvíla (1995) znie: Terapeutická komunita v širšom zmysle je systém riadenia liečebného oddelenia, v ktorom sa podporuje všestranne otvorená komunikácia a v ktorom sa na rozhodovaní podieľajú všetci členovia tímu i pacienti. Významnou zložkou tejto formy organizácie sú schôdzky personálu s pacientmi, pri ktorých dochádza k výmene informácií a prejednávaníu problémov vo vzájomných vzťahoch a schôdzky personálu, v ktorých sa usiluje o pochopenie interpersonálnych procesov v liečebnej jednotke a objasnenie reakcií členov liečebného tímu voči pacientom a i voči sebe navzájom.

Spoločenstvo nesníma zodpovednosť za naše bytie, správanie, život, ale naopak nás k tejto zodpovednosti volá. Spoločenstvo nám ukazuje všetky stránky zodpovedného života, učí nás rozhodovať sa a niekedy nás veľmi tvrdo konfrontuje s dôsledkami našich rozhodnutí. Možnosť postupného učenia sa „byť zodpovedný“, objavovanie tejto schopnosti sám v sebe i svojich limitov v tejto veci, je jedným z najväčších darov komunity... Otvorenosť komunikácie je veľmi dôležitá a ako definícia zdôrazňuje dvojsmernosť, medzi všetkými členmi komunity – klienti a personál. Je to však len prvý krok, otvorenosť nám otvára ďalšie dvere – radosť, bolesť, vinu, zúfalstvo, samotu, smrť – celý rad existenciálnych tém, s ktorými sa bojíme inak stretnúť (Rcihterová-Těmínová, 2007).

1. 3 Hlavné zásady TK

1. *aktívny podiel klienta na liečbe, spoluúčasť* – základným cieľom liečby pacienta so závislosťou od akejkoľvek psychoaktívnej látky vrátane alkoholu je motivovať ho na zmenu doterajšieho životného štýlu tak, aby nemal potrebu vracat' sa k droge a vyhľadávať ju.... Pacient nesmie byť len pasívnym prijímateľom lekárových rozhodnutí, musí sa aktívne, samostatne a so záujmom podieľať na vlastnej liečbe (Lúčna, 2008). Podľa Cymbalovej (In Okruhlica, 1998, s. 205) „aktívny podiel pacientov na liečbe znamená, že pacienti sú aktívnymi účastníkmi terapie vlastnej aj spolupacientov, stávajú sa vzájomne terapeutmi, prenáša sa na nich časť zodpovednosti. V komunite sú spoluzodpovední za riadenie a liečbu. Vytvárajú si svoju samosprávu s rôznymi právomocami. Spoločenstvo členom poskytuje chránené územie, malý sociálny svet, kde majú jednotlivci právo sa realizovať.“ Kalina (2008a) hovorí o práci na sebe ako najpodstatnejšom atribúte role klienta. Avšak táto práca na sebe nie je prácou individuálnou a nezávislou. Pravidlá, hodnoty, procesy mu poskytujú oporu, nástroje, ale aj výzvy a obmedzenia. Čiže klient musí pracovať na sebe v súlade s pravidlami, hodnotami a procesmi v komunite.

2. *vzájomná obojstranná komunikácia* – prebieha na všetkých úrovniach bez ohľadu na hierarchiu rolí. Taký systém prináša väčšiu otvorenosť, ústretovosť a porozumenie a náhľad do správania jednotlivcov i zákonitostí ľudského správania vôbec. Znamená to pravdaže, že i personál musí vedieť prijímať kritiku od členov komunity, pretože inak by nemohlo dôjsť k otvorenému vyjadrovaniu názorov, postojov, pocitov (Hartl, 1997).

3. *rovnoprávnosť v rozhodovaní* – nastupuje namiesto tradičného prikazovania zhora. Členovia komunity sa podieľajú na riadení komunity, čím dochádza k výmene a väčšej pružnosti rolí. Skupina, v ktorej nedochádza k zmene rolí, stagnuje (Hartl, 1997).

4. *kolektivita* – „podporuje vzťahy medzi členmi, ich vzájomnú interakciu v komunite, neakceptuje izolovanosť člena komunity, vyžaduje sa včlenenie a spoluúčasť členov na všetkých aktivitách komunity. Podporuje sa konfrontácia, ktorá nedovoľuje pacientovi únik do konformnosti, ale vyvíja tlak na prijatie noriem komunity na ktorých je komunita postavená“ (Cymbalová, In Okruhlica, 1998, s. 206).

5. *permisivita* – alebo postoj vyhýbajúci sa kritizovaniu druhých osôb je založený na rešpektovaní a akceptácií druhých, i keď ich správanie vybočuje z bežnej normy. Avšak

vôbec to neznamená, že sa takému správaniu nevenuje pozornosť. Naopak. Správať sa permissívne znamená, že sa úmyselné vyhýbame snahe potlačovať také správanie predpismi a zákazmi preto, aby sa objavilo, aby sa o ňom mohlo hovoriť a aby sa mohlo korigovať. Nájdenie príčin takého správania potom vedie k náhľadu, čo je prvý krok k zmene správania (Hartl, 1997).

6. *sociálne učenie* - klienti v skupine zvyknú nachádzať vzory v ostatných členoch rovnako ako v terapeutovi. V praxi mnohokrát nie je jednoznačné, či sa jedná o vzory alebo len o manipulatívnu reakciu na tlak, ktorý vyvíja na jednotlivca komunita. Napodobujúce správanie môže byť terapeutickým faktorom, ako tvrdí Bandura. „Bandura hovorí o sociálnom učení, ktoré nejde úplne vysvetliť na základe priameho posilňovania, takže experimentálne demonštroval, že nápodoba je účinnou terapeutickou silou. V skupinovej terapii je obvyklé, že klientovi prospieja, keď vidí zlepšenie druhého s podobným problémom alebo v podobnej situácii, čo je prejav nazývaný ako terapia pozorovaním“ (Yalom, 2007, s. 37). Vrstovníci ako vzory (role models) - na členov, ktorí sa správajú očakávaným spôsobom, ktorý odráža hodnoty a učenia komunity sa prihliada ako na vzory. Sila komunity ako kontext pre sociálne učenie pochopiteľne súvisí s počtom a kvalitou jej vzorov. Od všetkých členov komunity, na všetkých úrovniach a v každej situácii, sa očakáva, že budú vzorom, aby udržali integritu komunity a zaistili šírenie účinkov sociálneho učenia (De Leon, In Nevšimal, 2004).

1.4 Praktické fungovanie TK

Štruktúrovaný program v komunite je jedným zo základných prvkov. Charakter a rozdelenie aktivít závisia jednotlivo od komunity. Medzi základné patria: psychoterapia, arteterapia, ergoterapia, komunitné sedenia, skupinové sedenia, individuálne sedenia, terénna terapia, funkcie, sankcie, rituály, voľnočasové aktivity atd. „Režim môžeme v terapeutickom programe zaradiť do prvkov, ktoré majú za úlohu viesť klientov k uvedomeniu si bežnej reality a jej dôležitosti, výhody pravidelnosti, prispôsobení sa oprávneným požiadavkám väčšiny, zodpovednosti, ktorú má klient k ostatným a zodpovednosti ostatných za neho. Ide tu o primárne získanie sociálnych zručností, prijatiu a pochopeniu ich dôležitosti pre bežný život. „Ideálna situácia je, keď sa režimom terapeuti nemusia vôbec zaoberať a starosti ohľadom režimu sa stanú samozrejmosťou povinností klientov vyšších či nižších fáz v podobe prijímania komunitných funkcií či rolí,

ako sú napr. šéf domu, kuchár, zdravotník a pod. Tieto funkcie motivujú klienta k aktívnejšiemu prijatiu zodpovednosti za komunitu, ale taktiež ho vystavujú požiadavkám spracovávať prípadné porušovanie daných pravidiel“ (Broža, 2007, s.89). Režim môžeme charakterizovať v užšom zmysle ako náplň pracovného týždňa a v širšom ako konštrukt všetkého, čo sa v komunitnom spoločenstve stane. Predstavuje mikrosociálny systém, ktorého význam je dôležitý aj pre ďalšie fungovanie klienta po opustení komunity a zaradení do bežného života. Môžeme ho prirovnať k matici na skrutke, ktorá sa uťahuje a po odchode z komunity sa uvoľňuje. Preto najdôležitejším krokom klienta je čo najviac si zobrať a súčasne aj dávať. Hneď po príchode je na klienta vyvíjaný „nátlak“, aby zanechal predchádzajúce spôsoby správania a myslenia. Po ubytovaní, poučení a obhliadke je okamžite zapojený do režimu. Pridelí sa mu „starší brat“ (anjel strážny- klient vo vyššej fáze), ktorý by mu mal pomôcť k adaptácii na nové prostredie. Klient po príchode vchádza do nulte prípadne prvej fázy. Prvé etapy sú rozhodujúce. Jeho súčasné zvyky sú naštrbené komunitou, ktorá okamžite vyvíja nátlak. Neprestajne si chráni „to svoje“, čo je samozrejme prirodzené. Mnohé roky žije určitým spôsobom spolu s drogou a naraz sa jeho dovtedajšie istoty stávajú vlastne činiteľmi, ktoré ho pustošia. V klientovi sa tak utvára množstvo protichodných reakcií, procesov, pocitov, hnevu, agresie, ale aj ústupov, ktoré sa v ňom hromadia. Na to sú vhodné komunitné a skupinové sedenia, kde by malo v ideálnom prípade dôjsť ku konštruktívnej kritike, ventilácií, utriedeniu a k následnej ponuke riešenia. Je to neustály „boj“ terapeuta s klientom, pričom obe strany majú na zreteli dobro klienta.

Vybrané druhy uskutočňovaných terapií:

Pracovná terapia (ergoterapia) – Podľa Filoušovej (1999) prístup k liečbe sa nepozná podľa zhovorčivosti na skupinách, ale podľa postoja k práci a ku každodenným pracovným povinnostiam. Fyzická práca vonku, kde väčšina členov pracuje spoločne, ponúka množstvo podnetov k interakčnej práci v skupine. Na povrch vychádzajú interpersonálne napätie a konflikty a môžeme vidieť i eventuálne nenápadné erotické pokusy o zblíženie. Nemusí sa tak napr. v skupine prehrávať imaginárna psychodráma, ale môžu sa priamo sledovať dojmy z toho, čo sa videlo v skutočnosti.

Individuálne terapie - v počiatkoch TK pre závislých sa individuálne terapeutické sedenia nerealizovali a jednoznačne sa dávala prednosť skupinovému riešeniu....neskôr boli do programu zaradené aj individuálne terapeutické prvky ako práca s denníkom, alebo vzdelávacie programy vedené učiteľom. Po cca desiatich rokoch vývoja prvej

kontinentálnej komunity Emiliehoeve je už za nových klientov zodpovedný jeden člen pracovného tímu a môže s nimi hovoriť individuálne, pokiaľ to uzná on alebo klient za potrebné, rovnako sa stali individuálne pohovory s členom tímu súčasťou prestupu do vyššej fázy (Nevšímal, 2007).

Individuálna terapia je obsiahnutá v každej komunite, viac či menej. V niektorých je zaradená formálne v štruktúre dňa, v pravidlách, významný bod v práci s klientom. V iných strediskách je neformálnym sedením klienta a terapeuta. O tom, či je potrebná nie sú pochyby, ale nesmela by prevládať nad skupinovou terapiou. Pokiaľ klient podstúpi zmenu v liečebnom procese musí ju prezentovať pred ostatnými členmi komunity, aby mohli pripomienkovať jeho správanie. Pokiaľ je toto predstreté len medzi dvoma osobami – terapeut a klient – po skončení sedenia nemá kto pri danom klientovi realizovať „kultúru skúmania“ a klient ľahko skĺzava do „starých vzorcov správania“ a nie je naňho vyvíjaný nátlak zo strany ostatných členov komunity k dodržaniu slova (sľubu).

Terénna terapia – „Terénne terapie vychádzajú z predpokladu, že zmena terapeutických podmienok, ktoré prináša pobyt v prírode, poskytuje reálnejšie modelovanie bežných životných situácií, na ktoré sú klienti počas resocializácie pripravovaní. To umožňuje adekvátnejšie odskúšanie návykov či zručností, ktoré získavajú počas terapií. Dlhší spoločný pobyt terapeutov a klientov zosilňuje interakcie tak medzi klientmi navzájom ako aj medzi terapeutmi a klientmi, čo prináša možnosť intenzívnejšej skupinovej a individuálnej terapie, a v konečnom dôsledku znamená zintenzívnenie komunitnej dynamiky ako celku“ (Halama, 2002, s. 263).

Rodinná terapia – Jednotkou liečenia tu nie je len klient, ale systém ako súbor všetkých vzťahov, ktorých sa jedinec zúčastňuje. Koncept rodinnej terapie vychádza z toho, že pokiaľ sa má zmeniť jedinec, tak je potrebné zmeniť kontext, v ktorom žije. V priebehu rodinnej terapie by malo dôjsť k zmenám systému (štruktúra, komunikácia, zdieľanie problému). Dôležitá je rola terapeuta, ktorý musí byť neutrálny (prípadne sa pripojovať pružne k rôznym členom rodiny či koalíciám) a zastávať aktívne a rešpektujúce postavenie. Rodinný terapeut vytvára hypotézy o procesoch prebiehajúcich v rovine s identifikovaným problematickým jedincem a tieto hypotézy overuje. (Rodinná terapia....2003)

Vybrané typy terapeutických skupín podľa Nevšimála (2007, s. 112), ktoré nachádzame aj v našich resocializačných strediskách:

- *Ranná komunita* – zameriava sa na zhodnotenie dôležitých udalostí včerajšieho dňa, na reflexiu momentálneho naladenia, na podávanie aktuálnych informácií, na naplánovanie činností pre dnešný deň, riešenie organizačných a prevádzkových záležitostí, udeľovanie sankcií, pochvál, podávanie vzájomných reflexií, uzaviera sa často spoločným skupinovým rituálom. Rannú komunitu môže viesť na rozdiel od terapeutickkej skupiny klient, väčšinou šéf domu. Príklad priebehu rannej komunity môže byť nasledujúci : privítanie, najdôležitejšia udalosť včerajšieho dňa, citát na dnešný deň, reflexia momentálnej nálady či cravingu, rozbor snov, individuálne hodnotenie prežitých udalostí, reflexie k druhým, rozpis pracovných činností, udelenie sankcií a pochvál, žiadosti o výnimku , atd.
- *Interakčná* – jedná sa o skupinu zameranú na konfrontáciu dvoch alebo viacerých členov komunity. Táto konfrontácia obvykle vychádza z predchádzajúcich konfliktov a postojových rozdielov medzi aktérmi. Je výhodné tieto rozpory priebežne monitorovať a skupinu podporovať v ich objavovaní a odhaľovaní. Konfrontácia by mala byť priama, orientovaná na klientovo správanie, konkrétna a podporená konkrétnymi príkladmi. Po (často ostrej) výmene názorov nasleduje pohľad ostatných členov komunity na konkrétnu tému a v neposlednom rade v ideálnom prípade i pokus o psychodynamický náhľad do podstaty problému. Téma by mala byť uzatvorená vzájomným pochopením aktérov alebo aspoň toleranciou k odlišnému názoru. Klienti by mali byť schopní po skupine normálne spolupracovať, podanie ruky alebo objatie tento fakt často potvrdzuje. Potenciál, ktorý takáto skupina ponúka je ohromný (náhľad, sebareflexia, odpustenie, prijatie...) pre terapeutický tím je spravidla jej vedenie najobťažnejšie
- *Mimoriadna* – každý člen komunity má právo zvolať mimoriadnu skupinu (komunitu) v prípade, že cíti ohrozenie seba alebo komunity a v prípade, že mu napr. jeho emočný stav nedovoľuje normálne fungovať v programe. Mimoriadna skupina vyžaduje zastaviť aktuálny program a účasť všetkých prítomných členov komunity je potrebná. Poskytuje časovo veľmi obmedzený priestor v minútach na spracovanie krízovej témy a buď dôjde k okamžitému riešeniu alebo k odkazu do priestoru obvyklého k riešeniu takej situácie. Napr. sa môže jednať o konflikt medzi klientmi, oznámenie o porušení niektorých pravidiel alebo nájdenie drogy

v komunite. Pokiaľ dlhšiu dobu chýba dochádza pravdepodobne k riešeniu množstva problémov skryto v kuloároch (v rámci druhého života komunity).

- *Veľká komunita*- uskutočňuje sa každý večer, 2x za týždeň, či každý piatok. Závisí to od danej komunity a od jej vnútorného usporiadania. Jonesova charakteristika celej komunity vystihuje to, čo v praxi robíme dodnes na komunitnom sedení – „na každodennom stretnutí pacienti a prítomný personál sedí vo veľkom kruhu, diskutujú o tom, čo sa v komunite v posledných 24 hodinách prihodilo a preberajú akýkoľvek problém, ktorý sa vynorí, smerujú ku spoločnému názoru a prijímaniu rozhodnutí“ (Kalina, 2008a, s.113).

Kennard (1998, in Kalina, 2008a) uvádza komunitné stretnutie medzi spoločné znaky TK všetkých druhov. Väčšinou sa koná a malo by sa konať každý deň, v rôznych modifikovaných prístupoch minimálne jedenkrát týždeň.

Pre klientov sa tu vytvára priestor na podieľanie sa o svoje pocity, konflikty, trápenia, radosti, činnosti z celého dňa a následne je uplatňovaná „kultúra skúmania“, kedy všetci ostatní členovia spoločenstva, ak cítia potrebu sa vyjadrujú k predloženým informáciám a spoločne sa snažia odhaliť niekedy aj skryté manipulácie, nejasnosti, „zakrývania“. V prípade, že si klient nedokáže s niečím poradiť komunita mu poskytne podporu. Veľká komunita v spojení hodnotiacou sa realizuje raz za týždeň alebo raz za dva týždne. Podstatou je veľká komunita s rozšíreným záberom, na ktorej sa hodnotí predchádzajúce obdobie, dosiahnuté ciele, zvládanie funkcií, pokroky v terapii, plnenie liečebného plánu a pod) Skupinové a komunitné stretnutia praktizujú jednotlivé strediská v rámci Slovenska individuálne.

2 KLIENT V RESOCIALIZAČNOM PROCESE

Počas resocializácie sa klient dostáva do interakcie s inými klientmi a terapeutmi, čo mu umožňuje nadobúdať nové prijateľné modely správania. Osvojuje si nové sociálne role formou sociálneho učenia. Je potrebné oboznámiť sa s najväčším počtom atribútov, ktoré prislúchajú k danej cieľovej skupine od počiatočných skrytých motívov vývoja „chorej osobnosti“ závislého až po jeho relatívne ustálené správanie v terapeutickom spoločenstve. Všetky tieto vlastnosti si totižto klient nesie so sebou do resocializácie a mnohé v ňom ostávajú na celý život.

2.1 Profil klienta v resocializácii

Izolovaním človeka, vyradením na okraj spoločnosti, sa utvorí v závislom človeku súbor nezdravých a patologických foriem prežívania a správania. V takejto osobnosti sa nevytvoria, resp. stratia istoty, či presvedčenia, ktoré ju majú sprevádzať v rôznych životných situáciách. Neprijíma svoje životné role a vytvára si „chorú“, v ktorej funguje, prijíma deštruktívne vzorce, ktoré ovplyvňujú aj jeho okolie. Rotgers (1996) píše o negatívnych psychologických dôsledkoch alkoholizmu či drogovej závislosti, ktoré zahŕňajú nízke sebahodnotenie, zlosť, grandiozitu a závisť voči ostatným. Obranné mechanizmy sa prejavujú ako popieranie, racionalita, projekcia, zľahčovanie problému, vyhýbanie sa pocitom, sebaľútosť, precitlivosť, nedostatok sebavedomia, nízka frustračná tolerancia a rôzne obavy. Samozrejme nie všetci alkoholicy a drogovovo závislí trpia všetkými uvedenými psychologickými problémami.

Podľa Bergereta (1995) toxikoman nemohol integrovať dostatočnú časť svojho pudového života do kompromisov dospelosti, ktoré sa uzatvárajú podľa princípov reality a ktoré porovnávajú a triedia to, čo by podľa princípu slasti mohlo subjektu priniesť ozajstné uspokojenie. Toxikomanská osobnosť býva najčastejšie limitovaná oveľa viac svojou silnou emocionálnou nezrelosťou než prípadnou psychickou chorobou. V podstate je závislá od princípu slasti a od imperatívnych dokonca derealizovaných požiadaviek, ktoré z nej vyplývajú, akoby išlo o nevyriešené, neprekonateľné obdobie skorého detstva. Broekaert (2001, in Kalina, 2008) píše o klientoch TK ako o emočne nezrelých, rodených manipulátoroch, trpiacimi úzkosťami a strachom a používajúcich agresiu, aby prekonali svoje slabosti alebo od nich odvrátili pozornosť. Zdôrazňuje však, že títo klienti majú veľký potenciál, ktorý TK pomáha objaviť a rozvinúť.

Filoušová (1999) zo skúseností s liečbou drogovu závislých v TK v Bílej Vodě, hovorí o uvedomení si, že pacienti nie sú „neschopné chudiatka“, ktoré sa o seba nedokážu postarať. Práve naopak, sú to inteligentní ľudia, ktorí využívajú všetky možnosti, ktoré sú im dostupné. Skúšajú, kam až môžu zísť, zisťujú, čo všetko im dovoľia ľudia navôkol.

Klient po príchode vykazuje známky buď nezdravého alebo žiadneho sebedomia. Okamžite potrebuje mať pocit uspokojenia a pocit nepohody v ňom vyvoláva frustráciu, ktorú si vzápätí často agresívnym spôsobom kompenzuje na okolí. Z toho vyplýva už spomínaná absencia kontroly emocionálnych reakcií. Najčastejšie používanými prostriedkami si vydobytia uspokojenia bývajú manipulácia, klamstvá a skúšanie hraníc, kam až môžu zísť. Táto vlastnosť môže pochádzať aj zo skutočnosti, keď častokrát rodinný príslušníci či známi s nádejou zlepšenie stavu jedinca mu ustupujú až do krajnosti. Kalina (2008a) vyvodzuje profil klienta, ktorý je nanajvýš vhodný pre liečbu v terapeutickú komunitu:

1. Klient má vysoký potenciál pre relaps, pre akútnu intoxikáciu alebo rozvoj abstinenčných príznakov.
2. Klientova vlastná motivácia k liečbe a abstinenciu nie je úplne jednoznačná a vyžaduje výraznú podporu a upevnenie.
3. Vzťah k okoliu je natoľko nepriaznivý, že neumožňuje liečbu bez vzdialenia sa klienta z pôvodného prostredia (väčšinou ide o „toxické prostredie“ drogovej scény, rizikové vrstovnicke a partnerské vzťahy, nefunkčnú rodinu alebo rodinu, ktorá ďalšiu podporu klientovi podmieňuje absolvovaním liečby)
4. Zdravotné a psychologicko-psychiatrické komplikácie nie sú natoľko závažné, aby vyžadovali nemocničnú liečbu...

Motív liečby - motivácia klienta pre liečbu nie je nikdy jednoznačná. Mnohé skúsenosti z praxe hovoria o klientoch, u ktorých až po roku pobytu sa zistí skutočný dôvod liečby. Pri čom tento skutočný dôvod je ďaleko vzdialený od rozhodnutia abstinovať. Avšak faktom ostáva, že na začiatku liečby nie je hlavné skalopevné presvedčenie klienta o abstinencii, ale skôr skutočnosť, že klient zotrúva v stredisku. Pre terapeutov a spoluklientov sa tak otvára široké pole pôsobnosti, kedy klient môže síce zotrúvať v odpore voči liečbe aj terapeutom, ale stále existuje možnosť podať klientovi skutočný náhľad na svoju situáciu a nechať ho rozhodnúť sa pre resocializáciu alebo pre život s drogou.

Motívy liečby sa často opakujú a môžeme ich rozdeliť do nasledovných skupín :

- nátlak zo strany rodinných príslušníkov, obyčajne podfarbený ďalším ústupkom
- preliečenie psychických či fyzických potiaží spôsobených životom v drogovom prostredí.
- liečba ako „úkryt“ z dôvodu páchania trestnej činnosti alebo straty bydliska
- nátlak so všetkých spomínaných oblastí
- vnútorné rozhodnutie klienta po mnohých rokoch na ulici a neúspešných pokusoch o liečbu

Podľa Filoušovej (1999, s. 285) „pri úvodných pohovoroch menšina priznáva, že sa aktuálne liečiť nechce, že si len potrebuje odpočinúť od drogového stereotypu, zlepšiť si zdravotný stav a vzdialiť sa z dosahu drogovej scény. Väčšina pacientov tvrdí, že sa prišla liečiť z drogovej závislosti. Skoro sa však ukazuje, že i z nich je väčšia časť v skutočnosti na liečbe len preto, aby vyhovelí želaniam rodičov alebo aby unikli rodičovskému ultimátu, či iným súdnym nariadeniam.“

Podľa Špalekovej (2008) nie je dôležitá diagnóza, ale motivácia človeka na zmenu. Teda uvedomenie si „som závislý“ je len polovičné percento úspechu, pretože množstvo závislých aj napriek svojmu uvedomeniu recidivuje.

Craving – „baženie“ – v roku 1955 sa zhodla komisia odborníkov Svetovej zdravotníckej organizácie na definícii baženia ako túžby pociťovať účinky psychoaktívnej látky, s ktorou mala osoba už skôr skúsenosť (Van den Brink, 1997, In Nešpor, Csémy, 1999).

„V medzinárodnej klasifikácii chorôb je baženie popísané ako silná túžba alebo pocit pudenia užívať látku alebo látky. Baženie pravdaže súvisí s ďalšími znakmi závislosti ako sú zhoršené sebaovládanie alebo to, že niekto v narušivom chovaní pokračuje navzdory škodlivým dôsledkom, ktoré sú mu známe“ (Nešpor, Csémy, 1999).

Craving je v laickej verejnosti definovaný ako túžba po droge. Podľa nášho názoru je vhodnejšia definícia cravingu ako túžbe po stavoch, či účinkoch, ktoré sú užitou drogou vyvolané. Droga tu pôsobí ako nepriamy artikul, presnejšie prostriedok k dosiahnutiu želaného stavu. No faktom ostáva, že bez nej by účinky nemohli nastúpiť, čo znamená, že na druhej strane je priamym nositeľom týchto účinkom. Čím môžeme vysvetliť definíciu baženia ako túžbou po droge.

Prejavy baženia:

- spomienky na príjemné pocity pod vplyvom návykovej látky (napr. uvoľnenie) alebo pocity pri hazardnej hre alebo fantázii na túto tému často nutkavého charakteru
- nepríjemné telesné pocity – zvieranie v hrudi, búšenie srdca, zvieranie žalúdka, sucho v ústach, trasy, bolesti, potenie, kŕče
- nepríjemné duševné pocity – silná túžba po návykovej látke alebo hazardnej hre, úzkosti, stiesnenosť, únava, zhoršené vnímanie
- flashback – stav ako by pod vplyvom drogy, i keď droga užitá nebola (Nešpor, Csémy,1999).
- formou snov – v komunite nazývaná aj suchá recidíva, v snoch sa môže vyskytnúť užívanie drogy alebo silná túžba po jej účinkoch.

Základnými druhmi baženia podľa Isbella (1955, In Nešpor, Csémy, 1999) sú:

- *telesné baženie*, ku ktorému dochádza po odoznení intoxikácie návykovou látkou. Napr. pri závislých na kokaíne sa v tejto situácii objavil útlm aktivity rady mozgových centier po ich predchádzajúcej nadmernej aktivácii (Stocker,1999).
- *psychické baženie*, objavuje sa i po dlhšej dobe abstinencie a môže byť obranou proti nepríjemným duševným pocitom.

Podľa Nešpora a Csémyho (1999) nie je uvedené delenie presné, avšak podľa nášho názoru pre naše účely práce dostačujúce. Z našich skúseností v pobyte v terapeutických komunitách sme boli svedkami oboch typov baženia. Klienti zväčša v prvých fázach liečby pociťovali telesné baženie. Udávali ho ako kŕče, potenie, silnú túžbu odísť, zanechať všetky osobné veci v komunite, užiť drogu. Po dlhšom pobyte v liečbe uvádzali klienti zväčša už len psychické baženie vo forme flashbackov, suchých recidív – sny, rozvíjanie fantázií. Pri tejto cieľovej skupine klientov je craving samozrejmosťou, ktorú treba vedieť ovládať a usmerniť ju správnym smerom. Nie je zakázaná, práveže je žiaduce o nej hovoriť pred ostatnými. Znižuje sa tak intenzita a klient sa učí ako si danú situáciu spracovať.

Niektoré postupy ako zmierniť baženie podľa Nešpora (2007):

1. využívanie pomoci druhých – do tejto kategórie patrí profesionálna pomoc, pomoc rodiny, svojpomocné skupiny, príručky pre závislých...
2. odvedenie pozornosti, preladenie a ďalšie postupy – mávajú málo až stredné účinky.

3. využívanie motivácie – negatívnej – zahŕňa uvedomenie si rizika návykového jednania, minulé negatívne skúsenosti. Pozitívna motivácia (výhody abstinencie) nemá obvykle tak dramatický efekt, je vhodná k dlhodobému udržiavaniu abstinencie.
4. úprava životného štýlu a primeraný odpočinok – dôležitý je dostatok odpočinku, plánovanie a vyhýbanie sa rizikovému prostrediu.(stratégia Jánošík tam, kde je veľa aktivít ubrať, tam kde je aktivít málo, naopak pridať. Zvýšené nároky na sebaovládanie napr. v pracovnej oblasti, zhoršujú sebaovládanie vo vzťahu k alkoholu...
5. Cvičenie, šport alebo telesná práca – znižujú úzkosť, depresiu a baženie, a tak zlepšujú sebaovládanie.
6. Využívanie prostredia a vyhýbanie sa spúšťačom – „suchý dom“ nemať doma alkohol ani drogy, či pri bažení opustiť nebezpečné prostredie.
7. Postupy pracujúce na zlepšení sebauvedomenia – schopnosť sebauvedomenia je nutná aj preto, aby bolo možné používať rôzne ďalšie techniky. Uľahčuje rozpoznávanie rizikových duševných stavov, na ktoré môže nasadať baženie a rizikových myšlienok („závislosť v prevlekoch“), prípadne ďalších spúšťačov.

2.2 Liečebný proces

V rámci procesu liečby a doliečovania sa rieši komplexný balík problémov, z ktorých len jeden je závislosť na droge. Nie je to úplne tak, že človek pokiaľ sa zbaví užívania drog, už bude všetko v poriadku. Človek, ktorý prichádza z liečby nie je taký, ako bol než začal vôbec drogy užívať. „Častokrát sú drogy len zástupným problémom a dôsledkom iných potiaží, ktoré užívaniu drog predchádzali. A tieto potiaže (často psychické, rodinné, vzťahové) človek musí taktiež riešiť v liečbe a po liečbe“ (kol. autorov SANANIM, 2007, s. 111). V procese liečby by sme mohli vymedziť rôzne faktory, ktoré učíme klienta naraz a ktoré sú potrebné ako základ pre zvládnutie abstinencie ako životného štýlu mimo liečby. Patria sem: readaptácia, reedukácia, resocializácia a reintegrácia. Všetky závislosti sa na Slovensku liečia spolu a podobným spôsobom. Spája ich podobná etapizácia. Hlavným bodom liečenia je riešenie takzvaného „spúšťača“, ktorý siaha hlboko do minulosti závislého. „V rehabilitačnom procese skupina - jedinec sú podstatné 3 fázy:

1. Skúmanie vlastnej osoby a spoved'
2. Zmena – dôvera, prístup, vlastný obraz
3. Posilnenie a upevnenie, prípadne podmieňovanie týchto zmien“(Beniaková,1996,s.6).

„Základným prostriedkom prevýchovy i v tomto prípade musia byť neskreslené informácie o tom, aká je skutočná, reálna situácia klienta, aké sú hrozivé dôsledky jeho závislosti. To znamená priviesť klienta ku správne kritickému a rozumovo odôvodniteľnému názoru na jeho situáciu“ (Šírová, 1999, s. 247). Liečebný proces sa rovná procesu zmeny u klienta. Kalina (2008) popisuje špecifické rysy liečebného procesu. „Závislý je emočne nezrelý a musí dospieť.“ Táto hlavná téza TK pre drogovu závislých ma v procese zmeny množstvo vstupov:

1. Podobne ako u klientov s poruchou osobnosti bez závislosti na návykových látkach musí byť terapeutický vývoj drogovu závislých v TK založený na ukotvení v bezpečnom a upevňujúcom prostredí.
2. Tlak na náhľad a zanechanie nezrelého správania v situácií „tu a teraz“ nastupuje pomerne skoro. K akcelerácii terapeutického vývoja využíva TK rôzne katalyzátory emočného otvorenia sa, prelomenie obrany a zmeny jednania, napr. abstinčná kríza, „rob ako by“ a konfrontácie.
3. Zdôrazňuje sa osobná participácia závislého na zmene jeho postojov a správania a zodpovednosť za to, že pochopí svoju závislosť ako výzvu k rastu. „Pokiaľ život je séria výziev, ktoré treba prekonať, výzva závislosti je unikátna. Závislé správanie môže zabíjať, pretože zo zlozvykov sa môžu stať vražedné zvyky – to je výzva. Ale na rozdiel od ostatných „chorôb“ závislé správanie môže byť prekonané osobným úsilím človeka“ (Wanigarante a kol., in Kuda, 2003a, in Kalina, 2008, s. 201).
4. Dospelosť je komplexný fenomén, preto liečba v TK predstavuje viacrozmernej terapeutický prístup, zahŕňa terapiu, výchovu, vzdelávanie, rozvoj kompetencií i internalizáciu hodnôt. Terapeutická komunita učí klientov „využívať svoj potenciál k tomu, aby emočne, fyzicky, duchovne, intelektuálne a sexuálne vyrástli a rozvinuli svoju tvorivosť“ (Kooyman, 1993, in Kalina, 2008, s. 201).
5. „Dospieť“ je pre väčšinu závislých klientov veľmi náročný cieľ. Terapeutická komunita sa ako svojho druhu škola dospelosti a zrelosti zameriava na rozsiahlu zmenu osobnosti, sebapožitia a správania.
6. Dospelosť neznamená ešte plné duševné zdravie. Terapeutické komunity nič také nesľubujú a nezaistujú. Liečebný proces nerieši všetko „raz a navždy“, po absolvovaní akcelerovanej, katalyzovanej „školy dospievania“ v TK obvykle ostáva klientom rada nedoriešených psychologických a vzťahových problémov, kvôli ktorým skôr či neskôr môžu potrebovať psychiatrické alebo

psychoterapeutické služby. Túto skutočnosť vystihol už Maxwell Jones (1979). Súčasná koncepcia TK pre drogový závislý s tým počíta a doporučuje klientom nie len účasť v programoch následnej starostlivosti, ale v prípade potreby aj vyhľadanie služieb pre duševné zdravie už bez súvislosti s problematikou návykových látok (Kalina, 2008a).

„Terapeutických zmien dosahuje terapeut zámerným pôsobením na celok duševného života a prejavov človeka, to jest na rozumovú, citovú, akčnú, telesnú i vzťahovú stránku pacienta.“ (Vymětal, 2004, s. 119)

Tlak skupiny dodáva ovplyvňovaciu silu a vymáha zmenu správania dvoma spôsobmi:

1. Jedinec sa so skupinou stretáva, reaguje na ňu a má od nej spätnú väzbu, odpovedajúcu jeho reakcii. Informácie spätnej väzby mu naznačujú, ako ho skupina vníma. Skupina sa tak stáva jeho zrkadlom, ktoré odráža jeho správanie.
2. Skupina zabezpečuje modelovú úlohu, model skutočného vzájomného záujmu a tvrdo odmieta nechať sa nováčikom manipulovať.

Nový člen tak každým dňom vidí konkrétnu podobu svojej získanej zodpovednosti a zlepšenie vlastného obrazu. Zabezpečuje tiež tlak stálej skupiny komunita na vlastný záujem jedinca o členov skupiny, spoločnosti, a tým aj o spoločnosť ako takú (Beniaková, 1996).

Kalina (2008b) hovorí o nasledujúcej schéme „Synanonských“ encountrových skupín v súčasnosti (Broekaert, 2001, TCC, 2006) :

- Základným rysom encountrových skupín je konfrontácia negatívnych postojov a chovania určitého klienta. Obvykle sa vzťahuje k nezodpovednému správaniu pri denných aktivitách.
- Konfrontácia má byť otvorená, priama a jasná. Cieľom je, aby konfrontovaný klient pochopil, prečo je konfrontovaný, akceptoval nevhodnosť svojho správania alebo postoja a mal snahu to zmeniť.
- Pred konfrontáciou nechráni žiadna pozícia v komunitnej hierarchii. Ak je preberané jednanie menej pokročilého klienta, môže sa situácia vzápätí obrátiť a zamerať sa na pokročilých klientov v riadiacich funkciách.
- Dosiachnutie jasnosti a porozumenia konfrontovaného správania je kombinované s rešpektom voči jednotlivcovi.
- K vyvolaniu a uvoľneniu tenzie sa v encountrovej skupine používa provokácia, humor, zveličovanie, protiklady, ale taktiež akceptovanie a podpora.

- Skupina sa zameriava na rovinu „tu a teraz“. Klient môže vysvetliť svoje správanie v emočných termínoch , niekedy pri tom evokuje minulosť alebo východiská a pozadie, ale skupinový dialóg sa vždy vracia ku komunitnej súčasnosti. „Minulosť je vždy žitá skrze prítomnosť a nemôže byť ospravedlnením za súčasné správanie,“ píše Broekaert.
- Ostaní členovia skupiny sa s problémom konfrontovaného klienta identifikujú a dávajú príklady, ako prežívali a riešili podobné problémy. Skupina môže končiť vreľými zdieľanými emóciami.

Človek, ideály, prosociálnosť, duchovno a omnoho viac zapadá do filozofie TK avšak s tým ruka v ruke ide na druhej strane takzvaný „dvojité život“ alebo „druhý život“ komunity. Richterová-Těmínová (2007) ho charakterizuje ako to , čo sa deje mimo otvorenej komunikácie spoločenstva, čo je utajované a čo väčšinou prekračuje dané normy a etiku. Je pravdou, že sa asi nepodarí „druhý život“ komunity úplne nikdy eliminovať avšak je potrebné tomuto fenoménu každodenne čeliť. Svoj podiel na „druhom živote“ si nesú i tabuizované témy, s ktorými si tím nedokáže poradiť a nedokáže to otvorene priznať, vedie k tomu rigidita komunity, ktorá sa nevyvíja , nereaguje na nové potreby, na celkový vývoj spoločnosti.

2.3 Resocializačné fázy

Optimálna dĺžka pobytu klienta v RS je podľa Csádera (1999, In Zemko, In Ondrejko, 2004) 12 mesiacov, pričom pobyt je vnútorne rozfázovaný, časovo členený na menšie celky – fázy. V posledných fázach sa obmedzenia uvoľňujú, preferuje sa nácvik sociálnych zručností a sťaž pre budúce zamestnanie. Každá fáza zahŕňa v sebe práva a povinnosti klienta priamoúmerné s jeho pripravenosťou do života. Podľa Nešpora (2007) existujú doklady o tom, že u mladších ľudí závislých na návykových látkach koreluje dĺžka liečby s jej priaznivým výsledkom. Pre zotrvanie v terapeuticko-komunitnej skupine býva kritický začiatok liečby , k najväčšiemu počtu predčasných odchodov dochádza totižto práve v tomto období. Prospešný môže byť tlak zo strany okolia a rodiny, pestrosť a zaujímavosť programu, zvláštna pozornosť novým členom (napr. od staršieho a skúsenejšieho člena komunity) a vhodné prvky liečby, ktoré sú dobre akceptované (relaxačné techniky, arteterapia, muzikoterapia, športové aktivity a pod). „Komplexný plán uzdravenia sa dotkne každej oblasti života jedinca. Čím dlhšie trvá uzdravovanie, tým viac môže vylepšiť

kvalitu života dodržanie plánu“ (Arteburn, Burns,1995, s. 145). „Význam fáz spočíva v nasledujúcom:

1. Fázy prinášajú sociálne učenie a nácvik nového správania v primeraných a zvládnuteľných dávkach. Dlhodobé ciele zmeny sú zarámované do kratších časových úsekov, ktorým klient môže rozumieť a usilovať o ne. Podľa De Leona (2000) ponúkajú schému a návod, ako krok za krokom sa pohybovať dopredu v procese sociálneho učenia cez jednotlivé hmatateľné a dosiahnuteľné ciele, čo je priamo zamerané na kľúčové problémy závislých klientov – uzavierať a plniť záväzky, stanoviť si osobné či spoločenské ciele a usilovať o ne, dokončovať začaté záležitosti a odkladať uspokojenie. Na seba nadväzujúce etapy očakávania a nárokov, úsilia a dosahovania cieľov podporujú klienta pri výkyvoch motivácie, ku ktorým nutne dochádza pri dlhodobom pobyte v relatívne nemennom prostredí.

2. Fázy stanovia konkrétne kritériá dosahovania cieľov v pojmoch očakávaného správania a postojov. Dosahovanie cieľov určitej fáze je znakom pokroku klienta v liečbe, pretože sa hodnotí verejne v komunite a je obvykle spojené s rituálom, prináša priame sociálne posilnenie klientovej zmeny.

3. Fázy s definovaným obsahom a cieľmi dávajú tímu a komunite nástroj na hodnotenie a klientove zrkadlo pre sebahodnotenie. Určenie, kde sa klient nachádza v štruktúre pobytu a ako sa vyrovnáva s jej požiadavkami, pomáha vysvetliť jemu i druhým, kde je a na čom pracuje vo svojom osobnom vývoji“ (Kalina, 2008a, s. 191).

Uvádzame kritéria, ktoré sú rozpracované v jednotlivých fázach (etapách) či prestupoch, v priebehu resocializačného procesu. Líšia sa jednotlivito od resocializačného strediska, avšak jadro by malo zostať totožné bez ohľadu na druh zariadenia. Klient ich musí splniť z hľadiska posunu v liečbe. Ale konečné chcenie a rozhodnutie sa prijať tieto stanovy za svoje a podľa nich sa snažiť žiť aj abstinenciu v nechránenom prostredí mimo strediska je len na ňom samotnom. Ako príklad uvádzame obsah fáz v resocializačnom stredisku ADAM, Gbely – Adamov.:

Prestup do 2 fázy

Režim a pravidlá sa nepokúšam meniť, mám ich prijaté. Mám úctu k veciam, čo slúžia komunite a snažím sa s nimi zaobchádzať opatrne. Nenadávam na prácu beriem ju ako samozrejmosť. Začínam prijímať kritiku beriem ju ako pomoc. Nezosmiešňujem kamarátov, nepovyšujem sa nad nich, viem kto som, kde som a na čo som tu. Plne rešpektujem terapeutov, predsedu a podpredsedu komunity. Nepovinné aktivity, prácu

navyššie a pomoc ostatným považujem za samozrejmosť a dobrovoľne sa do nich hlásim. Pretváram image narkomana – alkoholika, nemachrujem. Prečo chceš prestúpiť do vyššej fázy? Čo očakávaš od vyššej fázy?

Prestup do 3 fázy

Mám jasný postoj k drogám, viem ,že nesmiem si dať ani pivo, pretože ma dovedie postupne k droge. Iniciatívne si vyhľadávam aktivity. Minimalizujem počet platieb. Jednoznačne bez odkecávania prijímam kritiku, konštruktívne ju aj podávam. Veci, ktoré som považoval za drobnosť začínam brať vážne, ako bytostne dôležité. Nezávidím kamarátovi, podelím sa, pomôžem, nerobím vracacky. Korigujem svoje postoje a názory prijímam. Maximálne veľa času venujem mladšiemu bratovi. Prečo chcem prestúpiť do 3 fázy? Čo od vyššej fázy očakávam?

Prestup do 4 fázy

Primerane zvládam záťažové situácie. Konflikty a spory riešim zrelo, bez ohľadu na svoj prospech. Vlastnú agresivitu, závisť a pokoru mám plne pod kontrolou. Dokážem otvorene priznať svoju chybu, omyl zaváhania, aj keď viem ,že by mi na to nikto nedošiel.

Bežné hádky, tlaky a spory v komunite riešim spravodlivo – bez ohľadu na vlastné pohodlie. Ponúkam svoje nápady a vylepšenia. Správanie a postoje mám také, aby som bol vzor a nápomocný terapeutovi. Seriózne si pripravujem a postupne budujem krátkodobé aj dlhodobé ciele pre svoj ďalší život a diskutujem o nich. Prečo chcem prestúpiť do 4 fázy? Čo od vyššej fázy očakávam?

Jednotlivé fázy sa končia písomným názorom klienta na dve A4, ktoré odovzdá na prehodnotenie a posúdenie terapeutovi. Ten rozhodne spolu s komunitou, či klient splňa požiadavky a môže prestúpiť do ďalšej fázy.

Odobratie fázy sa realizuje na základe vážneho priestupku, ktorý však nie je natoľko vážny, aby bol člen komunity vylúčený zo spoločenstva. Terapeutický tím ešte dúfa, že klient vykoná nápravu. Závisí to od situácie, priestupku, úrovne rozvoja osobnosti klienta v liečbe a tiež aj vplyve tohto klienta na ostatných členov spoločenstva..

3 PRIESKUM VPLYVU TERAPEUTICKEJ KOMUNITY NA KLIENTA V RESOCIALIZAČNOM PROCESE

Úplné objasnenie uvažovania závislého človeka je známou neznámou. V praxi sa stretávame s prípadmi, kedy aj skúsený sociálny pracovník je zaskočený skratovými reakciami a správaním závislého klienta, nehovoriac o začínajúcom sociálnom pracovníkovi. Tému prieskumu sme si vybrali z uvedeného dôvodu a bude nám slúžiť ako lepšie porozumenie problematike pre budúci výkon povolania v tejto oblasti. V neposlednom rade slúži ako verifikácia už nadobudnutých teoretických poznatkov a praktických skúseností.

3.1. Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce bola terapeutická komunita a jej pôsobenie na klienta resocializačného strediska. V priebehu tvorby prieskumného problému sme si kládli viaceré problémové otázky: Čo motivuje klientov v pokračovaní liečby v TK? Ako vnímajú svoj život v TK? Mení sa ich motivácia zotrvania v komunite v priebehu resocializácii? Ako spolupracujú v rámci komunity? Nadobudnuté teoretické informácie a praktické skúsenosti nám vytvorili akýsi obraz danej problematike. Našou prioritou je vlastné zistenie skutočného stavu, ktorý podá čo najrealistickejší obraz potrebný pre prácu s touto cieľovou skupinou. Prieskumné ciele sme si rozdelili do 4 hlavných oblastí:

1. Motív liečby

„Klientela súčasných TK je ďaleko rôznorodejšia a tendencia zapojiť klienta do liečby skôr než sa dostane „na dno“, implikuje nutnosť fenoménu motivácií rozumieť a zaoberať sa ňou i behom liečby v komunite“ (Kalina, 2008a, s. 288). Podľa Špalekovej (2008) nie je dôležitá diagnóza, ale motivácia človeka na zmenu. Teda uvedomenie si „som závislý“ je len polovičné percento úspechu, pretože množstvo závislých aj napriek svojmu uvedomeniu recidivuje. Keďže sa stotožňujeme s uvedenými tvrdeniami, rozhodli sme sa nimi zaoberať v našom prieskume. Vyjadrujeme ich otázkami: čo motivuje klientov k liečbe? čo ich motivuje v liečbe zotrvať?

2. Spolupráca

Medzi hlavné tézy terapeutической komunity patrí *kolektivita* – „podporuje vzťahy medzi členmi, ich vzájomnú interakciu v komunite, neakceptuje izolovanosť člena komunity,

vyžaduje sa včlenenie a spoluúčasť členov na všetkých aktivitách komunity. Podporuje sa konfrontácia, ktorá nedovoľuje pacientovi únik do konformnosti, ale vyvíja tlak na prijatie noriem komunity na ktorých je komunita postavená“ (Cymbalová, In:Okruhlica, 1998, s. 2006). Rozhodli sme sa zistiť ako spolupracujú klienti v rámci spoločenstva.

3.Režim

„Režim môžeme v terapeutickej komunite zaradiť do prvkov, ktoré majú za úlohu viesť klientov k uvedomeniu si bežnej reality a jej dôležitosti, výhody pravidelnosti, prispôsobenie sa oprávneným požiadavkám väčšiny, spolupatričnosť s ďalšími členmi, skupiny/komunity, zodpovednosť, ktorú má klient k ostatným a zodpovednosť ostatných za neho a pod. Ide tu primárne o získanie sociálnych zručností, schopností, prijatie a pochopenie ich dôležitosti pre bežný život“ (Broža, 2007, s. 98). V našom prieskume zisťujeme ako majú prijatý klienti režim resocializačného strediska a či sú si vedomí aký má pre nich význam.

4.Craving

Pri bažení hovoriť o pocitoch – nevhodný rozhovor o drogách môže slúžiť ako podnet vyvolávajúci baženie. Na druhej strane, ale možnosť zveriť sa s nepríjemnými pocitmi pri bažení a emocionálna podpora človeka, môže zvládnutie baženia veľmi uľahčiť. Najčastejšie možno toto využívať pre skupinovú alebo individuálnu terapiu (Nešpor, Csémy, 1999). Rozhodli sme sa zistiť, ako klienti zvládajú baženie, aké zmeny v správaní sú na nich pri bažení badateľné?

Cieľ prieskumu

Zistiť vnímanie režimu resocializačného strediska klientmi, tiež aká je spolupráca klientov v terapeutickej komunite, aké stratégie zvládania cravingu používajú klienti a aká je ich motivácia k liečbe vzhľadom k dĺžke pobytu.

Precizovaním a špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **čiasťovým cieľom**:

C1: Zistiť vnímanie režimu terapeutickej komunity klientami resocializačného strediska

C2: Zistiť, čo motivuje klientov v liečbe zotrvať

C3: Zistiť aká je spolupráca klientov v komunite

C4: Zistiť stratégie zvládania cravingu.

Na základe uvedených cieľov formulujeme nasledovné prieskumné otázky:

O1: Aké stratégie zvládania cravingu klienti najčastejšie používajú

O2: Ako vnímajú klienti režim strediska?

O3: Aké sú skutočné dôvody, ktoré motivujú klientov v liečbe zotrvať?

O4: Aká je miera spolupráce medzi klientami komunity?

3.2 Výber prieskumnej vzorky

Prieskumnou vzorkou sú klienti mužského pohlavia so závislosťou od alkoholu a drog. Prieskum bol realizovaný vo vybranom resocializačnom stredisku ADAM, Gbely – Adamov. Celkový počet je 12 respondentov. Ich veková hranica je od 17 do 62 rokov :

- 7 klientov v resocializačnej fáze 1
- 5 klientov v resocializačnej fáze 2.

V čase realizácie prieskumu malo stredisko celkovo 15 klientov , z toho :

- 1 klient prestúpil z režimu do Chráneného bývania, cez deň pracoval mimo strediska.
- 1 klient nastúpil do liečby len 3 dni pred našim príchodom.
- 1 klient bol vo 4 fáze a pripravoval sa na post budúceho lajického terapeuta.

Z týchto dôvodov sme z interview vynechali uvedených klientov a oslovili sme zvyšných 12 klientov. V nasledujúcej tabuľke uvádzame *číslo respondenta, vek, resocializačnú fázu*, v ktorej sa nachádzal, *časový interval liečby* a *vybrané dáta z osobného spisu*, ktoré nám pomôžu k lepšiemu pochopeniu prieskumnej otázky venujúcej sa motívu zotrvania klienta v liečbe.

Tab 1 Účastníci prieskumu

Klient č.	Vek	Resocializačná fáza	Mesiac v liečbe	Vybrané dáta zo spisu
1.	42	1	4	Nie je presvedčený o liečbe, hoc ju verbalizuje, bezdomovec, kritiku berie ako útok, samotár, znížená verbalita,
2.	17	1	4	Súdne nariadenie liečby, neukončená základná škola, patologické rodinné prostredie
3.	17	1	4	Súdne nariadenie liečby, emocionálne deprivácia, absencia

				matky, život na ulici
4.	27	1	2	Uvádza potrebu resocializácie, súrodenci tiež drogovovo závislí, v poradí druhý pobyt tu v stredisku, medzičasom abstinoval 4 roky, žiadal sa sem sám.
5.	52	1	9	Ako dôvod k liečbe uvádza : v živote to nezvládam sám, bezdomovec, na minulosť sa nepozera dostatočne kriticky.
6.	19	1	2	Ako dôvod k liečbe pri nástupe uviedol : chcem zmeniť svoj života, na liečbu motivovaný.
7.	30	1	7	V poradí druhý pobyt tu v stredisku, svojvoľne opustil stredisko, dôvod liečby na vstupnej karte uviedol : aby som zmenil sám seba, na liečbu motivovaný, liečbu považuje za poslednú šancu
8.	39	2	14	V minulosti súdne trestaný, nástup k liečbe pod tlakom hroziaceho trestu, do strediska ho priviezla matka, v súčasnosti na liečbu motivovaný,
9.	24	2	16	Dôvod k liečbe: úprava zlého zdravotného stavu, v dôsledku užívania drog, liečba pod nátlakom otca, nadhodnotenie drogy
10.	20	2	6	Dôvod k liečbe : zaradiť sa do normálneho života, na liečbu je motivovaný, rodičia ho príjmu až po ukončení liečby, do strediska sa žiadal dobrovoľne
11.	37	2	10	Na liečbu silne motivovaný, dôvod k liečbe vo vstupnej karte – chce abstinovať,
12.	62	2	8	Motivácia k liečbe silná, na vstupnej karte ako dôvod uvádza: moja posledná šanca

3. 3 Použité metódy a postupy

Na zisťovanie údajov sme použili kvalitatívnu metódu - rozhovor. Rozhovor predstavuje sprostredkovaný a vysoko interaktívny proces získania dát...Interaktívnosť znamená, že je stretnutím tvárou v tvár. Tým, že výskumník aktívne vstupuje do situácie, chcene nechcene ovplyvňuje i množstvo a charakter informácií, ktoré mu respondent zdelí (Ferjenčík, 2000). V rozhovore je kontakt osobnejší. Interviewujúci je poslucháčom a zároveň koordinátorom. Konkrétne informácie podávajú konkrétne osoby, čím sa nám naskytl skutočný obraz o ich skúsenostiach z minulosti i zo sociálneho prostredia, v ktorom aktuálne žijú. „Interview je špeciálne vedený rozhovor výskumníka so skúmanou osobou. Vyznačuje sa priamym kontaktom obidvoch aktérov, teda ide o komunikáciu tvárou v tvár. Interview je nielen striedanie otázok a odpovedí zameraných na získanie informácií, je to zároveň sociálny vzťah dvoch ľudí v konkrétnom čase a prostredí“ (Gavora, 2007, s 83).

Ako typ rozhovoru sme si vybrali pološtruktúrované interview. V pološtruktúrovanom interview sa aktivita interviewujúceho zvyšuje. Má predom pripravený zoznam otázok. Spôsob, forma odpovedí na tieto otázky zostáva naďalej viac-menej voľná. Respondent si sám môže vybrať štýl odpovedí (Ferjenčík, 2000). Úvod pološtruktúrovaného interview tvoria základné informácie o respondentoch (vek, fáza resocializácie, časová dĺžka liečby v stredisku). Otvorené vopred pripravené otázky sme rozdelili do 4 významových kategórií :

1. craving
2. vnímanie režimu
3. motív liečby
4. spolupráca v komunite

Každá významová kategória obsahovala 4 otvorené otázky, z ktorých odpovede sme opäť kategorizovali. „Dáta, ktoré máme k dispozícii a chystáme sa ich spracovať, sú obvykle vo forme textu – ide o prepisy rozhovorov, záznamy z pozorovania, dokumenty...Typický výskumník stojí pred pomerne rozsiahlymi korpusmi neštruktúrovaného materiálu (často získaného rôznymi technikami z mnohých zdrojov), pričom jeho úlohou nie je len poukázať na zaujímavosť nazbieraných surových dát, ako sa to často deje, ale aj materiál podrobiť systematickej analýze a interpretácii“ (Šeďová, 2007, s. 207).

Na interpretáciu získaných údajov sme použili kvalitatívno – kvantitatívnu obsahovú analýzu. Hendl (2005, in Švaříček, Šeďová, 2007) uvádza, že pri kvalitatívnej analýze ide o systematické nenumerické organizovanie dát s cieľom odhaliť témy, pravidelnosti,

kvality a vzťahy. Kvalitatívna analýza spočíva v nami vopred vytvorených významových kategórií a k nim priradených indukovaných kategórií.

Použili sme dve hlavné stratégie podľa Flicka (2006, in Švaříček, Šed'ová, 2007):

- prvá je redukcia zdrojových textov cez parafrázovanie, sumarizovanie a kategorizovanie
- druhou je potom analýza a interpretácia významov skrytých v odpovediach respondentov....

Kvantitatívna analýza spočívala v udaní najčastejšie sa vyskytujúcich odpovedí (absolútna početnosť – n). Takto sumarizovaný materiál sme exportovali do tabuľkovej podoby a interpretovali.

3.4 Plán prieskumu

Pred realizáciou rozhovoru sme sa oboznámili s klientmi resocializačného strediska v mesiaci január 2010. Takto sme sa bližšie zoznámili so základnými informáciami o klientoch. Po príchode zo strediska sme skonštruovali ciele prieskumu a neskôr otázky súvisiace s prieskumom, ktoré sme položili v rozhovore. Rozhovor sme uskutočnili v mesiaci február 2010. Pri samotnej realizácii prieskumu sme používali technické prostriedky, ktorými sme sa snažili zachytiť javy pravdivo. Hlavnou metódou zaznamenávania bolo okamžité zapisovanie odpovedí prostredníctvom notebooku 10-prstovou technikou. S každým respondentom sme konverzovali individuálne v uzavretej miestnosti (kancelárií terapeutov). Rozhovoru predchádzal informovaný súhlas, v ktorom sme klienta uistili o tom, že výsledky prieskumu budú použité len v bakalárskej práci študentky sociálnej práce a žiadne osobné údaje nebudú nijak zverejňované.

4 VÝSLEDKY

Použitím metódy pološtruktúrovaného interview sme dospeli k uvedeným výsledkom. Respondenti odpovedali v každej významovej kategórii na 4 otázky. Ku každej tejto otázke mali respondenti možnosť sa voľne vyjadriť. Uvádzame prehľad kategórií odpovedí respondentov. Ku každej hlavnej významovej kategórii je priradená prehľadná tabuľka

4.1 Spôsoby zvládania cravingu

O1: Aké stratégie zvládania cravingu klienti najčastejšie používajú?

Tab 2. Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii *CRAVING*

Otázky	Kategórie odpovedí (početnosť)
<i>Čo spravíte ak pociťujete craving?</i>	Rozvíjanie v mysli osamote (10) Fyzická činnosť (3) Zmena myšlienok (2) Porozprávať o tom niekomu (2)
<i>Čo ste spravili v situácií, ak craving prichádzal častejšie?</i>	Porozprávať o tom niekomu (6) Rozvíjanie v mysli osamote (5) Otvoriť to na komunitu (3)
<i>Ako často pociťujete craving?</i>	Denne (večer pred spaním, cez kamarátov, cez reklamu, úlet s iným klientom) (8) Pred priepustkou (2) 2 x do týždňa (1)
<i>Mali ste niekedy pocit u ostatných členov komunity, že craving zatajovali dlhodobejšie? (ak áno ako pri tom vyzeral?)</i>	Podráždenosť, agresia, zamyslenosť, nesústredenosť, myšlienky „von“, utiahnutosť, bez nálady (7) Vtipkovanie, dvojzmysly, radosť v očiach, rozvíjanie si to vo vnútri, sranda „medzi štyrmi očami“. (5)

Komentár: Podnetná otázka : *Čo spravíte ak pociťujete craving?* Otázkou sme zisťovali aké spôsoby zvládania cravingu respondenti používajú. A či vôbec majú záujem na jeho zvládaní. Z celkového počtu odpovedí (n = 17) nám vyplynuli 4 hlavné kategórie odpovedí.

Interpretácia:

- *Rozvíjanie v mysli osamote (10)* Z odpovedí nám vyplýva, že respondenti nehovoria o svojom bažení, o spomienkach na minulosť. Spracúvajú a rozvíjajú si to v sebe, osamote. Majú pocit, že to zvládajú sami a cítia sa pri tom lepšie „*Sám si to riešim, mám väčšiu radosť z toho, že to zvládnem sám.*“ No myšlienky na drogu sa neustále vracajú, tak sa pýtame do akej miery je tento spôsob účinný?
- *Fyzická činnosť (3) Zmena myšlienok (2)* Respondenti uvádzali „*Snažím sa to zahnať nejakou činnosťou – maľovanie, krížovka*“... „*Snažím sa niečím zaneprázdniť*“. Ako užitočné sa respondentom javila aj zmena psychickej činnosti, jednoducho začali uvažovať nad niečím iným pomocou pravidla „tu a teraz“.
- *Porozprávať o tom niekomu (2)* Uvedené správanie je v komunite žiadúce. Z odpovedí vyplýva, že v komunite je zriedkavé.

Komentár: Podnetná otázka : *Čo ste spravili v situácii, ak craving prichádzal častejšie?*

V otázke zistíme aké spôsoby použili respondenti, ak im baženie prichádzalo častejšie. Kategória zahŕňa odpovede na otázku čo BY respondenti spravili v situácii, ak BY craving prichádzal častejšie. Túto variantu otázky sme zvolili ako nutnú, pretože niektorí respondenti vyjadrovali nesúhlas, že craving v dlhšej dobe ešte nepociťovali. Z celkového počtu odpovedí (n = 14) sme vytýčili 3 hlavné kategórie odpovedí.

Interpretácia:

- *Porozprávať o tom niekomu (6)* Tu respondenti udávali blízku osobu, ktorá môže súhlasiť aj s osobou, ktorú uvádzali v oblasti spolupráce ako najbližšiu (Tab 5).
- *Rozvíjanie v mysli osamote (5)* Z odpovedí znova vyplýva, že respondenti si baženie „držia“ v sebe, rozvíjajú a nevidia význam v podení sa o tieto túžby po droge či rôznych iných myšlienkach s ostatnými.

Komentár: Podnetná otázka : *Ako často pociťujete craving?* Otázkou sme zisťovali v akých intervaloch pociťujú respondenti craving a v akých situáciách. V odpovediach (n = 10) sme postrehli 2 hlavné kategórie a mnohé zaujímavé situácie, ktoré respondentom navodzujú baženie - „spúšťače“.

Interpretácia:

- *denne (večer pred spaním, cez kamarátov, cez reklamu, úlet s iným klientom) (8)* Uvedené odpovede vyjadrovali respondenti najfrekvencovanejšie. Mnohí sú v liečbe ešte len krátko, čiže neustále im pretrvávajú myšlienkové návraty do

predchádzajúceho „drogového“ prostredia. Zaujímavé bolo zistenie situácií, pri ktorých sa respondentom spúšťajú „filmy“ z minulosti spojené aj s cravingom. „Hlavne večer, po večierke, keď už všetci spia a je tma“, „Často s X klientom ulietavame, aj každý deň.“, „Sem –tam ma to napadne, cez kamarátov, ale určite...vidím reklamu a myseľ sa mi spustí“ Ďalším vygenerovaným zistením boli myšlienky o účinkoch a celkovo o droge *pred priepustkou* (2). Uvedené tvrdenie uvádzali respondenti vo vyšších fázach, ktorí už opustili stredisko za účelom pridelenej priepustky. Respondenti uvádzali celkovo pred priepustkou aj po príchode z nej, že majú ešte „*hlavu vonku*“. Nie sú duchom prítomní.

Komentár: Podnetná otázka : *Mali ste niekedy pocit u ostatných členov komunity, že craving zatajovali dlhodobjšie?* Zistovali sme vnímanie ostatných respondentov, jeho minulé skúsenosti v súčasnej liečbe. Respondenti tu vo všetkých prípadoch odpovedali kladne, preto sme položili doplňujúcu otázku *Ako na Vás v tú situáciu pôsobil?* Z doplňujúcej otázky sme z celkového počtu odpovedí (n = 12) vygenerovali dva všeobecné typy ako klient pôsobí v takej situácií na ostatných, vrátane jeho správania a prežívania.

Interpretácia:

- *Podráždenosť, agresia, zamyslenosť, nesústredenosť, myšlienky „von“, utiahnutosť, bez nálady* (7) Týchto členov komunity popisovali skôr ako izolovaných prípadne zaradených v menšej skupinke.
- *Vtipkovanie, dvojzmysly, radosť v očiach, rozvíjanie si to vo vnútri, sranda „medzi štyrmi očami“.*(5) Uvedeným spôsobom sa správali respondenti, ktorí zväčša spolupracujú s každým v komunite a ostatných členov využívajú na to, aby mohli vtipkovať o drogách, no v sebe si to rozvíjajú do veľkých rozmerov. *„Áno , bere to na srandu, iné vo vnútri , iné navonok, rozpráva so smiechom.“*

4. 2 Vnímanie režimu

O2: Ako vnímajú klienti režim strediska?

Tab 3 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii *VNÍMANIE REŽIMU*

Otázky	Kategórie odpovedí (početnosť)
<i>Aký máte názor na režim ?</i>	V úvode nepochopenie, neskôr prijatie režimu ako „praxe do budúcnosti“ (5) Bezvýhradné prijatie „pozitívny vplyv“ (4) Relatívne prijatie „malá zmena“ (2) Neprijatie (2)
<i>Ktorú činnosť z režimu vykonávate najradšej?</i>	Pracovná terapia (v lese – sloboda, kone, na dome) (10) Cvičenie, posilovanie (5) Skupiny , kreslenie, ping-pong, čítanie (3)
<i>Ktorú činnosť vykonávate najneradšej?</i>	Rajóny (upratovanie, HD, zvieratá, TI) (6) Spoločné komunity, skupiny (6)
<i>Aký druh činnosti by ste uvítali vo väčšom množstve?</i>	Kultúrne akcie (kino,kolky) (4) Pracovná terapia (2) Skupiny, terénky, šport (2)

Komentár: Podnetná otázka *Aký máte názor na režim?* Otázka zisťuje ako vnímajú respondenti režim strediska, či majú informácie o tom ,že je pre nich vytvorený a nakoľko sú s týmto faktom stotožnení. Celkový počet (n = 13).

Interpretácia:

- *v úvode nepochopenie, neskôr prijatie režimu ako „praxe do budúcnosti“ (5)* Podľa týchto výpvedí respondenti sa snažia dodržiavať režim strediska, majú ho prijatý a vedia z akého dôvodu je vytvorený. Prirodzeným procesom je tu počiatočné nepochopenie, pretože režim predstavuje oddialenie uspokojenia si potrieb okamžite. Na čo títo jedinci nie sú zvyknutí. *Bezvýhradné prijatie „pozitívny vplyv“ (4)*. Toto udávali respondenti, ktorí sa nachádzali v stredisku už viackrát a štruktúru poznali. Prípadne už absolvovali liečbu v inom stredisku.
- *relatívne prijatie „malá zmena“ (2)* . Takto odpovedali respondenti pokiaľ mali záujem zmeniť jedno, dve pravidlá, obyčajne to však bolo počúvanie hudby, viac voľného času, čiže únik od povinností.

- *neprijatie (2)* títo respondenti nachádzali vo vzdore a v prvých mesiacoch liečby.

Komentár: Podnetná otázka: *Ktorú činnosť z režimu vykonávate najradšej?* Otázkou sme zisťovali, ktorá činnosť je pre respondentov najzaujímavejšia. Respondenti pri tejto otázke rozšírili svoje odpovede a odpovedali aj prečo majú najradšej práve tú ktorú činnosť. V celkovom súbore odpovedí (n = 18) sme identifikovali 3 kategórie.

Interpretácia:

- *Pracovná terapia (v lese – sloboda, kone, na dome) (10)* Z tvrdení vyplýva, že respondenti inklinujú k pracovnej terapii najviac. Mnoho odpovedí sa týkalo hlavne pracovnej terapie v lese (zbieranie dreva na zimu) alebo pri práci s koňmi (externá ergoterapia v neďalekom žrebčine.) Niektorí respondenti udávali dôvod, že prečo sú to práve tieto externé s prírodou spojené práce. „*Pracovky v lese, cítim tam slobodu*“.
- *Cvičenie, posilovanie (5)* Tieto činnosti spadajú do voľného času. *kreslenie, ping-pong, čítanie (3)*. Predstavujú radu aktivít, ktoré umožňujú sa klientom strediska odreagovať, prípadne si pomocou nich naplánovať voľný čas ako užitočné trávenie voľného času.

Komentár: Podnetná otázka : Podnetná otázka :*Ktorú činnosť vykonávate z režimu najneradšej?* Otázka zisťuje , ktorú činnosť respondenti vnímajú ako najťažšiu, prípadne najmenej sa na ňu tešia. Z celkového súboru odpovedí (n =12) sme identifikovali dve hlavné kategórie

Interpretácia:

- *Rajóny (upratovanie, HD, zvieratá, TI) (6)* Ako dôvod tu respondenti uvádzali strach. Požiadavka na nich bola jasná : dôslednosť a nič nezanedbať pri upratovaní. V niektorých prípadoch si odkontrolovali rajóny navzájom, inokedy terapeuti. Sami priznávali, že pokiaľ je kontrolórom rajóna terapeut, dávajú si viac záležať. „*Neviem, kde mám začať, nechce sa mi do toho.*“ „*Rajón – upratovanie terapeutickej izby – mám stres, keď je tu prítomný terapeut, či to spravím dobre.*“
- *Spoločné komunity, skupiny (6)* Medzi najviac frekventované odpovede patrí absolvovanie dlhých spoločných komunitných sedení, absolvovanie psychologickej podpory formou skupín, zrkadiel a rôznych komunit. Respondenti v tejto skupine si boli vedomí , že psychoterapia je jeden zo základných prvkov, ktorý im dopomôže k abstinencii, ale pociťovali pred ňou stres, vzrušenie, napätie. „*Skupiny*

nerád seba rozoberám, je to neprijemné, viem, že mi to pomáha....mám z toho trošku stres“. „Skupiny, vidím v tom význam, ale neviem sa na to sústrediť, stresujem.“ Respondenti pociťujú celkom oprávnené stres. Psychoterapia predstavuje rozvracanie ich toxikomanskej osobnosti, čomu sa často respondenti bránia a majú ťažkosti so spracovaním tohto faktu. Niektoré odpovede respondentov sa približovali vzdoru, či nezájmu o terapeutické sedenia „*Spoločné skupiny, komunity, v polovici už nepočúvam alebo obkecávam*“

Komentár: Podnetná otázka : *Aký druh činností by ste uvítali vo väčšom množstve?* Otázkou sme zisťovali akej činnosti z režimu, prípadne externých aktivít mimo strediska by si respondenti priali viac. Mnohé odpovede naznačovali uvoľnenie režimu, počúvanie hudby, či viac voľného času...tieto odpovede sme do kategórií odpovedí nezaraďovali. Pretože hlásali neplnenie si povinností a boli namierené proti pravidlám komunity. Klienti si ich žiadali z dôvodu väčšieho komfortu, čo nie je podľa nášho úsudku liečba závislosti. V celkovom súbore (n = 8) sme identifikovali 3 kategórie odpovedí.

Interpretácia:

- *Kultúrne akcie (kino,kolky) (4), terénna terapia(2)* Tieto odpovede niektorí respondenti komentovali ako „*kultúrne sa vyžiť, len tu sme zavretí*“ Bývalý klient, ktorý oficiálne ukončil liečbu túto otázku tiež komentoval so slovami „*málo sa chodí do terénu, keď som odišiel po dvoch rokoch, bál som sa ísť električkou v Bratislave*“
- *Pracovná terapia (2), šport (2)* Komunita v stredisku bola čisto mužská, teda typické aktivity na zbieranie „mužských síl“ boli vítané. Ako sú posilovanie, futbal, práca pri zbere dreva.

4.3 Motív k liečbe

O3: Aké sú skutočné dôvody, ktoré motivujú klientov v liečbe zotrvať?

Tab 4 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii **MOTÍV K LIEČBE**

Otázky	Kategórie odpovedí (početnosť)
<i>Aký je súčasný hlavný dôvod, ktorý Vás motivuje k zotrvaniu v liečbe v komunite?</i>	Potreba zmeniť sa (8) Zregenerovať sily (3) Súdne nariadenie (2)

	Bezdomovstvo (2)
<i>Čo Vás motivovalo k nastúpeniu do liečby</i>	Tlak z rodiny (7) Psych. a fyz. vyčerpanie (8) Bezdomovstvo (2) Súdne nariadenie (2)
<i>Myslíte niekedy na tento dôvod?</i>	Často – 2x za 1 deň, v slabých chvíľach, k večeru (8) Neustále (4)
<i>Aký názor máte na súčasnú motiváciu ostatných členov komunity?</i>	Súbor faktorov – tlak z rodiny, zlý zdravotný stav, bezdomovstvo – niektorí z donútenia neustále, iní začali pracovať na sebe, usporiadanie života. (9) Súbor faktorov – tlak z rodiny, zlý zdravot. stav, bezdomovstvo – lebo musíme, z donútenia. (3)

Komentár: Podnetná otázka *Aký je súčasný hlavný dôvod, ktorý Vás motivuje k zotrvaniu v liečbe v komunite?* Otázka zisťuje súčasnú motiváciu respondentov pre zotrvanie v liečbe. Nakoľko pobyt v resocializačnom stredisku je dobrovoľný s možnosťou kedykoľvek ukončiť liečbu. Otázka naznačuje aj súčasný postoj respondentov k liečbe, uvedomenie si zmeny minulých patologických návykov, ktoré pôsobia deštruktívne na jedinca i jeho bližšie či širšie sociálne okolie. Z našich praktických skúseností vieme, že dôvody k liečbe sa po niekoľkých mesiacoch menia. Preto sme do otázky vložili výraz „súčasný“. V celkovom súbore odpovedí (n = 15) sme identifikovali 4 kategórie najčastejších odpovedí.

Interpretácia :

- z odpovedí vyplýva, že väčšina z respondentov pociťuje *potrebu zmeniť sa (8)*, ktorá hovorí o tom ,že klienti si uvedomujú zložitost' situácie, v ktorej sa nachádzajú a sú si vedomí, že na zvládnutie doživotnej abstinencie, vyriešenie rodinných vzťahov a normálne zaradenie svojej osoby do plnohodnotného života je najlepšie možné riešenie celková zmena svojich doterajších spôsobov myslenia i návykov. Toto uvedomenie si nedáva žiadnu záruku k úspešnému absolvovaniu liečby. Je len prvým krokom, pretože úspešnosť sa overí len v bežnom živote mimo komunity. Potreba zmeniť sa, hovorí o východiskovom rozpoložení klienta, cez ktoré pristupuje k liečbe. Nenachádza sa vo vzdore a snaží sa prijímať režim,

pravidlá, terapiu ako niečo prospešné pre neho samého. „*Aby som dokázal žiť abstinentný život, ktorý ma vonku čaká.*“

- zaujímavým faktom ostáva, že klienti síce uvádzali potrebu zmeniť sa, ale mnohí v liečbe zotrvávajú popri záujmu zmeniť život aj pre ďalšie faktory, ktorými sú *zregenerovať sily(3)*, *bezdomovstvo(2)* a *súdne nariadenie(2)*. Sú to časté dôvody, pre ktoré klienti nastupujú do liečby a vďaka nim aj predčasne liečbu ukončia, čomu sa budeme venovať aj v interpretácií nasledujúcej otázky.
- klienti sa nachádzali v prvých a druhých fázach, čo predstavuje pobyt v stredisku od 3 do 12 mesiacov. Každý napreduje individuálne, resp. upadá individuálne, z odpovedí respondentov nebolo možné zistiť motív liečby vzhľadom k ich pobytu v stredisku, alebo vzhľadom k resocializačnej fáze. Niektorí verbalizovali potrebu zmeniť sa a z psychologických posudkov bolo zrejmé, že pre liečbu nie sú stále motivovaní, hoc sa nachádzali už v 2 resocializačnej fáze.

Komentár: Podnetná otázka: *Čo Vás motivovalo k nastúpeniu do liečby?* Otázka je doplňujúca k predchádzajúcej. Ak poznáme súčasné dôvody prečo klienti zotrvávajú v liečbe, pre porovnanie a celkové vysvetlenie je potrebné poznať aj ich predošlé motivácie. V celkovej počte (n = 19) sme identifikovali 5 kategórií najčastejších odpovedí.

Interpretácia :

- *psychické a fyzické vyčerpanie (8)* Môžeme teda hovoriť o akom si poslednom štádiu, ktoré klienti opisovali takto: „*Musel som prísť, aj som chcel, pud sebazáchovy, buď toto alebo sa zabijem.*“ Teda kombinácia faktorov tlak z rodiny a absolútne vyčerpanie boli najčastejšími motívmi prečo klienti nastupujú do liečby. Toto vyčerpanie môžeme interpretovať aj iným spôsobom. Klienti účelne využijú stredisko, aby si oddýchli od dôsledkov drogového prostredia a akoby s novými silami opäť chcú sa do starého prostredia vrátiť. Tento fakt sa nám v troch prípadoch potvrdil aj v predchádzajúcej otázke, kde až traja respondenti odpovedali, že si prišli len *zregenerovať sily. tlak z rodiny (7)*. Aj napriek odvrátenia sa závislého od svojej rodiny, aj napriek mnohým nepríjemnostiam, niekedy až život ohrozujúcim, rodina aj tak zostáva ako ten činiteľ, ktorý keď vidí, že jej člen je už v krajnom ohrození, zasiahne. Možno podnetom pre budúci

prieskum nám ostáva otázka aký bude tento stav do budúcnosti, ak v súčasnosti rodina stráca význam ako taký?

Komentár : Podnetná otázka : *Myslíte niekedy na tento dôvod?* Otázkou sme chceli zistiť, či respondenti premýšľajú o tom prečo sa liečia, či prehodnocujú svoje postoje zámery. A tiež kedy sa im tieto myšlienky objavujú.

Interpretácia :

- *často (8)*, na pohľad nič neprezrádzajúca kategória. Konkrétne odpovede však prezrádzali viac : „ *často, v slabých chvíľach*“... „ *často, hlavne, keď večer už všetci spíme*“.... „ *často, ulietavame s Robom*“... „ *hlavne pred priepustkou*“. Z uvedeného jasne vyplýva, že respondenti majú každý vlastné individuálne spúšťače, ktoré ich podnecujú k tomu, aby prehodnocovali svoje miesto v prostredí, v ktorom sa nachádzali aj nachádzajú. Odpoveď *neustále (4)* môžeme vysvetliť negatívne aj pozitívne. Záleží to od pohnútok, ktoré respondent v tom období liečby má. Môže uňho dochádzať k zmene postojov. Či v liečbe zotrvá alebo ju predčasne ukončí.

Komentár: Podnetná otázka: *Aký názor máte na súčasnú motiváciu ostatných členov komunity?* Otázkou sme chceli zistiť ako vnímajú motiváciu ostatných spoluklientov. Hlavný zámer bol porovnanie s ich vlastnými vyjadreniami ohľadom súčasného motívu v liečbe. Z celkového počtu (n = 12) sme identifikovali 2 zásadné kategórie.

Interpretácia:

- *súbor faktorov – tlak z rodiny, zlý zdravotný stav bezdomovstvo, niektorí z donútenia neustále, iní začali pracovať na sebe, usporiadanie života (9)*
Z uvedenej skupiny tvrdení vyplýva, že každý zaznamenaný respondent vníma u ostatných tiež súbor faktorov , ktoré donútia klienta do liečby, ale zároveň vidí aj ich postupné meniace sa tendencie smerujúce k uvedomeniu si vlastnej situácie. „*Zo začiatku tu niektorí museli byť, dohnal ich k tomu zdravotný stav, rodičia, oddýchnutie si od drogy, súdy...u niekoho sa to mení, u niekoho nie.*“ Ďalej je zrejmé, že v komunite sa nachádzajú jedinci, u ktorých je očividné, že tam jednoducho musia byť čo sme aj zistili v prvej otázke zregenerovanie síl, bezdomovstvo, súdne nariadenie. Takže identifikovanie skupín motívov k liečbe v prvej a druhej otázke, sme tu vlastne potvrdili.
- *súbor faktorov – tlak z rodiny, zlý zdravotný stav, bezdomovstvo, lebo musíme z donútenia.(3)* Aj v tejto „menšine“ sa potvrdili druhy motívov.

4. 4 Spolupráca v komunite

O4: Aká je miera spolupráce medzi klientami komunity?

Tab 5 Kategórie odpovedí respondentov vo významovej kategórii *SPOLUPRÁCA V KOMUNITE*

Otázky	Kategórie odpovedí (početnosť)
<i>Pomohol Vám Váš starší brat po príchode sem sa aklimatizovať?</i>	Žiadna komunikácia – „riešim si to sám“ (7) Obojstranná komunikácia (6) Žiadna komunikácia – „chodím za inými“ (1)
<i>Máte v komunite osobu, na ktorú sa obraciate častejšie ako na ostatných?</i>	Iná osoba ako starší brat (6) Starší brat (3) Terapeut (2) Nikto (2)
<i>Stretli ste sa už s tým u ostatných členov, že dôležité veci boli rozoberané formou klebiet jednotlivcami oddelene od ostatných členov komunity?</i>	Zapojenie sa (3) „Ja to nerobím, raz som to otvoril na komunite a bolo to otočené proti mne“ (2) „Počúvam to, sem-tam sa zapojím“ (3) „Neznášam to, je mi to odporné“ (2) „Odídem alebo upozorním na to (1)
<i>Aký je Váš názor na spoluprácu všetkých členov v komunite?</i>	Spolupráca (10) Nespolupráca (2) Zomknutá komunita (6) Vytvorené podskupiny (6)

Komentár: Podnetná otázka : *Pomohol Vám Váš starší brat po príchode sem sa aklimatizovať?* Otázkou zistujeme spoluprácu v užšom zmysle slova medzi dvomi členmi, ktorí si boli určení ako dvojica na spoluprácu. Vypovedá o záujme člena mladšieho brata a tiež o záujme člena komunity staršieho brata. Vyššia fáza – starší brat má v povinnostiach resocializačnej fázy pomáhať mladšiemu bratovi. Z celkového počtu (n = 14) sme interpretovali 3 kategórie.

Interpretácia:

- *žiadna komunikácia – riešim si to sám (7)*. Spolupráca tu viazne. Môžeme za tým vidieť dve možnosti : buď mladší brat neprejavuje záujem „*Skôr na*

komunite mi pomáhal, videl na mne nezáujem, takže mimo toho nič...“ alebo starší brat si neplní povinnosti a nezaujíma sa o mladšieho brata. „Starší brat nemal ochotu, tak som sa snažil sám“ .V každom prípade však mladší brat si rieši problémy sám.

- *obojstranná komunikácia (6)* Spolupráca je tu na dobrej úrovni. Tento stav je žiadaný. Prospieva obom klientom v sociálnom učení.

Komentár: Podnetná otázka: *Máte v komunite osobu, na ktorú sa obraciate častejšie ako na ostatných?* Otázkou zisťujeme, či si respondenti v liečbe nájdu blízku osobu, ku ktorej inklinujú. K tejto otázke bola položená doplňujúca otázka : *Je touto osobou starší brat?* Respondenti sa pri tejto otázke rozhovorili a sami obširnejšie opísali osobu, ktorá je im bližšia ako ostatní členovia komunity. To nám umožnilo identifikovať 4 kategórie odpovedí z celkového počtu (n = 13).

Interpretácia:

- *Iná osoba ako starší brat (6), starší brat (3), terapeut (2), nikto (2)* z uvedeného vyplýva, že väčšina si v stredisku nájde blízku osobu. Touto osobou v niektorých prípadoch býva aj terapeut. Zaujímavé by bolo do budúcnosti zistiť, do akej miery klient s touto osobou spolupracuje a v ktorých prípadoch je to pre obe osoby prospešné a v ktorých nie.

Komentár: Podnetná otázka : *Stretli ste sa už s tým u ostatných členov, že dôležité veci boli rozoberané formou klebiet jednotlivcami oddelene od ostatných členov komunity?* Otázkou sme sa snažili postrehnúť kolektivitú ako jednu z hlavných zásad terapeutickú komunity, nakoľko spolupracujú a nakoľko je toto spoločenstvo jedným celkom. Uvedené odpovede nám umožnili vytvoril tri kategórie reakcií na tento faktor. Nakoľko všetky odpovede obsahovali okamžité áno, nezaoberali sme sa tým, ale rovno sme prešli k typom správania, ktoré klienti v danú situáciu realizujú.

Interpretácia:

- *Zapojenie sa (3), Počúvam to, sem-tam sa zapojím (3) Ja to nerobím, raz som to otvoril na komunite a bolo to otočené proti mne“ (2),* Uvedené kategórie odpovedí sme zaradili do prvej skupiny reakcií na tzv. „hajzlovanie“, či „chodbové reči“. Majú spoločný jeden znak a to ,že všetci sú aktérmi a zúčastňujú sa diskusie mimo oficiálnej komunity. Či už sa aktívne zapájajú a vedú diskusiu , alebo len pasívne mlčia a pousmejú sa , faktom ostáva, že

zostávajú na danom mieste a priamo alebo nepriamo sa diskusie zúčastňujú. Celkový počet je tu (8 z 12) , čo predstavuje väčšinu komunity.

- *neznášam to, je mi to odporné (2), odídem alebo upozorním na to(1)*, do tejto skupiny patria jednotlivci, ktorí sú v reále mimo väčšinovej komunity, sú to viac izolovaní jednotlivci. Podľa ich slov, sú ich osoby rozoberané na týchto tajných diskusiách, čo im vytvára absolútnu nepohodu a odoberá chuť pripojiť sa k väčšine.

Komentár : Podnetná otázka *Aký je Váš názor na spoluprácu všetkých členov v komunite?*

Otázka zisťuje ako respondenti vnímajú spoluprácu v komunite, ktorej sú súčasťou. Naším cieľom bolo zistiť možné varianty spolupráce, nespôlupráce, či vytvárania podskupín, prípadne iných možných odpovedí. Celkový počet odpovedí (n = 24).

Interpretácia:

- *spolupráca(10)*. Zo skupiny výpovedí vyplýva, že respondenti sa vnímajú na úrovni spolupráce. „*Sadneme si v pohode, nikto nie je taký..spolupracujeme..Sme super komunita*“ Respondenti, ktorí takto odpovedali sa nachádzali v prvých a druhých resocializačných fázach. Musíme podotknúť, že komunita sa obmenila a väčšina klientov sa nachádzala v prvých a druhých fázach.
- *nespolupráca (2)* Nespôluprácu videli respondenti s dlhším pobytom v komunite, ktorí mali možnosť porovnať „starú komunitu“ , kde boli už klienti všetci vo vyšších fázach. „...stačí že prídu 3 noví a zmení sa to..“ Títo klienti si uvedomujú, že komunita sa obmenila a nie je súdržná., čo v sumarizácií dokladáme aj tvrdeniami terapeutov.
- *zomknutá komunita (6)* respondenti sa vnímajú ako zomknutá komunita, čo je pri viac ako 12 členoch zamyslenia hodné.
- *podskupiny (6)* respondenti postrehli, že v komunite sú podskupinky „...navzájom sa pridržiavajú, nevieš ku komu sa máš pripojiť“ z uvedeného vyplýva, že v komunite , nie len že sú podskupinky, ale aj izolovaní jednotlivci. „*Sú tu podskupinky a navzájom si pridržiavajú. Ja som mimo nich*“.

5 DISKUSIA

Interpretáciou a analýzou prieskumných výsledkov sme dospeli k záverom, ktoré naznačujú viaceré podnety. Tiež je potrebné zohľadniť, že naše závery nie sú štatisticky reprezentatívne pre celú populáciu. Pokúsime sa o výklad získaných záverov.

5.1 Craving

Odpoveď na prieskumnú otázku *Aké stratégie zvládania cravingu klienti najčastejšie používajú?* znie : Klienti by mali používať rôzne stratégie. Sú nimi spracovanie použitím negatívnej motivácie, zmena myslenia, fyzická činnosť, povedať to niekomu najbližšiemu, povedať to na spoločnom komunitnom sedení. Avšak najčastejšie udávaným používaným spôsobom bolo „riešenie si to v sebe“. Otázkou ostáva nakoľko je tento spôsob účinný, keď mnohým sa craving vracia a vo väčšej intenzite. Úlohou terapeutickej komunity je naučiť klienta zvládať toto baženie, pretože ako uvádza Nešpor a Csémy (1999, s. 18) „prekonať baženie má naopak veľkú cenu. Úspešné zvládnutie krízy môže dodať sebadôveru a poslúžiť ako pozitívna skúsenosť pri zvládaní podobných situácií v budúcnosti. Naviac baženie spravidla po dlhšej dobe abstinencie slabne, takže sa potom abstinencia stáva relatívne ľahšou.“ V každom prípade v terapeutickej komunite je žiaduce, aby klienti rozprávali otvorene o svojom bažení ako o ktorýchkoľvek iných myšlienkach. Komunita členovi poskytne materiál, aby si vybral v spracovaní týchto myšlienok, túžob a posunul sa v liečbe, aby nadobudol paletu zručností ako zvládať krízové situácie. Ako plyní z nášho prieskumu respondenti túto znalosť osvojenú nemajú. Je len otázkou času , či sa to naučia. Z prieskumu nám vyplynuli aj rôzne situácie, ktoré pôsobia ako spúšťače baženia. Patria medzi ne : myšlienka na minulých „kamarátov – užívateľov“, reklama na alkohol, vtipy o drogách, rôzne situácie z drogového prostredia, večer pred spaním v tme, keď sa vynárajú rôzne „filmy“, prehnané vtipkovanie a „ulietavanie“ so spoluklientom. Zaujímavým zistením pre nás boli vygenerované dva typy správania a prežívania pri cravingu.

1.typ klienta , ktorý je charakteristický podráždenosťou, agresiou, zamyslenosťou, nesústredenosťou, myšlienkami „von“, utiahnutosťou.

2.typ klienta, ktorý je charakteristický vtipkovaním „medzi štyrmi očami“, dvojzmyslami, radosťou v očiach, rozvíjaním si myšlienok do extrému , aj v skupinách

Tieto vlastnosti sa pri jednom type nemusia objaviť všetky, prípadne môžu byť kombinované pri jednej osobe, resp. prechodom z jedného do druhého typu. Častejším

prípadoch však býva, že jeden typ je charakteristický pre jednu osobu. Odôvodniť uvedené rozdelenie by sme mohli aj Jungovou extroverziou a introverziou. Keď prvý typ – introvertný je viac utiahnutý, mimo komunity, myšlienkami neprítomný, pri vyrušení až agresívny a podráždený. Pričom druhý typ – extrovertný, craving cielene vyvoláva v skupinke, do ktorej patrí, zapája aj ostatných členov, prostredníctvom vtipu navonok si rozvíja craving vo vnútri.

Skúsenosť a odporúčanie, ktoré nám z uvedeného vyplýva pre budúcu prax hovorí o :

- vedomostiach sociálneho pracovníka v oblasti psychológie osobnosti, sociálnej psychológie, konkrétne – štruktúra osobnosti, typy osobnosti, sociálne skupiny, interakcie v nich. Pretože aj napriek tomu, že je to práca s komunitou, komunitu tvoria jednotlivci a ich vlastné individuality.
- zručnostiach pracovníka pri zvládaní cravingu ako jedného z neustále sa opakujúcich „fenoménoch“ v komunite závislých. Znalosti množstva stratégií, pretože pre každého jedinca je vhodné niečo iné.
- nabádaní klientov k práci na cravingu formou ich verbálneho podelenia sa s komunitou o tieto túžby. Aby klient nadobudol zručnosti v zvládaní, spracovaní a uvedomení si cravingu.

5.2 Vnímanie režimu

Odpoveď na prieskumnú otázku *Ako vnímajú klienti režim strediska?* znie: klienti vnímajú režim ako pozitívny pre ich budúci život. Uvedomujú si, že je vytvorený pre nich a za účelom nadobudnutia zručností pre budúcu disciplínu v abstinencii. „Režim môžeme v terapeutickej komunite zaradiť do prvkov, ktoré majú za úlohu viesť klientov k uvedomeniu si bežnej reality a jej dôležitosti, výhody pravidelnosti, prispôsobenie sa oprávneným požiadavkám väčšiny, spolupatričnosť s ďalšími členmi, skupiny/komunity, zodpovednosť, ktorú má klient k ostatným a zodpovednosť ostatných za neho a pod. Ide tu primárne o získanie sociálnych zručností, schopností, prijatie a pochopenie ich dôležitosti pre bežný život“ (Broža, 2007, s. 98). Klienti sa ho snažia s odchýlkami dodržiavať. Neustále v nich však prevláda vzdor. Snažia sa uniknúť do komfortu a okamžitého uspokojenia svojich potrieb. Žiadajú si viac počúvania hudby, pozerania TV, voľného času. Týmto tvrdením však dokazujú, že nemajú režim ešte „pod kožou“ a neustále sa v nich strieda prijatie rádu a poľavenie vo forme chvíľkového odpočinku. Režim dodržiavajú, ale stále hľadajú únik z neho. Potvrdením tohto názoru sú aj odpovede

respondentov na to, akú činnosť by v režime privítali. Časté boli odpovede ako kultúrne akcie, šport, terénky, a toto všetko mimo strediska a mimo režimu. Ako protinázor môžeme uviesť, že klienti majú možnosť ísť na vychádzky k jazeru, priepustky, chodia pracovať mimo strediska do žrebčína a k pestovateľovi zeleniny, taktiež je spolupráca v miestnom Domove dôchodcov v Gbeloch, možnosť zahrať si futbal v telocvični v Gbeloch, sem-tam kolky. Z nášho prieskumu teda vyplynulo už vyjadrené tvrdenie, že pacienti nie sú „neschopné chudiatka“, ktoré sa o seba nedokážu postarať. Práve naopak, sú to inteligentní ľudia, ktorí využívajú všetky možnosti, ktoré sú im dostupné. Skúšajú, kam až môžu zájsť, zisťujú, čo všetko im dovoľia ľudia navôkol (Filoušová, 1999, s. 286). Pre nás zaujímavou bola odpoveď jedného respondenta, ktorý uviedol nasledujúce tvrdenie „*Viac pracoviek, v ktorých by sa dalo zarobiť pre seba, tí ktorí nemajú nič a vyjdú....*“ Tento respondent nemal domov a tiež mu hrozil výkon trestu odňatia slobody. Jeho tvrdenie považujeme za odôvodnený argument, avšak jeho realizácia a aplikácia v praxi by pre klientov, ktorí zas majú dostatok materiálneho zabezpečenia nebola najvhodnejšia. Systém pláce za prácu mimo strediska by musel byť kvalitne prepracovaný. Keby sme uvažovali do budúcnosti, táto možnosť by mohla byť efektívna pre klientov v poslednej 4 končiacej fáze. Zaujímavým zistením ďalej bolo, že klienti pociťujú pred spoločnými psychoterapeutickými sedeniami stres. Psychoterapia je tu zameraná na analýzu skrytých motívov. Predstavuje nápor na toxikomanskú osobnosť, čomu sa často klienti bránia a majú ťažkosti so spracovaním tohto faktu.. Niektoré odpovede sa približovali vzdoru, či nezájmu o terapeutické sedenia „*Spoločné skupiny, komunity, v polovici už nepočúvam alebo obkecávam*“ Túto odpoveď by sme mohli vzťahnúť aj na viacerých respondentov, pretože pri spoločnom sedení v komunite sme zažili, že klient zaspal. Čiže tu môžeme vidieť na jednotlivých klientoch, kto ako prijíma, či prijíma len navonok, aby mu komunita a terapeuti „dali pokoj“ alebo si zo spoločného sedenia odnáša niečo pre seba.

Skúsenosť a odporúčanie, ktoré nám z uvedeného vyplýva pre budúcu prax hovorí o :

- uvedomení si skutočnosti, že klienti nie sú stroje, ktoré neustále budú na sebe pracovať a dychtiť po zmene svojich návykov. Práve naopak. Veľmi ťažké bude im zdôvodňovať a kriticky podať náhľad na doterajšie návyky, ktoré tvoria vlastne základ ich osobnosti, ako pre nás napr. rodina, či morálne zásady.
- akceptácií klientovho prirodzeného správania, pretože neustály nátlak na klienta, aby sa prispôbil a dodržiaval rád komunity môže mať skôr opačný účinok ukončenia liečby. Preto by malo byť z našej strany do určitej miery akceptovanie,

keď klient bude pociťovať potrebu uvoľnenia z režimu vo forme vychádzok, futbalu mimo strediska, terénnej terapie..

- uvedomení si faktu, že klienti aj keď navonok pôsobia ľahostajne voči liečbe, často majú stresy a nepríjemné pocity pri napr. preberaní rajónov, čo by mohlo znamenať, že im až tak ten pobyt v stredisku ľahostajný nie je a predsa si sčasti uvedomujú, že je lepšie v stredisku zotrvať.
- využívaní terénnej terapie ako prostriedku pre upevnenie komunity, pre reálnejšie odskúšanie si osvojených zručností a návykov.
- pochopení pocitov, ktoré klient prežíva pri jednotlivých prvkoch režimu pred psychoterapiou, zodpovednosti za pridelený rajón a následnú prácu s týmito pocitmi ako terapeutickým materiálom.
- manipulácií klientov, ktorý sa neustále snažia uniknúť z režimu. Spohodlenie si režimu a prispôbenie vlastným potrebám. Skúšanie hraníc, kam až môžu zájsť, často nahodením vážnej témy na diskusiu a zámery sú pritom čisto sebecké a manipulatívne.

5.3 Motív liečby

Odpoveď na prieskumnú otázku *Aké sú skutočné motívy, ktoré motivujú klientov v liečbe zotrvať?* znie : klientov v liečbe motivuje potreba zmeniť sa, uvedomenie si svojej zložitej situácie. Kalina (2008a) hovorí o vnútornej, skutočnej motivácii, ktorá vedie klienta k poznaniu, že nie drogy ani životné okolnosti, ale on sám je problémom a k prijatiu faktu, že nie svet okolo neho, ale on sám sa musí zmeniť.

V neposlednom rade tu pôsobia aj bočné a nemenej dôležité dôvody, ktorými sú bezdomovstvo, hrozba trestov, príkazy a nátlak z rodiny, psychické a fyzické vyčerpanie, účelné využitie liečby. Kalina hovorí o spoločnom znaku týchto okolností, že človek ich vníma ako vonkajší tlak, aby do liečby nastúpil, zotrval v nej a vytiažil z nej prínos pre návrat do života. Liečba sama musí toto vnímanie vonkajších tlakov využívať, aby udržala klienta v procese zmeny (Kalina, 2008a). Ani hlavný pilier by nevydržal, keby nebol podopretý bočnými. Z prieskumu nám vyplýva, že klientov motivuje na liečbu nastúpiť súbor už spomenutých bočných faktorov, ktoré však zotrávajú počas celej liečby. V niektorých prípadoch idú do úzadia a nastupuje skutočné uvedomenie si zložitej situácie. Do praxe nám teda vyplýva, že mnohí klienti nebudú zo psychologických posudkov pri nástupe na liečbu motivovaní, hoc verbalizovať ju budú. Kolektív pracovníkov poradne

Sananim v ČR (2007) hovorí, že v počiatočných užívaní skôr prevažujú pozitívne pocity nad tými negatívnymi a straty nie sú veľké, a tak človek často vôbec nemá potrebu užívanie drog zastaviť. Až keď sa dostane do problémov, tak si začne uvedomovať, že by mal so svojou situáciou niečo robiť. Pri každom človeku je táto hranica iná. Môžeme súhlasiť s klientovým vyjadrením „nikto tu nie je dobrovoľne, všetci sme tu dotlačení“. Do liečby závislých privedie buď vlastná rodina, pod hrozbou straty bývania, absolútne fyzické či psychické vyčerpania v dôsledku užívania drog, oddýchnutie si od drog na krátky čas, súdne nariadenia, alebo ich kombinácie. Podľa Filoušovej (1999, s. 285) „pri úvodných pohovoroch menšina priznáva, že sa aktuálne liečiť nechce, že si len potrebuje odpočinúť od drogového stereotypu, zlepšiť si zdravotný stav a vzdialiť sa z dosahu drogovej scény. Väčšina pacientov tvrdí, že sa prišla liečiť z drogovej závislosti. Skoro sa však ukazuje, že i z nich je väčšia časť v skutočnosti na liečbe len preto, aby vyhovelí želaniam rodičov alebo aby unikli rodičovskému ultimátu, či iným súdnym nariadeniam“. Z nášho prieskumu však vyplýva, že tieto motívy síce ostávajú, no v tých niektorých prípadoch sa presúvajú do úzadia. V tom lepšom prípade klient pomaly získava reálny náhľad na svoju vlastnú situáciu a uvedomuje si, že je potrebná zmena. Čo sa nám v prieskume aj potvrdilo. Potreba zmeniť sa bola najfrekvencovanejšia odpoveď ohľadom súčasnej motivácie zotrvania v liečbe. V tom druhom prípade klient účelovo využíva liečbu, svojvoľne ju opúšťa a skôr či neskôr sa vracia k užívaniu drog. Dôkazom tohto sú klienti (3), ktorí sa v zariadení nachádzali druhýkrát, z dôvodu predchádzajúcej recidívy a tiež klienti, ktorí tiež ukončili liečbu a opäť sa nachádzajú v drogovom kolotoči.

Motív liečby vzhľadom k dĺžke pobytu nebolo možné zistiť. Klienti často verbalizovali potrebu zmeniť sa len „naoko“, aby mali pokoj od ostatných členov komunity, aby na nich neapelovali a nevyvíjali nátlak. Zo zložky klienta bolo zrejmé, že liečbu zatiaľ len účelovo využíva. Nachádzal sa v druhej resocializačnej fáze. Na porovnanie klient ešte len v prvej resocializačnej fáze, mal okamžite prijatý režim a na liečbu bol silno motivovaný, bral ju ako „poslednú šancu a pevné rozhodnutie“.

Skúsenosť a odporúčanie, ktoré nám z uvedeného vyplýva pre budúcu prax hovorí o

- reálnom videní motívov závislého jedinca. Mnohé veci verbalizuje a pre liečbu častokrát nie je motivovaný. Dlhé mesiace v liečbe zotrváva s jedným zámerom načerpať sily pre opätovné užívanie drog.
- ako sociálny pracovník v tomto type zariadenia byť zmierený s faktom, že mnohí klienti sa budú vracajúť v dôsledku recidívy a neustále sa k pracovníkovi dostanú

pravdivé informácie o klientoch, ktorí zrecidivovali a stále sú v drogovom prostredí.

- snažiť sa klienta pre liečbu motivovať, podať mu kritický náhľad na jeho situáciu a nechať ho rozhodnúť sa. „Klientela súčasných TK je ďaleko rôznorodejšia a tendencia zapojiť klienta do liečby skôr než sa dostane „na dno“, implikuje nutnosť fenoménu motivácií rozumieť a zaoberať sa ňou i behom liečby v komunite“ (Kalina, 2008a, s. 288).
- obohatiť sa veľkou dávkou trpezlivosti, pretože každý klient rozmýšľa individuálne, po „rozbehnutí sa“ a prijatí liečby opätovne sa dostáva do vzdoru a liečbu odmieta.
- prezieravosť – klienti sú často manipulatívni a skúšajú kam až môžu zájsť v prekračovaní pravidiel.

5. 4. Spolupráca v komunite

Odpoveďou na prieskumnú otázku *Aká je miera spolupráce medzi členmi komunity?* je , že spolupráca je na vysokej úrovni, ale len „na oko“. Fakt je, že komunita sa obmenila, nachádza sa tam množstvo prvých a druhých fáz, čo znamená ešte nie úplné prijatie liečby, slabá motivácia pre liečbu, absencia kritického myslenia, väčšina „starých“ návykov správania sa. Z nášho vlastného pozorovania v komunite, sme zistili, že klienti síce spolupracujú, ale v takzvanom „druhom živote“, parakomunite, ktorá je tam v súčasnosti veľmi výrazná. Richterová-Těmínová (2007) ho charakterizuje ako to , čo sa deje mimo otvorenej komunikácie spoločenstva, čo je utajované a čo väčšinou prekračuje dané normy a etiku. Je pravdou, že sa asi nepodarí „druhý život“ komunity úplne nikdy eliminovať avšak je potrebné tomuto fenoménu každodenne čeliť. Svoj podiel na „druhom živote“ si nesú i tabuizované témy, s ktorými si tím nedokáže poradiť a nedokáže to otvorene priznať, vedie k tomu rigidita komunity, ktorá sa nevyvíja , nereaguje na nové potreby, na celkový vývoj spoločnosti. Zo skúseností vieme, že množstvo vecí je zamlčaných na spoločných sedeniach komunity a rozoberajú sa mimo po skupinkách. Z prieskumu nám aj vyplynulo, že polovica respondentov vníma intenzívne podskupiny. Všetci 12 respondenti sa zhodli na tom ,že parakomunitné rozhovory zažili a mnohí sa ich aj zúčastňujú. Vtipkujú o drogových zážitkoch. Obhajujú to tým, že je to len sranda, ale dojmy ostávajú vo vnútri a craving môže byť kedykoľvek spustený.

O naštrbenej spolupráci vypovedá aj kategória odpovedí *žiadna komunikácia – riešim si to sám*, ktorá bola najviac frekventovaná. Klienti nespolupracujú vo vážnych otázkach liečby, v oblasti práce, rajónov. Je povinnosťou „starších bratov“ zaujímať sa o „mladších bratov“. Z uvedeného teda vyplýva, že si neplnia povinnosti tak ako by mali. Výsledok nášho prieskumu a pozorovania tiež potvrdzujú vyjadrenia miestnych terapeutov :

- 1. *„komunita je najslabšia za mojich 10 rokov tu, mám problém vybrať ľudí do do pracovky mimo strediska“.*
- 2. *„komunitu považujem sa veľmi slabú, žiadny rešpekt voči liečbe, autoritám“.*

Jedna z hlavných téz terapeutickkej komunity - kolektivitа - „podporuje vzťahy medzi členmi, ich vzájomnú interakciu v komunite, neakceptuje izolovanosť člena komunity, vyžaduje sa včlenenie a spoluúčasť členov na všetkých aktivitách komunity. Podporuje sa konfrontácia, ktorá nedovoľuje pacientovi únik do konformnosti, ale vyvíja tlak na prijatie noriem komunity na ktorých je komunita postavená“ (Cymbalová, In Okruhlica, 1998) nie je splnená. Vzťahy medzi členmi komunity sa obmedzujú na dvojice a trojice, ktoré sa ubezpečujú vo svojom zmýšľaní aj správaní, aj keď nie je v súlade s normami komunity. Niektorí jednotlivci sú izolovaní od komunity, pôsobia ako uzavretí samotári a ich správanie je často nevhodnou formou rozoberané mimo oficiálnej komunity. Konfrontácia je málo častá a respondenti unikajú do konformnosti a navzájom sa v tom podporujú. Zdôvodňujeme si to faktom, že komunita sa obmenila, klienti ešte nemajú liečbu „pod kožou“ a tiež zmenou súčasných užívateľov k rýchlejšej a extrémnejšej devastácii ich osobnosti a absencii základných žiaducich foriem správania. Zároveň by sme chceli vysloviť povzbudenie, že aj predchádzajúca silná komunita členov, ktorú sme mali možnosť zažiť, na začiatku tiež silná nebola.

Skúsenosť a odporúčanie, ktoré nám z uvedeného vyplýva pre budúcu prax hovorí o

- kvalitných komunikačných zručnostiach terapeuta, ktorý má za úlohu usmerňovať spoluprácu, interakcie a konfrontácie členov komunity tak, aby tento terapeutický materiál klientom dal čo najviac nových sociálnych zručností.
- pravidle „kultúry skúmania“ alebo „dôveruj ale preveruj“, kedy komunita často funguje „naoko“ výborne a v jednom okamihu príde zlom a parakomunita, ktorá doteraz fungovala mimo terapeuta sa zlomí a na spoločnom stretnutí sa uskutoční „očistenie“

- o neustálom boji proti „druhému životu“ v komunite, ktorý však nikdy nevymizne, pretože poskytuje klientom akú si formu príjemného úniku z režimu. Pričom únik do komfortu mnoho ráz charakterizuje túto cieľovú skupinu.
- podporovaní izolovaných členov k zapojeniu sa do činností a celkového chodu. Títo jednotlivci často predčasne ukončujú liečbu , ak im nie je poskytovaný dostatočný priestor k realizácii.
- prijatiu faktu, že od 12 až 15 klientov v jednom kolektíve 24 hodín denne, nie je možné žiadať absolútnu spoluprácu, pretože každý sme individuálna bytosť.

ZÁVER

Prácu s názvom „Vplyv terapeutickkej komunity na klienta v resocializačnom procese“, sme spracovali použitím odbornej literatúry a kvalitatívnym sociálnym prieskumom. Osobné skúsenosti ohľadom života v terapeutickkej komunite sme nadobudli už v minulosti a naša práca bola verifikáciou týchto poznatkov.

Pôsobenie terapeutickkej komunity na klienta je užitočné a osožné. Pôsobí na jeho štruktúru osobnosti, správanie v sociálnom prostredí a v neposlednom rade liečbou jedinca profituje rodina i spoločnosť. Z nášho prieskumu vyplýva, že režim komunity pôsobí ako protipól na predchádzajúce návyky klienta. Ten sa snaží okamžite uspokojovať svoje potreby, unikáť do pohodlnosti, pričom režim komunity mu toto neumožňuje. Tlak na spoluprácu v komunite predstavuje osvojenie si nových sociálnych zručností a prijateľných foriem správania v spoločnosti. Režim i tlak na spoluprácu predstavujú akýsi malý model spoločenského prostredia, v ktorom sa klient učí sociálnym rolám, ktoré bude pri zvládaní budúceho abstinentského života potrebovať. Klient si tento fakt sám uvedomuje a pripúšťa, hoc na druhej strane inklinuje k predošlému spôsobu života. Neustále sa k nemu vracia.

Z prieskumu nám ďalej vyplynulo, že klientova intenzita cravingu po dlhšej dobe abstinencie klesá. Dovolíme si tvrdiť, že základom úspešnej liečby je osvojenie si stratégií zvládania cravingu, ale aj všeobecne krízových situácií. Avšak jedným zo zistení bolo, že klienti si to často neuvedomujú a pobyt v resocializačnom stredisku podceňujú. Degradujú ho už pri nástupe do liečby, pretože motívy k liečbe, ako sme mali možnosť zistiť, sú väčšinou sebecké a manipulatívne. Čo by však nemalo brániť sociálnemu pracovníkovi pri začatí liečby klienta. Z prieskumu nám jasne vyplýva aj fakt, že niekedy tento sebecký motív sa v liečbe mení v ozajstnú potrebu a chcenie zmeniť sa.

Finálnym zistením pre nás bolo, že práca s uvedenou cieľovou skupinou v terapeutickkej komunite je veľmi podnetná, inšpiratívna, sebaskúsenostná, ale aj veľmi namáhavá, vyžadujúca si ozajstnú profesionalitu a množstvo neustále meniacich sa skúseností. Veríme, že prostredníctvom získaných výsledkov a interpretácii čitateľ pochopil a zároveň si lepšie mohol predstaviť život klienta v terapeutickkej komunite a miesto sociálnej práce v nej.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ARTEBURN. S, BURNS. J. 2001. *Drogovzdorné dieťa*. Nová nádej Slovensko. Bratislava, 2001.ISBN 80-967334-6-X
- BENIAKOVÁ. J. 1996. *Terapeutická komunita : Čo vlastne vieme o drogách. Rodina a škola*. ISSN 0231-6463, 1996, Roč. 43, č. 3, s. 11
- BERGERET. J. *Toxikomanie a osobnosť*, Praha : Victoria, 1995, s. 91, ISBN 807187003X
- BROŽA . J. Klíčová pravidla a režim. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna o.p.s. 2007, ISBN 978-80-7106-937-9
- FERJENČÍK. J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha : Portál, 2000, s. 256, ISBN 80-7178-367-6
- FILOUŠOVÁ. I. Skúsenosti s liečbou drogovu závislých v Terapeutickej komunite v Bílej Vodě. II.časť.,in: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. roč. 34, č. 5, 1999
- GAVORA. P. *Úvod do pedagogického výskumu*. Vyd. 2 Bratislava: UK BA, s. 236, ISBN 80-223-1342-4
- HALAMA. P. Efekt terénnej terapie na vnímanie komunity a subjektívne prežívanie závislých v resocializácii. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. roč. 37, č. 4/5, 2002, s. 261 – 268
- HARTL. P. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*..Vyd. 1.Praha : Slon, 1997, ISBN 80-85850-45-1
- KALINA. K. 2008a. *Terapeutická komunita. Obecní model a jeho aplikace v léčbě závislosti*.Vyd. 1. Praha : Grada, 2008, s. 400, ISBN 978-80-247-2449-2
- KALINA. K.2008b. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2008, s. 392, ISBN 978-80-247-1411-0
- KRATOCHVÍL. S. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Aviccenum, 1995
- KRATOCHVÍL. S. 2006. *Základy psychoterapie*, Vyd. 2. Praha : Portál, 2006, s. 384, ISBN 80-7367-122-0

- KUCHÁROVÁ. B. Osobnosť a závislosť. In: *Vychovávateľ*. roč. 48, č. 10, 2003, s. 6-9
- NEŠPOR . K. 2007 *Návykové chovanie a závislosť*. 2007 Vyd. 3. Praha : Portál, 2007, s. 176, ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR. K. *Craving (baženie) u návykových nemocí – jeho význam a liečba*. [online]. 2007. [cit. 2010.03.20]. Dostupné na internete :
< www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1416>
- NEŠPOR. K., CSÉMY. L. 1999. *Baženie (craving). Spoločný rys mnoha závislostí a zpusoby zvládání* [online.]. Praha : Sportpropag, s. 80 [cit. 2010. 03. 03]. Dostupné na internete : <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>
- NEVŠÍMAL. P. a kol *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna o.p.s. 2007, ISBN 978-80-7106-937-9
- NEVŠÍMAL. P. a kol *Puvod a vývoj terapeutické komunity pre drogovu závislé.II*. Praha: Magdaléna o.p.s. 2004.
- OKRUHLICA. L a kol.1998. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*, Vyd. 1. Bratislava: CPLDZ BA, 1998, ISBN 80-968111-1-8
- ROTGERS. F. 1996. *Léčba drogových závislostí*. 1996. s. 260, ISBN 80-7169-836-9
- RICHTEROVÁ – TĚMÍNOVÁ.M. Filosofie a cíle léčby. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna o.p.s. 2007, ISBN 978-80-7106-937-9
- SANANIM – kolektív autorov. 2007.*Drogy otázky a odpovede* .Vyd. 1. Praha : Portál , 2007, s. 200, ISBN 978-80-7367-223-2.
- ŠÍROVÁ. L. Resocializácia aktuálne abstinujúcich drogovu závislých z aspektu sociálnej andragogiky. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*.1999,roč. 34, č.4, s. 239- 248
- ŠPALEKOVÁ.M. Proces resocializácie ako súčasť riešenia problému závislosti., in: *Sociálna prevencia. Prevencia drogových závislostí*. Informačno-vzdelávací bulletin.ISSN 1336 -9679, 2006, roč. 1, č.2, s. 30
- ŠVARŤÍČEK.. R, ŠEĐOVÁ. K.. 2007. *Kvalitatívni výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0

VYMĚTAL J. 2004. *Obecná psychoterapie*, Vyd. 2. Praha : Grada, 2004, s. 340, ISBN 80-247-0723-3

YALOM. I. *Teorie a praxe skupinové psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s.648, ISBN 978-80-7367-304

ZEMKO. M. Resocializačný proces z aspektu liečby drogovu závislých. In: *Mládež a spoločnosť*. Roč. 10, č.1., 2004, s. 29-37

ŽIVNÝ. H. – KRČMÁRIKOVÁ. Z. – KOVÁCSOVÁ . E. *Kapitoly z terapie závislostí od psychoaktívnych látok*, Vyd. 1. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004, s. 106. ISBN 80-89185-07-X

Rodinná terapia [online] 2003.cit [2010-02-27] Dostupné na internete:
<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/rodinna_terapie>

PRÍLOHY