UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Speciální pedagogika pro 2. Stupeň ZŠ a SŠ a výtvarná tvorba se zaměřením na vzdělávání

ÚČINNÉ FAKTORY PRACOVNÍ TERAPIE V RÁMCI INTERVENCE DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Autor: Aneta Koželuhová

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička Ph.D.

Olomouc 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovávala samostatně a všechny zdroje jsem řádně uvedla a citovala. Souhlasím, aby moje práce byla uložena v knihovně pedagogické fakulty a užívána k dalším studijním účelům.

V Olomouci dne……. Podpis……

Poděkování

Ráda bych poděkovala své rodině a příteli, za trpělivost nejenom při psaní mé práce, ale za celkovou podporu při studiu. Také nesmím zapomenout na klienty a pana vedoucího Zlínské komunity GRUNT, za jejich vstřícnost a ochotu podělit se semnou o své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji svému vedoucímu práce panu Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D., za cenné rady a odborné vedení mé práce.

OBSAH

Úvod **7**

TEORETICKÁ ČÁST **9**

1 Závislost **10**

1. 1 Vznik a příčiny drogové závislosti, důsledky drogové závislosti 10

1. 2 Prevence drogové závislosti 11

1. 2. 1 Sananim 12

1. 3 Léčba drogové závislosti 13

2 Terapeutická komunita **15**

2. 1 Definice terapeutické komunity 15

2. 2 Historie terapeutické komunity 17

2. 3 Legislativa 20

2. 4 Specifika terapeutické komunity pro drogově závislé 20

2. 5 Klientela terapeutických komunit 21

2. 6 Filozofie léčby v terapeutické komunitě 22

2. 7 Dogmata terapeutické komunity 23

2. 8 Principy a cíle terapeutické komunitě 25

2. 9 Terapeutické aktivity v terapeutické komunitě 26

3 Pracovní terapie **27**

3. 1 Pracovní terapie a ergoterapie 27

3. 2 Legislativní ukotvení pracovní terapie 27

3. 3 Historie pracovní terapie 28

3. 4 Cíle pracovní terapie 29

4 Resocializační a terapeutická komunita Grunt **30**

PRAKTICKÁ ČÁST **33**

5 Cíl práce a výzkumné otázky **34**

6 Charakteristika respondentů a zařízení **36**

7 Design výzkumu **38**

7. 1 Metodologická východiska kvalitativního výzkumu 38

7. 2 Metody sběru dat 38

7. 3 Časová náročnost projektu 40

7. 4 Metoda interpretace 41

8 Zpracování výzkumných dat **42**

8. 1 Okruh 1 - užívání drog a rodinná situace 42

8. 2 Okruh 2 - fyzické a psychické následky užívání drog 43

8. 3 Okruh 3 - posloupnost léčby 45

8. 4 Okruh 4 - pracovní terapie, činitelé přispívající k úspěšné socializaci a komunitní léčba 46

9 Výsledky a diskuse **53**

Závěr **56**

Seznam použité literatury **59**

Internetové zdroje **61**

Přílohy **64**

Úvod

Možností, jak se zbavit drogové závislosti je v dnešní době nepřeberné množství. Lidé, kteří už se ocitli v pasti závislosti a mají zájem znovu začít kvalitní život bez drog, se můžou obrátit na mnoho center, mezi které patří například K – centra, nízkoprahová centra pro závislé, detoxikační jednotky, lékařská ambulantní péče, posléze doléčovací programy nebo mají k dispozici právě komunitní léčbu, které se ve své práci budu věnovat já. Dle mého názoru se také stále častěji objevuje „léčba bez léčby“. To znamená, že člověk se ze své závislosti snaží dostat sám nebo za pomoci svých kamarádů či rodiny.

K léčbě se může přistupovat různými způsoby, a můžou k ní být použity různorodé nástroje a metody. Nejdůležitější je ale dobrovolnost a snaha člověka přestat drogy brát. Je to ten nejsilnější nástroj, se kterým můžou lékaři, psychologové a terapeuti pracovat. Pokud někdo podstoupí léčbu pod nátlakem, práce s ním bude náročnější a je mnohem větší pravděpodobnost, že se ke své závislosti po tom, co léčbu dokončí, znovu vrátí.

Terapeutické komunity jsou na dobrovolnosti založené. Využívá se v nich mnoho prostředků, mezi které patří mimo jiné také pracovní terapie v různých modifikacích. Přes udržování areálu budov, ve kterých klienti bydlí, drobné opravy, péče o zvířata až po placené brigády. Všechny tyto aktivity u klientů pomalu probouzejí návrat do běžného života, učí se zde zodpovědnosti jak k sobě, tak i k ostatním. Znovu je jim nastolen řád, který dříve většina z nich ignorovala. Také jim to napomáhá k socializaci, popřípadě opětovné resocializaci a k rozvoji komunikace.

V úvodu své bakalářské práce se krátce věnuji závislosti jako takové, jejímu vzniku příčinám a důsledkům, také neopomíjím prevenci a léčbu. Nejpodrobněji se zaměřuji na komunitní léčbu. V teoretické části chci zachytit vývoj terapeutických komunit od počátků, tedy to, co jim předcházelo, až po dnešní podobu. Zmiňuji se i o přístupech které je formovaly a srovnávám je s dnešní aktuální situací. Pozornost věnuji také legislativnímu ukotvení.

V kapitole zaměřené na terapeutické komunity rozebírám klientelu, fungování a chod komunit, specifika terapeutických komunit pro drogově závislé, principy a cíle.

Každá jedna komunita pracuje se svou filozofií, díky které má za cíl znovuzapojení klienta do běžného fungování. Komunity, ačkoliv jsou založené na toleranci, stejném postavení lékař – pacient nebo spíše terapeut – klient a v možnosti svobodně a neomezeně

projevit svůj souhlas či nesouhlas, jsou vysoce strukturované. Mají přesně určený rozvrh dne a fáze léčby. Každý jeden klient musí dodržovat pravidla, které si komunita sama nastaví a stejně tak sankce, jež hrozí při nedodržení těchto pravidel.

Na konci teoretické části popisuji pracovní terapii a terapeutickou komunitu Grunt, se kterou budu dále spolupracovat.

Poznatky z teoretické části bych chtěla dále rozvinout a doplnit v praktické části bakalářské práce.

Zvolila jsem si terapeutickou komunitu nedaleko Zlína, kde jsem posléze jak s klienty, tak s vedoucím komunity vedla rozhovory. Jako výzkumnou metodu používám strukturované a polostrukturované rozhovory, z nichž bych se ráda dozvěděla nejenom, jak vyplývá z názvu bakalářské práce, jestli a jak jim napomohla léčba a konkrétně pracovní terapie v odvykání, ale také okolnosti vzniku závislosti, vše o léčbě předchozí a také co klienty vedlo k tomu, aby si vybrali tento typ léčby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislost

Existuje mnoho definic, které říkají, co to drogová závislost je.

Například dle Světové mezinárodní organizace (WHO) je drogová závislost – obecněji látková závislost z roku 1969 definována jako:
„Duševní, a někdy také tělesný stav vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují puzení brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku, někdy také z obav před vznikem velice nepříjemných abstinenčních příznaků.“ (Machalová, Kubátová a kol., 2015, s. 76)

Dle ICD – 10 (MKN – 10), je závislost soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy.

Uvedu některé z nich:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving).
- Potíže v kontrole užívání látky.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychotropní látky .
- Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. (Home - drogy-info.cz. © 2015)

1. 1 Vznik a příčiny drogové závislosti

„Lituju dne, kdy jsem poprvé viděl crack. Stálo mě to všechno – to znamená hodně. Ztratil jsem respekt k sobě samému, přišel jsem o své přátele a lidi, které jsem znal. Jen mě to ponížilo.“ Chris, 17 let (Ganeri, 2001, s. 152)

Drogy jsou v dnešní době globálním problémem. Tohle označení je užíváno od roku 1990 a má své určité charakteristiky. Za nejzákladnější můžeme považovat ovlivnitelnost prakticky všech zemí světa, kdy každá země sehrává určitou úlohu - producenta, transitu, čili *„převozníka“* nebo spotřebitele. Co se týká řešení, je důležitý mezioborový přístup

a mezinárodní spolupráce. Rozšíření problému spočívá v nelegálních obchodech s těmito látkami. (Kalina. a kol., 2003)

Mezi nejčastější příčiny patří pocit prázdnoty, vnitřního nenaplnění, potřeba se vyjádřit, což může souviset s neuspokojením základních biologických potřeb člověka (špatné zázemí, výskyt sociálně patologických jevů v rodině). Častým spouštěcím faktorem bývá zvědavost, nuda, riziková skupina vrstevníků nebo snaha zapadnout. Zdravotní důsledky užívání drog se vyskytnou dříve či později u každého jedince. Vzhledem k toxickým příměsím, drogy často vedou k onemocnění, nebo až selhání jater a ledvin. Nitrožilní aplikace vede k poranění kůže, cévních stěn, narušení nosní sliznice, trombóze a zápalu žil. Vyskytují se také pohlavně přenosné nemoci (HIV). Pokud ovšem nedojde k poškození na fyzickém zdraví, následky to zanechá na zdraví psychickém (deprese, psychózy, úzkosti, schizofrenie). (Kolektiv autorů, dobrá škola, 2011)

1. 2 Prevence drogové závislosti

Důležité je, aby mladí lidé nevnímali užívání drog, jako něco, co je považováno za normální. Bohužel v dnešní době se u mladictvích setkáváme i s takovým postojem. (Ganeri, 1996)

Primární prevence je velmi důležitou součástí při minimalizování výskytu látkové závislosti. Primární prevence se snaží o to, aby k rozvoji závislosti vůbec nedošlo, tedy se jí snaží předcházet, pracuje s populací, která s ní dosud není v kontaktu a je zaměřena jak na jednotlivce, tak na skupinu. (Klinika adiktologie – Prevence. © 2011.)

Programy, které jsou zaměřeny na primární prevenci, by měly zohledňovat určité předpoklady a tím korigovat jejich obsah.

- Biologické předpoklady – měli bychom se zaměřit na správnou výživu a zdravotní styl.
- Psychologické předpoklady – nejrizikovější je věk od začátku puberty, do jejího ukončení. Mladý člověk často bojuje s vnitřními pocity nepochopení nebo nízkého sebevědomí. Primární prevence pak nabízí možnosti trávení volného času, učení se asertivitě nebo budování správného postoje k lidem a k sobě samému.

- Sociální předpoklady – mezi rizikové faktory můžeme zařadit také etnickou odlišnost či špatné rodinné zázemí.
- Spirituální předpoklad – při počátku rozvoje závislosti chybí uspokojení ze smyslu života, špatně nastavené hodnoty a nerovnováha mezi duchovním a materiálním světem. To často vede k touze uniknout před realitou a uchýlením se do světa iluze, který droga může přinášet. (Kalina a kol., 2015)

Sekundární prevence zahrnuje léčebné programy, které řeší drogovou závislost. Jedná se o psychologický přístup, úpravu sociálního zázemí a popřípadě farmakoterapii. (Prevence drogových závislostí – Zdraví.Euro.cz © 2019)

Terciární prevence pracuje s lidmi, kteří se dostali do bezprostředního kontaktu s drogou a jsou na ní tedy už ve většině případů závislí, nebo ji alespoň vyzkoušeli. Do této kategorie můžeme zařadit doléčování, rehabilitaci, abstinenci.

Pokud se na prevenci zaměříme z jiného pohledu, mluvíme o drogové politice. Sem patří snižování nabídky a poptávky drog, což zahrnuje širokou škálu aktivit k omezení, zastavení výroby, produkce, a distribuce těchto látek. (Kalina a kol., 2015)

1. 2. 1 Sananim

Pokud mluvíme o prevenci, určitě je důležité zmínit neziskovou organizaci Sananim, která se věnuje komplexní prevenci drogové závislosti. Tato společnost byla založena roku 1990 po pádu komunistického režimu, a to na základě myšlenky, že pokud budou otevřeny hranice státu, nelze zabránit šíření ilegálních drog přes hranice.

První zařízení Sananimu sloužily jako modelové organizace pro vnik dalších, například TK Němčice pro drogově závislé roku 1990, u nás ve své době první.

Myšlenka, která vystihuje působení této organizace:

„Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kteří na to čekají, kteří volají své SOS. A varovat ty, pro které je

droga Symbolem magického neznáma romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti.“ (programové prohlášení SANANIN z. Ú.) (Sananim z.ú. | Prevence a léčba závislostí. © 2019)

1. 3 Léčba drogové závislosti

„Většina závislých má zájem o pomoc, ale jsou nejistí nebo mají strach.“ (drogový poradce) (Ganeri, 2001)

V dnešní době již ve většině velkých měst existují protidrogová centra, kam se lidé se svou závislostí mohou obrátit. Tato centra poskytují potřebné informace, poradenství a pomoc. Centra jsou v kontaktu a spolupracují s odborníky různých profesí, jako jsou lékaři, sociální pracovníci nebo speciální pedagogové. (Anita Ganeri, 2001)

V opačném případě, jak se zmiňuje například Pavel Nepustil (2014) ve své knize *Bez léčby to jde*, představuje studie, které prokazují, že značné procento lidí přestane užívat drogy i bez odborné pomoci. V knize poukazuje na výzkumy o ukončení užívání pervitinu, ale píše zde i o jiných typech drog.

Martin Hajný (2011) – se zmiňuje o **všech zařízeních, se kterými se můžeme setkat v ČR.** Patří mezi ně:

- K – centra – Sociální pracovníci navštěvují drogově závislé osoby v jejich aktuálním prostředí a snaží se je motivovat ke změně. Také poskytují bezplatně základní zdravotnické pomůcky.
- Psychiatrické léčebny – Oddělení pro léčbu závislostí – Program, trvající cca 3 měsíce, který hradí zdravotní pojišťovna.
- Terapeutické komunity – Tento typ léčby můžou využít osoby starší 18 let, minimální délka trvání je půl roku.
- Střediska pro mládež – V ČR najdeme 4 taková zařízení pro mládež, délka trvání necelého půl roku. Často první pobytové zařízení, kam se klienti dostali. Důležitá spolupráce se školou.
- AT oddělení – Nejčastěji léčba alkoholové závislosti.
- Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace – Léčba drogových závislostí u dospělých.

- Terénní programy, streetwork – Odborníci se s lidmi setkávají v jejich prostředí, časté navazování kontaktů, rozhovory. Snaží se předcházet nemocem z nedostatečné hygieny, tj. výměna injekčních stříkaček či poskytnutí kondomů.
- Doléčovací centra, centra následné péče – Lidé, kteří již absolvovali nějakou léčbu. Poskytováno mimo jiné i chráněné bydlení.
- Protidrogový koordinátor – Odborník informující populaci o preventivních programech či jiných akcích nebo pomoci zaměřené proti drogám.
- Linka důvěry – Bezplatná telefonická anonymní konzultace.
- Soukromá psychoterapeutická praxe – Konzultace s odborníkem.

Setkáme se i s případy, kdy drogově závislí, dávají přednost léčbě v domácím prostřední, bez odborníků.

2 Terapeutická komunita

Jak uvádí Jandourek (2001) název komunita vychází z latinského slova communitas, což v překladu znamená sociální útvar a všichni jedinci, kteří tento útvar tvoří, mají něco společného. (Kalina a kol. 2003)

2. 1 Definice terapeutické komunity

Podle Kratochvíla (2006, s. 251) je „*terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.*“

Kratochvíl (2006) také odlišuje komunitu v širším a užším slova smyslu. Z pohledu širšího definuje komunitu jako systém. Podporuje se zde komunikace, všech členů komunity, tedy nejenom klientů mezi sebou, ale také personálu a celého léčebného týmu. Každý má právo říct, co se mu nelíbí, proč, a podat zpětnou vazbu. V užším slova smyslu definuje komunitu jako psychoterapeutickou metodu. Klienti jsou mezi sebou v každodenním styku a to jim umožňuje sledovat chování ostatních, a tím si osvojovat jeho nové a lepší formy.

Podobně jako Kratochvíl, toto dělení využívají například De Leon (2000) nebo Gibbons (2002). (Kalina, 2008)

Heartl (1997) se na komunitu dívá také ze dvou úhlů pohledu – jako na teoretickou koncepci a jako na léčebnou metodu. Dále ještě rozděluje komunity do tří kritérií. První, je tzv. ekologická, tedy pouto, které tyto lidi sdružuje, je vymezeno určitým prostorem. Druhé nazývá jako morální nebo psychické komunity, kde se sdružují lidi na základě stejného přesvědčení, víry nebo původu a jako poslední jsou komunity terapeutické a výcvikové.

Terapeutické komunity jsou léčebná zařízení, která mají přesný časový rozvrh celého dne a s tím spojený intenzivní a strukturovaný program. Důležitým předpokladem pro zapojení do komunity je dobrovolnost. Předpokládá se totiž, že klienti přicházejí z vlastního přesvědčení a snahy změnit svůj dosavadní životní styl. To znamená, chtějí se zbavit své

drogové nebo alkoholové závislosti. Abstinence je v komunitě důsledně vyžadována. Klienti jsou podněcování k tomu, aby se vrátili a zapojili zpět do běžného života. Kromě toho, že mezi sebou řeší své problémy, sami si obstarávají peníze na jídlo, spolupodílejí se na chodu a provozu celého domu, jako je například úklid, nebo drobné opravy. Velmi často mají svá hospodářská zvířata, o která se starají.Co se týká financí potřebných na léčbu v terapeutické komunitě, každá komunita si to stanovuje jinak. V legislativě není přesně vymezeno, zda se jedná o službu placenou či nikoliv. Některé terapeutické komunity poskytují léčbu zdarma v případech, kdy klient není schopen z důvodu finanční tísně uhradit náklady s léčbou spojené. Druhou možností je, pokud klient finanční prostředky má, hradí část své léčby. Jinde je stanovena částka, kterou platí každý klient bez rozdílu, a pokud toho není schopen, musí být zajištěno placení léčby z jiných zdrojů (úspory, rodina, příbuzní atd.). Další možností může být brigáda v rámci terapie, ze které si klient na léčbu přispívá. (Preston, Malinowski, Šafránek, 2007)

Mezi další definice terapeutické komunity, můžeme zařadit například definici od D Leona (2000).

- Genetické hledisko – TK je určité společenství lidí, tedy skupina, kde osoby, které se dostaly mimo společnost lidí, pomáhají ostatním a zároveň i sobě, znovu se do společnosti včlenit.
- Funkcionální či metodologické hledisko – TK má své specifické léčebné metody, kterými se snaží dosáhnout vytyčeného cíle, tedy zbavení klientů drogové závislosti.
- Účelové hledisko – Klient se zaměřuje na sebe, na pochopení svého jednání, chování a myšlení, s cílem opětovného zařazení do většinové společnosti.
- Normativní hledisko – Zaměření se na vztahy a hodnoty fungující ve skupině.
- Historické hledisko – Základ hledá v minulosti, v principech a podobě, která se dotvářela až do dnešní podoby komunit.
- Strukturální hledisko – pojmenovává všechny organizační formy a zařízení, kde se může používat léčba a terapie charakteristická pro tento typ léčby. (Kalina, 2008)

2. 2 Historie terapeutické komunity

Historie terapeutických komunit sahá již do dávné historie. Dříve byly velice úzce spojeny s náboženstvím. (Glaser, 1981 cit. podle Kalina a kol., 2015)

Byly zakládány různé náboženské společenství, kde se lidé očišťovali od svých nepravostí, mluvíme o středověku. Oxfordská skupina, která vznikla v novověku, byla předchůdcem terapeutických komunit. Na přelomu 19. a 20. století působila v USA. Zakladatelem byl Frank Buchman. Tato skupina měla určitá pravidla a praktiky mezi které patřilo například:

- Večerní sezení, kde se každý účastník musel vyznat ze svých hříchů.
- Každý člověk ve skupině musel akceptovat křesťanské náboženství a boží vedení jeho činů.
- Veřejnou změnou, pomocí určitého vykonaného zážitku se člověk měl za úkol „změnit“, obrátit se k tomu to co je správné.
- Posledním krokem bylo očištění.

Touto skupinou se inspirovalo hnutí anonymních alkoholiků (AA). (Kalina a kol. 2015)

Hnutí AA využívá při své léčbě 12 kroků, které vedou k uzdravení. V prvním kroku musí klient přijmout fakt o své bezmocnosti k alkoholu nebo jiným návykovým látkám. Mezi další postupy můžeme zařadit poznání, identifikaci a přijetí, roli abstinence, spiritualitu a problém bezmoci, uvědomění, sebepoznání, sebekritiku a osobní zodpovědnost. (Rotgers F. a kol. 1999)

Tyto komunity využívají k léčbě tzv. Minnesotský model (tj. model závislosti jako nemoci), který jednotlivce vnímá jako nemocného, bezmocného. Tento model je často kritizován. (Klinika adiktologie, © 2011)

K rozvoji terapeutických komunit dochází na počátku 20. let, přesněji po roce 1990. TK, tak jak je známe dnes, se vyvíjely ve dvou směrech. Maxwell Jones je zakladatelem komunit pro psychiatrické pacienty a Charles E. Dederich komunit pro drogově závislé. Odlišnost skupin je dána klientelou, podstata zůstává stejná. Oba využívali, uznávali skupinové působení a skupinovou dynamiku ke zlepšení situace klienta.

Maxwell Jones je zakladatelem tzv. **demokratických terapeutických komunit.** Demokratické proto, že zavedl spolurozhodování pacientů o chodu komunity – neboli společné vedení. Základem byla komunikace mezi klientem a personálem, sociální učení v interakci tady a teď, které nazývali to „zkušenost živého učení“. TK se nejvíce rozvíjely po 2. světové válce v Anglii, kde byla také mezi prvními založena Nothfildská vojenská nemocnice pro psychicky narušené vojáky, a nemocnice Mill Hill v Londýně. Mezi další osoby, které jsou spojeny s výše zmiňovaným vývojovým směrem komunit, patří například H. Bridger, W. R. Bion, J. R. Rees, který se stal v době 2. světové války armádním psychiatrem. Jeho hlavní zásluhou je podněcování myšlenky od individuální léčby ke skupinové. Maxwell Jones vypracoval **5 zásad fungování demokratické komunity.** Patří mezi ně **Rozhodování**, tedy snaha, aby se docílilo toho, že každý v komunitě ať už pacient či lékař bude mít rozhodovací pravomoc a možnost se kdykoliv svobodně vyjádřit. **Komunikace**, důležitý prvek a také jedna z odlišností od hierarchické komunity. Namísto jednostranného formálního sdělování byla zdůrazňována komunikace otevřená, v rámci celé komunity. Další jeho zásadou bylo **Společné vedení,** v němž se odrážela snaha o rozvolnění dříve praktikovaných pohledů, jako například, že pacient je pouze pasivní, nemocný objekt léčby. Namísto toho se zakládalo na tom, že je to zdravý, svéprávný a schopný jedinec, který by se měl aktivně podílet na vlastní léčbě. Mezi poslední dvě zásady zařadil Jones **Konsenzus,** tedy jeho dosažení, což obnášelo učit se naslouchat sobě i ostatním, rozumět, přijímat.
A v neposlední řadě **sociální učení,** neboli zamření na přítomnost. (Kalina, 2008)

Dalším odvětvím jsou tzv. **hierarchické terapeutické komunity**, nazývané též jako *„nové"*. První takovou komunitou byl Synanon, která byla založena roku 1958 v USA Dederichem. (Klinika adiktologie – Léčba a následná péče. © 2011.)

Jak se vyjadřuje například Pierri (2002) Toto zařízení z počátku nebylo terapeutickou komunitou nazýváno, ovšem principy, které se v něm uplatňovaly, napomohly ke komunitní léčbě. Dederich nebyl nikdy profesionální lékař nebo psycholog, byl to bývalý alkoholik, který právě díky svým zkušenostem z léčby anonymních alkoholiků přenesl do zařízení určité znaky, které jsou pro tento typ léčby charakteristické. Například spiritualitu, skupinové setkání nebo podporu pozitivních změn. (Kalina, 2008)

„Základní pilíře a principy, se kterými tato komunita pracovala, a které jsou i v dnešní době využívány, jsou:

- *Komunita nabízí náhradní rodinu.,*
- *Charismatický vůdce má v sobě velký terapeutický potenciál,*
- *Vytvoření systému odměňování jako základu změnu,*
- *Konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí rehabilitace.*
- *Synanonská hra – účastníci se nebojí vstoupit do konfrontace, nejčastěji do verbálně - agresivní. Terapeutický potenciál spočívá v tom, že se účastníci naučí nevyhýbat konfliktu a spor řešit vhodným způsobem.,*
- *Náboženská oddanost.“* (Kalina a kol. 2003, s. 54)

Zpočátku vše fungovalo, postupně se ale komunita uzavírala světu, a situace uvnitř nebyla zvládnutelná. Docházelo ke zneužívání moci a postavení. (Kalina a kol. 2008)

První terapeutické komunity v České republice začaly vznikat výhradně v oblasti zdravotnictví. Jaroslav Skála byl mezi prvními, který začal vytvářet zařízení na principech dnešních terapeutických komunit. Mimo jiné také existují tzv. **Teen Challenge organizace**.

Jsou to mezinárodní křesťanské organizace, které vznikly v New Yorku v 50. letech. Pomáhají lidem se závislostmi na drogách. Původně byly založeny Apoštolskou církví. Léčba v těchto organizacích je poskytována mužům a ženám zvlášť, a je velmi duchovně a křesťansky založena. (Preston, Malinowski, Šafránek 2007)

Tyto organizace vytvářejí i preventivní programy pro školní děti a teenagery s názvem **Centra pro děti**, kde se zaměřují na komplexní péči o mládež, která je ohrožena kriminalitou, exkluzí či dalšími nežádoucími jevy. (Teenchallenge © 2019)

2. 3 Legislativa

Terapeutické komunity jsou ukotveny v zákoně **č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, §68:**

- Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.
- Služba dle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
  (Zákon o sociálních službách - ČÁST TŘETÍ - SOCIÁLNÍ SLUŽBY © 2007)

„Terapeutické komunity nelze přiřadit přesně do žádné stanovené kategorie. Do zdravotnictví, školství nebo sociální práce. Dá se tedy říci, že mají mezioborový charakter. Terapeutické komunity dlouho čekaly na legitimní uznání jako drogové služby. Dnes je můžeme řadit do skupiny „léčby“ k abstinenci, jež spadají do kategorie sekundární prevence.“ (Kolektiv autorů, česká praxe 2007, s. 16)

2. 4 Specifika terapeutické komunity pro drogově závislé

Každá terapeutická komunita má svá určitá specifika, ale hlavní proměnnou je klientela. Cílové skupiny jsou různé, lidé s odlišnými diagnózami, adolescenti, matky s dětmi, vězni, imigranti či lidé HIV pozitivní. (Kalina, 2008)

Podle De Leona (2000) se modifikace tradiční TK pro specifické cílové skupiny týká zejména cílů léčby, plánované doby léčení, pružnosti programu, která by dosáhla individuální odlišnosti, konečné intenzity léčebného působení a vzájemné interakci mezi klienty.

Cíle léčby, mají většinou stejný charakter. Můžeme mezi ně zařadit: zdraví klienta, odpoutání se od drogy a znovuzačlenění klienta do společnosti. Flexibilita neboli pružnost léčby, je důležitým prvkem. Vše musíme přizpůsobit potřebám a možnostem klienta. (Kalina, 2008)

Terapeutické komunity pro závislé jsou specifické svými určitými znaky. Mezi které patří například dodržování stejných pravidel. Ovšem ne každý z klientů má stejná práva a povinnosti, ty se odvíjí od fáze, ve které se klient zrovna nachází. Velmi významným faktorem v léčbě je účast spolurozhodování na chodu komunity. Klienti si sami zvolí sankce, při nedodržení pravidel, podílejí se na přechodu do dalších fází psychoterapie, jsou účastnění přijímání nebo vyloučení klienta. Mají velmi značnou převahu při rozhodování nad členy týmu. Je to přípustné, jestliže to pozitivně ovlivňuje vývoj a růst komunity jako celku. V každé komunitě fungují složitá pravidla, která jsou nezbytným prvkem v léčbě. Klientům se dostává pocitu zodpovědnosti nejen za sebe, ale za celou skupinu. V terapeutické komunitě se uplatňuje nejen psychoterapie, ale i výchova a vzdělávání. (Kalina a kol. 2, 2003)

2. 5 Klientela terapeutických komunit

Klientela terapeutických komunit je různá, jak už jsem se zmiňovala výše. Podle toho jsou následně formulovány cíle a celková organizace komunity. **Lidé s problematikou HIV/AIDS**, tvoří velkou část klientely terapeutických komunit pro drogově závislé. **Klienti závislí na stimulačních látkách**, podle Leona (1993) tvořili v 80. letech značnou část a to zejména lidé, závislí na heroinu. (Kalina, 2008)

Nejvíce ohroženou skupinou jsou **dospívající ve věku 15-19 let**. Toto období je pro adolescenta velmi obtížné, a jelikož se hodně mladých lidí nedokáže vyrovnat se změnami, které nastávají v jeho životě, valná část se ubírá k drogám. Mladí lidé se často střetávají s autoritami, které musí respektovat, staví se do role dospělých, ale jsou pořád dětmi. V tomto období často dochází k neshodám s rodiči, mladí lidé se snaží „zapadnout“ mezi skupinu svých vrstevníků, hledají vlastní identitu a smysl života. (Jiří Broža cit. podle Kalina a kol. 2, 2003)

Mezi další ohroženou skupinu můžeme zařadit **závislé matky s dětmi a těhotné ženy**. Drogy mají v této situaci dopad nejen na ženu, ale souvisí s celou řadou rizik, které mají vliv i na dítě. U dítěte se může rozvinout FAS neboli fetální alkoholový syndrom, jako důsledek užívání alkoholu matky v těhotenství. Tento negativní vliv je dokázán. (Ilona Preslová cit. podle Kalina a kol., 2003)

Mezi nemalou část klientů patří také **lidé v konfliktu se zákonem, lidé ve vazbě a ve výkonu trestu**. Ačkoliv je dostupnost drog ve vězení podstatně nižší, nelze to eliminovat úplně a i sem problematika zasahuje. Ačkoliv by se mohlo zdát, že ve věznicích nelze docílit komunitní léčby, opak je pravdou. Ovšem je to značně složitější a kapacita je často omezená. Jako konkrétní příklad můžeme uvést věznici Rýnovice nebo věznici Kuřim. Programy jsou zde založeny právě na komunitním systému. Tým je interdisciplinární, což znamená, že jej tvoří psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové a vychovatelé. Vězni se zde účastní různých přednášek, terapií nebo zájmových aktivit. (Marek Jargus cit. podle Kalina a kol. 2, 2003)

2. 6 Filozofie terapeutické komunity

Důležitá je víra, víra v to, že se člověk dokáže změnit a převzít zodpovědnost za sebe a své chování. V této změně člověku napomáhá skupina lidí, se kterými je v kontaktu, ale také struktura a pospolitost, kterou komunita nabízí. Prostředí těchto komunit je navržené tak, aby splňovalo základní podmínky, mezi které patří to, aby si lidé mezi sebou budovali vztahy, aby bylo možné zde vidět různé vzorce chování, také převzetí rolí a pozitivních hodnot. To vše má přispět ke kladným obratům v životě klienta. (Kalina, 2008)

Martina Richterová – Těmínová (2007), vyzdvihuje několik pojmů, které jsou při léčbě klíčové. **Společenství,** autorka totiž konstatuje, že terapeutické komunity pravděpodobně navazují na prvotní křesťanská společenství. K tomu se pojí struktura a hierarchie, dále **učení se být odpovědným**, **svoboda** a **otevřená komunikace.** (Terapeutická komunita pro drogově závislé II. © 2019)

K terapeutickým komunitám se váží ještě další pojmy a principy, které utvářejí jejich filozofii. V knize terapeutická komunita od Kaliny (2008) je kromě výše zmiňovaných **společenství** a **demokracie** uveden ještě pojem **člověk a jeho cesta.** Je tím myšlen komplexní přístup k člověku jako bytosti s dobrými úmysly, svobodné a rozumné. Toto pojetí vychází z humanistického přístupu. Člověk se stále vyvíjí a mění, je tzv. „na cestě“.

1. Rozhodující není nemoc klienta. Do TK pro drogově závislé, se mohou dostat lidé s různými problémy, které mohou být také primární příčinou na základě sekundárně vzniklé závislosti. Může se jednat například o poruchy příjmu potravy (PPP)

u adolescentů i dospělých, o neurózy a psychózy, ale mohou to být i lidé bez přidruženého handicapu. Důležité tedy je, aby nebylo na jedince nahlíženo jako na „feťáka“, „psychopata“ nebo „blázna“, jelikož toto nahlížení není pro zdárný vývoj léčby žádoucí.

2. V popředí nejsou symptomy jedince. Důležité je zaměřit se ne na projevy, ale na podstatu těchto projevů.
3. Rozhodující je zdraví, nikoliv nemoc
4. Člověk je bio – psycho – sociální entita ve zdraví i nemoci
5. Ohniskem problému je osoba a její vztahy
6. TK je místem změny
7. Změna se upevňuje v prostředí mimo TK – V terapeutické komunitě se snaží s člověkem pracovat, změnit mu pohled na sebe samého a do popředí jeho zájmu dostat aktivity, koníčky, a drogu potlačit. Na konkrétním člověku je následně jak se změnami naloží, jak je udrží a aplikuje v životě a v jeho přirozeném prostředí.
8. Změna se promítá do celoživotního scénáře. (Kalina, 2008)

Neméně důležitým aspektem je také to, aby se klienti cítili v **bezpečí.** Již velmi náročná je celá léčba, proto je důležité, aby byli v prostředí, kde se cítí dobře a nemusejí mít obavy, jak z terapeutů, tak ostatních klientů (s tím souvisí právo říct „ne, teď o tom nechci mluvit“, aby se zabránilo ohrožujícímu nátlaku skupiny na jednotlivce). K bezpečí také neodmyslitelně patří **důvěra**. Důvěra je zadána pravidlem „komunitního tajemství“, to znamená to, co se sdělí „uvnitř“, nesmí být vynášeno „ven“. (Kalina, 2008)

2. 7 Dogmata

Dogmata, která mohou doprovázet terapeutické komunity. Dogma, bychom mohli chápat jako myšlenku, výrok, něco, co je neměnné, pevné dané. (příkladem mohou být křesťanská dogmata). (Definice a význam dogma, © 2019)

Jiří Dvořáček (2012) popisuje sedm dogmat, která se objevují v souvislosti s léčbou v terapeutických komunitách.

Bez přísných pravidel nemůže terapeutická komunita fungovat. Autor se zamýšlí nad otázkou, zda jsou pravidla v takové míře potřebná. Pravidla, jako například „nesmíš

krást“ považuje už tím, že ho předem určíme za pravidlo stigmatizující. Ptá se sám sebe: Jsou lidé v terapeutických komunitách natolik jiní, že jim je musíme pořad připomínat? Jeho odpovědí tedy je, snížit počet pravidel na minimum, a to pouze na ty, které jsou nezbytně důležitá. Řešením může být skupina sama. Vytvoří si svá vlastní pravidla.

Namísto tvrdého a direktivního vedení je vhodné použít pouze jakési provázení klienta, klidné, vlídné a bezpečné prostředí. Autor pokládá otázky, proč by měla být terapie tvrdá, přísně vedená a strukturovaná? Srovnává s medicínou, kdy je tento postup vhodný z toho důvodu, že lékař stanoví diagnózu, navrhne vhodné prostředky a následně léčbu provádí. Zde by to mělo fungovat odlišně. Cílem TK by mělo být pouze navedení klienta, čímž by se měl stát on sám expertem na řešení svého problému.

Sex je v komunitě zakázán. Tohle je všeobecně známé pravidlo, které klienti nesmí porušovat. Udržovat intimní vztahy se nesmí, jinak hrozí vyloučení. Je to ale jedno z nejvíce diskutovaných pravidel. Jak konstatuje Dvořáček, sex, intimní vztahy a partnerství je součást běžného lidského života, zamýšlí se tedy nad tím, jestli je vhodné to lidem zakazovat, pod trestem vyloučení z komunity. Naopak pokud je to zakázané z důvodu toho, že se klient nebude věnovat léčbě, ať jsou tedy pravidla nastavena tak, že pokud se bude klient věnovat čemukoliv jinému než léčbě, bude vyloučen.

Psychoterapie, nejdůležitější aspekt a léčebná metoda v komunitní léčbě. Dvořáček poukazuje na to, že psychoterapie je nejvíce využívána a považována za nejdůležitější metodu při s práci s klienty s drogovou závislostí. Prohlašuje ovšem, že nevidí tak silnou návaznost na léčbu drogové závislosti a terapie. Tedy jinak řečeno, minulost, a v ní hledání příčin není tak důležitá, jako přítomnost, podpora skupiny a nalézání nových řešení aktuální situace.

Supervize je důležitá, bez ní není tým. Podle autorových slov je externí supervize pouze jakýsi formální nástroj pro zhodnocení toho, že tým pracuje tak jak má.

Pokud nemá terapeut výcvik, není terapeutem. Ačkoliv autor sám přiznává, že lepší cestu, než výcvik k získání terapeutických dovedností nezná, dodává následně, že v některých případech může více uškodit než pomoct.

Ačkoliv je závislost chápána a vedena v medicíně jako diagnóza, autor úplně nesouhlasí s výrokem, že **závislost je nemoc.** Největším problémem tohoto označení je fakt, že pacienti jsou ovlivňováni, což označuje jako „riziko indoktrinace pacienta“. Mezi nejčastější

indoktrinace uvádí: „už navždy budete závislý“, „jednou se napijete a jste v tom zpátky“, „sám to nezvládnete“. (Jiří Dvořáček, 2012 cit. podle kolektiv autorů, 2012)

2. 8 Principy a cíle terapeutické komunity

Například D Leon formuluje cíle terapeutických komunit jako „pět S pro sebezměnu“

- Sebepéče – Tímhle Leon myslí vnější vzhled člověka, díky tomu, jak vypadá a jak se o sebe stará, bude mít lepší mínění sám o sobě z toho důvodu, že se bude cítit dobře a hezky.
- Sebesledování – Dalo by se to také nazvat jako sebeovládání. Každý člověk se musí naučit sledovat své impulzy, které mohou vést k negativní odezvě ostatních. Díky tomu, že si člověk bude uvědomovat své jednání, pozná, že lidé reagují pouze na jeho chování a tím nebude dávat okolnosti vzniku nepříjemných situací za vinu druhým, ale sobě.
- Sebeřízení – Tento bod souvisí s bodem předchozím. Tedy, že se člověk musí naučit nejdříve přemýšlet a potom jednat. Musí být také zodpovědný za své činy.
- Sebeporozumění – Díky tomu, že bude klient sám sobě rozumět a bude schopen si uvědomit, co dělal v životě špatně, začne chápat souvislosti a vše, čím si v životě prošel.
- Sebepojetí – Klient si musí vyvinout pozitivní přístup k sobě, zlepšit pohled sám na sebe a díky tomu bude schopen zlepšit svůj život a dosahovat pozitivních změn ve svém životě. (Kalina, 2008)

Jako primární cíl, který si kladou všechny terapeutické komunity je bezesporu resocializace klientů do společnosti, znovuzapojení se do pracovního procesu a trvalá abstinence drog či jiných návykových látek. Osobní růst klienta a změna životního stylu jsou důležité stavební kameny k tomu, aby byl tento proces úspěšný. (Terapeutické komunity | Kde najít pomoc | Veřejnost - Substituční léčba. © 2019)

2. 9 Terapeutické aktivity v terapeutické komunitě

Mezi důležité aktivity patří **skupinová setkání**. Tato setkání probíhají denně. Řeší se zde otázky, které v komunitě vyvstanou, problémy, rozhodnutí nebo případné sankce za nedodržení domluvených pravidel některého ze členů komunity. Další aktivitou – terapeutickou, je **skupinová terapie**. Skupinová terapie může mít mnoho podob, a také může být různě členěná. Setkáváme se s heterogenní, nebo homogenní skupinou, ovšem v komunitách se většinou scházejí všichni klienti dohromady. Může se objevit také **terapie individuální**, ale je to méně časté. Individuální sezení jsou zde koncipována spíše jako určitá podpora klienta, nebát se projevit svůj názor před skupinou, otevřít se jim, nebo je řešen pouze stav klienta. Objevuje se zde také **rodinná terapie**. Nejedná se o práci s rodinným terapeutem, ale pracuje se často rodinou, příbuznými, sourozenci, manželi atd. Jedná se buď o návštěvy, nebo se můžeme setkat s víkendovým sezením rodinných příslušníků. Velmi účinná a je i **pracovní terapie**. Většinou se jedná o aktivity, jimiž se dosahuje viditelných výsledků. V komunitní léčbě se můžeme setkat i se **vzděláváním**, které je realizováno formou přednášek, cvičení či seminářů. Témata se většinou týkají uvolňovacích cvičení, filozofie zábavy nebo práva, tedy právního povědomí, s čímž souvisí i **sociální práce,** kdy terapeuti mohou řešit s klienty otázky týkající se rodinného nebo trestního práva. Důležité je zde, že to neřeší terapeuti, ale pouze napomáhají klientům v řešení těchto problémů. Jako posledními, ale neméně důležitými aktivitami jsou činnosti **relaxační, sportovní a rehabilitační.** Tyto aktivity napomáhají při léčbě, mají pozitivní přínos, klienti se odreagují, zároveň ale stmelují kolektiv, a protože se jedná většinou o aktivity, které nejsou obzvláště náročné v žádné oblasti, klienti můžou tyto aktivity provozovat i poté, co ukončí léčbu. (Kalina, 2008)

3 Pracovní terapie

3. 1 Pracovní terapie a ergoterapie

Výraz ergoterapie pochází z řeckého překladu Ergon – práce, Therapia – léčit. Dalo by se tedy říct, že vychází z předpokladu, že každý člověk má schopnost díky práci a pracovním návykům zlepšit kvalitu svého života. Pracovní terapie je tedy forma terapie. Práce je pro člověka přirozená a díky ní je schopen se zařadit do společnosti, dodává mu pocit seberealizace a naplňuje jej. Pracovní terapie se využívá v různých zařízeních, přes dětské domovy, domovy pro seniory, v léčebnách či domovech pro psychicky nemocné, mentálně postižené nebo drogově závislé jedince. Terapie není prospěšná pouze po psychické a duševní stránce ale i po té fyzické. Díky práci, si člověk může zlepšit kondici nebo motoriku. (Ergoterapie – léčba prací | Rehabilitace.info. © 2019)

3. 2 Legislativní ukotvení pracovní terapie

Co se týká legislativního ukotvení pracovní terapie a profese pracovního terapeuta, lze to nalézt v **zákoně č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.**

- Odborná způsobilost k výkonu povolání jiného pracovníka – v tomto případě pracovního terapeuta se získává absolvováním **akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru pracovní terapie po získání středního vzdělání, středního vzdělání s výučním listem nebo středního vzdělání s maturitní zkouškou (pracovní terapeut). (**Zákon č. 201/2017 Sb.)

Pracovní terapie není přesně vymezena, ale můžeme říct, že spadá do oboru ergoterapie v širším slova smyslu. Česká asociace terapeutů definuje ergoterapii jako *„Profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, fyzickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním)“. (ČAT)*

Častá je záměna **pracovní terapie, činnostní terapie a pracovní rehabilitace**. (Müller a kol., 2014)

Pojmem **pracovní rehabilitace**, jak je uvedeno v zákoně **č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti**, ve znění pozdějších předpisů je činnost zaměřená na získání a udržení vhodného pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením či znevýhodněním. (Integrovaný portál MPSV, © 2019)

Pracovní terapii a činností terapii bychom mohli v podstatě nazvat synonymy, jelikož u obou se jedná o manipulaci s určitým předmětem, surovinou, materiálem, s tím rozdílem, že pracovní terapie více směřuje k jednomu konkrétnímu výsledku. Hranice je zde ale opravdu tenká. (Müller a kol., 2014)

Můžeme uvést na příkladech. Pletení košíku – směřuje k určitému výsledku, ale nazvaly bychom to spíš činností, kdežto oprava podlahy v rámci komunitní léčby u mužů je spíše prací. (Psychiatrická nemocnice Kosmody, © 2019)

3. 3 Historie pracovní terapie

Jak už jsem zmiňovala výše, pokud bychom vznik pracovní terapie zařadili pod ergoterapii, vývoj s ní by byl víceméně shodný. V případě, že bychom na to ale nahlédli z jiného úhlu pohledu, mohli bychom konstatovat, že pracovní terapie se vyvíjí už od počátku lidstva, s tím rozdílem, že v minulosti bychom pro to neměli tento termín.

3. 4 Cíle pracovní terapie

Cílem pracovní terapie, tak jako každé jiné, je tedy maximální soběstačnost a socializace člověka do společnosti se zaměřením na zlepšení sociálních vztahů, komunikace, pracovních a jiných návyků a dovedností. Primárně jde také o zmírnění a odstranění závislosti či jiného problému s dlouhodobým efektem a zabránění recidivě, lapsu či relapsu. (Psychiatrická nemocnice Kosmody, © 2019)

4 Resocializační a terapeutická komunita Grunt

Terapeutická komunita se nachází nedaleko Zlína v obci Březnice. Jedná se o neziskovou nestátní organizaci sociální péče a slouží k dlouhodobému resocializačnímu pobytu. Založena byla v roce 1999 za podpory magistrátu města Zlína a protidrogové Meziresortní komise. Motivací komunity jsou samozřejmě klienti, kteří prošli touto léčbou a úspěšně pokračují v novém životě bez drog. Aktuální kapacita je 10 klientů. Počet není záměrně vyšší, jelikož v tomhle menším počtu se zvyšuje efektivita léčby.

Projekt je zaměřen a slouží lidem, konkrétně mužům od 18 let věku, závislým na nealkoholových drogách. Jednou z podmínek možnosti pobytu v komunitě je považována dobrovolnost začít s detoxikací a ukončit svou závislost.

V zařízení jsou klienti rok, jedná se tedy o dlouhodobý pobyt na zemědělské usedlosti v přírodě. Obytná část se skládá ze dvou budov, kde najdeme tři ložnice, společenskou místnost a z budov hospodářských, kde jsou stáje, chlévy a stodola.

Činnost je založena na principu vedení a obhospodařování zvířecí farmy, kde klienti chovají králíky, drůbež, kozy ale i psy a kočky. Tímto způsobem získávají i jejich produkty a částečnou potravinovou soběstačnost. Využívá se zde kromě skupinových sezení hlavně pracovní terapie – ergoterapie. Aktuálně již komunita nefunguje tak, jako dříve, proto zde přetrvala aktuálně pouze pracovní terapie. Klienti zajišťují chod farmy, starají se o zvířata, podílí se jak na drobných rekonstrukčních opravách, tak i na těch větších, pokud jsou toho schopni. V rámci toho byla v posledních letech opravena podlaha v kuchyni a v ložnicích, omítky, studna, elektrorozvody, střecha, ale také zevnějšek objektu, jako příjezdová cesta a další. Klienti nepracují pouze na objektu, který obývají, ale mají i brigády, ze kterých získávají své „kapesné“, ale také z těchto financí hradí plynulý chod komunity. V rámci pobytu můžou absolvovat různé kurzy. Jedním z nich je třeba kurz výškových prací. Jako brigády mají klienti často výkopové, lesné či jiné dělnické pomocné práce v okolí.

Tato strukturovanost a povinnost jim napomáhá se vracet do běžného života, a především si osvojovat ztracené pracovní návyky a morálku. Mimo jiné si zlepšují sociální dovednosti, komunikaci, fyzickou a psychickou kondici, učí se přebírat zodpovědnost za své činy a jednání, získávat o sobě reálné mínění, sebehodnocení, nacházet sebedůvěru, a hlavně hledat nové možnosti trávení volného času.

Konečným cílem terapie je samozřejmě trvalá abstinence a návrat do běžného života. Terapie byla dříve rozdělena do několika fází. Každá etapa byla zaměřena na posílení jiné vlastnosti u klienta, a trvala různě dlouhou dobu dle potřeby klienta.

První fáze nazvaná motivační s délkou 2–3 měsíce. Druhá fáze taktéž motivační, se zaměřením na nosnou motivaci k abstinenci s délkou 2-4 měsíce. Ve třetí fázi si klient prohluboval zodpovědnost za sebe, za své jednání a činy, za své zdraví a také ke komunitě a svěřeným úkolům. Tato fáze trvala 3-5 měsíců. V poslední čtvrté fázi, se stejnou délkou jako ta předešlá si klient všechny předchozí postoje upevňoval a postupně se odpoutával od komunity a začínal svůj vlastní, nový život bez drog. Ještě před tím, než ale klient úplně opustil komunitu, mu byla zařízena následná péče v doléčovacím programu. Klient také musel splnit základní podmínku, a to stálý pracovní poměr a adekvátní bydlení.

Komunita také spolupracovala s různými dalšími centry ve Zlínském kraji, jakým je kupříkladu K-centrum Zlín nebo psychiatrická léčebna Kroměříž. Supervize probíhala ve spolupráci s občanským sdružením Podané ruce z Brna. (Resocializační a terapeutická komunita Grunt. © 2008-2019)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti klientů s pracovní terapií a pobytem v komunitě, zmapování jejich předchozí léčby a komplexní náhled na jejich předchozí i dosavadní život.

Zaměřovat se budu na subjektivní pocity zkoumaných osob, ale i na objektivní posouzení z pohledu zakladatele a vedoucího komunity. Jelikož je mým cílem komplexní náhled na problematiku a s ním spojená následná socializace těchto osob do společnosti, kromě zaměření se na pracovní terapii, budu zjišťovat všechny ostatní okolnosti, které napomohli klientům v začlenění do společnosti a odpoutání se od drog.

Dílčí cíle jsem formulovala z důvodu rozšíření a možností zpracování všech informací, které mi klienti při rozhovorech poskytli. Některé z nich jsem vytvořila ještě před začátkem výzkumu, jiné záměrně během nebo po dokončení.

Dílčími cíli pak bude zjistit, jaké doprovodné společné znaky můžeme vypozorovat v chování klientů při komunikaci na určité téma.

Dalším dílčím cílem bude zjistit, zda je u klientů určitá podobnost v posloupnosti průběhu léčby.

Posledním dílčím cílem pak bude zjistit, zda je možné nalézt společný spouštěcí faktor/faktory vzniku drogové závislosti u dotazovaných klientů.

Výzkumné otázky

„Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však u hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního přístupu odpovídáme na výzkumné otázky. Výzkumná otázka musí být položená jasně a musí být zřejmé, že v rámci zamýšleného výzkumu jsme na výzkumné otázky vůbec schopni odpovědět. Výzkumnou otázku lze v průběhu výzkumu měnit, přeformulovat, či dokonce zavrhnout.“ (Miovský, 2006, s. 88)

Od výzkumných otázek se částečně odvíjela i struktura rozhovoru (viz PII), kterou jsem vypracovala a snažila se jí částečně držet, popřípadě jsem pokládala otázky doplňující

nebo jsem naopak nechala rozhovor otevřeně plynout a pouze jsem klienta naváděla k zjištění požadované informace.

Výzkumné otázky jsem v průběhu výzkumu doplňovala a formulovala rozdílným způsobem, pokud jsem došla k zjištění, že na výzkumnou otázku nelze vhodně odpovědět či bych nebyla schopna zjistit požadované informace.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou účinné faktory pracovní terapie, které napomohly klientům v léčbě drogové závislosti a následné efektivní socializaci?
2. V čem shledávají jednotliví klienti pozitiva či negativa v působení práce a pobytu v komunitě, shodují se vzájemně?
3. Jací jiní činitelé, přispěly k léčbě, abstinenci a úspěšnému začlenění jedince do společnosti?

6 Charakteristika respondentů a zařízení

Výzkumný soubor tvoří bývalí klienti neziskové komunity Grunt závislí na nealkoholových drogách. Jedná se pouze o muže v průměrném věku kolem 35 let. Většina z klientů už má stálé zaměstnání, pouze se setkávají se zakladatelem komunity, který jim pomáhá v překonávání těžkých situací, zabezpečování právních úkonů, či hledání zaměstnání. S některými klienty nadále spolupracuje v pracovní oblasti či přednáší na školách.

Tato komunita byla vybrána záměrně z toho důvodu, že v komunitě byla hlavním prostředkem léčby pracovní terapie. Momentálně plní komunita resocializační funkci.

Komunita byla založena v roce 1999 a od té doby jí prošlo bezmála 70 klientů. Začátky byly náročné, zmiňuje zakladatel ústavu, který z vlastní iniciativy, za pomoci mladých lidí, se kterými pracoval, když ještě působil v dětském diagnostickém ústavu, tuto komunitu zakládal. Z počátku fungování komunity zde měli klienti velmi dobré zázemí, i co se týče personálu. Působil zde psycholog, externí psychiatři, sociální pracovníci, speciální pedagogové a terapeuti. Vzhledem ke skutečnosti, že je v dnešních podmínkách vše o penězích, komunita měla postupně stále méně zaměstnanců a často v komunitě působili dobrovolníci, popřípadě bývalí klienti.

Pořád zde i po letech fungovaly terapeutická sezení, pravidla, ale v posledních letech právě z důvodu financí se komunita proměnila spíše na resocializační. Klienti sem přicházeli, odcházeli, někdy jich bylo méně, jindy více.

Momentálně je komunita stále přístupná lidem, kteří by do ní chtěli vstoupit, někteří tam stále přicházejí. Určitá pravidla přetrvávají z minulých zažitých dob, pořád zde jsou zvířata, o která se lidé starají a také areál, který se musí udržovat. Žijí zde 3 lidé, muž bez domova, který přechodně bydlí na Ukrajině, ale převážně pobývá v Gruntu. Bývalý vyléčený klient, který zde žije již 2 roky a jeho kamarád, který momentálně ještě vyléčený není.

Na otázku, zda bude komunita někdy fungovat tak, jak před lety mi nebyl nikdo schopný odpovědět. Snaha tam je, to je očividné, ale zda se podaří sehnat finance na celkovou obnovu, to už si mi nikdo netroufl říct. Komunita již není na takové samotě, jak bývala kdysi, ale pořád se nachází za lesem, a z její venkovní části vidíme jenom obrovské prostranství luk.

Lidé, kteří tam žijí momentálně, popřípadě ti, kteří tam dochází, ať už to jsou klienti noví nebo ti bývalí, zde neustále nacházejí útočiště, bydlení, pomocnou ruku od ostatních a pana vedoucího M.

Vzhledem k zadání bakalářské práce, tedy **pracovní terapie v rámci intervence drogově závislých,** je z mého pohledu realizování rozhovorů s lidmi, kteří zde momentálně žijí nebo kteří tuto léčbu absolvovali dříve naprosto ideální, jelikož s odstupem času lze posuzovat, zda klientům léčba pomohla či nikoliv.

První kontakt byl zprostředkován telefonicky se zakladatelem, který mi domluvil první schůzku s účastníkem. Díky němu, jsem v přirozeném prostředí měla možnost zjistit informace i o ostatních lidech, kteří momentálně v komunitě pobývají.

S druhým bývalým klientem jsem měla možnost vést rozhovor opět v jeho přirozeném prostředí, na doporučení vedoucího, na tomto základě mi byly poskytnuty informace ještě od jiného klienta, který pobývá s klientem předchozím.

Posledním respondentem byl muž, který pracuje částečně v zahraničí a rozhovor s ním nebyl snadno realizovatelný. Díky tomu, že vydal knihu a volně dostupnému video rozhovoru jsem byla schopna zjistit veškeré informace a následně mi bylo nabídnuto zúčastnit se besedy, kde klient byl, a tudíž jsem získala ještě doplňující informace přímo od něj díky osobnímu setkání.

V součtu jsem tedy zjišťovala údaje od čtyř klientů a zakladatele, který byl pro můj výzkum neméně důležitý, protože mi poskytl veškeré informace o komunitě, jejím dřívějším fungování, personálním zabezpečení, vzniku, délky trvání a účinnosti.

Charakteristika respondentů (Tab. 1)

Pohlaví	**Věk**	**Vzdělání**	**Délka závislosti**	**Typ závislosti**
Muž (1)	36	Základní	10 let	Toluen
Muž (2)	36	Střední	11 let	Pervitin
Muž (3)	31	Střední	9 let	Pervitin
Muž (4)	41	Základní	11 let	Pervitin

+ Zakladatel komunity Grunt

7 Design výzkumu

„Design výzkumu, nebo také projekt výzkumu je technickým plánem konkrétní výzkumné studie, který je na míru „šitý“ zvolenému výzkumnému problému v daném teoretickém rámci. Specifikuje způsob použití konkrétních metod (pro získávání a analýzu dat), popisuje kontext, v jakém bude studie realizována, konkrétní výzkumný vzorek atd.“ (Miovský, 2006, s. 90)

7. 1 Metodologická východiska kvalitativního výzkumu

Jak uvádí Gavora (2010), metodologie výzkumu představuje vědní disciplínu, která zkoumá a popisuje plánování, organizaci a realizaci výzkumu, včetně vyhodnocení výzkumných dat. (Linderová, Scholz, Munduch, 2016)

7. 2 Metoda sběru dat

K získávání informací a odpovědí na výzkumné otázky jsem zvolila **kvalitativní výzkum**. Budu tedy využívat **polostrukturované interview.**

V knize Miovského (2006) se dozvídáme, že „*pojmem kvalita lze označit hodnotu či souhrn vlastností, z nichž zjišťujeme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu*.“ (Klimeš, 1981, s. 416 in Miovský, 2006)

Rozhovor jsem si předem vypracovala na podkladě publikace *„Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti"*, jejímž autorem je Gray Barker a na základě formulování hlavních výzkumných otázek.

Polostrukturovaný rozhovor je rozčleněn do pěti celků, kdy každý z nich má důležitý význam pro získávání dat.

Co se týká první části – tedy úvodní, vzhledem ke skutečnosti, že zkoumané respondenty předem neznám, jsou na začátek zařazeny tzv. uvolňovací otázky. Na to navazuji zjišťováním aktuálních životních podmínek klienta.

Klienti v komunitě absolvovali „doléčovací a detoxikační program“, přičemž právě pracovní terapie jim měla napomoci k úplné socializaci, znovuzařazení do pracovního procesu a zlepšení fyzické a psychické kondice.

Nejdůležitější částí rozhovoru je část třetí, kdy jsou respondenti dotazováni přímo na chod komunity a její strukturovaný program. V závěrečné části byl respondent dotazován na obecné poznatky užívání drog, jelikož mým záměrem je nahlédnout na situaci komplexně. V neposlední řadě zjišťuji klientův náhled do budoucnosti, co se týče užívání návykových látek.

Rozhovor jsem vedla v závislosti na tom, jak to vyhovovalo klientům. Někdy více direktivně, jindy méně. Využila jsem taktéž **narativní interview**, což je spíše podněcování klienta k vyprávění než pokládání otázek. (Miovský, 2006) Tuto techniku jsem zvolila u jediného klienta z důvodu vhodnosti situace, kdy by mé otázky působily rušivě a zbytečně bych přetrhala myšlenkový děj a strukturu.

Při rozhovorech jsem kladla velký důraz na autentičnost, spontaneitu, uvolněnost a přirozenost situace. Byla jsem otevřená místu vedení rozhovoru, vše jsem ponechala na klientech, aby si sami zvolili prostředí, které je jim příjemné i termín a čas, který jim vyhovuje.

Jako další zdroje sběru dat mi sloužila kniha, vydaná jedním z klientů, video volně dostupné na internetu a účast na přednášce na střední škole.

Samozřejmostí byla informovanost klientů s mým záměrem, tedy proč a k čemu mi budou sloužit výsledky šetření. Dotazovaní jsou předem seznámeni s otázkami a bude jim ponechán čas na rozhodnutí, zda se rozhovoru zúčastní či nikoliv. Tato fáze proběhla telefonicky s majitelem, který mi pomohl zajistit klienty, kteří program v komunitě absolvovali, a obeznámil je s mým záměrem.

V rámci výzkumu jsem využila taktéž **metodu pozorování.** Dělo se tak například při besedě na střední škole, ale také při spontánních situacích například během rozhovoru, při domluvě klientů s vedoucím, když jim zazvonil telefon, při setkání s kamarádem apod.

Jak uvádí Maršálová a Mikšík (1990, s. 232-235) v knize Miovský (2006) *„při pozorování se můžeme zaměřovat a diferencovat určité kategorie. Jsou to například:*

- *Znaky chování, zaměřené na pohyb. Řadí se sem převážně neverbální znaky, jako jsou gestika, mimika, pohyby celého těla atd.*
- *Dále pozorujeme řeč, ze všech jejich možných stránek, jedná se o intonaci, rychlost, srozumitelnost a také její obsahovou kvalitu.*
- *Zaměřujeme se také na okolí, ve kterém výzkum provádíme, jedná-li se o přírodu, město atp.“*

7. 3 Časová náročnost projektu

Již při výběru tématu práce jsem se poohlížela po vhodném prostředí, kde bych byla schopna vše realizovat, abych posléze nenarazila na nečekané komplikace. Zhruba půl roku předem, jsem telefonicky kontaktovala zakladatele komunity, zda je vůbec možné rozhovory provést.

Před samotnou realizací jsem si zjišťovala přesnou polohu komunity a terénní dostupnost, abych měla dostatek času nejenom já, ale především účastníci výzkumu. Před jeho započetím jsem se opět telefonicky spojila s vedoucím, a domluvila si schůzku, kde jsme probrali potřebné informace.

Samotné rozhovory s klienty, besedy atp. probíhaly v horizontu zhruba 14 dnů. Velkou výhodou byl neustálý kontakt s p. M, kdy jsem měla možnost se zpětně dotazovat na data či informace, které při zpracovávání vyplynuly jako důležité. Kontakt jsem si převzala i na jednoho z klientů (sám mi ho poskytl), abych se při případných otázkách na něj, či ostatní klienty, kteří jsou doposud jeho přátelé či spolupracovníci, mohla obrátit.

Rozhovory trvaly hodinu až dvě, což záleželo na povaze a výmluvnosti klientů. Co se týče respondenta, který přednášel na školách, jednalo se spíše o spontánní povídání, před, během a po ukončení besedy, popřípadě zjištění určitých doplňujících informací. U jednoho muže jsem narazila na problém větší uzavřenosti, i přesto, že s rozhovorem souhlasil, vyjadřoval se velmi stroze, o minulé rodině se zmiňovat nechtěl a celkový jeho postoj byl spíše odtažitý. I přesto se mi povedlo zjistit určité informace i za podpory klienta jiného, který mi napomohl v podněcování muže a volnějšímu průběhu dialogu.

7. 4 Metoda interpretace

Pro analýzu kvalitativních dat jsem zvolila **metodu vytváření trsů**, která jak je popsáno v knize Miovského (2006) slouží k seskupení výroků do kategorií, například dle rozlišení jevů, místa či případů. Tyto trsy vznikají na základě podobnosti, čímž docílíme obecnějších kategorií, pro které jsou charakteristické opakující se znaky.

V rozhovorech s dotazovanými osobami tedy budu vyhledávat takové výroky a pasáže, které se týkají určitého tématu.

Výroky budu řadit do skupin a třídit ze zaznamenaných rozhovorů (viz. P III tj. přepis rozhovorů s respondenty). Určité části jsou převedeny doslovně, díky audio záznamu, jiné jsou přepsány z terénních poznámek. Jelikož šíře rozhovoru byla velká, určité části byly vynechány, poněvadž neobsahovaly informace potřebné k výzkumu, popřípadě jsou doplněny mým komentářem.

Tento proces se nazývá **editorování**, kdy doplňujeme poznámky k textu, postupně si vybavujeme podrobnosti, které do textu přidáváme či zvyšujeme plynulost a srozumitelnost textu. (Miovský, 2006)

8 Zpracování výzkumných dat

8. 1 Okruh 1 - Užívání drog a rodinná situace

Respondent č. 1

„Doma to bylo náročné, otec mi zemřel a matka nepodporovala školu, chtěl jsem dělat elektrikáře, ale nějak jsme se nepohodli, chtěla, abych se na to vykašlal, tak jsem se sbalil a v patnácti odešel pryč. Byl jsem naivní, myslel jsem si, že mi na den stačí půlka chleba a máslo. No, a tak jsem začal čichat téčko (toluen).“

Respondent č. 2

„Bylo to, když máma odjela na dovolenou, měl jsem celý barák pro sebe, a tak jsme to s klukama zkusili, dalo se to sehnat všude, takže to nebyl problém. Tehdy mi bylo 16.“ Potom jsme si to dávali každý víkend. Vařili jsme si to sami, bylo to levné, a hlavně na to bylo všechno dostupné.“

Respondent č. 3

Pozn**.** klient o rodině nechtěl mluvit. Rozhovor trval kratší dobu než u ostatních klientů, bylo vidět, že ačkoliv s rozhovorem souhlasil, byl ochotný mi odpovědět spíše na otázky týkající se léčby, vzdělání a aktuální rodiny. Minulost odmítal rozebírat.

Respondent č. 4

„Pocházám z neúplné rodiny, mám ještě dva sourozence, staršího bráchu o osm let, ten ve 41 letech umřel. Ufetoval sa. Doma nám určitě chyběla chlapská ruka. Určitě to néni pravidlem, že když děcko pochází z neúplné rodiny, nebo má špatné zázemí, tak bude fetovat, ale možná k tomu má blíž, nebo tomu spíš propadne. Jediný rozdíl je v tom, že možná neskončí na ulici, ale bude ho dotovat tatínek. V 7 letech jsem začal kouřit, a když mi bylo deset, tak už jsem začal hulit a prodávat trávu. Ze začátku sem s tím enom kšeftoval. No a ve třinácti už jsem byl i gambler. Prachy co sem vydělal, sem naházel do automatů nebo vrazil do perníku."

Z rozhovorů vyplívá, že rozhodujícím aspektem k závislosti se stala rodinná situace, ačkoliv každý z dotazovaných je si vědom, že výběr byl pouze na něm. Také mi všichni

potvrzují, což vyplynulo i z přednášky, kde jsem si mohla vyslechnout muže, který se drogové problematice věnuje delší dobu, že dřívější doba, tedy cca dvacet let zpět a dříve, byly drogy snadno dostupnější, hlavně co se týká surovin.

Každý z respondentů si byl schopen sehnat drogy takzvaně z „první ruky“ nebo dokonce si je sám vyrobit. S tím souvisí i odpověď na dílčí výzkumnou otázku, zda jsem si mohla povšimnout doprovodných jevů v chování, verbálních i neverbálních či dalších projevů nebo důsledků, které na klientech drogy zanechaly.

Klienti byli velmi otevření, až na jednoho muže. Nikdo z nich neměl problém mi poskytnout všechny, někdy až intimní informace o sobě a svém životě.

Zaznamenala jsem určitou melancholii při vzpomínce na rodinu, vztahy, přítelkyně a drogové kamarády. Ačkoliv byli všichni zásadoví, že se k drogám už nevrátí, paradoxně bylo vidět, že ta bezstarostnost, uvolněnost a ignorace vůči všemu a všem, kterou zažívali na drogách, jim občas chybí.

8. 2 Okruh 2 - Psychické a fyzické následky užívání drog

Respondent 1

„Jo, je to jak každá jiná droga, absťáky byly. Nejhorší zážitek byl, když jsem si toho koupil 5 litrů, zavřel se v pokoji a byl tam dva dny. Nikam jsem nešel, nejedl, nepil, nebyl na záchodě. No a potom, když jsem se chtěl postavit, tak to nešlo. Ruce a nohy vůbec neposlouchaly."

(Pozn. klient nebyl po užívání nikdy vážně nemocný, sám říkal, že měl asi štěstí. Ovšem stejně jako ostatní se shoduje, že nejvíce to odnesla psychika.)

Respondent 2

„Fyzické ne, ale psychické ano. Poznám na sobě, že jsem víc nervózní, nedokážu být úplně v klidu, pořád musím něco dělat. Jenom jednou jsem měl otravu krve."

(Pozn. otravu krve klient dostal, když byl na ulici, vzal si od popelnic deštník na topení v kamnech, a když ho chtěl rozlomit, tak se jím píchnul.)

Respondent 3

„Ano, hlavně psychické. Ale dříve jsem trpěl toxickou psychózou, myslel jsem si, že jsou rodiče milionáři, několikrát jsem na ně podal trestní oznámení. Neměli to semnou jednoduché.“

(Pozn. toxická psychóza se projevuje podobně jako schizofrenie. Je způsobena užíváním různých drog. V slangovém výrazu ji můžeme nazvat jako tzv. „stíha“. Projevuje se sluchovými halucinacemi, zrakovými nebo může být člověk paranoidní. Všechny tyto jevy se odehrávají pouze v klientově mysli. (Toxická psychóza | extc.cz, © 2009)

Respondent 4

„Po takových rokách na fetu už má člověk psychiku v hajzlu, deprese, sebevražedné sklony, ta psychika prostě slábne.“

„V kriminále, když sem chtěl napsat ségře dopis, nemohl jsem. Zapomněl sem písmena.“

„Ale to, že nemám žily, není jediný problém, co říkajů ostatní normálně by to člověk nepoznal, že sem fetoval tak dlůho, ale to je tým, že jsme si vařili sami, nějaké tiky a podobné věci z těch příměsí nemám. Ale neprokrvují se mi ruce, v zimě, nebo stačí, když je trochu pod nulů mi modrají a strašně to bolí.“

„Když se měla vydávat knížka, jsem tam jezdil vystresovaný, kousal jsem si nehty a měl jsem chuť na perník.“ (Pozn. klient se léčil se žloutenkou)

Drogy se nejvíce podepsaly na psychické stránce života klientů. Také se každý z nich vyslovuje, že nastaly situace, kdy měli na drogu chuť a bylo to vždy, když prožívali těžké situace.

Klienti měli občas problém vzpomenout si na určité slovní formulace, ale nebylo to nijak razantní, naopak to vyvažovali až někdy filozofickými, přemýšlivými frázemi.

Nervozita u klientů nebyla, nebo alespoň nebyla znát. Doprovodným projevem byla spíše potřeba neustálého zaměstnání rukou či nohou. U jednoho z nich jsem se musela přizpůsobit jeho chůzi, kdy se při informaci, kterou velmi prožíval, vždy zastavil na jednom místě. (Pozn. rozhovor probíhal při procházce se psem.)

Zajímavým poznatkem u klientů, kteří užívali pervitin, je ten, že ani jeden z nich neužíval drogy "z ulice", tzn., každý, si je buď obstarával sám, nebo to měl od svých sourozenců, kamarádů atp.

Klient č. 4 měl takovou zkušenost, že se dobrovolně sešel s člověkem, který si kupoval drogy od neznámých dealerů, a ačkoliv nebyl závislý tak dlouho jak respondenti, se kterými jsem realizovala rozhovory, následky to na něm zanechalo fatální. Trpí velkými tiky a motorickými nedostatky. Není to bohužel jediný případ, o kterém se mi klienti zmínili.

Můžeme se tedy domnívat, i když to není pravidlem, že podle toho, jaké drogy klienti užívají, má posléze vliv na pozůstatkové problémy v budoucnosti. Ačkoliv jsem nedohledala žádné výzkumy, zkoumající rozdíl v užívání „čisté“ versus „řezané drogy“ na následné zdravotní dopady na člověka, z logického hlediska můžeme konstatovat, že pokud se v droze objevují látky jako cukr, omítka či soda a uživatel si je nitrožilně vpravuje do těla, následky budou horší.

8. 3 Okruh 3 - Posloupnost léčby

Respondent 1

„Na squat chodili Káčkaři. (Pozn. pracovníci K centra) *No a tady mi to doporučili právě ti z Káčka."* (Pozn. po doporučení se dostal do komunity Grunt.)

Respondent 2

„Byl jsem na moc místech, prvně to bylo Káčko, pak Opava, na detoxu v léčebně, ale nejdýl v komunitě v Polsku a tam to bylo tvrdé." (Pozn. poté komunita Grunt, opět doporučení K - centra)

Respondent 3

„Byl jsem na deseti detoxech, a i v jiných komunitách, ale léčba p. M. byla jiná. (Pozn. komunita Grunt) *A taky jediná, která mi pomohla."*

Respondent 4

„První bylo kontaktní centrum v K., které mi doporučilo komunitu ve Z.“ (Pozn. komunitu Grunt)

Z odpovědí vyplývá, že první podnět k léčbě dali pracovníci kontaktního centra v okolí komunity. Aby mohli klienti nastoupit na léčbu, museli absolvovat detox. Pro většinu dotazovaných byla komunita Grunt prvním zařízením, které navštívili. Jeden z klientů absolvoval léčbu ještě v jiné komunitě, která ovšem jak uvádí, neměla cílený efekt.

„No ale nakonec jsem se dozvěděl, že majitel komunity, se kterým jsme byli všichni ve styku a kterému jsem věřil, je největším dodavatel perníku, nakonec ho zavřeli. To mi totálně podlomilo kolena, všechno co jsem tam zažil a o co jsem se snažil, bylo založené na lži. Skončil jsem na fetu znovu.“

(Pozn. mohlo by se zdát, že zdánlivě absurdní situace, pro klienta, který zde již léčbu měl ukončenou a začínal žít „normální život“ ho nemůže ovlivnit, opak je pravdou. Jak mi bylo vysvětleno posléze, ačkoliv byl režim tvrdý a pobyt v komunitě se striktní strukturou mu pomohl, i přesto měl pocit, že to tam ti lidé nedělají pro něj, ale jsou to „jenom“ ti odborníci.)

„Byl tam fakt drsný řád a pořádek. Makat jsme museli taky šíleně. Naučil jsem se opravdu pracovat a v životě se mi to hodilo. Mělo to jisté výhody, ale i nevýhody. Přišlo mi, že to lidi mají jenom jako práci, dělají to z povinnosti no a nakonec ta lež."

V předchozích třech okruzích jsem zpracovala dílčí otázky a zároveň první okruhy dotazníku. Dále se budu zaměřovat na hlavní výzkumné otázky.

8. 4 Okruh 4 – pracovní terapie, činitelé přispívající k úspěšné socializaci a komunitní léčba

Zde bych z odpovědí dotazovaných chtěla zjistit odpovědi na výzkumné otázky:

- Jaké jsou účinné faktory pracovní terapie, které napomohly klientům v léčbě drogové závislosti a následné efektivní socializaci?
- V čem shledávají jednotliví klienti pozitiva v působení práce a pobytu v komunitě, shodují se vzájemně?

- Jaké jiné činitele přispěly k léčbě, abstinenci a úspěšnému začlenění jedince do společnosti?

Vedoucí komunity

„Kluci makali, chodili každý den do práce a z toho se žilo, mnoho z nich si u nás dělalo rekvalifikace. Například, když jsme chodili na výškovky, každý musel mít kurz. Postupem času nám pomáhali i lidé z okolí, jedna pekárna nám dodávala staré pečivo pro zvířata, nebo nám dávali seno a my jsme chodili vyhrabovat. Pomáhali nám i bývalí klienti.“

"Jako pracovníky jsem měl kluky, kteří nebyli úplně přizpůsobiví respektive toxíci nebo alkoholici apod. tam jsem poznal, že pokud jsou ti lidi ***stimulovaní a motivovaní****, lze u nich dosáhnout určitého výsledku."*

Pokud podrobně rozebereme odpovědi p. M., nalezneme zde částečně odpověď na výzkumné otázky. Důležitou součástí úspěšné léčby je motivace a stimulace, tyto dva aspekty byly tzv. hnacím motorem komunity. Vedoucí se ke klientům choval lidsky, nikoliv tedy pouze jako odborník a právem to tedy mnoho z nich považuje za rozhodující v léčbě.

Respondent č. 1

"Na squat chodili Káčkaři (pracovníci K centra). *Chtěl jsem vypadnout, ale neměl jsem prachy, neměl jsem nic, tady to bylo zadarmo, měl si kde spát, co jíst, telefon."*

„Když jsem sem přišel, měl jsem 40 kilo, ale každý den tady kilo nahoru. Nemáš moc čas přemýšlet nad drogama, pořád se tu něco dělalo, tady se fakt makalo, nebyla tu voda, ta se nosila dole ze studny a potoka. Ráno budíček, poklidit zvířata, pak komunita, oběd, práce, komunita, spánek. Pořád dokola to bylo. Hrabalo nám z toho. Někdo se na to hned vysral. Pak jsme chodili do práce makat do Z. no, tak to jsem nestíhal ranní sezení, hlavně nemáš žádný styk s lidma na začátku. Ale je tu krásně.“

„Tady to bylo vždycky takové volnější, mohli jsme cigára i pivo občas, ale jenom tady na louce v komunitě a před plotem ne.“

„Tady je to spíš o hlavě. Já jsem přestal, protože ne že by mi pomohlo, že nemůžu, ale musím si říct, že nechci, pak to de.“

„Chci odsud už vypadnout, (Pozn. aktuálně klient pořád pobývá v komunitě a stará se o zvířata.) a *začít žít normálně. K drogám už se nevrátím, s lidma, kteří berou, se pořád*

stýkám a budu, ale už na to nemám chuť, dám si cigáro, občas to pivo, ale i tomu se už vzdaluju."

Na terapiích probírali své sny, nálady a plány na další dny. Pomáhali si navzájem. Sami si vytvářeli různé motivační slogany, na jeden si dokonce klient pořád pamatuje*: „Svět je dobrý, já jsem dobrý.“*

Mezi prvními, kteří dali podnět k léčbě byli pracovníci K - centra. Vzhledem k tomu, že pobýval na squatu, představa střechy nad hlavou, jídla a možná částečně i přání žít konečně bez drogy se stala přednější a proto se rozhodl jít léčit.

V komunitě to bylo poprvé, co pořádně pracoval, jak sám říká, nebylo to jednoduché a čas myslet na drogy prostě nebyl.

Jako pozitivní shledává klient, že si v komunitě mohl udělat rekvalifikace a také to, že mu pan vedoucí pomohl s řešením právních úkonů. Mimo jiné ho i po ukončení léčby nechal pobývat v komunitě, výměnou za to, že se mu bude starat o zvířata a areál spolu s ostatními lidmi. Chvíli v komunitě působil také jako terapeut dobrovolník.

Klient se mi svěřil, že mu jeden čas pan M. vypomáhal i finančně. Jednu dobu, zůstal v komunitě úplně sám, a i když říkal, že to nebylo jednoduché, nakonec si v hlavě vše urovnal a díky času a pomoci, která mu byla poskytnuta, se těší na to, až se osamostatní a začne žít plnohodnotný, samostatný život.

Respondent č. 2

„Nebyli tady jenom odborníci, ale i dobrovolníci. Někdy dojížděli externí psychologové.
„Byl jsem na moc místech, ale nejdýl v komunitě v Polsku a tam to bylo tvrdé. (...) No ale nakonec jsem se dozvěděl, že majitel komunity, se kterým jsme byli všichni ve styku a kterému jsem věřil, je největším dodavatel perníku, nakonec ho zavřeli. To mi totálně podlomilo kolena, všechno co jsem tam zažil a o co jsem se snažil, bylo založené na lži. Skončil jsem na fetu znovu."

„I přes to, že jsem znovu skončil na ulici a fetu, přechodně pobýval u otce, musím říct, že ta komunita mi pomohla. Naučil jsem se opravdu pracovat a v životě se mi to hodilo. Mělo to jisté výhody, ale i nevýhody. Přišlo mi, že to lidi mají jenom jako práci, dělají to z povinnosti no a nakonec ta lež."

„Ale tady to bylo jiné. Nebyli tady jen odborníci, ale i dobrovolníci. Ale člověk poznal, hlavně u pana M., že to dělají pro tebe. To mi asi nejvíc pomohlo. Tady si těm lidem mohl věřit, vždycky ti pomohli a cítilas ten zájem.“

Klient č. 2 se o práci v komunitě zmiňoval spíše méně. Velmi srovnával s komunitou předchozí, kde ačkoliv byla práce a řád tvrdší, nakonec pobyt nevedl k tíženému výsledku. Z jeho odpovědí je znát, že si velmi váží p. vedoucího a jeho přístupu, který byl asi rozhodujícím v léčbě.

Mimo jiné ale práce, kterou aktuálně vykonává, mu byla doporučena a domluvena právě vedoucím komunity, stejně jako ubytování v její bezprostřední blízkosti.

„Léčbu jsem dokončil. Teď tři roky makám tady, i tady bydlím, dá se to. Co jsem přišel sem, koupil jsem si papírovou fenečku. Ta mi změnila život, věděl jsem, že s ní už se na ulici dostat nemůžu, držela mě a drží doteď."

Z komunity byl poprvé vyhozen, ale následně se rozhodl vrátit a léčbu dokončit, když mu to bylo umožněno vedoucím komunity.

Respondent č. 3

„Smíšené, ale profesionální. (pocity z pobytu v komunitě)

„Prožil jsem tam radosti z dobře provedené práce, ale i sankce, když jsem na něco zapomněl, třeba co se týkalo zvířat nebo hrníčku v kuchyni. Vše bylo právem sankciováno. Práce mě baví, ale péče o zvířata jenom na farmě. Líbí se mi M. neortodoxní přístup."

„Pro léčbu jsem se rozhodl sám. Byl jsem na deseti detoxech, a i v jiných komunitách, ale léčba p. M. byla jiná, dost individuální a originální, ale taky jediná, která mi pomohla, a nejenom léčba, ale celkový jeho přístup i v životě. Líbí se mi M. neortodoxní přístup."

„Starou rodinu nemám. Ale momentálně čekám s přítelkyní holčičku v srpnu, potom budem rodina. Mám ještě jednu holčičku a syna 2,5 na kterého platím řádně vyživovací povinnost a vidíme se každý druhý víkend. Taky ho můžu mít na víkend u sebe.“

„Ne, protože to žena nesnáší.“ (Pozn. odpověď na otázku, proč už se k drogám nevrátí.)

Klient byl více uzavřený a o minulé rodině nechtěl velmi mluvit. Pro léčbu se rozhodl sám, ale výrazně k tomu přispělo těhotenství současné přítelkyně.

Na p. Marečka nedá dopustit, do teď je s ním v kontaktu, jelikož mu jako mnoha dalším domluvil pracovní místo.

Respondent č. 4

"(...) pak zjistila, že je těhotná. Chtěl sem, aby si to děcko nechala vzít, protože co já sem mohl v takových stavech vychovávat děcko, ale ona mi nechala lísteček se vzkazem: Zachovej se, jak chceš, já si to děcko nechám, je tvoje."

To byl velký zlom, chtěl jsem se jít začat léčit. Tak to byl první krok k léčbě - kontaktní centrum v K., které mi doporučilo komunitu ve Z.

Volali tehdy panu vedoucímu, jestli by mě tam vzal (...) Před nástupem jsem musel ještě na detox do K, a to bylo peklo. (...) Hned sem volal do komunity panu M., a ten mě řekl, že si mám od nekoho půjčit cigára, že mně je zítra doveze. To bylo poprvé, co mi pomohl, a to sem ho ani neznal, komunikoval sem s ním enom přes telefon. Každý den sem mu volal ať si pro mňa přijede.

Ve své knize Pecinek.cz, popisuje Pavel stručně, jak vypadal takový rozvrh v komunitě. *„Budíček v sedm, kdo měl na starosti zvěř, musel si přivstat. Rozcvička, snídaně. Terapeutická skupina, tak dlouho, jak se potřebovalo. Úklid, podojit, nakrmit zvěř a jelo se do města do práce. Večer vlastně totéž, sprchovali jsme se z konve a jednou za týden jezdili na bazén do Zlína se umýt. Jediné, co bylo, byla plynová bomba.*

„V komunitě sem byl 7 měsíců a měl sem povolené jít k porodu, ale týden před tým mě hráblo a chtěl sem všecky zabít, ostatní kluky pana M., i sebe. Pokaždé, když se přihodilo něco mimořádného, zvonili sme na zvonek a celá komunita se sešla. Já sem tam chodil s kanistrem a benzínem a chtěl sem to tam zapálit, všechnu vinu sem házel na pana M., křičel sem, že je tam všecky ohřeju, že si na ně posvítím a já nevím jaké ještě sračky sem měl v hlavě. Nakonec sem panu M. rozsekal auto sekerou."

U klienta jde vidět, že velkou motivací pro ukončení drogové závislosti mu byl jeho ještě nenarozený syn a to z důvodu, že se přítelkyně rozhodla dítě si nechat.

Dále u něj výraznou roli sehrál vedoucí komunity, který ho psychicky podpořil po nástupu na desetidenní detox do léčebny.

Co se týká práce a komunity celkově, při rozhovoru jsem zjistila, že měl velkou oporu jak od profesionálů, tak od ostatních klientů. To mu velmi pomáhalo. Na práci byl zvyklý, ale díky podmínkám, které v komunitě byly, si uvědomil, že vše není tak snadné jak na počátku předpokládal.

„Až si pro mě konečně přijel, tak sem tam nakráčel jako největší machr (Pozn. do komunity)*, ale to sem nevěděl, že tam nemajů vodu ani elektriku. Já sem byl zvyklý makat o to nic, v květnu to bylo dobré, ale potom jak sa posunoval čas to bylo na palici. Když sem měl vydojit kozy ve tmě s čelovků na hlavě, přepadaly mě deprese."*

Klient nakonec dokončil léčbu.

Jako velké pozitivum a další přesah vnímám také ochotu vydat knihu a dále přednášet na středních školách o svém životním příběhu. Jak sám říká, ze začátku to nebylo snadné, ale momentálně už je naprosto pořádku a samozřejmě má dobrý pocit, že může něčím přispět.

Jak momentálně vnímáš přednášky, je to pro tebe náročné?

„Teď už ne, už to neřeším, jsem s tím smířený, ale zezačátku to bylo těžké, měl jsem nervy, byl jsem vystresovaný jak kůň, šak sem do toho nechtěl ani jít, už při tom, když semnou dělala rozhovory ta novinářka, když se měla vydávat knížka, jsem tam jezdil vystresovaný, kousal jsem si nehty a měl jsem chuť na perník.“

Co ti nejvíc pomohlo v abstinenci?

„Určitě lidi co jsou kolem mě. Dostal mě z toho Mates, ale potom i rodiče P. kteří mě přijali. A Samozřejmě léčba. Pan M. je perfektní, vždycky nám všem pomohl, i zpočátku, když jsem ho ještě neznal. Šak on byl velký podnikatel, měl tady hospod ve Z., no a pak se rozhodl udělat komunitu. Hospody prodal a všechny prachy naházel do nás, do feťáků.“

Nejvíce informací jsem získala právě od klienta č. 4. Je to z toho důvodu, že jsem měla k dispozici nejvíce materiálů, přes knihu, video až přes přednášku a osobní setkání.

Je perfektní, že léčba měla přesah právě v této podobě. Klient neustále komunikuje s p. Marečkem, se kterým se právě účastní přednášek.

V komunitě byla většina respondentů poprvé, právě díky K – centru, tedy sociálním pracovníkům, kteří tam pracovali, se klienti do komunity dostali, jak již bylo řečeno výše.

Práce nikomu z nich nevadila. Všichni si byli vědomi, že jelikož je komunita nezisková a oni nemusí za léčbu platit, je potřeba, aby všechno obstarali sami, nebo peníze vydělali a použili nejenom k soukromým účelům, ale i na to, aby zařízení fungovalo, měli co jíst atp.

Poté, co se klienti dostali do určité fáze programu, dojížděli za prací nedaleko do města, kterou jim domluvil pan vedoucí. Za velkou výhodu, která se jim hodila i v budoucnosti, všichni považovali rekvalifikační kurzy.

I po dokončení programu bylo v zájmu vedoucího udržet u klientů pracovní návyky, morálku a samozřejmě pravidelný příjem, proto jim posléze s nejmenovanou firmou pomáhal sjednávat pracovní místo, nebo pokud bylo potřeba i ubytování.

9 Výsledky a diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak napomohla pracovní terapie a komunitní léčba k socializaci jedinců, léčbě a abstinenci.

Zpočátku jsem se chtěla zaměřit pouze na pracovní terapii a její efektivitu aktuálně, při pobytu klientů v komunitě. V průběhu výzkumného šetření jsem zjišťovala, že téma je obsáhlejší a nelze se orientovat pouze na tento jeden úsek. Lehká komplikace nastala, jakmile jsem zjistila, že komunita v aktuální době již nefunguje tak jak dříve, tedy jako terapeutická komunita v pravém slova smyslu, ale jako resocializační, jak mi bylo potvrzeno i vedoucím a zakladatelem komunity.

Nadále zde žije bývalý klient s dalšími muži, kteří se starají o areál a zvířata. Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že i nyní se ozývají lidé, kteří se o komunitě doslechli a chtěli by se zapojit do léčby. I přes to, že zde již není pravděpodobnost plnohodnotných terapií s psychology, sezení s terapeuty či další spolupráce se sociálními pracovníky nebo speciálními pedagogy, i nadále je možnost, aby sem lidé přicházeli a hledali oporu, aktivity a pomoc.

Pan vedoucí M. je ochoten poskytnout pomocnou ruku s hledáním pracovní příležitosti. Jak se zmiňovali i bývalí klienti, je to spolehlivý člověk, který, teď budu citovat jednoho s mužů: *"Podnikal, pak všechno prodal a veškerý prachy naházel do feťáků."*

Tento jeho empatický postoj se promítl do fungování celé komunity a i přes veškerou mou nezaujatost a snahu o objektivní posouzení celé situace, jsem se nemohla ubránit dojmu, že hlavním léčebným prostředkem této komunity byl lidský přístup.

Dílčími cíli bylo zjistit, zda je u klientů určitá podobnost v posloupnosti průběhu léčby. Dále jestli je možné nalézt společný spouštěcí faktor/faktory vzniku drogové závislosti u dotazovaných klientů. A jaké doprovodné společné znaky můžeme vypozorovat v chování klientů při komunikaci na určité téma.

První dílčí cíl - určitá podobnost v posloupnosti průběhu léčby u klientů. Průběh léčby byl u většiny klientů shodný. Jako první bylo K - centrum, které je nasměrovalo do komunity. Předtím byli všichni klienti zařazení na detoxikační jednotku v K. U jednoho z klientů začala léčba ve vězení.

Před vstupem do komunity Grunt někteří klienti absolvovali léčbu ještě v jiných komunitách nebo byli několikrát na detoxikačních jednotkách.

Druhý dílčí cíl – zjistit, zda je možné nalézt společný spouštěcí faktor/faktory vzniku drogové závislosti u dotazovaných klientů. Spouštěcím faktorem byla rodinná situace, u každého z klientů jiná. Všichni připouští, že rozhodnutí začít s drogou bylo pouze jejich a nelze házet vinu na rodiče, sourozence. Taktéž ale všichni konstatovali, že přístupnost surovin byla větší, tudíž byly i větší možnosti a menší postihy.

Třetí dílčí cíl – zjistit doprovodné společné znaky, které můžeme vypozorovat v chování klientů při komunikaci na určité téma. Klienti byli velmi otevření, až na jednoho muže. Nikdo z nich neměl problém mi poskytnout všechny, někdy až intimní informace o sobě a svém životě. Zaznamenala jsem určitou melancholii při vzpomínce na rodinu, vztahy, přítelkyně a drogové kamarády. Ačkoliv byli všichni zásadoví, že se k drogám už nevrátí, paradoxně bylo vidět, že ta bezstarostnost, uvolněnost a ignorace vůči všemu a všem, kterou zažívali na drogách, jim občas chybí.

Klienti měli občas problém vzpomenout si na určité slovní formulace, ale nebylo to nijak razantní, naopak to vyvažovali až někdy filozofickými, přemýšlivými frázemi.

Nervozitu u klientů jsem nezaznamenala. Doprovodným projevem byla spíše potřeba neustálého zaměstnání rukou či nohou. U jednoho z nich jsem se musela přizpůsobit jeho chůzi, kdy se při informaci, kterou velmi prožíval, vždy zastavil na jednom místě. (Pozn. rozhovor probíhal při procházce se psem.)

Zajímavým doplňkem mi bylo i video, které je volně přístupné na Youtube a o kterém jsem se dozvěděla z webových stránek www.svetylko.cz, což je brněnská společnost, která podporuje projekty, prospěšné společnosti a podílí se na jejich vzniku. Organizace pořádá také besedy zaměřené na protidrogovou prevenci. Tuto besedu jsem měla možnost navštívit a díky tomu se seznámit s jedním klientem komunity Grunt.

Světýlko se podílelo také na vzniku knihy s názvem pecinek.cz. Jedná se o osobní výpověď téhož bývalého drogově závislého klienta, který chodí na základní a střední školy a posílá dál svůj životní příběh.

Další práce a výzkumy, které se věnovaly pracovní terapii a drogově závislým klientům lze dohledat. Proto jsem se rozhodla srovnat výsledky, aby byla práce více objektivní.

Například Bc. Štěpán Pantlík ve své diplomové práci zkoumá pracovní terapii drogově závislých klientů v komunitě Krok. Práce, která se zde provádí je shodná jako v terapeutické komunitě Grunt. Jedná se tedy o udržování areálu, drobné i větší práce okolo objektu a chov zvířat. Taktéž chodí na brigády. Cílem jeho práce bylo zjistit zda klienti díky pracovní terapii získávají pracovní a osobnostní schopnosti a dovednosti. Hypotézy se potvrdily, závěrem tedy bylo ANO, klienti zlepšují své pracovní dovednosti, které jim napomáhají se posléze jednodušeji zařadit do pracovního procesu. (Pantlík, 2017)

Výsledkem je tedy shodný závěr. Taktéž klienti z komunity Grunt se shodovali, že jim pracovní terapie, brigády, ale i rekvalifikační kurzy napomohly v zařazení do pracovního procesu. Rozšíření v mé práci spočívá v nápomoci pracovní terapie při léčbě, přičemž mi klienti potvrdily, že díky práci a neustálému koloběhu a náročnosti nemají čas myslet na drogy.

Další práce se zabývá vlivem pracovní terapie na klienty s psychiatrickou diagnózou. I zde se potvrdilo, že pracovní terapie má pozitivní vliv na zdraví a zlepšení kondice klientů. Tuto skutečnost se podařilo zjistit dotazníkovým šetřením , kdy zlepšení stavu uvedlo 81% dotazovaných. (Vondráčková, 2014)

Poslední práce popisuje využití ergoterapie a pracovní terapie ve speciálních zařízeních a to se zdravotně postiženou mládeží a posléze v sociálně terapeutických dílnách. Cílem práce bylo zjistit účinnost pracovní terapie a ergoterapie a zda je naplňován cíl těchto přístupů. Závěrem šetření je vhodnost těchto terapií z důvodu učení se novým věcem, možnosti jiného způsobu relaxace a také pocitu sounáležitosti, potřebnosti a také uvědomění si, že jsem v něčem dobrý a že se můžu zlepšovat. (Dvořáčková, 2012)

Závěrem tedy můžeme říct, že pracovní terapie je smysluplným nástrojem pří řešení závislostí, psychických problému a její využití je vhodné ve všech speciálních zařízeních.

Závěr

V teoretické části práce jsem se velmi krátce zmiňovala o vzniku, příčinách, léčbě a prevenci drogové závislosti. Větší část jsem se věnovala právě terapeutickým komunitám, jejich vzniku a legislativě. Zařadila jsem taktéž dogmata, která se k nim pojí.

Poslední kapitoly pojednávají o pracovní terapii a stručném popisu terapeutické komunity Grunt. Záměrem bylo podrobné nastínění pracovní terapie, ovšem existuje velmi málo zdrojů, kde by se hovořilo pouze o pracovní terapii, nikoli to bylo spojováno s ergoterapií. Bližší informace o komunitě jsou obsaženy v přílohách.

V praktické části jsem vytvořila design výzkumu, stanovila výzkumné otázky, které jsem v průběhu rozšířila, popsala metodu získávání dat, charakterizovala respondenty a časovou náročnost projektu.

Odpovědi na výzkumné otázky:

1. **Jaké jsou účinné faktory pracovní terapie, které napomohly klientům v léčbě drogové závislosti a následné efektivní socializaci?**

Za účinné faktory pracovní terapie mnozí z klientů považují to, že přišli na jiné myšlenky, i přesto, že pobyt v komunitě nebyl snadný, donutilo je to přestat myslet na drogu, jelikož na to nebyl čas. Někteří z nich tuto terapii považují za přínosnou v tom, že se naučili více pracovat, neboť si mnoho věcí museli obstarat sami a nikdy na to vlastně nebyli zvyklí, poněvadž mnoho z nich v drogovém období nemělo stálou práci.

Například klient č. 3 se zmiňuje, že práce se zvířaty ho bavila pouze v komunitě. Velkou výhodou shledávají v možnosti rekvalifikačních kurzů, což některým napomohlo v budoucím povolání. Důležité je také to, že před ukončením léčby a také v jejím průběhu si zvykly na pracovní řád díky povinným brigádám.

Velkou pomocí bylo také to, že po ukončení, tedy již v průběhu léčby klienti chodili na brigády, které jim byly domluveny panem M. Pomoc spočívala ve financích, které si klienti sami obstarali, ale také v možnosti po dokončení léčby do firmy nastoupit.

2. **V čem shledávají jednotliví klienti pozitiva či negativa v působení práce a pobytu v komunitě, shodují se vzájemně?**

Pozitiva působení práce jsem již zaznamenala výše, snad možná ještě zmínit, že bylo vhodné rozdělení pravomocí, tedy, jak je uvedeno ve funkcích, které klienti zastávali - šéf baráku, šéf zvířat a šéf kuchyně. Každý měl možnost vyzkoušet si na určitou dobu vůdčí roli a také převzít zodpovědnost za určitý pracovní úsek a ostatní klienty. Mezi negativa klienti často uvádějí absenci vody a elektřiny, a s tím spojenou vyšší náročnost práce. S elektřinou se pojí i nemožnost rozsvítit si při večerní práci, což u některých klientů vyvolávalo nepříjemné stavy. Žádný z nich se však o tom nezmiňoval jako o něčem, co by mělo být podnětem pro ukončení léčby, všichni to brali tak, jak to bylo.

Mezi pozitivní stránky komunity klienti řadí mimo jiné bezplatnost a přístup vedoucího k léčbě, který se velmi projevil jako motivace a snaha "nezklamat" člověka, který jim pomohl. Všichni respondenti, se kterými jsem prováděla výzkum, jsou a byli v kontaktu s panem M. a troufám si tvrdit, že jejich ochota spolupracovat semnou na výzkumu pramenila i z toho, že mi pomohl pan M. všechny muže oslovit.

Dále je to určitě méně direktivní přístup, co se týká například kouření. Klient č. 1 se také zmiňuje o denících, které si museli psát, tato aktivita pro něj byla přínosná.

3. **Jaké jiné činitele, přispěly k léčbě, abstinenci a úspěšnému začlenění jedince do společnosti?**

Činitele, které přispěly k léčbě, abstinenci a úspěšné socializaci se u klientů různí. K léčbě většinou přispěla rodinná situace, to byl u většiny první podnět, kdy klienti začali uvažovat nad léčbou. Také nesmím opomenout pracovníky K - centra, kteří byli mezi prvními, jež nasměrovali klienta do komunity, jelikož centrum ve Z. s komunitou Grunt spolupracovalo.

Pokud se klient rozhodl po měsíci v komunitě zůstat, v abstinenci už mu pomáhali odborníci. Pro mnoho z nich měla abstinence významnou roli, buď z pohledu zdravotního - - klient č. 4 se po půl roce mohl začít léčit se žloutenkou, nebo se jim mělo narodit dítě, o které se chtěli starat.

Velký podíl na následném začlenění klienta měla komunita a pan vedoucí, který klientům napomáhal v řešení jejich situace, například dluhů a taktéž je podporoval v hledání vhodného zaměstnání.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit co nejvíce o pracovní terapii a popisované komunitě. Lze říct, že poznatky výzkumu jsou minimálně uspokojivé. Ovšem výzkum byl prováděn na menším počtu respondentů, proto výsledky, které jsem získala určitě nelze aplikovat na všechny klienty, kteří prošli touto komunitou a léčbou. Můžeme se ale domnívat, že byl poskytnut výčet odpovědí, které se ve větším procentu shodovaly, a bezesporu by bylo vhodné provést další zkoumání, kdy by byli osloveni všichni muži, kteří se léčili v komunitě Grunt. Ačkoliv si netroufám říct, zda je to vůbec reálné, věřím, že zde je možnost většího zkoumaného vzorku než doposud.

Seznam použité literatury

1. BARKER, Gary, 1999. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert. SCAN. ISBN 80-85834-78-2.

2. BLAŽKOVÁ, Blanka, 2011. *Nástrahy dnešní doby*. vyd. Praha: Josef Raabe, c. ISBN 978-80-87553-22-0

3. GANERI, Anita, 2001. Drogy: Od extáze k agonii. 1. vydání. Praha: AMULET. 152 s. ISBN 80-86299-70-8.

4. HARTL, Pavel, 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 14. ISBN 80-85850-45-1

5. KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 1. ISBN 80-86734-05-6.

6. KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

7. KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0

8. KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe.* Cover a typo. Tomáš Didunyk. ISBN 978-80-7106-937-9

9. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.

10. LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH, 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-88064-23-7.

11. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

12. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

13. MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

14. NEPUSTIL, Pavel, 2014. *Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. ISBN 978-80-210-6754-7.

15. PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI, ŠEFRÁNEK, Martin (ed.), 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě*: praktická příručka pro uživatele drog. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-28-4.

Internetové zdroje

1. Definice a význam dogma, © 2019. *Vyznam-slova.com-Vyhledávání ve slovníku* [online]. Dostupné z: http://www.vyznam-slova.com/dogma

2. Teenchallenge, © 2019. *Teenchallenge* [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: http://www.teenchallenge.cz/

3. Sananim z.ú. | Prevence a léčba závislostí. © 2019. *Sananim z.ú. | Prevence a léčba závislostí* [online]. Dostupné z: http://www.sananim.cz/

4. Ergoterapie – léčba prací | Rehabilitace.info. © 2019. *Zdravotní magazín a katalog rehabilitací | Rehabilitace.info* [online]. Copyright [cit. 07.06.2019]. Dostupné z: https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/ergoterapie-lecba-praci/

5. Resocializační a terapeutická komunita Grunt. © 2008-2019 *Grunt, občanské sdružení* [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: http://www.rtkgrunt.cz/

6. Integrovaný portál MPSV, © 2019 [online]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/jhm/pracovni_rehabilitace

7. Klinika adiktologie, © 2011. *http://www.adiktologie.cz/* [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/

8. Home - drogy-info.cz. © 2015. *Home - drogy-info.cz* [online]. Copyright [cit. 07.06.2019]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/

9. *Informační systém* [online]. Copyright ©2019 [cit. 07.06.2019]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2010/d003/um/workshop_I-svaricek.pdf

10. Zákon o sociálních službách - ČÁST TŘETÍ - SOCIÁLNÍ SLUŽBY. © 2007. *Podnikatel.cz - největší server pro podnikatele v ČR* [online]. Copyright [cit.

07.06.2019]. Dostupné z: https://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/f3010152/

11. Toxická psychóza | extc.cz. © 2009. *Úvod* | *extc.cz* [online]. Copyright extc.cz [cit. 07.06.2019]. Dostupné z: https://www.extc.cz/toxicka-psychoza.html

12. Psychiatrická nemocnice Kosmody, © 2019. [online]. Dostupné z: http://www.plkosmonosy.cz/terapie_p.html

13. Klinika adiktologie – Prevence. © 2011. [online]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence

14. Prevence drogových závislostí - Zdraví.Euro.cz, © 2019. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718

15. Klinika adiktologie – Léčba a následná péče. © 2011. [online]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/173/Terapeuticke-komunity-pro-uzivatele-drog

16. Terapeutická komunita pro drogově závislé II., © 2019 [online]. Copyright [cit. 10.06.2019]. Dostupné z: http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK--esk-praxe-1.pdf

17. Terapeutické komunity | Kde najít pomoc | Veřejnost - Substituční léčba. © 2019. *Substituční léčba - Veřejnost* [online]. Copyright [cit. 10.06.2019]. Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/terapeuticke-komunity

Zákony

1. 201/2017 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu .... *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 07.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201

2. *Zákon č. 201/2017 Sb. kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů*

Bakalářské a diplomové práce

1. DVOŘÁKOVÁ, Ludmila. 2012. Využití ergoterapie a pracovní terapie ve speciálních zařízeních. Brno, Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jana Gajdošová.

2. VONDRÁČKOVÁ, Eva. 2014. Vliv pracovní terapie na pacienty s psychiatrickou diagnózou. Olomouc. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Michal Růžička

3. PANTLÍK, Štěpán. 2017. Pracovní terapie drogově závislých klientů v terapeutické komunitě Krok. Zlín. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

Přílohy

I. Bližší informace o komunitě Grunt

II. Rozhovor - polostrukturovaný

III. Přepis rozhovorů s respondenty

I. Bližší informace o komunitě Grunt

Základní pravidla

- Zákaz užívání drog, alkoholu a jakékoliv manipulace s nimi.
- Zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku.
- Přijetí terapie a režimu a podřízení se rozhodnutí komunity a terapeutického týmu (TT).
- V komunitě nejsou tolerovány projevy rasismu.
- Sexuální kontakty a intimní vztahy jsou v komunitě nepřípustné.
- Nutnost aktivity a spolupráce.

Doplňková pravidla

- Na začátku, ani v průběhu pracovního bloku se nekouřilo, mimo výjimky udělené TT (zde to fungovalo tak, že každý dostal příděl cigaret na den, nesmělo se balit a kouřit se mohlo mimo bezprostřední oplocený prostor komunity).
- Každý měl nárok na dvě kávy denně a to v max. množství 2 malé lžičky kávy na šálek. Káva se pila pouze do večerní skupiny, výjimkou byly jedině víkendy (pátek, sobota) a svátky do 22:00. O dodržování tohoto pravidla se staral a nesl zodpovědnost šéf kuchyně.
- Udržovala se čistota rukou, uklízely se po sobě hygienické potřeby, a vždy se uvedlo vše do stavu pro další použití.
- Prodloužená večerka byla možná 1x týdně. Hlásila se vždy v pondělí na ranní skupině. Večerka se neprodlužovala na film začínající po večerce.
- Byla– li prodloužená skupina, mohla se prodloužit o nastavený čas i večerka. O to se žádalo dle individuální potřeby na skupině prostřednictvím šéfa baráku (ŠB) či nejvyšší přítomné fáze na skupině.
- Ve společenské místnosti nebylo dovoleno nenechávat hrnky a žádné osobní věci. To platilo i o chodbě, chodbičce a společných prostorách vůbec.
- Boty a přezůvky se vždy uklízely do botníku. Nenechávaly se na zemi.
- Všechny dveře se zavíraly.

- Všechny věci se neprodleně uklízely na své místo. Pracoviště se pokud možno zanechávalo ve stavu, v jakém jej klient / klienti převzali.
- Zranění se hlásili TT nebo ŠB. Zraněný klient se zapsal do deníku „Lékárna“. Do stejného deníku se zapisovala evidence spotřebovaných léků. Za obojí ručil ŠB.

Denní program

Pondělí až pátek = 6:55 rozcvička a ranní hygiena, 7:30 snídaně, ranní komunita (půl hodiny až hodinu – mluvilo se o snech, náladě, organizaci dne), pracovní blok – svačina -- – pracovní blok (PB vždy po hodině až dvou), oběd – pauza (půl hodiny) – pracovní blok (zde někdy terapeutická komunita nebo sportovní odpoledne), večeře, večerní komunita, osobní volno (hodinu a půl) do 22:00 – večerka (v pátek o hodinu posunuta).

Sobota:

8:00 – budíček, posléze snídaně, od 9:00 ranní komunita, poté dvě a půl hodiny pracovní blok. 12:00 oběd a po něm následovalo volno do 18:00, následně večerní komunita, večeře, osobní volno a večerka

Neděle:

Ta byla nejvolnější.

8:00 – 10:00 snídaně a zvířata, 12:00 oběd, kolem 18:00 skupina a v 22:00 večerka

Funkce

Šéf kuchyně – tuto funkci měl přidělenou každý klient po dobu dvou dnů.

- Budí klienty i terapeuty ve všední den v 6:55 a v sobotu v 8:00 hod.
- Zvonkem oznamuje nástup k jídlu.
- Nemusí se zúčastňovat rozcviček ani pracovního bloku, pauzy si dělá dle potřeby.
- Dbá na přijatelné stolování.
- Zodpovídá za čistotu v kuchyni a jídelně (dřez, podlaha, stůl…).

- Po jídle sklidí ze stolu, od 14 do 16 hodin zajistí úklid kuchyně, jídelny a přilehlých prostor.
- Zajistí vodu, aby se mohl kdokoliv napít (voda se nosila z nedaleké studny nebo od potoka).
- Vaří úsporně, leč chutně (dle možností).
- Má právo kdykoliv během dne požádat kohokoliv o opuštění kuchyně.
- Kuchyň předává v pořádku do večerky.

Šéf zvířat – tato funkce byla taktéž přidělována na dva dny

- Zahajuje práci v 8:15, v 10:45 se zařazuje do pracovního programu.
- Stará se o krmení, čistotu zvěře a okolí (úklid výkalů, druhý den služby tzv. velké kydání – výměna podestýlky u všech zvířat).
- Večerní poklizení musí zvládnout do večeře.
- V případě podezření či nemoci zvířete se radí s terapeutem.
- 2x denně dojí kozy, před ranním dojením omyje kozám vemena (Lízino mléko zvlášť).
- Zajišťuje vždy dostatečné množství vody pro zvířata.

Tato funkce byla velmi náročná. Zvířat bylo vždy v komunitě velmi. Kočky, psi -- minimálně dva, slepice (15-20), husy, a mnoho koz. Každé zvíře mělo a má své jméno, se zvířaty se zacházelo vždy s úctou a nikdy nebyla chována na jídlo. V komunitě se nechávají zvířata dožít.

Šéf baráku – tuhle funkci mohl klient dostat až po absolvování druhé fáze a výš, funkce byla udělována na 14 dní.

- Organizuje práci po dohodě s TT.
- Práci rozdělí na ranní komunitě.
- Vede veškeré skupiny.
- Je zodpovědný za řádný chod domu (kontroluje plnění povinností ostatních klientů).
- Oznamuje začátky (zvonkem) a hlídá si čas pracovních bloků, skupin a rozcviček.

Příchod nového člena a garantství

Každý nový člen, který do komunity vstupoval, měl určitá práva a povinnosti. Samozřejmostí bylo respektování řádu a pravidel komunity, předkládání věcí ke kontrole, odevzdání cigaret – ponechání si pouze dovoleného množství a zbytek byl rozdělen do společného fasování a také finanční obnos, který si klient sebou přinesl, mu byl zabaven a použit na chod komunity.

Každý nový klient měl přiděleného svého garanta, který ho seznamoval s chodem komunity a byl mu k dispozici při řešení jakéhokoliv problému či mu poskytl radu.

Všichni, kteří pobývali v komunitě, si museli tvořit měsíční plány. Jednalo se o jakýsi deník, který si klienti psali. Každý měsíc, na konci, ho předkládali svému garantovi. V deníku byly klientovi nálady, emoce, vztahy, úspěchy a neúspěchy, abstinence a motivace, volný čas, podpora, duchovní rozvoj a cíle pro další měsíc.

Mobilní telefony byly povoleny až ve vyšších fázích programu.

Fáze programu

Důležité byly bezesporu **fáze programu.** Klienti museli projít pěti fázemi. Každý klient mohl mít jinak dlouhou terapii. Záleželo na mnoho okolnostech, zejména jak se posouval sám chráněnec, ale také zda program dokončil napoprvé nebo se do komunity vracel opakovaně.

Nultá fáze – dalo by se říct, že se jednalo o pozorovací fázi. Klient se teprve seznamoval a pozoroval chod komunity, způsob života a snažil se aktivně zapojit do všech jeho částí. Všech komunitních sezení se musel zúčastnit. Tato fáze trvala jeden měsíc a v této době se klient rozhodoval, zda v komunitě zůstane či nikoliv. Cílem bylo tedy obeznámení s komunitou, jejím režimem, pravidly a rozhodnutí, zda v pobytu chce pokračovat či nikoliv.

Při nástupu do komunity klient odevzdal všechnu hotovost, cigarety, osobní doklady a telefon. Klient musel přerušit veškerý kontakt s vnějším světem i se svými nejbližšími (výjimkou byly Vánoce). Nesměl opouštět areál, pouze za doprovodu terapeuta. Pokud se rozhodl, že v programu chce pokračovat, vybral si svého garanta (staršího bratra), podepsal pravidla týkající se komunity a svolali se všichni ostatní členové, aby se k jeho rozhodnutí vyjádřili. Nový člen měl právo si vyžádat životopisy ostatních členů.

První fáze – Velmi důležitá. Nazývala se fází motivační a trvala dva až tři měsíce. Nový člen se snažil najít nosnou motivaci pro abstinenci, což byl zároveň i jeden z cílů. Měl snahu mluvit a vyjadřovat se otevřeně, upřímně a pravdivě před ostatními i sám před sebou. Klient se snažil zdržet se rozhovorů o drogách, aktivně se zapojoval do programu a dodržoval všechna pravidla.

Co se týká styku s rodinou a návštěv zvenčí, to dosud nebylo povoleno. Rodina měla ovšem možnost informovat se o stavu klienta a ten měl naopak právo rodinným příslušníkům posílat dopisy (v omezeném množství). Pošta se otevírala pouze před personálem. Samostatné opuštění komunity stále nebylo možné.

Druhá fáze – stále je nejdůležitější motivace. Etapa trvala 3 měsíce.

Zde se částečně uvolňují pravidla. Klient si směl sám dojít na poštu a do obchodu, což dosud nebylo možné. Kromě rodiny mohl dopisy posílat i ověřeným známostem. Telefonáty stále nebyly povoleny, pouze v nutných případech, ale o návštěvách rodiny se diskutovalo.

Cílem bylo navazovat na fáze předchozí a hledat problémy, které tvořily drogovou závislost. Snažit se najít způsob, jak se s tím vypořádat, jak přemoct negativní myšlenky a hledat a pěstovat pozitivní postoje. Je vyžadováno, aby klient respektoval a spolupracoval s personálem a ostatními klienty.

Třetí fáze – Nazvaná jako odpovědnostní, spolu se čtvrtou fází trvala nejdelší dobu a to 3–5 měsíců, záleží jak u kterého klienta. Jak již napovídá název v této etapě, si klient prohluboval zodpovědnost za sebe, ostatní, své zdraví a jednání. Důležitá byla zde možnost navázat kontakty zvenčí.

Klient již mohl telefonovat, ale maximálně 5 minut a za dozoru terapeuta, návštěvy byly povoleny dle domluvy. Klient měl nárok na jednodenní výlet, a to nejlépe den po návštěvě příbuzných, dále měl nárok ještě na další dva jednodenní výjezdy mimo komunitu.

Cílem třetí fáze bylo to, aby klient našel uspokojení z abstinence, dále aby byl schopen plnit zadané úkoly, pomáhat ostatním, spolupracovat s terapeutickým týmem, byl zodpovědný a byl schopen reagovat na zátěžové situace správným způsobem, tedy přijmout pomoc skupiny a neprojevovat nesnášenlivé postoje a nepotlačovat negativní emoce.

Čtvrtá fáze – taktéž odpovědnostní, trvala zhruba stejnou dobu, jako fáze předchozí. Klient se snažil odpoutávat od komunity a zařazovat do běžného života.

V poslední fázi mohl klient po domluvě kdykoliv přijímat návštěvy, dopisy a telefonáty, důležitá zde byla oboustranná důvěra. To stejné platilo i o výjezdech mimo komunitu. Důležitou podmínkou této fáze bylo najít si práci mimo komunitu a na sezení a skupiny se dostavovat dle možností.

Cílem byla samozřejmě abstinence, odpoutávání se od komunity, ale i přesto být její součástí a pomáhat ostatním. Klient by měl začít přemýšlet o budoucím životě, tedy o sociálním zázemí, práci a bydlení, najít si kvalitní trávení volného času, hledat si zpět místo ve společnosti a navazovat nové vztahy, mimo jiné udržovat či se snažit napravit vztahy v rodině a se svými nebližšími.

II. ROZHOVOR - polostrukturovaný

1. Úvodní část

- Představení se (osobní data).
- Uvolňovací otázky (jaké jsou vaše záliby, proč jste se rozhodl k účasti na rozhovoru).

2. Životní podmínky

- Pracujete, studujete – studoval jste? Kde atd.
- Kde bydlíte, s kým? Máte rodinu, kamarády?

3. Komunitní léčba

- Jak dlouho jste byl v komunitě?
- Proč jste se rozhodl pro tento typ léčby (jak jste se o ní dozvěděl), jaká byla vaše předchozí?
- Rozhodl jste se pro léčbu sám?
- Jak léčba probíhala? (popis dne)

4. Subjektivní prožívání terapie v rámci léčby + pracovní terapie

- Prožil jste v komunitě něco negativního? Pokud ano, čeho se to týkalo?
- Byl jste s léčbou spokojený? Co se vám líbilo, nelíbilo a proč?
- Bavila Vás péče o domácí zvířata?
- Jak probíhaly brigády?
- Myslíte si, že vám pobyt v komunitě pomohl? V čem konkrétně?
- Jaké máte vztahy s ostatními klienty? (přátelské vazby, psychická podpora od ostatních)

5. Závěrečná část

- Myslíte si, že se k užívání drog již nevrátíte? Proč?
- Co byste rád změnil ve vašem životě?

Rozhovor vytvářen za pomoci publikace „Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti“, autor Gary Barker.

- **Hloubkový rozhovor** (rozhovor trvající delší dobu 1-3 hodiny – dle situace, zkoumaná osoba poskytuje informace tváří v tvář a přibližuje informace ze svého osobního života).

- Rozhovor s informanty (rozhovor kdy dotazovaní informují o jiných lidech).
- Podrobnější informace o komunitě (popis dne, průběh pracovní terapie, výsledky pracovní terapie z pohledu odborníka) a doplňující informace dle potřeby.

III. PŘEPIS ROZHOVORŮ S RESPONDENTY

Rozhovor s vedoucím komunity panem M.

Jak fungovala komunita dnes a jak funguje nyní?

K této otázce mi pan Mareček poskytl informace, o kterých jsem se zmiňovala výše, tedy od kdy komunita fungovala, jak se dostal k založení komunity a také jsem měla možnost prohlédnout si rozvrhy dne, základní a doplňková pravidla komunity, pravidla pobytu a jednotlivé fáze programu.

O aktuálním stavu se vyjádřil následovně: *„Komunita nyní funguje jako resocializační.“*

Také mi poskytl pár příhod z období, kdy se rozhodl komunitu budovat.

„Jakmile se okolí dozvědělo, že zde chceme zřídit komunitu pro tyto klienty, lidé okamžitě začali sepisovat petice a vylepovat letáky. Vtipné bylo, že ještě, než sem kdokoliv z ogarů přišel, objevily se na zastávce injekční stříkačky (smích), samozřejmě to nemohlo být od nás. Lidé měli strach, že se tady bude krást, a cokoliv co se stalo, bylo hned poukázáno na nás. A potom ještě jedna, ale ta je spíše smutná než úsměvná. Jedna ženská, která chodila celý život do kostela, přestala, po tom, co se to zde zřídilo, protože tvrdila, že ze svého domu nemůže odejít, nebo bychom ji vykradli. Od té doby nebyla 20 let v kostele, skoro nevyšla z baráku.“

„Dříve to tu bylo jiné, naše komunita a v okolí nic, teď už je to tady zespod zastavěné.“

Proč jste se rozhodl založit komunitu, jak jste k tomu dospěl?

„Za socialismu jsem pracoval v dětském diagnostickém ústavu, ale jelikož jsem nepodporoval vnucování socialismu, po roce jsem odešel pryč. Tam jsem se seznámil a pracoval s J., se kterým dneska realizujeme přednášky po školách. Posléze jsem podnikal a jako pracovníky jsem měl kluky, kteří nebyli úplně přizpůsobiví, respektive toxíci nebo alkoholici apod. tam jsem poznal, že pokud jsou ti lidi stimulovaní a motivovaní, lze u nich dosáhnout určitého výsledku. Hlavně to byli všechno lidí, kteří si na ty svoje drogy, chlast nebo automaty nevydělávali kriminální činností. Proto jsem se rozhodl komunitu založit. Ta tedy vznikla roku 1999.“

Jak jste získávali nebo získáváte peníze?

„Kluci makali, chodili každý den do práce a z toho se žilo, mnoho z nich si u nás dělalo rekvalifikace. Například, když jsme chodili na výškovky, každý musel mít kurz. Postupem času nám pomáhali i lidé z okolí, jedna pekárna nám dodávala staré pečivo pro zvířata, nebo nám dávali seno a my jsme chodili vyhrabovat. Pomáhali nám i bývalí klienti.“

Mělo nějaký důvod, že byla komunita založena pouze pro muže?

„Ano, homogenní skupina byla založena účelově.“

Z rozhovoru vyplynulo, že je to jednak z důvodu intimních vztahů, které se tudíž nemusí řešit, nebo vzniká minimální riziko a také představa, kterou zakladatel měl, co se týče pracovní terapie, která vyhovovala více mužům.

Jaká je úspěšnost? Myslím tím, kolik klientů, od té doby, co dokončilo váš program, už se k drogám nevrátilo?

„To záleží na tom, jak se na to díváme a co tím přesně myslíme. Pokud to budeme brát z pohledu, že se člověk snaží žít normální život a prostředky si opatřuje prací, tedy legálně, pak je úspěšnost 90 %. Pokud mluvíme o relapsu, tedy že se člověk k drogám několikrát vrátil, nebo o lapsu – člověk k tomu sklouzne jednou, pak je úspěšnost 50 %.“

Klient č. 1 – Muž, 36 let, toluen

V komunitě byl dvakrát, protože napoprvé léčbu nedokončil celou, nyní zde žije, stará se o zvířata, chodí do práce a během roku se bude snažit plně osamostatnit a postavit se na vlastní nohy. Jako psychická podpora mu je vedoucí komunity, který za ním pravidelně dochází. V komunitě není sám, má zde ještě svého kamaráda, zhruba ve stejném věku a staršího pána z Ukrajiny, který mu pomáhá v péči o zvířata.

Rozhovor se uskutečnil přímo v komunitě, a trval asi hodinu a půl. Otázky, které jsem si vypracovala mi sloužily spíše jako vodítko.

Jak si se dostal k drogám, jaké bylo tvoje rodinné zázemí?

„Doma to bylo náročné, otec mi zemřel a matka nepodporovala školu, chtěl jsem dělat elektrikáře, ale nějak jsme se nepohodli, chtěla, abych se to vykašlal, tak jsem se sbalil a v patnácti odešel pryč. Byl jsem naivní, myslel jsem si, že mi na den stačí půlka chleba a máslo. No, a tak jsem začal čichat téčko (toluen).“

Udržuješ vztahy s rodinou?

„S matkou vůbec, mám ještě tetku, s tou se občas vídám.“

A co si dělal, jak si odešel?

„Byl jsem na ulici, občas u kámošů. No a pak jsem se dostal na squat. Potuloval jsem se tak různě, pak jsem se dostal k buzerantovi (smích). Prochodil jsem okolí i Prahu, často jsem i žebral. Jednou jsem prodával i nějaké dětské časopisy, stály 40 korun, byla v nich křížovka a horoskop, jinak nic (smích), když jsem prodal dva a měl z nich 6 korun, tak jsem byl rád.“

Jak to tam vypadalo? Měl si tam kamarády nebo spíš ne?

„Každý squat je jiný, my tam měli třeba bílý koberec. (Pozn. opravdu tím myslel bílý koberec) *No, squat hledáš třeba v zimě tam, kde nejsou stopy k opuštěnému baráku. Kamarády jsem tam měl. Víš co, jdeš tam jednou, dvakrát, poznáš tam ty lidi a najednou tam bydlíš.“*

Jaký vliv na tebe mělo to čichání? Prožíval si absťáky, když si to neměl?

„Jo, je to jak každá jiná droga, absťáky byly. Nejhorší zážitek byl, když jsem si toho koupil 5 litrů, zavřel se v pokoji a byl tam dva dny. Nikam jsem nešel, nejedl, nepil, nebyl na záchodě. No a potom, když jsem se chtěl postavit, tak to nešlo. Ruce a nohy vůbec neposlouchali. Jinak jsem zkoušel snad všechno, tráva, perník, v tom jsem jel tak půl roku.“

Jak si se dostal na léčbu a do komunity?

„Na squat chodili Káčkaři (pracovníci K centra). *Chtěl jsem vypadnout, ale neměl jsem prachy, neměl jsem nic. Ještě jsem se dostal do sraček, do dluhů, úvěrové podvody. Byl jsem i zavřený. Chtěli si na mě vzít nějakou půjčku, já jsem byl čistý, ale nafetovaný, vůbec jsem nevěděl, co po mě chtějí. Pak mě jednou odchytly nějaké gorily, zmlátili mě a mě zůstaly na krku dluhy. To splácím do teď, ale už mi chybí splatit asi jenom šestka. No a tady mi to doporučili právě ti s Káčka. Ono je to těžké jít někam na léčbu, když nemáš ani korunu. No a tady to bylo zadarmo, měl si kde spát, co jíst, telefon. Ten totiž měl málokdo.“*

Jak dlouho si tu byl, jak to tu fungovalo?

„Necelý rok, potom jsem si začal s terapeutkou, tak mě vyrazili. Byl jsem s ní 15 let, pak spadla do perníku. No, a nakonec jsem se sem ještě na 3 měsíce vrátil na léčbu, abych ten program dokončil. Většina z těch lidí totální syndrom vyhoření, I. sem chodila a my jsme všichni poznali, že je na dojezdu. Nátlak na psychiku jako prase.

Když jsem sem přišel, měl jsem 40 kilo, ale každý den tady kilo nahoru. Nemáš moc čas přemýšlet nad drogama, pořád se tu něco dělalo, tady se fakt makalo, nebyla tu voda, ta se nosila dole ze studny a potoka. Ráno budíček, poklidit zvířata, pak komunita, oběd, práce, komunita, spánek. Pořád dokola to bylo. Hrabalo nám z toho. Někdo se na to hned vysral. Pak jsme chodili do práce makat do Z. no, tak to jsem nestíhal ranní sezení, hlavně nemáš žádný styk s lidma na začátku. Ale je tu krásně.“ (opravdu tam bylo krásně, uklidňující prostředí, za domem louky a široko daleko nic.)

„Nejvíc nás tu bylo asi 8, ale zůstal jsem tu 3 měsíce úplně sám, to bylo na palici, celou dobu od rána do večera jsem psal.“ (museli si vést deníky a psát o svých pocitech, náladách atd.)

Měli jste tady problémy mezi sebou?

„Pořád. Tady jsi před den v pohodě, ale pak večer se to na tebe navalí a jeden vyčítá chybu druhému, nikdo se nezaměří na sebe.

Ti terapeuti byli taky na nervy, někteří to nedávali, dali jsme jim zabrat.“

Co ti pomohlo přestat?

„*Tady to bylo vždycky takové volnější, mohli jsme cigára i pivo občas, ale jenom tady na louce v komunitě a před plotem ne.“*

Ono se ale říká, nezaháněj závislost jinou návykovou látkou…

„Jo to je fakt, ale tady je to spíš o hlavě. Já jsem přestal, protože ne že by mi pomohlo, že nemůžu, ale musím si říct, že nechci, pak to de.“

Co ostatní z komunity, vídáš se s nimi, nebo víš, jak žijí?

„Vím, že někteří do toho znovu spadli, jiný jsou ok a dva už nežijou. Jeden se ufetoval a další si to střelil do hlavy, zjistil, že si udělal děcko a nedal to.“

Jak to vidíš do budoucna?

„Chci odsud vypadnout, začít žít normálně. K drogám už se nevrátím, s lidma, kteří berou, se pořád stýkám a budu, ale už na to nemám chuť, dám si cigáro, občas to pivo, ale i tomu se už vzdaluju. Chtěl bych jednou děti, ale teď ještě ne.“

Však máš život před sebou…

„Ano, to je pravda.“

Klient č. 2 - Muž, 36 let, 11 let pervitin

Jaké jsou tvoje zájmy?

„Mám rád cestování, naposled jsem byl na Ukrajině, jsou tam perfektní lidi, moc milí. V Americe, Paříži a tak. Občas zajdem s klukama na pivo, a jinak práce. Dluhy už nemám, ani jsem neměl, pár tisíc se mi zdá, ale myslel jsem si, že jo."

Jak a kdy si se poprvé dostal k drogám?

„Bylo to, když máma odjela na dovolenou, měl jsem celý barák pro sebe, a tak jsme to s klukama zkusili, dalo se to sehnat všude, takže to nebyl problém. Tehdy mi bylo 16.“ Potom *jsme si to dávali každý víkend. Vařili jsme si to sami, bylo to levné, a hlavně na to bylo všechno dostupné.“*

Zanechalo to na tobě nějaké následky?

„Fyzické ne, ale psychické ano. Poznám na sobě, že jsem víc nervózní, nedokážu být úplně v klidu, pořád musím něco dělat. Jenom jednou jsem měl otravu krve. Ale to bylo, když jsem byl na ulici a sebral od popelnic nějaký deštník, chtěl jsem ho rozlámat, ale bodl jsem se s ním.“

Co rodiče, ti to nepoznali?

„Ne, ale já jsem jim to po dvou letech řekl. Nemohli to poznat, já jsem byl ok, a když jsem to měl, vždycky jsem se jim vyhnul.“

Co sourozenci?

„Mám ségru, jsem od ní starší o 9 let. To bylo nejhorší, vždycky mě dostalo, když jsem byl na ulici a ona mě viděla, otočila hlavu druhým směrem. Doma do ní tlačili, že jsem feťák, takže se to dalo čekat. Tohle pro mě bylo ale nejhorší. Sblížili jsme se až později. Ona je skvělá, taková šílená (smích).“

A zázemí si měl jaké, bylo všechno v pohodě?

„Ani ne, v 19 mi řekli, že mám vypadnout z domu a najít si práci a bydlení. Po škole, vystudoval *jsem kuchaře, vařit mě baví. Naši byli rozvedení, ale otec mi pomohl, když jsem potřeboval, dal mi peníze, nebo mě nechal u sebe přespat. Ale byl na mě pedant, seřval mě za každé smítko, které doma našel.“*

Jak probíhala léčba?

„Byl jsem na moc místech, prvně to bylo Káčko, pak Opava, *na detoxu v léčebně, ale nejdýl v komunitě v* Polsku *a tam to bylo tvrdé. Léčba byla drahá, stálo to asi 20 tisíc měsíčně. Tak nás tepali, něco si neuklidit a oni tě vzbudili ve dvě ráno a musel si třeba do rána sekat dříví, nebo si neuklidil hrníček a uklízel si celý velký barák. Jednou mě chytl pod*

krk a normálně vykopal z komunity, když jsem si tam začal s terapeutkou. No ale nakonec jsem se dozvěděl, že majitel komunity, se kterým jsme byli všichni ve styku a kterému jsem věřil, je největším dodavatel perníku, nakonec ho zavřeli. To mi totálně podlomilo kolena, všechno co jsem tam zažil a o co jsem se snažil, bylo založené na lži. Skončil jsem na fetu znovu. Člověk se nedokáže vyrovnat s těžkými situacemi v té době, a když přijde těžké období, znovu do toho spadne."

Jak léčba pokračovala?

„I přes to, že jsem znovu skončil na ulici a fetu, přechodně pobýval u otce, musím říct, že ta komunita mi pomohla. Byl tak fakt drsný řád a pořádek. Makat jsme museli taky šíleně. Naučil jsem se opravdu pracovat a v životě se mi to hodilo. Mělo to jisté výhody, ale i nevýhody. Přišlo mi, že to lidi mají jenom jako práci, dělají to z povinnosti no a nakonec ta lež. Ale tady to bylo jiné. Nebyli tady odborníci, ale dobrovolníci. Někdy dojížděli externí psychologové, ale člověk poznal, hlavně u pana M., že to dělají pro tebe. To mi asi nejvíc pomohlo. Tady si těm lidem mohl věřit, vždycky ti pomohli a cítilas ten zájem."

Co si dělal potom?

„Léčbu jsem dokončil, měl jsem přítelkyni, se kterou jsem bydlel v Praze, ale moc chlastala, nakonec jsem to ukončil. Měla depky, byla agresivní, nakonec taky skončila na fetu. Ale miloval jsem ji, doteď na ni myslím. Teď tři roky makám tady, i tady bydlím, dá se to. Co jsem přišel sem, koupil jsem si papírovou fenečku. Ta mi změnila život, věděl jsem, že s ní už se na ulici dostat nemůžu, držela mě a drží doteď. Jezdím s ní na výstavy ...." (povídání o pejkovi)

Klient č. 3 – Muž, 34, pervitin 9 let

Pracuješ? Co si studoval, jak teď žiješ?

„Studoval jsem v H., obor číšník, úspěšně jsem to dokončil. Teď pracuju v zahradnických službách, asi tři roky. Momentálně bydlím v bytě, nájem 10.500 kousek od centra města"

Co tvoje rodina?

„Starou rodinu nemám. Ale momentálně čekám s přítelkyní holčičku v srpnu, potom budem rodina. Mám ještě jednu holčičku a syna 2,5 na kterého platím řádně vyživovací povinnost a vidíme se každý druhý víkend. Taky ho můžu mít na víkend u sebe.“

Co kamarádi, například z komunity?

„Kamarády mám jen v práci, ostatní jsou známí, se kterými se nestýkám. Práce a rodina mi dost zabere.“

Zanechaly na tobě drogy nějaké následky?

„Ano, hlavně psychické. Ale dříve jsem trpěl toxickou psychózou, myslel jsem si, že jsou rodiče milionáři, několikrát jsem na ně podal trestní oznámení. Neměli to semnou jednoduché.“

Co se týče léčby – rozhodl ses pro léčbu sám? Jaká byla tvoje předchozí?

„Ano rozhodl. Teď už jsem dva tři roky úplně čistý. Každý týden chodím na testování. Tady jsem téměř celý život, byl jsem na deseti detoxech, a i v jiných komunitách, ale léčba p. M. byla jiná, dost individuální a originální, ale taky jediná, která mi pomohla, a nejenom léčba, ale celkový jeho přístup i v životě.“

P. M. je pro všechny velmi důležitý. Mluví o něm s velkým respektem a úctou.

Jaké byly tvoje pocity z terapií?

„Smíšené, ale profesionální. Prožil jsem tam radosti z dobře provedené práce, ale i sankce, když jsem na něco zapomněl, třeba co se týkalo zvířat nebo hrníčku v kuchyni. Vše bylo právem sankciováno. Práce mě baví, ale péče o zvířata jenom na farmě. Líbí se mi M. neortodoxní přístup. S bývalými klienty jsem měl přátelské vztahy.“

Myslíš si, že už se k drogám nevrátíš? A proč?

„Ne, protože to žena nesnáší.“

Klient č. 4 – Muž, 41 let, 11 let závislý na pervitinu

Pavel – přezdívaný také jako Pecinek – informace zprostředkované od pana M., z knihy, kterou vydal, z přednášky, které jsem se zúčastnila a krátkým doplňujícím rozhovorem.

Pavel není často k zastižení, momentálně pracuje v zahraničí, a ve svém volném čase je s rodinou, nebo jezdí přednášet na základní a střední školy o drogách a posílá svůj životní příběh dál. Pro žáky, studenty v těchto letech jsou k nezaplacení osobní setkání a zkušenosti přímo od člověka, který byl 11 let závislý na pervitinu.

Pavel se účastnil léčby v komunitě Grunt, ale mimo jiné je dle mého názoru nepostradatelnou osobností, která může pomáhat při primární prevenci, co se týká drogové závislosti.

Informace o „Pecinkovi“ mi byly poskytnuty osobně vedoucím a zakladatelem komunity Grunt, ale také od něj zapůjčenou knihou, kterou společně vydali s názvem Pecinek. cz, jež je psaná formou rozhovorů a poskytuje kompletní osobní náhled do Pavlova života.

Zajímavým doplňkem mi bylo i video, které je volně přístupné na Youtube, o kterém jsem se dozvěděla z webových stránek www.svetylko.cz, což je brněnská společnost, která podporuje projekty, prospěšné společnosti a podílí se na jejich vzniku i podpoře. Jsou to například tábory, pro děti ze sociálně slabších rodin, obědy pro babičky a dědečky, příspěvky na bydlení. Organizace pomáhá i konkrétním lidem a mimo jiné organizují i besedy zaměřené na protidrogovou prevenci, kam se řadí i setkání s Pavlem a vedoucím komunity Grunt panem M.

Světýlko se tedy podílelo na vzniku knihy, její distribuci a šíření do školských zařízení či knihoven a na vzniku již výše zmiňovaného videa.

Na úvod tedy. Pavel Ilčík je Rodák z Dubňan, jak o tom vypráví ve videu i v knize, život pro ně nebyl jednoduchý, ve třech letech se mu oběsil tatínek a maminka ještě s jeho dvěma staršími sourozenci zůstala sama. S nejbližší rodinou se moc nestýkali.

Pavel měl kázeňské problémy již od mládí, jeho bratr Petr bral drogy, Pavel měl první cigaretu v 8 letech, a nakonec se přiklonil k životnímu stylu jeho bratra a už to šlo jenom z kopce. Když měl Pavel 16 let, maminka mu zemřela. Byla to velká rána, ale taky cesta

k úplnému dnu. Protože jeho bratr si z bytu po mamince udělal feťácké doupě, sestra se odstěhovala, on měl na výběr dvě cesty, buď zůstat s bratrem, nebo začít žít se sestrou, vybral si tu první možnost.

Kromě toho že oba „brali piko“ začali i vařit. Pavel měl několik vztahů, které nevyšly. O těchto vztazích mluví jako o něčem, co vlastně ani není láska. Holka feťačka je s klukem kvůli drogám, miluje je víc než jeho. „Jak jí nedáš perník, najde si jiného“

Zvratem v jeho životě bylo to, když mu přítelkyně nebo spíše kamarádka oznámila, že s ním čeká dítě. Bez ohledu na to, jak se Pavel zachová, rozhodla se, že si dítě nechá. To ho podnítilo k radikální změně. Za pomoci Kyjovského K – centra, terapeutické komunity Grunt a pobytu v léčebně, kde musel absolvovat detoxikaci, se mu podařilo s drogami přestat. Dnes je mu 40 let a snaží se žít „normální“ život.

Pokud se zaměříme na pobyt v komunitě, strávil zde 7 měsíců. O komunitě se dozvěděl právě díky K – centru, kde mu tento pobyt byl doporučený. Komunita byla od počátku nezisková a klienti zde nic neplatili. Na chod, jídlo a vše si vydělávali prací, sami si vařili, starali se o zvířata, nebyla zde ani elektřina a vodu si nosili z nedaleké studny.

Záznam z přednášky

„Jmenuju se Pavel, je mi 41 let a momentálně jsem 11 let čistý. Daří se mě abstinovat, ale že bych byl úplně vyléčený, to nikdy nemožu říct, kdo to říká, tak kecá.

Pocházám z neúplné rodiny, mám ještě dva sourozence, staršího bráchu o osm let, ten ve 41 letech umřel. Ufetoval sa. A ségru, ta to taky vyzkoušela, ale nechytlo ju to tak, jak mňa s bráchů. Doma nám určitě chyběla chlapská ruka. Vidím to teď doma na synovi, když neco řekne P., mosí to pořád opakovat a křičí, ale přijdu já, řeknu to v klidu, a malý jde.

Určitě to néni pravidlem, že když děcko pochází z neúplné rodiny, nebo má špatné zázemí, tak bude fetovat, ale možná k tomu má blíž, nebo tomu spíš propadne. Jediný rozdíl je v tom, že možná neskončí na ulici, ale bude je dotovat tatínek. V 7 letech jsem začal kouřit, a když mi bylo deset, tak už jsem začal hulit a prodávat trávu. Ze začátku sem s tím enom kšeftoval.

V sedmé třídě sem sa vykašlal na školu, třikrát sem ju opakoval, neměli mi z čeho dávat známky. Doma bylo peklo, řešilo sa to přes sociálku, chtěli mňa dat do pasťáku. Pak sa

to nějak ututlalo a já sem sa domluvil s ředitelem a aspoň tu sedmičku jsem dodělal. Byl jsem takový grázl.

Myslel sem si bůhví, jaký nejsem frajer, když ostatní se hlásili na školy a já jsem byl na pracáku a dostával sem dvanáct set podpory. No a ve třinácti už jsem byl i gambler. Prachy co sem vydělal, sem naházel do automatů nebo vrazil do perníku. Do matů jsem vrazil asi 15 milionů a do sebe tak 5.

V 16 letech mi umřela mamka. To byl zlom, chtěla si mě vzít ségra, protože jsem ještě nebyl plnoletý, abych nemusel do děcáku, ale já sem nakonec skončil s bratrem, začal jsem šňupat a píchat si. Není pravda, že když člověk jenom šňupe tak si nepíchne, taky jsem se kdysi bůchal na hruď, že já ne.

Bydleli jsme se ségrou v bytě. Bylo to v pohodě, dokud platila nájem a inkaso. Ale potom si požádala město o byt. Tak se to nedalo vydržet, barák plný feťáků, dveře sa tam netrhly. Když si na perníku, tak nemusíš týden, deset dní spat, noc deň, to je ti jedno, byl tam bordel. Jak se odstěhovala, tak my sme nájem neplatili, nejdřív nám odpojili elektriku a pak aj vodu, nakonec nás vystěhovali.

Tehdá to policajti neřešili nejaké drogy, každý to vědél, ale mělo to zelenů, bylo to eště v plenkách.

Město nám poskytlo byt, a my sme ho zase zničili a udělali z toho feťácké doupě. My sme si vařili sami, je to lepší než kupovat, to je nařezané sodů, omítků nebo nejakýma sračkama. My sme byli vyhlášení, jezdili si k nám lidi z celé republiky aj Slovenska.

Nakonec sme skončili na ulici, a začali sme squatovat ve starém baráku, to měl nejaký zkrachovalý podnikatel. Pak byla nejaká tá kriminální činnost a já jsem se dostal do basy. Byl sem rád, šel sem si tam odpočinůt. To mě bylo dvacet. Po takových rokách na fetu už má člověk psychiku v hajzlu, deprese, sebevražedné sklony, ta psychika prostě slábne. Hlavně na drogách nemáte kámoše, drogy jsou falešné, neznáte ani vlastního bráchu.

V kriminále, když sem chtěl napsat ségře dopis, nemohl jsem. Zapomněl sem písmena. Pomohli mi lidi z basy jí napsat první dopis.

Z basy sem jel k ségře, a jak sem viděl nápis na značce D., chytly mě depky, co bude teď, jestli půjdu k ní nebo zase fetovat. Zazvonil sem, otevřela a než sem překročil prah, dala mě pravidla – že nebudu fetovat, nebudu si k ní vodit kamarády a najdu si prácu a tak. Vydržel sem to tři roky, dealoval sem, pak sem si jednůc šňupl, myslel sem si, že to bude v pohodě, že už do toho nespadnu a bude to ok. Nebylo. Všecku důvěru, kterou jsem si budoval, jsem tady tým ztratil. A sebeúctu taky.

Začal jsem i chlastat, ale závislost závislostí se nemá lepit. Bydlel jsem s bráchou s nějakýma alkáčema, ale to už bych nikdy nechtěl zažít. Sanitka jezdila dvakrát do týdne, potom už na tu adresu odmítala jezdit. Vždycky to byly epileptické záchvaty nebo padoucnice, odvezli je do nemocnice, oni podepsali revers a bylo to pořád dokola. Tam jsem ale potkal i svoji součastnou ženu. Chvilku jsme squatovali a pak zjistila, že je těhotná. Chtěl sem, aby si to děcko nechala vzít, protože co já sem mohl v takových stavech vychovávat děcko, ale ona mi nechala lísteček se vzkazem: Zachovej se, jak chceš, já si to děcko nechám, je tvoje.

To byl velký zlom, chtěl jsem se jít začat léčit. Tak to byl první krok k léčbě - kontaktní centrum v K., které mi doporučilo komunitu ve Z.

Volali tehdy panu vedoucímu, jestli by mě tam vzal, ale byli tam dva kluci z D., jednoho jsem znal, fetoval jsem s ním, a druhého jenom od doslechu, prej to nebude dělat dobrotu, ale nakonec se ten jeden za mě přimluvil a vzali mě tam. Ten jeden se zastřelil před čtyřma rokama. Šel se léčit, našel si práci, bydlení, ale pak to nějak nedal. Jak sem říkal, ta psychika je narušená už do konca života.

Před nástupem jsem musel ještě na detox do K., na 10 dnů, aby tam nechodili vyfetovaní lidi. A to bylo peklo. Po cestě tam sem si nakůpil nejaků hygienu, tabák a tak, no a jak sem tam přišel, tak mi prohledávali batoh, jestli tam nemám něco, co se tam nesmělo brat a vzali mi tabák a papírky, prej si do toho lidi balí listy, seno a iné svinstva. A to sem říkal, že su v prdeli, bez fetu, bez cigár, že to tam nedám, že na to seru, že se jdu vyfetovat. Hned sem volal do komunity panu M., a ten mě řekl, že si mám od nekoho půjčit cigára, že mně je zítra doveze. To bylo poprvé, co mi pomohl, a to sem ho ani neznal, komunikoval sem s ním enom přes telefon. Hned sem je vyhulil samozřejmě ten den. Každý den sem mu volal ať si pro mňa přijede, každý den tam byl pro mě jak týden.

Až si pro mě konečně přijel, tak sem tam nakráčel jako největší machr opět, ale to sem nevěděl, že tam nemajů vodu ani elektriku. Já sem byl zvyklý makat o to nic, v květnu to bylo dobré, ale potom jak sa posunoval čas to bylo na palici. Když sem měl vydojit kozy ve tmě s čelovků na hlavě, přepadaly mě deprese.

Léčil sem sa na žloutenku. Ale nechtěli mě vzít hned, prej nemožů dat léčbu každému feťákovi u kterého si nejsů jistí, že fakt přestane, prej to platí pojišťovna a stojí to milion. Nakonec po půl roku sem ju dostal. Ale přišel sem za pět dvanáct, říkali. Chodíval sem na odběry předtým eště, aby mě kontrolovali, že neberu, to bylo něco. Byl sem na nervy já i sestry, nemám žádné žily, moseli mě to brat z nártu.

Ale to, že nemám žily, není jediný problém, co říkajů ostatní normálně by to člověk nepoznal, že sem fetoval tak dlůho, ale to je tým, že jsme si vařili sami, nějaké tiky a podobné

věci z těch příměsí nemám. Ale neprokrvují se mi ruce, v zimě, nebo stačí, když je trochu pod nulů mi modrají a strašně to bolí.

Ale abych se vrátil k té léčbě. V komunitě sem byl 7 měsíců a měl sem povolené jít k porodu, ale týden před tým mě hráblo a chtěl sem všecky zabít, ostatní kluky pana M., i sebe. Pokaždé, když se přihodilo něco mimořádného, zvonili sme na zvonek a celá komunita se sešla. Já sem tam chodil s kanistrem a benzínem a chtěl sem to tam zapálit, všechnu vinu sem házel na pana M., křičel sem, že je tam všecky ohřeju, že si na ně posvítím a já nevím jaké ještě sračky sem měl v hlavě. Nakonec sem panu M. rozsekal auto sekerou. Horší stav sem nezažil. Po této scéně mě odvezl do Kroměříže. Nemohl sem ukončit léčbu, ale k porodu sem se nedostal.

Potom sem chodil navštěvovat P. a malého. Postupem času sem si získával důvěru jejich rodičů a nyní spolu bydlíme."

Doplňující informace

Jak momentálně vnímáš přednášky, je to pro tebe náročné?

„Teď už ne, už to neřeším, jsem s tím smířený, ale zezačátku to bylo těžké, měl jsem nervy, byl jsem vystresovaný jak kůň, šak sem do toho nechtěl ani jít, už při tom, když semnou dělala rozhovory ta novinářka, když se měla vydávat knížka jsem tam jezdil vystresovaný, kousal jsem si nehty a měl jsem chuť na perník.“

Co ti nejvíc pomohlo v abstinenci?

„Určitě lidi co jsou kolem mě. Dostal mě z toho Mates, ale potom i rodiče P. kteří mě přijali. A Samozřejmě léčba. Pan M. je perfektní, vždycky nám všem pomohl, i zpočátku, když jsem ho ještě neznal. Šak on byl velký podnikatel, měl tady hospod ve Z., no a pak se rozhodl udělat komunitu. Hospody prodal a všechny prachy naházel do nás, do feťáků.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Aneta Koželuhová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Účinné faktory pracovní terapie v rámci intervence drogově závislých
Název v angličtině:	Effective factors in work therapy in intervention with drug edicts
Anotace práce:	Ve své bakalářské práci bych ráda přiblížila léčbu lidí s drogovou závislostí v komunitě, kde se jako hlavní prostředek léčby využívá pracovní terapie. V úvodní části se zaměřím na vznik, prevenci a léčbu drogových závislostí. Největší pozornost budu věnovat vzniku terapeutických komunit, jejich legislativnímu ukotvení, náplni a filozofii léčby. Na závěr teoretické části také seznámení s komunitou Grunt.
Klíčová slova:	Drogová závislost, Terapeutická komunita, Pracovní terapie
Anotace v angličtině:	In my bachelor thesis, I would like to elucidate the treatment of people with drug addiction in a community, where a working therapy is used as the main way of treatment. In introduction part, I will focus on a development, prevention and therapy of drug addiction. I will pay the biggest attention to formation of therapeutic communities, their legislative anchorge, their content and thein philosophy of treatment. At the end of theoretical part I will also introduce the Grunt community.
Klíčová slova v angličtině:	Drugs addiction, Therapeutics community, Working therapy

Přílohy vázané v práci:	I. Bližší informace o komunitě Grunt II. Rozhovor - polostrukturovaný III. Přepis rozhovorů s respondenty
Rozsah práce:	64 stran
Jazyk práce:	Český jazyk