

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**KLÍČOVÉ TÉMY LIEČEBNÉHO PROCESU ZÁVISLÝCH KLIENTOV V
PROSTREDÍ TERAPEUTICKEJ KOMUNITY**

CORE TOPICS IN THE TREATMENT PROCESS OF ADDICTED CLIENTS IN A THERAPEUTIC
COMMUNITY SETTING



MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCA

Autor: **Bc. et Bc. Michal Hrozáň**

Vedúca práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2023

Prehlásenie:

Prehlasujem, že som predkladanú prácu na tému: „Kľúčové témy liečebného procesu závislých klientov v prostredí terapeutickkej komunity“ spracoval samostatne pod dohľadom vedúcej diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V Bratislave dňa

Bc. et Bc. Michal Hrozán

“It is by going down into the abyss that we recover the treasures of life. Where you stumble, there lies your treasure.” - Joseph Campbell

PodĎakovanie:

Ďakujem doktorke Aigelovej za odborné vhlady a jej vedenie, ktoré viedli k vzniku tejto práce. Veľkú vĎaku vyjadrujem aj za otvorenosť, ľahkosť a podporu, ktorú som vnímal pri našej spolupráci.

Som vĎačný za príležitosť štúdia na Katedre psychológie Filozofickej fakulty UPOL. Posledné dva roky strávené štúdiom boli pre mňa dôležitým, náročným a formatívnym obdobím.

Ďakujem Spoločnosti Podané ruce za príležitosť realizovať sa v jej adiktologických službách už počas štúdia, kde som mohol profesne vyrásť. Ďakujem kolegom, ktorých som počas pôsobenia v SPR stretol, hlavne Jankovi Jeřábkovi za pekné chvíle strávené na Vlhkej.

Ďakujem Láďovi Holubovi za to, že ma prijal na Mlýn. Ďakujem všetkým kolegom, že to so mnou vydržali a že sa podieľali na tomto výskume.

Ďakujem Václavovi, Pepovi, Kubovi, Honzovi, Katke, Terke, Erike, Renate, Katke, Vlastovi, Patrikovi, Tomášovi, Honzovi, Anete, Martinovi a Davidovi za aktivitu a pekné chvíle v TK. Díky úplne všetkým klientom, skrz ktorých boli cesty na Mlýn tak magické a hodné.

Ďakujem svojej rodine, bez ktorej by to nešlo. Majka, Tibko, Jarka, Lotka, Francka, Ľubka, Jožko, Ferko, Čičmanci, díky.

A Ďakujem aj Dominikovi, Ivkovi, Jožkovi, Martinovi a Teddymu za to, že ich tam niekde stále mám.

Obsah

Úvod	9
1. Liečba závislosti v terapeutickej komunite.....	10
1.1. Terapeutická komunita	10
1.2. História.....	12
1.3. Problémy a výzvy terapeutickej komunity počas rokov.	14
1.4. Odlišnosti a styčné body rôznych typov TK.....	14
1.5. Filozofické východiská TK.....	16
1.6. Terapeutické komunity pre liečbu závislostí v ČR	17
1.7. Cieľová populácia	19
2. Komunita ako terapeutická metóda	22
2.1. Eklektický model TK	22
2.2. Účinné faktory na úrovni terapeutických smerov s využitím pre TK.....	23
2.3. Liečebné princípy terapeutickej komunity	24
2.4. Účinné faktory skupinovej terapie	26
3. Komunita ako systém - štruktúra liečby v rámci terapeutickej komunity	29
3.1. Pravidlá, sankcie a odmeny	29
3.2. Fázy liečby	31
3.3. Rituály, symbolika a zvyky	32
4. Druhy terapie v prostredí TK.....	34
4.1. Komunitné stretnutia	34
4.2. Skupinová terapia	35
4.3. Individuálna terapia	36
4.4. Pracovná terapia	36
4.5. Práca s rodinou klienta.....	37

4.6.	Sociálne poradenstvo.....	38
4.7.	Socioterapia	38
4.8.	Záťažové akcie / terapia dobrodružstvom	39
4.9.	Genderové skupiny	39
5.	Výskumná časť	41
5.1.	Cieľ práce a výskumná otázka	41
5.2.	Metóda	41
5.3.	Procedúra výskumu	42
5.4.	Výskumný súbor.....	44
5.5.	Metóda spracovania dát a ich analýza	48
5.6.	Reflexia autorovej skúsenosti s témou	50
5.7.	Etické aspekty práce	51
6.	Výsledky	52
6.1.	Závislosť a abstinencia	53
6.1.1.	Abstinencia.....	53
6.1.2.	Chute.....	54
6.1.3.	Korene závislosti a traumatické udalosti.....	55
6.1.4.	Význam substancie pre doterajší život	57
6.1.5.	Psychopatologické prejavy užívania substancií	58
6.1.6.	Iné kopingové mechanizmy.....	58
6.2.	Život v terapeutickej komunite	59
6.2.1.	Motivácia k liečbe.....	59
6.2.2.	Pravidlá a hierarchický systém	60
6.2.3.	Skupinová dynamika.....	60
6.2.4.	Vzťah s terapeutom.....	61
6.2.5.	Kontakt s vonkajším svetom.....	62

6.3.	Osobnosť klienta	63
6.3.1.	Sebaregulácia	64
6.3.2.	Odpustenie a pocit viny.....	67
6.3.3.	Potreby.....	68
6.3.4.	Existencionálne otázky	71
6.3.5.	Budúcnosť po liečbe.....	72
6.4.	Vzťahovanie sa k okoliu.....	74
6.4.1.	Sociálne kompetencie	74
6.4.2.	Vzťahy.....	77
6.4.3.	Adaptácia do väčšinovej spoločnosti.....	79
7.	Súhrnné odpovede na výskumné otázky	81
8.	Diskusia	82
9.	Záver	87
	Súhrn	88
	Použitá literatúra	90
	Prílohy.....	97

Úvod

Práca si kladie za cieľ determinovať témy, ktoré sú pre závislých klientov v prostredí terapeuticko-komunitnej (TK) zásadne pri ich procese úzdravy. Východiskom k skúmaniu témy budú poznatky o fungovaní TK a liečbe závislostí, dostupné informácie o klientele TK, či terapeutických prístupoch najbežnejšie využívaných v tomto prostredí. Diplomová práca vo svojom výstupe zmapuje kľúčové témy klientov TK, ktoré počas svojho pobytu riešia na skupinovej či individuálnej rovine najčastejšie a ktorým klienti a pracovníci TK dávajú najväčšiu váhu počas procesu ich úzdravy. K vytýčenému cieľu sa dopracuje pomocou kvalitatívnej metódy IPA. Práca môže odbor obohatiť o ucelenú znalosť a popis týchto tém. Tie budú následne spracované do stručného sprievodcu liečbou v prostredí TK pre potreby klientov v podobe krátkej brožúry, ktorá si bude klásť za cieľ zoznámiť klientov s týmito témami, konzistentne odpovedať na otázky, ktoré sa u nich pri liečbe v špecifickom prostredí TK môžu objaviť a priniesť návrhy možností ako k nim pristúpiť. Svoju úlohu môže zohrať ako podporný dokument, do ktorého môže záujemca nahliadnuť vo svojom voľnom čase počas pobytu v terapeuticko-komunitnej.

1. Liečba závislosti v terapeutickej komunitě

MKN – 10 syndróm závislosti definuje ako súbor behaviorálnych a fyziologických stavov súvisiace s opakovaným užívaním substancie zahŕňajúce craving (chute na drogu), narušené sebaovládanie, pokračovanie v užívaní substancie aj napriek škodlivým následkom, prioritizovanie užívania pred inými aktivitami, zvyšovanie tolerancie a potreba zvyšovania látky a v niektorých prípadoch aj somatický odvykací stav.

Závislosť je komplexný problém duševného zdravia, ktorý je často spojený s ťažkosťami v rôznych oblastiach života, ako sú nezamestnanosť, bezdomovecť, konflikty vo vzťahoch, problémy so zákonom a psychiatrické komorbidity. Hoci mnohé z týchto problémov sú dôsledkom zneužívania látok, mnohí závislí trpia týmito problémami už pred vypuknutím samotnej závislosti.

Na liečbu závislosti sa dá nahliadať rôznymi spôsobmi. West (2006) vo svojej štúdií porovnáva viacero prístupov k závislosti. Vnímaná je napríklad ako akútny stav liečený krátkymi epizódami ústavnej starostlivosti alebo niekoľkomesačnou ambulantnou liečbou, kde sa liečba zameriava primárne na abstinenciu s vylúčením iných problémov. Odlišný prístup vníma závislosť ako chronickú recidivujúcu poruchu, pri ktorej je možné vyliečenie, ale ktorá si často vyžaduje intenzívne alebo viaceré liečebné epizódy a prístup dlhodobej starostlivosti. Ďalší sa zameriava na vnímané potreby a ciele jednotlivca a abstinenciu považuje za potenciálny zdroj, ale nie za nevyhnutnú podmienku zotavenia (West, 2006).

Nielen názory na etiológiu závislosti sa rôznia, je tomu tak aj pri možnostiach jej liečby. Pre osoby s problémami so závislosťou na alkohole alebo drogách je k dispozícii široká škála liečebných a podporných služieb ako sú detoxikačné programy, ambulantná liečba, substitučná liečba, dlhodobé rezidenčné liečebné programy, služby znižovania škôd či terapeutické komunity (TK), o prostredí ktorých referuje táto diplomová práca. Široká škála liečebných zariadení a prístupov umožňuje ľuďom so závislosťou využiť ten, z ktorého môžu vo svojej aktuálnej situácii vyťažiť najviac.

1.1. Terapeutická komunita

TK sa zameriavajú na opätovné začlenenie bývalých drogových závislých ľudí do spoločnosti a sú jednou z prvých špecializovaných liečebných iniciatív pre osoby s problémami so závislosťou, ktoré sa vyvinuli mimo tradičnú, medicínsku starostlivosť o

duševné zdravie. TK možno definovať ako prostredie bez drog, v ktorom ľudia s problémami so závislosťou žijú spoločne organizovaným a štruktúrovaným spôsobom života s cieľom podporiť zmenu smerom k životu bez drog v bežnej spoločnosti (Broekaert et al., 1998). Liečba orientovaná na zotavenie v TK vychádza zo všeobecne uznávaného konceptu "komunita ako metóda" a realizuje sa po celom svete. Štandardný model TK bol časom modifikovaný tak, aby zodpovedal aj potrebám špecifických skupín obyvateľstva, napríklad rodičom s deťmi, osobám s komorbidnými psychiatrickými poruchami, vážnom či rozšírenie modelu TK o metadónovú substitúciu počas liečby v tzv. modifikovaných TK. Liečbu v TK možno považovať za výchovný proces, v ktorom sú jednotlivci podporovaní zamestnancami a ostatnými klientmi na ich osobnej ceste k zotaveniu a životnému štýlu bez drog a k opätovnému získaniu kontroly nad vlastným životom (De Leon, 2000).

Kalina (2013) o terapeutickom komunitnom zariadení píše ako o špecifickom zariadení, ktoré je efektívnym nástrojom pri liečbe závislostí. Definuje ho ako štruktúrovaný, organizovaný, bezpečný priestor, kde klienti nachádzajú podporu v dennodenných interakciách s ďalšími závislými klientmi a personálom TK. Jej liečebný princíp je postavený na kombinácii intenzívnej skupinovej psychoterapie, otvorenej komunikácií a vzájomnej pomoci zúčastnených. Základný materiál terapie spočíva v neustálej konfrontácii s pevne stanovenými pravidlami, štruktúrou či ostatnými členmi spoločenstva, ktorí pomáhajú klientovi nahliadať a reflektovať vlastné emócie, chovanie, odlišné názory a jeho praktické angažovanie do chodu komunity ako celku. Klient zariadenia je na pravidelnej báze vystavovaný spätnej väzbe od iných klientov či zamestnancov a sám spätnú väzbu poskytuje svojmu okoliu. Je nabádaný k osvojovaniu otvorenosti a čestnému skúmaniu problémov, konfliktov, vzťahov, príjemných a nepríjemných situácií bez uplatnenia skratkovitého chovania v podobe opakovania starých naučených vzorcov závislostného správania. Klient v TK aplikuje nové skúsenosti, je podporovaný k individuálnej zmene a pozitívnemu rastu v dosahovaní svojho behaviorálneho, psychologického, sociálneho, pracovného, zdravotného a duchovného optima. Z pohľadu psychoterapeutických teórií TK podľa Kalinu (2013) predstavuje integrovaný prístup psychodynamicko kognitívne behaviorálny.

1.2. História

Termín "terapeutická komunita" prvýkrát použil britský psychiater Tom Main (1946) pri opise takzvaných "Northfieldských experimentov", kde sa liečili psychicky narušení vojaci bojujúci na frontoch druhej svetovej vojny. Tradičné nemocničné služby nedokázali zvládať nápor vojakov, trpiacich rôznymi formami PTSD a preto sa v birminghamskej Northfield Hospital rozhodli využiť terapeutický potenciál skupinových procesov, kde sa mohlo liečiť mnoho pacientov naraz s využitím menšieho počtu odborníkov na duševné zdravie. Pre vtedajšiu spoločnosť bolo dôležité, aby sa títo muži mohli čím skôr vrátiť naspäť do bojov, či aspoň čiastočne zapojiť do civilného života vojnovej Británie (Harrison a Clarck, 1992). Liečebná jednotka bola štrukturovaná ako spoločenstvo stimulujúce vzájomnú podporu a spoluprácu v každodennom živote v nemocnici podobným spôsobom, ako ju zažívali pri neformálnom živote v armáde. Pacienti preberali širokú škálu zodpovednosti za chod dennodenného života v zariadení a do programu boli zavedené nedirektívne skupinové diskusie pre porozumenie procesov skupiny a jednotlivcov. Na spoločenstvo bolo nahliadané ako na kolektívneho pacienta a zároveň kolektívneho doktora, pôsobiaceho na neurotické obrany a medzosobné vzťahy pacientov (Kalina, 2008).

Paralane s birminghamskými experimentami prebiehalo úsilie Maxwella Jonesa o podobné spoločenstvo, založené na nehierarchických, nedirektívnych a neautoritárskych princípoch, ktoré dalo základ takzvaným demokratickým komunitám (Kalina, 2008). Jones (1953) popísal niekoľko princípov, ktoré neskôr preberali ďalšie zariadenia pracujúce so skupinovú dynamikou. Išlo o zásady nehierarchickej komunikácie; transparentný proces rozhodovania na všetkých úrovniach (rovnomerná distribúcia moci medzi pacientami a personálom); spoločné vedenie každodenných aktivít; konsenzus v prijímaní rozhodnutí a sociálne učenie „tu a teraz“. Ich cieľom bolo čo najviac skompetentniť pacientov, ktorí mali praktický dosah na svoj osud v komunite, a neboli len pasívnymi a podriadenými príjemcami liečebných procesov od personálu. Jones rovnako ako Main pracoval s vojakmi, u ktorých primárne išlo o liečenie neuróz (Kalina, 2008).

Nie je však jasné, ako tieto prvé TK pre všeobecných psychiatrických pacientov ovplyvnili vývoj TK zameraných na závislosti, ktoré sa začali prvýkrát formovať v Spojených štátoch. V Severnej Amerike Charles Dederich, sám bývalý alkoholik a člen "Anonymných alkoholikov", založil v roku 1958 jednu z prvých svojpomocných skupín pre závislosti od

opiátov s názvom "Synanon" (De Leon, 2000). Synanon sa oficiálne nenazýval terapeutickou komunitou, bol však označovaný mnohými názvami ako sociálny experiment, samosprávna komúna, podnikateľská firma, klan či sekta. Svojou štruktúrou pripomínal skôr komúnu, keďže nešlo len o liečebný program, ale o dlhodobú alternatívu k spôsobu života vo všeobecnosti. Aj keď bol projekt na konci neúspešný a rozpadol sa po tom, čo jeho zakladateľ nezvládol tlak moci, položil však počas svojho trvania základy tzv. 'hierarchickému modelu terapeutickej komunity' (Kalina, 2008). Sám Dederich nebol odborníkom na duševné zdravie a pri zakladaní Synanonu sa inšpiroval dielami spisovateľa a filozofa R. W. Emersona a náboženskou organizáciou s názvom "Oxfordská skupina", ktorá sa považovala za morálny protipól v reakcii na medzinárodné ozbrojovanie. Dederichovo spoločenstvo ovplyvnila filozofia Anonymných alkoholikov a ich 12-kroková metóda liečby závislosti od alkoholu, veľkú úlohu tiež hrala protestantská viera. Vznikli tzv. synanonské domy a synanonské dediny, v ktorých sa bývalí závislí zriekli svojho starého spôsobu života spojeným s drogami, svoju pozornosť zamerali na prítomný okamih a spoločnú prácu, či hodnoty ako pravda a úprimnosť (Vanderplasschen et al., 2014). Špecifickými znakmi pre tieto spoločenstvá bola tzv. „synanonská hra“, kde sa zúčastnení priamo, úprimne a bez servítky navzájom konfrontovali a hierarchia spoločenstva, ktorá jednotlivcov oprávňovala k istým výhodám a povinnostiam ako napredovali v zaraďovaní sa do liečebného kolektívu (Kalina, 2008).

Model Synanonu sa rýchlo rozšíril po USA a Európe, inšpiroval vznik prvých programov TK (napr. Daytop Village, Phoenix House, Odyssey House) (Goethals et al., 2011). Tie boli vedené peermi a stanovili trojstupňový model liečby (detoxikácia, liečba, reintegrácia), ktorý odvtedy uplatňujú mnohé rezidenčné programy zamerané na liečbu závislosti. TK pre závislosti boli definované ako prostredie bez drog, v ktorom ľudia s problémami so závislosťou žijú spoločne organizovaným a štruktúrovaným spôsobom s cieľom podporiť zmenu smerom k životu v abstinencii vo vonkajšej spoločnosti (Broekaert a kol., 1993). Do svojho jadra aplikovali 6 kľúčových terapeutických princípov, kde komunitu považovali za náhradnú rodinu závislého; normalizovali priamu a konfrontačnú komunikáciu na skupinách; prijali systém oceňovania na základe zmeny jednotlivca (tzv. hierarchický systém); svojpomoc bola kladená nad profesionálnu pomoc; dôležitú rolu hral charizmatiký vodca komunity a dbali na naplnenie spirituálnych potrieb jednotlivca (Kalina, 2008).

1.3. Problémy a výzvy therapeutickej komunity počas rokov.

Na celosvetovej úrovni čelili TK v 90. rokoch 20. storočia mnohým výzvam, ako napríklad finančné škrtky v dôsledku hospodárskej krízy, otázky týkajúce sa vysokého počtu prípadov predčasného ukončenia liečby a recidívy, meniacej sa protidrogovej politiky zameranej predovšetkým na harm reduction programy. Problémy s charizmatickým vedením niektorých TK a prechod od samofinancovaných, nezávislých organizácií k službám financovaných a kontrolovaných štátom, viedli k zatvoreniu niektorých TK a ich nahradeniu menšími komunitami, ktoré namiesto bývalých závislých viedli profesionáli. Meniaci sa pohľad na závislosť ako na chronickú poruchu a rastúca kritika prínosu dlhých liečebných pobytov v uzavretých rezidenčných zariadeniach zo strany odborníkov, či užívateľov služieb ešte viac spochybnili rozvoj TK v mnohých krajinách. Paradigma založená na dôkazoch, ktorá uplatňuje randomizovanú kontrolovanú štúdiu ako zlatý štandard na hodnotenie intervencií dokonca spochybnila platnosť TK úplne, keďže v rebríčkoch založených na dôkazoch zvyčajne dosahujú nízke skóre (Broekaert et al., 2010). Pre podporu TK sa zaviedlo sledovanie rôznych štatistických údajov súvisiacich s efektivitou liečby, ktoré pomáhajú s rozvojom komunity a poskytujú jej dôležitú spätnú väzbu. Výskum TK najčastejšie naráža na problémy spojené s problémami s pozorovateľnosťou výskumných nálezov; chýbajúcemu konsenzu v definícií úspešného ukončenia liečby (nie každý, kto liečbu v TK riadne ukončí, dokáže abstinovať a nie každý, kto predčasne z liečby v TK odíde, sa vráti naspäť k užívaniu drog); nesúrodosť nástrojov merania a absencia kontrolných skupín (EMCDDA, 1999). Aj napriek náročným podmienkam pre výskum úspešnosti model TK pretrváva a vývoj súčasnej TK pre liečbu závislosti za posledných 50 rokov možno charakterizovať ako posun od alternatívnej metódy na periférii k zaradeniu do hlavného prúdu liečby závislosti. TK v súčasnosti slúžia širokej škále klientov a ich rôznorodým problémom; vďaka pokroku vo výskume výsledkov liečby sa zmenilo zloženie personálu, skrátila sa dĺžka pobytovej liečby, nanovo sa stanovili ciele liečby a do značnej miery sa zmenil aj samotný prístup k terapii (De Leon & Unterrainer, 2020).

1.4. Odlišnosti a styčné body rôznych typov TK

Nie všetky programy rezidenčnej liečby sú TK a nie všetky TK sú organizované a poskytované v rezidenčnom prostredí. Okrem toho nie všetky programy, ktoré sa samy

označujú za programy TK, využívajú rovnakú teóriu, model alebo metódu (Broekaert et al., 1999). Uplatňovanie pojmu "terapeutická komunita" na označenie liečby rôznych skupín obyvateľstva v rôznych prostrediach preto viedlo k heterogenite a nedostatku konsenzu, pokiaľ ide o definície a opisy základných prvkov a princípov (De Leon, 2000). V prípade demokratickej tradície TK poukazuje Kennard (1998) pri pokuse o objasnenie tejto heterogenity na pozoruhodný rozdiel medzi tým, čo nazval terapeutickou komunitou a 'prístupom' terapeutickému. V prvom prípade ide o špecifické zariadenie navrhnuté výslovne tak, aby sa hlavným terapeutickým nástrojom stala sociálna situácia. V druhom prípade nie sú komunitné a skupinové metódy výlučným prostriedkom liečby, ale aplikujú sa na vytvorenie atmosféry rešpektovania individuality pacienta, pozornosti voči každodenným činnostiam a práci, zodpovednosti a osobným vzťahom v zariadeniach, ktoré dovtedy existovali s odlišnou organizáciou liečebného procesu.

Demokratické TK zdôrazňujú význam zmeny nemocničnej štruktúry na otvorenejší systém uľahčujúci obojstrannú komunikáciu, rozhodovanie na základe konsenzu a sociálneho učenia. Pre hierarchické TK je zas typický intenzívny rezidenčný program, ktorý je zameraný zväčša čisto na liečbu závislosti. Je organizovaný na základe prísne monitorovaného a invazívneho sociálneho podmieňovania, ktorého cieľom je zbaviť ľudí závislosti na drogách a oddeliť ich od predchádzajúceho životného štýlu (Vandeveldt et al., 2004).

Existuje pomerne veľký rozdiel pri uplatnení TK ako liečebnej metódy v prostredí Európy a USA. Rolu tu zohrávajú rôzne faktory, ako kultúrne rozdiely, politické priority, ekonomické dôvody a možnosti sociálnej politiky (Broekaert a kol., 2000). Hoci sa európske TK v podstate inšpirovali americkými TK, majú jednoznačne svoju vlastnú identitu; behaviorálny prístup amerických TK bol doplnený európskymi výchovnými teóriami, psychoanalytickým myslením, sociálnym učením, zapojením vyškolených odborníkov namiesto peer pracovníkov a prístupom viac orientovaným na rodinu (Broekaert et al. 2006). V Európe bol tiež silný odpor voči sporným technikám, ako je holenie vlasov (tzv. haircuts) či extrémne tvrdé konfrontácie v encounterových skupinách, čo viedlo k vytvoreniu európskeho modelu TK, ktorý sa zamerával na vyváženejší dialóg počas encounterových skupín (Broekaert et al., 2004). TK z rôznych európskych krajín dnes spolupracujú v Európskej federácii terapeutických komunit a Svetovej federácii terapeutických komunit (Broekaert et al., 2014).

Napriek rozdielom v prístupoch odlišných TK existuje niekoľko všeobecných bodov, ktoré majú spoločné všetky druhy terapeutických komunit. Život v TK je sám osebe učebnou situáciou, čo znamená, že jej členovia sú neustále ponorení do liečebného procesu, keďže ich každodenné správanie a ich emocionálny a fyzický stav možno pozorovať a podľa potreby korigovať prostredníctvom intenzívnych skupinových skúseností a to nielen personálom, ale aj ďalšími spoluklientami. Okrem toho sú podporovaní v experimentovaní s alternatívnym správaním a korektívnymi emocionálnymi zážitkami (Vandeveldet et al., 2004). Roberts (1997) o TK píše ako o vedome navrhnutom sociálnom prostredí a programe v rámci pobytovej alebo dennej jednotky, v ktorom sa sociálny a skupinový proces využíva s terapeutickým zámerom. Kennard (1998) považuje za spoločné znaky neformálnu a uvoľnenú atmosféru; existenciu centrálného miesta, kde sa členovia TK pravidelne stretávajú (zvyčajne min. 1x denne); zdieľanie práce na udržiavaní a chode zariadenia; úlohu klientov ako pomocných terapeutov; podiel klientov na moci a spoločné hodnoty a myšlienky členov TK. De Leon (2000) v skratke píše, že v TK je primárnym terapeutickým nástrojom samotná komunita.

1.5. Filozofické východiská TK

TK závislosť považuje za symptóm a nie za podstatu poruchy (Orford, 2001). Táto perspektíva môže byť tiež jednou z hlavných charakteristík TK a jedným z hlavných rozdielov medzi modelom TK a štandardnou psychiatrickou ústavou liečbou, ktorá je založená na diagnostických systémoch orientovaných na symptómy. V súlade s tým možno z hľadiska terapeutického prístupu založeného na teórii attachmentu povedať, že TK sa snaží prerušiť väzbu k látke a namiesto toho nasmerovať pacienta k vytvoreniu väzby ku komunitě. TK môže slúžiť ako tzv. attachment figure (blízka, dôležitá osoba), ktorá pôsobí ako bezpečné útočisko, do ktorého možno vstúpiť, ale aj ako bezpečná základňa, z ktorej možno znovu začať nový život bez drog (Flores, 2001). Za ústrednú tému úzdravy považuje vzťahy, ktoré si klient vytvára a udržiava, ako sa vzťahuje k vlastnej osobe či povinnostiam vyplývajúcich z dennodenného života v TK. Jej prostredie je navrhnuté tak, aby klient mohol utilizovať vzťahy, vzájomné interakcie, role, hodnoty či pravidlá k facilitovaniu pozitívnej zmeny svojho doterajšieho životného štýlu (Kalina, 2008).

Kratochvíl (1979) označuje interakcie, konflikty či riešenie problémov medzi členmi TK za významný materiál, z ktorého sa jednotlivci učia spoznávať svoj podiel na utváraní,

posilňovaní či reprodukovanie problémov, s ktorými sa v živote potýkajú. Navodený proces zmeny pri pokuse o náhradu starých vzorcov správania za nové môže byť tak výrazný, že tu dochádza k tzv. kreatívnej dezintegrácii štruktúry osobnosti klienta, ktorá vyvoláva veľkú mieru bolesti, úzkosti, či pocitu ohrozenia. Tie súvisia s odporom, ktorý zákonite s radikálnymi zmenami prichádza a pretrváva, kým sa neintegrujú novým spôsobom podporujúcim osobnostný rast (Bloom, 2013).

Základná premisa vo filozofii TK teda spočíva v tom, že túto zmenu považuje za možnú, víta, podporuje ju a klientom dodáva nádej a vieru v jej uskutočnenie. V kontexte bio-psycho-socio-spirituálneho modelu klienta chápe ako celostnú entitu a snaží sa k jeho problému so závislosťou pristupovať holisticky, za ohnisko problému považuje osobu klienta a jeho vzťahy. Symptóm závislosti ustupuje do pozadia a predmetom riešenia sa stávajú obecnnejšie psychologické, či vývojové problémy. Na liečbu závislosti nazerá ako na špecifickú formu liečby poruchy osobnosti, kde jedincovi pomáha dospieť a emočne dozrieť (Kalina, 2013). Je dôležité pripomenúť, že zmeny v štruktúre osobnosti klienta je v TK možné len iniciovať, smerodajné je jeho ďalšie dlhodobé úsilie k zmene po opustení komunity (Campling, 2001). Liečba v TK sa označuje ako „liečba zameraná na abstinenciu“, keďže kladú dôraz na abstinenciu od návykových látok. Abstinencia však nemusí byť podmieneným cieľom liečby v TK, je iba cestou, podmienkou a súčasťou liečby a prostriedkom k tomu, aby sa klient mohol zaradiť do normálneho života. Cieľom liečby v TK je teda zmena životného štýlu (Richterová et al., 2008). De Leon (2000) hovorí o cieľoch liečby v TK ako o komplexnej zmene životného štýlu a osobnej identity klienta, ktorá zahŕňa odmietnutie antisociálneho a prijatie prosociálneho chovania, osobnú úprimnosť a abstinenciu od drog.

1.6. Terapeutické komunity pre liečbu závislostí v ČR

Charakteristika dnešných TK v ČR je formovaná nielen historicky silnou tradíciou Skálovho systému, výcvikovej komunity SUR či demokratických TK pre psychózy a poruchy osobnosti. Moderné TK pre liečbu závislosti (tzv. komunity štvrtej generácie) sa začali na území Československa formovať po roku 1989, kedy bola prvou z nich TK v Němčicích, ktorá dala silný základ pre ďalšie novoformujúce sa komunity po nej. Vystihuje ich pomerne veľká sloboda v spájaní demokratických i hierarchických systémov prebraných zo zahraničia, je tu citelné učenie sa z rôznych zdrojov, upustenie od rigidity pevne daných

systemov a pružné prispôsobovanie sa momentálnym potrebám čoraz rôznorodejšej a náročnejšej klientely (Kalina, 2008).

Na území ČR je momentálne 19 aktívne fungujúcich TK s 320 dostupnými miestami. Za rok 2021 nimi prešlo 705 klientov. 4 fungujú pod záštitou Psychiatrickej nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě. 15 z nich je pod záštitou neštátnych neziskových organizácií fungujúcich ako sociálna služba (Chomynová et. al, 2022). Nie sú brané ako zdravotnícke či výchovné zariadenia, spadajú pod sektor sociálnej politiky štátu. Podliehajú inšpekciám kvality služieb, kde sa sleduje dodržovanie štandardov dobrej praxe, etiky personálu a práv klientov. Sú financované zväčša z verejných zdrojov, finančná nezávislosť z vlastnej činnosti či spoľahnutie sa čisto na donorov prakticky neexistuje (Kalina, 2008).

Standardy odborné spôsobilosti adiktologických služieb (2021) o adiktologických službách rezidenčnej liečby pojednávajú o TK ako o dlhodobej pobytovej liečbe prebiehajúcej v rozsahu 6 až 15 mesiacov. Služba v systéme liečebného kontinua obvykle nadväzuje na detoxikáciu, ambulantnú liečbu či kratšiu pobytovú liečbu a predchádza doliečovacím programom. Cieľovou skupinou služby sú osoby so závislosťou, či osoby ohrozené závislostným chovaním, ktoré vzhľadom k závažnosti stavu nie sú indikované do ambulantnej adiktologickej starostlivosti. Prijímaní sú aj klienti so sprievodnými psychiatrickými, či somatickými komplikáciami. Služba je do istej miery určená aj rodine, či blízkym osobám závislého s cieľom poskytnutia orientácie v probléme závislosti, emočnej a sociálnej podpory, mobilizovania zrelého chovania a podpory fungovania rodiny. Niektoré zariadenia majú dopredu definovaný zúžený profil poskytovania svojej služby (napr. rodičia s deťmi, trestanci, mladiství, atď.). Pre službu je charakteristický stabilný stav klientov bez potreby akútnej starostlivosti, štruktúrovaný komplexný terapeutický program (psychoterapeuticky orientovaný, s častými prvkami socioterapie) a multidisciplinárny tím. Cieľom liečby je rehabilitácia a úzdrava klientov po psychickej i fyzickej stránke a posilnenie kompetencií v sociálnej a sociálnej a právnej oblasti vrátane uplatnenia na trhu práce, finančnej gramotnosti a dlhovej problematiky. Aktivity smerujú ku zásadnej zmene životného štýlu a sebapoňatia klientov, ideálne vedúce k životu bez závislostného správania. Služba po personálnej stránke zaisťuje bezpečný a nepretržitý chod zariadenia, výmenu informácií medzi zamestnancami, ich vzdelávanie, monitorovanie a reflektovanie svojej aktivity, čím sa dosahuje efektívnosť, udržanie kvality a bezpečnosť služby. Terapeutické komunity sú zväčša registrované ako sociálne služby odborne vedené

kvalifikovaným pracovníkom s vysokoškolským vzdelaním a minimálnou praxou 3 roky v adiktologických službách. Zdravotnú starostlivosť a farmakoterapiu zabezpečuje externý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, vždy je zaistená starostlivosť praktického lekára. Každý z klientov má určeného kvalifikovaného pracovníka (garanta) zodpovedného za vedenie prípadu. Pravidelne spolu hodnotia klientov stav a napredovanie plnenia plánu služby. TK má jasne dané a zverejnené pravidlá a vymáhanie ich porušenia, klient služby je s nimi riadne zoznámený. Služba riadne plánuje ukončenie pobytu klienta s cieľom zabezpečenia ďalšej vhodnej nadväzujúcej starostlivosti.

1.7. Cieľová populácia

Ako už bolo zmienené, terapeutické komunity pre závislosti vychádzajú z premisy, že nie je ústrednou témou liečba zneužívania návykových látok, avšak liečba sa sústreďuje na poruchu osobnosti, ktorou závislý klient trpí a závislosť je len jej sprievodný prejav. Závislosť má svoje korene v iných, obecných, vývojovo-psychologických problémoch a odráža problém zvládania náročných životných situácií (Kalina, 2008). Vnímanie závislosti má rôzne podoby a charakteristika klienta TK tiež nemá jednotnú formuláciu, keďže charakteristické črty klientskeho obsadenia sa v čase vyvíjajú a menia. V nasledujúcej podkapitole prinášam niekoľko pohľadov na špecifickú niche ľudí závislých na návykových látkach, ktorá sa v TK vyskytuje najčastejšie.

Dôležitým faktorom pre klientelu TK je závažnosť ich závislosti a ich životný štýl, ktorý je charakteristický vylúčením z väčšinovej spoločnosti, doprevádzaný sociálnymi a kriminálnymi dopadmi. Pochádzajú z rozpadnutých či dysfunkčných rodín, bez dostatku sociálnej podpory, často trpia pridruženými problémami s duševným zdravím a väčšina z nich vykazuje problémy s kriminálnou činnosťou a nezamestnanosťou (Kalina, 2008). Voči všetkým žiadateľom o liečbu v ČR sa klienti TK vyznačujú vyššou frekvenciou užívania drog, injekčného užívania, závažnejšími problémami v sociálnej sfére, omnoho častejšie kombinujú návykové látky a s užívaním začínajú vo veľmi ranom veku. Daná skutočnosť z nich činí klientov so závažnejším profilom závislosti v porovnaní s klientelou iných foriem liečebných zariadení (Šefránek, 2014). Zo správy Národného monitorovacieho strediska pro drogy a závislosti, ktorá spracovala údaje z 10 TK podporovaných dotačným riadením Úradu vlády ČR vyplýva, že v roku 2021 bolo v skúmaných desiatich terapeutických komunitách k dispozícii 177 lôžok, na ktorých bolo liečených 372 klientov, z toho 65%

tvorili muži, priemerný vek klientov bol 30,9 rokov. 79 klientov sa liečilo so závislosťou na alkohole, 292 klientov užívalo nealkoholické návykové látky, z toho 84,2% tvorili užívatelia pervitínu, zvyšnú klientelu tvorili užívatelia kanaboidov, opioidov, kokaínu, psychedelík, či iných látok (Chomynová et. al, 2022).

Kalina (2008) uvádza štyri kritériá indikovaného klienta pre liečbu v TK ktorými sú vysoký potenciál pre relaps, intoxikáciu či abstinenčné príznaky, motivácia k liečbe a k abstinencii nie je jednoznačná a vyžaduje výraznú podporu a upevnenie, prostredie z ktorého prichádza je príliš „toxické“ (nefunkčné a rizikové vzťahy, drogová scéna) a relatívna zvládnuteľnosť zdravotných a psychologicko-psychiatrických komplikácií, ktoré nevyžadujú hospitalizáciu v nemocničnom zariadení. Ako kontraindikácie Kalina uvádza extrémne narušenú osobnosť a sociopatické chovanie, vážny fyzický hendikep, výrazný vekový rozdiel oproti ostatným členom, opakovane prijatý klient, ktorý v minulosti absolvoval program TK či jazyková bariéra. Pieri (2002) uvádza nezlučiteľnosť klientových postojov ohľadne bezdrogového smerovania liečebného zariadenia, podpaľačstvo, floridná psychóza, delírium, demencia a aktívne samovražedné jednanie.

Petr Jeřábek na území ČR koncom 90. rokov vyšetril 90 ústavne liečených toxikomanov Rorschachovou projektívnou metódou, výsledky svojho bádania zobecňuje nasledovne:

„S přihlédnutím k běžné terapeutické praxi nabízím hypotézu jednotící toxikomanické dispozice: 1. nízká integrace sebepojetí, 2. interpersonální senzitivita (pocit ohrožení ve vztazích, nízká frustrační tolerance), 3. nižší úroveň defenzivní organizace (časté popření, projekce, štěpení apod.), 4. emoční labilita a nepřiměřenost.

Jinými slovy: nejhlubší emoce toxikomanů bývají často subjektivně nepřijatelné a nežádoucí, obrany odpovídají síle dissociovaných a popřených emocí a jsou na vývojově nízkém stupni (primitivní) a energeticky extrémně náročné. V konečném důsledku dochází u jedince k podstatné redukci využívání řady možností, které přináší život. Abúzus psychotropních látek by se tak mohl chápat jako součást dlouhodobé defenzivní (únikové, případně autodestruktivní) strategie.“ (Jeřábek, 2007, s.28)

Typické pre skupinu klientov v TK býva tiež prítomnosť duálnych diagnóz. Funkčná skupina môže mať len jedného až dvoch takýchto klientov, bežná prax ich zastúpenia v skupinách je však mnohonásobne vyššia (Nevšímal et al., 2007).

Kooyman (1993) sa vo svojej publikácii odvoláva na Bassina, ktorý uvádza nízke sebedomie, porušenú identitu a neschopnosť zotrvať v dlhodobom vzťahu. Taktiež spomína Casrielovu definíciu závislosti ako stratégiu nedozretej osobnosti, ktorú závislý používa k obrane pred nežiadúcimi emóciami. Závislý sa bráni najmä pred pocitmi úzkosti a bolesti, voči ktorým sa nedá uplatniť stratégia útoku ani úteku. Prechádza preto do štádia zmrazenia, kedy emócie pomocou drogy potlačí a zapúzdri. Ide o proces vyhýbania sa ohrozujúcemu kontaktu s vlastnými emóciami a ľudskej blízkosti s inými.

Broekaert (2001) sa o klientoch TK vyjadruje ako o emočne nezrelých rodených manipulátoroch trpiacich úzkosťami a strachmi, využívajúcich agresiu k prekonaniu svojich slabostí, alebo aby od nich odvrátil pozornosť. Zároveň zdôrazňuje, že títo klienti majú obrovský potenciál, ktorý v TK dokážu objaviť a rozvinúť.

Ku psychologickým charakteristikám klienta TK patria podľa Galantera a Klebera (1999) vysoké skóre na škálach úzkostnosti a depresivity, nízke na škále socializácie. IQ v rozmedzí 70 až 115, MMPI poukazuje na poruchu osobnosti, zmätenie, narušené myslenie a afektivitu. Nízka tolerancia nepohody a odloženého uspokojenia, nízke až nereálne sebahodnotenie, charakteristiky nezrelosti a disociatívneho chovania, problémy s autoritami, neschopnosť zvládať pocity, neadekvátne testovanie reality, nízka kontrola impulzov a zlý úsudok. Spôsoby zvládania situácií tvoria stratégie ako manipulácia, podvádžanie a klamstvo. Typická je sociálna a osobná nezodpovednosť, rezervy v učení a komunikačných schopnostiach.

2. Komunita ako terapeutická metóda

TK je vnímaná ako psychoterapeutická metóda alebo nástroj, ktorého úzdravný potenciál tvorí skupina ľudí, ktorá v nej žije. Dynamické interpersonálne interakcie sú využívané k štruktúrálnej premene osobnosti klienta TK a jeho socializácie pomocou vzájomnej konfrontácie jej členov (Kratochvíl, 1979). Jednotlivci dosahujú maximálny výchovný a terapeutický účinok plným zapojením sa do všetkých rozmanitých prvkov komunity, ktoré využívajú ako nástroj pre vlastnú zmenu. Preto pojem "komunita ako metóda" znamená, že komunita je kontextom aj sprostredkovateľom individuálnej zmeny a sociálneho učenia. Jej členovia stanovujú očakávania alebo normy účasti v komunite. Hodnotia, ako jednotlivci tieto očakávania napĺňajú, a reagujú na ne stratégiami, ktoré podporujú pokračovanie účasti v programe. Žiť podľa očakávaní svojej komunity si vyžaduje, aby jednotlivec neustále menil svoje správanie, postoje a zvládanie emócií. Taktiež vyhýbanie sa očakávaniam komunity alebo ťažkostiam pri ich napĺňaní môže viesť k rastu jednotlivca prostredníctvom neustáleho sebakpreskúmania, opätovnej motivácie zapojiť sa do učenia metódou pokusov a omylov a znovuzapojovania sa do procesu zmeny. Snaha o súlad s tým, čo komunita očakáva od účasti, tak núti klientov sledovať osobné ciele psychologického rastu a socializácie. Celý proces možno zhrnúť do vety: ak sa zúčastníš, zmeníš sa (De Leon, 2000). Na to, aby komunita ako metóda mohla fungovať, musí byť zasadená do určitého systému pravidiel, o ktorom pojednávam v kapitole 3 tejto práce.

2.1. Eklektický model TK

Aplikácia teórií, ktoré sú základom pre prax TK, je historicky skôr náhodná ako zámerná. Tvorcovia a praktici prvých TK si neurčili za cieľ vytvoriť teoretické modely o ľudskom správaní s ich následnou aplikáciou a testovaním prostredníctvom výskumu. Pôvodcovia TK v oblasti závislostí boli pragmatici, nie akademici. Mali dobré intuitívne pochopenie ľudského správania súvisiaceho so závislosťou. Hoci Dederich prejavil hlboký záujem o Emersonove východné myšlienky a použil prímies psychoanalytických a behavioristických myšlienok na rozpracovanie synanonských prístupov, prví praktizujúci TK sa väčšinou nezaujímal o hľadanie formálnych teórií, ktoré by mohli vysvetliť napríklad to, ako sa ľudia menia. Úlohou neskorších autorov sa stalo vymedziť teoretické východiská vysvetľujúce ako a prečo model TK funguje. Jedným z dôležitých poznatkov, ktorý sa prejavil, bolo

pochopenie sily skupiny ako komunity. Moderný teoretický základ TK možno označiť za eklektický, či transteoretický model, ktorý zahŕňa okrem iného psychoanalytické, behaviorálne a kognitívno-behaviorálne, humanistické, existenciálne teórie a teórie sociálneho učenia. Model TK nie je zviazaný žiadnej myšlienkovú škole či konkrétnej teoretickej orientácii (Avery & Kast, 2019).

Aj napriek odlišnostiam v teoretických východiskách jednotlivých zariadení Kalina (2008) hovorí o istej „jadrovej identite“ účinných faktorov, ktoré naprieč prepájajú všetky terapeutické komunity. Obnášajú princípy, ktoré sa podieľajú na liečebnom potenciáli TK a presahujú jednotlivé psychoterapeutické školy ako také. Teoreticky popísaných účinných faktorov je nespočet, no v zásade sa odohrávajú na úrovni jednotlivca a na úrovni skupiny, ktoré sú spolu zákonite v prostredí TK prepojené, súvisia spolu a dopĺňajú sa.

2.2. Účinné faktory na úrovni terapeutických smerov s využitím pre TK

Prochaska a Norcross (1999) vo svojom transteoretickom modeli účinných faktorov uvádzajú niekoľko dôležitých faktorov. Jedným z nich je pozitívna očakávaná, ktorá patrí k základným predpokladom úspešnej psychoterapeutickej liečby. Zjednodušene sa dá hovoriť o priamej úmernosti očakávania klienta od liečby a jej výsledkom, ktoré priamo súvisí s motiváciou ku zmene. Klientova anticipácia sa začína už pred vstupom do TK, postupom liečby sa vyvíja a vrcholí v zmene, alebo zlyhaní. Pozitívna očakávaná koreluje s Yalomovým faktorom nádeje, ktorú uvádza ako jeden z dôležitých faktorov pri skupinovej terapii (Yalom & Leszcz, 2005).

Ďalším faktorom je terapeutický vzťah, ktorý sa bežne označuje za najväčšieho nositeľa zmeny. Malo by ísť o pevné terapeutické spojenectvo medzi klientom a terapeutom, ktoré je prostredím zmeny zaisťujúce okrem iného podporu, prijatie, porozumenie a ohraničenie terapie. Dáva rámec psychoterapeutickému procesu, ktorý dáva priestor kontinuite, pocitu bezpečia, spoľahlivosti, či hraniciam voči okoliu (Prochaska & Norcross, 1999). Terapeutický tím komunity je multidisciplinárny, pracovníci majú rôzne formálne vzdelanie v kombinácii s rôznymi terapeutickými štýlmi. Klient je podporovaný v prinášaní svojich tém z individuálnych rozhovorov pred skupinu, s ktorou ich spoločne ďalej rozvíja. Od každého terapeuta v zariadení sa klientovi dostáva zvláštnej pozornosti, ktorá má za následok zmenu chovania, zvýšenie morálky a sebaúcty. Kalina (2008) v tejto súvislosti hovorí o

Hawthornovom efekte, kedy sa klient mení na základe vedomia, že je v prostredí TK neustále pozorovaný inými členmi komunity.

Zvyšovanie vedomia je ďalším zo spoločných účinných faktorov, kedy je klientovi zvedomovaný nevedomý obsah členmi komunity. Existujú rôzne cesty ako prekladať nevedomý obsah do pojmového a syntaktického slovníka naprieč terapeutickými smermi. Pozornosť sa kladie aj na výklad poruchy, ktorý pomáha klientovi s porozumením svojich symptómov (Kalina, 2008). Upozorňovanie na nevedomé procesy nie je len úlohou terapeutov, ostatní klienti môžu tiež prispievať k poukazovaniu na procesy, ktoré sa ich kolegom dejú bez toho, aby si ich uvedomovali.

Katarzia hrá rolu pri vyjadrovaní zablokovaných intenzívnych emócií. Ak klient dokáže preklenúť emočnú bariéru, vybijie energetický potenciál emócie, ktorá môže stáť za jeho symptomatológiou. Takéto zdieľanie s okolím môže viesť k prijatiu emócie ako niečoho prirodzeného a nemusí byť naďalej potlačované. Jemnejšou podobou je tzv. emočné uvoľnenie, kedy dochádza k uvoľneniu emócií v menšej intenzite, no väčšej frekvencii než je tomu pri katarzii. Klient dostáva príležitosť k ventilovaniu minulých traumatizujúcich skúseností, súčasných starostí, či konfliktov. Môže si dovoliť prejaviť ich navonok aj s príslušným emocionálnym doprovodom, pričom je podstatný zážitok prijatia terapeutom, skupinou, či sebou samým pri ich vyjadrení (Kalina, 2008).

2.3. Liečebné princípy therapeutickej komunity

Avery a Kast (2019) o modele TK píše, že má spoločné charakteristiky s Winnicottovou teóriou psychodynamického 'holding environment' a Bionovou teóriou 'holding and containing', kedy podporuje pocit bezpečia a dôvery potrebnej na sebaopoznávanie a poskytuje optimálnu frustráciu získavania uspokojenia a uvoľňovania vnútorného napätia. Tým umožňuje rastúcu schopnosť mentalizácie vlastných a cudzích kognitívno-emocionálnych stavov, kedy dochádza od odklonu od relatívnej alexitýmie pozorovanej u značnej časti klientov TK a rozvoj sebareflexie potrebnej k zmene doterajších maladaptívnych vzorcov správania.

V procese sociálneho učenia v TK zohrávajú veľmi dôležitú úlohu rovesníci (De Leon, 2001). Sú považovaní za "vzory", ktoré si dávajú navzájom správny príklad tým, že žijú podľa filozofie a hodnotového systému TK. Broekaert v tejto súvislosti opisuje liečbu v TK ako zintenzívnenú formu prestavby hodnotového systému, ktorá využíva princípy

terapeutického pôsobenia a sociálneho učenia a prispôsobuje ich potrebám drogovu závislej populácie. Pri procese zmeny sa na podporu využívajú medziľudské vzťahy v rámci programu aj mimo neho. Klienti sa môžu naučiť ako komunikovať s inými ľuďmi a nadväzovať s nimi vzťahy v bezpečnom prostredí. Taktiež práca s rodinou sa považuje za základný prvok TK a vynakladá sa úsilie na zapojenie rodinných príslušníkov a prípravu klientov na stretnutia s ich príbuznými (Broekaert, 2001).

Avery a Kast (2019) popísali sedem faktorov, ktoré považujú pri procese zmeny v TK za najdôležitejšie: zvyšovanie schopnosti zodpovedného konania klienta; poskytnutie pocitu sociálnej spolupatričnosti; produktívny vzorec poskytovaných a prijímaných korektívnych intervencií počas sociálneho učenia; zvýšenie identifikácie s abstinenciou; zmenu kognitívnej schémy smerom k "správne živu" založenému na modele TK; zvyšovanie mentálnej kapacity a sebareflexie; vzdelávaciu a profesijnú aktiváciu.

Z pohľadu De Leona je pre zotavenie okrem zmeny sociálnej a osobnej identity nevyhnutná aj zmena životného štýlu. Hlavným psychologickým cieľom liečby je teda snaha zmeniť negatívne vzorce myslenia, správania a cítenia, ktoré predurčujú jednotlivca k užívaniu drog, zatiaľ čo hlavným sociálnym cieľom je rozvíjať zručnosti, postoje a vstúpať hodnoty potrebné pre zodpovedný životný štýl bez drog. Stabilné zotavenie závisí od úspešnej integrácie týchto psychologických a sociálnych cieľov. Bez náhľadu je zmena správania nestabilná, bez prežitej skúsenosti však samotný náhľad nestačí. Zotavenie tiež závisí od pozitívneho aj negatívneho tlaku na zmenu. Niektorí ľudia môžu napríklad vyhľadať pomoc v dôsledku stresujúcich vonkajších vplyvov, iných môžu poháňať skôr vnútorné faktory. Pre všetkých však platí, že udržanie sa v programe TK vyžaduje neustálu vnútornú motiváciu k zmene. Preto sú niektoré prvky programu navrhnuté tak, aby buď udržiavali motiváciu klienta, alebo umožňovali včasné odhalenie signálov, ktoré by mohli viesť k predčasnemu ukončeniu liečby. K zmenám životného štýlu dochádza v sociálnom kontexte, ktorý je ďalším z dôležitých faktorov pri procese zmeny. Negatívne postoje či vzorce správania sa nezískavajú izolovane a ani sa nedajú izolovane zmierniť. Tento predpoklad implikuje, že komunita rovesníkov môže uľahčiť zotavenie. Sociálna zodpovednosť ako rola sa učí pôsobením v rámci vzájomných vzťahov medzi členmi komunity (DeLeon, 2001).

2.4. Účinné faktory skupinovej terapie

Ako už bolo niekoľkokrát v texte spomenuté, terapia sa v TK odohráva hlavne na úrovni skupinovej terapie. Nevšímal medzi účinné prvky skupinovej terapie radí sebaotváranie, zdieľanie, dávanie a prijímanie reflexií. Klient, ktorý dokáže v skupine otvorene diskutovať o svojich pocitoch a skúsenostiach, ktorý sa dokáže vidieť v správaní a skúsenostiach druhých, dokáže prijať a pochopiť spätnú väzbu od komunity, ak vie poskytnúť zmysluplné reflexie druhým, má veľkú nádej na trvalú a osobne prospešnú zmenu (Nevšímal et al., 2007).

Yalom (2005) vo svojej knihe Teória a prax skupinovej psychoterapie popisuje 11 faktorov, ktoré považuje za kľúčové pri účinnosti skupinovej terapie:

Vštepovanie nádeje: Všetci pacienti prichádzajú na terapiu s nádejou, že sa im podarí znížiť ich utrpenie a zlepšiť ich život. Keďže každý člen terapeutickkej skupiny sa nevyhnutne nachádza v inom bode na kontinuu zvládania svojej situácie a rastie iným tempom, sledovanie ostatných, ako sa úspešne vyrovnávajú s podobnými problémami a prekonávajú ich vzbudzuje nádej a inšpiráciu. Nových členov, alebo tých, ktorým sa v liečbe príliš nedarí, môžu povzbudiť najmä pozitívne výsledky ostatných.

Univerzálnosť: Častým pocitom členov skupinovej terapie, najmä keď si v skupine svoje miesto zo začiatku len hľadajú, je pocit izolovanosti a odlišnosti od ostatných. Mnohí, ktorí vstupujú do skupinovej terapie, majú problémy s udržiavaním medziľudských vzťahov a cítia sa nesympatickí či nemilovaní. Účasť v skupinovej terapii poskytuje protipól k týmto pocitom. Pre mnohých to môže byť prvýkrát, čo sa cítia naozaj pochopení a podobní ostatným. Obrovská úľava často sprevádza poznanie, že nie sú sami, čo je osobitný prínos skupinovej terapie.

Poskytovanie informácií: Podstatnou zložkou mnohých terapeutických skupín je zvyšovanie vedomostí a porozumenia členov o spoločnom probléme. Explicitné poučenie o povahe závislosti, či iných, pridružených, psychiatrických problémov je často kľúčovou súčasťou terapie. Väčšina pacientov opúšťa skupinu s oveľa väčšími vedomosťami o svojom špecifickom ochorení, než keď do nej vstupovali.

Altruizmus: Skupinová terapia ponúka svojim členom jedinečnú príležitosť pomáhať iným. Pacienti s psychiatrickými problémami sa často domnievajú, že majú len veľmi málo čo ponúknuť iným, pretože sami v živote potrebovali veľkú dávku pomoci, čo v nich môže

vyvolať pocit nedostatočnosti. Proces pomoci druhým je silným terapeutickým nástrojom, ktorý výrazne zvyšuje sebaúctu členov a pocit vlastnej hodnoty.

Korektívna rekapitulácia primárnej rodiny: Mnohí ľudia, ktorí vstupujú do skupinovej terapie, mali počas vyrastania problematický rodinný život. Skupina sa stáva náhradnou rodinou, ktorá sa podobá pôvodnej rodine. Podobne ako rodina, aj terapeutická skupina pozostáva z vedúceho (alebo vedúcich), authority, ktorý vyvoláva podobné pocity aké zúčastnení môžu cítiť voči rodičom. Ostatní členovia skupiny nahrádzajú súrodencov, súperia o pozornosť a náklonnosť vedúceho/rodiča a vytvárajú podskupiny a koalície s ostatnými členmi. Toto pretvorenie pôvodnej rodiny dáva členom možnosť korigovať dysfunkčné medziludské vzťahy spôsobom, ktorý môže mať silný terapeutický vplyv.

Zlepšenie sociálnych zručností: Členovia skupiny si navzájom poskytujú úprimnú spätnú väzbu o primeranosti správania jednotlivcov. Hoci môžu byť priamosť a úprimnosť bolestivé, poskytujú veľmi potrebnú korekciu správania, a tým zlepšenie vzťahov v skupine i mimo nej.

Napodobujúce správanie: Výskum ukazuje, že terapeuti majú silný vplyv na komunikačné vzorce členov skupiny tým, že modelujú určité správanie. Terapeuti napríklad modelujú aktívne načúvanie, poskytovanie nehodnotiacej spätnej väzby či poskytovanie podpory. Časom si členovia tieto spôsoby správania osvoja a začlenia ich do vlastného vzťahovania sa k ostatným. Tým získavajú čoraz pozitívnejšiu spätnú väzbu od ostatných, čo zvyšuje ich sebaúctu a emocionálny rast.

Medziludské učenie: Náš život charakterizujú intenzívne a pretrvávajúce vzťahy a veľká časť našej sebaúcty sa rozvíja prostredníctvom spätnej väzby a reflexie od dôležitých osôb v našom živote. Terapeutické skupiny poskytujú svojim členom príležitosť zlepšiť svoju schopnosť nadväzovať vzťahy s druhými a vďaka tomu žiť oveľa spokojnejší život.

Súdržnosť skupiny: Príslušnosť, prijatie a uznanie patria medzi najdôležitejšie a najuniverzálnejšie ľudské potreby. Zapadnutie medzi rovesníkov v detstve a dospievaní, prijatie do sesterstva alebo bratstva v mladosti a vstup do cirkvi alebo inej sociálnej skupiny v dospelosti - to všetko napĺňa tieto základné ľudské potreby. Mnohí ľudia s emocionálnymi problémami však nezažili úspech ako členovia skupiny. Skupinová terapia im môže po prvýkrát priniesť pocit, že sú skutočne prijatí a ocenení. To môže byť silným liečivým faktorom, pretože jednotlivci nahradia svoje pocity izolácie a oddelenosti pocitom spolupatričnosti.

Katarzia: je silný emocionálny zážitok, kedy dochádza k uvoľneniu vedomých alebo nevedomých pocitov, po ktorom nasleduje pocit veľkej úľavy. Katarzia je faktorom väčšiny terapií vrátane skupinovej terapie. Je to typ emocionálneho učenia, na rozdiel od intelektuálneho porozumenia, ktoré môže viesť k okamžitej a dlhotrvajúcej zmene. Hoci katarziu nemožno vynútiť, skupinové prostredie poskytuje členom dostatok príležitostí k týmto silným emocionálnym zážitkom.

Existenciálne faktory: sú dôležité témy v živote človeka. Adresujú sa témy smrteľnosti, izolácie, slobody a zmyslu života. Ich nejasné uchopenie môže viesť k úzkosti. Dôvera a otvorenosť, ktorá sa rozvíja medzi členmi terapeutickej skupiny umožňuje skúmať tieto základné otázky a môže pomôcť členom rozvinúť prijatie ťažkých skutočností.

3. Komunita ako systém - štruktúra liečby v rámci terapeutickkej komunity

Aby mohla komunita pre liečbu závislostí fungovať ako metóda, musí byť v širšom ponímaní vnímaná ako inštitúcia alebo systém, ktorý má istú štruktúru fungovania. Patrí sem fyzické prostredie komunity, sociálna organizácia, práca, terapia a vzdelávanie, pracovníci TK či fázy programu (Vanderplasschen et al., 2014). Komunitný systém je špecifický potieraním hraníc medzi personálom a klientmi v porovnaní so zdravotníckymi zariadeniami. Medzi klientami a pracovníkmi prebieha obojstranná komunikácia, klienti sa podieľajú na rozhodovaní, vzájomne si v liečbe pomáhajú, stavajú sa do role vzájomných poradcov. Nie sú teda len pasívnymi príjemcami terapie, stávajú sa aktívnymi účastníkmi spoločenstva, postupne preberajú kompetencie, povinnosti, ale aj výhody vyplývajúce z ich postupu hierarchiou spoločenstva. Významnými nástrojmi sú každodenné stretnutia personálu s klientami, na ktorých dochádza k vzájomnému informovaniu a transparentnému riešeniu vzniknutých situácií. Členovia personálu vedú ideálne zozadu a zasahujú len v prípade potreby (Kratochvíl, 1979).

Prostredie v ktorom sa liečba odohráva, reflektuje konzistenciu a predvídateľnosť, ktoré prispievajú k procesu zmeny obyvateľov. Plní funkciu izolovaného spoločenstva od vonkajšieho sveta, čo slúži k bezpečnosti jeho členov primárne pred prostredím spojeným s užívaním návykových látok. Prostredie dôvery a bezpečnosti v každom programe TK zabezpečujú základné pravidlá týkajúce sa absencie návykových látok, násillia a sexuálnych vzťahov. Dôležitou súčasťou je pevne daný časový harmonogram dňa (De Leon, 2000). Z fyzického prostredia k základným prvkom patrí dostatočne veľká miestnosť na komunitné stretnutia, kde môžu všetci sedieť tak, aby sa navzájom videli a počuli, konzultačné miestnosti na individuálne rozhovory, spoločná jedáleň, ubytovacie jednotky, priestory pre vykonávanie pracovnej terapie a ďalšie priestory dôležité pre chod komunitného spoločenstva (Adameček et al., 2021).

3.1. Pravidlá, sankcie a odmeny

Stanovenie a dodržiavanie funkčných pravidiel je nevyhnutné pre kvalitné fungovanie TK. Tvoria základný stavebný kameň každej terapeutickkej komunity, pričom väčšina komunit má súbor základných pravidiel, ktoré sa od seba príliš nelíšia, ako aj súbor

postupov špecifických pre jednotlivé komunity. Tie závisia predovšetkým od vnútornej filozofie každého spoločenstva. Klienti sa môžu podieľať na formulovaní pravidiel týkajúcich sa ich každodenného života v komunite (Nevšímal et al., 2007).

Existuje niekoľko druhov pravidiel, ktoré sú koncipované v súlade s liečebným procesom TK. Všetkým pravidlám sú nadradené takzvané metapravidlá zabezpečujúce prežitie, stabilitu, pružnosť a sebakontrolu TK. Súbor pravidiel zaisťujúcich bezpečné prostredie pre klientov je označovaný názvom „kardinálne pravidlá“ a týka sa predovšetkým zákazu užívania návykových látok, užívania verbálneho a fyzického násilia, krádeže, sexuálnych vzťahov či princíp kedy sa jednotlivec podriaďuje rozhodnutiu spoločenstva. Porušenie kardinálnych pravidiel zvyčajne znamená vylúčenie z komunity z disciplinárnych dôvodov (Kalina, 2008). Personál TK aktívne zisťuje dodržiavanie pravidiel prítomnosti psychoaktívnych látok a intoxikovaných osôb prostredníctvom pravidelných a náhodných toxikologických testov, ktoré sa vykonávajú s cieľom zachovať dôstojnosť klientov (Adameček et al., 2021).

Ďalšie pravidlá zaisťujúce bezpečie jednotlivca a skupiny sú právo povedať „stop“, dôvernosc osobných údajov, či zachovanie tajomstva. Pravidlá o usporiadaní času určujú rozvrh dňa, týždňa a celkovej štruktúry pobytu klienta. Existujú pravidlá skupinovej terapie, tzv. „desatoro“ ktorých dodržiavanie facilituje vzorce žiadúceho a nežiadúceho správania a komunikácie, dôležité pre maximálne vyťaženie z pobytu v TK.

Pravidlá o moci a zodpovednosti stanovujú princípy kolektívneho rozhodovania. Patria k nim právo veta personálu, nakladanie so zodpovednosťou a právomocami či systém sankcií. Pravidlá prevádzky zariadenia sa vzťahujú k operačným zásadám pre jednotlivé aktivity. Pre každú TK tiež existujú určité zvyklosti, alebo miestne tradície zahŕňajúce nepísané normy toho, „ako sa čo v komunite robí“ (Kalina, 2008). Pravidiel je za ideálnych podmienok nevelký počet, sú všetkým jasné, zrozumiteľné a zrozumiteľným je aj spôsob ich dodržiavania a vymáhania (Koonyman, 1993).

Ak klienti porušia dohodnuté pravidlo, môžu čeliť disciplinárnym aktom v podobe sankcie - odpracovanie určitého počtu minút pre TK v osobnom voľne, písanie elaborátu na danú tému, napomenutie, zosadenie do nižšej fázy liečby či (podmienečné) vylúčenie. Je dôležité, aby vymáhanie pravidiel malo za cieľ učiť, nie trestať, hoci na prvý pohľad následok, ktorý sa od osoby vyžaduje, má prvok trestu (Perfas, 2019). Je dôležité nezabúdať na odmeny a pozitívne hodnoty, ktoré sú nevyhnutné pre sociálne učenie aj

osobnostný rast. Medzi hodnoty patria pojmy ako pravda a česťnosť v slovách aj skutkoch, silná pracovná etika, pocit zodpovednosti za iných, pocit úspechu a toho, že všetky odmeny boli zaslúžené, sebestačnosť, osobná zodpovednosť, zapojenie sa do komunity a spoločenské správanie. Hodnoty "správneho života" sa neustále posilňujú rôznymi neformálnymi a formálnymi spôsobmi (napr. nápisy, semináre, odmeny a ocenenia v skupinách a na stretnutiach komunity) (De Leon, 2000).

3.2. Fázy liečby

Fázy liečby odrážajú postup klienta v liečbe, ktorú rozdeľujú na menšie časové úseky. Pre jednotlivé fázy je možné formulovať jasné ciele liečby a po ich dosiahnutí je klientovi umožnený prechod do vyššej fázy. Sú usporiadané hierarchicky, každá poskytuje určité privilégiá, práva a povinnosti. Ako klient postupuje jednotlivými fázami, nároky na zodpovednosť sa zvyšujú. Klienti vo vyšších fázach majú v rámci komunity väčšiu zodpovednosť, podieľajú sa na spoluriadení chodu zariadenia a sú vzorom pre služobne mladších klientov. Fázy sú nástrojom hodnotenia a sebahodnotenia, stabilizujú výkyvy v motivácii a slúžia ako orientácia v náročnom liečebnom procese. Jednotlivé fázy poskytujú mantinely, štruktúru a poriadok (Kalina, 2008). Možno v nich rozoznať niekoľko štádií, pokiaľ ide o internalizáciu zmien zo strany klientov, ktoré sa vyvíjajú od podriadenosti cez konformitu a záväzok k integrácii, čo nakoniec vedie ku skutočnej zmene identity (De Leon, 2000).

Program TK zvyčajne pozostáva zo štyroch fáz: nultá fáza sa označuje ako vstupná, klient sa snaží zorientovať v prostredí a pravidlách TK a rozhoduje sa, či v liečbe zostať. Prvá fáza je charakteristická prijímaním života v komunite, klienti sa zaoberajú sami sebou, snažia sa odhaliť podstatu svojej závislosti, spoločne s prideleným terapeutom (garantom) tvoria individuálny plán liečby. V druhej a zároveň najdlhšej fáze liečby klienti preberajú zodpovednosť za seba, svoje rozhodnutia, za ostatných a chod komunity. Pôsobia ako vzor, idú príkladom ostatným členom TK, dodržiavajú pravidlá, plnia najzodpovednejšie funkcie, obnovujú vzťahy s rodinou, chodia na výjazdy mimo TK. Tretia fáza spočíva v osamostatňovaní sa a odpájaní od komunity. Klienti pracujú mimo TK, majú veľkú voľnosť v programe, pripravujú sa na život mimo komunitu, ktorú opúšťajú (Nevšímal et al., 2007).

Čas strávený v každej z fáz a v celom programe však nemusí nevyhnutne odrážať klinický pokrok jednotlivca. Fáza liečby nemusí naznačovať stupeň internalizácie zmien, keďže

adaptovať sa na program TK môže byť pre niekoho jednoduchou úlohou bez výraznej vnútornej zmeny. Náročný postup fázami tiež nemusí svedčať o neúčinnosti liečby. Pre klientov bojujúcimi s pravidlami a štruktúrou môže ísť o náročnejší proces, ktorý nemusí nevyhnutne reflektovať stupeň internalizácie liečebného procesu a osobnostnej zmeny klienta (Nevšímal et al., 2007).

3.3. Rituály, symbolika a zvyky

Rituály v komunite sa dajú charakterizovať ako ceremoniálne úkony s vlastnými pravidlami a významom. Uspokojujú potreby jednotlivca po emocionálnom zážitku a spiritualite, sú spojené s tradíciami konkrétnej komunity, dávajú jednotlivcovi možnosť identifikovať sa s touto komunitou, upevňujú spoločenstvo, pomáhajú jednotlivcovi prekonať náročné životné situácie, prinášajú do spoločenstva sebaapresahujúci zmysel vo vzťahu k tradícii, prírode či kozmu a v neposlednej rade umožňujú jednotlivcovi zaradenie sa do spoločenstva a stotožnenie sa s ním (Kalina, 2008).

V TK sa rituály a symbolika spojená s nimi užíva vo veľkej miere. Kruh, v ktorom sa odohrávajú spoločné sedenia symbolizuje jednotu, umožňuje jednotlivým členom vidieť na seba, vnímať sa. Mnoho komunít využíva kruh, v ktorom sa členovia držia za ruky, či ramená, ako symbolické prepojenie, ktoré skupine umožňuje precítiť súdržnosť a súnáležitosť, zvyšuje kohéziu skupiny. Využíva sa pri zahájeniach komunitných stretnutí, prípadne je súčasťou postupových alebo iných rituálov (Kalina, 2008). Svoju symbolickú úlohu v TK zohráva oheň. Jednak v podobe ohniska, ktoré je spojené s rituálmi, zvykmi spojenými s jeho udržiavaním, neformálnou otvorenosťou, súnáležitosťou či pocitom tepla a bezpečia. Využíva sa aj plameň sviečky, ktorá je symbolom svetla, nádeje, individuálnosti duše, zachovania kontinuity. Ďalším príkladom symboliky je komunitný stôl, kde členovia spoločne stolujú pri jedle, opäť pre pripomenutie súnáležitosti a jednoty (Becker, 2002). Niektoré komunity začínajú z rovnakého dôvodu deň spevom piesne, či odriekavaním zásad liečby, či hesiel tej ktorej komunity. Zvykom býva aj pranie si dobrej noci pred spaním (Kratochvíl, 1979).

Medzi tri hlavné druhy rituálov v TK patria: prijímacie rituály, kde dostáva nový člen príležitosť zaradiť sa do skupiny obradným spôsobom a skupina môže člena medzi seba prijať. Často býva spojený s pripomenutím hodnôt zásad a tradícií danej TK, vzájomným predstavením sa, či symbolickým bojom o vstup do skupiny. Druhým typom sú etapové

rituály, pri ktorých sa stvrďuje prechod z nižšej fázy do vyššej, zvyčajne im predchádza oficiálna žiadosť k prestupu a hlasovanie členov o jeho uskutočnení. Tretím typom je ukončovací rituál, spojený s odchodom člena po riadnom ukončení programu TK. Ide o vyvrcholenie klientovho pobytu, kedy na symbolickej úrovni zaniká jeho staré ja a zrodí sa nové. Ukončovacie rituály preto často pracujú so symbolikou smrti a znovuzrodenia. Pre všetkých členov komunity sa často jedná o veľmi emočný a intenzívny zážitok.

Ako „veľký prechodový rituál“ sa dá chápať aj samotný pobyt v TK, slúžiaci pre začleňovania jej členov do širšej spoločnosti, od života v závislosti k životu v abstinencii. Pri slávení sviatkov v TK dochádza ku korektívnej skúsenosti a k osvojovaniu pozitívnych vzorcov pri ich oslavách (Kalina, 2008). Dôležitou súčasťou zažívania rituálov v TK sú tiež sviatky ako Veľká noc, Dušičky či Vianoce, ktoré sú obzvlášť dôležité, keďže mnoho z klientov k nim nemá dobrý vzťah a má ich slávenie spojené s početnými negatívnymi skúsenosťami, odporom, či s užívaním návykových látok.

4. Druhy terapie v prostredí TK

Väčšina aktivít je v TK kolektívneho charakteru s ich cieľom posilniť zmysel pre komunitu. Môže sa jednať o neformálne a neplánované aktivity v akomkoľvek prostredí, ale aj o formálne, plánované a pravidelne sa opakujúce stretnutia na konkrétnych miestach (De Leon, 2004). Hlavným nástrojom pre zmenu sú modelové situácie v skupine slúžiace pre projekciu a korekciu maladaptívnych interpersonálnych stereotypov s následným nácvikom korektívnych foriem chovania. Komunita ideálne ponúka varietu možností, kde sa v týchto situáciách klient môže nachádzať pomocou dostatočnej rôznorodosti jej programu. Klient dostáva príležitosť projikovať konflikty a problémy svojho bežného života do vzťahov a situácií ktorým čelí v komunite. Tie následne tvoria dôležitý materiál pre terapeutickú prácu, kde si klient osvojuje svoj podiel zodpovednosti za ich vznik či zotrvávanie v nich. V TK klient dostáva okrem ich nahliadnutia príležitosť vytvárať a nacvičovať účinnejšie vzorce správania a sledovať ich spoločenský dopad (Kratochvíl, 1979). Typickým účelom stretnutí v TK je posilniť zmysel pre komunitu účastníkov. Každé stretnutie má jedinečný formát a špecifické ciele (De Leon, 2004). Jednotlivé príklady sú uvedené nižšie.

4.1. Komunitné stretnutia

Komunitné stretnutia sú kľúčovým identifikačným znakom TK. Odohrávajú sa vždy na jednom mieste, stretávajú sa na nich klienti a prítomný personál a spoločne preberajú, čo sa za posledný deň v komunite stalo. Oslovujú akúkoľvek situáciu, či problém, prijímajú spoločné rozhodnutia (Jones, 1953). Ich funkciou má byť zaistenie zdieľania informácií, kedy sa všetci prítomní môžu dozvedieť o plánoch, či zážitkoch jednotlivca z predchádzajúceho dňa. Majú vytvárať pocit súdržnosti, kedy si členovia pri zdieľaní svojich obáv, nádejí, pokrokov či zlyhaní dávajú vzájomnú spätnú väzbu, či vyjadrenie podpory. Pri poskytovaní spätnej väzby majú klienti príležitosť učiť sa jeden od druhého, načúvať si, získavať dôležité postrehy o vlastnom pôsobení na druhých, učiť sa oslovovať konfliktné situácie bezpečným spôsobom. Spoločné stretnutia tiež učia transparentnému procesu rozhodovania, kedy sa pri rozhodovaní berie do úvahy názor všetkých členov komunity a každý má príležitosť byť pri rozhodovaní prítomný. Odstraňuje sa pri tom pocit bezmocnosti, kedy môžu mať klienti pocit, že sa o nich rozhoduje za zavretými dverami

a na výsledok nemajú žiadny dosah, ako to býva v spoločenstvách, kde sa výsledky rozhodovania posielajú zvrchu nadol. Komunitné stretnutia sú tiež nástrojom, pre vytvorenie tlaku vyvíjaného na jedinca, ktorý sa v spoločenstve správa rušivo, neprimerane či ohrozujúco. Tento tlak môže mať podobu nabádania, upozorňovania či podmieneného prepustenia (Kennard, 1998). Spätnej väzbe na týchto stretnutiach sa nevyhne ani personál, ktorý je povinný sa pripomienkami zaoberať a opodstatnenú časť z nich musí vedieť aj prijať, nesmie reagovať len bránením sa, polemikou, či vysvetľovaním (Kratochvíl, 1979).

4.2. Skupinová terapia

Skupinová terapia je jednou z najúčinnějších terapeutických techník v TK. Na zlepšenie vzťahov a interakcií využíva skupinovú dynamiku. Môže pomôcť ľuďom pochopiť ich postoje a zmeniť ich maladaptívne správanie, zlepšiť ich znalosti o medziľudských procesoch a podporiť ich osobnostný rast a rozvoj (Kratochvíl, 1979). Intervencie sa zameriavajú na pochopenie vlastného chovania, prežívania a motivácie s cieľom posilniť sebaúctu, sebahodnotu a prevzatie zodpovednosti za svoje činy so zvyšujúcou sa mierou spoluzodpovednosti za skupinový proces (Adameček et al., 2021). Skupinový proces je o to otvorenejší a efektívnejší, keď všetci v skupine majú vedomosť aj o tom, čo sa deje mimo skupinovú terapiu, pri ktorej sa klient môže vykresľovať v krajšom svetle odlišnom od reality. Kritika je založená na skutočnom správaní a tieto poznatky sú členom ľahko dostupné zo vzájomných dennodenných interakcií. Zameranie skupiny na "tu a teraz" je dôležité pre celú komunitu ako celok, pretože sa skupina často zameriava na pomenovanie udalostí a skutočností, ktoré sú pozorovateľné v bežnom živote komunity. Skutočnosť, že klienti spolu žijú a spolupracujú počas bežného dňa, má tendenciu znižovať konvenčné sociálne zábrany a podporuje otvorenosť skupinového procesu. Skupiny sú často emocionálne a zapojenie klientov a terapeutov je zvyčajne vysoké. Spoločný život klientov a terapeutov však môže niekedy brzdiť otvorenosť skupiny, keď klienti musia viac brať do úvahy svoje bezprostredné záujmy pri uspokojovaní vzťahov s ostatnými (Nevšímal et al., 2007).

4.3. Individuálna terapia

Podľa Kalinu (2008) sa v odborne vedených komunitách vedie stále väčší dôraz na súbežnú individuálnu terapiu, ktorá má aspoň podporný či poradenský ráz. Do komunity bola zavedená postupne z dôvodov individuálneho monitorovania klientov, jednoduchšieho nahliadnutia citlivých tém na individuálnom sedení, podporu intimity terapeutického vzťahu a tlaku na skrátenie liečby (Nevšímal et al., 2007).

Od roku 2001 v ČR stanovili „Standardy služieb pro uživatele drog“ individuálnu terapiu ako nutnú, vytvorili inštitúciu „garanta“, ktorý je osobným terapeutom klienta počas liečby v TK. Spoločne s klientom vytvára individuálny plán liečby, spolupracuje s ním minimálne raz za 14 dní, pracuje s denníkom klienta. Garant býva spravidla pridelený na celé trvanie liečby, klientovi pomáha s orientáciou v liečbe a jej prioritách, má prehľad o potrebných aspektoch procesu zmeny klienta, v prípade potreby má na starosti rodinnú terapiu, referuje o klientovi na tímových stretnutiach a „garantuje“ kvalitu liečebného procesu. V niektorých komunitách s intenzívnejšou činnosťou poskytuje garant aj komplexnejšie individuálne poradenstvo pripomínajúce psychoterapiu. Garant sa stáva hlavnou osobou blízkou klientovi v komunite a pomáha mu s emocionálnym mapovaním a porozumením, hľadá intrapsychické konflikty a psychodynamické súvislosti, pomáha pri ich riešení počas rodinnej terapie, poskytuje klientovi prijatie a bezpečnú podporu v komunitnom prostredí a vonkajšom svete, pomáha pri hľadaní podobnosti s ostatnými či ponúka možné riešenia problémov. Napomáha s uvedomením obrán a s nachádzaním pozitívnejších spôsobov riešenia vnútorných konfliktov. Pre informovanosť ostatných klientov a zvyšku tímu o klientovom procese sa spravidla prinesie priebeh individuálneho stretnutia pri najbližšej možnej príležitosti pred celou komunitou v prijateľnej forme pre klienta počas komunitného stretnutia (Nevšímal et al., 2007).

4.4. Pracovná terapia

Pracovné aktivity sú podstatnou súčasťou liečby TK a proces práce, ktorý vedie k osobnému rastu, je dôležitejší ako realizované materiálne výsledky. Táto štruktúra sa odráža v každodennej rutine a organizácii jednotlivých pracovných oddelení (napr. kuchyňa, starostlivosť o zvieratá či záhradu, technické oddelenie), z ktorých každé má svoju vlastnú vnútornú hierarchiu. Obyvatelia prechádzajú od malej alebo žiadnej zodpovednosti

k tomu, aby sa stali vedúcimi oddelení alebo dokonca koordinátormi TK (De Leon, 2000). Klientom sú pridelené jasne definované funkcie s príslušnými právomocami a zodpovednosťami, dielo má mať jasný a viditeľný význam, má byť realistické (Adameček a kol., 2003). Pracovná terapia zaisťuje osvojenie či obnovenie pracovných návykov, ktoré sú nápomocné pri následnom začleňovaní klienta naspäť do spoločnosti, posilňuje hodnoty komunity, sebaúctu, interpersonálne schopnosti a sociálnu zodpovednosť klienta (Kalina, 2008).

4.5. Práca s rodinou klienta

S témou rodiny sa v TK pracuje nielen spôsobom spracovávaní symbolického rodinného materiálu v skupinovej, či individuálnej terapii, ale aj priamou prácou na zlepšení momentálnych vzťahov s členmi pôvodnej rodiny, ktoré sa počas pobytu v TK dajú ovplyvniť (Koonyman, 1993). Rodina je do procesu liečby zaradená ako potenciálny zdroj podpory a nie je striktno vnímaná len ako patogénny činiteľ vinný za klientovu závislosť, ako tomu bývalo v minulosti (Kalina, 2008). Zapojenie rodiny do terapie zlepšuje liečebné výsledky klienta a zvyšuje jeho schopnosť zotrvať v liečebnom programe TK (Podmajerský & Pillinger, 2001), upravuje prostredie do ktorého sa klient po liečbe vracia tak, aby bolo priaznivé pre následnú abstinenciu a zabraňuje prenosu škodlivých vzorcov správania na ďalšie generácie v rodine (Skála, 1987).

Služba sa snaží poskytovať poradenstvo pre rodinných príslušníkov a blízkych, ako aj rodinnú terapiu, kedykoľvek je to možné. Zohľadňuje individuálne podmienky klienta s cieľom zorientovať ho v problematike závislosti a jej liečby, poskytnúť emocionálnu a sociálnu podporu, mobilizovať zrelé vzorce správania a podporiť zdravé fungovanie rodiny (Adameček et al., 2021). Niektoré TK uzatvárajú s rodinou klienta pri jeho nástupe kontrakt o účasti rodiny na liečbe formou dochádzania na individuálne, či skupinové sedenia v TK, účastnenia sa skupín pre rodinných príslušníkov alebo inou formou prezenčného kontaktu rodiny s prostredím TK. Pracuje sa na ujasnení cieľa abstinencie klienta po výstupe z TK (čo nemusí byť pre rodinu samozrejmosťou), pocitoch zlyhania, hnevu, viny či vzájomného obviňovania. Obe strany pracujú na zvýšení vlastných kompetencií pri rizikovitom jednaní druhej strany, nastavujú pravidlá ďalšieho kontaktu po liečbe (Kalina, 2008). Pokúšať sa o uplatnenie rodinnej terapie nemá cenu v prípade, že zúčastnení popierajú prítomnosť

problému v rodine, ak prichádzajú z donútenia, či nikto z rodiny si nepraje, aby prišlo k zmene v rodinnom systéme (Carpenter & Treacher, 1989).

Súčasťou práce s rodinou je aj opúšťanie TK (tzv. výjazdy), kedy klient vstupuje do bežného života mimo TK, kde upevňuje a aplikuje novonaučené vzorce správania, morálne hodnoty a normy. Snaží sa o zvládanie situácií aj s rizikom zlyhania, či relapsu. Do TK sa následne vracia a prináša nadobudnuté skúsenosti a témy naspäť do terapeutického procesu.

4.6. Sociálne poradenstvo

Účelom sociálneho poradenstva je minimalizovať riziká a posilniť schopnosti klienta v sociálno-právnej oblasti – to zahŕňa získanie zamestnania, finančnú gramotnosť a riadenie dlhov. Okrem toho táto služba poskytuje pomoc tým, ktorí potrebujú komunikovať s úradmi za účelom ochrany práv klienta (Adameček et al., 2021). Súčasťou tímu býva sociálny pracovník, ktorého náplňou práce je najmä alebo výlučne sociálna práca. Nepodieľa sa priamo na iných terapeutických aktivitách a jeho úlohou je pracovať na sociálnej situácii klientov a spoločne s nimi definovať konkrétne problémy a kroky ich riešenia. Profesionalita sociálneho pracovníka je jednoznačnou výhodou, kedy má vďaka svojim rozsiahlym vedomostiam k dispozícii oveľa viac nástrojov na riešenie daných problémov klientov než iní členovia tímu. Postavenie sociálneho pracovníka v tíme mu dáva možnosť riešiť sociálne problémy aj vtedy, keď je terapeutický proces zameraný na iný problém. Proces sa tak stáva účinnejším a nestagnuje (Nevšímal et al., 2007).

4.7. Socioterapia

Socioterapeutické aktivity sú zamerané na získanie korektívnych skúseností, zručností a návykov v oblasti práce, sociálneho kontaktu a voľného času vo forme neformálnych interakcií v rôznych situáciách. Patria medzi ne športové, kultúrne či spoločenské aktivity, ale aj výjazdy mimo TK. Klientom poskytujú pozitívne skúsenosti, ale aj frustrácie, konflikty a množstvo iného materiálu pre následnú skupinovú prácu. Klienti vďaka nim rozvíjajú svoje záujmy a možnosti trávenia voľného času po absolvovaní liečby. Pomáhajú klientom prinavrátiť pocit niektorých prirodzených zdrojov šťastia, napríklad zo spoločenských kontaktov, relaxu, športu a podobne (Nevšímal et al., 2007).

4.8. Závažové akcie / terapia dobrodružstvom

Závažové akcie tvoria tradičnú zložku programu v českých komunitách. Sú súčasťou procesu integrácie klientov do komunity a pomáhajú im vytvoriť si k nej pevnejšie väzby. Zvyčajne sa realizujú prostredníctvom viacdňových športových výletov poznávacieho charakteru, pričom úroveň fyzickej intenzity a obsahu závisí od osobnosti alebo tradície jednotlivých komunit alebo od angažovanosti vedúceho programu. Komunity v ČR zvyčajne organizujú viacdenné podujatia zamerané na turistiku, cyklistiku, horolezectvo, člnkovanie a lyžovanie. Na organizovaní týchto podujatí sa podieľajú terapeuti alebo klienti v pokročilejšej fáze liečby. Klienti sa počas týchto akcií učia tráviť voľný čas konštruktívne, zabávajú sa bez drog, preberajú zodpovednosť a sú nápomocní druhým. Klienti pri nich získavajú hlbšie pochopenie seba a druhých, zároveň nachádzajú svoje vlastné hranice a limity. Ide o odvetvie zážitkovej pedagogiky, ktoré sa zameriava na terapeutické aplikácie aktivít v prírode (Richterová et al., 2015). Považuje sa za jednu z foriem kinezioterapie, ktorá je novovznikajúcou oblasťou terapie s aktívne vykonávaným zámerným pohybom na somatopsychické ovplyvňovanie jedinca, jeho psychické pochody, stavy, jeho osobnosť a jeho vzťahy (Kirchner & Hátlová, 2011). Terapia je zameraná na zážitky klientov vo voľnej prírode spojené s pocitom dobrodružstva či nebezpečenstva, s nájdením a potvrdzovaním si miesta v skupine a s objavovaním niečoho nového (Richterová et al, 2015).

4.9. Genderové skupiny

Prebiehajú formou oddelených skupín, kde muži a ženy riešia témy spojené s ich genderovou identitou a z nej vyplývajúcich špecifických tém, ktorým tu klienti môžu lepšie porozumieť. V oddelených skupinách dostávajú príležitosť k citlivej reflexii intímnych, či traumatických tém v bezpečnom prostredí, predchádza sa ich erotizácií, prenosovým procesom či hanbe aktérov. Následne svoju skúsenosť môžu zdieľať v spojenej skupine, kde dochádza ku korekcii negatívnych vzorcov správania medzi mužmi a ženami, dochádza k prekonávaniu stereotypov postojov a vnímania. Mužskú skupinu vedie terapeut, ženskú terapeutka, pri spojenej skupine sú prítomní obaja (Kalina, 2008). Skupiny tiež brzdia vznik erotických dvojíc v komunite (Kooyman, De Leon & Nevšímal, 2004). Častými témami ženských skupín sú tehotenstvo a potraty; stigmatizácia a pocit viny skrz užívanie drog v roli matky; partnerské a rodinné vzťahy a zodpovednosti; prostitúcia a rizikové chovanie;

traumy násilia a zneužívania; problémy s duševným zdravím; životné a rodinné cykly. U mužov je to absencia pozitívnych mužských vzorov; strach a neistota z intimity a sexuality; neochota pripustiť sexuálne zneužívanie a hovoriť o ňom; vzťah k autoritám; agresivita, dominancia, súperivosť či „machizmus“; náročnosť emočného vyjadrovania a s ním spojená zraniteľnosť (Kooneyman, 1993).

5. Výskumná časť

Nasledujúcej časť popisuje metodologický postup, ktorý bol využitý pri výskume pre potreby tejto diplomovej práce.

5.1. Cieľ práce a výskumná otázka

Práca si kladie za cieľ **determinovať témy, ktoré sú pre závislých klientov v prostredí terapeutickkej komunity (TK) kľúčové pri ich procese úzdravy počas pobytu v zariadení.** Hlavná výskumná otázka má preto nasledovnú formuláciu:

- Aké témy sú pre klienta terapeutickkej komunity zásadné počas procesu liečby?

Zaujímajú nás tiež dopĺňajúce otázky, ktoré znejú nasledovne:

1. Aké témy týkajúce sa problematiky závislosti sa u klientov TK najčastejšie objavujú?
2. Aké témy týkajúce sa chodu TK sú v procese liečby dôležité?
3. Aké témy vzťahujúce sa k osobnosti klienta sa u klientov TK objavujú najčastejšie?
4. Aké témy týkajúce sa vzťahovania klientov k okoliu sa v procese liečby často objavujú?

Výskumné otázky, ktoré si kladie IPA (metóda analýzy, ktorú v práci používam), sú zamerané na vnímanie a prežívanie určitej situácie jednotlivcom či skupinou, s ktorými sú konfrontovaní a spôsobom, akým tejto skúsenosti prisudzujú zmysel. Jej cieľom je explorať, avšak neobjasňovať a preto sa zameriava skôr na proces, než na výsledok. Zaujímajú ju skôr význam, než konkrétne príčiny a dôsledky udalostí. Býva formulovaná otvorene, pretože sa zaoberá výhradne skúsenosťou či porozumením určitému fenoménu. V perspektíve IPA nie je nutné výskumnú otázku priveľmi zužovať. Čo vnímajú oslovení účastníci za dôležité, sa ukáže v priebehu analýzy (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

5.2. Metóda

Práca skúma kľúčové témy pre proces úzdravy vyplývajúce z potrieb závislých klientov v prostredí terapeutickkej komunity. Pre splnenie tohto cieľa som je zvolený kvalitatívny výskum. Ako materiál pre analýzu poslúžili tri prípadové štúdie. Kvalitatívny prístup opisuje

realitu ako jedinečný, neopakovateľný a dynamický systém, čo umožňuje získať informácie, ktoré interpretujú realitu do hĺbky (Miovský, 2006). V kvalitatívnom výskume je skúmaný jav stále v procese vývoja, a preto je nevyhnutné ho pozorovať a reflektovať, čo sprevádzajú princípy procesualnosti a dynamiky (Strauss, Corbinová, 1999).

Hendl (2008) pojednáva o tom, že najväčšou výhodou kvalitatívneho prístupu je hĺbkový opis skúmaných javov a naopak, nevýhody vidí v nemožnosti zovšeobecniť získané výsledky na rôzne populácie alebo prostredia spolu s vplyvom osobných preferencií výskumníka na výsledky.

V rámci kvalitatívnych výskumov je najviac využívanou metódou interview. V prezentovanej štúdií boli použité zápisy zo skupín a záznamy z dvoch fokusných skupín. Samotnú tvorbu dát detailnejšie približuje nasledujúca kapitola tejto práce.

Na analýzu vykonaných rozhovorov bola zvolená interpretatívna fenomenologická analýza (IPA). Tá si za cieľ kladie porozumenie žitej skúsenosti človeka a detailne preskúmava, ako jej jednotliviec vytvára a prisudzuje význam. Umožňuje porozumieť jednotlivým udalostiam alebo celkovému procesu, tiež označovanému ako fenomén. Zaujíma sa o skúsenosti určitého človeka v určitých podmienkach a o jeho proces prisudzovania významu týmto skúsenostiam. Preskúmava, akým spôsobom je svet zažívaný týmto človekom v konkrétnom čase a kontexte. IPA je využívaná v prípadoch, kedy je skúmanou vzorkou neobvyklá skupina ľudí alebo skúmaný neobvyklý fenomén, čo je v prípade tohto výskumu namieste. Interpretatívne fenomenologická analýza sa od čisto fenomenologického prístupu líši tým, že vníma výskumníkove prekonceptie za žiadúce a necháva priestor výskumníkovej subjektivite. Považuje ich za potrebné k tomu, aby bol výskumník schopný sformulovať, aký význam pre participanta jeho skúsenosť má. Skúsenosť so zážitkom je teda v rámci analýzy konštruovaná ako výsledok spoločného zdieľania výskumníka a participanta (Řiháček, Čermák & Hytych 2013).

5.3. Procedúra výskumu

Výskum bol realizovaný v rozpätí januára až marca roku 2023. Pre splnenie vytýčeného cieľa je použitá analýza dát, ktorých obsah tvoria tri časti – fokusové skupina s klientmi, terapeutmi a analýza interných dokumentov. Dáta sú zbierané z troch rôznych zdrojov pre naplnenie triangulácie dát. Dáta sú pre účely práce anonymizované.

Prvá časť výskumných materiálov **(A)** bola zozbieraná na fokusnej skupine, ktorá sa odohrala 26.1.2023 v rámci bežného programu terapeutickkej komunity, ktorej sa zúčastnilo 12 klientov s trvaním 1,5 hodiny. Jej zámerom bolo vytýčiť témy, ktoré klienti považujú za dôležité pre ich proces úzdravy v TK. Na rannej komunite boli klientom zadané nasledujúce 3 otázky, nad ktorými mali možnosť uvažovať do realizácie poobednej skupiny:

1) Ktoré témy zatiaľ považuješ pre svoj proces úzdravy v TK za najdôležitejšie?

2) Ktoré témy považuješ za dôležité, ale ešte si nemal odvalu či vôľu ich v TK osloviť?

3) Existujú v rámci Tvojho procesu úzdravy v TK otázky, na ktoré by si potreboval odpoveď?

Zo skupiny bol zhotovený audiozáznam s jeho doslovným prepisom. Počas skupiny vzniklo 123 kartičiek s rôznymi témami, ktoré klienti počas skupiny vytvárali a pripínali na tabuľu, pred ktorou sedeli v polkruhu. Ku každej karte pripojili slovný komentár, ktorý objasňoval jej význam. Opakovanému prinášaniu rovnakých tém sme sa snažili vyhnúť, každý z klientov počul a videl, aká téma už bola na tabuľu umiestnená jeho kolegami.

Druhú časť výskumných materiálov **(B)** bola zozbieraná na fokusnej skupine s trvaním 1 hodiny, ktorej sa zúčastnilo 8 pracovníkov v rámci pravidelnej tímovej konferencie pracovníkov TK, s konaním 7.3.2023. Zámerom skupiny bolo vytýčenie tém, ktoré v procese považujú za najdôležitejšie oni. Prebehla obdobne ako predošlá skupina, pracovníci prinášali témy spolu s objasňujúcim komentárom. Od tvorby kartičiek bolo po predošlej skúsenosti upustené a vynárajúce témy som v skratke sumarizoval počas rozhovoru v notebooku, ktorého obrazovka bola premietaná na stenu. Zo skupiny vznikol audiozáznam, ktorý bol následne doslova prepísaný pre účely analýzy dát. Z analýzy vyplynulo 99 tém, ktoré boli následne analyzované.

Otázky, ktoré boli pracovníkom pri fokusovej skupine položené, znejú nasledovne:

1) Aké témy podľa Teba riešia klienti v TK najčastejšie?

2) Aké témy sú podľa Teba pre klientov TK najdôležitejšie pre proces ich úzdravy?

3) Aké témy zostávajú v terapeutickom procese neoslovené, no pozornosť by si zaslúžili?

Tretiu časť dát **(C)** určených pre analýzu bola čerpaná z interných komunitných zápisov z obdobia od 12.1. 2022 do 22. 2. 2023. Analyzované zápisy pojednávajú o dôležitých udalostiach, ktoré sa v TK počas daného dňa udiali. Zhotovujú ich prítomní terapeuti na službe, ktorí podľa vlastného uváženia dôležitosti selektujú jednotlivé udalosti, z ktorých

skladajú zápis. Hlavnou úlohou zápisov je archivácia denných udalostí a tiež sú využívané ako nástroj transferu informácií jednotlivých denných služieb medzi terapeutmi, ktorí slúžia nasledujúce dni. V zápisoch bolo identifikovaných 270 tém, ktoré sa týkajú výskumných otázok tejto diplomovej práce, ktoré boli následne podrobené analýze.

5.4. Výskumný súbor

Výskumnú populáciu tvorili členovia Terapeutickej komunity v Podcestnóm mlýně, ktorí sa v momente výskumu v zariadení nachádzali. Ide o zámerný účelový výber cez inštitúciu. Kritériom pre vstup do výskumu bolo členstvo v TK, čo v tomto prípade platí ako pre klienta komunity, tak aj pracovníka zamestnaného v TK. Obe tieto populácie disponujú bohatým spektrom vhľadov do danej tematiky cez vlastnú žitú skúsenosť so systémom liečby v TK a sú teda valídnyim zdrojom informácií pre výskum. Klienti TK majú z povahy svojej pozície skúsenosť so závislosťou a rezidenčnou liečbou v TK, pracovníci majú skúsenosť s odbornou starostlivosťou o nich v tejto inštitúcii.

Výskumná populácia je rozdelená na tri časti podľa spôsobu zberu dát.

Prvú skupinu tvorí 15 klientov, ktorí sa v daný deň výskumu v TK nachádzali. Podrobný popis súboru obsahuje Tabuľka 1. Ide o 6 žien a 9 mužov s priemerným vekom 34,5 roka s najmladším klientom vo veku 27 rokov a najstarším vo veku 45 rokov. V komunite sa v priemere nachádzajú 5,6 mesiaca s najdlhšie pôsobiacim klientom 12 mesiacov a najkratšie pôsobiacim klientom 1 mesiac. V momente výskumu sa 5 klientov nachádzalo v druhej fáze programu, 8 z nich bolo v prvej fáze programu a dvaja boli v nultej fáze programu. Päť z klientov bolo zaradených do programu rodičia s deťmi (program RD), traja klienti sú rodičia, no deti majú mimo TK a 7 klientov deti zatiaľ nemá vôbec. Štyria klienti majú ako primárnu závislosť pervitín, traja klienti alkohol, 1 klient heroín, 1 klient THC, traja klienti majú kombinovanú závislosť na pervitíne a alkohole, dvaja klienti majú kombinovanú závislosť na heroíne a pervitíne a 1 klient je kombinovane na alkohole a automatoch.

ID	Pohlavie	Fáza v programe	Vek	Primárna závislosť	Deti	Dĺžka liečby (mes.)
1	Ž	2	32	alkohol	program RD	12
2	M	2	42	heroín	nemá	10
3	M	2	42	THC	mimo TK	10
4	Ž	2	31	alkohol	mimo TK	9
5	Ž	2	45	alkohol	nemá	7
6	Ž	1	30	pervitín	program RD	7
7	M	1	35	alkohol, pervitín	nemá	6
8	M	1	38	pervitín, heroín	program RD	6
9	Ž	1	29	pervitín	program RD	4
10	M	1	45	pervitín, heroín	mimo TK	3
11	Ž	1	27	pervitín	program RD	3
12	M	1	32	alkohol, pervitín	nemá	3
13	M	1	30	alkohol, pervitín	nemá	2
14	M	0	30	pervitín	nemá	1
15	M	0	30	alkohol, automaty	nemá	1

Tabuľka 1: demografické údaje klientov zaradených do prvej fázy výskumu.

Druhý súbor tvorí 7 zamestnancov, ich podrobný popis obsahuje Tabuľka 2. Súbor tvoria dve ženy a piati muži. V priemere majú 44 rokov s najmladším zamestnancom, ktorý má 32 rokov a najstarším, ktorý má 52 rokov. Ich priemerná dĺžka praxe v TK činí 10 rokov, s najkratšou 3 roky a najdlhšou 25 rokov. Čo sa týka vzdelania, traja zamestnanci majú magisterský titul a štyria titul bakalársky. Na pozícií terapeuta pracuje 5 respondentov a dve zamestnankyne pracujú na pozícií pedagogických pracovníčok.

ID	Pohlavie	Vek	Vzdelanie	Roky praxe v TK	Pozícia
1	M	52	Bc.	25	terapeut
2	Ž	50	Mgr.	4	pedagogička
3	Ž	45	Mgr.	4	pedagogička
4	M	40	Bc.	11	terapeut
5	M	34	Mgr.	4	terapeut
6	M	52	Bc.	20	terapeut
7	M	32	Bc.	3	terapeut

Tabuľka 2: demografické údaje pracovníkov zaradených do druhej fázy výskumu.

Tretí súbor tvorili zápisy z obdobia od 12.1. 2022 do 22. februára 2023. Keďže išlo o obrovské množstvo dát, rozhodol som sa vybrať 5 náhodných zápisov z každého mesiaca v uvedenom rozsahu. Náhodný výber zápisov a voľba pomerne širokého časového obdobia zaručili dostatočnú diverzitu a saturáciu dát pre ďalšiu analýzu. Za túto dobu bolo v dokumentoch pojednávané o 39 klientoch zariadenia, ktorých podrobné charakteristiky obsahuje Tabuľka 3. Vo výskumnom súbore sa nachádza 23 mužov a 16 žien, najnižší vek klienta činí 20 rokov a najvyšší 45 s priemerným zastúpením klientov vo veku 34 rokov. 13 klientov je zaradených do programu rodičia s deťmi (program RD), 8 klientov sú rodičia, no deti majú mimo TK a 18 klientov deti nemá vôbec. Čo sa týka primárnej závislosti, 16 klientov je závislých čisto na pervitíne, 8 na alkohole, 1 na heroíne, 1 na THC. Kombinovanú závislosť má 13 klientov.

Pohlavie	Vek	Primárna závislosť	Deti
Ž	32	alkohol	program RD
M	42	heroín	nemá
M	42	THC	mimo TK
Ž	31	alkohol	mimo TK
Ž	30	pervitín	program RD
Ž	45	alkohol	nemá
M	35	pervitín	nemá
M	38	pervitín, heroín	program RD
Ž	29	pervitín	program RD
M	45	pervitín, heroín	mimo TK
Ž	27	pervitín	program RD
M	32	pervitín	nemá
M	30	pervitín	nemá
M	30	pervitín	nemá
M	30	alkohol, automaty	nemá
M	38	alkohol, pervitín	nemá
M	33	pervitín	nemá
M	27	pervitín	nemá
Ž	29	alkohol, pervitín	program RD
Ž	33	alkohol, pervitín	program RD

Ž	42	alkohol	nemá
Ž	43	alkohol	nemá
M	39	pervitín, heroín	mimo TK
M	34	pervitín	mimo TK
M	40	pervitín, heroín	program RD
M	41	pervitín	program RD
Ž	38	alkohol	program RD
Ž	29	pervitín	program RD
M	39	alkohol, pervitín	nemá
Ž	20	alkohol	nemá
Ž	35	alkohol	mimo TK
M	30	alkohol, pervitín	nemá
M	30	alkohol, pervitín	nemá
M	28	pervitín	mimo TK
M	28	pervitín	nemá
Ž	26	pervitín	program RD
M	36	alkohol, pervitín	nemá
Ž	25	pervitín	program RD
M	44	alkohol, pervitín	mimo TK

Tabuľka 3: demografické údaje klientov zaradených do tretej fázy výskumu.

Všetci respondenti z radu klientov spĺňajú podmienku diagnózy závislosti a zároveň sú rezidenčnými klientami programu terapeutickkej komunity. Všetci respondenti z radu zamestnancov sú profesionáli, ktorí zabezpečujú vedenie odbornej časti programu TK s potrebným vzdelaním. V oboch prípadoch ide o dostatočne variabilnú, avšak v kľúčových prvkoch homogénnu skupinu.

Výskum sa odohral na premisách Terapeutickej komunity v Podcestnóm mlýně (TKPM). TKPM sa nachádza na samote v obci Kostelní Vydří neďaleko mestečka Dačice v Juhočeskom kraji. Spadá pod neziskovú spoločnosť Podané ruce a funguje od roku 1993. V roku 2019 prešla rozsiahlou rekonštrukciou, kedy rozšírila počet lôžok a špecifikovala zameranie na rodičov s deťmi. Jej momentálna kapacita je 21 dospelých klientov s látkovou závislosťou, z toho 9 miest je určených pre závislých rodičov s deťmi v predškolskom veku, či závislé tehotné ženy. Komunita je určená ako pre ženy, tak pre mužov. Odporúčaná dĺžka

pobytu v TK pre klienta bez dieťaťa je od 9 do 12 mesiacov, klientom v programe pre rodičov s deťmi je odporúčaná dĺžka pobytu 12 až 15 mesiacov. V zariadení momentálne pracuje 14 zamestnancov zastávajúcich rôzne pozície – vedúci komunity, terapeuti, správkyňa, pedagogické pracovníčky, sociálna pracovníčka, organizátorka kuchyne či hospodár. Komunita má veľký pozemok, na ktorom je mnoho zvierat, o ktoré sa jedna z troch pracovne rozradených skupín klientov počas svojho pobytu v TK stará. Druhá skupina má na starosti technické práce okolo domu (napríklad drevo, opravy či upratovanie) a posledná má v lete na starosti záhradu, v zime sa stará o ručné práce.

TKPM si za svoj cieľ liečby kladie:

„Základním cílem léčby v terapeutické komunitě je podpořit klienta v rozhodnutí žít v trvalé abstinenci a připravit ho k znovuzapojení do běžného života tak, aby v něm obstál bez zatěžování sociálního systému a zároveň mu přinášel uspokojení. Cílem komplexní péče je náprava dopadů v psychologické, fyzické i sociální oblasti a podpořit celkový rozvoj osobnosti klienta. Zaměřujeme se na vývoj osobnosti a emocí, chování, rozvoj kompetencí přežít a být profesně zajištěn, duchovní růst osobnosti, etiku a společenské hodnoty. Dále podporujeme klienta v obnovení zdravých sociálních vazeb, orientaci ve společnosti a zlepšení jeho zdravotní situace. U rodičů si bereme za cíl i posílení rodičovských kompetencí“ (Podané ruce, 2023, Cíle služby).

Vytýčené ciele plní napríklad rôznorodou skladbou terapeutických možností, ktorými je inšpirovaná kapitola 4 tejto diplomovej práce. Je predpoklad, že tie budú úzko súvisieť s témami, ktoré sa objavia v analýze nazbieraných materiálov, keďže reagujú na potreby klientov na základe učinenej skúsenosti s liečbou závislosti v minulosti. Takisto do istej miery určujú skladbu oblastí, ktorým sa súčasní klienti budú vo svojej liečbe venovať.

5.5. Metóda spracovania dát a ich analýza

Cieľom analýzy dát v IPA je formulovanie tém, ktoré vystihujú skúmaný fenomén (Willig, 2001). Literatúra nepredkladá jednotnú metódu interpretácie dát a uvádza, že neexistuje správny alebo nesprávny spôsob jej uchopenia. Výskumník je podporovaný ku kreativite

pri prispôsobení IPA k vlastným účelom. Existuje však niekoľko obecných krokov, ktoré boli do postupu analýzy dát zahrnuté.

Takzvaným nultým krokom pred samotnou analýzou dát je reflexia vzťahu autora ku skúmanej téme. Tá slúži na uvedomenie si vlastnej motivácie pre prácu s danou témou, ale aj vlastných prekonceptíí, ktoré s témou súvisia. Pre výskumníka predstavuje najmä nástroj pre uvedomenie si interpretatívnej role vo výskumnom procese, vďaka ktorému je schopný užitočne pracovať s dátami a zaistiť pritom validitu analýzy (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). Reflexia je uvedená v nasledujúcej podkapitole.

Prvým krokom samotnej analýzy je zoznámenie sa s obsahom analyzovaných dát opakovaným čítaním prepísaného textu a počúvaním nahrávok z diktafónu pre lepšie pochopenie odpovedí respondentov. Pre výskumníka je cieľom vžiť sa do kože respondentov, vidieť svet ich očami a zamerať svoju plnú pozornosť na popisovanú skúsenosť (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). S analyzovaným obsahom sa autor zoznámil pri jeho vytváraní, prepise a následnom niekoľkonásobnom počúvaní nahrávok a opakovaným čítaním.

Druhým krokom je písanie počiatočných poznámok a komentárov pri opakovanom čítaní textu. Tie sa zapisujú po jednej zo strán textu, najlepšie rukou. Majú deskriptívnu povahu a komplexne popisujú respondentovo vnímanie sveta v súlade s fenomenologickým postojom. Môžu byť využité ako zárodok nasledujúcich interpretácií, ide v podstate o voľnú analýzu textu (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). Pre analýzu bola zvolená forma poznámkovania v programe Microsoft Word. V dokumente boli rozšírené okraje a formou farebne odlišných textových okien bol text spoznámkovaný.

Tretím krokom je rozvíjanie vznikajúcich tém. V tejto fáze sa redukuje objem dát a poznámok do podoby rodiacich sa tém. Výskumník už nepracuje s pôvodným prepisom textu, ale s poznámkami a komentármi, ktoré vytvoril v predošlom kroku. Dochádza k organizácii a interpretácii dát s cieľom vytvorenia výstižných tém zachytávajúcich esenciálnu kvalitu respondentovej skúsenosti. Z praktického hľadiska sa zaznamenávajú na opačnú stranu textu, než boli zapisované poznámky (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). Pre účely tohto kroku boli všetky vzniknuté poznámky prekopírované do programu Microsoft Excel a ku každej pridané číselné označenie strany a riadku, na ktorej sa poznámka nachádzala pre následnú lepšiu orientáciu v dokumente. Postupne boli z poznámok formované zhľuky tém, ktoré sa začali rozvíjať.

Štvrtým krokom je hľadanie súvislostí naprieč témami, kedy sa medzi sformulovanými témami hľadajú vzájomné prepojenia. Cieľom tohto kroku je rozdelenie tém na hlavné témy a podtémy, zlučovanie tém, či ich úplné vyradenie, ak sa nevzťahujú k výskumnej otázke. Kritérium pre zaradenie tém do finálneho zoznamu je nielen ich časté opakovanie v texte, ale aj ich schopnosť osvetliť respondentovu skúsenosť (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). Postupne bola identifikovaná dôležitosť jednotlivých tém a témy boli zorganizované do tabuliek v programe Microsoft Excel.

Kroky jeden až štyri boli uskutočnené pre každú z troch fáz výskumu samostatne.

Posledným krokom bolo vytvorenie finálnej podoby kľúčových tém pre proces úzdravy závislého klienta v TK, ktoré čerpajú zo všetkých troch fáz výskumu súčasne, čím je využitý princíp triangulácie dát. Z dostupných, už identifikovaných tém z kroku číslo štyri pre každú fázu výskumu, boli identifikované tie najvhodnejšie témy a bola vytvorená finálna podoba tabuliek, ktorá je prezentovaná v dokumente nižšie.

5.6. Reflexia autorovej skúsenosti s témou

Kľúčové témy v procese liečby závislých klientov v terapeutickej komunite mi je blízka téma z prostého dôvodu, sám som v komunite do apríla 2023 pôsobil ako terapeut. Túto rolu som zastával takmer dva a pol roka a verím, že nie naposledy. V poli adiktologických služieb sa pohybujem od roku 2018, od kedy som vystriedal rôzne pozície pre spoločnosť Podané ruce, ktorá sa venuje komplexnej starostlivosti o závislých klientov.

Zárodok záujmu o tému diplomovej práce vznikol v prvých týždňoch môjho pôsobenia v TK ako nového terapeuta. Keďže som na podobnej pozícii nikdy nepracoval, potreboval som sa zorientovať v témach, ktoré môžem očakávať, že s klientami budem na novom pracovisku riešiť. Ako niekoľkoročný frekventant psychoterapeutického výcviku v procesorientovanej práci som mal len obmedzenú skúsenosť v práci s klientami, s ktorými som do svojho nástupu do komunity riešil len obmedzené spektrum terapeutických tém. Po prvých službách v komunite som sa stretol so širokým a vtedy neuchopiteľným záberom tém, ktoré vtedajší klienti riešili a pocítil som túžbu ich aspoň trochu pre vlastné potreby zmapovať, zaradiť a zorganizovať. Vznikol akýsi pracovný zoznam, ktorý sa menil počas ďalších rokov pôsobenia na pracovisku len málo.

Pri voľbe témy diplomovej práce zohral úlohu fakt, že ako terapeut každého pol roka riešim s obmenenou skupinou klientov veľmi podobné témy a táto opakujúca sa tendencia

zaujala moju pozornosť natoľko, že som sa rozhodol overiť ju vedeckým skúmaním pomocou IPA, ktorú som v minulosti využil už vo svojej bakalárskej práci.

Pri výskume témy som narazil na bohatý zdroj tunajšej a cudzojazyčnej literatúry. Nenašiel som však žiadne zdroje, ktoré by sa explicitne venovali téme, ktorú som si zvolil preskúmať. Mám za to, že všetky zložky TK popísané v prvých štyroch kapitolách tejto práce vychádzajú z potreby klientov k facilitácii ich procesu zmeny. A teda témy, ktoré sa pokúsim identifikovať v tejto štúdií sa v literatúre určite nachádzajú a metóda TK sa ku kľúčovým témam závislých klientov vzťahuje celou svojou váhou. Ak by sme teda v literatúre hľadali témy, ktoré sa v TK objavujú, nájdeme ich na každom kroku. Mňa však zaujíma žitá skúsenosť samotných klientov (a pracovníkov), ktorí sú tejto metóde vo svojom živote vystavení a dennodenne sa ich dotýka.

5.7. Etické aspekty práce

V TK v Podcestnóm mlýně som v čase výskumu pracoval ako terapeut, preto mi boli dáta jednotlivých klientov prístupné ako pracovníkovi terapeutickej komunity. O povolenie k vykonaniu výskumu som požiadal svojich nadriadených a o výskume informoval všetkých klientov a pracovníkov komunity, ktorých sa výskum týkal. Klienti a pracovníci boli požiadaní o spoluprácu a o povolenie k spracovaniu vyhotovených materiálov so zabezpečením ich anonymity. Respondenti boli informovaní o zaznamenaní rozhovoru na diktafón a o jeho následnom vymazaní po prepise do textovej podoby a uistení o tom, že dáta nebudú poskytnuté tretím osobám. Klienti a pracovníci boli oboznámení so všetkými pravidlami výskumného bádania, ktoré vyplývajú z etického kódexu psychológa, s možnosťou kedykoľvek od štúdie odstúpiť, či svoju účasť vo výskume dodatočne zrušiť. Všetci participanti sa výskumu zúčastnili dobrovoľne a žiadny participant z výskumu neodstúpil. Okolo svojej dvojitej role výskumníka a terapeuta v zariadení som bol pred kolegami a klientami otvorený. Stret záujmov z nej plynúcej sa mi podarilo dobre ošetriť a do výskumu z môjho pohľadu zásadným spôsobom nezasiahla. Písomný súhlas v ktorom sú zhrnuté všetky dôležité body pripájam v prílohách tejto práce.

6. Výsledky

V získaných dátach sa objavil celý rad tém, ktoré sú pre klientov dôležité, ktoré počas svojho niekoľkomesačného pobytu nahliadajú a venujú sa im, ktoré nejakým spôsobom zohrávajú kľúčovú úlohu v procese ich úzdravy a zmeny. Kľúčovým témam sa práca venuje v štyroch rozmeroch, ktoré sú navzájom pevne prepojené a neoddeliteľne spolu v prostredí terapeutickkej komunity súvisia. Prvým z nich je základný problém, s ktorým klienti do TK prichádzajú – závislosť s úzkym prepojením s túžbou abstinovať. Je to základný predpoklad ich pobytu v zariadení a následnej niekoľkomesačnej spolupráce s terapeutickou komunitou. Témy týkajúce sa života v systéme TK tvoria druhý rozmer výsledkov tejto práce, keďže ide o špecifický prístup k uzdraveniu zo závislosti, ktorý je klientami a profesionálmi oslovenými pre účely tejto práce využívaný. Tretím a štvrtým rozmerom sú osobnosť klienta a jeho schopnosť vzťahovať sa k okolitému svetu, ktoré v práci vystúpili ako okruhy, ktorým je v TK venovaná špecifická pozornosť pri procese zmeny. K týmto štyrom rozmerom sa budem v nasledujúcich podkapitolách vzťahovať cez výsledky analýzy dát zozbieraných z **fokusovej skupiny s klientami (A)**, **fokusovej skupiny s pracovníkmi (B)** a **terapeutických zápisov (C)**, ku ktorým som sa pomocou tematickej analýzy dopracoval. Pri citovaných výňatkoch z dát uvádzam aj ID klienta, či terapeuta z fokusových skupín, ktorý výrok predniesol. Napríklad A-9 znamená, že bol výrok prednesený na fokusovej skupine s klientmi participantom číslo 9.

„Mám prostě strach sama ze sebe, že mi ta komunita prostě vůbec nepomůže k tomu, aby jsem se změnila a ty drogy přestala brát prostě“ (A-9).

6.1. Závislosť a abstinencia

Závislosť a abstinencia tvoria ústrednú tému problému, s ktorým klient do terapeutickje komunity prichádza. Problém so závislosťou a vôľa k zmene je základnou podmienkou klientovho prijatia do TK, ktorej program je postavený tak, aby klientovi pomohol túto zákazku naplniť. Témy, ktoré som identifikoval cez zozbieraný materiál ako kľúčové v tejto problematike uvádzam v Tabuľke 4, kde písmeno **A** označuje dáta nazbierané z fokusovej skupiny s klientami, písmeno **B** označuje dáta z fokusovej skupiny s pracovníkmi a písmeno **C** označuje dáta z analýzy dokumentov. Ako kľúčové sa javia témy **ABSTINENCIE** a postojov s ňou spojenými, **CHUTÍ (craving)**, **KOREŇOV ZÁVISLOSTI A TRAUMATICKÝMI SKÚSENOSŤAMI** v živote klienta, **VÝZNAM UŽÍVANIA SUBSTANCIE PRE DOTERAJŠÍ ŽIVOT**, **PYCHOPATOLOGICKÝCH PREJAVOV UŽÍVANIA SUBSTANCIÍ** a **INÝCH KOPINGOVÝCH MECHANIZMOV**.

Závislosť a abstinencia		A	B	C
Abstinencia		x	x	x
Chute		x	x	x
Korene závislosti a traumatické udalosti				
	Patogénne sociálne prostredie		x	x
	Trauma	x	x	x
	Strata blízkeho	x		x
Význam substancie v doterajšom živote			x	x
Psychopatologické prejavy užívania substancií				x
Iné kopingové mechanizmy		x		x

Tabuľka 4: Témy vzťahujúce sa k prvej doplňujúcej výskumnej otázke: Závislosť a abstinencia.

6.1.1. Abstinencia

Otázka abstinencie je základnou témou, ktorú klienti v TK riešia. Abstinencia je **cieľom liečby** (B), stáva sa akýmsi vytúženým pokladom na konci pobytu TK, často veľmi vágny a neuchopiteľný koncept v živote klienta. Mnohí s abstinenciou nemajú v dospelom živote **žiadnu skúsenosť** (C), mnohí sa o abstinovanie sami pokúšali pred liečbou, ale zlyhali a preto prišli do TK, kde je od nich po dlhoročnej kariére užívania **vyžadovaná** (A, B). Pre

mnohých cesta k nej začínala procesom **uvedomenia si svojej závislosti** (A), ktorá síce začína už pred nástupom do TK, ale počas liečby sa klient utvrdzuje vo svojom **rozhodnutí v nej zotrvať** (C) a formuje si svoj **postoj** (B) k nej. Klienti sa potýkajú s **obavami** (A) a **strachom zo zlyhania** (A).

„Mám prostě strach sama ze sebe, že mi ta komunita prostě vůbec nepomůže k tomu, aby jsem se změnila a ty drogy přestala brát prostě“ (A-9).

Jej **trvalosť** (B) a **fatálnosť** (B) často vnímajú ako niečo **desivé** (B), **nepredstaviteľné** (B) a **zložité** (B).

„Myslím si, že je to pro ně těžký téma, že hodně vnímají fatálnost rozhodnutí doživotní abstinence. Že je to od teď už navždycky a to je něco hodně děsivýho, čemuž rozumím. Že si od teď už navždy odřeknu něco, co je mi blízky, co mám rád, co formuje můj život. Tak to je prostě nepředstavitelný“ (B-1).

V súvislosti s abstinenciou sa neobjavujú len obavy, ale aj prehnaná **jasnosť** (B, C) a skalopevné presvedčenie o tom, že abstinovať bude hračka. Môžu sa stavať do pozície **dokonalého klienta** (C), čo tiež býva prekážkou v liečbe a hlbšieho uvedomenia si svojej zraniteľnosti.

„Mluvil celou dobu skoro sám, nepřipadal jsem si úplně potřebnej. Většina jeho povídání byly takové samoujišťující proklamace – působí velmi uvědoměným dojmem. Zdá se, že už všechno ví, moc mi není jasné, co tu se sebou vlastně chce ještě dělat“ (C).

„Mnohdy to „nevím jestli to zvládnou“ mně připadá lepší, než to období kdy voni jsou přesvědčení, že všechno zvládnou, všechno je v pohodě, je to jasný, tohle já řešit nebudu, plán relapsu, to já dělat nemusím, mě se to netýká. Tak v takových případech jsou samozřejmě mnohem zranitelnější, a mnohá je to míň zdravé, než když jsou si nejistí a vědí, že to nebezpečí na ně někde číhá“ (B-1).

6.1.2. Chute

Chute, alebo craving, súvisia s telesnými prejavmi, chovaním, či myšlienkami na drogy absentujúcich v systéme klienta. Téma sa objavila napríklad v podobe **spúšťačov chutí** (B),

dlhotrvajúcich chutí (B), či **skrytých chutí** (A). Zaujímavým fenoménom sa ukázala **absencia chutí** (B), ktorú časť klientov zažíva tiež.

„Chutě se řeší často a je to důležité. Mluví o tom jak je aktuálně mívají. A ty chutě jsou různé. Dokonce někdy je nemají a někteří to řeší, že to nemají, že to je divný, někteří zas řeší že se léčí půl roku a že je furt mají a že je to taky divný“ (B-1).

Chute sa môžu objaviť v podobe „**toxických snov**“ (C), v ktorých si klienti zažívajú veľmi reálne scenáre ako drogy užívajú. Sny sprevádzajú telesné zážitky z účinku substancie a spomienky na situácie, v ktorých sa v minulosti klienti vyskytovali.

„Má opakovaně chutě. Měla živej toxí sen – matka fetovala, jí drogu nedala“ (C).

Chute v klientoch vyvolávajú **túžbu po droge** (C), ktorá ich vedie k tzv. „**odchodokám**“ (C), teda myšlienkam na odchod. Nie všetkým klientom sa darí myšlienky na odchod a chute dlhodobo zvládať, preto z TK odchádzajú predčasne. Pre zvládanie chutí sú klientom odporúčané rôzne techniky, napríklad **nenechať chute bežať, stopovať ich** (B), **dohrať film až do konca** (A), kedy si predstavia nielen príjemný zážitok s užívaním spojený, ale aj negatívne dôsledky tohto činu. **Pokora** (A) je klientami vnímaná ako vlastnosť, ktorá ich môže pred prípadnou recidívou ochrániť. Odborný tím odporúča s technikami zvládania chutí **experimentovať a zisťovať, čo funguje** (B) a pri prežívaní chutí **nezostávať sám a zdieľať s ostatnými** (B).

„Hodně jim doporučuju, aby experimentovali. A vyzkoušeli si třeba co jim funguje. Potom jim ještě říkám aby si všímali, co bylo spouštěčem těch chutí, co jim předcházelo. Aby si to nenechali běžet, aby si to zastavovali zavčas, protože je jednodušší dřív, pak je to těžký. A odkazuju je na to, aby vyhledali společnost ostatních a aby s nimi o tom mluvili“ (B-1).

6.1.3. Korene závislosti a traumatické udalosti

Veľkou témou v prvej fáze pobytu klienta v TKPM je v skupinových a individuálnych sedeniach nájsť tzv. „**korene závislosti**“, kde si majú klienti objasniť dôvody užívania

substancií. Klientov vo všeobecnosti často spája pocit **bezmoci** (C) či **bezcnosti** (C), prameňoch z PATOGÉNNÉHO SOCIÁLNEHO PROSTREDIA v ktorom vyrastali, TRAUMATICKÝCH UDALOSTÍ, ktorým boli vystavení, či STRATY BLÍZKEHO ČLOVEKA.

Skúsenosť s PATOGÉNNYM SOCIÁLNYM PROSTREDIEM je bežná už od detstva z **detských domovov** (C), **väzenia** (C), **extrémistických skupín** (C), ktorých boli súčasťou, či prostredia vlastnej **rodiny** (C). Klienti sú často výsledkom **nefunkčného rodinného prostredia** (B), kedy vyrastajú bez zdravých vzorov a učia sa maladaptívnemu chovaniu blízkych, či priateľov.

„Jednotvárný život užívateľa, ktorý začína brát již v sedmé třídě. Hádky rodičů, rozvod, a potom si dělal co chtěl, nakonec drogy. Nevyučil se, potom jen vězení, drogy, trestná činnost, vězení drogy, stále dokola. Na vztahy s rodiči i holkami se musím doptávat. Za celý život měl tři vztahy, kdy byl zamilován, a to vždy s dívkami z léčby včetně toho posledního. Celý život probíhal bez větších výkyvů na heroinu a ve vězení, teď to chce změnit, prohlašuje“ (C).

Ako často opakujúce TRAUMATICKÉ vzorce sa objavujú v podobe **devalvácie od rodiny** (C), **domáceho násillia** (C), rôznych foriem **detskej** (B) či **sexuálnej** (A, B) traumy, **zneužívania** (C) v rôznych podobách, či **psychického a fyzického násillia** (C).

„Matka ju devalvovala, nepodržala ju, hovorila o nej, že je sviňa. Otec ju zas nepodržal pred matkou. Najhoršie na tom je, že oni by si to už ani nepamätali a ona sa s tým musí trápiť aj v 40tke“ (C).

„Bita byla často, svým (vždy starším) partnerům posluhovala. Někde v kontextu otce a partnerů se nachází její rok a půl dlouhá epizoda prostituování v bordelu, kde alkoholem otupovala svůj nepříjemný prožitek sexu a cítila se být hodnotnější (atraktivnější?)“ (C).

Významnou udalosťou u mnohých býva STRATA BLÍZKEHO ČLOVEKA, ktorú nedokážu prekonať inak, ako užívaním. Prejavuje sa v podobe **úmrtia dieťaťa** (C), **partnera** (C), **člena blízkej rodiny** (C), či **rozchodom s partnerom** (C).

„Ako najdramatickejšiu tému, ktorá ho spúšťa, popisuje úmrtia svojich blízkych, s ktorými sa nevie zmieriť, niekoľkokrát už po liečbach skúšal písať a páliť dopisy, nepomohlo mu to“ (C).

„Má splín, vrací se bouračka a smrt přítelkyně, ale není to spojeno s odchodovkou, jak to obvykle mává“ (C).

Niektorí klienti o traumatických zážitkoch **hovoríť dokážu** (B), iní si svoje zážitky strážia a zložitým témam sa **vyhýbajú** (B), prípadne ich trauma nie je na prvý pohľad **zjavná** (C). V terapii sú vedení, aby sa témam venovali a rôznymi spôsobmi sa pokúsili o ich **nahliadanie a ošetrovanie** (C).

„Často se bavíme o jejich rodičích a jak by mohl vypadat ideální rodič, jakýho by potřebovali teda rodiče oni. Aby si to spíš nějakým způsobem oni pohladili, to trauma. Pokud to jde identifikovat. A u většiny klientů to není tak těžký, ty traumata jsou poměrně brutální. Jsou úplně zjevný. Hůř se pracuje s těma klientama, kde nic takového není“ (C).

6.1.4. Význam substancie pre doterajší život

Excesívne užívanie substancií má nespočetné množstvo negatívnych účinkov na život závislých klientov, no zároveň im ich užívanie aj **niečo do života prináša** (B). Pre proces úzdravy je dôležité vedieť, aké zisky z užívania klienti majú, aby sa počas svojho pobytu v zariadení mohli naučiť **saturovať tieto potreby bez barličiek** (B), ktoré užívanie poskytuje.

„Ja s nimi často riešim význam tej látky, že čo to pre nich znamenalo. Lebo za mňa je dôležité zistiť prečo ju brali, aby som potom mohol pracovať na tom, čo si tým saturovali a ako si môžu nájsť nové spôsoby uspokojenia a saturácie potrieb bez látky“ (B-7).

Sú využívané ako **cesta k úľave** (C), **uvoľneniu od obáv** (C), **utlmeniu rozporov** (C), **úteku od agresie** (C), zohrávajú úlohu ako **emočné anestetikum** (C), **pomáhajú so spánkom** (C), či mnoho ďalších. Niektorí klienti popisujú pomerne zaujímavý fenomén **lásky k droge** (C), kedy ju považujú za svojho milenca, majú k nej vrúcny, osobný vzťah.

„On sám před svou agresí spíš zdrhal, zhuloval se na papriku“ (C).

„Fľaška jej pomáhala necítiť emócie a tie ju teraz valcujú, plače (to si v TK ešte nedovolila), venujeme čas jej emočnému prežívaniu a spôsobom ako popustiť tlak“ (C).

6.1.5. Psychopatologické prejavy užívania substancií

S dlhodobým abúzom substancií sa často spája výskyt patologických prejavov v psychike užívateľa. Často sa objavujú zážitky **toxickej psychózy (C)**, **paranoje (C)**, súvisiaca **neukotvenosť v realite (C)** **obavy z dekompenzácie (C)**, či **poruchy spánku (C)**. Mnohé prejavy do istej miery pretrvávajú dlhodobo po vysadení užíwanej substancie a potýkajú sa s nimi počas pobytu v TK. Špecifická situácia nastáva, keď psychoaktívne látky zneužívajú klienti s poruchou osobnosti, či rozvinutou psychotickou poruchou, hovoríme vtedy o **duálnych diagnózach (B)**.

„Podezrivá toho kluka, že ho nečím predávkoval, ale neví, jestli už nebyl v psychóze, taky neví, jestli ten kluk po něm nějak dál nešel, byl to někdo, kdo to dobře uměl s počítačema a mobilama, uměl se nabourat do emailu, mobilu, soc. sítí, kdo ví. Má v tom opravdu zmatek, neví co v té době je pravda a co už mohla být psychotická produkce. Tohle nevědění v něm posiluje strach do budoucna, aby se znovu psychicky nezdekompenzoval“ (C).

6.1.6. Iné kopingové mechanizmy

Nezanedbateľnú kategóriu tvoria prejavy sekundárnych závislostí, či kopingových mechanizmov, ktoré nahrádzajú primárnu závislosť, alebo pomáhajú klientom zvládať nápor reality bez pôvodnej závislosti. Patria k nim **problémy s príjmom potravy (C)** či **sebapoškodzovaním (C)**, **nadmerné pracovné nasadenie (C)**, **cvičenie (C)**, k zaujímavému fenoménu poslednej doby patrí zameranie svojej pozornosti na **trh s kryptomenami (C)**.

„Pracuje nejen na zadané povinnosti, ale i nad plán, aby byli všichni spokojení a nejí. Večer to pak (namísto původní flašky) zažívá sladkým“ (C).

„Za svůj cíl pojal záměr pohybovat se v kryptoměnách a tímto způsobem se žít. Kolem toho se vedla dlouhá diskuze. Krom jiného bylo závažnější i to, že jeho záměr je zde proto, že nadřel se už v životě dost“ (C).

6.2. Život v terapeutickej komunite

Ako ďalšou dôležitou súčasťou uzdravného procesu závislého klienta v prostredí terapeutickej komunity je popis tém, ktoré sa týkajú samotného života v tejto inštitúcii. Život v TK má mnoho špecifik a nuansí, z dostupných zozbieraných dát sa mi podarilo vyextrahovať témy týkajúce sa MOTIVÁCIE K LIEČBE, PRAVIDIEL A HIERARCHICKÉHO SYSTÉMU, SKUPINOVEJ DYNAMIKY, VZŤAHU S TERAPEUTOM A KONTAKTU S VONKAJŠÍM SVETOM. Ich prehľadný popis uvádzam v Tabuľke 5 nižšie, kde písmeno **A** označuje dáta nazbierané z fokusovej skupiny s klientami, písmeno **B** označuje dáta z fokusovej skupiny s pracovníkmi a písmeno **C** označuje dáta z analýzy dokumentov.

Život v TK	A	B	C
Motivácia k liečbe	x	x	x
Pravidlá a hierarchický systém	x		x
Skupinová dynamika	x		x
Vzťah s terapeutom			x
Kontakt s vonkajším svetom			x

Tabuľka 5: Témy vzťahujúce sa k druhej doplňujúcej výskumnej otázke: Život v TK.

6.2.1. Motivácia k liečbe

Základnou témou klientov je motivácia pre pobyt v TK. Zdroj motivácie sa u klientov líši, u niektorých je to **túžba po abstinencii** (A, C), **zdravie** (C), **rodina a deti** (C), **hrozba odsúdenia** (C), či **únava z bezdomovectva** (C).

„Stačilo ji podržet u otázky motivace a rázem to bylo živé a do hloubky až až.

Její motivací je život sám, skrze fatálnost jejího zdravotního stavu“ (C).

Ak sa do TK dostanú už z akéhokoľvek dôvodu, stretávajú sa s ďalšou fundamentálnou otázkou: „**Na čo mi je terapie?**“ (A, B, C).

„Na čo mi je terapie, to zaujalo mě. Jestli si tím nemůžu ještě přitěžit. Nebo že tím strávím 5 let 10 let a stejně mi to bude k ničemu“ (A-10).

„Hledáme to, k čemu je dobrý se léčit. Proč je to lepší než brát. Proč je dobrý být v komunitě. Že ta terapie může nějak pomoci. Vést ty klienty k tomu, aby si na to našli nějakou odpověď. Jestli chtějí nebo ne“ (B-1).

6.2.2. Pravidlá a hierarchický systém

Pre dlhodobu závislého človeka môže byť prísny systém pravidiel TK cestou k osvojeniu zdravého fungovania v dennodennosti, no zároveň často tvorí neprekonateľnú prekážku, kvôli ktorej mnohí odchádzajú. Pre klientov býva výzvou **učenie pravidiel** (A), orientácia v **sankčnom systéme** (A) a **programe** (A), špecifickými príkladmi tejto výzvy môže byť **skoré ranné vstávanie** (A), **nedostatok odpočinku** (A), **spevu** (A) či **sexu** (A).

„Proč vstávat tak brzo? Vstáváme i v sobotu brzo!“ (A-10).

Pravidlá ošetrojú **prílišnú vzťahovú blízkosť** (C) formou **dištanču** (A, C). Jedná sa o veľmi špecifickú situáciu, kedy sú klienti v partnerskom vzťahu dočasne oddelení, čo sa u dvojice často nestretáva s pochopením. Téma **ohrozenia liečby láskou** (A) medzi klientami rezonuje.

„Čte elaborát na téma Distanc. Je vyřízená z toho, že s partnerem nemůže normálně mluvit. Čtu, co je v Manuálu napsáno o distanci, abychom si ujasnili, co je a co není možné“ (C).

S pravidlami je úzko previazaný hierarchický systém, ktorého sú klienti v TK súčasťou. Veľkou výzvou pre mnohých býva **podriadenie sa autoritám** (A) v podobe terapeutického tímu, pracovníkov komunity, či klientov vyšších fáz. Klienti druhej fázy v komunite **prijímajú zodpovednosť** (A), ktorá často prináša vzťahové dilemy v podobe dodržiavania pravidiel a prižmúrením očí nad prečinmi nezodpovedného okolia. Rozpor popisujú ako **súboj s vlastnou zodpovednosťou** (A).

„Prostě když nemůžeš být zaráz i zodpovědný člověk, i dobrý kamarád“ (A-5).

6.2.3. Skupinová dynamika

Špecifikom života v TK predstavuje **zaradenie sa** (C) do pomerne malej uzavretej skupiny klientov, do ktorej sa novoprichádzajúci klienti **adaptujú** (C) a časom sami do skupiny

prijímajú nových členov (C). Mnohí sa musia po prvýkrát **učiť komunikovať vo väčšom počte ľudí (A)**, **zapájať sa do skupinového diania(C)**, kedy môžu čeliť **nemožnosti otvorenej komunikácie v skupine (C)** z rôznych dôvodov. Výzvu nakoniec predstavuje **odpájanie sa (C)** a odchod z komunity.

„Dostává doporučení, že by se měl více vyjadřovat k dění ve skupině, třeba když tam dojde k nějakému konfliktu“ (C).

„Dál mluví o tom, že by potřeboval mluvit o otci, ale má strach z klienta XY, vždy ho shazuje, když si vezme slovo“ (C).

6.2.4. Vzťah s terapeutom

Ďalším zo špecifických znakov TK je spolupráca klientov s terapeutmi, tzv. garantmi. Každý klient má prideleného vlastného garanta pre individuálne sedenia, no v skupinovej terapii prichádza do styku s každým terapeutom, ktorý je členom tímu. Klienti si s terapeutmi môžu odžívať rôzne situácie a vzťahové polohy, terapeuti sa často ocitajú v **zástupnej rodičovskej role (C)**, keďže v hierarchickom systéme zastupujú najvyššiu, ideálne spravodlivú, niekedy **trestajúcu (C)** pozíciu a klienti si k nim vytvárajú podobný vzťah tomu rodič - dieťa.

„Projektivní identifikace (se mnou) přetrvává, vysvětluje ji slovy, že jeho život závisí na naší spolupráci, tedy toto ztotožňování je hnáno pudem sebezáchovy“ (C).

Spoločne sa snažia pracovať na zažitých vzorcoch správania a uvažovania, jedna z dôležitých úloh klienta v procese úzdravy je **vymedzenie sa (C)** voči terapeutickej autorite tak, akoby to bola autorita rodičovská. Podobne ako od rodičov, aj terapeutmi vedia klienti byť **zahltení (C)**.

„Kolektivní sankce vyvolala silný nesouhlas, klienti se chtějí jako skupina odvolat, z toho důvodu umožňují odvolání sepsat až po samořídící skupině“ (C).

„Od terapeutov sa cíti byť zahltený ich radami, nad všetkým rozmýšľa, zamotáva sa v tom, čo mu hovoria. Terapeuti mu musia opakovať veci, pretože sa v množstve reflexii proste stráca“ (C).

6.2.5. Kontakt s vonkajším svetom

Ako kľúčová téma sa tiež javí kontakt s rôznymi organizáciami, štátnou správou či rodinou a známymi pôsobiacimi mimo TK. Do komunikácie so štátnou správou patrí komunikácia so **súdmi a políciou** (C), **pracovnými úradmi** (C), **OSPOD** (C), **lekármi** (C), klienti často nadväzujú kontakt s rôznymi **neziskovými organizáciami** (C), či **doliečovacími centrami** (C). Pri tomto kontakte im robia často podporu zamestnanci, pomáhajú s vybavovaním vecí, ktoré by klienti často na vlastnú päsť nezvládli.

„Mluví o tom, že má napsat na soud, stále to odkládá, měl by symbolicky začít splácet škodu, ale neví, kam peníze poslat“ (C).

Špecifický je telefonický kontakt s **rodinou** (C) a **blízkymi** (C), ktorý je v prvých dvoch fázach pobytu pomerne obmedzený a môže prebiehať len za dohľadu klienta vyššej fázy, či terapeuta. Klienti počas svojho pobytu vychádzajú aj na **výjazdy** (C), kde sa s vonkajším svetom konfrontujú, a nazbierané témy si prinášajú naspäť do terapie.

„Na výjazde za partnerom jej bolo krásne, plače, chýba jej, už je to dlho čo je v TK. XX je dobrý otec, malého si užíval. Z víkendu má veľmi dobrý pocit“ (C).

„Musí zavolat bráchovi. Působilo to dojmem, že ho sám brácha vlastně moc nezajímá, ale je to nejjednodušší kontakt v rámci rodiny a tím pádem možný zdroj informací o dědovi (umřel?), sestře, rodičích“ (C).

6.3. Osobnosť klienta

Najširší tematický celok pojednáva o osobnosti klienta, kde cez analýzu zozbieraného materiálu rozvíja témy týkajúce sa SEBAREGULÁCIE, ODPUSTENIA A VINY, POTRIEB, BUDÚCNOSTI PO LIEČBE a EXISTENCIONÁLNYCH OTÁZOK. Ich prehľadný popis uvádzam v Tabuľke 6 nižšie, kde písmeno **A** označuje dáta nazbierané z fokusovej skupiny s klientami, písmeno **B** označuje dáta z fokusovej skupiny s pracovníkmi a písmeno **C** označuje dáta z analýzy dokumentov. Všetko sú to témy, ktoré sa vzťahujú k prežívaniu vlastnej reality klientov. Tí ich počas pobytu nahliadajú, identifikujú patologické vzorce, ktoré sa následne snažia naprávať, vytvárajú a ujasňujú si k nim postoj.

Osobnosť klienta	A	B	C
Sebaregulácia			
Sebapoňatie	x	x	x
Regulácia emócií	x	x	x
Genderové otázky		x	x
Odpustenie a pocit viny	x	x	x
Potreby			
Voľný čas	x		x
Financie	x	x	x
Sexualita	x	x	
Zdravie	x	x	x
Spiritualita a viera	x		x
Individuácia (Dospievanie)	x	x	x
Existencionálne otázky	x	x	x
Budúcnosť po liečbe			
Bydlisko	x		
Seberealizácia	x	x	x
Vzťahy	x		

Tabuľka 6: Témy vzťahujúce sa k tretej doplňujúcej výskumnej otázke: Osobnosť klienta.

6.3.1. Sebaregulácia

Téma sebaregulácie pojednáva o schopnosti usmerňovať a riadiť vlastné prežívanie klientov, pojednáva tiež o schopnosti uspokojovania vlastných potrieb a zámerov. Pre potreby tejto práce som sem zahrnul podtémy pojednávajúce o SEBAPOŇATÍ, REGULÁCII EMÓCIÍ a GENDEROVÝCH OTÁZKACH.

Podtéma SEBAPOŇATIA je jednou z najvýraznejších tém, ktoré na nejakej úrovni riešia všetci klienti TK. Ich **sebavedomie** (A, B, C) spolu s pocitom **sebahodnoty** (A), **sebadôvery** (C) či **sebaistoty** (C) sú často na veľmi nízkej úrovni.

„Hledání odpovědi na otázku: proč mám 7 dětí a vybírám si samé č...y. Má nízké sebevědomí, žádnou sebedůvěru, nevěří si, že má na dobrého chlapa. Děťí tolik, že si chtěla dítětem chlapa udržet“ (C).

„Je pro něj těžké se s ulicí rozloučit, po skupině ho mrzí, že to loučení tak odflákl, hlavně ve vaření byl opravdu dobrý, byla to jeho hodnota“ (C).

Klienti popisujú negatívny vzťah k vlastnej osobe, ich zážitok seba samého je formovaný **negatívnym hodnotením druhých** (C), zažívajú devalvačný pocit, keď **nie sú braní vážne svojim okolím** (C), bojujú so **sebaprijatím** (A), u mnohých sa prejavuje nedosiahnuteľná túžba po **dokonalosti** (C), ktorej nenaplnenie v nich ďalej prehlbuje **sebakritiku** (A).

„Babičky už jsou mrtvé, ony jediné ho braly vážně, byly to jeho matky. Doma ho začali brát vážně, až když se vrátil z VTOS. Neví, jak pozná, že ho lidi berou vážně. Snad, když mu naslouchají. Není schopen ani říct, jestli ho berou vážně lidi v komunitě (navzdory tomu, že mu naslouchají)“ (C).

„Věci moc prožívá, výtky bere si moc osobně, je hodně zodpovědná, chce být dokonalá, je chytrá“ (C).

Významne kolísajú v **polaritách svojich postojov** (C), či rozhodnutiach, kde sa táto polarita manifestuje najmä pri témach užívať – neužívať, zostať – odísť, ale aj mnohých iných.

„Okrem toho cíti, že má v sebe aj časť, ktorá chce odísť. Slobodný už nie je niečo cez dva roky (z väzby do PL a odtiaľ sem) a nejaká jeho časť túži byť už vonku. Vie ale, že je to preňho nebezpečné a k pervitínu by sa vrátil.“ (C).

V komunite svoje **odvrátené stránky spoznávajú** (A), učia sa pestovaniu **kladného vzťahu samého k sebe** (B), spôsobom ako **sa mať rád** (B) a ako sa **postarať o svoje potreby** (B). **Dávajú si dokopy svoje hodnoty a priority** (A), učia sa **úprimnosti samých k sebe** (A) či **sebaovládaniu** (C), učia sa **robiť chyby a svoje chyby prijímať** (A)

„Chtěla bych si ještě ujasnit, jestli je nejdůležitější dobře bydlet, nebo mít dobré vztahy, jako ve smyslu co je důležitější pro mne“ (A-1).

„Velice důrazně jej upozorňuji, že rychleji mluví, než myslí, že to je případ, kdy je člověk definován pudem a v hlavě má chaos, že jeho kontrolní funkce selhávají, že mu nevyčítám jeho touhy směrem ke klientce, ale to, že se nedokáže kontrolovat a nechá si jimi zaplavit hlavu“ (C).

K sebaregulácií neodmysliteľne patrí **REGULÁCIA EMÓCIÍ**, kedy sa klienti konfrontujú so svojím vnútorným emočným svetom. Svoje emócie a s nimi súvisiace nálady **spoznávajú** (A), často ich **potláčajú** (B,C), **nadmerne kontrolujú** (B) či sa ich **prežívaniu vyhýbajú** (B) úplne.

„Ale mnohdy to ani nějak moc emočně neprožívají. Byla jsem znásilněna. Vypráví o tom jako kdyby si šla koupit rohlík“ (B-1).

„Protože oni brali často drogy, aby neprožívali emoce a oni s nimi neumí zacházet. To znamená, buď je prožívají málo, nebo je prožívají moc. A taky je neumí kontrolovat“ (B-4).

Pri prežívaní náročných emócií **sú zraniteľní** (C), objavuje sa craving, ich dlhodobé **nezvládanie** (C) môže smerovať k relapsu. Napätie sa objavuje v podobe **úzkosti** (A), **strachu** (B), **smútku** (C), **hnevu** (C), či **hanby** (C).

„Mluvila o tom, že se, pokud se dostane do emocí, tak je hodně slabá a neumí zastavit i rizikové věci“ (C).

„Má navíc před návštěvou expartnera, je hodně v emocích, nejprve se naštvává a zvyšuje hlas, pak pláče. Mluví o nezvladatelném strachu a natlakování z jeho příjezdu“ (C).

Klienti sa ich postupne **učia zvládať** (A,B,C) a **adekvátne prežívať** (B,C). Sú vedení k ich **abreakčnému** (C) či **katarznému uvoľneniu** (C), **nachádzajú nové cesty ako s nimi nakladať** (C).

„Nechávam ho nájsť veľký šuter. Zdvíha ho nad hlavu a hučí, nadáva, šuter hádže do vody. Zalieva ho blažený klud, katarktický moment z neho zdvíha napätie. Síce chvílkovo, ale má aspoň nejaký vzorec ako s pretlakom pracovať. Bolo by fajn dať jeho vnútornému pretlaku väčší priestor s konštruktívnejším uchopením“ (C).

S témou súvisia aj **GENDEROVÉ OTÁZKY**, kedy klienti riešia svoje **stotožnenie so svojimi mužsko-ženskými rolami** (C) pre fungovanie v spoločnosti. Objavujú sa témy **spevnenia svojich rolí** (C). Téma má presah aj k sexuálnym traumám, kde je medzi mužmi a ženami pozorovaný **rozdiel v ich zdieľaní** (C). U žien má sexuálna trauma väčšie zastúpenie, muži majú väčší problém o nich hovoriť, či ich prinášať do skupiny, ak je prítomná.

„Nějak mám pocit, že oni si to hlídaj, nebo se styděj. Mluvit o tom je v tý mužský skupině komplikovaný, většinou se to daří přes nějaký odlehčení, tak tam to pak jde a tam se dá dostat někam. Ale i přesto si myslím, že tam je nějaká výrazná hranice kam už se nejde, vo čem už se nemluví“ (B-4).

„Na konci skupiny zajímavé krátké porovnání mužských a ženských světů. Pro klienta je ten mužský naprosto nepřijatelný, nedokáže v něm najít žádná pozitiva. Raději tráví čas se ženami“ (C).

Niektorí klienti si riešia aj svoju **sexuálnu orientáciu** (C), niektoré ženy mávajú skúsenosť s prostitúciou, niektorí muži majú skúsenosť s poskytovaním sexuálnych služieb iným mužom skrz finančnú odmenu pre zohnanie drogy.

„V sexu měl problémy, hnusilo se mu to. Zapřísahá se, že není homosexuál, ale jak si vydělával na drogy ho poznamenalo a potom to už nebylo ono ani se ženami“ (C).

6.3.2. Odpustenie a pocit viny

Pocit viny a potreba odpustenia je medzi klientami veľmi rozšírenou témou. Vo svojom živote mnohí spôsobili mnohé, ktoré si vyčítajú, a počas liečby v TK sa s nimi vyrovnávajú. Riešia, ako docieľiť odpustenie od **rodiny** (A), jednak od **rodičov** (A), ale aj od **detí** (B, C), či **partnerov** (C).

„Pocity viny se objevují i v pedagogických pohovorech a jsou to pocity viny vůči dětem, protože hodně klientek se jim nevěnovalo dostatečně, chtějí jim to vynahradiť. Že nebyly dobrými rodiči, že byly vzteklé a zlé“ (B-2).

„Má vůči dceři výčitky, zároveň na ni nemá trpělivost. Je jí líto, co všechno dcera musela zažít“ (C).

Hľadajú spôsoby, ako sa vyrovať s **minulosťou** (A), ako **uľaviť svedomiu** (A), či ako **odpustiť samým sebe** (A, C) za veci, ktorým sa skrz závislosť a trestnú činnosť vystavili.

„Zháňali pasy, predávali a varili drogy, robili podvody na otcov s deťmi, ktorí niečo podpísali a potom končili vo väzení (z rozprávania nie je úplne jasné o čo išlo, zožiera ho za to však svedomie)“ (C).

„Potřebuje na skupině více mluvit a ulevit si od viny, nejvíce za to, že v minulosti páchal trestnou činnosť, krádeže. Blokuje ho stud, chce se ukazovat jen v dobrém světle a chce být přijímán a chválen, svoji minulost utajuje, ale cítí vinu a stud“ (C).

Tiež sa im v živote dialo kopu zlého, veľa krivdy vzniklo v období pred začiatkom závislosti, ale aj počas aktívneho užívania a tak hľadajú spôsoby, ako sa s krivdou zmieriť, ako **odpustiť útočníkom** (C), **rodičom** (A, C), či **ľuďom** (A) vo všeobecnosti.

„Jako téma uvedl „ulice jako droga“, ale bylo to spíš o vině a odpuštění. Před dvaceti lety mu zemřel kamarád (zřejmě nepotrestaná vražda), považuje to za

start svého sestupu do soukromého pekla drog a kriminality. Nemůže na to zapomenout, opět se mu vrátil pocit, že by se chtěl člověku, kterého z té smrti viní, pomstít“ (C).

6.3.3. Potřeby

Každý z klientov v komunitě rieši vlastné potreby týkajúce sa VOĽNÉHO ČASU, FINANCIÍ, SEXUALITY, ZDRAVIA, SPIRITUALITY a VIERY, či PROCESU INDIVIDUÁCIE.

Zvládnutie výzvy zmysluplného trávenia VOĽNÉHO ČASU JE pre život klienta v abstinencii kľúčová. Mnohí sú zvyknutí z čias svojej aktívnej drogovej kariéry venovať všetok voľný čas zháňaniu a užívaniu substancií. V TK sa klienti učia **uspokojivo vyplniť voľný čas** (C). Vo voľnom čase sa okrem **samoty** (A, C) potýkajú s **nudou** (A), ale aj s **únavou** (C). Komunitný program je pestrý a na subjektívnej rovine pre niektorých poskytuje **nedostatok času k odpočinku** (A).

„Ještě téma kde je odpočinek v TK? (veľa súhlasných pokrikov). To je pravda, to bych tam napsal! Ten odpočinek mi tady fakt chybí. Ty odpočíváš dost kamaráde (smiech)“ (A-10).

„Má dilema, chtěl by stihnout dnes odpoledne všechno (sportovky, dodělat škvarky, jít si zacvičit...) – nemožné, musí si zvolit“ (C).

Vypĺňajú ho **športom** (A), **posilňovňou** (C), **spoločenskými hrami** (C), chodia sa **otužovať** (C), učia sa pestovať vzťah k **novým koníčkom** (A), prípadne rozvíjajú tie staré. Pri letných **záťažových aktivitách** (C) si pestujú vzťah k **prírode** (C), **turizmu** (C), či **splavovaniu riek** (C). Trávenie voľného času má aj svoje obmedzenia, využitie **počítača** (C) má svoj časový limit, klienti by si tiež vedeli predstaviť počas pobytu **väčší prístup k hudbe** (A), či si viac **spievať** (A).

„První den většina skupiny unavená, naštvaná, blbě zabalené batohy. Druhý den lepší, večer u ohně dokonce i pocit pohody a sounáležitosti. Třetí den obtížný, vedro, posledních 5 km náročná rychlá chůze po asfaltu za účelem chytit autobus, který ale nejel“ (C).

S každým z klientov sa na individuálnej úrovni riešia ich **FINANCIE**, kedy s garantom vedú **finančný denník** (C), kde sa učia **hospodáreniu** (A) a **šetreniu peňazí** (B), so sociálnou pracovníčkou riešia **exekúcie** (A), **dlhy** (A), či momentálny **zdroj peňazí** (A) v podobe sociálnych, či zdravotných dávok. Nižšie fázy si tvoria **nákupné lístky** (A), nakupovať môžu len schválené veci komunitou. Niektorí tiež riešia svoju **finančnú nezávislosť** (A) od rodičov.

„Maličko jsme poladili, jak má vypadat měsíční rekapitulace ve finančním deníku. Na knihy ze ságy Kolo času si našetřil z dávek během pobytu v komunitě (za což jsem ho pochválil)“ (C).

Špecifické sú témy okolo **SEXUALITY**, klienti v dlhodobej liečbe riešia kvôli zákaz sexuálnych vzťahov témy **nedostatku sexu** (A), **autoerotiky** (A), či nútenej **citovej vyprahlosti** (A). V čase abstinencie po dlhých rokoch závislosti svoju **sexualitu znovuobjavujú** (A), uvedomujú si svoj **strach z čistého sexu** (A, B), teda bez užitia substancií a možného **zlyhania** (B). Téma sexuality sa **neotvára ľahko** (B), keďže s ním súvisí akési spoločenské tabu a ostýchavosť.

„To téma je nějak vlastně těžký. O sexualitě a návazně na to i o intimitě a blízkosti mluvěj hrozně málo. Myslim že o ni vlastně ani moc mluvit neuměj a nechtěj. Já jsem třeba udělal takovou zkušenost, že mě se o takových tématech dá mluvit až když o nich začnou mluvit ti klienti“ (B-4).

„Mluví o tom, jak sex prožívali na pervitinu, na druhou stranu z nich vyleze, že ten sex nemají třeba vůbec rádi“ (B-1).

Téma **ZDRAVIE** sa klientov týka na psychickej aj fyzickej úrovni. O psychickej úrovni pojednáva kapitola 6.1.5. Psychopatologické prejavy užívania substancií, túto podkapitolu venujem fyzickému zdraviu. Klienti prichádzajú po dlhodobej závislosti s rôznymi zdravotnými problémami, navštevujú **obvodného lekára** (C), najčastejšie majú **dentálne problémy** (A, C). Často sa objavujú základné témy **udržiavania hygieny, vzhľadu a čistoty** (A). Niektorých klientov sa týkajú problémy s **príjmom potravy** (A) v podobe chronických ochorení, často sa však rieši téma **priberania na váhe** (A) v abstinencii.

„Problém společné sociálky pro šest chlapů – špinavý záchod, sprcha, apod. + potíže v soužití s klientem, který, jak se zdá, nedodržuje základní pravidla hygieny“ (C).

„Problémy příjmu potravy! Hubnutí. Tady moc přibírám v tý abstinenci“ (A-4).

Klienti si prinášajú široké spektrum rôznych chorôb, kedy sa s ich diagnózou v liečbe vyrovnávajú, učia sa žiť s odlišnosťami voči okoliu, **prijímajú dopad na ich život** (A). Intravenózných užívateľov sa týkajú rôzne **prenosné choroby** (A) najčastejšie **hepatitída C** (A, C), ktorej liečba je počas liečby odporúčaná. Učia sa zodpovedne **užívať medikáciu** (A, C), tú psychiatrickú po konzultácii so psychiatrom v rámci možností **znižujú** (C).

„Nutnosť prijať ako zmenu, ktorá souvisí s tou nemocí, protože nemohu dělat všechno jako ostatní, protože mám pocit že jsem jinej, nemůže najednou dělat věci co jsem dělal před tím a vyrovnává se s tím strašně dlouho“ (A-5).

„Priznáva, že si nechal znížiť medikáciu, zažívaná dysfória zrejme súvisí s tým. Treba si na jej zníženie zvyknúť a naučiť sa náladu zvládať“ (C).

Objavujú sa aj témy SPIRITUALITY A VIERY, kedy klienti riešia svoj **vzťah s Bohom** (A, C). Niekedy býva riešený ako vyslovený **útek do viery** (C), inokedy v ňom vedia nájsť **zdravú oporu** (C). Zaujímavý bol prípad klienta, ktorý si riešil traumy z dospievania, kedy bol rodinou vtiahnutý do **Jehovistickej cirkvi** (C), od ktorej sa potreboval dištancovať. Medzi klientami sa objavujú **povery** (C) o nadprirodzených javoch, či potreba riešenia **spirituality** (C) mimo cirkevný rámec.

„Mluví o ní jako o náboženské fanatičce. Když mu dávám reflexi, že i sním bývá těžká řeč, když se odvolává na Boha, vybuchne“ (C).

„Pak mluví o tom, že v posledních dnech má duchařské zážitky – na pokoji i na kuchyňce. Cítí je i její spolubydlící. Není první, kdo tady něco takového popisuje“ (C).

Mnohí z klientov začínajú so svojou závislosťou v detstve, často pred začiatkom adolescencie. V mnohých aspektoch sa ich psychický vývoj v tomto štádiu zastavuje, čo sa

napríklad prejavuje **nezrelým pohľadom na svet** (B). POTREBA INDIVIDUÁCIE alebo DOSPIEVANIA sa u nich manifestuje spôsobom, kedy klienti počas liečby vedome **preberajú zodpovednosť** (A, C) za svoje činy, nahliadajú do svojej minulosti a oslobodzujú sa od nej, po krokoch **prijímajú svoju dospelosť** (A, C). Sami hovoria o potrebe **nájsť svoje smerovanie** (A).

„Patří to k celkové nezralosti jejich osobnosti, oni o tom prostě nějak nemluví, neumí s tím zacházet stejně, jako třeba patnácti letějí tincejdr. Ten v tom taky má zmatek“ (B-6).

„Dlouho žiju ve fetáckém stylu, musím přijmout tu realitu, přijmout že jsem dospělejší“ (A-12).

„Diskuze se otáčí k tomu, že vše už nebude takové jako dřív, už se nevrátí bezstarostnost dětství. A jí se do dospělosti děsně nechce“ (C).

6.3.4. Existencionálne otázky

Pre každého človeka sú dôležité aj existencionálne otázky a nie je tomu inak ani u klientov. Rezonujú témy ako **vyrovnávanie sa so svojou smrteľnosťou** (A), **starnutie** (A), či **strata blízkeho** (A).

„Potřeboval bych se tady ještě naučit, jak se vyrovnat s vlastní smrtelností, a se smrtí někoho blízkého“ (A-8).

Pri otázke slobody je to napríklad konfrontácia s **nedostatkom slobody v TK** (A), kedy sa klienti podrobujú programu, hierarchickému systému a pravidlám komunity. So slobodou úzko súvisí **preberanie zodpovednosti** (C) za svoje činy, s čím sú v TK konfrontovaní na dennodennej báze. Vo svojom živote sa často nachádzajú mimo rodinný systém s volatílnymi vzťahmi, riešia **potrebu niekam patriť** (A), často sa so svojou drogou ocitajú **osamotení** (A). Prežívajú **strach zo samoty** (A), veľmi zaujímavo sa to prejavuje v čase choroby, keď sa od skupiny musia **izolovať** (C). Pre mnohých je to nepredstaviteľná záťaž, ktorej sa ideálne vyhýbajú, pretože nemajú vzorce ako čas osamote tráviť adaptívnym spôsobom, ktoré sa sami len ťažko učia.

„A někam patřit? Být něčeho součástí, lidí, které budu mít ráda. Nalezení místa ve svém životě, místa ve společnosti“ (A-14).

Zaoberajú sa tiež otázkami zmyslu života, z analyzovaných materiálov vystúpili témy, kedy si ho hľadajú v **partnerstve** (B), či **dietati** (C).

„V okamžicích blízkosti se rozum utlumí, vystupují pudy a pak se ozývají jeho biologické hodiny - je mu 42, nemá a chtěl by vlastní dítě. A navíc má pocit, že by to ve finále zvládnul i bez (případně zrelapsované) partnerky. Věřím, že právě jemu by dítě mohlo v životě dost srovnat priority a hodit v dobrém smyslu kotvu, ale s ohledem na aktuální situaci ho vyzývám k opatrnosti“ (C).

6.3.5. Budúcnosť po liečbe

Témy budúcnosti po liečbe poukazujú hlavne na problematiku **BYDLISKA**, **SEBEREALIZÁCIE**, či **VZŤAHOV**, ktoré si klient na obmedzenej rovine rieši už počas pobytu v TK. Téma neistej budúcnosti je všeobecne spojená s **obavami z budúcnosti**(A, C), ktoré sa napríklad poja na ich stret s realitou mimo bezpečného prostredia TK. Pracovníci popisujú, ako si často klienti budúcnosť po liečbe **idealizujú** (B), ich pohľad je **nezrelý** (B), vnímajú ju **nerealisticky** (B).

„Celkově mám strach, není to jenom z abstinence, je to že i znova nalitnu někomu, nebo prostě celkově... Nebo že nevychováám dceru dobře, nebo že nebudu dost silná“ (A-9).

„Klienti se mnohdy ocitají mimo realitu třeba svou nezralostí, nezkušeností v tom normálním životě. A mnohdy jim to pomáhá k přežití, že jsou mimo reality“ (B-6).

Klienti riešia tému **BYDLISKA** po TK, kedy sú vedení k zabezpečovaniu **doliečovacieho zariadenia** (A), aby mali dostatok podpory aj po opustení komunity a ich odpájanie od sociálnej služby prebehlo plynulejšie. Často si pre nový život vyberajú **iné miesto** (A), než v ktorom majú odžitú svoju drogovú kariéru, čo vnímajú ako **reštart** (A), či **začiatok nového života** (A). Stojí pred nimi výzva **vytvorenia bezpečného prostredia** (A) pre nich a často aj ich deti.

Taktiež sa zaoberajú **SEBAREALIZÁCIOU**, kedy musia vyriešiť príjem peňazí v podobe práce (A), niektorí prehodnocujú ďalšie vzdelanie (A). Pracovníci popisujú konfrontáciu s **bezperspektívnosťou** (B) niektorých klientov, ich dlhodobé fungovanie mimo spoločnosti a obavy o ich **nezamestnateľnosť** (B)

„Bezperspektivní budoucnost, že se u některých klientů objevuje a já sám nevidím tu perspektivu. To znamená mnohdy nevím.. jo jedeme dopředu, ale ti klienti jsou už třeba tak poškozeni, nebo že je mi 40, mám dluhy 2 miliony a nikdo mě nezaměstná“ (B-1).

Nezriedka sa objavuje fenomén **nesvojprávnosti** (C), ktorí klienti nadobudli počas svojho života v závislosti. Proces **vymanenia sa** (C) z tohto statusu po preukázaní zodpovedného fungovania v abstinencii býva tiež témou, ktorú v liečbe riešia. Objavuje sa tiež tendencia nechávať svoj osud na **vonkajších okolnostiach** (C) tak, ako boli niektorí zvyknutí doposiaľ.

„Strach, pocity nesvéprávnosti jsou přítomny stále, ale již má i výbavu, která to předchodí kompenzuje, venku chce fungovat a přiblížit se na tomto základě nabytí svéprávnosti“ (C).

„Byla by ráda, aby partnera nepustili z vazby a ona by si mohla zařídit život po svém. Upozorňuji ji na to, že o své budoucnosti nechává rozhodovat jiné“ (C).

Taktiež riešia otázku **VZŤAHOV** (A), s kým a ako budú fungovať po ukončení pobytu.

„Hodně řeším, jak mít nějaké bezpečnej vztah s člověkem, který mě neovlivní abych zase nebral drogy“ (A-11).

6.4. Vzťahovanie sa k okoliu

Posledným okruhom, ktorému sa táto práca venuje, je vzťahovanie klientov ku svojmu okoliu. Vystupujú tu témy SOCIÁLNYCH KOMPETENCIÍ, VZŤAHOV ako takých, či ADAPTÁCIE DO VÄČŠINOVEJ SPOLOČNOSTI. Ich prehľadný popis uvádzam v Tabuľke 7 nižšie, kde písmeno **A** označuje dáta nazbierané z fokusovej skupiny s klientami, písmeno **B** označuje dáta z fokusovej skupiny s pracovníkmi a písmeno **C** označuje dáta z analýzy dokumentov.

Vzťahovanie sa k okoliu		A	B	C
Sociálne kompetencie				
	Nastavovanie hraníc	x		x
	Riešenie konfliktov	x	x	x
	Maladaptívne správanie	x	x	x
	Otvorenosť a dôvera	x	x	x
	Komunikácia			x
Vzťahy				
	Rodinné	x	x	x
	Partnerské	x	x	x
	S dieťaťom ako rodič	x	x	
Adaptácia do väčšinovej spoločnosti				
	Potreba prispôbiť sa	x		
	Zmena životného štýlu	x		x
	Obavy z "reálneho sveta"	x		

Tabuľka 7: Témy vzťahujúce sa ku štvrtej doplňujúcej výskumnej otázke: Vzťahovanie sa k okoliu.

6.4.1. Sociálne kompetencie

Každý človek oplýva určitými sociálnymi kompetenciami, ktoré využíva pri vzťahovaní sa ku svojmu okoliu. Ako kľúčové témy sa u závislých klientov v tejto oblasti javia NASTAVOVANIE HRANÍC, RIEŠENIE KONFLIKTOV, MALADAPTÍVNE SPRÁVANIE, OTVORENOSŤ a DÔVERA či KOMUNIKÁCA, ktoré sa počas svojho pobytu v TK snažia nahliadať a meniť.

Jednou z výrazných tém je NASTAVOVANIE HRANÍC, kedy si klienti nechávajú nadmerne vstupovať do vlastného priestoru, či tak činia iným. Výzvou je si svoje hranice **nastaviť**, (A), **udržať** (A), **vnímať hranice druhých**(A) a **neprekračovať ich** (A). V liečbe sa učia **hovoríť nie** (A), **zdravo sa vymedziť** (A), **stáť si za svojimi potrebami** (A, C).

„Nemá se teď dobře, s kuchařem je to v kuchyni náročné, dneska už to málem nedala. Cítí se využívaná, dělá práci navíc, Kuchař ji dokáže namotat, že ani neprotestuje. Zároveň téma její touhy pomáhat druhým – co jí to přináší? Cítí se dobře, zároveň sice nic nečeká, ale...cítí se pak využitá“ (C).

Hranice sa učia nastavovať hlavne vo vzájomných vzťahoch, čo so sebou prináša mnohé **KONFLIKTY** (A, B, C) s pokusmi o hľadanie ich konštruktívnych **RIEŠENÍ** (A, B, C). Konflikty sa objavujú pri **spolubývaní** (C), v blízkom spolunažívaní zažívajú **ponorku** (C), ktorú treba adresovať ideálne na skupinovom sedení, kde majú príležitosť sa z procesu učiť všetci klienti zároveň.

„Chtěl by se přestěhovat, se spolubydlícím už bydlet nechce. Mají nějaké třecí plochy (spolubydlící je hlučný po večerce), pokusy o domluvu prý nezabraly. Odkazují ho na řešení ve skupinovém prostoru“ (C).

„Pokud hrozí konfrontace nebo konflikt, vycoupe nebo zaútočí dřív, než konflikt doopravdy začne. Přímou konfrontaci nezvládá“ (C).

Za **MALADAPTÍVNE SPRÁVANIE** sa dá v tejto súvislosti považovať za všetko správanie, ktoré s konfliktami súvisí a neprispieva k jeho konštruktívnemu riešeniu. Na dennom poriadku v zariadení vznikajú **hádky** (C), klienti sa môžu **konfrontáciám vyhýbať** (C), pretože vystavenie sa im prináša nepríjemné pocity. **Lož** (A) často tvorí zaužívaný kopingový mechanizmus ako sa konfliktom a preberaniu zodpovednosti vyhnúť, popisovaná je **manipulácia** (A, C) s druhými, používanie **agresie** (A, C) a **násilia** (A) je v zariadení prísne zakázané. Spája sa s **trestnou činnosťou** (A, B) a **krádežami** (B, C), ktoré si pod hrozbou vyhodenia v zariadení tiež nemôžu dovoliť.

„Za mě je to násilí z pozice agresora, protože se potřebuju učit jak zvládat svou agresi“ (A-14).

„Řešila pomlavy od druhého klienta kvůli kuchyni – svolala si mimořádku, situaci zvládla vyřešit – dokázala nastavit hranice jeho agresivitě (protože k němu nemá emoční vztah). S chlapem, ke kterému něco cítí, to nedokáže“ (C).

Necitlivost (A) vo vzájomnej komunikácii klientov sa prejavuje napríklad **pasívnou agresivitou** (C), **zosmiešňovaním** (C), **ohováraním** (C), **žiarlivosťou** (A), či **nadmernými výčitkami** (C). Na druhú stranu vedia byť aj prehnane **citliví na kritiku** (C), **nadmerne uspokojovať okolie** (C).

„Se žárlivostí se tady nepotýkám, ale mě když bejvalka podváděla, tak jsem se šel hned vožrat“ (A-3).

„Velmi necitlivě vstupuje jinému klientovi do řeči – vůbec nevnímá, že je necitlivý, nerozumí tomu, tvrdí, že si potřebuje ujasnit hranic ne-citlivosti k druhým“ (C).

Niekedy preto vzniká **nemožnosť otvorenej komunikácie v skupine** (C), klienti majú **obavy prinášať citlivé témy** (C), vzťahy sa musia prečisťovať, aby mohol byť nastavený pocit dôvery.

„Nebude si brát skupinu, protože minule se do něj všichni pustili“ (C).

Po celoživotných zážitkoch s neprívetivým okolím je ich **OTVORENOSŤ** a **DÔVERA** voči okolitému svetu naštrbená, v TK sa pokúšajú vytvoriť si k okoliu bezpečný vzťah. Učia sa **robiť kompromisy** (A), opäť **dôverovať** (A), **požiadať o pomoc** (A), **rešpektovať rozdielnosť iných** (A), **prijímať odlišné názory a kritiku** (A), pokúšajú si **priznať svoje chyby** (A), **zdravo prejavíť lásku** (B).

„Selhával ve vztazích, nedokázal dělat kroky směrem k důvěře, hodně se bál, jak o sobě mluvit, měl pocit že všechno zvládne sám bez pomoci“ (C).

Základ riešenia interpersonálnych vzťahov je **KOMUNIKÁCIA** (C), na zlepšení ktorej klienti neustále pracujú, učia sa **prinášať spätnú väzbu** (C) a vôbec majú príležitosť hľadať cesty ku komunikácii svojich potrieb takým spôsobom, aký by len ťažko hľadali v iných

životných situáciách. Taktiež majú príležitosť zlepšovať komunikáciu v rámci rodiny na **rodinnej terapii (C)**, či v **partnerskom poradenstve (C)**.

„Venujeme sa praktickým spôsobom ako prinášať nepríjemnú spätnú väzbu druhým a ako prijímať kritiku. V závere riešime jej rodinné vzťahy – matka jej nedvíha telefóny, babička neodpísala na dopis, nevie čo si má počať, mrzí ju to“ (C).

6.4.2. Vzťahy

Liečba v komunite je postavená na spoločných interakciách členov komunity. Navzájom sa učia **nadväzovať (C)** a **rozvíjať (C)** vzťahy. Okrem týchto vzťahov sa ich týkajú aj vzťahy **RODINNÉ, PARTNERSKÉ**, či vzťahy s ich **DEŤMI**.

„Učí se navazovat vztahy po novu, bez trávy jako komodity, díky které byl pro lidi důležitý a vyhledávaný“ (C).

Tie **RODINNÉ** bývajú často komplikované. Veľká väčšina klientov nepochádza z pomerov, kde by si v detstve zažívali bezpečné vzťahové väzby na rodičov. Často majú skúsenosť so **závislým rodičom (A, C)**, **nedôverujú (A)** im, vzťahy s nimi je zložité nadväzovať, či rozvíjať. V detstve od nich zažívali **devalváciu (C)**, či **zanedbávanie (C)**, teraz je **náročné s nimi vzťah obnovovať (C)**, mnohí **vzťah odmietajú (C)**, **hanbia sa za nich (A)**. Často ich hnevá, že **opakujú rovnaké vzorce správania (C)** ako ich rodičia, snažia sa o **nezávislosť na rodičoch (A)** – momentálnu, ale aj tú v spomienkach. Na druhú stranu rodičov tiež mnoho krát **sklamali (C)**, dostali od nich mnoho šancí, **nenapĺňajú ich očakávania (C)**, mnohí sa snažia o **prehĺbenie kontaktu (C)**, **snažia sa o odpustenie, ale aj odpustiť (A)**.

„Opakuje matčinu cestu (i ona byla s přítelem kvůli pocitu bezpečí a finančnímu zajištění, pila, sebevražda). Matku odsuzovala jako lehkou ženu, když jako malá v noci slyšela, jak si domů vodí chlapy a spí s nimi. A teď si připadá stejně“ (C).

„Po odchodu od otce se jeho matka chtěla hlavně bavit, takže péči o něj zanedbávala. Touha po zábavě a alkoholu jí vydržela i po rozchodu s novým partnerem a každý další její partner ji v tom podporoval. Bezprizorní klient

povlával světem a stupňoval patologii svého chování a intenzitu svého užívání“
(C).

Dôležitou súčasťou života sú PARTNERSKÉ vzťahy. **Partnerské vzťahy v komunite (A)** sa nadväzovať neodporúča. Každá komunita má okolo vzťahov iné pravidlá, v TKPM sú v čase výskumu vzťahy tolerované, je však vyžadovaná sexuálna zdržanlivosť a pravidelná komunikácia o dianí vo vzťahu pred skupinou.

„Prostě si k sobě našli cestu a začala k němu cítit kladné city. Je vyčerpaná z reakcí okolí a toho drobnohledu skupiny, stále to vnímá nespravedlivě oproti jiným párům. Podle ní jsou nadměrně řešeni“ (C).

Partnerské vzťahy však klienti rozvíjajú aj **mimo komunitu (C)**, týka sa to napríklad **expartnerov (A)**, s ktorými môžu riešiť aj **konflikty (C)**. Expartneri potom vedia do komunity prísť na **nečakanú návštevu (C)** a rozvíriť vody pokojného života. Vzťahy započaté pred nástupom do TK často trpia, pretože klienti s partnerom musia na nejakú dobu **prerušiť kontakt (A, C)** a fungujú na diaľku.

„Mezitím čeká u aut, kde se s ním klientka dohaduje, řve na ni a nadává jí, snaží se spolu vzájemně komunikovat, ale jeden na druhého hážou špínu, on je v konfrontaci jak smyslů zbavený, to jsem dlouho neviděl. Během amoku řve i na klienty, kteří vylezli na dvůr, vyhrožuje jak klientce, tak jim, že dostanou přes hubu atd. Jeho řev venku byl prý slyšet i v TK. Po příjezdu Policie se uklidňuje a řeší se platnost předběžného opatření“ (C).

Často sa objavuje, že klienti **nemajú predstavu o zdravom vzťahu (C)**, pretože doteraz žiadny nezažili. Partnerov si **idealizujú (C)**, ocitajú sa v **závislých vzťahoch (B, C)** a od partnera si **saturujú potreby, ktoré nedostali od rodiča (B)**. Taktiež sa v týchto vzťahoch objavuje problematika **dvoch závislých ľudí vo vzťahu (C)**, ktorí síce majú podobný životný príbeh, no v prípade relapsu môžu ľahko ohroziť partnerovu abstinenciu.

„A závislý vztahy. Mnohdy dělají to co nechtějí aby si třeba partnera udrželi. A taky tam jde třeba o to, že oni se k partnerovi vztahují jako k rodiči, v partnerství vyžadují, nebo očekávají něco, co očekávají od rodičů“ (B-6).

Zážitok **lásky** (A, B, C) s čistou hlavou je však bezpochyby obohacujúci zážitok, kedy sa u klientov vynárajú životné témy, ktoré môžu následne priniesť do terapie.

„Rozpráva ako mu chýba klientka, je rozhodnutý o svojich citoch hovoriť verejne, s čistou hlavou nič podobné nikdy necítil, doteraz miloval len perník a chlast“ (C).

K prežívaným vzťahom neodmysliteľne patria aj vzťahy s vlastným DIEŤAŤOM z pozície RODIČA. K rodičovstvu to mnohých tiahne, no skrz nedostatok zdravých vzorov vedia byť tieto vzťahy pomerne komplikované. V role rodiča vedia **vyhorieť** (B), vo výchove bývajú **bezradní** (B), obrovskou témou býva **nastavovanie hraníc s deťmi** (B), kedy rodičia deťom často vynahrádzajú krivdy z minulosti, či terajším deťom vynahrádzajú starostlivosť, ktorú neboli schopní zabezpečiť deťom, o ktoré prišli v minulosti. Niektorí rodičia mávajú o sebe prehnané **predstavy o dokonalosti** (A, B), v prípade zlyhania v tejto nadľudskej úlohe prichádzajú **výčitky** (A, B). Niektorí klienti riešia otázky spojené s **nemožnosťou rodičovstva** (A) pre naštrbený zdravotný stav, či pokročilý vek.

„Objevují se pocity viny vůči dětem, protože hodně klientek se jim nevěnovalo dostatečně, chtěli by jim to vynahradiť, pak to jde do té druhé strany do toho rozmazlování. Musíme se pak bavit o nastavování té hranice“ (B-3).

„Potom se přidaly výčitky, že se o dceru přestal starat, že jí už půl roku vůbec neviděl, že na ni moc nemyslí. Když na ni myslí cítí beznaděj, vždy si představoval, jak udělá svému dítěti jiné dětství než měl on, ale s dcerou to nejde, protože má autismus“ (C).

6.4.3. Adaptácia do väčšinovej spoločnosti

Počas pobytu si klienti vyjasňujú svoj doterajší vzťah k väčšinovej spoločnosti, nielen k systému terapeutickkej komunity. Vystupujú témy POTREBY PRISPÔSOBIŤ SA, ZMENY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU, či OBAVY Z „REÁLNEHO SVETA“, ktorý na klientov čaká po opustení bezpečného prostredia TK.

Pri témach POTREBY PRISPÔSOBIŤ SA narážajú na otázku **normality** (A), dávajú si dokopy svoj vzťah k vete, ktorú mnoho krát v živote počuli:

„Bud' normální! Ty nejseš normální! Co to vůbec znamená? A jak mám být normální s těma všema věcma co jsem v životě zažila? A můžu vůbec ještě? A musím? Já ale nechci!“ (A-1).

Taktiež sa konfrontujú s faktom, že musia robiť **veci, ktoré by najradšej nerobili** (A). Mnohokrát zisťujú že zaradenie do väčšinovej spoločnosti obnáša veľa výziev, ktorým je náročné čeliť. **Nutnosť prispôbiť sa** (A) sa v mnohých prípadoch nestretáva s vreľou akceptáciou, no ide ruka v ruku so **ZMENOU ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU** (A), ktorá je ich zákazkou, ktorú prišli v niekoľko mesačnej liečbe naplniť. Pokúšajú si v spoločnosti členov komunity **nájsť vlastné miesto** (A), hľadajú vlastné funkčné polohy v menšej spoločnosti, ktoré by potom mohli preniesť do vonkajšieho sveta. Je im dopriata **korektívna skúsenosť** (C) v abstinencii, učia sa, ako oslavovať narodeniny, Vianoce či iné **sviatky s čistou hlavou** (C), zažívať nedeľné obedy. Na nákupoch a výjazdoch hľadajú spôsoby, ako fungovať v supermarketoch plných alkoholu, ako sa **vyhýbať rizikovým miestam** (A) a ľuďom.

OBAVY Z "REÁLNEHO SVETA (A) sú prirodzenou súčasťou tohto procesu. Nanovo sa **konfrontujú so svetom** (A) a svet sa konfrontuje s nimi. Mnohí majú ulicu vrytú pod kožou tak výrazne, že do bežného sveta na prvý pohľad nepatria, stretávajú sa s odsúdením a **stigmatizáciou** (A). Svoje zážitky „zvonku“ prinášajú do skupiny a spoločne hľadajú cestu, ako sa do spoločnosti zaradiť, ako v nej byť, či len koexistovať. Vnímajú, že svet pre nich nie je bezpečné miesto, no v bezpečí komunity nemôžu a ani nechcú zostať večne.

„Hodně nepříjemná bývá konfrontace s okolím. Jako když jedeš ven a oni na tebe koukaj. Můžeš čekat, že budou hnusní, nebo tě přijmou. Třeba v obchodě, nebo u lékaře“ (A-2).

7. Súhrnné odpovede na výskumné otázky

Nasledujúca kapitola pojednáva o výskumných otázkach tejto štúdie a odpovediach na ne, ktoré priniesla interpretatívna fenomenologická analýza.

Hlavná výskumná otázka tejto práce znie nasledovne: Aké témy sú pre klienta terapeutickú komunitu najdôležitejšie počas procesu liečby?

Keďže je otázka postavená pomerne široko, tak, ako vyžaduje metóda IPA, sú postulované aj doplňujúce otázky, ktoré viac špecifikujú smer tohto bádania. **Prvá doplňujúca otázka znie nasledovne:** Aké témy týkajúce sa problematiky závislosti sa u klientov TK najčastejšie objavujú?

Ako kľúčové odpovede na prvú doplňujúcu otázku, ktoré vyplynuli z analýzy dát sa javia témy: abstinencia, chute, korene závislosti a traumatické skúsenosti, význam užívania substancie pre doterajší život, psychopatologické prejavy užívania substancií a iné kopingové mechanizmy. Pre lepšiu orientáciu v dátach slúži tabuľka 4, umiestnená na začiatku podkapitoly 6.1. Závislosť a abstinencia.

Druhá doplňujúca otázka znie: Aké témy týkajúce sa chodu TK sú v procese liečby dôležité?

Ako kľúčové odpovede na druhú doplňujúcu otázku sa javia témy: motivácia k liečbe, pravidlá a hierarchický systém, skupinová dynamika, vzťah s terapeutom a kontakt s vonkajším svetom. Pre lepšiu orientáciu v dátach slúži tabuľka 5, umiestnená na začiatku podkapitoly 6.2. Život v terapeutickú komunitu.

Tretia doplňujúca otázka znie: Aké témy vzťahujúce sa k osobnosti klienta sa u klientov TK objavujú najčastejšie?

Ako kľúčové odpovede na tretiu doplňujúcu otázku sa javia témy: sebaregulácia, odpustenia a vina, potreby, existencionálne otázky a budúcnosť po liečbe. Pre lepšiu orientáciu v dátach slúži tabuľka 6, umiestnená na začiatku podkapitoly 6.3. Osobnosť klienta.

Štvrtá doplňujúca otázka znie: Aké témy týkajúce sa vzťahovania klientov k okoliu sa v procese liečby často objavujú?

Ako kľúčové odpovede na štvrtú doplňujúcu otázku sa javia témy sociálne kompetencie, vzťahy a adaptácia do väčšinovej spoločnosti. Pre lepšiu orientáciu v dátach slúži tabuľka 7, umiestnená na začiatku podkapitoly 6.4. Vzťahovanie sa k okoliu.

8. Diskusia

Práca si kladie za cieľ identifikovať kľúčové témy v procese úzdravy závislého klienta v prostredí terapeutickej komunity. Bola postulovaná hlavná otázka ktorá znie: Aké témy sú pre klienta terapeutickej komunity zásadné počas procesu liečby? Vznikli tiež štyri doplňujúce otázky, ktoré sa dopytujú na témy závislosti a abstinencie; života v terapeutickej komunite; osobnosti klienta a klientovo vzťahovanie sa k okoliu. Výsledky práce sú tematicky rozdelené na štyri okruhy podľa postulovaných doplňujúcich otázok. Prehľadný grafický súhrn je k dispozícii v Tabuľkách 4, 5, 6 a 7, ktoré sú umiestnené na začiatku každej podkapitoly druhej úrovne v kapitole Výsledky. Dáta boli zozbierané z troch zdrojov a následne analyzované metódou IPA. Prvý set dát tvorili postrehy od klientov, druhý tvorili postrehy od terapeutov, ako tretí set dát bola využitá interná denná dokumentácia zariadenia Terapeutickej komunity v Podcestnóm mlýně.

Prvým z definovaných okruhov je závislosť a abstinencia, kde vystupujú otázky, ktoré si klienti kladú vo vzťahu k abúzu substancií. Otvára sa tu otázka vzťahu klientov ku závislosti a abstinencie ako takej. MKN – 10 definuje závislosť v šiestich základných bodoch, ktoré v skratke obsahujú craving, problémy so sebaovládaním, telesný odvykací stav, nárast tolerancie, zanedbávanie seba a okolia v prospech látky a pokračovanie v užívaní aj cez výskyt jasných škodlivých následkov spojených s užívaním substancie (World Health Organization, 2020).

Pre pomerne vysoký prah selekcie klientov pre vstup do TK si jej klienti uvedomujú, že závislosť im v živote spôsobuje spomínané problémy a svoju situáciu by si priali zmeniť. Abstinenciu vnímajú ako prostriedok, ktorý im môže pomôcť v dosiahnutí cieľa zmeny. Jej dosiahnutie a dlhodobé udržanie je náročný proces, keďže závislosť je chronické recidivujúce ochorenie (Kalina, 2008). Klienti si túto skutočnosť uvedomujú, sami sa o jej udržanie pred liečbou v TK mnohokrát pokúšali, no zlyhali. Intenzita motivácie okolo rozhodnutia pre abstinenciu sa časom mení, čo je častý jav pozorovaný u závislých klientov TK. Vzťah k tomuto rozhodnutiu sa neustále podrobuje zmenám, pozícia klienta v polarite zmeny sa často hýbe po celom dostupnom spektre polôh (Caputo, 2018). Napriek prvotnému impulzu do liečby vstúpiť sa v nej nie je ľahké udržať vďaka chutiam na drogu (De Leon, 2000). Tie totiž okrem negatívnych účinkov klientovi prinášali aj isté výhody a pozitíva, ktoré klient nevie naplniť bez nej. Je dôležité zistiť, aké výhody klientovi

z užívania substancií plynú a následne sa v liečbe pokúšať o nachádzanie nových vzorcov saturácie kýžených potrieb bez užitia substancie (Ravndal & Vaglum, 1994). Z dostupných dát je zaujímavé pozorovať, že tento fakt klienti vôbec neoslovujú, je však pozorovateľný v dátach získaných od zamestnancov a denných zápisov.

V prvom okruhu vystupuje tiež tematika chutí, ktoré klienti po vysadení substancie zažívajú. Klienti sú počas liečby spájaní s rôznymi stratégiami a technikami ako sa s nimi vysporiadať. V TKPM klienti každé dva týždne absolvujú vzdelávanie zabezpečené externým lektorom, ktorý ich napríklad oboznamuje s princípmi trojstupňovej obrany (Nešpor, 2016). Jedná sa o techniku, ktorá predchádza recidíve a komplexne pojednáva o oblastiach prevencie na úrovni abstinencie, spúšťačov a relapsu. K témam sa vzťahuje cez včasné uvedomenie a pozorovanie vlastných emócií, jednania a kognície. Počas vzdelávania sa stretávajú s rôznymi technikami a vhládmi s využitím pre prácu so závislosťou, dostáva sa im tiež dôležitej psychoedukácie o ochorení, ktorým trpia. V prvom okruhu výsledkov sa pripomínajú aj psychopatologické prejavy spojené s dlhodobým abúзом substancií, ktoré môžu viesť až k deprivácií osobnosti (Dušek & Večeřová – Procházková, 2015) s čím treba pri liečebnom procese počítať. Zaujímavosťou kapitoly sú aj pridružené nelátkové závislosti, či kopingové mechanizmy s ktorými sa klienti potýkajú a v liečbe saturujú svoje potreby.

Druhý okruh výsledkov pojednáva o špecifikách života v TK, kde hrá veľkú rolu motivácia k liečbe, o ktorej je pojednávané vyššie. Systém liečby je navrhnutý tak, aby v prvom rade poskytoval bezpečie a priestor pre realizáciu abstinencie, a preberanie zodpovednosti za dôsledky svojich činov. Je postavený na systéme striktných pravidiel, ktoré sa klient musí naučiť, vyrovnáť sa s nimi a dodržiavať ich (Kalina, 2008). Hľadá si miesto v hierarchii tohto systému, ktorou postupne napreduje, preberá kompetencie, stáva sa zodpovednejší za svoj príbeh a príbeh ostatných členov. Potýka sa tu s výzvami spolužitia v úzkej skupine ľudí, vystavuje sa skupinovej dynamike, ktorá pomáha s jeho procesom úzdravy (DeLeon, 2000). Je zaujímavé, že z nazbieraných dát vyplýva, že zamestnanci o problematike hierarchického systému, či skupinovej dynamike vo svojich výpovediach nepojednávajú. Práca tiež poukazuje na význam vzťahu s terapeutom, kedy tu často terapeut preberá špecifickú rolu rodiča (Kalina, 2008). Tá je pozorovateľná aj v bežnom terapeutickom vzťahu, no v prostredí TK sa profiluje o to viac, keďže ide o prostredie, ktoré kladie na familiaritu vzťahov medzi jej členmi hlboký dôraz. Ideálne dochádza k nadväzovaniu vzťahovej väzby,

ktorá je možno po prvýkrát v živote klienta bezpečná a on si cez ňu saturuje potrebu blízkosti a vzťahovej vrelosti, ktorú snáď dovtedy hľadal v droge svojho výberu.

Tretí okruh pojednáva o osobnosti klienta, poukazuje na jeho sebaregulačné mechanizmy, deficity v sebapoňatí, popisuje maladaptívne stratégie, ktoré klient ku vzťahu k sebe využíva. Cez ich identifikáciu, uvedomenie a následné nahliadnutie sa klient môže učiť novým, adaptívnym a podporným spôsobom, ako sa vyrovnávať so životnými skúškami. Obrovskú rolu tu hrá odpustenie a pocit viny, ktoré sú prítomné snáď u každého klienta. Aj keď sú klienti často obeťami okolností, prostredia a traumatických udalostí, ide tiež o živé a rozhodujúce sa bytosti s možnosťou vlastnej voľby, ktoré v živote učinili mnoho poľutovaniahodných rozhodnutí, ktoré si so sebou životom nesú ďalej. Zákonite sa stretávajú s pocitmi viny okolo svojich rozhodnutí a činov, prahnú po odpustení a ich odčinení, čo sa nie vždy dá dokázať. Existujú však mnohé cesty, ktoré môžu ich svedomiu ulaviť, aby sa nemuseli cykliť v minulosti a sebaobviňovaní a svoju energiu a potenciál ďalej konštruktívne využili (Kocvrlichová, 2006).

V treťom okruhu vystúpila aj téma nutnosti naplňania rôznych potrieb a existencionálnych otázok. Z okruhu potrieb by som zdôraznil dospelosť, či potrebu individuácie, ktorá je vlastná každému človeku, ako to tom hovorí napríklad C. G. Jung (McNeely, 2010). Klienti určite na nejakú cestu individuácie nastupujú, v spojení so substanciou sa však jedná o cestu špecifickú, nezlučiteľnú s potrebami zapadnutia do väčšinovej spoločnosti. Dospelosť ňou oddiaľujú a skúsenosť s terapeutickou komunitou býva vnímaná aj ako vstupná brána do nej, akýsi pomyselný prechodový rituál do dospelosti (DeLeon, 2000). Z existencionálnych otázok vystupuje otázka samoty, ktorá v živote závislého hrá veľkú rolu. S postupom závislosti do pokročilých štádií dotýčaný prichádza o svoje sociálne kruhy a izoluje sa (Caputo, 2018). V limbe samoty sa ocitá len so svojou substanciou, ktorá sa stáva láskou, ale aj najhorším nepriateľom. Nie je ľahké takýto vzťah opustiť a nájsť si plnohodnotné partnerstvo v okolitom svete.

Posledný okruh tvoria témy vzťahovania sa k okoliu. Len opustením spomínanej samoty a izolácie a opätovným vstúpením do vzťahov sa klient môže navrátiť do spoločnosti a zmeniť svoju situáciu. Zväčša nevelmi rozvinuté vzťahové kompetencie sa v prostredí TK snaží rozvíjať, nanovo buduje hranice, či sa učí otvorenosti a dôvere vo svet, ktorý ho už toľkokrát zradil, a ktorému už toľko krát ublížil. V komunite zažíva blízke vzťahy tu a teraz na ktorých sa učí, ako môže pristupovať ku svojim vzdialenejším vzťahom, ktoré ho čakajú

v kruhu rodinnom a partnerskom, či voči svojim deťom z pozície rodiča. Popritom všetkom si musí vyriešiť aj svoj vzťah k väčšinovej spoločnosti. Hlavne otázku, či sa do nej naozaj chce, alebo nechce zapojiť a prísť na spôsob, ako tak urobiť.

Za limity tohto výskumu považujem exekúciu fokusovej skupiny s klientami. Spätne hodnotím metódu v širšej skupine klientov za menej vhodnú. Podarilo sa zozbierať dostatočne veľké množstvo dát, no v niektorých prípadoch sa nepodarilo uspokojivý ponor do hĺbky jednotlivých odpovedí. Chybou bol pomerne veľký počet klientov a príliš uvoľnená atmosféra v skupine, čo sa na mieste nejavilo ako prekážka. Problematickou bola nahrávka zo skupiny, pri tvorbe prepisu rozhovoru. Klienti sa prekrikovali a mnoho krát neposkytli rozšírené odpovede bohaté na dáta (čo sa dalo ovplyvniť väčším dopytovaním). Obmedzená časť dát, ktorá išla naozaj do hĺbky bola kvôli interferencii hlasov miestami nezrozumiteľná. Kartičky, na ktoré klienti svoje nápady písali a potom ich pripichovali na nástenku sa tu ukázali ako prospešné. Teda zozbierané bolo hojné množstvo tém, ktoré miestami neboli podložené širším vysvetlením.

Pri vedení tejto fokusovej skupiny som sa tiež ocitol v strete záujmov, keďže som bol zároveň aj jedným z členov terapeutického tímu v komunite, kde rozhovor vznikol. Okolo svojej pozície som bol s klientami otvorený, prisľúbil som im, že informácie, ktoré som sa na fokusovej skupine dozvedel z nej vynášať nebudem. Je možné, že sa klienti držali v niektorých témach naspäť, avšak pomenovali ich veľké množstvo a nevyhýbali sa ani páľčivým témam (napr. okolo sexuality), ktoré sa na bežných skupinách často neobjavujú.

Fokusová skupina s pracovníkmi komunity prebehla bez problémov. Na šírku témy a hĺbku odpovedí som mal však vyhradené len pomerne malé množstvo času jednej hodiny. Aj napriek tomu boli pracovníci schopní poskytnúť dostatočnú dátovú banku pre tento výskum.

Za limit výskumu tiež považujem využitie len jednej komunity. Zaujímavé by bolo využiť dáta z viacerých zariadení.

Do budúcnosti by sa štúdia dala prehĺbiť. K tomu účelu by mohli byť oslovení zástupcovia z vybraných komunit k vykonaniu dostatočne obsiahlych pološtrukturovaných rozhovorov. Ako štruktúra pre ne by mohla poslúžiť táto štúdia. Takisto by sa dali prehĺbiť jednotlivé okruhy, či témy vystupujúce z analýzy.

Práca môže slúžiť ako solídny základ pre nahliadnutie do procesu liečby v TK novým, či nezúčastneným pracovníkom sociálnych a zdravotníckych služieb. Po jej prečítaní si môžu

spraviť lepší prehľad v témach, s ktorými sa v komunitnej praxi klienti naozaj potýkajú a ktorým čelia. Pracovníci po prečítaní práce môžu reflektovať nad vlastnou schopnosťou s témami pracovať a prípadne zakomponovať do svojej praxe ich prehĺbenie. Taktiež by sa dal na základe popísaných tém vytvoriť intervízny, či supervízny dokument, ktorý by popisoval šírku či rozvinutosť vlastností klientov ku vzťahu k jednotlivým témam a mapoval by ich rozvojové možnosti.

9. Záver

Táto práca sa pokúsila identifikovať témy, ktoré sú pre proces úzdravy závislého klienta v prostredí terapeutickkej komunity kľúčové na základe dát získaných z fokusových skupín s klientmi a pracovníkmi, ktorí v TK pôsobia a zápisov, ktoré sú pracovníkmi zariadenia denne vyhotovované. K vytýčenému cieľu bola využitá kvalitatívna výskumná metóda interpretatívnej fenomenologickej analýzy.

Ako kľúčové z analýzy vyplynuli štyri okruhy tém a to téma závislosti a abstinencie; téma života v terapeutickej komunite; téma osobnosti klienta a téma klientovho vzťahovania sa k okoliu. Témy, ktoré sa z množstva analyzovaných dát vynorili, tvoria akúsi mapu, po ktorej sa klienti v rámci svojej liečby v TK pohybujú a po ktorej ich pracovníci zariadenia sprevádzajú. Klientom sa s rôznou úspešnosťou darí jednotlivým nástrahám čeliť, z procesu sa učiť a získanú skúsenosť brať do ďalšieho života. V práci bol proces rozdelený na menšie fragmenty, ktoré bolo možné z dát zachytiť a popísať.

Práca sa pokúša proces úzdravy v TK vierohodne zhrnúť a poskytnúť prehľadný sumár tém, s ktorým sa klient, či pracovník terapeutickkej komunity môže počas svojej účasti v zariadení stretnúť. Aj keď sa svojou obsahosťou jedná o širokú tému, publikácia môže čitateľa prehľadným spôsobom k téme priblížiť pre účely lepšieho nahliadnutia a porozumenia problematiky závislosti a procesu zmeny pomocou metódy, ktorú terapeutická komunita českého prostredia ponúka.

Metóda sa od čias jej vzniku fluidne vyvíja a mení, tak ako sa fluidne vyvíja a mení jej niche a spoločnosť okolo nej. Preto si na záver tejto práce požičiam slová, ktoré zazneli z úst klienta pri zbere dát a rezonujú so mnou pri úvahe nad zmenou, ktorej sme ako pracovníci komunit súčasnou, kedy našim klientom pomáhame rozširovať cestu do ďalšieho života a dúfame, že sa vo veľkom svete opäť nestratia.

„Já jsem byl v komunitě před čtrnácti lety a ta scéna se úplně mění! Ted' už feťáka ani nepoznáš, dřív to bývalo že to mělo nějaký smysl, že ten člověk byl dost výstřední a ted'kom to nepoznáš. Vnímám zánik jako by tý scény! Měli styl oblíkání, nosili copánky, nosili dready, měli na sobě koženou bundu. Já už se nemám kam vrátit! Už se to celý změnilo!“

Súhrn

V teoretickom ukotvení práca pojednáva o liečbe závislosti v terapeutickom komunitnom prostredí. Vo svojej prvej časti čerpa z historických podkladov, kde približuje koncept demokratickej a hierarchickej komunity. Pochopenie týchto dvoch konceptov je dôležité pre uchopenie aktuálneho modelu terapeutickom komunity, ktorý je momentálne v Českej republike pre liečbu závislosti aplikovaný najčastejšie. V ďalších dvoch častiach pojednáva o špecifikách a nuansách TK ako terapeutickom metódy a systému. Systém, pozostávajúci z pravidiel a jasne daného programu, vymedzuje priestor terapeutickom metóde, ktorá svojimi prostriedkami pôsobí na závislého klienta. Posledná časť teoretického zakotvenia popisuje rôzne druhy terapií, ktoré sa na pôde TK odohrávajú.

Práca si kladie za cieľ determinovať témy, ktoré sú pre závislých klientov v prostredí terapeutickom komunity (TK) kľúčové pri ich procese úzdravy počas pobytu v zariadení. Hlavná výskumná otázka má preto formuláciu: **Aké témy sú pre klienta terapeutickom komunity zásadné počas procesu liečby?** K dosiahnutiu vytýčeného cieľa používa kvalitatívnu metódu IPA, ktorou analyzuje tri sady dát nazbieraných z dvoch fokusových skupín s päťnástimi klientami a siedmimi pracovníkmi Terapeutickom komunity v Podcestnom mlýně a súboru dokumentov – terapeutických zápisov z obdobia jedného roka pojednávajúcimi o tridsiatich deviatich klientoch.

V práci sa podarilo identifikovať štyri okruhy so svojimi podtémami, okolo ktorých je sústredená liečba terapeutickom komunity. **Prvým okruhom** je „abstinencia a závislosť“ s podtémami: abstinencia, chute, korene závislosti a traumatické skúsenosti, význam užívania substancie pre doterajší život, psychopatologické prejavy užívania substancí a iné kopingové mechanizmy. **Druhým okruhom** je „život v TK“ s podtémami: motivácia k liečbe, pravidlá a hierarchický systém, skupinová dynamika, vzťah s terapeutom a kontakt s vonkajším svetom. **Tretí okruh** má názov „osobnosť klienta“ s podtémami: sebaregulácia, odpustenia a vina, potreby, existencionálne otázky a budúcnosť po liečbe. **Štvrtý okruh** s názvom „vzťahovanie sa k okoliu“ a podtémami: sociálne kompetencie, vzťahy a adaptácia do väčšinovej spoločnosti. Pre lepšiu orientáciu v dátach slúžia tabuľky 4, 5, 6 a 7 umiestnené na začiatku každej podkapitoly druhej úrovne v kapitole Výsledky.

Výsledkom práce je zhmotnenie akejsi pomyslenej mapy, po ktorej sa klienti počas svojho procesu úzdravy v terapeutickom komunitnom prostredí pohybujú. Poukazuje na celostné

nazeranie na klientov a ich žitú skúsenosť v TK, ktorej systém je nastavený holisticky. Pokúša sa nahliadnuť čo najširšie spektrum klientovej reality a za ideálnych okolností ju mení. Klientom pomáha s dospievaním, sebareguláciou emócií, preberaním zodpovednosti, čelením vlastnej minulosti, budovaním zdravých vzťahov, osvojovaním si sociálnych zdatností, vyjasňovaním si svojho postoja k abstinencií, závislosti, ale aj k spoločnosti, v ktorej žijú. Pomáha klientom s budovaním nových kopingových mechanizmov a zo závislosti robí prežitok, obsahujúci príliš veľké množstvo nechcených vedľajších účinkov.

Práca môže slúžiť ako solídny základ pre nahliadnutie do procesu liečby v TK novým, či nezúčastneným pracovníkom sociálnych a zdravotníckych služieb. Po jej prečítaní si môže čitateľ spraviť lepší prehľad v témach, s ktorými sa v komunitnej praxi klienti potýkajú a ktorým čelia. Pracovníci po prečítaní práce môžu reflektovať nad vlastnou schopnosťou s témami pracovať a prípadne zakomponovať do svojej rozvojovej praxe ich prehľad.

Použitá literatura

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J. & Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Úřad vlády České republiky.

Becker, U. (2002). *Slovník symbolů*. Portál.

Bloom, S. L. (2013). *Creating sanctuary: Toward the evolution of Sane Societies*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Broekaert, E. (2001) Therapeutic community for drug users. In: Rawlings, B., Yates, R. (eds.) *Therapeutic community for treatment of Drug Users*. Jessica Kingsley Publishers.

Broekaert, E., Kooyman, M. & Ottenberg, D. J. (1993). What cannot be changed in a therapeutic community?. *Orthopedagogische Reeks Gent*. 2, pp. 51–62.

Broekaert, E., Kooyman, M. & Ottenberg, D., J. (1998). Thee “new” drug-free therapeutic community: challenging encounter of classic and open therapeutic communities, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, no. 6, pp. 595–597, 1998.

Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D. & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview, *European Addiction Research* 5, pp. 21–35.

Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J. & Kaplan, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pp. 407–417.

Broekaert, E., Vandavelde, S., Schuyten, G., Erauw, K. & Bracke, R. (2004). Evolution of encounter group methods for substance abusers. *Addictive Behaviors* 29, pp. 231–244.

Broekaert, E., Vandavelde, S., Soyez, V., Yates, R. & Slater, A. (2006). The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research* 12, pp. 1–11.

Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W. & Colpaert, K. (2010). "The human prerogative": a critical analysis of evidence-based and other paradigms of care in substance abuse treatment. *Psychiatric Quarterly*. 81, pp. 227–238.

Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Vandeveldde, S. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/25291>

Campling, P. (2001). Therapeutic communities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 365–372. doi:10.1192/apt.7.5.365

Caputo, A. (2018). The Experience of Therapeutic Community: Emotional and Motivational Dynamics of People with Drug Addiction Following Rehabilitation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-018-0008-4

Carpenter, J. & Treacher, A. (1989). *Problems and Solutions in Marital and Family Therapy*. Billing & Sons.

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company.

De Leon, G. & Unterrainer, H., F., (2020). The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 11:786. doi: 10.3389/fpsy.2020.00786

Dušek, K., Večeřová – Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.

EMCDDA (1999). Evaluating the treatment of drug abuse in the European union. *EMCDDA scientific monographs series no. 3*. Office for official publications of European communities.

Flores, P., J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 51(1: Special issue):63–81. doi: 10.1521/ijgp.51.1.63.49730

Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., De Leon, G. & Broekaert, E. (2011). Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance Use and Misuse* 46. pp. 1023–1031.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orlíková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Dékány, L., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022*, Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*, Úřad vlády České republiky

.Jeřábek, P. Klientela TK. (2007). In: P. Nevšímal (ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Vznik a vývoj* (vyd. 1., s. 18-28). Nakladatelství Lidové noviny.

Jones, M. (1953). *Therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. Basic Books.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Grada.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.

Kalina, K. et al. (2021). *Klinická Adiktologie*. Grada.

Kast, K., A. & Avery, J., D. (2019). An Introduction to the Opioid Epidemic and Therapeutic Communities. In: Avery, J., Kast, K. (eds) *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_1

Kennard, D. (1998). *An introduction to therapeutic communities*. Jessica Kingsley Publishers.

Kirchner, J. & Hátlová, B. (2011). *Teorie dobrodružné terapie*. Praha: European Science and Art Publishing.

Kocvrlichová, A. (2006). *Vina*. Triton.

Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement, and treatment success*. Swets & Zeitlinger Publishers

Kooyman, M., De Leon, G. & Nevšímal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: Vznik a vývoj*. Středočeský kraj a Magdaléna o.p.s.

Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Academia Praha.

McNeely, D., A. (2010). *Becoming: An Introduction to Jung's Concept of Individuation*. Sheridan.

Nešpor, K. (2016). *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. Praha.

Nevšímal, P. et al. (2007) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Středočeský kraj a Magdaléna o.p.s.

Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*. 96(1):15–31. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961152.x

Perfas, F., B. (2019). The Modern Therapeutic Community Model. *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model*. 1(1):23-44, doi: 10.1007/978-3-030-26273-0_3

Pieri, L. (2002). *The Therapeutic Community as Treatment in Substance Use Disorders*. Columbia University Press.

Podané ruce. (2023, March 12). *Terapeutická komunita v Podcestném Mlýně*. <https://podaneruce.cz/centra-sluzby/terapeuticka-komunita-v-podcestnem-mlyne/#1528790977650-57e6dc37-c68c>

Podmajerský, P., & Prillinger, J. (2001). Ozdravenie rodiny a jednotlivcov pri drogových závislostiach. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 36(3), 183-189.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Štěpo J. (1999). *Psychoterapeutické Systémy: Průřez Teoriemi*. Grada.

Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). Why do drug abusers leave the therapeutic community? Problems with attachment and identification in a hierarchical treatment

community. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(sup33), 4–55.
doi:10.3109/08039489409096707

Richterová, B., Takács, O., Pindáková, J., Slivková, M., Tešnarová, D., Polášková, D. & Fešarová, V. (2015). Zátěžové aktivity a léčba drogově závislých. *Grant Journal*. 4. pp. 92-97.

Roberts, J. (1997). How to recognise a therapeutic community. *Prison Service Journal* 111, pp. 4–7.

Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Avicenum.

Vanderplasschen, W., Vandavelde, S. & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union .

Vandavelde, S., Broekaert, E., Yates, R. & Kooyman, M. (2004). The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the “democratic” Maxwell Jones TC and the “hierarchical” concept-based TC in prison. *International Journal of Social Psychiatry* 50, pp. 66–79.

West, R. (2006). *Teory of Addiction*. Blackwell Publishing.

World Health Organization (2020). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Yalom, I., D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

Prílohy

Abstrakt diplomovej práce

Názov práce: Kľúčové témy liečebného procesu závislých klientov v prostredí terapeutickkej komunity.

Autor práce: Bc. et Bc. Michal Hrozáň

Vedúca práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet strán a znakov: 94 strán, 165478 znakov

Počet príloh: 4

Počet titulov použitej literatúry: 53

Abstrakt: Práca si kladie za cieľ identifikovať kľúčové témy v procese úzdravy závislého klienta v prostredí terapeutickkej komunity (TK). K dosiahnutiu cieľa používa kvalitatívnu metódu IPA, ktorou analyzuje tri sety dát nazbieraných z dvoch fokusových skupín s pätnástimi klientami a siedmymi pracovníkmi Terapeutickej komunity v Podcestnom mlyne a súboru dokumentov – terapeutických zápisov z časového obdobia jedného roku pojednávajúcich o 39 klientoch. V práci sa podarilo identifikovať štyri okruhy so svojimi podtémami, okolo ktorých je sústredená liečba terapeutickkej komunity. Prvým okruhom je „abstinencia a závislosť“ s podtémami: abstinencia, chute, korene závislosti a traumatické skúsenosti, význam užívania substancie pre doterajší život, psychopatologické prejavy užívania substancií a iné kopingové mechanizmy. Druhým okruhom je „život v TK“ s podtémami: motivácia k liečbe, pravidlá a hierarchický systém, skupinová dynamika, vzťah s terapeutom a kontakt s vonkajším svetom. Tretí okruh má názov „osobnosť klienta“ s podtémami: sebaregulácia, odpustenia a vina, potreby, existencionálne otázky a budúcnosť po liečbe. Štvrtý okruh s názvom „vzťahovanie sa k okoliu“ a podtémami: sociálne kompetencie, vzťahy a adaptácia do väčšinovej spoločnosti.

Kľúčové slova: liečba závislosti, terapeutická komunita, IPA, Podcestný mlyn

Abstract of diploma thesis

Title: Core topics in the treatment process of addicted clients in a therapeutic community setting

Author: Bc. et Bc. Michal Hrozáň

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 94 pages, 165478 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 53

Abstract: The thesis aims to identify key themes in the recovery process of an addicted client in a therapeutic community (TC) setting. To achieve this goal, it uses the qualitative method of IPA, where it analyses three sets of data collected from two focus groups with fifteen clients and seven staff members of the Therapeutic Community in Podcestný mlýn and a set of documents - therapeutic notes from a time period of one year dealing with 39 clients. The thesis managed to identify four areas with their subtopics, around which the treatment of the therapeutic community is centered. The first area is "abstinence and addiction" with the subtopics: abstinence, cravings, the roots of addiction and traumatic experiences, the meaning of substance use in the life of addict, the psychopathological manifestations of substance use and other coping mechanisms. The second area is "life in TC" with subtopics: motivation for treatment, rules and hierarchical system, group dynamics, relationship with therapist, and contact with the outside world. The third area is titled "the client's personality" with subtopics: self-regulation, forgiveness and guilt, needs, existential issues, and the future after treatment. The fourth area is titled "relating to the surrounding world" with the subtopics: social competences, relationships and adaptation to the mainstream society.

Keywords: treatment of addiction, therapeutic community, IPA, Podcestný mlýn

Informovaný súhlas o účasti na štúdiu

Ja, dolu podpísaná/ý....., súhlasím s poskytnutím rozhovoru a ďalších osobných materiálov za účelom výskumu prevádzaného v magisterskej diplomovej práci Bc. et Bc. Michala Hrozána, študenta kombinovaného štúdia Katedry psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, na tému „Kľúčové témy liečebného procesu závislých klientov v prostredí terapeutickkej komunity“. Zároveň prehlasujem, že mám viac ako 18 rokov.

1. Súhlasím s nahrávaním rozhovoru za účelom výskumu.
2. Súhlasím s nahliadnutím do mojej dokumentácie v súvislosti s danou témou, pri zachovaní a dodržaní plnej anonymity.
3. Svojím podpisom potvrdzujem, že ma výskumník môže kontaktovať na poskytnutom tel. čísle alebo emaile aj po ukončení mojej liečby v TK pre účely tejto štúdie.
4. Som oboznámená a informovaná s postupmi, cieľmi a mojou úlohou na výskumnej činnosti.
5. Moja účasť je dobrovoľná a výsledky budú zverejnené len s mojím súhlasom. Zároveň som oboznámená, že svoju účasť na výskume môžem kedykoľvek prerušiť bez uvedenia dôvodu, poprípade môžem odstúpiť.
6. Riešiteľ výskumu sa tiež zaväzuje, že moje osobné a citlivé dáta budú podliehať ochrane o dôverných údajoch a, že budú dodržiavané etické normy.
7. Súhlasím, že moje identifikačné údaje vo forme anonymných dát budú použité len za účelom výskumu a vyskytnú sa v rámci danej diplomovej práce, poprípade iných odborných výstupov na akademickej pôde.
8. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola dostatočne informovaná o prebiehajúcom výskume a mala som možnosť si všetko vopred uvážiť a premyslieť.
9. V prípade potreby mám možnosť opätovne kontaktovať výskumníka štúdie elektronicky na adrese m.hrozan@hotmail.com

Moje pripomienky:

Informovaný súhlas je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, každý s platnosťou originálu.

Dátum:

Dátum:

Podpis účastníka:

Podpis riešiteľa výskumu:

Ukážka prepísaného rozhovoru s pracovníkmi TK

Rozhovor vznikol počas druhej fokusovej skupiny s pracovníkmi TK, v práci je pod označením (B).

3: Pocity viny se objevují i v pedagogických pohovorech a jsou to pocity viny vůči dětem, protože hodně klientek se jim nevěnovalo dostatečně, takže tam se to taky zmiňuje.

X: že ubližovali deťom..

3: že tam nebyli přítomní, že byli zlý agresivní, nevnímali je.

X: a teda to čo riešia v tej terapií a s tebou je že by to chceli mať inak

3: že by jim to chtěli vynahradiť, že se to vlastně stalo, pak to jde do té druhé strany do toho rozmazlování, pak se musíme bavit o nastavování toho, že i když tam něco takového bylo, že tam musíme nastavovat ty hranice, nevím takovou tu lásku, která není. To se asi objevuje hodně často. Že prostě, nebyli rodiče prostě.

X: a máte nejaké spôsoby ako to s nimi nahliadate?

4: já spíš reaguju tak, že je to téma na individuální pohovor s terapeutem, já spíš potřebuju vědět, jak funguje tady a teď, jak funguje jako rodič a jak to chce

X: a že môže vlastne začať budovať nanovo svoj predstavu akú má o tom, ako by to teda mohol urobiť ideálne.

4: přesně tak, ať si vyzkouší, co funguje, co mu jde. Co se týká té minulosti, to spíše nechávám na terapeutickou část a já se s nimi bavím o tom, jak to můžeme udělat teď a jak to chtějí do budoucna.

X: ako by si pomenovala tú tému?

4: pocit viny, velmi často k tomu sklouzneme. „Já vím, že jsem byla v minulosti taková a taková“. Chtějí to vynahradiť. „Nebyla jsem dobrým rodičem, vím, že jsem byla vzteklá a zlá“. To jsou věci, které tam slýcháváme.

3: a taky nějaká bezradnost v té výchově, nejsou si jistí, zda to dělají dobře.

4: taky otázky co je vlastně správně z té výchovy. Protože voni třeba z té své minulosti ani nevědí jak to má vypadat, většinou jsou výsledkem výchovy svých rodičů a různých nefunkčních vztahů rodinných.

2: nemusí to být k výchově..

X: nie

2: Chutě a abstinence. Řeší se to často a je to důležité.

X: a čo by si povedal k tým chutiám? V akej podobe s nimi riešiš chute?

2: že je aktuálne mívajú. A ty chute jsou různý. Dokonce někdy je nemají a někteří to řeší že to nemají, že to je divný, někteří zas řeší že se léčí půl roku a že je furt mají a že je to taky divný. Spíše se na to dívají, že jsou s tou situací celkově nespokojení, že jo.

X: no a z tvojho pohľadu, ty im dávaš nejaké návody že ako ich riešiť, alebo ich len tak vypočuješ? Lebo niekde ja mám pocit že to riešime hodne externe, cez vzdelávanie.

2: jo to jim hodně doporučuju ať si to řeší s ním, a hlavně jim říkám, aby experimentovali. A vyzkoušeli si třeba co jim funguje. A ještě je třeba upozorním, že jsou takový chute, na které jim ty techniky fungovat nemusí. Potom jim ještě říkám aby si všímali, co bylo spouštěčem těch chutí, co předcházelo je takový důležitý. Aby si to nenechali běžet, aby si to zastavovali zavčas, protože je jednodušší dřív, pak je to těžký. A odkazuju je na to aby vyhledali společnost ostatních a aby s nimi o tom mluvili.

X: a vedel by si ešte elaborovať o tej abstinencii ako si to myslel.

2: Oni samozřejmě dřív chtěli nějak změnit to svoje užívání a zjistili, že to není jednoduchý abstinent. Takže se to velmi často objevuje, řekl bych že až nad 50%, se to objevuje v cíli léčby. Trvalá abstinence. Možná bych řekl 2/3 to tam mají, možná i víc. Je to něco, proč tam vlastně jsou.

X: dík. chcel by k tomu niekto niečo dodať napríklad?