

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta Katedra sociologie a andragogiky

RESOCIALIZÁCIA ZÁVISLÝCH DO SPOLOČNOSTI

ENCULTURATING OF DEPENDENTS INTO THE SOCIETY

Bakalárska diplomová práca

Helena Červenková

Vedúci bakalárskej diplomovej práce: PhDr. Pavel Kliment, PhD.

Olomouc 2010

Prehlasujem, že som túto prácu vypracovala samostatne a uviedla v nej všetku literatúru a ostatné zdroje, ktoré som použila.

Helena Červenková

V Šuranoch dňa 22.03.2010

Pod'akovanie

Ďakujem vedúcemu práce PhDr. Pavlovi Klimentovi, PhD. za jeho trpezlivosť, odborné vedenie, užitočné rady a pripomienky pri písaní bakalárskej práce. Zároveň ďakujem Mgr. Daniele Jaššovej, zodpovednej zástupkyni v Resocializačnom stredisku v Šuranoch – Nový Svet za cenné rady, za možnosť realizovať výskum pre túto prácu a klientom za ich ochotu a otvorenosť pri zbere dát.

Anotácia

Predkladaná bakalárska práca má teoreticko- empirický charakter.

Primárnym cieľom bakalárskej práca je deskripcia činnosti resocializačného strediska a následne odhaleníu podielu resocializácie na procese u zmeny závislého.

Teoretická časť je obsiahnutá v troch kapitolách, empirická časť má poslednú štvrtú kapitolu.

V prvej kapitole opisujem čo je droga, závislosť. V druhej kapitole som načrtla liečbu drogových závislostí, charakterizovala resocializáciu, priblížila resocializačný proces a fungovanie konkrétneho resocializačného strediska. Tretia kapitola pojednáva o následnej starostlivosti, o niektorých z možností doliečovania.

V empirickej časti som zozbierala prostredníctvom rozhovoru informácie, v ktorom som zistila podiel resocializácie na procese zmeny očami klientov.

Kľúčové slová: Droga, Závislosť, Liečba, Resocializácia, Resocializačný proces, Následná starostlivosť

Annotation

Submitted bachelor's work contains theoretic and empirical character.

Primary purpose of this bachelor's work is to describe the activities of resocialization institution and consequently recovers the changes of applied process on the dependent.

Theoretic part is in three capitols, empiric part is the last capitol of this bachelor's work.

In the first capitol I describe the meaning of the word drug, dependency. In the second capitol I explain the therapy of drug dependency, resocialization, brought closer the resocialization process and describe one specific functioning resocialization institute. The third capitol is about aftercare and some possibilities of therapy.

In the empiric part I collected much information by interview, and I recovered resocialization results by the eyes of the clients of the specific institution.

Key words: Drug, Dependency, Therapy, Resocialization, Resocialization process, Aftercare

OBSAH

Úvod	8
1. Droga a jej história	10
1.1. Vymedzenie pojmu drogová závislosť	12
1.2 Podoby interakcie medzi užívateľom a drogou	15
2 Liečenie drogových závislostí	16
2.1 Ambulantná liečba	19
2.2 Denné stacionáre	20
2.3 Ústavná liečba	20
2.4 Resocializácia	21
2.5 Terapeutické komunity	22
2.6 Resocializačné stredisko	25
2.7 Resocializačný proces	28
2.8 Resocializačné stredisko Šurany – Nový Svet	31
3. Následná starostlivosť	34
3.1 Svojpomocné skupiny	36
3.2 Anonymní alkoholici a Anonymní narkomani	37
3.3 Socioterapeutický klub	40
4. Prieskum	42
4.1 Cieľ prieskumu	42
4.2 Stanovenie čiastkových cieľov	42
4.3 Metódy a príprava prieskumu	42
4.4 Výskumná vzorka respondentov	43
4.5 Výsledky získané z rozhovoru	44
4.6 Závěry z realizovaného prieskumu	52
Záver a odporúčania pre prax	54
Zoznam použitej literatúry a prameňov	56

Zoznam príloh:

Príloha 1	59
Príloha 2	84

Zoznam tabuliek:

Tabuľka 1	45
Tabuľka 2	46
Tabuľka 3	47
Tabuľka 4	48

Úvod

V posledných rokoch môžeme sledovať v televízii, v časopisoch, v novinách väčšie množstvo správ o drogovej problematike. Sledujeme reportáže o ilegálnej výrobe a predaji, vidíme ich zabavovať na letiskách, na uliciach našich miest. Postoje verejnosti k závislým na drogách sú väčšinou odmietavé, odsudzujúce a o danú problematiku sa začínú zaujímať až vtedy, ak sa to týka niektorých z členov rodiny, niekoho blízkeho.

Dnešný človek sa stále niekam ponáha. Doba si kladie stále väčšie nároky na ľudskú psychiku, najmä prispôbiť sa rýchlim zmenám a spracovať množstvo rôznych informácií. Z toho vznikajú vnútorné aj vonkajšie konflikty, stres a prepracovanosť. Človek si často nenájde čas odstrániť konflikty a upraviť životosprávu, ale ide cestou zdanlivo menšieho odporu. Siahá po liekoch, cigaretách, pohárik. Tieto látky môžu priniesť dočasnú úľavu, no problémy nevyriešia. Od tohto návyku je len krôčik ku závislosti.

Vývoj závislostí je pre jedinca veľmi nenápadný, väčšinou aj u užívateľov tvrdých drog sa začína spoločenským pitím. Toto prináša celkové uvoľnenie, ľahšie sa nadväzujú kontakty. Neskôr sa tolerancia aj frekvencia zvyšuje, človek sa stáva závislým. Postupne sa mení osobnosť, postihnutý nedokáže užívanie zastaviť napriek tomu, že mu to prináša mnohé či už sociálne, psychické alebo zdravotné problémy. Komplexný prístup k riešeniu drogovej problematiky je nevyhnutný pre vytvorenie efektívnych základov systému liečby drogových závislostí. Liečba závislostí je veľmi zložitá, mala by byť komplexná a dostatočne dlhá. Závislý má možnosť byť po absolvovaní liečby v zdravotníckom zariadení zaradený do resocializačného zariadenia, ktoré pomáha v zložitom procese klienta začleniť späť do spoločnosti.

Predkladaná bakalárska práca má teoreticko-empirický charakter. Zameriam sa v nej na látkovú závislosť, t.j. vo vzťahu užívania návykových látok. Primárnym cieľom bakalárskej práce je deskripcia činnosti resocializačného strediska a následné odhalenie podielu resocializácie na procese zmeny závislého užívateľa návykových látok v konkrétnom resocializačnom stredisku z perspektívy užívateľa služby.

Práca je rozdelená do štyroch kapitol, kde prvé tri majú teoretický charakter a posledná štvrtá kapitola má charakter empirický.

V prvej kapitole sa budem venovať histórii drogy, oboznámim čitateľa s pojmom drogová závislosť a ako vzájomne pôsobia drogy a užívateľ. Druhú kapitolu

s názvom Liečenie drogovu závislých budem viesť čitateľa s možnosťami liečby. V krátkosti uvediem ambulantnú liečbu, denné stacionáre ako prechod medzi ambulantnou a ústavnou liečbou a v neposlednom rade ústavnú liečbou, prostredníctvom ktorej sa čitateľ dostáva k jadrú témy. Tu sa čitateľ oboznamuje čo je resocializácia, čo je terapeutická komunita, resocializačné stredisko a ako fungujú, ako prebieha resocializačný proces. Jednou s podkapitol ako príklad uvediem program konkrétneho resocializačného strediska, z ktorého bude pochádzať a moja empirická časť. V tretej kapitole sa budem venovať následnej starostlivosti. Ako možnosti následnej starostlivosti uvediem svojpomocné skupiny. Štvrtú kapitolu tvorí empirická časť, ktorú budem realizovať v Resocializačnom zariadení Šurany – Nový svet, kde ako metódu využijem rozhovor. Budem zisťovať aký podiel má resocializačné stredisko na procese zmeny očami klientov v resocializačnom stredisku.

1. Droga a jej história

Táto kapitola je zameraná na vymedzenie a definovanie pojmu droga. Bude v nej načrtá história vzniku závislostí, dôvody na jej vznik a dôvody jej užívania. Vzhľadom na cieľ bakalárskej práce je dôležité definovanie drogy ako omamné látky spôsobujúcu závislosť.

Droga je definovaná ako akákoľvek látka, upravená surovina nerastného, rastlinného alebo živočíšneho pôvodu, ktorá je, po vstupe do živého organizmu, schopná zmeniť jednu alebo viac jeho funkcií. Za drogy možno považovať všetky prírodné, polosyntetické a syntetické látky, ktoré akýmkoľvek spôsobom vpravené do organizmu môžu vyvolať chorobný stav - závislosť, psychickú alebo fyzickú tým, že účinkujú priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém.¹

Drogy delíme podľa viacerých kritérií. Vo všeobecnosti na drogy legálne a nelegálne, mäkké alebo tvrdé (Masár In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s. 19).

Archeologické nálezy potvrdzujú, že ľudstvo v každom období siahalo k látkam, ktoré v rôznej miere ovplyvňovali jeho vedomie a vnímanie. Cieľom užívania liečiv bolo prekonať choroby, zmierniť bolesť. Užívanie určitých typov rastlinných látok sa stalo charakteristické pre jednotlivé kontinenty. Napríklad v Severnej Amerike to bolo žuvanie a fajčenie tabaku. V Južnej Amerike zasa žuvanie kokových listov. V juhozápadnej, juhovýchodnej a strednej Ázii ako aj v Číne sa fajčilo surové ópium. India bola známa užívaním konopy a hašiša. V Európe sa rozšírila konzumácia alkoholu, pričom sever Európy a Sibír uprednostňoval extrakty z húb. Avšak nové objavy v prírodných vedách, hlavne v chémii v 19. a 20. storočí naštartoval éru zneužívania návykových látok. Prví závislí boli užívatelia morfínu už v 19. storočí, na prelome storočí to boli heroinisti. V 20. rokoch 20. storočia prišlo obdobie drogy „bohatých“ – kokaínu. Nasledovali 60. roky a éra halucinogénov – konopy, hašišu a LSD. 80. roky sú obdobím nástupu plne syntetických drog na báze budivých amínov – amfetamínov (Pánik, 2007, s. 24).

Podľa Kalinu v novodobej histórii šírenia a zneužívania drog, tj. V 19. a 20. storočí, sa rozlišujú tri obdobia (Kalina a kol., 2003, s. 15):

¹ <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/zavislost/#196>, 14.11.2009

1. Asi do r.1960 sa drogy pokladali za odborný problém, ktorými sa zaoberala pomerne úzka skupina vysoko kvalifikovaných špecialistov – kriminalistov na strane trestnej činnosti, lekárov - psychiatrov na strane liečenia závislosti.
2. V rokoch 1960 – 1990 sa drogy stávajú spravidla vo vyspelých zemiach problémom spoločenským, ktorý sa dotýka mnohých sociálnych vrstiev a skupín, a rovnako tak mnohých profesií. V tomto období dochádza v USA a v západnej Európe k enormnému nárastu užívania drog s vážnymi zdravotnými a sociálnymi dôsledkami, čo kvalitatívne zmenilo koncepciu a prístup drogových politik.
3. Od r. 1990 medzinárodné spoločenstvo charakterizuje problém drog ako problém globálny.

Výskyt nelegálnych drog, či už mäkkých alebo tvrdých, bol u nás pred rokom 1989 sporadický a okrem závislostí od legálne dostupných drog ako alkohol, tabak či lieky, bola najrozšírenejšia závislosť od prchavých látok. V dnešnej dobe sa na naše územie dostáva porovnateľné množstvo drog so Západnou Európou. Od roku 1991 sa začali objavovať prvé príznaky prítomnosti tvrdých drog a v roku 1992 sa zaznamenali varovné signály možnej heroínovej epidémie v hlavnom meste. Išlo o prvé liečené prípady závislostí od heroínu, ako aj dáta, ktoré dokazovali tranzit tvrdých drog v blízkosti Bratislavy (Nociar a kol., 1996, s. 8).

Drogy môžeme rozdeliť do desiatich skupín, ktoré zároveň predstavujú typy drogovej závislosti (Ondruš, 1990, s. 10):

1. Morfínový typ (ópium, morfín, kodeín, heroín)
2. Barbiturátovo-alkoholový typ (pivo, víno, liehoviny a deriváty kyseliny barbiturovej: hypnotiká, sedatíva, analgeticko-antipyretické zmesi obsahujúce barbituráty)
3. Kokaínový typ
4. Kanabisový typ (hašiš, marihuana)
5. Amfetamínový typ (fenmetrazín, Psychoton)
6. Katový typ
7. Halucinogénny typ (LSD, meskalín, psilocybín)
8. Tabakizmus (nikotinizmes)
9. Kofeinizmus (káva, čaj, kakao, kola, maté, guaraná)
10. Závislosť od analgetík a antipyretík (Alnagon, Dinyl)

Ondruš (1983, s.9) rozdeľuje drogy vyvolávajúce závislosť podľa pôsobenia do troch skupín:

1. Pôsobenie psychostimulačne – dočasne vyvolávajú stav eufórie, dobrej nálady (predstavujú ich látky amfetamínového typu).
2. Pôsobenie psychoinhibične – dočasne potláčajú úzkosť, depresívne nálady (predstavujú ich látky barbiturátového typu – sedatíva, hypnotiká).
3. Pôsobenie dezintegračné – vyvolávajú halucinácie, predstavy (predstavujú ich látky haluciogénneho typu).

„ Drogy jako globální problém s námi přešli práh 21. století. Je zjevné, že tento fenomén nezmizí zavíraním očí, zbožným přáním ani politickou vůlí. Je třeba se s ním naučit žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní“ (Kalina a kol., 2003, s. 21).

1.1 Vymedzenie pojmu drogová závislosť

„...aj z chrípky sa dostaneš, ale ak nebudeš robiť nejaké preventívne opatrenia, hocikedy ju môžeš dostať znova. A tak je to aj zo závislosťou, je to celoživotný proces...“(Špaleková, 2008,s. 21).

Aký je človek ohrozený drogovou závislosťou? Odpoveď nie je vôbec jednoduchá, neexistuje jednoznačná odpoveď na otázku, aká je osobnosť závislého. Často sa o závislom hovorí, že nemá silnú vôľu. A pritom to tak v skutočnosti nie je, pretože prestať s nimi len pomocou vôle prakticky nie je možné. Faktom je, že tvrdú drogu si človek na seba veľmi rýchlo naviaže a tým vzniká závislosť.

Droga spôsobuje psychickú alebo fyzickú závislosť, kde pri psychickej závislosti má závislý vtieravé myšlienky na užitie drogy, pre jej účinok má nutkanie brať drogu opakovane. Pri pravidelnom užívaní vzniká fyzická závislosť, ktorá sa prejavuje abstinенčnými príznakmi ako je zvracanie, nechutenstvo, triaška, nespavosť a iné. Ako hovorí aj Šikl (In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999,s.73), závislý nepotrebuje drogu, ale uspokojenie funkcií, ktoré mu droga ponúka. Inými slovami závislý potrebuje uspokojenie potrieb prostredníctvom drogy, pretože inak tieto potreby nedokáže uspokojovať. Droga je preňho atraktívna tým, že mu priniesla skúsenosti zdánlivo príjemnou cestou. Dušek, Chromý a Malá (1987, s.115) hovoria ešte o psychologickú závislosti, kde u niektorých jedincov vzniká závislosť od formy látky. Ak pri tomto druhu závislosti podáme jedincovi látku, ktorá má rovnakú formu ako účinná látka, nastane rovnaký efekt, hoci je podaná látka neúčinná.

„Svetová zdravotnícka organizácia definuje drogovú závislosť ako psychický a niekedy aj fyzický stav vyplývajúci zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie prijímať drogu stále a pravidelne pre jej účinky na psychiku a niekedy aj preto, aby sa zabránilo nepríjemným pocitom, tzv. abstinenčným príznakom vyplývajúcim z jej neprítomnosti“ (Ondruš, 1983, s. 9). Tu treba povedať, že rozhodujúca pre závislosť je potreba brať drogu v psychike človeka.

Drogová závislosť je charakterizovaná:²

1. neprekonateľnou žiadostivosťou alebo potrebou nutkavého charakteru pokračovať v konzumácii drogy a snahou zadovážovať so ju akýmkoľvek spôsobom,
2. tendenciou k zvyšovaniu konzumovanej dávky alebo k skracovaniu intervalov užívania, prípadne obidvoje súčasne,
3. vznikom psychickej a všeobecne fyzickej závislosti,
4. deštruktívnym účinkom na individuum a v širšom kontexte i na spoločnosť. Keď hovoríme o závislosti, spravidla ide o biologický, ale i psychický a sociálny jav.

Ak hľadáme odpoveď na otázku čo vedie človeka, aby začal brať drogu, odpoveď je veľmi jednoduchá – zvedavosť, experimentovanie. To úplne stačí na to, aby sa človek s drogou začal a je to prvý krôčik k závislosti. Ako hovorí aj Mečíř (1990, s.96) sú to motívi, ktoré vedú k vyskúšaniam, ale nemusia viesť k závislosti. Podľa neho k opakovanému zneužívaniu vedú príčiny ako sú (tamtiež, s. 96):

- Latentná psychóza, kedy sa vlastne prevádza pokus o samostatné liečenie.
- Neurotické problémy, kedy sa drogou snaží vyrovnať vnútorné napätie.
- Reakcie na konflikty, kedy stojí v popredí snaha drogou vyriešiť problémy.
- Do ďalšej skupiny patria hysterické osobnosti a mladistvý bez iniciatívy, ktorým chýba možnosť normálneho prežívania.
- Mladí ľudia, u ktorých sa prejavuje vývojová labilita, kde kontakt s drogou vyústi v odchýlny vývoj, ku ktorému by nebolo došlo.

Novotný (2007, s.10) hovorí o závislosti ako o psychickej poruche, ktorá je charakterizovaná silnou, až nutkavou túžbou po psychoaktívnej látke. Táto silná túžba vedie k opakovanému užívaniu. Závislosť má aj iné príznaky ako je zmena tolerancie, strata kontroly, vznik abstinenčného syndrómu, zmena spektra záujmov a iné.

² <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/zavislost/#196>, 14.11.2009

Závislosť vznikne vždy a u každého človeka, pri naplnení troch podmienok komunikácie s drogou (Novotný In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.161):

- nevhodne dlhý čas,
- v nevhodnom množstve a frekvencii,
- za nevhodných okolností pre psychiku a organizmus.

Bakošová uvádza príčiny vzniku drogovej závislosti: existencia a dostupnosť drogy – nikto nie je proti nim imúnny. Nie sú to len jednotlivci, ktorí majú dispozície ako napr. neurotické či psychopatické typy, ale môže to byť ktokoľvek. Ďalej je to prostredie, v ktorom sa človek pohybuje. Napokon sú to nahromadené problémy, nuda, zvedavosť (Bakošová, 2005, s. 65). Narkománia sa netýka len istých sociálnych skupín, ale je všeobecným javom, ktorý sa týka všetkých spoločenských vrstiev, ktorých uspokojenie postupne spôsobí úplné izolovanie sa od tých skupín a rolí, ktoré sú možnou prekážkou pri jej uspokojovaní (Gogová, Kročková, Kurincová, 1995, s.49). Za veľký objav možno považovať KILHOZOVU definíciu spolupôsobenia troch premenných faktorov ako je osobnosť, droga a prostredie. K týmto základným faktorom sme prirátali ďalej podnet a frekvenciu (Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.161-162).

Podľa Kalinu (In: Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s.212) sa miera závislosti človeka na droge dá vyjadriť podľa frekvencie, intenzity a následkov užívania jedným z nasledujúcich piatich stupňov:

1. Experimentálne užívanie drog – v tomto štádiu je droga užívaná občas a nepravidelne a jej užívanie nemusí mať žiadne následky.
2. Príležitostné užívanie drog – títo užívatelia berú drogu pravidelne, nie častejšie ako jeden krát za týždeň, obvykle vo voľnom čase, užívanie drogy je súčasťou životného štýlu; následky užívania sa prejavia len bezprostredne po aplikácii, inak užívateľ nemusí mať väčšie problémy vo svojej psychickej rovnováhe a sociálnom fungovaní.
3. Pravidelné (škodlivé) užívanie drog – títo užívatelia berú drogu pravidelne (viac než jeden krát za týždeň); užívanie drogy je súčasťou životného štýlu; následky užívania sa prejavia istými škodlivými účinkami.
4. Problémové užívanie drogy – užívanie je pravidelné a ovplyvňuje súkromie, prípadne pracovný život človeka; existujú už tiež známky zdravotných problémov súvisiace s aplikáciou drogy; droga je užívaná rizikovým spôsobom (napr. vnútrožilová aplikácia).

5. Závislosť na droge – prejavuje sa vyššou toleranciou k droge (dávku je treba zvyšovať k dosiahnutiu žiaducich účinkov); užívateľ po droge trvale túži, tejto túžbe sa postupne podriadi celý jeho život; užívateľ má zreteľné zdravotné, psychické a sociálne problémy spôsobené s užívaním drogy.

Závislosť je ochorenie, pri ktorom nemôžeme hovoriť o úplnom vyliečení, môže byť vymedzená ako ochorenie chronické, neurotické a recidivujúce. Pre človeka so skúsenosťou závislosti to znamená, že závislý bude do konca života a po úspešnom absolvovaní liečby si k slovu závislý pridá prívlastok abstinujúci (Kapustová, 2006, s.14).

1.2 Podoby interakcie medzi užívateľom a drogou

Ak sa návykové látky užívajú pravidelne a často, vznikajú poruchy duševného zdravia. Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb sa tieto poruchy delia do diagnostických kategórií (Nešpor In: Kalina a kol., 2003, s. 217-219):

Akútna intoxikácia: tu sa jedná o prechodný stav po aplikácii psychoaktívnej látky, vedúcej k poruchám na úrovni vedomia, poznania, vnímania alebo chovania.

Škodlivé užívanie: je to užívanie, ktoré poškodzuje zdravie. Poškodenie môže byť telesné ako je napríklad žltacka pri vnútrožilovej aplikácii látky alebo poškodenie duševné. Škodlivé užívanie je často kritizované okolím a vyvoláva rôzne nepriaznivé sociálne dôsledky.

Syndróm závislosti: bol priblížený v predchádzajúcom texte.

Odvykací syndróm a odvykací syndróm s delíriom: sú to závažné príznaky vznikajúce ako reakcia na absenciu drogy, ku ktorým dochádza k čiastočnému alebo úplnému vysadeniu látky po tom, čo bola látka dlhodobo užívaná. Tento stav môže byť skomplikovaný kŕčmi alebo delíriom.

Psychotická porucha: je to porucha, ktorá vzniká počas alebo hneď po požití látky. Prejavuje sa sluchovými halucináciami, zámenou osôb, bludmi, alebo vzťahovačnosťou. Zahŕňa alkoholovú halucinózu, alkoholickú žiarlivosť, a tzv. toxické psychózy po pervitíne, konope, halucinogénoch.

Amnestický syndróm: je to syndróm spojený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobej pamäte. Sú to poruchy časového zmyslu ako aj zhoršovanie schopnosti učiť sa. Poruchy sú typické pre alkohol, ale môžu sa vyskytnúť aj pri dlhodobom užívaní utlmujúcich liekov.

Reziduálny stav a psychotická porucha s neskorším začiatkom: sem patrí demencia vyvolaná alkoholom alebo inými návykovými látkami. Radia sa sem tiež poruchy osobnosti alebo chovania. Môžeme sa tu stretnúť s psychotickou reminiscenciou tzv. flashback. Pre flashback je typické krátke trvanie, postihnutý sa pri abstinencii dostáva do stavu, akoby bol pod vplyvom drogy. Môže byť vyvolaný stresom, inou drogou alebo únavou.

Ak hovoríme o závislosti bez návykovej látky, hovoríme o hazardných hrách, počítačoch, nakupovaní, alebo práci. Klinicky majú tieto poruchy so závislosťou veľa spoločného a odborníci sa nimi stále častejšie zaoberajú. Patologické hráčstvo spočíva v častých epizódach hráčstva, ktoré sú na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt. Ľudia riskujú svoje zamestnanie, zadlžujú sa, klamú alebo porušujú zákon aby získali peniaze alebo unikli plateniu dlhov (Nešpor In: Kalina a kol., 2003, s.220).

Záverom tejto kapitoly je konštatovanie, že užívanie drogy či už mäkkej alebo tvrdej má neblahý vplyv na celý organizmus človeka. Či už po psychickej alebo somatickej. Medzi mäkké môžeme zaradiť napríklad tabakové cigarety alebo alkohol. Tvrde drogy ako napríklad heroín, kokaín a iné si aj „tvrd“ vyžadujú, aby sa užívateľ k nim vracal. Ťažko pátrať po príčine, prečo si dal človek drogu. Či je to príčina vrodená, zdedená, spôsobená prostredím. Pravidlo, že narkoman pochádza zväčša zo sociálne narušenej rodiny nie je pravda. Najčastejšie príčiny, čo je smutné je experimentovanie, zvedavosť. Tvrdá droga si človeka na seba veľmi rýchlo naviaže ak nie aj okamžite a tým vlastne vzniká závislosť. Ako vieme, drogovým závislým jedincom sa užívaním drog mení osobnosť, ich povahové vlastnosti, charakteristické črty, v neposlednom rade nastávajú problémy či už v školskej dochádzke, nastavajú problémy v medzi partnerských vzťahoch, strata zamestnania. Menia sa všetky sociálne návyky a závislý sa stráca v bludnom kruhu. Na to, aby sa začal liečiť, potrebuje zväčša padnúť až na samé dno aby sa tam mohol odraziť

2. Liečenie drogových závislostí

V tejto kapitole už prechádzam k samotnej liečbe závislých na látkových drogách, či už je to alkohol, alebo tvrdé drogy. Uvádžam možnosti liečby, ktorej cieľom je zlepšenie zdravia a kvality života. Voči možnosti liečby na tvrdých drogách prevažujú pesimistické postoje, preto sa budem snažiť priblížiť v súvislosti na cieľ mojej práce

možnosti liečby v resocializačnom stredisku, ktorej predchádza liečba v psychiatrickom zariadení, kde prevláda skleníkový efekt a liečený je odrezaný od vonkajšieho sveta, od nástrah bežného života. Budem sa snažiť poukázať na význam resocializácie v resocializačnom stredisku, do ktorých klient môže nastúpiť po absolvovaní liečby z psychiatrického zariadenia, kde je klient postupne zaraďovaný do bežných činností, kde sa prevádza integrácia závislého do spoločnosti.

Liečba je charakterizovaná ako vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu s cieľom navrátiť osobe zdravie, dosiahnuť abstinenciu užívania drog, zabrániť zhoršovaniu zdravotného stavu so snahou zapojiť pacientov do plnohodnotného života (Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR, 2006, s. 55).

Liečba závislostí je veľmi zložitá. Zasahuje a ovplyvňuje bludný kruh, ktorý tvorí jedinec – droga – prostredie jedinca. Liečba by mala zmeniť tento bludný kruh na jedinec – zdravý životný štýl – prostredie (Lúčna, 2008, s.19). Na to, aby sa človeku od drog pomohlo, existujú pevné pravidlá a metódy, od ktorých nie je možné robiť ústupky, ani ich meniť (Okruhlica, 1994, s. 32). Pre jednotlivé typy drogových závislostí sa detailné postupy odlišujú. Princíp je však rovnaký – čo najskôr skončiť alebo obmedziť prísun drogy. Ďalej uľahčiť znášanie abstinčných príznakov, pomôcť nájsť opäť miesto v živote a ak je to možné zmeniť podmienky, ktoré ho priviedli do bludného kruhu (Višňovský, Valentík, 1989, s.26). Človek musí byť pripravený na mnohomesačnú alebo mnohoročnú liečbu s mnohými trápeniami a sklamaniami (Okruhlica, 1994, s. 35).

V krajinách EU sú definované tzv. zásady prioritizácie v oblasti zdravotníctva, ktoré sa týkajú tiež liečby drogovými závislými. Kalina (In: Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 213) na tieto všeobecné princípy odkazuje v rámci pokusu o definovanie funkčného systému liečenia drogových závislostí. Tri z nich:

1. Čo je účinné, musí byť dostupné, čo je dostupné, musí byť účinné. Podporovanie a dosažiteľnosť účinných postupov má ísť ruka v ruke s nepodporovaným postupom.
2. Odstrániť bariéry včasnej pomoci, zabrániť odloženému využívaniu služieb. Včasná intervencia je účinnejšia než neskoršie liečenie. Čakať na to, až bude klient motivovaný k liečbe vážnymi zdravotnými, vzťahovými alebo inými problémami, znamená odkladať liečbu. S klientom sa dá pracovať vždy. Zaujímať sa o jeho motiváciu k intenzívnej liečbe a vo vhodný okamžik ju podporiť môžeme i v dobe, keď si klient chodí vymieňať injekčné ihly

a striekačky. Zmysel môže mať i nedobrovoľné liečenie závislosti – každé obdobie, keď klient žije bez drogy, môže znamenať významný impulz pre zmenu klientovho postoja k sebe i k droge.

3. Zabrániť fenoménu otáčavých dverí. Jediným riešením je dlhodobá komplexná starostlivosť. Fenomén otáčavých dverí býva dôsledkom toho, že liečba nieje dotiahnutá do konca, nie je naplnené tzv. liečebné kontinuum: nenaväzuje po nej následná starostlivosť a jej súčasťou nie je prevencia relapsu (k návratu užívania drog po určitom období abstinencie).

Liečba závislosti od drog sa skladá z viacerých zložiek, Kalina ich delí nasledovne (Kalina a kol., 2003, s. 103):

- poradenstvom pred nástupom na liečbu, kde sa posilňuje účinnosť liečby predovšetkým tým, že podporuje motivácia klienta, urýchľuje vstup klienta do liečby, zlepšuje jeho zapojenie do liečebného procesu a znižuje riziko predčasného odchodu,
- liečba, či už ambulantná, denná, ústavná si kladie za cieľ abstinenciu, sociálnu integráciu a riešenie osobných problémov,
- následná starostlivosť, táto je považovaná za dôležitú pre udržanie liečebného efektu, pretože znižuje riziko relapsu a trvalého návratu k životu s drogou a uľahčuje sociálnu integráciu.

Ambulantná a ústavná liečba sa realizuje v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí, v špecializovaných oddeleniach psychiatrických nemocníc a liečební a v ambulanciách psychiatrov. Starostlivosť o pacienta potom prechádza do programov sociálnej reintegrácie uskutočňovanej v resocializačných zariadeniach alebo ambulantne prostredníctvom rôznych klubov abstinentov (Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR, 2006, s. 55-56).

Dôležitá pri liečbe závislých je motivácia, motivovať klienta na zmenu doterajšieho životného štýlu, aby nemal potrebu drogu vyhľadávať. Žiadna metóda liečby nemôže byť úspešná, ak pacient nespolupracuje. U mnohých závislých nie je motívom snaha liečiť sa, ale sociálne okolnosti ako je strata zamestnania, nátlak partnera, hrozba väzenia. Liečba neznamená len prekonanie telesných a duševných príznakov závislosti, zameriava sa aj na spôsob života pacienta, jeho nevhodne a škodlivé návyky, rodinu, sociálne a pracovné problémy, prípadne aj právne. Abstinencia od drogy nie je cieľ, ale prostriedok na zdravší a spoločensky prijateľnejší život. Pacient nie je len pasívnym prijímateľom, ale sa musí aktívne podieľať na vlastnej liečbe (Lúčna, 2008, s. 19, 20).

2.1 Ambulantná liečba

Liečenie závislých môže byť ambulantnou formou, teda navštevovať ambulantného psychiatra. Táto forma je vhodná pre motivovaných pacientov skôr v začiatkoch ochorenia. Je však nevyhnutná na následnú liečbu po ukončení ústavnej liečby. Ambulantne sa vykonávajú aj niektoré druhy psychoterapie – individuálnej alebo skupinovej (Lúčna, 2008,s.20).

Špecializovaná ambulantná liečba podľa konštatovania Hampla (In: Kalina a kol., 2003, s.172) by mala byť dostupná pre všetkých potrebných pacientov bez obmedzenia veku, pohlavia, vzdelania alebo zamestnania. Nezáleží na tom či je človek motivovaný k abstinencii alebo prinútený nejakým ultimátom (rodič, manželka). Vítanými návštevníkmi sú aj rodičia, príbuzní, partneri – všetci, ktorí sú v styku so závislým človekom. Pacienti môžu byť vyšetrení aj anonymne pod menom, ktoré sa im určí.

Indikačné kritériá pre ambulantnú liečbu (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 55):

1. Osoby, ktoré sú dostatočne motivované, sociálne relatívne dobre integrované bez ťažkých dôsledkov na zdraví či spoločenských vzťahoch.
2. Osoby, ktoré sa pripravujú na liečbu v lôžkovom zariadení.
3. Osoby, ktoré boli prepustené z lôžkovej starostlivosti.

U pacienta sa stanoví anamnéza, ktorá má dve časti: objektívna a subjektívna. Objektívnu anamnézu uvádza sprevádzajúca osoba, rodič, partner, škola. Táto anamnéza sa overuje i pohľadom pacienta. Subjektívna anamnéza poskytuje dôležité informácie o okolnostiach užívania návykovej látky, o spôsobe užívania, o výške užívaných dávok i frekvencii užívania (tamtiež, s.173).

Následne sa spraví celý rad komplexných vyšetrení ako je klinické vyšetrenie, ktoré sa týka osobnosti pacienta, jeho somatického a psychického stavu. Klinické vyšetrenie je potrebné doplniť laboratórnymi a ďalšími pomocnými vyšetreniami. Po komplexnom vyšetrení nasleduje psychosociálne zhodnotenie pacienta a stanovenie diagnózy. Samozrejme psychosociálne hodnotenie pacienta sa môže v priebehu liečby meniť, ako aj dopĺňovanie diagnózy úprave terapie (tamtiež, s.173-174).

Liečbu je nutné prispôbiť stavu pacienta, druhu užívania návykovej látky a ďalším okolnostiam. Prístup k pacientovi je vždy individuálny, má založený individuálny liečebný plán, ktorý obsahuje tri základné piliere: - psychoterapiu – zdravotnícky personál by mal mať ústretový a trepezlivý prístup ku každému pacientovi, snažiť sa

o empatiu a chápať, prečo sa pacient chová tak ako sa chová, - farmakoterapiu – slúži k ovplyvňovaniu závislosti, k zabráneniu alebo liečbe komplikácií vzniknutých pri užívaní drog, - socioterapiu – usiluje návrat pacienta do spoločnosti, do bežného života bez drog (tamtiež, s. 174-175).

2.2 Denné stacionáre

Ďalšou formou liečby sú denné stacionáre, ktoré môžeme chápať ako prechod medzi ambulatnou a ústavnou liečbou (Lúčna, Socálna prevencia 2/2008, s.19).

Denný stacionár ako ho poníma Kalina (2003, s. 179) poskytuje starostlivosť pacientom, ktorým nestačí ambulatná liečba, a pritom nepotrebujú pobyt v nemocnici, či v inej lôžkovej inštitúcii. Autor uvádza, že podstatou dennej starostlivosti je stanovenie štrukturovaného programu, ktorý by mal pokrývať podľa medzinárodných kritérií 4 – 5 hodín denne po 5 dní v týždni. Dôraz je kladený na nezávislosť jedinca a jeho zodpovednosť. Programy tohto typu umožňujú klientovi zachovať sieť rodinných a sociálnych vzťahov. Dĺžka liečby je 3 – 6 mesiacov. Denná liečba je pre klientov veľmi náročná, pretože klient neprestáva žiť vo svojom prirodzenom prostredí a v meste so širokou ponukou drog je ľahké urobiť „zdanlivo nezáväzné rozhodnutie“, ktoré vedie k relapsu. Je ľahšie proste neprísť do denného stacionáru ako odísť z lôžkového zariadenia. Jej náročnosť sa ale vypláca, pretože klient sa už počas liečby učí žiť v prirodzenom prostredí tak, aby sa vyhol rizikovým situáciám ako ich zvládnuť alebo sa im vyhnúť.

2.3 Ústavná liečba

Ďalšou formou je ústavná liečba, hospitalizácia v psychiatrickej nemocnici alebo liečebni, najlepšie na oddeleniach, centrách špecializovaných pre liečbu závislostí. Je to bezpečnejšie prostredie bez drogy a nepretržitá odborná pomoc (Lúčna, 2008, s. 20).

Indikačné kritériá pre ústavnú liečbu (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 55):

- Osoby s výrazným dôsledkom na zdraví alebo v spoločenských vzťahoch.
- Osoby so závislosťou na viacerých drogách.
- Osoby s tzv. organickým psychosyndrómom.
- Osoby s ťažkými zmenami osobnosti.

- Osoby, ktorým ambulatná liečba nepomáha.

Odvykací proces podľa Dvořáka (In: Kalina a kol., 2003, s. 198) možno rozdeliť do 4 fáz:

1. Fáza (1-3 týždne) – detoxikácia. Ide o úvodnú dobu k základnej stabilizácii pacienta, k prevedeniu základných vyšetrení, k zahájeniu budovania terapeutického vzťahu, k posilňovaniu motivácie k zotrvaní v liečbe.
2. Fáza (1 mesiac) – adaptácia na terapeutický program a zariadenie. Behom tejto fázy sa pacient zoznamuje so štrukturovaným programom režimom. Postupne sa adaptuje na program, komunitu.
3. Fáza (2-3 mesiace) – fáza aktívnej liečby. Ide o obdobie aktívnej spolupráce, pacient pravidelne chodí na priepustky, uskutočňuje sa rodinná terapia. Aktívne sa riešia dôsledky drogovej kariéry a spresňuje sa motivácia k abstinencii.
4. Fáza (1 mesiac) – fáza prípravy na návrat do pôvodného prostredia. Pacient si vytvára reálne plány do života po liečbe, zaisťuje si prácu, bývanie a naplánuje si kvalitnú následnú starostlivosť.

Pre pacientov s komplikovaným priebehom, ktorí majú pretrvávajúce sociálne problémy sú vhodné pobyty v resocializačných zariadeniach. (Lúčna, 2008, s.20)

2.4 Resocializácia

O resocializácii hovoríme vtedy, ak sa jedná o liečenie formou komunity, ktorá pokračuje zväčša po psychiatrickom liečení, či už z ústavného alebo ambulatného liečenia. Klient sa prijíma na základe písomnej žiadosti a odporúčania od psychiatra alebo adiktológa.

Resocializácia v oblasti drogových závislostí je proces koordinovaného, komplexného, kontinuálneho, systematického, cieľavedomého a adresného ovplyvňovania, usmerňovania preliečeného závislého jedinca. Úspech resocializácie je determinovaný účinnosťou aktivizácie vnútorných schopností človeka na prekonanie osobnostných a sociálnych dôsledkov drogových závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí. Resocializácia je teda programovo zameraná na zmenu životného štýlu prostredníctvom zmeny myslenia s cieľom dosiahnutia plnej integrácie,

plnohodnotného návratu do bežného života, sociálneho prostredia a pracovného procesu. Cieľom je trvalá a dôsledná abstinencia.³

V inštitucionalizovanej podobe má resocializácia osôb závislých na drogách mnoho foriem – od pracovnej terapie po chránené dielne, od sociálneho poradenstva po socioterapeutické kluby. Zatiaľ čo liečba a rehabilitácia sa zameriava na somatické a psychické poškodenia, resocializácia umožňuje získanie potrebných sociálnych znalostí. Hranica medzi liečbou, rehabilitáciou a resocializáciou je otvorená, všetky tri intervencie spolu súvisia a vzájomne sa podmieňujú.⁴

Resocializačná starostlivosť ako forma sociálnej starostlivosti je v Slovenskej republike pomerne novou disciplínou. Počty závislých ľudí začali v našej krajine narastať až po zmene politicko-spoločenských pomerov v roku 1989. Začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia začal byť problém s umiestňovaním narkomanov. Závislosť od alkoholu bola pomerne dobre sanovaná v rámci existujúcich psychiatrických oddelení, resp. špecializovaných liečební. Novým problémom bola zdravotná starostlivosť o závislých užívajúcich nelegalizované drogy. Klasická trojmesačná liečba sa ukázala ako nedostatočná. Dochádzalo k recidívam, narkomani sa cyklicky vracali na preliečenie po fyzickom a sociálnom zlyhaní. Vzniklo niekoľko špecializovaných zdravotníckych zariadení – centier pre liečbu drogových závislostí, tieto však nedokázali splniť naliehavú požiadavku trvalej abstinencie – dostatočne časovo dlhú psychoterapeutickú starostlivosť. Slovensko prešlo cestu, ktorá bola nevyhnutná. Starostlivosť o narkomanov prepustených zo zdravotníckych zariadení začali parciálne preberať novovznikajúce centrá organizované na báze terapeuticko-komunitnej. Ich zakladateľmi neboli profesionáli, ale laici -- odliečení abstinujúci závislí (Miková, 2007,s.22).

2.5 Terapeutická komunita

Resocializácia prebieha v terapeuticko-komunitnej, ktorá na rozdiel od tradičných liečebných procesov, ktoré poskytujú pasívne prijímanú starostlivosť, preferuje aktivitu klientov.

³ <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/zavislost/#196>, 12.12.2009

⁴ <http://www.kr-stredocesky.cz/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu?itmID=chapter=135>, 09.10.2009

Terapeutická komunita je špecifickou formou skupinovej liečby, ktorá vychádza z podmienok podobných skutočnému životu. Ponúka široké spektrum situácií, na ktoré musí klient reagovať. Klienti, ktorí spolu v komunite určitý čas žijú, pracujú a bavia sa, premietajú do skupiny svoje problémy týkajúce sa väčšinou vzťahov s ľuďmi okolo nich. V rámci terapeutického procesu majú v kontakte so skupinou a tímom príležitosť jasne formulovať svoje problémy a ciele. Skupina pomáha získať klientovi náhľad na jeho vlastné problémy a jeho podiel pri ich vzniku, poskytuje mu potrebné skúsenosti pri hľadaní nových riešení problémov a spôsobov chovania.⁵

Model terapeutickkej komunity sa často kategorizuje ako svojpomocný, čo znamená, že jednotlivec je v konečnom dôsledku zodpovedný za to, čo sa mu stane, pričom ostatný, či už s rovnakými ťažkosťami alebo bez nich, pôsobia ako uzdravujúca sila (Nociar a kol., 1996, s. 60). Cieľom je podporovať spoluúčasť pacientov na riadení, na plánovaní aktivít a liečbe. Pacienti sa stávajú spoluterapeutmi, podieľajú sa na riadení komunity, prenáša sa na nich časť zodpovednosti (Kratochvíl, 1987, s. 188, 190).

Klienti prichádzajú do terapeutickkej komunity po absolvovaní liečby v psychiatrickej liečebni, iba výnimočne po ústavnej detoxikácii (Kalina a kol., 2003, s. 206). Terapeutické komunity poskytujú strednodobú a dlhodobú pobytovú liečbu v dĺžke 6-8 mesiacov. Ide o štruktúrovanú a intenzívnu liečbu, ktorá je rozdelená do štyroch fáz. Dôraz je kladený na intenzívny terapeutický proces a komunitný spôsob života. Využíva sa poradenstvo, skupinová, rodinná a pracovná terapia (Ondrejko, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 215).

Terapeutickú komunitu je možné charakterizovať ako špecializované pobytové zariadenie so zameraním na liečbu vedúcu k abstinencii a ako uvádza Kalina (2003, s.201) kde všetci musia dodržiavať rovnaké pravidlá, ale nie všetci majú rovnaké práva a povinnosti. Komunita má hierarchickú podobu, kde väčšinu právomocí má komunita. Dôležitým prvkom liečby je zodpovednosť, ktorú necíti len celý tím, ale aj všetci klienti voči celému zariadeniu. V okamihu, kedy je tento pocit zodpovednosti a jeho reálne uplatňovanie v správaní a v celom živote komunity obsiahnutý, stáva sa komunita komunitou. Je to jeden z najproblémovjších bodov budovania komunity. (tamtiež, s. 57) Ďalej Kalina (tamtiež, s. 201) hovorí o základných princípoch na ktorých je terapeutická komunita postavená. Sú to:

- Motivácia klienta k vlastnej zmene je základným bodom úspešnej liečby

⁵ <http://www.w11.cz/tks.php>, 22.02.2010

a resocializácie.

- Podmienky života v komunite sa čo najviac približujú realite bežného života.
- Základom je tréning zodpovednosti, pretože schopnosť prijímať zodpovednosť je znakom zrelej osobnosti.
- Závislý má právo rozhodovať o svojom živote, preto je vstup do komunity dobrovoľný tak isto ako odchod z nej.
- Vzhľadom k tomu, že pre človeka je prirodzený život v spoločnosti, tak terapie prebiehajú predovšetkým v skupine.
- Vzhľadom k náročnosti situácie musí byť prechod z terapie do bežného života postupný.
- Štrukturovaný život v komunite upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvárať vnútornú štruktúru.
- Terapeutický tím je len sprievodcom a poradcom klienta, nie expertom na jeho život.

V terapeutických komunitách pre závislých sú tak jasne a dôrazne presadzované pravidlá, že ich porušenie môže viesť k predčasnemu ukončeniu liečby (Nešpor, 2000, s. 93).

Pre efektívnu liečbu a resocializáciu v rámci terapeutickkej komunity sa terapia zameriava na štyri zložky (Kalina a kol., 2003, s. 57):

- na vývoj osobnosti a emócií,
- na chovanie,
- na duchovný rozmer osobnosti, etiku a spoločenské hodnoty,
- na schopnosti prežiť a byť profesijne zaistený.

Kooyman (In: Kalina a kol., 2003, s.57-60) uvádza 15 položiek filozofie terapeutickej komunity, ktoré sú nevyhnutné, aby bol terapeutický proces efektívny. Pokiaľ niektorá z nich chýba, je liečba menej účinná. Účinné faktory sú nasledovné:

1. bezpečné prostredie pre rast,
2. jednotná filozofia,
3. terapeutická štruktúra,
4. rovnováha medzi demokraciou, terapiou a autonómiou,
5. sociálne učenie prostredníctvom sociálnej interakcie,
6. učenie prostredníctvom krízy,
7. terapeutický dopad všetkých aktivít na komunitu,

8. zodpovednosť klientov za svoje chovanie,
9. zvyšovanie sebahodnotenia vlastnou prácou a zažitým úspechom,
10. zvnútornenie pozitívneho rebríčka hodnôt,
11. konfrontácia,
12. pozitívny tlak ostatných klientov,
13. učenie porozumieť sebe samému a vyjadriť emócie,
14. zmena negatívnych postojov k životu v postoje pozitívne,
15. zlepšenie vzťahov s pôvodnou rodinou.

Fungovanie samotnej komunity je úlohou pre jej účastníkov, ktorí pracujú pod dohľadom personálu. Rozdeľovanie práce sa aranžujú hierarchicky, vzhľadom na stupeň individuálneho pokroku. Noví klienti vstupujú do prostredia, kde existuje postup smerom nahor. Základná dynamika v komunite je vzájomná svojpomoc. Práca je tu ako výchova a liečba. Stúpanie po rebríčku zamestnaní nesie so sebou za odmenu status a privilégiá. Okrem vertikálneho pohybu je tu častejší laterálny pohyb od práce k práci, čím nastáva expozícia prakticky všetkým aspektom komunity. Klientom to dáva možnosť naučiť sa nové zručnosti, ale aj vyjednávať so systémom, čím sa posilňuje ich pocit spolupatričnosti s inými a stotožnenie sa s komunitou. Členovia personálu sú racionálne authority, monitorujú a hodnotia status klienta, dohliadajú na skupinovú terapiu, rozdeľujú pracovné úlohy a riadia prácu, starajú sa rutinný chod domácnosti. Personál vedie všetky terapeutické skupiny, poskytuje individuálne poradenstvo, kontaktuje sa s príbuznými alebo s inými ľuďmi s klientovho prostredia (Nociar a kol., 1996, s. 74).

Podľa Nociara (2001, s. 317) si situácia v oblasti drogových závislých vyžiadala vznik resocializačných zariadení s prvkami terapeutickkej komunity, ktoré v zmysle Koncepcie odboru drogových závislostí môžu byť len súčasťou kontinua starostlivosti a zabezpečovať po detoxikácii maximálne tak strednodobú liečbu, ale nie už doliečovanie

2.6 Resocializačné stredisko

Resocializačné strediská fungujú na princípe terapeutickkej komunity.

Pre našu spoločnosť bol v minulosti drogový problém netypický a neznámi. Až v polovici deväťdesiatich rokov, ktorý bol označený ako „vzniknutá drogová epidémia v Petržalke“ sme zistili, že tento problém bol rozšírený do celého Slovenska. Politici

prijali celoštátny dokument pod názvom Národný program boja proti drogám, cez ktorý sa rozbehli aktivity, pokúšajúce sa stabilizovať tento problém. Vznikli Centrá pre liečbu drogových závislostí a postupne na báze dobrovoľníctva vznikali terapeutické komunity. Ich existencia nemala oporu v zákone, až keď v roku 1998 bol prijatý zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci, kde sa po prvý krát objavilo zariadenie pod názvom „resocializačné stredisko“. Neskôr v roku 2005, bol prijatý zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a resocializačné stredisko bolo zahrnuté do jeho právnej úpravy. Tento zákon vytvoril priestor na vykonávanie súdom nariadených pobytov v resocializačnom zariadení pre neplnoleté deti, zaviedol systém akreditácií neštátnych subjektov, čo je zárukou garancie odbornej úrovne a materiálneho vybavenia strediska (Miková, 2009, s. 100).

Zákon č. 195/1998 Z.z. bol od 01.01.2009 nahradený novým Zákonom o sociálnych službách č. 448/2008. Taktiež dňom 01.01.2009 nadobudol účinnosť zákon č. 466/2008 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 305/2005 Z.z. Resocializačné stredisko sa podľa tohto zákona zriaďuje na účel aktivizovania vnútorných schopností detí a plnoletých fyzických osôb, na prekonania psychických dôsledkov, fyzických dôsledkov a sociálnych dôsledkov drogových závislostí alebo iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí.

V predošlom období panovalo v tejto oblasti nadšenecké bezvládie, ktoré bolo reakciou na niečo, čo tu ešte nebolo. Vznik zariadení v niektorých prípadoch iniciovali štátne zariadenia, iné vznikli na báze iniciatívy exalkoholikov, extoxikomanov. Vývin prechádzal rôznymi etapami, keďže nebolo dost' vlastných, ale len sprostredkovaných informácií a skúseností. Postupne sa prevádzka stabilizovala a v podstatných aspektoch sa zjednotila. (Csáder In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.308)

Ondrejko (2006, s.6) hovorí o resocializačnom zariadení ako o kľúčovej organizácii sociálnej integrácie. Je to miesto, v ktorom dochádza k vstupu verejne prijatých hodnôt. Je to priestor verejný a vysoko formalizovaný.

Podľa Lúčnej (2008, s.19) sú pre pacientov s komplikovanejším priebehom ochorenia a s pretrvávajúcimi sociálnymi problémami resocializačné zariadenia veľmi vhodné. Kládne sa tu dôraz na také psychoterapeutické a rehabilitačné aktivity, ktoré pomôžu klientovi adaptovať sa na zmenu životných podmienok a začleniť ho do normálneho fungovania v spoločnosti.

Resocializačné strediská sú jedným zo záverečných stupňov komplexnej starostlivosti o drogovovo závislých. Sú určené ako pre mladistvých užívateľov drog, tak

aj pre plnoletých občanov, ktorí ukončili liečbu v zdravotnom zariadení (Špaleková, 2006, s.21). Obsah činnosti v resocializačnom zariadení nadväzuje na predchádzajúci terapeutický proces v zdravotnom zariadení, je jeho prirodzeným pokračovaním a neskôr tiež vyvrcholením. Zariadenie funguje v nepretržitej prevádzke. Dĺžka pobytu spravidla trvá 12 – 18 mesiacov, podľa individuálnej potreby. Ide o otvorené komunity, kde je možné pobyt ukončiť aj predčasne, buď na základe dobrovoľného rozhodnutia klienta, alebo za porušenie pravidiel strediska. Každé stredisko má svoj vlastný program, presne stanovené pravidlá pre klientov (Csáder In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.309).

Pre podmienky prijatia do resocializačného strediska musia byť splnené podmienky cieľovej skupiny, pri dobrovoľnom pobyte žiadosť o prijatie alebo právoplatné rozhodnutie súdu o uložení výchovného opatrenia alebo odporúčanie od psychiatra – adiktológa. Ďalšími podmienkami sú vôľa naučiť sa žiť bez návykovej látky, schopnosť fungovať v komunite, ochota spolupracovať na problémoch v skupine, aktívna účasť na všetkých aktivitách a režime zariadenia, dodržiavanie pravidiel zariadenia, ochota sociálneho okolia klienta podieľať sa na resocializácii.⁶

Podľa Csádera (tamtiež, s.308) sa v resocializačnom zariadení poskytujú:

1. resocializácia a rehabilitácia s cieľom aktivizovať vnútorné schopnosti občana na prekonávanie osobných a sociálnych dôsledkov závislých a na zapojenie do života v prirodzenom prostredí,
2. nevyhnutná starostlivosť, ktorou je stravovanie, bývanie,
3. liečebno-výchovná starostlivosť, ktorou je špecializovaná odborná činnosť zameraná na odstránenie alebo zmiernenie porúch psychického, osobnostného a sociálneho vývinu jedinca,
4. ďalšiu starostlivosť ako je poradenstvo, záujmová a kultúrna činnosť, pracovná terapia.

Špaleková (2006, s.22) hovorí o spoločných základných princípoch resocializácie:

1. Aktívny podiel klientov na liečbe – klienti sa stávajú spoluzodpovednými za riadenie a liečbu, vytvárajú si svoju samosprávu s rôznymi právomocami.
2. Vytvorenie obojstrannej komunikácie – klienti majú právo vyjadriť svoj názor, svoje pocity ako terapeut. Komunikácia je založená na otvorenom vyjadrovaní, ktoré však sprevádza určitá kontrola správania.

⁶ <http://www.cistyden.sk/index.php?id=11>, 22.02.2010

3. Rovnoprávnosť v rozhodovaní – klienti sa aktívne zúčastňujú na rozhodovaní, stávajú sa s terapeutmi rovnocennými partnermi. Terapeut by mal mať vždy možnosť použiť právo veta.
4. Kolektívnosť – upevňuje vzťahy, klienti majú pocit, že niekam patria, znižuje sa izolácia klienta.
5. Sociálne učenie – klienti dostávajú spätné väzby od druhých podľa toho, ako na nich klientovo správanie pôsobí.

Resocializačné zariadenia na Slovensku nemajú dlhú históriu. V súčasnosti je na Slovensku registrovaných 20 resocializačných stredísk, ktoré poskytujú resocializáciu a rehabilitáciu po ukončení liečby v príslušnom zdravotníckom zariadení. Ako prvé resocializačné zariadenie ktoré vzniklo v roku 1997 je Provital – Dom života bez drog v Koši a Komunita Ľudovítov pri Palárikove. Ďalej sú to n.o. ROAD – Resocializačné zariadenie v Borskom Svätom Jury, resocializačné zariadenie v Bratislave, o.z. ADAM – Resocializačné zariadenie ADAM Gbely-Adamov, o.z. Združenie MUDr. Ivana Novotného Bratislava, n.o. Nádej-Reménység Veľké Kosihy, n.o. PAHOROK Pukanec, o.z. NELEGÁL Nové Zámky, n.o. TEEN CHALLENGE SLOVAKIA Sedec', n.o. Čistý deň Galanta, n.o. ORCHIDEA Bošany, o.z. NÁVRAT-RDZO Zvolen, n.o. COR centrum Banská Bystrica, o.z. MANUS Martin, n.o. Z-Návrat Centrum Bobrov, n.o. Re Socia Krásna nad Hornádom, n.o. Šanca remetské Hámre, o.z. Inštitút Krista Veľkňaza Žakovce, Gréckokatolícka diecézna charita Prešov, n.o. Cesta životom Medzilaborce.

2.7 Resocializačný proces

Každý závislý, ktorý sa rozhodne svoj život zmeniť, nastupuje na dlhú a ťažkú cestu s pocitom, čo ho čaká a ako to dopadne. Vieme z mnohých prípadov, že mnohí dokázali abstinovať, ale mnohí sa znova vrátili k užívaniu návykovej látky.

Liečenie je tá útrpná cesta vedúca k zlepšeniu. Závislého čaká detoxikácia, zdravotnícka liečba, resocializácia a doliečovanie. Je dôležité aby závislý v procese vydržal od začiatku až do konca. Predčasné ukončenie liečby je častým nežiaducim a demotivujúcim fenoménom. V dlhodobom programe vypadáva z liečby viac ako polovica klientov, najčastejšie z vlastného rozhodnutia a tak sa v praxi môžeme stretnúť zo závislými, ktorí sú už na šiestom či dokonca ôsmom liečení. Najčastejšie je

dôvodom nezvládnuté baženie po návykovej látke tzv. „namotávanie“ (Kapustová, 2006, s. 12).

Resocializačné strediská využívajú prevažne terapeutické postupy ako sú psychoterapia, socioterapia, psychologické poradenstvo, pracovná terapia, iné terapeutické techniky – dramatoterapia, arteterapia, muzikoterapia, relaxačné techniky, sociálnopsychologické techniky a iné (Špaleková, 2006, s. 22).

Základnú činnosť resocializačného strediska tvorí pracovná terapia a psychoterapia. Pracovná terapia sa orientuje hlavne na prácu súvisiacu so samotnou prevádzkou strediska. Jej poslaním je naučiť klientov novým pracovným činnostiam, vyprofilovať ich záujem o prácu, umožniť im dokončenie školskej dochádzky, alebo získanie odbornej kvalifikácie. Pracovná terapia sa vykonáva v pracovných dňoch a v dňoch pracovného voľna, pričom by nemal presiahnuť 6 hodín denne. Psychoterapeutické pôsobenie spočíva v pravidelnom uskutočňovaní psychoterapeutických skupín, individuálnej a inej terapie. Skupinové komunitné sedenia sa uskutočňujú 2x týždenne v rozsahu 2 hodín a vedú ich kvalifikovaní psychoterapeuti (Csáder In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.310).

Efektívnosť procesu resocializácie závisí od viacerých faktorov, pri ktorých treba obnoviť, vhodným spôsobom vybudovať vzorce správania, zvyky a obyčaje ktoré vznikli pred udalosťami, ktoré proces socializácie pribzdili, alebo celkom zastavili. V resocializačných zariadeniach disciplína a mechanizmus jej vstúpenia predstavuje možnosť ovplyvňovať správanie resocializantov zo strany spoločnosti a tak im zabezpečiť plynulý priebeh znova začleňovania do života (Ondrejko, 2006, s.25).

Podľa Csádera (In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s.309) je resocializačný proces časovo vnútorne členený a rozfázovaný. Csáder definuje fázy resocializačného procesu ako štádiá aktívnej sociálnej úzdravy s prestavbou návykov ktoré boli drogou narušené.

Fázy resocializačného procesu sú:

1. Adaptačná fáza - ide o integráciu klienta do zariadenia, kde má prideleného „staršieho brata“, ktorý mu pomáha v prvých krokoch. Kontakt s vonkajším svetom je minimálny. Celá fáza trvá 3-4 mesiace (Špaleková, s. 22). V tejto fáze sa klientovi snaží poskytnúť maximum informácií o celej komunite a jej princípoch. Klient si buduje sebadôveru, nemá žiadne vychádzky, telefonáty, poštu, a môže komunikovať len s členmi komunity.⁷

⁷ <http://www.manusoz.sk/fazy.html>, 15.02.2010

2. Druhá fáza je nápravno-terapeutická, ktorá trvá približne 4 mesiace. Táto fáza podľa slov Špalekovej (2006, s. 22) je veľmi ťažká a dôležitá fáza, plná nástrah. Tu sa klient konfrontuje so životom a prácou v resocializačnom stredisku. Dostáva rôzne úlohy, za ktorých splnenie osobne zodpovedá. Vychádzky má častejšie a pravidelnejšie má aj stretnutia s rodičmi, so súrodencami, s kamarátmi a pod. Klient si musí plniť svoje pracovné povinnosti v rámci zariadenia, posilňovanie pracovných návykov, zodpovednosť za druhých. Dochádza k tvrdšej konfrontácii komunity s klientom, ale i klienta so svojím domovským prostredím, ku ktorým dochádza počas vychádzok, klient sa učí opätovne komunikovať so svojím okolím.⁷
3. Tretia fáza tzv. sociálno-rehabilitačná má za cieľ dosiahnuť rozvíjanie spoločenského správania a osvojenie zásad spolunažívania. Špaleková (2006, s.22) hovorí o tejto fáze ako o rozhodcovej fáze, kedy pribúda pocit zodpovednosti klienta za seba samého, za „služobne mladších“ klientov, za život komunity. Kontakt s okolitým svetom má oveľa väčšiu intenzitu. Prebieha v tretej štvrtine pobytu klienta v resocializácii, môže trvať 3-4 mesiace. Je zameraná na celkovú fyzickú a psychickú obnovu jedinca a na dosiahnutie najvyššieho stupňa osobnostného a fyzického vývinu klienta a jeho pracovnej výkonnosti. Počas tejto fázy dochádza k pribúdaniu zodpovednosti klienta za seba samého ale i za celú komunitu, klientov s nižšou fázou. Klienti zodpovedajú za kontrolu vecí novo prichádzajúcich klientov.⁷
4. Vo štvrtej, kontaktnej fáze sa klient pripravuje na odpútanie od komunity a postupný prechod do reálneho života. Ukončenie pobytu je účelné podmieniť úspešným umiestnením klienta na trhu práce, získaním vhodného bývania. Dôležité je aby klient nestratil kontakt s vlastným problémom a napojil sa na niektorý z fungujúcich klubov abstinujúcich (Špaleková, 2006, s. 22). Táto fáza je teda integračná, kedy sa klient postupne začleňuje, reintegruje do spoločnosti, do bežného života. Realizuje sa proabstinenčným tréningom, veľmi úzkou väzbou klienta na doliečovací klub či už socioterapeutický, mítingy AA, NA a na príslušného terapeuta upevňovaním a posilňovaním pozitívnych návykov a autoregulačných mechanizmov. Klient sa zameriava na svoj život po odchode z resocializačného zariadenia, pripravuje sa na odchod, hľadá si zamestnanie, resp. ukončuje prerušené vzdelanie.⁷

Dĺžka trvania fáz je orientačná, nakoľko dĺžka pobytu v resocializačnom stredisku je individuálna. Odporúčaný proces je 12 až 18 mesiacov. Záleží to aj na rozhodnutí samotného klienta.

Súčasťou resocializačného procesu je aj rehabilitačná činnosť, ktorá sa delí na tri druhy: (Špaleková, 2006, s. 22)

1. Sociálna rehabilitácia – úlohou je motivovať jedinca, aby dokázal sám existovať, aby bol čo najmenej odkázaný na pomoc iných.
2. Výchovná rehabilitácia – ktorá sa sústreďí na prekonávanie prekážok pri dosahovaní pozitívnych zmien v myslení a v správaní.
3. Profesná rehabilitácia – slúži na pomoc a je zameraná na reintegráciu jedinca na trh práce.

Podľa Dvořáka (In: Kalina a kol., 2003, s. 64) je cieľom sociálnej rehabilitácie (re)integrácia závislého do spoločnosti prostredníctvom znovunadobudnutých sociálnych a profesijných schopností a podporného sociálneho prostredia a vzťahov. V psychologickom pohľade potom tieto skutočnosti ovplyvňujú znovunadobudnutie sebaúcty a kompetencie viesť život v bežnej spoločnosti.

Klienti, ktorí úspešne dokončia program, sa behom pobytu v resocializačnom stredisku pripravujú na ďalší život. Nájdu si zamestnanie, bývanie a dohodnú si následnú starostlivosť v niektorom z doliečovacích programov, kam dochádzajú približne ďalší rok.

2.8 Resocializačné stredisko Šurany – Nový Svet (osobná konzultácia s Mgr. Danielou Jaššovou, zodpovedný zástupca v Resocializačnom stredisku v Šuranoch – Nový Svet, 16.10.2009)

Ako príklad fungovania resocializačných zariadení na Slovensku uvádzam Resocializačné zariadenie Šurany – Nový svet, v ktorom sme vykonávali empirickú časť tejto bakalárskej práce. Ako som už spomenula na Slovensku je 21 resocializačných zariadení, z ktorých každé používa svoje metódy a postupy práce, takže zmienené stredisko je len ako príklad respektíve opis konkrétneho zariadenia.

Resocializačné stredisko Šurany vzniklo v rámci občianskeho združenia Nelegál v roku 2001. Občianske združenie Nelegál poskytuje komplexné sociálne služby v oblasti resocializácie a rehabilitácie osôb závislých na drogách rôzneho druhu, alkohole a patologickom hráčstve, pričom tieto služby poskytuje podľa § 63 zákona č.

305/2005 Z.z. o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov.

Cieľovou skupinou sú ľudia závislí na drogách, alkohole a patologickom hráčstve, vo veku od 16 rokov, odporúčanie psychiatra alebo adiktológa, dobrovoľnosť a chuť zmeniť doterajší spôsob života.

Resocializačné stredisko prevádzkuje svoju činnosť vo dvoch zariadeniach. Jedno je umiestnené v meste Šurany časť Okomáň v prízemnom murovanom objekte, kde je kapacita 10 miest. Nachádzajú sa tu dve izby pre klientov, v súčasnosti je tam 10 klientov - muži, liečení na alkoholovú a drogovú závislosť.

Budova na Novom Svete poskytuje priestor pre koedukovanú komunitu. Kapacitu tvorí 12 miest pre mužov a 11 miest pre ženy. Momentálne je tu 12 mužov a 11 žien.

Resocializačný proces trvá približne 12 mesiacov, prípadne viac, u každého je to individuálne, s ohľadom na jeho potreby a odporúčania terapeutického tímu. Resocializačný proces napĺňa pracovná terapia, skupinová terapia/psychoterapia, individuálna psychoterapia, rodinná terapia, terénna terapia.

Cieľom resocializačného procesu je adaptácia do normálneho života, prirodzeného prostredia. Klienti postupne prechádzajú všetkými krokmi Anonymných alkoholikov a Anonymných narkomanov, ktoré sú rozdelené do troch fáz:

1. POKORA – prijať to, čo nemôžem zmeniť. Prežívanie faktu, že sami nemáme dostatok sily na to, aby sme odolávali sile závislosti, priznanie si svojej bezmocnosti voči droge, akceptácia vyššej sily (ktorou môže byť napríklad komunita) a odovzdanie sa tejto sile.
2. ODVAHA – zmeniť to, čo zmeniť môžem. Odvážna identifikácia svojich charakterových chýb, priznanie týchto chýb sebe aj inej osobe, nájdenie pokory a prosba o pomoc.
3. MÚDROŠŤ – aby som tieto veci od seba odlišil. Pokračovanie v osobnej inventúre, každodenný prehľad svojho vlastného konania, duchovné prebudenie, rozvoj duševného života a svojich duševných hodnôt, pomoc ľuďom, ktorí túto pomoc potrebujú a o ňu požiadajú, odovzdávanie skúseností, ktoré sme načerpali. Uplatňovať tieto zásady v každej našej činnosti.

Tieto fázy nie sú časovo ohraničené, vyplývajú z duševných a osobnostných predpokladov a ochoty napraviť svoj doterajší spôsob života.

Klient je povinný dodržiavať vnútorné predpisy strediska a všetky platné normy. Platia tu pravidlá podľa ktorých sa riadi každý klient. Medzi základné patrí dodržiavanie abstinencie, intolerancia agresívneho správania, zákaz svojvoľne opúšťať zariadenie, zákaz vytvárania intímnych vzťahov. Ďalej je klient povinný riadiť sa pokynmi pracovníka strediska, plne sa podriaďovať rozhodnutiu komunity a aktívne sa zúčastňovať života komunity a osobne sa spolupodieľať na úspešnom a efektívnom priebehu vlastnej resocializácie a rehabilitácie.

Činnosť strediska je 24 hodín denne sa riadi podľa režimovej terapie. Do pracovného procesu sa zapájajú všetci zamestnanci, ako aj klienti strediska. Klienti si sami varia, perú, udržiavajú poriadok a vlastnými silami si zrekonštruovali budovu. Majú presne určený rozvrh na každý deň v týždni a to nasledovný:

- 7.00 – 8.00 hod: budíček, rozcvička, osobná hygiena
- 8.00 hod: raňajky
- 9.00 hod: komunita, rozdelenie práce, príprava na pracovnú terapiu
- Nasleduje pracovná terapia, ktorá trvá do 12.00 hod.
- 12.00 – 14.00 hod: obed
- 14.00 – 17.00 hod: pokračuje pracovná terapia
- 16.00 – 18.00 hod: osobné voľno (šport, čítanie, opekanie, záľuby...)
- 18.00 hod: večera
- Po večeri voľný program
- 20.00 hod: bilancia – zhrnutie dňa, pocity, riešenie problémov
- 22.00 hod: večierka

V stredu sú sedenia so psychológom – psychoterapia, vo štvrtok mítingy anonymných alkoholikov na rímskokatolíckej fare v Šuranoch, v nedeľu sú mítingy anonymných narkomanov a Svätá omša.

Klienti nemajú pri sebe mobilné telefóny, peniaze. Rodičia sú v kontakte s vedúcim zariadenia a raz za mesiac sa osobne stretávajú. Po dvoch až troch mesiacoch môže klient dostať priepustku domov na tri dni a po šiestich na týždeň. Po návrate s priepustky sa klientovi robia testy na drogy a alkohol. Klienti sú tu dobrovoľne a ak dva krát porušia stanovené pravidlá komunity sú odiaľto vylúčení.

Každý klient má po ukončení resocializačného procesu možnosť naďalej sa kontaktovať s resocializačným strediskom, navštevovať mítingy Anonymných narkomanov alebo Anonymných alkoholikov, ktoré sa konajú priamo v stredisku.

Na to, aby človek mal ochotu liečiť sa, musí spadnúť na dno. Takýto človek je viac motivovaný liečiť sa, ako človek, ktorý má ešte stále peniaze, prácu, rodinu okolo seba. Takýto človek si zväčša hovorí „ja ešte nie som závislý“. Človek, ktorý sa rozhodne liečiť sa po či už ústavnej alebo ambulantnej liečbe môže nastúpiť do resocializačného strediska. Táto liečba je dobrovoľná a klient ju môže kedykoľvek ukončiť. To znamená, že sem prichádzajú ľudia zväčša motivovaní liečiť sa, aj keď prevláda fakt, že ich sem vedú ekonomické dôvody, že o všetko prišli. Ľudia závislí od tvrdej drogy dokážu abstinovať len s veľkými ťažkosťami. Neznamená to teda, že ak človek absolvuje liečbu je vyliečený. Nie. Je abstinent, ktorý po celý život bojuje s nástrahami, často sa stáva že zlyháva a vracia sa k droge. Ak chce človek úspešne abstinovať, nesmie sa spoliehať, že abstinenciu mu urobia lieky, zariadenie alebo personál, musí rozhodujúcu časť urobiť v sebe sám. Po absolvovaní liečby nastupuje na rad doliečovanie. Doliečovanie prebieha formou svojpomocných skupín, kde klient dochádza.

3. Následná starostlivosť

Poslednou kapitolou teoretickej časti tejto práce je následná starostlivosť. Tu klient dochádza po absolvovaní liečenia, aby si udržal navodené zmeny chovania ktoré získal závislí počas liečby v zariadení.

Medzi základnou liečbou a následnou starostlivosťou je ostrá hranica. Je rozdelená fáza liečenia v psychiatrickej liečebni alebo v terapeutickej komunite a fáza následnej starostlivosti. Je teda zjavné, že programy následnej starostlivosti nadväzujú na liečbu v liečebni alebo v terapeutickej komunite, resocializačnom stredisku. Kontinuita liečebného procesu by nemala byť prerušená ani pri predávaní klienta do následnej starostlivosti, preto je dôležité, aby mali centrá následnej starostlivosti dobrú komunikáciu s programami, odkiaľ klienta prijímajú. Dĺžka absolvovania programu je pohyblivá, doporučuje sa 6 mesiacov. Je vhodné aby bol program rozdelený do troch fáz, ktorý sa líši intenzitou dochádzky do programu. To podporuje postupné preberanie zodpovednosti klienta za svoj život (Kuda In: Kalina a kol., 2003, s. 208-212).

V doliečovacej fáze sa očakáva od klienta vlastná iniciatíva a aktivita. Zatiaľ čo v terapeutickej komunite sa klient rozvíja hlavne kvôli terapeutickému prostrediu a v interakcii s členmi komunity a personálom, v doliečovacej fáze prechádza klient na „sebarozvíjanie“. Cieľom doliečovania je integrácia klienta v spoločnosti, za

predpokladu zachovania vlastnej identity. V doliečovaní závislých osôb sa vykryštalizoval rozdiel medzi tromi skupinami klientov (Nerad, Neradová, 1998, s. 123-124):

- Klienti na základe komplikovanej problematiky závislostí, osobnostnej a psychiatrickej potreby dlhodobej ochrany, opory, bezpečia ako v otázke bývania, tak aj zamestnania, môžu celkom dobre fungovať za predpokladu, že im niekto neustále pomáha určovať smer, ktorým sa majú uberať.

Inými slovami klient po ukončení liečby alebo resocializácie, ktorý sa už integroval do spoločnosti, môže v nej naďalej fungovať, ak cíti podporu a udržiava sa v programoch následnej starostlivosti.

- Druhá skupina sa ťažko učí novému chovaniu a veľmi pomaly získava nadhľad. Táto skupina často recidivuje a upadá do starého, stereotypného chovania, čo je jej spôsob ako sa dopracovať samostatnosti.
- Tretia skupina je schopná na základe nadhľadu a praktických skúseností v krátkej dobe dosiahnuť samostatné fungovanie, dodržiavať zvolený životný rytmus a zamerať sa na dané ciele a ich dosiahnutie. V podstate sa sami učia doliečovaniu.

Hlavnými zložkami následnej starostlivosti je (Kuda In: Kalina a kol., 2003, s. 208-212):

1. Psychoterapia, tu ide predovšetkým o stabilizáciu abstinencie od primárnej drogy. Niekedy sa stretávame s veľkou snahou zvládnuť všetky problémy klienta, čo je nebezpečné. Vždy je treba zvážiť čo z klientových problémov bezprostredne súvisí so stabilizáciou ďalších navodených zmien. Takže tu nehovoríme o „hlbšej“ psychoterapii, jedná sa tu o podpornú psychoterapiu zameranú na stabilizáciu klientovej emotivity.
2. Prevencia relapsu, obava z možného zlyhania je kľúčovou motiváciou závislého pre vstup do programu následnej starostlivosti. Je treba pomôcť klientovi, aby získal náhľad, naučiť ho ako zvládať rizikové situácie a pomôcť mu v integrácii do bežného života.
3. Sociálna práca, má nezastupiteľné miesto na stabilizácii životného štýlu závislého. Sociálny pracovník rieši celú škálu sociálno právnych problémov ako napr.: dlhy u zdravotnej poisťovne, rôzne iné dlhy, sociálne dávky, trestné stíhanie a mnohé iné.
4. Práca, chránené pracovné miesta, rekvalifikácie, mať zamestnanie je jedným zo základných ukazovateľov integrácie do normálneho života. Závislému chýba

väčšinou odborná kvalifikácia, prípadne mu chýbajú akékoľvek pracovné návyky – to sa netýka klientov z terapeutických komunit. Pri hľadaní zamestnania je potrebná veľká pomoc. Jednou z foriem sú chránené dielne, ktoré umožňujú klientovi získať základné pracovné návyky, prípadne rekvalifikáciu. Veľmi dôležitá tu je aj spolupráca s úradmi práce.

5. Lekárska starostlivosť, tu je veľmi dôležité nájsť klientovi adekvátnu lekársku starostlivosť, umožniť mu nielen stabilizáciu psychosociálnu, ale aj stabilizáciu fyzickú.
6. Práca s rodinnými príslušníkmi, pokiaľ je do liečby závislého zainteresovaná celá rodina, výsledná efektivita celého procesu sa výrazne zvyšuje.
7. Ponuka voľnočasových aktivít, naučiť sa „užívať si bez drog“ je cieľom liečby aj následnej starostlivosti. Často sa stáva, že klient z obavy možného relapsu zaplňuje svoj denný program maximom povinností, čo je beh na dlhú trať a po nejakom čase dochádzajú sily. V rámci následnej starostlivosti je dobré ponúkať alternatívy trávenia voľného času.

Bežný klient prichádzajúci do programu následnej starostlivosti má za sebou niekoľkoročnú dobu užívania a s tým súvisiace problémy. Závislý opúšťa základnú liečbu s rozhodnutím abstinovať a tu stráca akúsi ochrannú ruku nad svojou abstinenciou. Je mylné domnievať sa, že už má pevne vybudovanú motiváciu k životu bez drog. Craving počas základnej liečby zoslabol, ale znovu nadobúda na svojej intenzite. Zrazu sa objavuje veľa praktických problémov, množstvo úloh. Je nutné ako sa vyhýbať rizikovým situáciám a ako ich bezpečnejšie zvládať (tamtiež, s. 210).

Systém doliečovania je dôležitý nielen pre pacientov, ale aj pre terapeutov. Terapeut sa tu dozvedá to, čo prebehlo pod povrchom liečby a čo pacient behom nej nepovedal. Vidí tu ďalší vývoj pacienta a môže pružne reagovať na prípadné krízy. Pacienti vo funkcii laických terapeutov sú dôraznejší a všimnú si i veci, ktoré by terapeutovi unikli.

3.1 Svojpomocné skupiny

Medzi najrozšírenejšie formy svojpomocných skupín patria svojpomocné organizácie typu Anonymných alkoholikov, Anonymných narkomanov a socioterapeutické kluby.

Rozdiel medzi AA, NA a socioterapeutickým klubom je ten, že AA a NA je svojpomocná organizácia bez účasti profesionálov a socioterapeutický klub vedie spravidla odborník (Nešpor, 2000, s.99).

Každý klub má dva najdôležitejšie ciele: udržať abstinenciu a nájsť nový životný štýl. V každej etape doliečovacieho procesu nájde abstinent v klube niečo iné, podľa toho ako hľadá a nachádza to, čo potrebuje pre vlastný vývin a napredovanie. Spočiatku je viac ponorený do diania klubu, testuje si v ňom svoje názory, postupne získava viac istoty a sebadôveru a je schopný viac pomáhať iným (Pavelová, 2004, s. 7).

Pod pojmom svojpomocné programy v širšom slova zmysle rozumieme podporu, ktorú môže užívateľ drog získať mimo formálnej liečby, keď sa pokúša abstinovať od drog. V užšom slova zmysle je to metóda používaná pre veľmi konkrétne programy, ako je hnutie Anonymných Alkoholikov alebo Anonymných Narkomanov. (Vobořil, Kalina In: Kalina a kol., 2003, s. 84)

3.2 Anonymní Alkoholici a Anonymní narkomani

Závislý človek predstavoval vždy problém pre lekárov a iné zdravotnícke zariadenia, ktoré sa tradične radšej vyhýbali alkoholikom a drogovu závislým. Čiastočne aj z tohto dôvodu, ale i kvôli potrebe obvyčajnej ľudskej pomoci sa musel alkoholik obrátiť na svoju skupinu seberovných, ktorí prežívali rovnaký problém. Preto sa v roku 1935 zrodilo aj hnutie AA, ktoré prinieslo alkoholikom viac pomoci ako sa očakávalo (Nociar In: Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, 259-260).

Anonymní alkoholici (AA) sú dnes najrozšírenejšou svojpomocnou skupinou na svete. Za 75 rokov od založenia sa rozšírili do 180 krajín, oslovili viac než 2 milióny členov a získali si uznanie laickej i odbornej verejnosti. AA sa spomínajú v takmer každej publikácii venovanej závislosti od alkoholu.⁸

Za zrod AA sa považuje prvé stretnutie Williama Griffitha Wilsona a Dr. Roberta Hollbrooka Smitha v roku 1935 v štáte Ohio, USA. Títo dvaja „nevyliciteľní“ alkoholici celkom nečakane vďaka vzájomnému zdieľaniu dokázali skutočne „vytriezviť“ a nevrátiť sa nikdy k alkoholu. Ich nadšenie, vytrvalosť a aj sústredené úsilie dokázali dať život spoločenstvu, ktoré sa postupne jasnejšie vymedzovalo až do podoby, v ktorej sa s ním stretávame dnes. Historickým momentom bolo v roku 1949

⁸ <http://www.klubabstinentov-nz.sk/modules.php?name=News&file=article&sid=45>, 22.02.2010

uznanie AA Americkou psychiatrickou asociáciou. Rozrastanie spoločenstva si vynútilo prijatie organizačných zásad v podobe 12 tradícií, ktoré mu umožňujú zachovať si jednotu napriek veľmi demokratickému poňatiu organizačnej štruktúry. Medzi najdôležitejšie zaraďujú anonymitu, nezávislosť od inštitúcií, nemiešanie sa do žiadnych vonkajších záležitostí, prednosť princípov pred osobnosťami a pravidlo, že jedinou podmienkou členstva je túžba prestať piť.⁸

Organizáciou, ktorá vznikla po vzore AA sú aj Anonymní narkomani (NA), kde sa pri liečbe uplatňuje 12 krokov.

Organizácie typu AA sa riadia nasledujúcimi príkladmi hesiel, ktoré nám pomôžu ilustrovať ich filozofiu (Vobořil, Kalina In: Kalina a kol., 2003, s. 85):

- Abstinovať práve dnes, ak ide človek po nejakej ceste, je potrebné sa uberať krok za krokom.
- Najdôležitejšie najskôr, najskôr je treba abstinovať, tým sa vytvárajú predpoklady k riešeniu problémov a dosahovaniu ďalších životných cieľov.
- Aj toto prejde, záležitosti, ktoré sa zdali nevyriešiteľné s často vyriešia uspokojivejšie než človek predpokladal.
- Abstinovať sa dá.
- Pozeraj sa na veci z dobrej stránky.
- Napodobuj, až uspeješ, niekomu môžu pripadať osvedčené postupy používané pri prekonávaní závislosti divné, ale vyplatí sa ich mechanicky napodobňovať.
- Ide to ľahko, táto zásada nabáda k tomu, aby sa človek vyhýbal nadmernému stresu a viedol rozumný životný štýl.
- Predaj to, slogan doporučuje prijímať veci, ktoré nejde zmeniť a zbytočne sa nimi nezaoberať. Je prejavom viery v to, že všetko čo človeka v živote stretne, nejakým spôsobom slúži v jeho prospech.
- Zásada 7/7, ktorá hovorí, že ak je človek v kríze, alebo začína abstinovať, má navštíviť stretnutia AA alebo AN 7 x behom siedmich dní v týždni, teda každý deň.

Podstatu AA tvorí ich program dvanástich krokov (Nešpor, 2000, s. 101-102):

1. Priznali sme si svoju bezmocnosť voči alkoholu – naše životy začali byť neovládateľné.
2. Dospeli sme k viere, že sila väčšia ako naša obnoví naše zdravie.
3. Rozhodli sme sa odovzdať svoju vôľu a svoj život do starostlivosti Boha, tak ako ho my sami chápeme.
4. Urobili sme dôkladnú a nebojácnu inventúru samých seba.

5. Priznali sme Bohu, sebe samým a inej ľudskej bytosti presnú povahu svojich chýb.
6. Dovolili sme, aby Boh odstránil všetky tieto charakterové chyby.
7. Pokorne sme ho požiadali, aby naše nedostatky odstránil.
8. Spísali sme zoznam ľudí, ktorým sme ublížili, a ktorým to chceme nahradiť.
9. Rozhodli sme sa urobiť nápravu vo všetkých prípadoch, kde to bolo možné, okrem prípadov, kedy by takéto konanie druhým ublížilo.
10. Pokračovali sme v morálnej inventúre, a keď sme pochybili, ihneď sme to priznali.
11. Pomocou modlitby a meditácie sme zdokonalili svoj vedomý styk s Bohom, tak ako ho my chápeme a prosili sme ho len o to, aby sme spoznali jeho vôľu a silu ju uskutočniť.
12. Výsledkom týchto krokov bolo, že sme sa duchovne prebudili, snažili sme sa odovzdávať toto poslanstvo ostatným alkoholikom a uplatňovať tieto princípy vo všetkých svojich záležitostiach.

Stretnutie anonymných alkoholikov

Mítingy AA a AN prebiehajú formou stretnutí, na ktorých sú stanovené základné pravidlá.

Základné pravidlá sú nasledujúce (Nešpor, 2000, s. 102):

- Stretnutie zahajuje, končí a riadi volený predseda.
- Účastníci sa oslovujú v zásade krstnými menami a rešpektuje sa ich anonymita.
- Keď sa niekto predstavuje je to obvykle „ Ja som...(krstné meno) a som alkoholik.
- Ten kto hovorí by nemal byť prerušovaný a nemali by mu byť kladené otázky.
- Tí, ktorí sú pod vplyvom alkoholu sa síce môžu zúčastniť, ale nemôžu hovoriť.

Typický priebeh stretnutia (Nešpor, 2000, s. 103):

- Privítanie nováčikov.
- Spoločná modlitba mieru (Nech dokážu prijať to, čo nemôžu zmeniť, dostanú odvahu zmeniť to, čo zmeniť môžu a múdrosť rozpoznať jedno od druhého.) Alternatívne sa môže prečítať 12 krokov.
- Rozprávanie osobných príbehov.

- Tieto príbehy obvykle vyvolávajú u ďalších členov vlastné podobné spomienky.
- Krátka prestávka pri ktorej sa podáva káva, čaj a ľahké občerstvenie, napomáha väčšej uvoľnenosti a v prípade ďalších stretnutí i k tomu, aby sa udržala pozornosť. Často sa tiež robí zbierka, kde účastníci dobrovoľne a podľa možností prispievajú nevelkými čiastkami na prevádzkové náklady.
- Na záver sa zaraďuje modlitba a informácia o ďalšom stretnutí.
- Alternatívou a doplnkom k vyššie uvedenému veľkému (otvorenému) stretnutiu, ktorého sa zúčastňuje i verejnosť, sú malé stretnutia orientované osobným problémom členov a stretnutí dôkladne rozoberajúce niektoré z 12. Krokov.
- Organizácie tohto typu majú dôkladne rozpracovaný systém patrónstva, pri ktorom poskytuje skúsený a dlhšie abstínujúci člen organizácie oporu, radu a povzbudenie nováčikovi.

3.3 Socioterapeutický klub

Prvým socioterapeutickým klubom v strednej Európe bol klub pod názvom KLUS v Prahe, ktorý vznikol zásluhou Jaroslava Skály (Nešpor, 2000, s. 104). Neskôr sa vytvorila sieť klubov socioterapeutickej pomoci, na ktorej činnosti sa podieľajú profesionálni terapeuti a ich bývalí pacienti-laici. Ich činnosť je široká, od schôdzok abstínujúcich závislých až po programy, na ktorých sa môže zúčastniť závislý s celou rodinou. Podmienkou účasti je triezvosť (Pavelová, s. 6-7).

Výhodou socioterapeutických klubov je, že vznikajú väčšinou pri liečebných zariadeniach, či už ambulantných alebo ústavných (Nešpor, 2000, s. 104).

Niektoré výhody socioterapeutických klubov (tamtiež, s. 105):

- Dobre fungujúci socioterapeutický klub môže nahradiť chýbajúcu alebo nedostatočnú sieť sociálnych vzťahov u ľudí, ktorí sa v súvislosti s prekonávaním svojej závislosti musia rozísť s bývalými známymi alebo zostali osamelí.
- Socioterapeutický klub pri ambulantnom alebo lôžkovom zariadení poskytuje pozitívny model ľudí, ktorí závislosť prekonávajú, čo zvyšuje motiváciu.
- Pre pozitívny výsledok liečby býva dôležitá dĺžka, udržiavanie kontaktov, čomu socioterapeutické kluby napomáhajú.

Doliečovacie procesy pre závislých AA, NA alebo socioterapeutické kluby navštevujú po absolvovaní liečby klienti aj po celý svoj život. Majú vytvorené siete po celom svete a napomáhajú, aby človek nepodľahol nástrahám bežného života. Je to dôležité aby si udržovali tento kontakt aj s inými abstinujúcimi závislými, ktorí im napomáhajú alebo naopak ktorým oni napomáhajú aby predišli recidíve.

4. Prieskum

V teoretickej časti som sa zamerala na liečbu drogovu závislých, poukázala som na potrebu a význam resocializácie. Objektom prieskumu boli klienti resocializačného strediska a zhodnotenie významu resocializácie ich očami.

4.1 Cieľ prieskumu

Základným cieľom prieskumu je zistiť aký podiel má resocializácia na procese zmeny závislého užívateľa návykových látok z perspektívy užívateľa služby. Výskum som realizovala na vybranej vzorke klientov resocializačného strediska Šurany – Nový Svet.

Stanovila som si nasledujúci postup: sformulovať cieľ a stanoviť si čiastkové ciele. Zvoliť metódu, vybrať respondentov, zostaviť štruktúrovaný rozhovor a následne ho uskutočniť s vybranou vzorkou respondentov, získané údaje vyhodnotiť.

4.2 Stanovenie čiastkových cieľov

K stanoveniu hlavného cieľa som si stanovila čiastkové ciele, podľa ktorých som formulovala otázky:

1. Zistiť, ako klienti vnímajú svoj resocializačný proces.
2. Zistiť, ako klienti hodnotia komunitný režim a život v komunite.
3. Zistiť, ako sa u klientov mení seba hodnotenie.
4. Zistiť, ako sa zmenili vzťahy v rodine.
5. Zistiť, ako vnímajú v momentálnej fáze resocializácie svoju abstinenciu.

4.3 Metódy a príprava prieskumu

V predprieskumnej etape som k zvolenej problematike použila literárnu metódu, ktorú som využila v teoretickej časti bakalárske práce. Bolo to preštudovanie kníh, časopisov, internetových stránok a zákonov, ktorých zoznam uvádzam v zozname použitej literatúry.

V empirickej časti som použila ako metódu rozhovor, z dôvodu, že sa mi javí ako vhodný pre zodpovedanie hlavnej výskumnej otázky, pretože chcem zistiť názor

priamych účastníkov programu liečby v súvislosti s resocializáciou. Pri zostavovaní rozhovoru som vychádzala zo stanovenia čiastkových cieľov. Rozhovor obsahuje 13 otázok a všetky sú otvorené. Táto metóda si vyžaduje menší počet respondentov a umožnila mi hlbšie vniknúť do problematiky.

Zostavila som si nasledujúce otázky, kde čiastkový cieľ č. 1 naplňuje otázka 1, 2, 3, 12 a 13. Čiastkový cieľ č. 2 naplňuje otázka 4, 5, 6. Čiastkový cieľ č.3 naplňuje otázka 7 a 8. Čiastkový cieľ č. 4 naplňuje otázka 9 a10. Čiastkový cieľ č. 5 naplňuje otázka 11.

1. Čo bolo hlavným podnetom pre Vaše rozhodnutie liečiť sa?
2. Ako dlho ste na resocializácii?
3. Čo pre Vás znamená život v resocializačnom zariadení?
4. Ako by ste popísali Vaše fungovanie v komunite?
5. Ako vnímate komunitný režim ako spôsob terapie?
6. Čo Vám vo Vašom resocializačnom procese najviac pomáha?
7. Zmenil sa za ten čas, čo ste tu, Váš pohľad na seba samého?
8. Čo ste pre to urobili?
9. Udržujete kontakt s rodinou?
10. Aké boli vzťahy s rodinnými príslušníkmi pred nástupom na resocializáciu a aké sú teraz? Zmenili sa tie vzťahy nejako?
11. Ako vnímate svoju abstinenciu? Zmenilo sa na tom niečo za ten čas, čo ste tu?
12. Myslíte si, že by ste dokázali abstinovať bez absolvovania resocializácie?
13. Čo Vám resocializácia dáva/dala a aké sú Vaše predstavy do budúcnosti?

Po ukončení rozhovoru som zo získaných údajov spravila vyhodnotenie.

4.4 Výskumná vzorka respondentov

Ako som už uviedla, prieskum som realizovala v Resocializačnom stredisku Nelegál, Šurany – Nový Svet. Pred realizovaním rozhovoru som sa dohodla so zodpovednou zástupkyňou daného strediska, ktorá mi ho umožnila uskutočniť. Vybrala som si skupinu klientov, ktorú som si následne rozčlenila do štyroch skupín. V prvej skupine boli traja klienti, ktorí nastúpili do resocializačného strediska a ich pobyt nepresiahol dva mesiace. Druhú skupinu tvorili traja klienti, ktorých pobyt trvá približne pol roka a nachádzajú sa v tzv. nápravno–terapeutickej fáze. Tretiu skupinu

tvoria traja klienti s pobytom približne rok a nachádzajú sa v tzv. sociáno – rehabilitačnej fáze. Poslednú skupinu tvoria dvaja respondenti, ktorí už opustili resocializačné stredisko a sú zaradení do spoločnosti.

Respondentov som si vybrala do skupín podľa dĺžky pobytu v resocializačnom stredisku. Sú to muži aj ženy, spolu je ich 11.

4.5 Výsledky získané z rozhovoru

Získané informácie som vyhodnotila podľa odpovedí a porovnávala som jednotlivé skupiny. Analyzovala som rozdiely medzi klientmi a skupinami.

I. Skupina

Tabuľka 1

Kategoria	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3
Vnímanie resocializácie	- potreba so sebou niečo robiť - adaptácia	- skúška sebavedomia - kontakt so závislými - priestor a čas pre seba - chránené prostredie	- snaha o zmenu životného štýlu - priestor na sebaopoznávanie
Život v komunite	- potreba kontaktu s inými - pocit nezačlenenosti do skupiny - pocit prázdnoty	- selektovanie ľudí v komunite - pociťovanie pozit. aj negat. spätých väzieb - záujem o komunitu	- pozitívne vnímanie komunity
Seba hodnotenie	- práca na sebe - pokusy o úprimnosť a otvorenosť	- reálny pohľad na seba - konfrontácia - snaha o úprimnosť k sebe aj okoliu	- snaha o poznanie seba samého - rekonštrukcia hodnotového rebríčka
Vzťah s rodinou	- záujem zo strany rodiny - udržiavanie kontaktov	- obmedzené kontakty - čiastočná nedôvera - zmena kvality partnerského vzťah	- mierna pozitívna zmena - pretrvávajúca nedôvera
Vnímanie abstinencie	- psychicky náročné - sebaopoznávaním k abstinencii	- životná nevyhnutnosť - prostriedok k dosiahnutiu životných cieľov	- uvedomenie si potreby resocializácie k dosiahnutiu abstinencie - rozlišovanie abstinencie v zariadení a vonkajšom prostredí

Kategória	Klient č. 4	Klient č. 5	Klient č. 6
Vnímanie resocializácie	- východisko z bezmocnosti - sebapoznávanie - nachádzanie a odstraňovanie chýb	- zmierovací proces - vnútorná premena - nachádzanie nových návykov	- možnosť začať nový život - učenie sa tolerancii - vypestovanie si zodpovednosti
Život v komunite	- pocit rovnocennosti - pozitívny vplyv programu 12 krokov AA - pomoc pri vnútornej inventúre	- hľadanie úprimnosti - pociťovanie dôvery - potreba spätnej väzby	- aktívny vklad do komunity - možnosť sebapoznávania prostredníctvom spätnej väzby
Seba hodnotenie	- prechod k pozitívnemu vnímaniu seba - nachádzanie chýb a snaha ich odstraňovať	- prijímanie pokory - pocity spokojnosti - ustálenie	- zmena hodnotového rebríčka - pozitívne vnímanie seba - prijímanie kritiky
Vzťah s rodinou	- kontakty udržiavané - zmena nezaznamenaná	- vznikajúca dôvera - pozitívna zmena - vzájomné rešpektovanie	- pozitívna zmena, avšak s dávkou opatrnosti z oboch strán
Vnímanie abstinencie	- uvedomenie si potreby dožívotnej abstinencie - investícia času a úsilia	- zmierenie so svojou chorobou - neprijímanie abstinencie od všetkých návykových látok	- vnímanie potreby abstinencie od všetkých návykových látok - vnímanie potreby investície času - vďaka abstinencie pociťovať pozitívne stránky života

Kategória	Klient č. 7	Klient č. 8	Klient č. 9
Vnímanie resocializácie	-znovuzrodenie -pocit bezpečia -strach z vonkajšieho prostredia -psychický pokoj	-túžba po normálnom živote -pocit bezpečia -návod na zmenu životného štýlu	-zvládanie normálneho života bez alkoholu -nádej na normálny život -ochota investície času
Život v komunite	-túžba po úprimnosti -potreba pracovnej terapie -otvorenosť smerom k ostatným členom v komunite	-túžba po fungujúcej komunite -pozitívne vnímanie pracovnej terapie -priestor a čas pre seba	-rešpektovanie pravidiel -problémy s úprimnosťou -pozitívne vnímanie účasti na mítingoch AA
Seba hodnotenie	-prikladanie väčšej hodnoty životu -vytváranie priateľských vzťahov	-seba prijatie -uvedomovanie si vlastnej hodnoty	-prijímanie názoru druhých na svoju osobu -trepezlivosť
Vzťah s rodinou	-pozitívna zmena -rozvoj komunikácie -narastanie dôvery	-pozitívna zmena, avšak pretrvávajúci pocit nedôvery -rozvoj komunikácie	-kontakty udržiavané -potreba pracovať na vzťahoch
Vnímanie abstinencie	-vnímanie potreby doživotnej abstinencie -vyrovnanosť -aplikovanie 24 hodinového programu	-reálne predstavy o abstinencii -do istej miery nervozita -rozhodnosť	-vnímanie potreby doživotnej abstinencie -bez myšlienok na alkohol

Kategória	Klient č. 10	Klient č. 11
Vnímanie resocializácie	-zachovanie života -zmena životného štýlu -snaha o napredovanie	-zmena celkového spôsobu života -zvládnuť svoj život -spôsob dosiahnuť normálny život
Život v komunite	-samotársky typ -čerpanie zo skúseností ostatných abstinujúcich	-dosahovanie disciplíny -nadobudnutie pozitívnych sociálnych návykov -spôsob ako dosiahnuť slobodný život
Seba hodnotenie	-dobrý pocit z abstinencie -pozitívne hodnotenie seba	-prikladanie hodnoty svojej osobe -odstraňovanie negatívnych teórií
Vzťah s rodinou	-kontakty udržiavané -radikálna zmena	-pozitívna zmena -pocit zodpovednosti
Vnímanie abstinencie	-vnímanie nevyhnutnosti abstinencie na zachovanie života aj rodiny	-nevyhnutná súčasť života -vnímanie abstinencie ako životnej cesty

Dôvod nástupu na resocializáciu

Ôsmi klienti nastúpili do resocializačného strediska z vlastného rozhodnutia. Ďalším klientom bol motívom rodina a dvaja klienti uviedli fakt, že sa nechcú dostať do väzenia, dvaja klienti uviedli ekonomické problémy. Jeden klient uviedol aj zdravotné problémy. Každý s klientov mal motív, ale v konečnom dôsledku nastúpili na resocializáciu dobrovoľne a sami, avšak pod vonkajším tlakom.

Vnímanie resocializácie

Klienti v prvej skupine vnímajú, že resocializácia im poskytuje priestor a čas pre sebaopoznávanie, že je to prostriedok pre osobnostnú zmenu, taktiež zmenu životného štýlu. Keďže ide o klientov v prvej fáze resocializácie, niektorí vyjadrujú obavy, či sa dokážu prispôbiť, iní to zas vnímajú ako skúšku sebavedomia.

U klientov v druhej skupine nachádzame taktiež potrebu sebaopoznávania, teraz už však spojenú s identifikovaním svojich vlastných chýb a snahou o ich odstraňovanie, s čím je spojená celková vnútorná premena, zatiaľ v počiatočnom štádiu. Klienti si už uvedomujú konkrétnu úlohu v resocializácii, ako je učenie sa novým návykom, tolerancii a pestovanie si zodpovednosti.

U klientov v tretej skupine dominuje túžba po normálnom živote a uvedomovanie si skutočnosti, že resocializácia im poskytuje chránené prostredie a pocit bezpečia. Môže to vyplývať z toho, že títo klienti majú intenzívnejší kontakt s vonkajším prostredím (priepustky, hľadanie si zamestnanie,...) a pripravujú sa na odchod zo zariadenia do „nechráneného prostredia“.

Pre štvrtú skupinu respondentov znamenala resocializácia podstatnú zmenu životného štýlu, respondenti majú jasné predstavy o svojej budúcnosti, majú vytýčené ciele, ktoré sú schopní dosahovať, vyjadrujú nádej o udržanie trvalej abstinencie

Život v komunite

Klienti v prvej skupine rozdielne vnímajú život v komunite, zatiaľ čo jeden klient má pocit prázdnoty a necíti sa byť začlenený do komunity, druhý klient už dokáže selektovať pozitívne a negatívne emócie a spätné väzby ostatných klientov. Môžem však konštatovať, že všetci klienti vnímajú komunitu pozitívne.

U klientov v druhej skupine možno badať už fungujúce interakcie, cítia sa rovnocenní a snažia sa aktívne zapájať do života komunity. Vedia, že pomocou dôvery medzi ostatnými klientmi im môže byť nastavené „zrkadlo“ a tým získať reálny seba obraz.

V tretej skupine dominuje túžba po úprimnosti a po fungujúcej komunite, klienti kladú dôraz na otvorenú komunikáciu medzi ostatnými členmi v komunite a dodržiavanie pravidiel. Možno vidieť pozitívne vnímanie pracovnej terapie ako metódy pre nadobúdanie nových návykov.

Štvrtá skupina respondentov vníma komunitu a komunitný režim ako spôsob nadobudnutia pozitívnych skúseností a návykov. Uvedomujú si, že k dosiahnutiu stanovených cieľov je potrebné dodržiavanie disciplíny.

Seba hodnotenie

Klienti v prvej skupine začínajú uvažovať o zmene, objavujú samých seba, pokúšajú sa byť úprimní a otvorení nielen k sebe, ale aj k okoliu, dostáva sa im možnosť konfrontácie a reálneho pohľadu na svoju osobu.

Druhá skupina je charakteristická prechodom k pozitívnemu vnímaniu seba samých, sú otvorení kritike, prijímajú ju pokojne a sú pripravení odstraňovať svoje charakterové chyby. Možno badať snahu o poznávanie a prijímanie pokory.

Tretia skupina si uvedomuje vlastnú hodnotu a hodnotu života, sú schopní prijímať názory druhých na seba, vážia si vlastné zdravie a tým aj seba samého. Je vidieť zmenu hodnotového rebríčka, medzi priority radia aj priateľstvo.

Štvrtá skupina respondentov pripisuje dôležitosť svojej osobe, vážia si samých seba, veľkou mierou sa na tom podieľa schopnosť dosiahnuť a udržať si abstinenciu.

Vzťah s rodinou

U klientov v prvej skupine sú kontakty s rodinnými príslušníkmi udržiavané, avšak len do istej miery, dvaja klienti verbalizujú pretrvávajúcu nedôveru. Zo strany klientov je vidieť očakávanie zlepšenia, uvedomujú si krehkosť týchto vzťahov a potrebu času na ich rekonštrukciu.

V druhej skupine nastáva pozitívna zmena, čo jednotliví klienti pociťujú, uvedomujú si, že v napredovaní im pomôže vzájomné rešpektovanie sa. Z výpovedí klientov je cítiť, že rodina pre nich predstavuje značnú psychickú podporu.

Klienti v tretej skupine už pravidelne udržiavajú kontakty so svojimi rodinnými príslušníkmi, vidieť tu už rešpekt z oboch strán. Cítiť narastanie dôvery, ktorá je avšak stále opatrná, klienti si uvedomujú, že ešte stále im hrozí riziko naštrbenia týchto vzťahov. Komunikácia narastá na základe úprimnosti a otvorenosti vo vzťahoch.

Klienti po absolvovaní resocializácie zaznamenávajú radikálnu zmenu, cítia zodpovednosť za pozitívny vývoj a spätnú väzbu zo strany rodinných príslušníkov.

Vnímanie abstinencie

Klienti v prvej skupine považujú abstinenciu za náročnú, avšak uvedomujú si, že je to pre nich životná nevyhnutnosť. Jedna klientka vníma abstinenciu nie ako konečný cieľ, ale ako prostriedok k dosiahnutiu životných mét. Ďalšie klient opisuje rozdiel medzi abstinenciou v zariadení a vo vonkajšom prostredí, čo môžeme pripísať k jeho neúspešným pokusom abstinovať v minulosti.

V druhej skupine respondentov rezonuje uvedomenie si potreby doživotnej abstinencie a poznanie toho, že je k tomu potrebná investícia času a úsilia. Klienti sú zmierení so svojou chorobou, avšak nie všetci si vedia predstaviť vylúčenie všetkých návykových látok. U klientov je vidieť túžbu prežívať pozitívne stránky života, čo môžu dosiahnuť vďaka abstinencii.

Tretia skupina sa stotožňuje s pozitívnymi dôsledkami abstinencie, klienti sa utvrďujú v tom, že abstinencia nie je ťažká, každý si nachádza svoj spôsob zvládania abstinencie (napr. 24 hodinový program, mítingy AA, ...). Z výpovedí respondentov je cítiť vyrovnanosť na zvládanie života bez drogy a alkoholu.

Respondenti v štvrtej skupine sú v podstate už integrovaní abstinujúci. Vnímajú abstinenciu ako pozitívny krok v živote, ako nevyhnutnú súčasť života. Abstinencia sa im už stala životnou cestou.

4.6 Závěry z realizovaného prieskumu

Na začiatku prieskumu bolo základným cieľom zistiť podiel resocializácie na procese zmeny závislého užívateľa návykových látok z perspektívy užívateľa služby. Podľa stanovených čiastkových cieľov som zisťovala metódou rozhovoru ako vnímajú klienti resocializáciu, ako vnímajú život v komunite, ako vnímajú sami seba, aké majú vzťahy s rodinou, ako vnímajú abstinenciu. Zaujímala som sa o fakt, ako sa menia ich postoje na základe týchto čiastkových cieľov.

Vyhodnotenie čiastkových cieľov:

Čiastkový cieľ č.1: Môžeme konštatovať, že klienti prechádzajú jednotlivými fázami, mení sa im pohľad na resocializáciu, prvá skupina prechádza fázou sebazpoznávanie, v druhej skupine prevláda uvedomenie si vlastných chýb, v tretej skupine rezonuje už nádej na nový životný štýl. Klienti po resocializácii, ktorí sa nachádzajú v štvrtej skupine vnímajú resocializáciu ako prostriedok k dosiahnutiu normálneho života.

Čiastkový cieľ č.2: Z výpovedí respondentov vyplýva, že klienti v prvej skupine necítia byť začlenení do skupiny. Klienti z druhej skupiny sa snažia už integrovať do skupiny, tretia skupina cíti spolupatričnosť. Štvrtá skupina si uvedomuje dôležitosť komunity k dosiahnutiu stanoveného cieľa.

Čiastkový cieľ č.3: Klienti v prvej skupine začínajú uvedomovať zmeny. Druhá skupina prechádza fázou pozitívneho vnímania seba samých. Tretia skupina si už uvedomuje hodnotu života a tým aj hodnotu seba samých. Štvrtá skupina si už samých seba váži.

Čiastkový cieľ č.4: Prvá skupina zatiaľ len očakáva zlepšenie vzťahov s rodinou. Druhá skupina si uvedomujú napredovanie vo vzťahoch. V tretej skupine vidíme klienti udržiavajú pravidelné kontakty s rodinou a štvrtá skupina zaznamenáva radikálnu pozitívnu zmenu.

Čiastkový cieľ č.5: Prvá skupina uvádza že abstinencia je ťažká, ale uvedomujú si jej nevyhnutnosť. Druhá skupina si uvedomuje jej dôležitosť. V tretej skupine je vyrovnanosť s abstinenciou a štvrtá skupina ju vníma ako súčasť života.

Na základe realizovaného prieskumu môžeme vyvodiť nasledujúce teórie:

- Klienti prechádzajú vo všetkých sledovaných cieľoch určitými fázami, ktoré môžeme zhodnotiť ako pozitívne napredovanie, avšak diskutabilné je, akou mierou sa na tejto skutočnosti podieľajú klientove osobnostné predpoklady.

- Resocializácia a s ňou spojený komunitný spôsob terapie majú zmysel, poskytujú abstinujúcemu závislému priestor na sebaopoznávanie a nadobúdanie nových, resp. obnovovanie zaužívaných návykov za podmienky investície času a úsilia.

Záver a odporúčania pre prax

Cieľom tejto práce bolo odhaliť podiel resocializácie na procese zmeny závislého užívateľa návykových látok z perspektívy užívateľa služby. Uzatváram a konštatujem, že resocializácia má svoje miesto v celkovej liečbe závislostí na návykových látkach. Resocializačný proces má významný prínos ako pre dosiahnutie zmeny závislého chovania klienta, tak aj jeho zaradenie do spoločnosti. Integrácia závislého do spoločnosti je komplikovaný proces, kde je dôležitá zainteresovanosť klienta do procesu. Efektivita plnohodnotne sa začleniť do bežného života spočíva v práci ľudí, ktorí pomoc ponúkajú a v tých, ktorí ju prijímajú. Klienti počas procesu dostávajú nielen teóriu ako sa integrovať do spoločnosti, ale už v skutočnosti sa do spoločnosti postupne znovunavracajú.

V práci som sa snažila poukázať ako klienti počas resocializácie prechádzajú fázami, ktoré sú definované aj v teoretickej časti. Závisí to od dĺžky pobytu klienta v zariadení. Z uvedeného vyplýva, že resocializácia je dobrá a má zmysel. Poukazuje na význam resocializácie vo vzťahu ku klientovi. Prispieva k zlepšeniu hodnoty seba samých, prispieva k zlepšeniu vzťahov s rodinou. Klienti si uvedomujú význam komunity, vyzdvihujú jej efektívnosť, znamená pre nich miesto nadobúdania kladných sociálnych návykov. Klienti sa vyrovnávajú zo svojou minulosťou a prijímajú samých seba takých, akí sú. To sa pozitívne prejavuje aj na živote v komunite medzi klientmi a aj vo vzťahoch s rodinnými príslušníkmi. Resocializácia dáva závislým poznatok, že trvalá abstinencia je pre nich jediná cesta k nadobudnutiu tých istých sociálnych návykov, ktoré mali pred závislosťou. Uvedomujú si, že je to jediný spôsob reintegrácie do spoločnosti.

Ďalej môžem konštatovať, že v komplexnej liečbe závislostí má resocializácie opodstatnenie. Pomocou skupinových stretnutí pomáha klientom vyjsť z bludného kruhu a nájsť si cestu k sebe, nájsť cestu k rodine. Klienti sa pomocou resocializácie integrujú do pracovného života, v niektorých prípadoch si ukončia vzdelanie. Z dôvodu navodenia zmien životného spôsobu majú snahu osamostatniť sa a prevziať zodpovednosť na seba.

Do budúcnosti by som si predstavovala systém komplexnosti liečby závislých, ktorý by fungoval tak, že liečba, resocializácia a doliečovanie závislých by bola zahrnutá do jedného „celkového balíčka“. To znamená, že ak by závislý nastúpil liečbu závislostí, čakala by ho základná trojmesačná liečba v psychiatrickej liečebni a následne

liečba v resocializačnom stredisku, ktorej dĺžka by bola stanovená tak ako doteraz, podľa potreby klienta. Klient, ktorý by dokončil tento liečebný proces by sa týmto viac dozvedel o možnostiach doliečovania ako sú napr. kluby AA, NA a tu by si upevnil všetko to, čo nadobudol počas predošlej liečby.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV:

Zoznam použitej literatúry:

- Bakošová, Z. Sociálna pedagogika. 1.vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá, s.r.o., 2005, ISBN 80-10-00485-5
- Dušek,K., Chromý,K., Malá, E. Psychiatria. 2.vydanie. Martin: Osveta,š.p.,1987, 70-003-87 PSY
- Gogová, A., Kročková.Š., Kurincová,V. Sociológia výchovy. Nitra: Vysoká škola pedagogická, 1995, ISBN 80-8050-005-3
- Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti – medziborový prístup. Praha: Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, ISBN 80-86734-05-6
- Kratochvíl, S. Psychoterapie. 3.Vydanie. Praha: Avicenum, zdravotnícké nakladatelství, n.p., 1987, 08-088-87
- Kvapilík, J., Svobodová, A. a kol. Človek a alkohol. 1. Vydanie. Praha 1: Avicenum, zdravotnícké nakladatelství, n.p., 1985, 08-091-85
- Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P., Sociální práce v praxi. 1.Vydanie. Praha: Portál, s.r.o., 2005, ISBN 80-7367-002-X
- Mečír, J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. 1.Vydanie. Praha 1: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1990, 08-005-90
- Nerad, J.M., Neradová, L. Drogy a mýty. Olomouc: Votobia, 1998, ISBN 80-7198-309-8
- Nešpor, K. Návykové chování a závislost. 1.vydanie. Praha 8: Portál, s.r.o., 2000, ISBN 80-7178-432-X
- Nociar. A. a kol. Úvod do liečby drogových závislostí. Bratislava: Asklepios, 1996
- Nociar, A. Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios, 2001, ISBN 80-7167-044-8
- Okruhlica, E. Heroín a abstinencia ako predchádzať recidívam. 1.Vydanie. Bratislava: Nadácia DROG-STOP Šamorín, 1994, ISBN 80-967110-8-3
- Ondrejkoovič, P., Poliaková, E. a kol. Protidrogová výchova. 1.Vydanie. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1999, ISBN 80-224-0553-1

- Ondruš, D. Toxikománia strašiak či hrozba?. 1.Vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, n.p., 1983, 70-094-83
- Višňovský,P., Valentík,M. Človek v bludnom kruhu. 1.Vydanie. Martin: Osveta, š.p., 1989, ISBN 80-217-0062-9
- Úrad vlády Slovenskej republiky.Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike. Bratislava, 2006, ISBN 978-80-88707-73-8

Časopisy:

- Kapustová. K. Bez záchranej siete to bude ťažké. In: Čistý deň, roč.5,č.3/2006, ISSN 1336-4243
- Lúčna, S. Liečba závislostí od psychoaktívnych látok. In: Sociálna prevencia – drogové závislosti – prevencia, roč. 3,č. 2/2008, ISSN 1336-9679
- Miková, Z. Drogy dnes. In: Bedeker zdravia 6/2009
- Miková, Z. Resocializačná starostlivosť o závislých od psychoaktívnych látok. In: Čistý deň, roč. 5, č. 1/2007, ISSN 1336-4243
- Novotný,V. Prečo nesmieš ani raz skúsiť drogu?. In: Čistý deň, roč. 5,č. 1/2007, ISSN 1336-4243
- Pánik, M. Historický exkurz k drogám. In: Sociálna prevencia – drogové závislosti, roč.2,č. 3/2007, ISSN 1336-9679
- Pavelová, E. Komunita ako priestor na prácu svojpomocných abstinenčných skupín. In: Čistý deň,roč.2, č. 1/2004, ISSN 1336-4243
- Ondrejkovič,P. Resocializácia. In: Čistý deň, roč. 4, č. 1/2006, ISSN 1336-4243
- Špaleková, M. Práca so závislými klientmi. In: Sociálna prevencia – drogové závislosti – prevencia, roč. 3, č. 2/2008, ISSN 1336-9679
- Špaleková , M. Proces resocializácie ako súčasť riešenia problém závislosti. In: Sociálna prevencia , roč.1, č.2/2006, ISSN 1336-9679

Zoznam použitých zákonov:

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov
 Zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov
 Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Zákon č. 466/2008 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zoznam internetových odkazov:

www.infodrogy.sk

www.kr.stredocesky.cz

www.w11.cz

www.cistyden.sk

www.klubabstinentov-nz.sk

Klient č. 1, I skupina

Vek: 32

1. Bola to aj rodina, ale rozhodla som sa aj ja. Moje myšlienky boli nikde a mám 32 rokov a všetko išlo dolu vodou.
2. Týždeň.
3. Moc ešte neviem, stále som ešte tak mimo. No predstavujem si, že budem myslieť iba na tie veci čo som doteraz nemyslela, ako si mám dať život dokopy, lebo doteraz som na to nemyslela.
4. No to že sa tu rozprávame, ale stále je to slabé, stále neviem či som to ja alebo niekto druhý.
5. Neviem, ešte stále neviem presne povedať. Tak ľudia mi tu pomáhajú, ale ešte stále cítim niečo také prázdne.
6. Režimu sa nebojím, to mi je jedno a aj to že žijem s tými ľuďmi, lebo ja potrebujem okolo seba ľudí, čo majú ten istý problém a musím sa s nimi rozprávať. A že som uzavretá, to je jedno, musím mať okolo seba ľudí.
7. Áno zmenilo sa, lebo sa začínam otvárať a rozprávať. Je to pre mňa veľký krok a už nech som viac do budúcnosti a riešim nejaké problémy. Viem, že ma veľa čaká.
8. Tuším, že viac so sebou pracujem, niekedy si iba ľahnem do postele a iba rozmýšľam, predtým som to nerobila, predtým som si vypila. Veľa čítam, to som predtým nerobila a iba sa bavím s ľuďmi, čo majú ten istý problém.
9. Áno
10. Všetko je tak ako bolo. Otec je rád že som tu, lebo aj som sa mu priznala. Chodila som do roboty, ja som sa priznala, že mám alkohol. On to aj pomaly zbadal, takže otec je rád. Otec prejavuje záujem. Áno preto ma každý podporuje „ježišmária, sme radi, že si sa priznala“.
11. Som na seba veľmi pyšná, vidím aj nejaké zmeny, aj dobré, aj zlé . Niekedy mám veľké depresie z toho že nepijem, teraz nemyslím vôbec na alkohol. Ale vnímam to, je to ťažké, cíti sa prázdna. Psychicky je to niekedy veľmi ťažké. A ako vnímam abstinenciu? Myslím, že každý deň sa zobudím, že niečo nové sa

chcem naučiť o sebe, stále chcem na niečo nové dôjsť a ako si sama sebe pomôcť.

12. Možno áno, ale musela by som stále chodiť do A klubu a bolo by to pre mňa dosť ťažké, lebo by som musela robiť. A preto som prišla sem, lebo aj keď budem robiť na záhrade, nie je to mentálna robota a ja potrebujem mať miesto v hlave. Mentálne myslieť.
13. Myslím, že zatiaľ neviem odpovedať.. A predstavy, že sa budem cítiť do leta lepšie, lebo teraz mám hrozné depresie, že viac spoznám samu seba a budem okolo ľudí a normálne. Že sa ráno zobudím a slnko svieti, teším sa ísť von niečo robiť. No viac a viac spájať sa s ľuďmi, rozprávať sa, stále hovoriť pravdu, to je podstatné. Dôjsť na tie veci prečo som to robila, no a potom po resoce normálne fungovať a robiť to, čo som predtým nerobila, učiť sa, dokončiť si nejakú školu, niečo nové sa naučiť a robiť. A robiť také veci, že ísť na chatu, aby som nemusela slopať. Ešte neviem čo ma čaká.

Chcela by si ešte niečo k tomu povedať? Tuším, že teraz nie, je to dosť skoro.

Klient č. 2, I. skupina

Vek: 44

1. Tak hlavným dôvodom bolo to, že ma doviedli žandári do Ružinova s pokusu o samovraždu a keď sa mi tak trošku rozležalo v hlave, že ešte úplne tak nechcem zomrieť a bolo mi jasné, že keď vyjdem von, tak zasa by to bolo o tom istom. Bolo to rozhodnutie v takom diazepanovom polovedomí, úplne taký záblesk polovedomia.
2. Necelé dva mesiace. Mesiac a štyri týždne.
3. Tak takú skúšku sebaovládania sa, kontakt s inými chorými ľuďmi jednoznačne, no a v neposlednom rade možnosť takú, že som sa vyhla takým ekonomicko existenčným tlakom, že nie som pod tlakom, že musím chodiť do roboty, že musím zarábať peniaze, jasné že mi tým pádom vznikajú dlhy a všetko, ale teraz som povedala, že kašlem na to. Mám možnosť chodiť na mítingy dva krát do týždňa, vlastne tri krát, lebo jeden je tu, mám možnosť byť v kontakte so psychologičkou, síce je to raz za týždeň, ale mne to pomáha. Proste mám tu veľa takých ako by som to povedala, takých košíčkov a bomboniér a z každých si môžem niečo zobrať čo potrebujem.
4. No ja sa snažím robiť tie kroky čo najviac, ten program zaraďovať do všetkých svojich činností, lebo preto som sem prišla a resoc tak funguje. Asi dve tretiny komunity ma intenzívne neznáša, ale mám tu časť priateľov čo ma majú celkom radi. Takže na to, aby som tu prežila mám takých bližších ľudí a zasa to stačí. Snažím sa v prvom rade robiť zo sebou, ale zároveň aj sa neizolovať od zbytku, takže nie je mi jedno čo sa v komunite deje.
5. Ja to vnímam ako veľmi dobrý spôsob terapie, lebo ten skleníkový efekt ako je v nemocnici, úplne hrozný, tak tu nie je taký výrazný. Ako som povedala, že sú tu ľudia ktorí ma majú radi, sú tu ľudia ktorí ma neznášajú a dávajú mi to najavo, vznikajú konfliktné situácie a to ja považujem za veľmi dobrý výcvik. V nemocnici som nebola vystavená ničomu takému. Teraz ešte nie som v tej fáze, ale to že budem časom zaradená do pracovného procesu, že si budem hľadať zamestnanie, všetko to je postupne také prirodzené. Takže to v nemocnici ani nikde inde nehrozí. Vonku som chodila na mítingy, bola som aj ambulantne liečená, nebola som taká konfrontovaná. To čo ja tu robím, tak

okamžite mám na to spätnú väzbu, či negatívnu, či pozitívnu, mne to pripadá ako veľmi dobrý spôsob.

6. V prvom rade tie kroky. Každý deň si niečo k tomu prečítam, môžem čítať 10 krát to isté a vždy ma napadne niečo nové. Pomáha mi, že sa tu vôbec nenudím, je tu stále čo robiť, či si niečo píšem, či čítam, je tu dost literatúry k závislosti. Okrem toho je tu práca, takže keď nejdeme von tak ja nikto mi nezakázal môžem ísť do kuchyne upiecť koláč, upiecť tortu, mohla som upratať knižnicu, proste tu sa dá. Pre mňa je to v tomto štádiu veľmi dôležité, lebo keď len tak sedím, tak dlhšie, neviem čo zo sebou, začnem byť depresívna, také všeličo ma napadá. Toto je pre mňa - veľmi dobré kroky, činnosť taká zmysluplná. Potom veľmi dobre mi robí že sa môžem tak tvorivo, kreatívne realizovať. Napríklad ja som mala v poslednom čase také zamestnanie, že som robila v bodreli prevádzkarku, obchodnú zástupkyňu. To sú neni kreatívne práce, to sú preto aby boli prachy. Tu sa môžem vyhrať s básničkami, pesničkami, programami, nástenkami čo mňa veľmi baví, to je pre mňa taká odmena, čerešnička na torte
7. Určite sa zmenil a to k horšiemu musím povedať, ten pohľad je reálnejší, fakt som vytriezvela a neviem to nijako logicky zdôvodniť, ale proste mám taký väčší odstup, väčší nadhľad, vidím na sebe veci za tie dva mesiace viac ako som si uvedomovala za posledné 3 roky. Mne sa zdá že, som v celkom v pohode, len nechľastať a trochu kľudu.
8. Z časti som urobila že sa snažím byť poctivá, úprimná, neklamať , neklamať ani okolie ani sama seba. Myslím, že s časti je to aj mimo moju zásluhu, lebo už som bola proste v takej prdeli, že mne padli racionalizácie, proste ten racionalizačný systém, tie sebaklamy , tým čím som sa ja obklopila to sa úplne zrútilo. To bolo čisto za to, že nemám energiu na to aby som to udržala.
9. Áno, no udržujem kontakt , taký sprostredkovaný mám z bratom, ktorý mi teraz finančne vypomáha, ale tak mi aj po mame odkáže že dobre a tak. Snažím sa o kontakt s deťmi, ale tie zatiaľ nereagujú na listy.
10. No na tom bratovom prístupe to badám, lebo keď som išla sem tak bol nazúrený, povedal že do mesiaca odtiaľto odídem ako zo všetkých posledných liečení v poslednom čase, ale mama tá je permanentne k dispozícii a stále s otvoreným náručím, takže tam sa to nijak nezmenilo. Čo sa týka partnerského vzťahu, to nie je len také odpustenie, ale by som povedala, že je to kvalitatívne iné. Ten vzťah sa dostáva na kvalitatívne inú úroveň a som zvedavá ako to bude ďalej.

Čo sa týka vzťahu s deťmi tam je to také nedobré, inak aj keď sme s deťmi dobrom vzťahu nepíšu a keď sú nahnevané to sa dalo čakať. Myslím, že aj toto sa zlepši trochu keď budem môcť telefonovať.

11. Ja ju vnímam ako pre mňa životnú nevyhnutnosť. Ja vnímam abstinenciu nie ako konečný cieľ ale ako prostriedok k iným veciam po ktorých túžim. Napríklad že chcem byť s frajerkou, chcem mať zase pekný vzťah s deťmi, chcem mať zmysluplné zamestnanie a nemusí byť až tak úžasne finančne ohodnotené. A toto nikdy v živote nedosiahnem ak nebudem abstinovať. Takže pre mňa je abstinencia fakt prostriedok ku všetkému po čom túžim a bez toho to neexistuje
12. Nie to nie že si myslím to viem na 100 % že by som to nedokázala a nie je to len to že ja si to myslím, ale za posledné 3 roky som to vôbec nedokázala. Bola som na prerušení vzťahu, Dva krát na liečbe neukončenej. Už sa mi zdalo že už je to dobré, už to zvládam, idem rýchlo zarábať a tak a to proste viem, že by som to nedokázala, určite nie.
13. Jednak metodicky presne návod, pokyny a možnosti ako robiť na tom aby som bola triezva. To znamená, že existujú kroky a tak všetko. Ale napríklad nikdy som nemala sponzora a teraz mám, aj keď musím za ním behať a otravovať ho že aby si so mnou sadol, lebo je to zaneprázdnený človek. Mám oveľa lepši návod ako tie kroky robiť do hĺbky napríklad možnosť chodiť na mítingy, mám možnosť sa realizovať či už pracovne, alebo moje záľuby a záujmy. A hlavne mám čas, nie som sústredená na to, že budem niekde 10 týždňov, a potom čo alebo budem niekde 4 týždne a potom čo alebo musím rýchlo urobiť toto, proste ja som teraz akosi prijala to, že nie som nastavená na nejaký časový horizont. Mám pocit, že mám na všetko čas, na seba aj na to liečenie. A potom aj to, že aj nie keď ma tu každý klient v komunite pochopí sú tu terapeuti ktorý vedia keď sa potrebujem o niečom porozprávať. Čo sa týka resocializačného plánu tak už som sa aj pýtala že v 7 mesiaci sa tu hľadá robota, no ja som si už aj vymyslela čo by som robila, tak mi to samo prišlo rozhodne ja nemám strach že si nenájdem prácu, to sa mi nikdy nestalo. Teda stalo sa mi to po materskej, keď som mala sebedomie úplne na nule ale odvtedy už nikdy. Viem, že si tú prácu zariadim akú chcem, ak sa teda dohodnem tuto s vami tak ja by som prvých 2 až 3 mesiace si zarábala odtiaľto, že by som používala tuto počítač a svoj telefón v čase keď je terapeut tu, tých telefonátov zas nebude až tak toľko, proste že by som nikde nechodila. Ja nechcem ešte chodiť von a len by som pokúsila

rozhybat' sa v činnosti a finančne si prílepiť. Potom by som už chodila do práce ale ešte by som bola tu. Ja proste chcem to obdobie že pracujem a zarábam natiahnuť a ešte byť tu. Ani nie tak byť v dome na polceste, výrazne cítim, že zlyhávam keď sa osamostatním, okamžite začnem fičať na tom svojom modeli, že mám peniaze a vytvorím si priestor keď nikto nepríde, keď nikoho nečakám. Proste keď som sama a môžem sa venovať svojmu koníčku chľastaniu, a to tuto nebude a samozrejme chcem mať aj prácu trošku iného druhu než som mala doteraz. No a čo sa týka takých mojich plánov do budúcnosti to je také to, povedala by som také to zoskromnenie celého toho životného štýlu, nepotrebujem zarábať za každú cenu 30 tisíc, lebo moje deti už zarábajú sami a to že ja som mala potrebu im neustále dávať to je skôr o tých mojich pocitoch viny ako o mojich potrebách a tým pádom sa mi aj to moje životné tempo zvolnilo a chcem si ho udržať také voľnejšie

Klient č. 3, I. skupina

Vek: 27 rokov

1. Hlavným podnetom liečiť sa je ten, že už mám 27 rokov a je na čase založiť si rodinu a už by som to s drogami psychicky nezvládal, je rozumnejšie s tým prestať.
2. 1 a pol mesiaca
3. Život v resocializačnom zariadení pre mňa znamená premenu a začlenenie do normálnej spoločnosti.
4. Moje fungovanie v komunite považujem za uspokojivé som človek, ktorý sa ľahko prispôsobuje okoliu
5. K tejto otázke sa nevyjadším, radšej
6. Najviac mi pomáha prostredie, kde som, tu si viem vyčistiť hlavu a porozmýšľať nad sebou.
7. Určite áno.
8. Prehodnotil som svoje fungovanie
9. Áno
10. Vzťahy s rodinou boli zlé, teraz je to lepšie, ale stále neveria, že to dokážem
11. Svoju abstinenciu vnímam normálne, ale ľahko je abstinovať v resoce, vonku je to iné, ťažké
12. Nie!!! Potrebujem čas strávený v resoce, aby som dokázal vonku abstinovať
13. Resocializácia mi dáva priestor na to, aby som v sebe našiel pozitívne vlohy, dokážem tu perfektne rozmýšľať nad sebou a nad svojou budúcnosťou. Moja predstava o budúcnosti je založiť si rodinu, zmeniť prostredie a zmýšľanie ohľadom hodnôt života.

Klient č. 4, II skupina

Vek: 35

1. Proste som cítila, že s alkoholom nič nevyriešim a proste to vysadiť preč, proste to nič neriešilo.
2. 6 mesiacov.
3. Viac menej som chcela spoznávať samu seba, svoje priority , svoje ciele ako by som povedala, trošku iný náhľad na svet a na život.
4. Ja si myslím, že sa cítim rovnocenná, žiadne nadrad'ovanie, podceňovanie, nie každý je každému sympatický , ja si myslím, že nemám s nikým problém.
5. Pozitívne. Pravdu povediac, pre mňa to nie je nejaká neznáma čo sa týka režimového spôsobu života, pre mňa to nie je problém. Proste ja to beriem ako samozrejmosť, sú proste určité úlohy, ktoré treba splňať.
6. Musím priznať, že som nechcela prijať ten pozitívny vplyv ,tých dvanástich krokov, ale má to niečo do seba. Proste som sa začala zamýšľať viac sama nad sebou, proste taká inventúra samej seba. Že má to niečo do seba, som si prehodila tie klady, zápory.
7. Áno, určite áno. A v akom smere? Myslím, že v dobrom smere, ale to musí posúdiť niekto iný.
8. V prvom rade som začala v sebe hľadať tie príčiny, kde som robila chyby a proste sa snažím prevrátiť to na tú stranu, aby to už tak nebolo.
9. Áno.
10. Čo sa týka rodiny, žiadna zmena nenastala a partnerské vzťahy teraz neriešim.
11. Vtedy som si myslela, že to zvládnem, ale teraz sa pozerám, že nie je to správne, čo som robila pred tým, že nevydarilo sa mi niečo, alebo nevyšlo niečo tak ako som si to predstavovala. Som si to proste jednoducho dala do tela, svet bol krajší, ale keď som vytriezvela, tak som stále stála na tom istom bode, takže myslím, že to bola blbosť. To určite nebolo riešenie, treba hľadať iné cesty, aj keď možno ťažšie, komplikovanejšie, aj keď pomalšie, ale predsa sa nejako dopracovať k tomu. A nie tým, že vypijem si a nech to urobí niekto za mňa.

12. No to si nedovolím tvrdiť sto percentne, lebo človek nevie, čo bude o desať, dvadsať rokov, ale myslím si, že z časti mám predstavu ako by sa to dalo aj bez toho alkoholu.
13. Proste také seba spoznanie, otvorenie očí, kde boli tie chyby a ako ďalej. Predstavy sú, že čo a ako ďalej, ale určite to nebude zo dňa na deň. Ešte nejaký ten čas by som povedala, že aj keby sa naskytla taká nejaká možnosť, že zaradiť sa do toho normálneho fungovania. Ale ten začiatok, bude taký, že ešte nie úplne samostatne, potom krok za krokom.

Ešte niečo by si chcela k tomu dodať?

Základ je v tom, aby si človek uvedomil, hlavne sám v sebe čo chce, čo robil zle a na čo to vlastne bolo dobré.

1. Momentálne? Teda hlavným podnetom bola mama, rodina, teda nátlak zo strany rodiny. Určite tam bol aj strach z toho, že ma opäť zavrú, lebo som v podmienke ešte dva roky. Tretí nemenej podstatný faktor bol aj to že som sa ocitla zdravotne v takom štádiu, kde heroín už na mňa nepôsobil, cítila som sa po ňom zle, nemal na mňa taký účinok, ako mával pred tým no a dostala som sa do takého psychického rozpoloženia, že som nevedela, že čo so sebou. Chytili ma hrozné depresie, nespala som, vôbec mi neúčinkovali žiadne tabletky ani nič a už som si povedala, že tak dosť, tak toto už je zlé, už by som mala skončiť. Takže ono to bolo aj také vnútorné, tak som si povedala, už je konečná, to je už koniec. Už som toho potiahla dosť, že nebudem nadarmo hľadať tie drogy, to už ti v živote nedá to čo ti dávalo.
2. 12.3. budú tri mesiace.
3. Keď som prišla, tak som si to tak mylne zamieňala, že je to niečo ako liečenie. Aj keď som už resoc absolvovala, aj keď tam to bolo čisto skoro na pracovnej terapii. Teraz , ja neviem jak som tu tak dlhšie tak asi v 3mesiaci som si tak uvedomila, že robím veci, ktoré som pred tým nerobila ktoré sa mi nechcelo robiť, ktoré by ma nikto nedonútil robiť, čiže učím sa veci, ktoré som zanedbala počas fetovania alebo tak, ku ktorým som vôbec nemala vzťah. Čiže je to také zaradenie sa do života, ktorý ma čaká keď budem čistá.
4. No s tým mám ešte taký problém, menší, alebo väčší, ja neviem. Je to samozrejme zas musím opakovať, je to lepšie ako na začiatku pociťujem to sama, som k ľuďom úprimnejšia, otvorenejšia ako som bola. Prišla som sem s tým, že nikomu veriť nebudem v komunite, lebo aj tak oni neveria mne, lebo som mala trošku komplexy, trošku pocit menejcennosti. Koľko liečení som už absolvovala som si myslela, že ma tak aj budú brať. Ja neviem, sú tu ľudia ktorí ma teda nemusia, ja nemusím ich, ale s každým sa sadnúť nedá to mi je jasné. Ale ja si myslím vzťah ľudí v komunite ku mne sa podstatne zmenil oproti tomu ako som došla, oni mi to sami hovoria, že si všimli zmenu. Keď mi to niekto aj povie tak mi začne na tom aj čo som si myslela, že mi nezáleží na ich názore, tak

mi záleží na ich názore. A keď mi vytknú aj niečo, záleží mi na nich. Je to na dobrej ceste, prekvapená som zo seba.

5. No ja si myslím, že výborný, že ide úplne na doraz, mne sa páči to, že so všetkým sa tu dá úplne vyrovnať v pohode, že to beriem úplne v pohode, či sa to jedná o budíček, alebo strava, alebo pracovná terapia, všetko je to také, nič nadľudské, nechcú od nás zázraky, chcú len úplne obyčajné veci, ktoré som schopná robiť.
6. Najviac? Najviac mi asi pomáha nejaká pozitívna odozva od komunity, že som pochválená, alebo tak, lebo ja si neverím, niekedy klamem samu seba a dlhodobo, to ma úplne vie tak posunúť, zlepšiť náladu aj motiváciu, keď počujem od ľudí, že niečo so sebou robím.
7. No zmenilo sa. Vlastne to bolo také, že to bolo na bode mrazu, že som prešľapovala na jednom mieste, dokonca som cúvala dozadu no ale ono to bol taký plynulý prerod, aspoň ja to tak vnímam. Ja som z toho úplne rada, vidím to aj na tých priepustkách, ktoré nám sú tu umožnené hneď po nejakej dobe. No a úplne inak sa správam napríklad k mame, nedá sa to ani porovnať s tým keď som prišla na začiatku, aj nervozita ustúpila neviem, cítim sa v takom bezpečí, taká spokojnosť prichádza, nemám ružové okuliare, ale samozrejme sa cítim inak.
8. Jeda, to by mal povedať druhí, tí čo to vidia, ale keďže sa tu dokola hovorí aj o pokore, tak ja si úplne priznávam, že som pyšná som v určitých veciach, ostalo mi aj feťácke správanie aj názory aj taký boj v sebe, že veľa vecí nechcem zmeniť, lebo neviem si predstaviť ten život vonku v tej džungli vonku bez týchto vlastností, myslím, že budem zožratá zaživa. Ale zas hovorím, všimla som si také veci proti ktorým som predtým búrila voči nim aj doma, voči mame, nedala som si povedať mám 28 rokov, som si myslela, že som dospelá, že v určitých veciach jednoducho budem chcieť rozhodovať sama za seba, ale nie, prijímam úplne jej názory, ľudí aj mladších čo sú tu, tak ja si myslím, že tá pokora sa pomaličky do mňa dostáva.
9. Áno som.
10. Zmenili, neni to zas nejaká závratná zmena, ale mama sa začala chovať ku mne tak ako sa predtým nikdy keď som bola na liečení, alebo na priepustkách. Neviem, nechcem povedať teraz, že cítim nejakú dôveru, ale jednoducho vidím, že ona tomuto čo u mňa prebieha verí. Verí, že to chcem aj ja asi sa podľa toho

trochu aj správam. Aj doma ešte aj ona sa ku mne tak správa, žiadne podozrievanie, žiadne takéto narážky, ale ja zas nepokúšam aj keď sme spolu na priepustke, tak ja sa nevytýčim, že mami pusti ma von alebo čo. Ja som úplne rada keď ide so mnou na ten nákup keď sa ideme spolu prejsť, čiže máme takú dohodu tichú a vieme čo si ktorá môžeme dovoliť, je to totálny posun.

11. Keď som sem prišla, tak som si nevedela predstaviť, že budem doživotne abstinovať od všetkého čiže myslím alkohol a drogy. Ja si priznám s drogami som zmierená, že to je jednoducho úplne pasé, lebo inak som skončila, ja stále si myslím ,že si priznám, že ja sa nemôžem napit', lebo ja som ten typ narkomana hovorím u mňa to hned' na úvod spustí chuť na drogu, spustí, strašne to nechcem, ale nedokážem s tým bojovať. Ale ešte som neprišla do toho štádia , podľa mňa, že si úprimne povedať, že som s tým zmierená, lebo sú tu aj takí ľudia, ktorí si povedia ,som alkoholik, narkoman, gambler, a ja by som kľudne mohla povedať okrem toho gamblera, že som alkoholik, ale ešte som si to nepovedala ešte ani raz.
12. Resocializácia mi dáva presvedčenie, že som chorá, že si to uvedomujem konečne, že sa s tým učím žiť a že sa učím prijímať pomoc a že som aj trochu zmierená, že ju potrebujem. Proste taký zmierovací proces. Presne ako máme tú motlidbu tak s tými slovami v tej motlidbe ktorú máme, tak s tými sa naučiť žiť, lebo bez toho by to nešlo, ako určite že nie.
13. Ja mám také predstavy, že do Nitry sa nechcem vrátiť do rodného mesta, chcela by som ísť von, tam si založiť rodinu a úplne normálne. V zahraničí? Áno, nemusím byť v zahraničí, ale aspoň tie základy tam nejaké nadobudnúť to je jedno či tam nájdem priateľa, alebo tam odídem s nejakým Slovákom, ale už také nie, pracovať.. si zarobiť a teraz ísť a chodiť po dovolenkách, aj keď som to nezažila ,ale ja by som chcela pre niekoho žiť.

Ešte niečo by si chcela dodať? Ja som teraz úplne že spokojná

Klient č. 6, II skupina

Vek: 30 rokov

1. Nechcel som sa už ďalej trápiť a hlavne byť sám a viem, že mám navyše než len drogováť. Chcem uskutočniť svoje sny a žiť jednoduchší a zdravší život. A bál som sa smrti. Je zatiaľ milión vecí prečo už ďalej nedrogovať.
2. Piaty mesiac som na resocializácii.
3. Často musím tolerovať iných takých akí sú. Je to úplne iný spôsob života, ako som viedol doteraz, ako je riešenie problémov, medziľudské vzťahy, vypestovania zodpovednosti, neutekať už pred sebou, riešiť danú situáciu, naučiť sa vyrovnávať so stereotypom v živote.
4. Myslím, že sa zapájam dosť so aktívneho komunitného života, svojimi názormi, postojmi a svojimi skúsenosťami čo sa týka závislosti.
5. Vnímam ho úplne pozitívne, je to moc dobré, nakoľko tu všetko robíme sami pre seba, bez toho aby stál nad nami akoby policajt. Tým môžeme odsledovať sami seba v daných situáciách a postojoch. Ved' koniec koncov, keď v niečom nebudeme čestný a pravdivý, vypomstí sa nám to, vráti sa nám to ako bumerang a zas sme tam, kde sme nechceli byť.
6. Spätné väzby a to že mi pomáhajú nájsť správny smer a pomáhajú mi v realizácii cieľov. A poznávanie seba samého, totižto som úplne iný odkedy nefetujem.
7. Áno, som úplne dôslednejší, pracovitejší, som schopný riešiť chladnou hlavou dané situácie. Už neutekám od problémov, stal som sa zásadovejším v mojom živote čo sa týka aj rebríčku hodnôt aj v súkromnom živote.
8. Základ bol myslím, že som začal počúvať kritiku na moju osobu. Začal som počúvať, čo by som mal robiť lepšie a zodpovednejšie a nechal som sa tým riadiť až dovtedy, kým to nebolo samozrejmé už pre mňa samého. Úplne som sa na stavil na to, že sa chcem zmeniť v tom a nie vždy ten môj názor môže byť len za každú cenu byť ten najlepší.
9. Áno.
10. Predtým neboli nijaké, samozrejme s mojím zavinením. Teraz máme kontakt, vieme že žijeme. Určite sa zmenili tie vzťahy s veľkou rezervou si myslím z oboch strán.

11. Určite pozitívne vnímam svoju abstinenciu. Dokonca som tu prišiel na to pomocou terapeuta, že som aj alkoholik, nielen narkoman.
12. Nie nemyslím si, že by to išlo bez pomoci resocu. Osobne si myslím, že konkrétne ja potrebujem ten pobyt mať dosť dlhý.
13. Dáva mi možnosť zaoberať sa sám sebou, ten čas tu mám len sám pre seba. Dala mi, že som sa ukludnil, že mám pokoj vnútri v duši, že môžem cítiť ako na mňa svieti slnko, že nie som len zlý, odpad spoločnosti, že som aj pracovitý, dôsledný, spoľahlivý, kamarátsky a viem ísť bojovať za to, čo chcem zrealizovať. V budúcnosti chcem tu byť, urobiť si maturitu, dosiahnuť vyššie vzdelanie. A formovať sa ďalej.

Klient č. 7, III. Skupina

Vek: 27

1. Hlavným dôvodom bolo po prvé - nechcem sa dostať do basy a po druhé - ja som to povedal aj nahlas nemám peniaze. Vadilo mi to že ničím mame zdravie psychické, to je jediný človek čo mi záleží na ňom, asi preto.
2. 8 mesiacov
3. Teraz pre mňa veľa, už ma aj bavíte. Ja nevydržím zo sebou vonku, ja sa aj bojím vonku či viem fungovať. Neviem, odtiaľto keď aj do roboty chodím ja nemám problémy, ale doma, tu aj keď sa nahnevám na voľačo viem si to okontrolovať, ale vonku dosť ťažko. Ale pre mňa je to také znovuzrodenie, ale to sa nedá ani vysvetliť ja neviem, musel by som klamať a nechcem klamať.
4. Niekedy sa povyšujem, že spravím viac než iný, ale nedávam to najavo druhým. Mne je to jedno ja spravím všetko. Ja si pripadám niekedy ako aj keď serem ľuďom niekedy že ja poviem , ale ja poviem preto, lebo ja tu mám čisté svedomie tu v resoci. Myslím, že som vodcovský typ a keď to dobre využijem tak viem aj ľudí posunú ďalej, ale niekedy to kazím.
5. Pre mňa by mohol byť aj tvrdší, ale vnímam ho dobre, každý si ho robíme sami. Dobré, mám obmedzené, stanovené hranice časové, ja nemeškám nikde nikdy, možno že minútu sa mi stane že meškám, ale hovorím, pre mňa tá pracovná terapia to je hlavné. Práca tá je prvoradá pre mňa, ja mám túto prioritu, ja som rozumovo sedlák jak otec, tak priorita je práca pre mňa ja neviem prečo, potom ostatné.
6. Vzťahovo to bolo to že som sa viac ľuďom otvoril, bavím sa s viacerými ľuďmi, nenadávam, nikoho neposielam voľakde, neziapem, nekričím už. Výbuch som mal naposledy pred 3 mesiacmi, ale to bol jediný za 8 mesiacov, s ľuďmi sa viacej rozprávam, o citoch viacej rozprávam.
7. Ale to tiež sa nedá vysvetliť poriadne ja neviem. Tak mám, že predtým aj kebyže skapem je mi to úplne jedno, ale teraz mi to už akože neni jedno. Že si sám seba viac hodnotím, pomáha mi to. Ja som voľakedy nečítal a teraz aj čítam, niektoré veci sa mi vrývajú do hlavy.
8. Hovorím otvorene s ľuďmi, nájdenie nových kamošov s tým istým problémom.

9. Áno udržujem.
10. Keď som šiel na prvé liečenie na resoc, vtedy ja s otcom úplne nič, za 5 rokov som s ním prehodil možno 10 slov, ale to bolo aj vo mne, aj v ňom. To bolo o tom, že vždy keď som ukradol peniaze doma mame, on začal mame za to nadávať, hrešiť, ja som chytil nervy a povedal som mu svoje a odišiel som z domu a on furt na matke si to. Mne nevedel nikdy nič povedať. Ja mám s otcom tak vzťah že jednoducho on je sedlák, Záhorák. On mi nikdy nepovedal že ma má rád a ja som na to neni naučený tak ja mu to tiež nepoviem. Ale s mamou som mal vždy dobrý vzťah, sme sa vždy o všeličom porozprávali od sexu až neviem kde. Mama ma má veľmi rada to je jediný človek za ktorého by som fakt, akože aj za brata aj za otca je mi to otec raz biologický. Zlepšilo sa to odosť, s otcom sa viac rozprávam, ale aj otec sa zmenil trochu. Hovorím otec sa tiež zmenil akože, ale teraz lepší prístup má, šak voľakedy ani s mamkou do obchodu nešiel a teraz už išiel, vozí ju všelikde, zmenil sa aj jeho prístup, ale s mamou furt dobre. Ten prvý resoc tam mi neverili ešte vôbec. Prišiel domov a tam aj mama so mňa robila sopláčika synáčika, chcela vedieť kde som čo som, teraz mi už verí viacej. S bratom som vždy vychádzal dobre.
11. Tým že som vyrovnaný, no voľakedy som nebol vyrovnaný že alkohol už nikdy a tým že som teraz vyrovnaný, ale beriem si ten 24 hodinový program, že dnes nie. Neuvažujem dopredu jak voľakedy že môžem celý život nepiť. S pervitínom to mám tak, že ja piaty krok nemusím a ani som nemusel keď som fetoval, len to je presne tá choroba že to je silnejšie a dal som si ale ja pervitín nemusím. Jasne že mi niečo robil ale už pri koncoch posledné 4 mesiace mi len zle robil. Pri konci som sa ani nezabával, predtým som sa aspoň zabával a pri konci som len sedel a mal depresie. A najťažšie čo ja sa vyrovnávam dosť, ešte aj teraz tak to sú halucio gény – tripy, hríby, toulén, volkán. Ide to dosť ťažko. Ako viem že mi to škodí, viem že nezačnem s tým, viem že to škodí, smrdí to jak zdochlina, škodí to na sliznicu, rozleptáva to hrdlo. Zle to robí po zdravotnej stránke, ale furt ma napadne, že tam boli aj pekné halucinácie, lebo to som len sedel na mieste, nič sa mi nemohlo stať, ale mal som pekné halucinácie, na tripoch som mal len škaredé, to do papule nestrčím alebo hríby tam som mal aj zlé, aj dobré. Ale vulkány to sediš na mieste a snívaš. Dokiaľ človek nevyskúša nepochopí. Na to mám také že „už nikdy?“ Na to si musím prehodiť ten 24 hodinový program.

12. Ja sa sám nikdy nezastavím.

13. Psychický klud. Je to tým, že toto je chránenejšie prostredie, cítim sa kludný. Predstavy? Normálna robota, chýba mi normálna obyčajná slušná frajerka, ja som skromný človek. Som tu len 8 mesiacov, veľké plány si nebudujem do hlavy, to sklamanie keď príde to je najhoršie si myslím

Vek: 28

1. Hlavný dôvod, to že nechcem žiť tak ako som žil, zbaviť sa toho chľastania, fetovania, mať konečne nejaké peniaze svoje, lebo mal som nejaké pokusy o samovraždu, 3 také vážnejšie, ostatné si už nepamätám. Čo bol ešte taký hlavný podnet, hlavne aby som bol v rodine, tak jak som bola predtým, každý ma mal rád, každý mi veril, mamka, otec, neviem brat, bol som taký neznesiteľný. Pod vplyvom alkoholu som napádal mamu, otca, teda mamu nie, otca brata viac krát, do týždňa boli aj 5 krát policajti u nás. Hlavný dôvod bol ozaj, že chcem byť taký ako som bol pred tým, že na ulici ma zdravili ľudia, nie jak teraz naposledy si len ukazovali prstom po mne.
2. Som tu 11. Mesiac
3. Tak ja som si to ani nevedel predstaviť, keď som sem išiel, absolútne, ja mám za sebou 3 liečenia na psychiatrii, ale to neviem, ja keď som sem prišiel, tak to bol pre mňa taký šok. Pre mňa to znamená, som tu ako keby chránený, som tu chránený, akože môžem odísť kedy chcem, ale keď som tu, tak si zas verím jak vonku, cítim sa tu lepšie ešte zatiaľ.
4. Zo začiatku som bol ako keby tichý prispôsobivý, ale teraz som ako keby nadradený, nie nadradený, ale snažím sa niekedy byť moc múdry, nie že múdry ale buzerovať tých ľudí, nepáčia sa mi niektoré veci a chcem to zmeniť, viem, že to je chyba. Mal by som viac pozerat' na seba a nie na tých druhých. A myslím si, že ma majú niektorý ľudia radi.
5. Komunitný režim, klasika tie rozcvičky, to je v pohode, skupiny keď máme, tak to tiež beriem, občas to nemusím ten relax, tam som vždy nervózny na relaxe. Režim sa mi páči, to je taká klasika ako všade by som povedal. Najviac pracovka, to je moje.
6. Že mám čas sa zamýšľať nad sebou, rozmýšľam nad sebou dost' by som povedal a niekedy si poviem, že prečo som fetoval a nedokážem byť normálny človek. Tak oslovujú ma niekedy aj mítingy, keď som bol na tom celoslovenskom tak tam ma oslovilo pár ľudí, pár chlapov čo tam rozprávali a jedna ženská proste, niekedy ma oslovia niektoré príbehy ale. Tak mítingy tiež oslovujú aj skupiny pomáhajú.

7. Môj pohľad na mňa , neviem, zmenil sa, asi, ja neviem .
Berieš sa tak isto ako keď si prišiel, sa tak isto vnímaš, alebo si myslíš, že už si dospel k niečomu akože, ako tak z takého sebahodnotenia?
Jáj tak to jasné hej. Tak ja neviem, zmenil som pohľad, lebo keď som sem prišiel tak prišiel som s tým, akože som tu, nebudem fetovať, ale teraz už viem, že to nechcem. Viem, že keď som tu je to lepšie, lebo som zistil, že nechcem fetovať a chl'astať, lebo nemá to cenu, keby som znova začal, tak som tam, aspoň ,že si to uvedomujem teraz, uvedomujem si to teraz.
8. Pomohla mi jasné že aj komunita, keď sa rozprávame tu aj so staršími mi aj poradia, hlavne mi to aj pomáha, keď prídem domov, keď vidím brata aj mamu.
9. No kontakt s rodinou som mal aj pred tým, mama na mňa nedala dopustiť, aj keď som povyvádzal veľké veci, zastávala sa ma, požičiavala mi peniaze, teraz je to, veriť mi nebudú dlho, ešte mi ani neveria, ale je to dobré, som rád. Vždy keď prídem domov, tak ma vítajú s úsmevom. Sú radi.
10. Určite sa zmenilo, hlavne u brata odo mňa staršieho, stredný brat, sa zmenilo dosť by som povedal, už neni taký jak bol predtým, lebo predtým bol taký odmeraný, mávol rukou, že nechal ma tak, nech si robím čo chcem. Viac sa aj so mnou rozpráva, je to lepšie.
11. Tak abstinujem, nemôžem povedať , že s radosťou, ale som rád, že abstinujem. Vnímam ju dobre, akurát, že som nervózny, ale to asi každý.
Mal si iné predstavy o abstinencii, vtedy keď si prišiel, alebo je to stále rovnaké? Vedel som do čoho idem, takže iné predstavy som nemohol mať, tak mal som iné predstavy, že prídem domov a dám si nealkoholické pivo to je jasné, ale bez toho to nejde. Voľakedy som si dal nealkoholické pivo a za dva týždne som začal chl'astať. Nejde to nepiť úplne.
12. To asi nie, resoc je dobrý, hovorím, bol som na tých liečeniach, 3 mesiace to je málo, aspoň pre mňa, neviem, ja zas mám svoje, dosť som potiahol za ten svoj život a myslím, že bez tej resocializácie, akože mne sa to páči, je to dobré, človek tu je dobrovoľne, môžem odísť kedy chcem, nikto ma tu nedrží. Sú tu nejaké pravidlá, ktoré sa dajú zvládnuť, všetko a ja si myslím, že toto mi pomohlo. Keď mi mama povedala, že idem na tento resoc tak ja som si povedal, že to zvládnem a bol som prekvapený no.

13. Ja som robil predtým chyby, že keď som prišiel domov z tých liečení, tak som spravil chybu tak už teraz si dávam na to pozor, keď idem domov na priepustku tak už viem, že s chalanmi môžem byť len pol hodinu, nie celý deň, lebo to sú zbytočné namotávkky. Zmeniť tému, vyhýbať sa tým ľuďom proste voľakedy som sa s nimi stýkal, povedal som kamaráti, to je moje, na to mi nesiahajte a tak som aj dopadol.

A predstavy? Že nebudem chľastať a fetovať, to je jasné. Šak nejakú robotu, vlastný byt, ženu, možno aj decko. Proste starať sa sám o seba, byť zabezpečený, to čo som mal a mať to ale bez toho chľastu a bez tých drog. A pomôcť rodine, mame hlavne, vrátiť jej to čo mi ona dala, nemyslím finančne, ale..

Klient č. 9, III. skupina

Vek: 56 rokov

1. Nevládanie pitia a vôbec zvládanie normálneho života bez alkoholu
2. 12 mesiacov
3. Nádej, že sa po čase vrátim do normálneho života bez alkoholu
4. Vo fungovaní komunity zvlášť nevyčnievam, ale rešpektujem pravidlá fungovania. Zatiaľ s každým vychádzam, ale mám problémy s úprimnosťou
5. V zásade som spokojný, i keď si myslím, že niektorí klienti zneužívajú voľnejší spôsob spolunažívania
6. Najviac mi pomáha možnosť zúčastniť sa mítingov AA
7. Viac počúvam druhých. Trochu som trpezlivejší
8. Pomáham všade, kde je to potrebné a čomu rozumiem. Rešpektujem rozhodnutia personálu
9. Áno
10. Veľmi zlé. Sme v kontakte, ale nemyslím si, že je už všetko v poriadku
11. Zatiaľ som spokojný, abstinčné záchvaty nemám. Momentálne na alkohol nemyslím, chute nemám. Som si vedomý toho, že keď chcem ďalej abstinovať, nesmiem doživotne užiť ani kvapku alkoholu
12. Nemyslím si
13. Predovšetkým, že na svoju chorobu – alkoholik – nie som sám. Zafixovať si, že môj život môže fungovať len bez alkoholu. Čas potrebný na uzdravenie môže byť dlhý.

Meno: Palko, IV skupina

Vek: 40

1. Čo bolo hlavným podnetom pre Vaše rozhodnutie liečiť sa?

Už som ďalej nevládal piť a sám som nevedel prestať. Trápenie rodiny, Zabudol som ísť podpísať sa na úrad práce – kvôli chľastu. Pud sebazáchovy.

2. Ako dlho ste boli na resocializácii?

Necelé dva roky.

3. Čo pre Vás znamenal život v resocializačnom zariadení?

Zmeny v životnom štýle. Triezvy pohľad na všetko. Snaha o napredovanie za vytýčeným cieľom.

4. Ako by ste popísali Vaše fungovanie v komunite?

Skôr samotár, ale spoločnosti som sa nebránil.

5. Ako ste vnímali komunitný režim ako spôsob terapie?

Mne vyhovoval.

6. Čo Vám vo Vašom resocializačnom procese najviac pomáhalo?

Možnosť návštev na väčších mítingoch. Videl som, že keď sa chce, tak sa dá úspešne zvládnuť resoc, začlenenie, abstinovať.

7. Zmenil sa za ten čas, čo ste boli na resocializácii Váš pohľad na seba samého?

Aj áno, zmenil som sa.

8. Čo ste pre to urobili aby nastala táto zmena?

Je veľa – alebo málo, že abstinujem? Po robote sa neodmeňujem pohárikom? Mám vytýčené ciele? Maličké, ale stále nové. Počúvam a rozmyšľam.

9. Udržujete kontakt s rodinou?

Áno

10. Aké boli vzťahy s rodinnými príslušníkmi pred nástupom na resocializáciu a aké sú teraz?

Aký je rozdiel medzi zimou a letom?

11. Ako vnímate svoju abstinenciu a ako ste ju vnímali pred nástupom na resocializáciu?

Abstinencia? Pozitívny krok v mojom živote. Vedel som, že keď chcem žiť a nestratiť rodinu, tak s tým musím niečo urobiť. Vedel som, že keď to budem veľmi chcieť pomôžu mi a teraz viem, že som urobil dobre.

12. Myslíte si, že by ste dokázali abstinovať bez absolvovania resocializačného procesu?

Asi nie, som pohodlný a vybral by som si ľahší spôsob.

13. Čo Vám resocializácia dala a aké sú Vaše predstavy do budúcnosti?

Dala mi to, kde som teraz. Predstavy? Mám bujnú fantáziu.

Meno: Pišta

Vek: 42

1. Čo bolo hlavným podnetom pre Vaše rozhodnutie liečiť sa?

Neovládateľnosť a úbohosť závislého života.

2. Ako dlho ste boli na resocializácii?

Dva roky.

3. Čo pre Vás znamenal život v resocializačnom zariadení?

Zmenu o 180 stupňov.

4. Ako by ste popísali Vaše fungovanie v komunite?

Z môjho uhla pohľadu dobré, ale nezaujato vedľa posúdiť len iní.

5. Ako ste vnímali komunitný režim ako spôsob terapie?

Zo začiatku rebelantsky, ale po čase som sa zmieril s tým, že bez určitej disciplíny a zaužívaných pozitívnych zvykov to nepôjde.

6. Čo Vám vo Vašom resocializačnom procese najviac pomáhalo?

Túžba po slobodnom živote.

7. Zmenil sa za ten čas, čo ste boli na resocializácii Váš pohľad na seba samého?

Áno, začal som si vážiť sám seba.

8. Čo ste pre to urobili aby nastala táto zmena?

Musel som si v hlave odstrániť veľký kopec zle postavených teórií.

9. Udržujete kontakt s rodinou?

Áno.

10. Aké boli vzťahy s rodinnými príslušníkmi pred nástupom na resocializáciu a aké sú teraz?

Pred? Katastrofa. Teraz sú výborné, dokonca sa v niektorých veciach môžu na mňa spoľahnúť. A to je veľmi fajn pocit.

11. Ako vnímate svoju abstinenciu a ako ste ju vnímali pred nástupom na resocializáciu?

Teraz ju vnímam ako nevyhnutnú súčasť môjho života, predtým ako niečo bezproblémovo dosiahnuteľné, len to nikdy nevyšlo.

12. Myslíte si, že by ste dokázali abstinovať bez absolvovania resocializačného procesu?

Nie.

13. Čo Vám resocializácia dala a aké sú Vaše predstavy do budúcnosti?

Dopomohla mi k normálnemu životu. Moje predstavy do budúcnosti sú ešte moc nereálne, takže nemá ich význam opisovať.

Program „24 HODÍN“

Len dnes

1. Len dne sa pokúsim prežiť tento deň. Netúžim po okamžitom riešení problému, ktorý sa objavil v mojom živote. Môžem niečo robiť cez 24 hodín, ale bál by som sa čokoľvek robiť, keby som vedel, že malo by to tak byť cez celý život.
2. Len dnes chcem byť šťastný. Väčšina ľudí je šťastná len vtedy, keď po tom úprimne túži.
3. Len dnes sa chcem rozhodovať v súlade s realitou a nepostupovať podľa svojich želaní. Chcem prijať svoj osud taký, aký prichádza.
4. Len dnes sa chcem pokúsiť posilniť svojho ducha. Chcem sa učiť a urobiť niečo užitočné. Chcem prečítať niečo, čo ma donúti premýšľať a koncentrovať sa.
5. Len dnes chcem cvičiť svoju dušu na tri spôsoby:
 - chcem pre niekoho urobiť niečo dobré, ale len tak, aby to on nezbadal, ináč sa to neráta
 - chcem urobiť aspoň dve veci, ktoré nemám rád, len preto, aby som sa vyskúšal
 - v prípade, keď sa budem cítiť urazený, nedám to dotyčnému pocítiť
6. Len dnes chcem budiť dobrý dojem. Chcem vyzerat' čo najlepšie. Chcem sa pekne obliekať, hovoriť ticho a zdvorilo.
NECHCEM NIKOHO VYLEPŠOVAŤ, OKREM SAMÉHO SEBA.
7. Len dnes má byť môj program nemenný. A predsa nemusím podľa neho postupovať.
LEN DVE VECI MUSÍM MAŤ NA ZRETELI: UPONÁHLANIE
A NEROZHODNOSŤ.
8. Len dnes chcem pre seba svoju pokojnú polhodinu, aby som si mohol oddýchnuť a lepšie sa pozrieť na svoj život.
9. Len dnes sa chcem nebáť. Nechcem sa báť zažívať rozkoš a vnímať krásu. Chcem veriť, že svet mi vráti to, čo mu dám ja.
DNES JE TÝM ZAJTRAJŠKOM, O KTORÝ SME SA TRÁPILI VČERA