

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychológie

VYUŽITIE SPIRITUALITY PRI  
LIEČBE ZÁVISLOSTI  
V TERAPEUTICKÝCH  
KOMUNITÁCH

THE USE OF SPIRITUALITY IN ADDICTION TREATMENT  
IN THERAPEUTIC COMMUNITIES



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Nad'a Bukovinská**

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

Olomouc

2023

Ďakujem PhDr. Eve Aigelovej, Ph.D. za jej vrelý, podporujúci a motivujúci prístup pri vedení tejto bakalárskej práce, za jej ochotu a podnetné konzultácie. Ďakujem rodine za veľkú podporu pri celom štúdiu a priateľom za zážitky a atmosféru, ktorú vytvárame. Veľké poďakovanie patrí terapeutickým komunitám, ktoré ma prijali a dovolili mi byť na chvíľku ich súčasťou, čo je pre mňa nezabudnuteľný zážitok. Ďakujem všetkým pracovníkom za inšpiratívne rozhovory a za čas, ktorý mi v rámci našej spolupráce venovali.

Čestne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „Využitie spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 24.3.2023

Podpis .....

# OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>3</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČASŤ.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Terapeutická komunita .....</b>	<b>7</b>
1.1 Definícia terapeutickkej komunity .....	7
1.2 Vývoj terapeutických komunit .....	9
1.3 Cieľ liečby v terapeutickkej komunite .....	11
1.4 Terapeutické komunity v Českej republike .....	13
1.5 Základné prvky terapeutickkej komunity .....	16
1.5.1 Zázemie .....	16
1.5.2 Spoločenstvo .....	17
1.5.3 Prostredie .....	17
1.5.4 Rituály .....	17
1.5.5 Hierarchia a štruktúrovaný program.....	18
1.5.6 Otvorenosť.....	19
1.5.7 Tím terapeutickkej komunity .....	19
1.6 Účinné faktory terapeutických komunit .....	20
1.6.1 Pozitívne očakávanie .....	20
1.6.2 Terapeutický vzťah.....	21
1.6.3 Zvyšovanie/rozširovanie vedomia, katarzia a emočné uvoľnenie ...	21
1.6.4 Tvarovanie správania, nácvik nového správania.....	22
1.6.5 Členstvo, súdržnosť a vzájomná podpora .....	23
1.6.6 Existenciálne faktory .....	23
<b>2 Spiritualita .....</b>	<b>25</b>
2.1 Bio-psycho-sociálno-spirituálny model závislosti .....	25
2.2 Duchovné potreby .....	27
2.3 Využitie spirituality pri liečbe závislosti .....	28
2.3.1 Výskumy zamerané na spiritualitu v liečbe závislosti .....	31
<b>3 Psychoterapeutické smery využívané v adiktológií.....</b>	<b>34</b>
3.1 Psychoanalýza a jej prístup k liečbe závislosti.....	34
3.2 Existenciálne orientované smery .....	37
3.3 Behaviorálne prístupy k liečbe závislosti .....	38
3.4 Kognitívno-behaviorálne prístupy .....	40
3.5 Integrované psychodynamicko/kognitívno-behaviorálne prístupy .....	41
3.6 Fokálna psychodynamická psychoterapia .....	42
3.7 Terapia posilňujúca motiváciu .....	43

3.8	Skupinová psychoterapia a jej využitie v liečbe závislosti .....	43
<b>VÝSKUMNÁ ČASŤ .....</b>	<b>46</b>	
<b>4</b>	<b>Výskumný problém .....</b>	<b>47</b>
4.1	Ciele výskumu .....	48
4.2	Výskumné otázky .....	48
<b>5</b>	<b>Metodologický rámec výskumu .....</b>	<b>49</b>
5.1	Výskumný design .....	49
5.2	Výskumný súbor .....	50
5.2.1	Výberové kritériá výskumného súboru .....	50
5.2.2	Metódy výberu výskumného súboru .....	50
5.2.3	Charakteristika výskumného súboru .....	51
5.3	Tvorba dát .....	52
5.4	Metódy spracovania a analýzy dát .....	53
5.5	Etika výskumu .....	54
<b>6</b>	<b>Analýza dát a jej výsledky .....</b>	<b>56</b>
6.1	Vzťahné kategórie a významné témy .....	56
6.1.1	Spiritualita ako esencia TK .....	57
6.1.2	Dôležitosť spirituálneho rozmeru v TK .....	60
6.1.3	Spirituálne témy v TK .....	62
6.1.4	Spôsoby práce so spiritualitou v TK .....	66
6.1.5	Prospešnosť spirituálnych tém pre rôznych klientov .....	70
6.1.6	Doba vhodná pre spirituálne témy .....	72
6.2	Odpovede na výskumné otázky .....	73
<b>7</b>	<b>Diskusia .....</b>	<b>77</b>
<b>8</b>	<b>Závery .....</b>	<b>86</b>
<b>SÚHRN .....</b>	<b>89</b>	
<b>LITERATÚRA .....</b>	<b>93</b>	
<b>PRÍLOHY .....</b>	<b>100</b>	

# ÚVOD

V dnešnej dobe sa na závislosť pozerá ako na fenomén bio-psycho-sociálno-spirituálny a teda predpokladáme, že pri liečbe závislosti je dôležité pracovať so všetkými z týchto rovín a s potrebami, ktoré človeku sýtia všetky z týchto rovín. Mňa osobne zaujímalo, aký vplyv môže mať práve spirituálny rozmer pri liečbe závislosti. Tak vznikol nápad, preskúmať túto oblasť. Ako naznačuje mnoho výskumov, ktoré boli zrealizované, je dôležité zaoberať sa pri liečbe závislosti aj touto sférou bytia. Spiritualita, duchovné potreby, akokoľvek si to nazveme, nás jednoznačne ovplyvňuje, pretože je súčasťou nás všetkých a stretávame sa s ňou každý deň. Či už je to viera v nejaký vyšší rád, alebo viac v každodennostiach prejavujúce sa aspekty bytia akými sú: existenciálne otázky, otázky viny, odpustenia alebo prosto vzťahy s druhými. Myslím, že keď nahliadame na človeka ako na bio-psycho-sociálno-spirituálnu bytosť, tieto potreby k nám nevyhnutne patria. Rozhodla som sa preto moju prácu venovať bližšiemu preskúmaniu tejto oblasti pri liečbe závislosti.

Keď som premýšľala nad prostredím kde budem výskum realizovať, terapeutické komunity, ako liečebné zariadenia, mi prišli ako ušité pre tento účel. Čím viac som sa o terapeutických komunitách a fungovaní v nich dozvedala, tým viac ma táto forma liečby zaujímala a fascinovala. Zdalo sa mi, že ak je nejaká forma „inštitúcie“, v ktorej by bolo toľko času a priestoru možné venovať práve spiritualite a s ňou súvisiacim fenoménom, sú to práve terapeutické komunity. Vtedy som sa rozhodla, že budem skúmať vplyv spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách.

Mojím cieľom bolo skrz rozhovory s pracovníkmi TK zistiť, akým spôsobom sa s touto potrebou spirituality, teda niečoho, čo nás presahuje a k čomu sa môžeme obracať a čerpať z toho, a do čoho spadajú témy, akými sú: zmysel života, identita človeka, odpustenie, vina, smrť, vzťahy s druhými alebo rituály pracuje. Výskum som sa preto rozhodla realizovať kvalitatívne a pokúsila som sa cez polo-štruktúrované rozhovory s pracovníkmi terapeutických komunit zodpovedať na výskumné otázky, ktoré som si stanovila.

# TEORETICKÁ ČASŤ

# 1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

V našej práci sa venujeme téme terapeutických komunit, preto na úvod zaradujeme popis terapeutických komunit, ich stručný vývoj, charakteristiky a ciele liečby v terapeutických komunitách. Ďalej sa venujeme popisu terapeutických komunit u nás v Českej republike. Na záver pridávame prehľad účinných faktorov liečby, ktoré sa využívajú v liečbe v TK.

Terapeutická komunita sa dá chápať v dvojakom zmysle. Jednak ide o terapeutickú metódu, ktorej prvky sa využívajú pri liečbe psychických porúch vrátane závislostí. Využíva účinné psychosociálne faktory, ktoré priaznivo pôsobia na zrenie a rast človeka. TK ako terapeutická metóda využíva modelové situácie malej spoločenskej skupiny k projekcii a korekcii maladaptívnych spôsobov správania a prežívania (Richterová Těmínová et al., 2003). Terapeutická komunita je rovnako chápaná ako špecifický typ zariadenia, ktorý ponúka strednodobú až dlhodobú liečbu (Kalina, 2000).

Pre terapeutickú komunitu ako typ zariadenia je dôležitá otvorená komunikácia, ako aj medzi klientami TK, tak aj medzi klientami a pracovníkmi, ďalej spoločné rozhodovanie na ktorom sa podieľajú všetci členovia tímu vrátane klientov TK (Richterová Těmínová et al., 2003). Terapeutické komunity predstavujú pre klientov bezpečné, od drog izolované miesto, pričom cieľom je nielen dosiahnutie abstinencie, ale celková sociálna rehabilitácia jedinca (Malivert et al., 2012).

## 1.1 Definícia terapeutickéj komunity

Podľa Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita (ďalej TK) zvláštnou formou intenzívnej skupinovej psychoterapie, kde klienti, väčšinou rôzneho veku, pohlavia a vzdelania, spolu určitú dobu žijú a okrem skupinových sedení zdieľajú ďalší spoločný program pracovnou a inou rôznorodou činnosťou. Toto umožňuje, aby do tohto malého modelu spoločnosti premietali problémy zo svojho vlastného života, najmä svoje vzťahy k ľuďom. Komunita je terapeutická preto, že okrem uvedenej projekcie umožňuje tiež spätné informácie o maladaptívnom správaní, podnecuje získanie náhľadu na vlastné problémy a na vlastný podiel na vytváraní týchto problémov. TK má umožniť korektívnu skúsenosť a podporuje nácvik vhodnejších, adaptívnejších spôsobov správania.

Definícia terapeutickej komunity vychádza z dvoch podstatných pilierov, ktoré sú zrejme už z názvu – zo spoločenstva a z liečebnej metódy (Kalina, 2013). Ako uvádza Kratochvíl (2005), TK ako metóda je metódou psychoterapeutickou, metódou skupinovej psychoterapie a v oblasti psychoterapeutickej liečby závislosti ide o metódu integrovanú. Richterová Těmínová (2007a) ďalej dopĺňa, že rozmer spoločenstva je zřejmý v samotnom živote v komunite. Klienti tu žijú pospolu, spoločenstvo sa vyznačuje organizovanosťou, štruktúrou a bezpečím. Terapeutická komunita ponúka klientom bezpečné prostredie, s jasnou štruktúrou, pričom takto ponúka klientom zažívať pocit bezpečia, pravidelnosti, rádu a predvídateľnosti. Práve tento rád a štruktúra umožní klientom poznať ich vnútornú slobodu, jej limity a možnosti. Umožní im žiť slobodne s druhými, naučí ich poznávať svoje vlastné hranice, ale zároveň aj hranice druhých ľudí (Richterová Těmínová, 2007a). Čo je pre toto spoločenstvo veľmi významné je bezpečná blízkosť, otvorená komunikácia, vzájomné reflektovanie, pomoc a svojpomoc. Od iných liečebných prístupov sa TK líši najmä tým, že spoločenstvo využíva ako hlavný agens zmeny (Kalina,2013).

Ako sme už vyššie zmienili, čo sa týka terapeutickej komunity ako liečebnej metódy, podľa Kratochvíla (2005) ide o zvláštnu formu intenzívnej skupinovej psychoterapie, ktorá využíva modelové situácie malej spoločenskej skupiny k projekcii a korekcii maladaptívnych interpersonálnych stereotypov prežívania a správania. Práve prostredníctvom tohto procesu sa pacienti učia rozpoznávať svoj podiel vo vytváraní, udržiavaní a opakovaní svojich životných problémov a konfliktov. Súčasne si takto môžu osvojovať nové formy správania. De Leon (1995) popisuje terapeutickú komunitu ako rezidenčnú liečbu účelne využívajúcu vrstovnícku skupinu k facilitácii sociálnej a psychosociálnej zmeny v správaní jedinca. Všetci zúčastnení sú teda mediátormi týchto zmien. Ako píše aj Malivert et al., (2012) klienti majú terapeutický potenciál sami pre seba a rovnako aj voči sebe navzájom. Táto metóda a prvky z nej sa využívajú v niektorých nemocniciach, liečebniach, a denných stacionároch.

Klasická terapeutická komunita ako typ zariadenia, predstavuje samostatné zariadenie, väčšinou situované do odľahlejších oblastí dedín, mimo zdravotnícke areály, obvykle s kapacitou 15 až 20 klientov. Liečba v terapeutickej komunite je liečbou rezidenčnou, a rozlišujeme liečbu strednodobú (6 – 8 mesiacov) a dlhodobú (1 rok a viac). Ide o vysoko štruktúrovaný program, pričom sa využíva ako individuálna, tak skupinová psychoterapia, ďalej edukačné a voľnočasové aktivity. Čo je pre terapeutickú komunitu špecifické je práca na každodenných aktivitách spojených s prevádzkovaním komplexu, kde



komunita sídli, poprípade práca na statku, poli atď., záleží od danej komunity. Pobyt v TK je rozdelený do niekoľkých fáz, obvykle do 4, začínajúc nultou fázou, pričom prestup z fázy do inej fázy sprevádzajú typické rituály (Kalina, 2000). Dôležitou súčasťou TK je aj následné doliečovanie. To už prebieha zväčša mimo TK, v rámci chráneného bývania, alebo v rámci následnej ambulantnej starostlivosti. Dôležité však je, že pracovníci TK kladú dôraz na to, aby bol prechod plynulý a klient rovno pokračoval do niektorého z týchto programov (De Leon, 1995). Klientelu TK tvoria väčšinou klienti s dlhodobou a ťažkou drogovou kariérou, častokrát málo motivovaní, a výrazne problémoví z hľadiska psychosociálneho – či už ide o kriminálnu minulosť, rozpadnuté sociálne zázemie a podobné. Proces sociálneho učenia v komunite im umožní získať schopnosti potrebné pre opätovné začlenenie do bežnej spoločnosti (Kalina, 2000).

## 1.2 Vývoj terapeutických komunit

Čo sa týka vývoja terapeutických komunit, môžeme sledovať dve línie – demokratické terapeutické komunity a hierarchické terapeutické komunity.

Demokratické terapeutické komunity môžeme považovať za pôvodnú líniu, pričom vznikli ako reakcia na psychiatrickú pomoc pacientom, vojakom bojujúcim v druhej svetovej vojne, ktorý trpeli vojnovými neurózami a posttraumatickou stresovou poruchou. Armádne psychiatrické liečebne boli preplnené vojakmi trpiacimi týmito problémami a tak vznikla požiadavka na rýchlu a efektívnu prácu s týmito pacientami – vyvinuli sa tak skupinové formy liečby – základ pre terapeutické komunity. Priekopníkom bol Maxwell Jones, ktorý sa venoval vojakom s posttraumatickou stresovou poruchou, pričom viedol pacientov ku skupinovému vzdelávaniu a k otvorenej diskusii (Kalina, 2008). TK založené podľa Maxvella Jonesa, priniesli radu revolučných pohľadov, kladli dôraz na zmenu zo silno hierarchických vzťahov na otvorenejšie a demokratickejšie. Terapeutický prístup v týchto TK bol založený na skupinovej terapii, zameraný na pochopenie skupinovej dynamiky a na ovplyvňovanie postupného procesu učenia (Richterová Těmínová et al., 2003). Stávalo sa teda, že nováčikom pomáhali a sprevádzali ich skúsenejší pacienti a rozdiely medzi lekármi, sestrami a pacientami sa stierali. Neskôr na svojich pracoviskách previedol zásadné zmeny, a vypracoval model sociálnej rehabilitácie, ktorý pomáhal pacientom riešiť emočné, vzťahové a behaviorálne problémy prostredníctvom spoločného života v štruktúrovanom prostredí. Adaptoval preň Mainov termín „terapeutická komunita“. Jones v roku 1948 formuloval päť zásad terapeutickkej komunity: obojstranná komunikácia na všetkých

úrovniah, proces rozhodovania na všetkých úrovniach, spoločné vedenie, konsenzus v prijímaní rozhodnutí, sociálne učenie v interakcii tu a teraz (Kalina, 2008).

Čo sa týka druhej línie terapeutických komunít, boli nimi hierarchické terapeutické komunity. Prvou takouto komunitou bol Daytop Village v New Yorku, založený v roku 1963 psychiatrom a psychoterapeutom Danielom Casrielom a jeho spolupracovníkmi. Inšpiráciou pre nich bol Synanon – komuna, ponúkajúca alternatívny spôsob života ľuďom závislým na alkohole a nelegálnych drogách. Táto komunita im ponúkala vzor spoločenstva ľudí, žijúcich spolu a navzájom sa podporujúcich v tom, zostať „čistí“. Na rozdiel od Synanonu, ktorý ponúkal závislým ľuďom štruktúrované bezdrogové spoločenstvo ako dlhodobú životnú alternatívu, cieľom Daytop Village bolo zmeniť život rezidentom takým spôsobom, aby mohli žiť bez drog v normálnej spoločnosti. Avšak rada princípov bola transformovaná zo Synanonu (Kalina, 2008).

Pre príklad uvádzame niektoré z nich:

1. komunita ponúka náhradnú rodinu – ponúkalo to pacientom zažívať život v rodine, ktorý častokrát kvôli drogám stratili.

2. konfrontácia a frustrácia sú neoddeliteľnou súčasťou sociálnej rehabilitácie – z pôvodného modelu využívaného Synanom, šlo o tzv. „tvrdú lásku“, konfrontácia a frustrácia bez nepriateľstva, ale naopak zodpovedný záujem o druhého. Cieľom bolo nebáť sa ísť do konfliktu a konfrontácie, nevyhýbať sa riešeniu, ale práve naopak, riešiť konflikt adaptívnejším spôsobom.

3. Systém odmeňovania je základom zmeny – išlo o vytvorenie stupňovitej hierarchie. Klienti behom pobytu postupovali hierarchiou zdola nahor, čo znamenalo, že plnili v komunite náročnejšie úlohy a prijímali väčšiu zodpovednosť, pričom nakoniec sa mohli stať aj členmi terapeutického tímu. Žiadna pozícia však nechránila pred konfrontáciou (Richterová Těmínová et al., 2003).

4. Svojpomoc je významnejšia ako profesionálna pomoc – síce v Daytop Village už pôsobili mimo bývalých užívateľov aj profesionáli, stále boli bývalí rezidenti Synanonu najdôležitejšími členmi terapeutického tímu. Mimo iné práve táto možnosť, dosiahnuť takéto postavenie v komunite, bola pokladaná za dôležitý motivačný a identifikačný faktor v liečbe (Kalina, 2013).

5. Charizmatický vodca má veľký terapeutický potenciál – ideál charizmatického vodcu bol dôležitým prvkom terapeutickej komunity, avšak nezabúdalo sa ani na potrebu kontroly moci.

6. Náboženská oddanosť – aj keď sa v Daytop Village náboženská oddanosť skôr transformovala do „oddanosti spoločenstvu“, spiritualita nikdy z konceptu hierarchických komunít nevymizla, ale naopak vznikalo veľa komunít založených na kresťanskej, či už katolíckej alebo protestantskej tradícii (Kalina, 2008).

Vývoj terapeutických komunít pokračoval a formy sa prelínali a menili, prispôbovali sa potrebám konkrétnej komunity a konkrétnych klientov. Terapeutické komunity sa ukázali byť veľmi efektívne v znižovaní užívania návykových látok, recidív, nezamestnanosti, a zdravotných problémov. Model terapeutických komunít je rozšírený vo viac ako 65 krajinách na 5 kontinentoch, a predstavuje globálne uznávanú formu liečby pre drogovu závislosť (Bunt et al., 2008).

V nasledujúcich kapitolách predostrieme základné koncepty, na ktorých dnešné terapeutické komunity stoja, ciele terapeutických komunít a spôsob práce s klientami v terapeutických komunitách.

### **1.3 Cieľ liečby v terapeutickej komunite**

Terapeutická komunita v dnešnom ponímaní je dlhodobou rezidenčnou liečbou. Dĺžka liečby v TK trvá približne 12 mesiacov. Pred nástupom do liečby, musí klient absolvovať lôžkový detox, ktorý trvá týždeň až mesiac, záleží na zdravotnom stave každého klienta (Preston et al., 2007).

Terapia v TK sa zameriava na vývoj osobnosti a emócie, na správanie, na duchovný rozmer osobnosti, etiku a spoločenské hodnoty, na schopnosť prežiť a byť v bežnej spoločnosti profesijne zaistený. Všetky aktivity v rámci liečby TK nejakým spôsobom naplňajú tieto potreby. Neopomenuteľným je v TK hodnotový rozmer, pretože komunita by mala byť miestom nádeje a viery. Viery v to, že sa človek môže zmeniť, že skupina môže tento proces výrazne urýchliť, že je to možné jedine skrz prijímanie zodpovednosti za svoj život a za svoje okolie a že štruktúra, ktorú komunita ponúka stabilizuje a ukotvuje (Richterová Těmínová et al., 2003).

Cieľom liečby je teda zmena doterajšieho životného štýlu. Vychádzame z predpokladu, že takáto zmena sa dá dosiahnuť práve prostredníctvom osobného rastu.

Klient v TK postupne dosahuje zmeny v sebapojati, preživani, správaní a vzťahoch. To mu umožňuje prežívať svoj život plnohodnotnejšie a spokojnejšie. Osobný rast mu umožní aby bol schopný si túto zmenu udržať aj po odchode z komunity (Kalina, 2008). Cieľom je nielen abstinencia klienta, tá je skôr cestou pre to, aby sa klient mohol plnohodnotne opäť zapojiť do bežného, normálneho života. Úlohou liečby je, aby klient prijal abstinenciu ako nutnú súčasť svojho ďalšieho života, objavil jej možnosti ale aj obmedzenia a využil ju k ďalšiemu rozvoju seba samého, uplatneniu seba samého a k životnej spokojnosti (Adameček et al., 2003).

Základným prostriedkom k dosiahnutiu čiastkových cieľov je samotný život v komunite (Adameček et al., 2003). Jednotlivé ciele sú: prispieť k nájdeniu a prijatiu zmyslu života, k uvedomeniu si, že aj náš život, ako jednotlivcov, je nenahraditeľnou súčasťou sveta a každý máme v živote isté úlohy a ciele, ktoré postupne naplníme (Kalina, 2008). Ako uvádza Kooyman (2004) ďalším cieľom je prijatie zodpovednosti za seba, za druhých a za svoje správanie. To sa v komunite deje, vďaka jej štruktúre a programu, v podstate nepretržite. Klient je totiž nepretržite konfrontovaný so svojím správaním a jeho dopadom na ostatných členov komunity. S tým súvisí ďalší cieľ a tým je byť priehľadný. V terapeutickej komunite je dôležité, aby boli klienti úprimní k sebe samým aj k okoliu, pretože ako píše Kooyman (2004), ten kto nie je úprimný, nie je slobodný. S tým súvisí konfrontácia. Klienti sú citlivo ale priamo konfrontovaní. Cieľom takejto konfrontácie je „preniknúť do ulity klienta“. Keď sa klient terapeutickému procesu podvolí a začne sa otvárať, rastie dôvera v program a klient postupne upúšťa od svojich obranných mechanizmov. Klient sa učí verbalizovať svoje vnútorné konflikty, emócie a napätie spojené s pocitom viny a vlastnou neschopnosťou. Začne tak postupovať krok za krokom smerom k emočnej konfrontácií s druhými. Učí sa, že konfrontácia nie je zameraná naňho, ale na jeho správanie. Následne začína kladné hodnotenie jeho nového správania, a tým mizne strach z odmietnutia.

Ďalším cieľom je zvyšovanie sebaúcty cestou vlastného pričinenia. Ako píše Kooyman (1993, citované v Kalina, 2008) klientove kompetencie sú posilňované jednak technikou „konaj ako by“, pričom klient má jednať ako by sa nebál, ako by bol zodpovedný, ako by bol plný energie a podobne. Ide tu o mechanizmus zmeny – to, ako sa cítim, môžem zmeniť tým, ako sa správam. Ako hovorí Woodhams (2001, citované v Kalina, 2008), klient má jednať nie ako človek, akým bol v minulosti, ale ako človek, akým sa chce stať. Ďalšími spôsobmi, ktoré pomáhajú klientovi v podpornom prostredí komunity dospievať k reálnej

sebaúcte sú: angažovanosť, kreativita, poznávanie seba samého, pomoc druhým a ďalšie. Kľúčová je vedomá práca na sebe v zmysle sebazdokonaľovania, posilňovania vnútorného riadenia a nácviku zodpovedného jednania (Kalina, 2008). Ako veľkú pomoc pri zvyšovaní sebaúcty a vnímania svojich kompetencií vidíme v ergoterapii, keďže ako píše Svěčená et al., (2022) nezastupiteľnú oblasť v práci ergoterapeuta predstavuje nácvik sebestačnosti, pričom pri klientoch so závislosťou sa jedná hlavne o sebestačnosť v oblastiach režimu dňa a pracovných aktivít. Adekvátne vyplnenie času, ktorý zrazu klient bez závislosti má, je základom pre prevenciu relapsu. Nájdenie nových aktivít, ktoré by klienta naplňali je preto veľmi dôležité. Pretože ako píše Helbig a McKay (2003), v dobe abstinencie klienti získajú 16 až 18 hodín voľného času, ktorý bol v minulosti využívaný v súvislosti s užívaním, a práve tento čas je pre znovu užitie veľmi rizikový.

Nič nevystihne lepšie liečbu v terapeutickej komunite ako samotná filozofia popísaná Richardom Beauvaisom, ktorú prijala väčšina TK: Sme tu, pretože už nie je kam by sme unikli sami pred sebou. Pokiaľ sa človek nepostaví pred zraky a srdce ostatných, uteká. Pokiaľ človek neverí druhým, aby s nimi mohol zdieľať svoje tajomstvá, nie je v bezpečí. Keď sa bojí, že ho spoznajú, nemôže poznať sám seba ani druhého. Bude stále sám. Kde inde než medzi sebou nájdeme také zrkadlo? Tu – spoločne – sa človek môže konečne pozrieť na seba jasne. Nevidí hrdinu svojich snov, ani trpaslíka svojich nočných môr, ale spozná sa ako človek, časť celku so svojim podielom zodpovednosti. Na takomto mieste môžeme všetci zakoreniť – a rásť. Už nikdy sám – do smrti, ale žiť s druhými a pre druhých (Kooyman, 2004).

## 1.4 Terapeutické komunity v Českej republike

V Českej republike bol priekopníkom v oblasti TK Jaroslav Skála, ktorý od r. 1949 vytváral prvé oddelenie na princípoch TK v Apolinári. Skála prispôbil metódu TK liečbe ľudí závislých na alkohole a dosahoval veľmi dobré výsledky. Jeho režim bol prísnejší, pacienti boli vystavovaní záťažovým situáciám, čo malo posilniť ich vôľu, navodzovať potrebné stavy prirodzenej eufórie a naučiť sa vysporiadať s ťažkosťami inak ako útekem k alkoholu. Takáto liečba bola síce veľmi účinná, no nie vždy vhodná. Jedinci s nevyzretou osobnosťou, závislí na drogách a pod. v nej často neobstáli. S myšlienkou ponúknuť novú službu týmto ľuďom prišla v r. 1990 Terapeutická komunita Nemčice, ktorá v tomto roku zahájila svoju činnosť (Richterová Těmínová et al., 2003). Od roku 1990 ponúka TK Nemčice služby pre užívateľov s dlhou drogovou kariérou.

Momentálne v ČR pôsobí celkom 19 terapeutických komunít pre liečbu závislosti na návykových látkach. Rôzne typy zariadení a ich kapacitu, môžeme vidieť na obrázku 1. Podľa registru MPSV je 15 z nich registrovaných ako sociálne služby a 4 terapeutické komunity sú prevádzkované v rámci Psychiatrickej nemocnice Marianny Oranžské V Bíle Vode (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022). Klientela TK je rôzna, pričom v ČR zatiaľ jediná TK, ktorá ponúka liečbu pre matky s deťmi je TK Karlov, spadajúca pod združenie Sananim (Sananim, n.d.). Odhadovaná kapacita všetkých komunít v ČR je 320 miest, pričom počet klientov za rok 2021 bol 705 klientov, z toho 35 žien, čo môžeme vidieť na obrázku 2 (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022). Klienti terapeutických komunít sú najčastejšie užívatelia pervitínu (70,2 %), alkoholu (16 %), heroínu (5 %) a kanabinoidov (5 %) (Chomynová, Grohmannová, Janíková, et al., 2022). Na obrázku 3, môžeme vidieť údaje z 10 terapeutických komunít, podporovaných v dotačnom riadení rady vlády pre koordináciu protidrogovej politiky (RVKPP). V týchto 10 komunitách bolo za rok 2021 liečených 372 osôb, z toho 292 užívateľov drog a to predovšetkým pervitínu – 246 klientov t.j. (84,2 %). Nasledovali užívatelia kanabinoidov (20 klientov) a heroínu (18 užívateľov), buprenorfínu a iných opioidov, užívatelia kokainu (2 klienti), halucinogenov (1 klient) a iných nelegálnych drog (5 klientov). Oproti predošlým rokom môžeme vnímať stúpajúci trend klientov, ktorých primárnou drogou je alkohol. Liečených bolo celkovo 191 (65,4 %) mužov a priemerný vek klientov bol 30,9 rokov (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022).

Čo sa týka prevalencie druhu drogy, terapeutické komunity zrkadlia aktuálnu situáciu v Českej republike. Aktuálny počet ľudí, ktorí užívajú drogy rizikovo je odhadovaný na 44,9 tisíc, pričom 34,7 tisíc užíva rizikovo pervitín, 10,2 tisíc opioidy, najmä buprenorfín (5,3 tisíc) a heroín (3,1 tisíc). Odhadom 40,5 tisíc ľudí užíva drogy injekčne. Injekčné užívanie drog je hlavným faktorom šírenia infekčných ochorení, pričom tento spôsob aplikovania je dominantným spôsobom užívania medzi ľuďmi užívajúcimi opioidy a pervitín (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022). Čo sa však týka ochorení HIV/AIDS, je v českej populácii aj medzi injekčnými užívateľmi dlhodobo na nízkej úrovni. Výskyt vírusovej hepatitídy C je dlhodobo stabilný, aj tak však predstavuje najrozšírenejšiu infekciu medzi užívateľmi drog (Chomynová, Grohmannová, Janíková, et al., 2022). To môže byť vďaka harm reduction programom, ktoré sa zameriavajú na minimalizáciu škôd spôsobených užívaním návykových látok. Tieto programy v rámci prevencie infekčných ochorení poskytujú užívateľom injekčné striekačky, sterilnú vodu, filtre, nádobky

k rozpusteniu drogy, škrtidlá a ďalšie pomôcky k bezpečnejšej príprave a aplikácii drogy. Častá je aj komorbidita s inými somatickými a psychickými problémami. V posledných rokoch adiktologickej služby evidujú vzrastajúci trend duálnych diagnóz. Odhad podielu klientov s ďalším duševným ochorením sa pohybuje od 1/4 do 2/3 celkového počtu klientov (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022).

Bohužiaľ, častokrát má užívanie drog fatálne následky. V roku 2021 bolo zistených celkom 64 smrteľných predávkovaní. Najčastejšie išlo o predávkovanie pervitínom, amfetamínom, alebo opioidmi, ďalej to boli prchavé látky a benzodiazepíny. Ročne je zaznamenaných ďalších 130 – 150 úmrtí pod vplyvom nelegálnych drog a psychoaktívnych liekov, z toho najviac v dôsledku chorôb (31 %), nehôd (26 %) a samovrážd (25 %) (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, et al., 2022).

### Obrázok 1: Typy zariadení pre liečbu závislosti a ich kapacita

#### Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022

tabulka 9-25: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2021, bez specifikace podle základní drogy

Typ zařízení	Počet programů	Kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	8 (36*)	214	zdravotnická služba, jejímž účelem je minimalizovat odvykací příznaky na začátku léčby
> lůžková zdravotnická zařízení <sup>(a)</sup>			
> věznice	2	n. a.	
Psychiatrická lůžková péče	19	8 127	abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislosti v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající farmakologické i psychoterapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé <sup>(a)</sup>	3	210	
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti <sup>(a)</sup>	28	1 391	
> psychiatrická oddělení nemocnic <sup>(a)</sup>	1	96	
> ostatní zařízení s psychiatrickým oddělením <sup>(a)</sup>			
Terapeutické komunity <sup>(b)</sup>	19	320	rezidenční péče na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství <sup>(a)</sup>	6	92	specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení v programech následné péče <sup>(b)</sup>	23	280	ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

Pozn.: <sup>(a)</sup> Počet programů podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ke dni 3. 11. 2022, údaj o kapacitě byl získán extrapolací údajů o programech dotovaných Úřadem vlády ČR / RVKPP v r. 2021. <sup>(b)</sup> Data za r. 2020. \* včetně zařízení s nevyčleněnými lůžky.

Zdroj: MŠMT (2021) Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2021b); Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2022c); Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2022j); Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022b)

## Obrázok 2: Počet klientov za r. 2021 využívajúcich jednotlivé typy zariadení

tabulka 9-26: Uživatelia návykových látok v rezidenčných adiktologických programech v r. 2021

Typ zariadení	Počet klientů	Podíl (%)	
		Ženy	Osoby do 19 let
Detoxifikace > lůžková zdravotnická zařízení <sup>(a)</sup>	10 186	32	6
> věznice	28	46	n. a.
Psychiatrická lůžková péče > psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé <sup>(a)</sup>	9 550	30	2
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti <sup>(a)</sup>	20	65	100
> psychiatrická oddělení nemocnic <sup>(a)</sup>	3 283	36	7
> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením <sup>(a)</sup>	42	36	0
Terapeutické komunity <sup>(b)</sup>	705	35	n. a.
Zařízení speciálního školství <sup>(a)</sup>	175	30	100

Pozn.: <sup>(a)</sup> Data za r. 2020. <sup>(b)</sup> Odhad získaný extrapolací údajů o programech dotovaných Úřadem vlády ČR / RVKPP v r. 2021. Zdroj: MŠMT (2021) Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2021b); Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2022c); Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2022j); Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022b)

## Obrázok 3: Stúpajúci trend klientov v TK, ktorých primárnou drogou je alkohol

tabulka 9-28: Počet programů a klientů terapeutických komunit podpořených v dotačním řízení Úřadu vlády ČR / RVKPP v ČR v l. 2017–2021

Ukazatel	2017	2018	2019	2020	2021
Programy	10	10	11	10	10
Celkem klientů	378	380	389	389	372
> uživatelé nelegálních drog	346	336	337	326	292
> uživatelé alkoholu	30	43	49	61	79
Kapacita	171	171	183	177	177

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2022c)

## 1.5 Základné prvky terapeutické komunity

Terapeutická komunita je štruktúrované prostredie, v ktorom klient žije a absolvuje program liečenia. TK ponúka bezpečné a podnetné prostredie pre rast a zrenie, ktoré sa deje predovšetkým prostredníctvom sociálneho učenia, vymedzeného jasnými a zrozumiteľnými pravidlami (Kalina, 2013). Nižšie popíšeme niektoré významné prvky, ktoré sú súčasťou tohto liečebného procesu a významne prispievajú k liečbe v terapeutickéj komunite.

### 1.5.1 Zázemie

Základným prostriedkom k dosiahnutiu vyššie popísaných cieľov je samotný život v komunite. Patrí k tomu spoločné rozhodovanie, otvorená komunikácia, konfrontácia a pod. Tento život sa čo najvernejšie snaží podobať životu reálnemu, bežnému, mimo



komunitu (Adameček et al., 2003). Samotná terapeutická komunita môže byť ponímaná ako nepriamy terapeutický nástroj. Pre komunitu je dôležité kľudné, bezpečné a dôverné prostredie, ktoré umožňuje ďalšie terapeutické aktivity. Takéto prostredie je zaručené najmä tým, že je bezdrogové a štruktúrované s určitým pravidelným režimom (Dvořáček, 2003).

### **1.5.2 Spoločenstvo**

Ako píše Sobotka (2007), samotné spoločenstvo ľudí žijúcich v terapeutickej komunite má liečivé účinky. V terapeutických komunitách v ČR sú mimo vyššie spomenutého bezdrogového prostredia dôležité aj prvky ako príjemná neústavná atmosféra, kľudné miesto s dôrazom na rozlíšenie „my tu vnútri“ a „svet vonku“ a koedukácia s aspoň minimálnym rozdelením bývania mužov a žien. Kooyman (2004) zmiňuje, že klient terapeutickej komunity je aktívnym účastníkom svojej vlastnej liečby a že základným prvkom terapie je skupinový proces. Skupina je v terapeutickej komunite „zrkadlom“, a klient dostáva od ostatných členov spätné väzby. Keď sa klient rozhodne pre zmenu správania, môže si to v skupine vyskúšať a v tomto „zrkadle skupiny“ pozná, či je to zmena k lepšiemu alebo k horšiemu. Ako píše Kooyman (2004) členovia TK a tím TK fungujú ako facilitátori, zdôrazňujú osobnú zodpovednosť za vlastný život a jeho zlepšenie. Tlak skupiny je katalyzátorom, ktorý skrz kritiku a osobný náhľad vyvoláva pozitívnu zmenu.

### **1.5.3 Prostredie**

V Českej republike je väčšina komunít situovaná do bývalých hospodárskych usadlostí či rodinných domov. Budova musí byť dostatočne veľká, aby ponúkla priestor pre intimitu jednotlivca, ale zároveň nie príliš veľká, aby sa členovia stretávali a žili spolu (Sobotka, 2007). Najčastejším riešením sú 2, 3 až 4 členné izby, pričom muži a ženy sú oddelení po jednotlivých poschodiach. Klienti zdieľajú dva hlavné spoločenské priestory. Terapeutickú miestnosť a jedáleň. Spoločné stolovanie, tak ako klientov, tak aj pracovníkov TK je významným prvkom. Ako ďalej píše Sobotka, situácia pri jedle je významným rituálom. Klienti tu zdieľajú s pracovníkmi veľmi neformálnu situáciu – jedlo, príjem potravy a rituály s tým spojené, čo sú intímne, dôverné záležitosti.

### **1.5.4 Rituály**

Ďalšou významnou súčasťou spirituality sú aj rituály. Sú to práve terapeutické komunity, ktoré vytvárajú, prechovávajú a udržujú rituály v pôvodnom slova zmysle. Rituály nasadajú

na potrebu daného spoločenstva hľadať seba prekračujúci rozmer a dávať mu výraz a symbolický význam v hlbokom prepojení s identitou komunity (Kalina, 2008). V terapeutických komunitách sa stretáme s rituálmi vstupnými, prechodovými, kedy člen komunity prechádza z jednej fázy do fázy ďalšej, či ukončovacimi rituálmi. Kalina dodáva, že celý pobyt klienta v TK sa dá symbolicky chápať ako veľký rituál prechodu. Čtrnásť (2007) popisuje, že ak má byť u klienta dosiahnutá trvalá zmena životného štýlu a zvýšenie jeho osobnej spokojnosti, nie je to možné bez uspokojenia spirituálnych potrieb. Autorka ďalej uvádza, že jedným z mnoho spôsobov ako sa dotknúť transcendentálna je práve skrz rituály.

Ide o to, že ak nahliadame na závislosť ako komplexný fenomén, prestupujúci do oblastí bio-psycho-sociálno-spirituálnych, rituály hrajú významnú rolu práve pri sýtení potrieb spirituálnych. Rituály majú dvojakú funkciu, jednak svojím posvätným a slávnostným charakterom dávajú udalostiam hlbší zmysel a jednak ponúkajú pocit bezpečia tým, že sú rutinné, stále a opakujúce sa. Rituály spravidla prebiehajú v spoločenstve ľudí a tak plnia aj funkciu tmeliacu (Čtrnásť, 2007). Častokrát majú v sebe silný emocionálny náboj a aj preto zostávajú klientom silno v pamäti. Každá komunita má svoje symboly, heslá, vlajku, svoju pieseň a ďalšie. (Kratochvíl, 1979).

### **1.5.5 Hierarchia a štruktúrovaný program**

Ďalším dôležitým prvkom fungovania TK je hierarchia. Fungovanie v komunite je postavené na fázach, ktorými klienti prechádzajú. Väčšinou je liečba štruktúrovaná do 4 fáz, ktoré majú svoje pravidlá a klienti v každej fáze iné práva a povinnosti. Jednotlivé fázy sa líšia práve mierou zodpovednosti, ktorú klienti majú. O prestup do vyššej fázy žiada klient komunitu, ktorá o jeho prestupe hlasuje. Následne, pokiaľ je mu prestup odhlasovaný, nasleduje slávnostný rituál (Adameček & Radimecký, 2015). Tento posun v rámci hierarchie smerom navrch je analogický k procesu zrenia v primárnej rodine. U závislých predpokladáme, že v primárnej rodine neboli dostatočne uspokojené ich prirodzené vývojové potreby a tak, vďaka tomuto procesu, je možné, aby mal závislý nevyhnutné podmienky k „dodatočnému“ vývoju (Kuda, 2007). V čom sú komunity špecifické, je práve posledná, tretia fáza. Tu sú klienti uvoľňovaní z programu, dochádzajú do práce, zariaďujú si následný doliečovací program a komunitu využívajú už viac menej len ako nočný stacionár (Adameček & Radimecký, 2015).

Život v komunite sa riadi podľa určitých pravidiel, ktoré zahŕňajú štruktúrovaný denný program, povinnosti klienta a požiadavky, ktoré sú naňho kladené, sankcie za nedodržanie pravidiel a odmeny za ich dodržiavanie (Adameček & Radimecký, 2015). Autori ďalej píše, že takýto rád nie je samoúčelný, ale predstavuje vonkajšiu štruktúru, ktorú si postupne klienti zvnútorňujú. Vysoko štruktúrovaný program umožňuje klientom, mimo iné, dostať sa bližšie do kontaktu so svojimi emóciami a nájsť skrze nich zdroj k osobnostnému rastu. Preston a Malinowski (2002) konštatujú, že pre niektorých klientov je to silný a uzdravujúci zážitok, pre iných to môže byť až príliš.

### **1.5.6 Otvorenosť**

Otvorenosť v komunikácii je veľmi dôležitá. Otvorenosť ale musí byť obojsmerná, medzi všetkými členmi komunity – klientami aj personálom. Je to však len prvý krok, Richterová Ľemínová (2007a) píše, že otvorenosť nám otvára ďalšie dvere – radosť, bolesť, vinu, zúfalstvo, samotu, smrť – celú radu existenciálnych tém, s ktorými sa bojíme inak stretnúť. Otvorenosť je základná podmienka k tomu, aby sme našli alebo aspoň trochu nahliadli na zmysel našej existencie. Rovnako aj Kooyman (2004) prikladá veľkú dôležitosť otvorenosti. Píše, že pokiaľ člen komunity nemá žiadne tajomstvá pred ostatnými členmi, môže s nimi zdieľať svoje myšlienky a zrkadliť sa v ich očiach. Dodáva, že úprimnosť je komunitou cenená, avšak pokiaľ člen komunity vie o svojom klamstve, alebo o klamstve niekoho iného, považuje sa to za veľmi negatívny jav, pretože ten, kto nie je úprimný, nie je ani slobodný. Takýto človek v sebe hromadí pocity viny, čo môže v živote mimo TK ľahko viesť k navráteniu sa k drogám.

### **1.5.7 Tím terapeutickkej komunity**

Tím terapeutickkej komunity je multidisciplinárny, čo prispieva k variabilite prístupov, názorov, pracovnej orientácii a pod. Rôzni pracovníci majú rôzne psychoterapeutické výcviky, poprípade iné vzdelanie v odboroch sociálnej práce, špeciálnej pedagogiky alebo adiktológie (Adameček & Radimecký, 2015). Dôležitým predpokladom pre prácu v komunite sú aj osobnostné dispozície človeka. Prínosom sú vlastnosti ako istota, dôvera, sebadôvera, humor, tvorivosť a schopnosť priznať chybu. Zaujímavou pozíciou je aj pozícia ex-usera v tíme TK. Ide o bývalého užívateľa, ktorý absolvoval liečbu, abstinuje, má spracovanú svoju minulosť, môže ju ponúknuť k terapeutickej práci s klientami a prispieť tak k tímu komunity (Adameček et al., 2003). Mimo to, že tím terapeutickkej komunity tvoria

pracovníci rôzneho vzdelania, veku a špecializácie, každý klient má prideleného jedného z pracovníkov ako svojho garanta. Garant sa venuje klientovi pri jeho príchode do komunity, pomáha mu so stanovovaním optimálnych cieľov a držania sa týchto cieľov, môže mať na starosti aj rodinné terapie klienta, referuje o ňom na poradách tímu, atď. Garant je sprievodcom klienta počas celého pobytu v TK, a v niektorých komunitách s intenzívnejším pôsobením garanta zahŕňa aj komplexnejšie individuálne poradenstvo na pomedzí psychoterapie (Nevšímal, 2007).

## **1.6 Účinné faktory terapeutických komunit**

Ako sme už zmieňovali, na terapeutickú komunitu môžeme nahliadať jednak ako na jeden zo systémov v liečbe závislosti, ale aj ako na metódu, ktorá je sama o sebe liečivá (Kalina, 2008). Terapeutický faktor je prvok (udalosť, mechanizmus, činnosť) v psychoterapii, ktorý umožňuje klientove zlepšenie a je spôsobený osobou v terapii prítomnou. Účinné faktory platia ako pre psychoterapiu individuálnu, tak pre psychoterapiu skupinovú. V terapeutických komunitách je o to viac kladený dôraz na skupinovú psychoterapiu, keďže samotná forma komunity, ako ľudí spolunažívajúcich, prináša každý deň silnú dynamiku (Jániš, 2010).

Čo sa týka účinných faktorov terapeutických komunit, ich pojmánie a kladenie dôrazu na konkrétne aspekty sa môže líšiť medzi jednotlivými teoretickými východiskami, avšak aj cez tieto rozdiely majú terapeutické komunity spoločné rozpoznateľné jadro účinných faktorov, a zdieľajú určité základné charakteristiky, ktoré môžeme považovať za „liečivé“ elementy (Kalina, 2008). Pozrieme sa bližšie na jednotlivé účinné faktory terapeutických komunit.

### **1.6.1 Pozitívne očakávanie**

Pozitívne očakávanie vývoja liečby klienta je veľmi silným faktorom pri úspešnosti liečby a patrí k základným predpokladom psychoterapeutickej liečby (Kalina, 2008). Najmä na začiatku, pri príchode do terapeutickéj komunity, môžu byť očakávania klientov rôzne, pričom veľkú rolu hrá aj predliečebná príprava. Mnoho klientov TK, pred samotným vstupom do TK využíva poradenstvo alebo ambulantné služby. Očakávania klientov sú naozaj rôzne, môže sa jednať ako o vnútornú motiváciu klienta nájsť východisko zo svojej situácie, vzdialiť sa problémom, ale môže to byť aj „útek“ od úradov a povinností, ktoré by inak klient musel riešiť. Nech už ide o akúkoľvek z týchto motivácií alebo ich kombináciu,

faktom je, že liečba v terapeutickej komunite pre klientov znamená nemalé náklady času, peňazí, energie. Je s ňou spojená dlhá doba v cudzom prostredí so skupinou spočiatku cudzích ľudí. Toto všetko by klienti nepodstupovali, pokiaľ by aspoň v nejakej miere neverili, že im liečba pomôže (Kalina, 2008).

Yalom (2021) dokonca stavia dodávanie nádeje na prvé miesto v jeho zozname účinných faktorov skupinovej psychoterapie. Tvrdí, že viera a nádej sú nielen základom odhodlania zotrvať v liečbe, ale že viera v spôsob liečby je sama o sebe veľmi účinná. Deje sa tak jednak skrz pocit spolupatričnosti klienta ku skupine a aj vďaka tomu, že klient má možnosť sledovať vývoj ostatných členov. Preto by terapeut nikdy nemal opomenúť vyzdvihnutie úspechov ostatných členov komunity (Yalom, 2021). Veľkým motivačným faktorom môžu byť napríklad výročné komunity, kde sa stretnú členovia komunity s bývalými členmi, a tým môžu vidieť, že zmena je možná, čo podporuje ich odhodlanie zapojiť sa do procesu zmeny a pracovať na sebe.

### **1.6.2 Terapeutický vzťah**

Ďalším dôležitým faktorom pre zmenu je terapeutický vzťah. Terapeutický vzťah má mnoho rozmerov. Jednak prináša do psychoterapie obsah, to znamená zaoberanie sa vecami ako sú prenos a protiprenos, zaoberá sa vzťahom ako takým a prekážkami v ňom. Ďalej je to významné prostredie zmeny, kde si klient môže vyskúšať nové formy správania. Je to akési mikro-univerzum, malý svet pre klienta, kde mu terapeut ponúka prijatie, podporu, porozumenie. V neposlednom rade predstavuje terapeutický vzťah rámec psychoterapeutického procesu, a teda kontinuitu, spoľahlivosť, bezpečie a hranice (Kalina, 2008). Dobrý terapeutický vzťah poskytuje klientovi atmosféru bezpečného rizika, to znamená, že je to pre klienta miesto, kde si môže dovoliť cítiť, vyjadriť a prežiť to, čo si doteraz nedovolil. Môže si vyskúšať nové formy správania v bezpečnom prostredí, kde neúspech neznamená zlyhanie (Vyskočilová, 2014).

### **1.6.3 Zvyšovanie/rozširovanie vedomia, katarzia a emočné uvoľnenie**

Ďalším dôležitým faktorom pri procese zmeny, s ktorým sa v terapeutickej komunite počíta, je zvyšovanie vedomia. Deje sa tak prirodzene pri individuálnej či skupinovej terapii. Ide o to, že pocity, vzorce správania, zážitky, atď. sú „zvedomované“, pre lepšie a jasnejšie pochopenie dochádza k ich verbalizácii, k zdôrazňovaniu podstatného, ku komentovaniu. Prostredníctvom tohto prekladu častokrát nevedomovaných obsahov do roviny jazyka,

dochádza k lepšiemu pochopeniu emócií, vzorcov správania, atď. Klient tak potom môže lepšie svojim emóciám rozumieť, je schopný ich rozpoznať, spracovať, zvládať a meniť. Silným katalyzátorom týchto procesov je spätná väzba, ktorá je súčasťou ako individuálnej psychoterapie, tak najmä skupinovej psychoterapie v TK. S tým súvisí sebaaprejavanie, katarzia a emočné uvoľnenie, ktoré môžu členovia komunity zažívať (Kalina, 2008). Armaos a Koutrouvidis (2011) píše, že na to, aby bola terapia účinná, je vyjadrenie emócií nielen dovolené, ale veľmi žiaduce a podporované. Skupinová terapia totiž podnecuje k otvorenému sebaaprejavaniu. Klient prejavuje aj najkritickejšie myšlienky, priania a obavy. Takéto seba odhaľovanie v skupine môže vyústiť v katarziu. Platí, že na to, aby klient mohol zo seba uvoľniť pozitívne emócie, musí najprv prijať, prejsť a spracovať negatívne emócie. Pojem katarzia v sebe obsahuje práve tento moment vnútorného obratu, a tým poukazuje k základnej filozofii zmeny v TK (Kalina, 2008).

Výskum z roku 2010, ktorý sa opieral práve o Yalomove terapeutické faktory, ukázal, že pacienti, ktorí sa zúčastňovali skupinovej terapie, radili katarziu na prvé miesto v rebríčku faktorov, ktoré im pomohli (Ahmed et al., 2010).

Dôležitý nástroj, ktorý pomáha k sebareflexii je denník, ktorý si klienti TK častokrát píše. Denník môže slúžiť k mapovaniu svojich emócií, nálad, chutí, k monitorovaniu vytýčených cieľov alebo hodnoteniu svojho fungovania v komunite. Na záver dňa, večer, dostanú terapeuti denníky k nahliadnutiu. To im prináša lepší náhľad do skupiny a aj fungovania jednotlivcov, keďže sa tam častokrát dozvedia veci, ktoré klienti napríklad nezdieľali počas dňa s celou skupinou. Terapeuti píše klientom do denníkov drobné reflexie, ktoré zas môžu byť povzbudením, radami alebo upokojením pre klientov, pričom sa snažia povzbudzovať klientov k zdieľaniu so skupinou (Nevšímal, 2008).

#### **1.6.4 Tvarovanie správania, nácvik nového správania**

Tvarovanie správania a nácvik nového správania je základnou zložkou pri liečbe v terapeutickej komunite. Od samého začiatku liečby sú klienti uvedení do štruktúrovaného programu, popretkávaného pravidlami a zodpovednosťou, ktorú so sebou prinášajú nové roly. Klient si môže nové správanie v skupine skúšať, získava spätnú väzbu a tým sa zahajuje adaptívna špirála, ktorá sa začína vnútri skupiny a potom sa rozširuje aj mimo ňu. Klient takto začína meniť maladaptívne formy správania za prijateľnejšie a uspokojivejšie (Kalina, 2008).

Tvarovanie správania sa deje aj prostredníctvom integrácie člena do komunity, pričom jeho pokroky sú hodnotené v rámci komunity a vzhľadom na jej očakávania. Napätie medzi jednotlivcom a komunitou, ktoré tu vzniká, sa využíva v prospech jedinca a zmena, ktorú to prinesie sa využíva ďalej, pre ešte lepšiu integráciu člena do spoločnosti (Kooyman, 2004).

### **1.6.5 Členstvo, súdržnosť a vzájomná podpora**

Yalom (2021) sa vyjadruje ku skupinovej súdržnosti a popisuje faktor univerzalitu, čo znamená, že človek v skupine zažije pocit, že jeho pocity, problémy a strasti nie sú nijak zvláštne a výlučne jeho, ale potýkajú sa s nimi aj ďalší členovia skupiny. Toto poznanie môže klientovi pomôcť zdieľať pocity, myšlienky, vnútorné problémy, ktoré sú ťaživé a neprijemné (Kalina, 2008). S tým súvisí ďalší faktor, a tým je kohézia. Pocit, že jedinec do skupiny patrí, je akceptovaný skupinou a skupina mu rozumie (Hauber et al., 2019). Vo výsledkoch už vyššie zmeneného výskumu z roku 2010, prišli autori na to, že skupina pacientov, ktorí sa zúčastňovali skupinovej terapie, zaradili skupinovú súdržnosť na druhé miesto, hneď po katarzii, v rebríčku terapeutických faktorov, ktoré im pomohli pri liečbe zo závislosti (Ahmed et al., 2010). Autori ďalej zmieňujú celkové lepšie výsledky u pacientov, ktorí sa zúčastňovali skupinovej terapie.

Skupina rovnako funguje aj ako katalyzátor, ktorý skrz konštruktívnu kritiku a osobný náhľad vyvoláva pozitívnu zmenu, pričom učenie sa na základe prežitkov zlyhaní, úspechov a všeobecne následkov správania sa považuje za najsilnejšie faktory vedúce ku zmene (Kooyman, 2004). Od klientov, ktorí sú vo vyššej fáze sa očakáva, že budú pozitívnymi vzormi pre služobne mladších klientov, čo je veľmi dôležitý prvok sociálneho učenia v TK. Klient vo vyššej fáze by mal byť schopný do skupiny už viac prispievať a byť vzorom pre klientov v nižšej fáze (Kuda, 2007).

### **1.6.6 Existenciálne faktory**

Špeciálnou skupinou účinných faktorov sú podľa Yaloma tzv. existenciálne faktory (Kalina, 2008). Jedná sa o to, že človek si uvedomuje kladné aj záporné stránky života, prijíma ho s radosťami aj starosťami ktoré prináša a je si vedomý svojej zodpovednosti za svoj život a naloženie s ním (Hauber et al., 2019). Podľa Yaloma sa existenciálne faktory týkajú niekoľkých tém akými sú: zodpovednosť, základné osamotenie, uvedomenie si smrteľnosti a zmierenie sa s tým, dodávanie nádeje, altruizmus, katarzia spojená s vnútornou premenou

a ďalšie (Kalina, 2008). Existenciálne faktory hrajú dôležitú rolu pri liečbe závislosti, avšak sú často neuvedomované a sú skôr reflektované vo vzťahoch k druhým (Ahmed et al., 2010).



## 2 SPIRITUALITA

V našej práci sa venujeme využitiu spirituality a prvkom, ktoré spiritualitu sýtia pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách. Preto na úvod druhej kapitoly definujeme spiritualitu, ako ju chápu rôzni autori, a popíšeme spôsoby, akými sa odzrkadľuje v bio-psycho-sociálno-spirituálnom pohľade na človeka. Ďalej popíšeme, ako môže spiritualita a práca s témami, ktoré sa spirituality dotýkajú, pomôcť v liečbe závislosti. Na záver predstavíme radu výskumov venujúcich sa využitiu spirituality pri liečbe závislosti.

Riesel (2017) definuje spiritualitu ako duchovnú, mimo zmyslovú, mimo skúsenostnú oblasť ľudskej existencie, najčastejšie zjednodušene skonkretizovanú ako zakotvenie človeka v bytí. Spiritualitu chápe ako súčasť podstaty človeka. Doležalová (2005, citované v Riesel, 2017) tvrdí, že so svojou spiritualitou máme byť v kontakte aj preto, pretože má individuálny a osobný aspekt, pozitívne rozvíja osobnosť a môže to byť cesta k osobným životným hodnotám, múdrosti a zmyslu života. Carvajal Posada (2004, citované v Kalina, 2008) dáva spiritualitu do súvislosti s formovaním charakteru človeka, ktorý prijíma drogovú závislosť ako „znamenie“ a „poučenie“, ktoré umožňuje rozpoznať cestu od závislosti k nezávislosti, seba prijatiu, seba riadeniu a slobode. Pre toto je dôležitý moment pokory, kedy klient prijme predstavu akéhosi vyššieho rádu, vyššej sily, ktorej je možné sa odovzdať, keď má pocit, že svojimi silami svoju situáciu už nezvládne (Adameček et al., 2003).

### 2.1 Bio-psycho-sociálno-spirituálny model závislosti

Príčiny vzniku a rozvoja drogovej závislosti sú veľmi rôznorodé a zahŕňajú spravidla kombináciu faktorov a vplyvov biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych (Čtrnáctá, 2007). Na závislosť sa teda pozeráme ako na fenomén prestupujúci do všetkých rovín nášho bytia.

Od narodenia hľadáme cestu od závislosti k nezávislosti. Toto napätie, tieto protiklady, dodávajú nášmu životu hnaciu silu, a sú súčasťou nášho vývoja. Keď sa však stane nezávislosť životným cieľom, človek sa môže prebojovať k tejto vysnenej nezávislosti až k závislosti, napríklad na návykových látkach (Kudrle, 2008). Ďalej Kudrle uvádza príklady hlbších ľudských motívov a potrieb, ktoré korešpondujú s typmi návykových látok,

umocňujúcimi tieto prežitky. Sú nimi opioidy – látky tlmiace bolesť, ktoré uspokojujú potrebu vyhnúť sa bolesti, zmierniť ju či tmiť. Patrí sem aj bolesť z nudy, z odlišnosti od druhých, z nízkeho sebahodnotenia. Ďalšou skupinou látok sú psychostimulancia – látky prinášajúce slasť a eufóriu. Tieto látky naplňajú prirodzenú potrebu cítiť sa energicky, výkonne, kompetentne, bezproblémovo. Pomáhajú nám zbaviť sa vnútorných zábran a cítiť eufóriu. Poslednou skupinou sú psychedelická – látky zjavujúce niečo z najhlbších častí ľudskej psychiky. Tieto látky nám pomáhajú naplniť potreby duchovné, spirituálne. Potrebu zážitku naplnenia, sebe presahu, splynutia a jednoty so sebou samými, s druhými a s Bohom. Podľa Frouzovej (2003) umožňujú niektoré psychoaktívne látky zvláštne poznanie, skrz ktoré môže jedinec vnímať sám seba a hľadať zmysel svojho života.

Takto stručne by sa dali popísať korene závislosti, čo sa týka jednotlivých typov látok a ich hlavného účinku. Preto, ak má byť liečba úspešná, je dôležité vždy brať na zreteľ tieto základné premisy a „prirodzené“ zákonitosti závislosti, vnímať závislosť v celej jej šírke a reflektovať toto komplexné pojmie závislosti (Čtrnáctá, 2007).

V našej práci sa budeme bližšie zaoberať rovinou spirituálnou, ale na úvod popíšeme každú z vyššie zmienených rovín. Biologická rovina a biologický predpoklad k vzniku závislosti môžeme badať napríklad pri nadužívaní liekov tlmiacich bolesť, pri užívaní amfetamínov pri „liečbe“ obezity a pod. (Kudrle, 2008). Vyplýva to z prirodzenej ľudskej potreby cítiť sa dobre a vyzerat' dobre. K vybudovaniu závislosti potom prispieva biológia mozgu. Pri závislosti sa totiž aktivujú mimo iné časti mozgu, ktoré sa podieľajú na vytváraní príjemných pocitov odmeňovania a človek tak má potrebu tieto aktivity opakovať, aby opäť pocítil tieto príjemné pocity (Masiak, 2013). Psychologický predpoklad spočíva v neuspokojovaní základných potrieb, v nedostatku iných záujmov, v prežívaní pocitu nudy, v nízkom sebahodnotení, vo zvedavosti po mimoriadnych prežitkoch. K sociálnym predpokladom patrí napríklad sociálne vylúčenie, vyčlenenie z komunity a túžba patriť do nejakej skupiny, rasová odlišnosť a pod. Spirituálny predpoklad je sytený pocitmi absencie zmyslu života či duchovných hodnôt. Rovnako nevyváženým zameraním sa na materiálne potreby a následným rozčarovaním sa nad ich pomínutelnosťou (Kudrle, 2008). Nerozvíjanou introspekciou, nenaslúchaním svojmu vnútornému Ja (Masiak, 2013), absenciou posvätných rituálov, typu iniciačných a prechodových (Kudrle, 2008).

Spirituálne predpoklady sú reflektované v liečebných systémoch, ktoré sú napríklad založené na tradícii „Anonymných alkoholikov“ alebo čerpajú z týchto programov „Program 12 krokov a 12 tradícií“. Ďalej sú to programy, ktoré vychádzajú z jungiánskych

tradícií alebo z transpersonálnej psychológie, prípadne programy založené na kresťanskej báze, ako napríklad „Teen Challenge“. So spirituálnou dimenziou ale počítajú aj ďalšie liečebné systémy, ktoré sa zameriavajú na zmysel života klienta, na aspekty viery, ľudskej spolupatričnosti, pokory a rešpektu k tomu, čo presahuje naše individuálne Ja (Kudrle, 2008).

## 2.2 Duchovné potreby

Pojem duchové potreby, a teda duchovno, sa často viaže ku konceptom akými sú morálne hodnoty, nemateriálny svet, transcendentálne, ale aj emócie, identita človeka, jeho integrita, vnútorné prežívanie a vzájomná závislosť – teda prepojenie s druhými. Závislý má častokrát práve tieto potreby nenaplnené, alebo, naopak, už „zničené“, poznamenané tým, čím si prešiel. Identita sa formuje najmä v adolescencii, kedy mnoho ľudí s užívaním drogy začne. Neskôr v dospelosti sú ohrození závislosťou najmä jedinci, ktorí nemajú dostatočne rozvinutú schopnosť vnímať seba samých a to, že niekam patria. Závislosť sa potom častokrát môže rozvinúť v etapách života, kedy ich stretnú krízové situácie, akými sú strata roly alebo vzťahu, skrz ktoré sa definovali (Peteet, 1993). Závislí častokrát vidia svoju identitu už len ako človeka závislého na drogách, pričom pri liečbe prichádzajú aj o túto identitu, a preto je dôležité pracovať na utváraní a formovaní novej, zdravej identity. Integrita závislého je tiež často narušená, napríklad pre zlyhania, ktoré sa opakovali, pre sľuby, ktoré sebe ani iným nesplnil, alebo napríklad pre množstvo nezdarov v predošlých liečbach. Čo sa týka vnútorného prežívania, má závislý človek častokrát problém svoje emócie rozpoznať, pomenovať ich a pracovať s nimi. Preto je dobré klientovi pripomenúť, že má nárok si pocity priznať a prežiť. A nakoniec vzájomnosť, tá je rovnako veľmi dôležitá pre seba odpustenie a zdarné uzdravenie sa.

Riesel (2017) zas tvrdí, že hlavnou duchovnou potrebou je viera a vedomie, že ľudský život má zmysel. Ten ale podľa neho nie je zameraný na konkrétny cieľ či budúcnosť, preto nemôže byť úplne vyjadrený konečným pojmom. Je to hodnota inštrumentálna, je to cesta. Významná je aj potreba sebaúcty. Ak nemá človek rád sám seba, necíti sa dobre v tomto svete. Posilňovať pozitívny vzťah k ľuďom a tým posilňovať sebaúctu môže starostlivosť o zvieratá a láska k nim. Aj v tom vidíme veľké plus v liečbe v terapeutickej komunite. Častokrát je totiž ku komunite pridružené hospodárstvo a klienti sa o chod hospodárstva a o zvieratá každodenne starajú. Kuda (2007) píše, že klienti nielenže sa starajú o hospodárstvo pridružené k TK, ale zabezpečujú si svojpomocne celý chod

komunity. Každý klient zastáva určitý čas konkrétnu funkciu, akou je napríklad šéf domu, šéf kuchyne a iné, názvy funkcií sa v jednotlivých komunitách môžu od seba líšiť. To, že si klienti sami zabezpečujú celý chod komunity, podporuje v nich pocit sebaúčinnosti a tým sa môže zvyšovať aj ich sebaúcta.

Medzi spirituálne potreby patrí aj zbavovanie sa pocitu samoty, márnosti a odcudzenia. Dôležitá je potreba priateľstva a lásky vo všeobecnom slova zmysle. Človek má potrebu náruče, ktorá poskytuje empatiu, súcit, blízkosť a solidaritu. V súvislosti s touto bazálnou ľudskou potrebou nám napadla metafora v knižke od Gabora Matého, lekára venujúceho sa dlhé roky závislým žijúcim v tej najnehostinnejšej štvrti Downtown Eastside vo Vancouveri. Vo svojej knihe „V ríši hladových duchů“ opisuje jedna jeho dvadsať sedem ročná pacientka podstatu opiátového raušu. Povedala, že keď si po prvýkrát šľahla heroín, bolo to ako teplé, nežné objatie. Touto vetou zhrnula celý svoj životný príbeh a zároveň aj psychické a chemické nutkanie všetkých závislých na návykových látkach (Maté, 2020). S týmto popisom sa môžeme bežne stretávať pri užívateľoch tvrdých drog.

Medzi ďalšie spirituálne potreby radí Riesel (2017) aj spravodlivosť, ideály, zbavovanie sa viny, či už metafyzickej alebo reálnej, a zmierenie s konečnosťou života. Kudrle (2003) tvrdí, že potrebou spirituality je dôležité zaoberať sa aj preto, že mnohí závislí, hľadali pôvodne v drogách naplnenie tejto potreby. Či už vezmeme do úvahy tanečné drogy a ich užívateľov s túžbou zažiť skupinovú transcendenciu alebo osamelých užívateľov napríklad heroínu, snažiacich sa o mimoriadne prežitky v osamelosti. Problémom však je, že táto cesta hľadania spirituality nevedie ku vnútornej slobode, ale, naopak, k väzbe na drogu a tým k pravému opaku – k neslobode.

### **2.3 Využitie spirituality pri liečbe závislosti**

V dnešnej dobe získava oblasť spirituality, ako súčasť bio-psycho-sociálno-spirituálneho pohľadu na človeka na popularite. Pri liečbe závislosti je v súvislosti so spiritualitou dôraz kladený na podporu zmysluplnosti života pri uzdravení zo závislosti (Kalina, 2015a). Adameček et al. (2003) píše, že čo sa týka duchovného rozmeru pri liečbe, je prínosom, keď dôjde k znútorneniu určitej formy pokory a etických noriem a keď klient prijme predstavu akéhosi vyššieho princípu, vyššej sily, ktorej je možno sa odovzdať, keď má pocit, že na zvládanie svojich ťažkých životných situácií už nestačí sám. Ďalej je spiritualita veľmi dôležitým prvkom, ktorý pomáha utvárať a formovať charakter a pomáha obnoviť pocit vlastnej hodnoty a vedomia zmyslu života pri praktickom jednaní (Kalina, 2013).

Ako píše Riesel (2017), zaoberať sa spirituálnou, duchovnou oblasťou pacientovho života postihnutého závislosťou, môže byť významnou pomocou pre jeho uzdravenie. Spirituálny rozmer rozširuje, dopĺňa a obohacuje náš pohľad na problematiku závislostí, a neodmysliteľne k nej patrí, pretože závislosť postihuje človeka nielen psychosomaticky a sociálne ale aj duchovne, čo môže viesť k zmenám jeho identity.

Existenciálny rozmer a teda aj rozmer spirituálny pri liečbe závislosti veľmi výstižne popisuje Richterová Těmínová (2007b). Pri pohľade na liečbu závislosti práve skrz spirituálny rozmer, stanovuje autorka tieto čiastočné ciele:

1. Prispieť k nájdeniu a prijatiu zmyslu vlastného života – prijatie toho, že náš život má zmysel, prinesie aj opodstatnenie našej existencie. To zas vedie k väčšej akceptácii seba a k napĺňaniu čiastkových cieľov, ktoré objavíme.

2. Prispieť k nájdeniu svojej vlastnej slobody a zodpovednosti – prispieť k nájdeniu slobody od neslobody, ktorú klientovi priniesli drogy. Naučiť sa, že abstinencia je prvým krokom k dosiahnutiu tejto slobody. Abstinencia ju priamo negarantuje, ale je veľkým krokom k slobode.

3. Prispieť k poznaniu a prijatiu seba samého, svojich možností a limitov – poznanie a prijatie seba samých jednak oslobodzuje a jednak je základným kameňom pri budovaní nášho vlastného života. Čím lepšie sa poznáme aj so svojimi kladnými aj zápornými stránkami, tým náš život stavíme na pevnejšej pôde.

4. Prispieť k osobnému rastu, vývoju a viere v seba samého – pomôcť klientom odhaliť, kde vo vývoji „zastali“, a skrz napĺňanie malých cieľov ich privádzať k tomu, že aj oni môžu rásť, rozvíjať sa a skrz tento rast získavať aj väčšiu dôveru v seba samých.

5. Prispieť k nájdeniu svojho miesta v bežnom ľudskom spoločenstve – ide jednak o to pomôcť klientovi stať sa členom bežnej spoločnosti, pretože častokrát doposiaľ bol vždy nejakým spôsobom vydedencom spoločnosti. Ide však aj o to ponúknuť mu bezpečie a prijať ho takého, aký je – to môže mimo iné zažiť skrz prijatie komunitou. Dôležitá je aj následná práca s rodinou klienta, pre jeho lepšie začlenenie späť do bežného života.

6. Prispieť k pozitívnemu a tvorivému prístupu k životu – viera, že klient má potenciál pozitívneho rastu a zmeny, zároveň v súlade a zachovaní jeho jedinečnosti. Snažiť sa poukázať na pestrosť života, pretože klienti majú častokrát strach z konformity a všednosti bežného života.

7. Prispieť k spokojnému a radostnému životu – klient by nemal zmenu a abstinenciu vnímať ako trest. Cieľom je naučiť klienta radosti z bežného života, pretože skrz spokojnosť a radosť človek rastie vpred. K tomu však bezpochyby patrí prijatie pokory, že veľké zmeny sa nedejú hneď. Naučiť sa byť trpezlivý je kľúčom k spokojnosti.

8. Prispieť k získaniu a rozšíreniu znalostí a schopností ako individuálne ciele dosiahnuť – v neposlednom rade je dôležité v terapeutickej komunite naučiť klienta ako vyššie zmenené ciele dosiahnuť. Nielen naučiť ho rozpoznať ich, ale vybaviť ho aj takými zručnosťami, akými ich dosiahne.

Podobne ako Richterová Ľemínová, popisujú spiritualitu Martsolf a Mickley (1998). Rovnako pristupujú k spiritualite ako k širšiemu fenoménu, zasahujúcemu do „bežných“ oblastí ľudského života. Za kľúčové prvky spirituality považujú zmysluplnosť a teda dôležitosť života, zmysel životných situácií a schopnosť odvodit' si ich účel. Ďalej sú to hodnoty a hodnotové meradlo, transcendentálne v zmysle skúseností s dimenziou, ktorá presahuje človeka. V neposlednom rade sa spiritualita spája so vzťahmi človeka, či už v zmysle vzťahu k sebe samému a teda schopnosti poznať sa v pravom svetle a následne sa rozvíjať a rásť, alebo sú to vzťahy s druhými, s Bohom a vzťahy k svojmu okoliu celkovo. Ako veľmi zaujímavé sa ukázalo, keď Nešpor a Csémy (2006) hovorili s abstinujúcimi bývalými pacientami o spiritualite práve v tomto širšom pojatí. Ukázalo sa totiž, že v zmysle spirituality v tomto širšom pojatí, v tejto skrytej a nenápadnej podobe, pacienti často referujú o spirituálnych zážitkoch. Pacienti spomínali napríklad zážitky spojené s pocitom hlbokého kl'udu pri návšteve kostola, jeden z pacientov popisoval, že spiritualita je obsiahnutá aj v psychoterapii, ďalší popisoval, že zažíval duchovné zážitky a čerpal silu skrz pobyt v prírode, iný prejavoval vd'ačnosť nad rámec svojho úsilia.

Puchalski (2001) sa síce vyjadruje k spiritualite a jej užitočnosti v liečbe pacientov s rôznymi inými zdravotnými problémami, napríklad pacientov s rakovinou, avšak prínos jej práce a jej nahliadania na spiritualitu si môžeme previesť aj do kontextu liečby závislosti. Autorka zdôrazňuje dôležitosť viery pri liečbe. Viery, že chorobu môžeme zvládnuť a máme tak nádej na vyliečenie. Ďalej popisuje dôležitosť zaoberať sa pacientovou spiritualitou pokiaľ je pre pacienta dôležitá a čerpá z nej silu. Popisuje, že je dôležité byť vnímavý voči spirituálnym potrebám pacienta, pokiaľ má potrebu s touto rovinou pracovať a javí sa, že je pre pacienta zdrojom sily. Autorka dokonca odporúča, že tam, kde by to mohlo byť prínosom, je vhodné pracovať aj s duchovnými ako s členmi interdisciplinárneho tímu.

Zdôrazňuje ale, že je dôležité brať ohľad na pacientovu preferenciu týmto témam sa venovať a v žiadnom prípade pacientovi vieru nevnucovať.

### **2.3.1 Výskumy zamerané na spiritualitu v liečbe závislosti**

Môžeme nájsť mnoho dôkazov, ktoré podporujú význam spirituality ako protektívneho alebo nárazníkového faktoru v prevencii rozvoja závislosti a v udržaní životného štýlu po liečbe založeného na abstinencii (Benda & McGovern, 2006).

V roku 2012 bol realizovaný ročný výskum, ktorého cieľom bolo zistiť úroveň spirituálnej pohody, nádeje a životnej zmyslupnosti u závislých, na ktorých bolo zaznamenané zlepšenie klinického stavu počas liečby. Výsledky ukázali, že vyššia miera spirituálnej pohody kladne korelovala s vyššou mierou úspešnosti odvykacej liečby. Ďalej výsledky ukázali, že väčšina pacientov má v sebe počas hospitalizácie spirituálne potreby, ako napr. potrebu prehodnotiť svoj život, mať nádej, vidieť zmysel v utrpení, nájsť pokoj, ako aj zmysel a účel života, potrebu odpustiť sebe alebo druhým a ďalšie. Keď sa autori snažili overiť hypotézu predpokladu, že u závislých sa bude vyskytovať nižšia miera spirituálnej pohody, životnej zmyslupnosti a nádeje, hypotéza sa potvrdila (Ďanovský, 2016). Napríklad ľudia závislí na alkohole mávajú často negatívne skúsenosti s náboženstvom a Boha vnímajú skôr ako trestajúcu než milujúcu a odpúšťajúcu bytosť. Životná zmyslupnosť a spirituálna pohoda bola u pacientov závislých na alkohole rovnako nízka ako pri pacientoch s depresiou. Užívanie alkoholu a drog dokonca považujú niektorí pacienti za formu samoliečby nedostatočnej životnej zmyslupnosti. Zaujímavosťou je aj vnímanie Boha ako trestajúceho skôr ako milujúceho a odpúšťajúceho (Farský et al., 2012). Vo výskume boli pacienti rozdelení na tých, ktorí sú závislí na alkohole, ďalej patologickí hráči a ľudia závislí na drogách. Zistené výsledky však nepoukázali na štatisticky významné rozdiely medzi skupinami. Potvrdilo sa, že medzi rôznymi skupinami závislých existujú len malé rozdiely v miere spirituálnej pohody, nádeje a zmyslupnosti. Čo je však pozitívne, je zistenie, že ľudia s vyššou mierou spirituálnej pohody vykazujú vyššiu úspešnosť liečby (Ďanovský, 2016).

Ďalšia vec, ktorá však môže zohrať v realite veľkú rolu je komorbidity. Častokrát totiž pacienti neužívajú len jednu látku, ako kombinujú ich. Rovnako nie malé percento ľudí trpiacich závislosťou trpí aj ďalšími duševnými poruchami, najčastejšie úzkostnými poruchami, afektívnymi poruchami, či poruchami osobnosti (Benkovič et al., 2012). Ako píše Sikora & Novotná (2007) terapia komorbídnej poruchy je pri liečbe závislosti často

prehliadaná a potom je častokrát príčinou relapsu. Preto je potrebné dbať na liečbu komorbídnej poruchy a to nielen počas liečby závislosti, ale aj po dosiahnutí abstinencie.

Nízku mieru spirituálnej pohody, nádeje a zmysluplnosti u závislých uvádzajú aj iné štúdie. Ďalšia štúdia venujúca sa tejto tematike bola prevedená medzi rokmi 2005 a 2006 Heinz et al. (2010). Štúdia sa sústredila nielen na využitie spirituality pri liečbe závislosti, ale obracala svoju pozornosť aj do predchádzajúceho obdobia participantov, a teda do obdobia kedy drogy brali. Štúdia poukázala na vzťah medzi spiritualitou pri liečbe a rovnako aj na vzťahy v období závislosti. Výskumníci usporiadali focus groups, na ktorých sa zúčastnilo celkom 25 účastníkov, pričom vždy diskutovali na nejakú tému. Jednou zo slabín tohto výskumu môže byť fakt, že všetci účastníci sa pokladali za spirituálne založených a väčšina z nich už v detstve praktikovala vieru. Preto by do budúcnosti bolo určite na mieste zrealizovať podobnú štúdiu s rôznorodejšími participantami. Uvádžam niektoré zo zaujímavých zistení: participanty cítili rozpor medzi bráním drog a účasťou na organizovaných udalostiach ako sú omše a pod., niektorí z účastníkov tvrdili, že závislosť úplne nahradila ich spiritualitu. Opisovali to ako spirituálne vákuum a stav beznádeje a utrpenia. Pre niektorých bol Boh alebo iná forma, ku ktorej vzhládali, úplne nahradená látkou, na ktorej boli závislí, popisujú to ako stav, kedy vzhládali už len k droge. Iní boli spirituálne úplne umŕtvení alebo bol ich vzťah s Bohom kompletne zvrátený. Participanty popisovali aj problém s predefinovaním seba samých ako morálnych jedincov, pretože trpeli výčítkami svedomia, pocitmi viny a hanbili sa za svoju minulosť. Niektorí participanty popisovali silnú túžbu po odpustení od druhých a aj od seba samých. Aj napriek tomu, že spiritualita počas aktívneho užívania drog u participantov trpela, nikdy na ňu úplne nezanevrela. Počas liečby sa ich potreba po spiritualite zvýšila. Zaujímavým zistením bolo aj to, že blízkosť smrti a nebezpečenstva zažívaného počas obdobia brania drog u participantov zintenzívnila túžbu po spiritualite. Rovnako nástup do liečby bol u účastníkov sprevádzaný zvýšeným záujmom o spiritualitu a spiritualita bola uvádzaná ako dôležitý faktor, ktorý pomáhal účastníkom zotrvať v liečbe (Heinz et al., 2010).

Ďalším výskumom bol výskum Wiklund (2008). Tá sa zameriava na existenciálne problémy, ktorým čelia závislí. Autorka popisuje, že niektoré ťažkosti pramenia z pocitu nedostatočného zmyslu života. Ďalšou veľkou témou sú vzťahy a izolovanosť. Závislý si častokrát pripadá izolovaný a jediná komunita, ktorej sa postupne stane súčasťou je tá drogová závislých. Ako sme už spomenuli vyššie, potreba blízkosti a vzťahov je úzko prepojená so spiritualitou a jej nenaplnenie so závislosťou. Wiklund tiež zistila, že v dobe liečby ľudia častokrát trpia výčítkami svedomia a silným pocitom viny. Toto môže byť



silným zdrojom pre klienta, ale aj veľkou prekážkou zároveň. V neposlednom rade autorka zdôrazňuje, že v období závislosti drogy ľuďom sprostredkovali pocit identity, aj keď falošný. V dobe liečby o túto identitu prichádzajú, nevedia kým sú a prežívajú teda silnú krízu identity. Otázky vlastnej identity, zmyslupnosť, vzťahy, odpustenie, atď. sú všetko témy súvisiace so spiritualitou.

Pozitívne výsledky vplyvu spirituality pri liečbe závislosti prináša aj Pardini et al. (2000). Výsledky štúdie poukazujú na pozitívnu koreláciu medzi spiritualitou a dobrými copingovými stratégiami, zvýšenou odolnosťou voči stresu, optimistickejšou životnou orientáciou, vnímaním väčšej sociálnej opory a nižšou mierou úzkostnosti. Limitom tejto štúdie môže byť fakt, že všetci participanti sa opäť vnímali ako veriaci. Navzdory tomuto však prináša výskum pozoruhodné výsledky.

## 3 PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMERY VYUŽÍVANÉ V ADIKTOLÓGIÍ

V tejto kapitole stručne popíšeme prístupy rôznych psychoterapeutických smerov k liečbe závislosti a rovnako priblížime ich využitie v liečbe závislosti. Bližšie sa potom budeme venovať smerom, ktoré berú v úvahu spiritualitu, resp. ktoré najviac so spiritualitou pracujú.

### 3.1 Psychoanalýza a jej prístup k liečbe závislosti

Psychoanalýza a z nej vychádzajúce smery, a všeobecne „ne-behaviorálne“ smery, majú v liečbe závislosti zaujímavé postavenie. Na jednej strane kritizujú povrchnosť a dočasnú účinnosť terapií zameraných na zmenu správania, na druhej strane v praxi do tejto oblasti vstupujú pomerne málo a nevykazujú tak povzbudivé výsledky (Kalina & Miovský, 2008). Avšak ich účinok pri liečbe závislosti nejde opomenúť. Prejavuje sa napríklad v tom, že v dnešnej dobe sa na závislosť pozerá ako na komplexný fenomén a liečba závislosti berie v úvahu predovšetkým „spodné, skryté prúdy“ klientovej osobnosti. Do programov zameraných predovšetkým na zmenu správania, tak často prenikajú aj prúdy ne-behaviorálne a prúdy psychodynamické a existenciálne (Kalina & Miovský, 2008).

Do psychoanalyticky orientovaných smerov radíme smery, ktoré buď na klasickú psychoanalýzu nadväzujú, vychádzajú z nej, alebo ju niečím obohacujú. Čo však majú všetky tieto smery spoločné je, že sa zameriavajú na minulosť daného jedinca, na jeho detstvo, na vývojové etapy, ktorými prešiel, poprípade ktoré neboli zvládnuté, na nevedomé procesy a na silu nevedomia. Rôzne koncepty potom popisujú proces závislosti v kontexte svojej teórie. My popíšeme niekoľko z nich a ponúkneme náhľad do problematiky liečby závislosti s využitím psychoanalytických nástrojov. Prvý koncept hovorí o fixácii v orálnom štádiu. Ak sú orálne potreby primerane nasýtené, vytvára sa u dieťaťa bazálny pozitívny pocit Ja (Kalina, 2013). S týmto súvisí koncept vývojových konfliktov, ktorý predkladá Erikson. V prípade, že sa podarí konflikt vyriešiť, dieťa získava základnú dôveru vo svet a aj dôveru v seba samého. Problém nastáva v prípade, že sa to nepodarí. Vtedy dieťa ostáva v orálnom štádiu a tu psychoanalyticky orientovaní autori nachádzajú základný predpoklad pre vznik závislosti. Závislý totiž neverí budúcnosti, trpí základnou nedôverou v druhých, rovnako ako nedôverou v seba samého. Keďže nie je schopný dôvery ani v seba samého,

necíti, že má svoj život vo svojich rukách a tak ľahko podľahne presvedčeniu, že je odkázaný na vonkajší zdroj uspokojenia. Častokrát preto vyhľadá drogu. Keďže závislí podľa tohto konceptu často nevie regulovať svoje pocity svojou vlastnou silou, častokrát využíva drogu ako archaický a onnipotentný spôsob, ako sa vyhnúť pocitom ako sú hanba, úzkosť a bolesť (Kalina, 2013). Tento názor však už bol sčasti prekonaný.

Ďalšou teóriou závislosti je koncept ego-psychológa H. Krystal. Krystal sa domnieva, že drogovo závislí je akoby odpojený od svojich vlastných pocitov, nedokáže byť s nimi v kontakte, pomenovať ich, porozumieť im a riadiť sa podľa nich. Tento stav poznáme pod pojmom alexitýmia. Závislý prežíva intenzívne pocity, avšak jeho neschopnosť ich rozlíšiť, pomenovať a ďalej s nimi pracovať mu spôsobuje tenziu a úzkosť. Návyková látka mu pomáha túto úzkosť rozpúšťať a dosahovať upokojenie (Leeds & Morgenstern, 1999). Podobne ako Krystal, aj Khantzian (2014) píše, že závislí pacienti sú častokrát odpojení od svojich emócií a upozorňuje, že terapeut môže zohrať veľkú úlohu práve pri identifikácii, vyzdvihnutí a pomenovaní týchto pocitov. Khantzian (2012) vo svojom článku popisuje, že základným problémom závislých podľa psychodynamicky orientovaných smerov je porucha seba regulácie. Ďalej poukazuje na neschopnosť závislých rozpoznať a regulovať svoje emócie a neschopnosť vnímať seba ako účinného a sebaistého. V podstate všetky koncepty ego - psychológov, tkvejú v tom, že podstatu problémov osôb, ktorí užívajú návykové látky, tvoria deficity Ja.

Podľa autorky J. McDougalovej je závislé správanie zas obranným manévrom proti nevedomým emóciám a strachom. Rovnako uvádza, že závislosť je spôsob ako sa vyhnúť vnútornému pocitu pustoty a prázdnoty, ktorý človeka ohrozuje. Užívanie návykových látok neslúži teda len na navodenie príjemných pocitov, ale, naopak, z veľkej časti aj ako obrana jedinca a snaha jedinca zachovať si vnútornú rovnováhu a homeostázu (Leeds & Morgenstern, 1999).

Závislí často zneužívajú látku ako „samoliečenie“. Bol zistený vzťah medzi jedincami s hraničnou poruchou osobnosti, ktorí vo výrazne väčšej miere inklinovali k užívaniu heroínu. Rovnako častý je aj výskyt zneužívania marihuany u ľudí trpiacich depresívnou symptomatikou. Avšak vzťah medzi zneužívaním návykovej látky a psychopatologickou symptomatikou je zložitejší. Je totiž ťažké rozlíšiť či primárne symptómy depresie viedli k abúzu danej látky, alebo sú depresívne symptómy dôsledkom abúzu (Sikora & Novotná, 2007).

A ako sa teda stavajú psychoanalyticky orientované smery ku liečbe závislosti? Na prvý pohľad by sa mohla zdať psychoanalýza ako nedostatočný a neúčinný nástroj pri liečbe závislosti. Pokúsime sa popísať situácie, kedy je vhodné takúto terapiu do liečby začleniť a čo sú predpoklady na jej úspech. Ako píše Kalina (2013), hlavným predpokladom je abstinencia. Je pravdou, že pokiaľ daný klient neabstinuje, nie je spravidla prístupný psychoanalyticky orientovanej liečbe. Je tomu tak z prostého dôvodu. Pri rozvinutej závislosti sa totiž závislosť udržuje ďaleko viac neurobehaviorálnymi než psychodynamickými mechanizmami. Preto sa tu ďaleko viac osvedčili behaviorálne a kognitívno-behaviorálne orientované prístupy. Účinnou metódou môže byť tzv. network therapy, popísaná Galanterom (1993), ktorá využíva ako psychodynamický prístup, tak aj kognitívno-behaviorálny prístup pri prepojení individuálnej a skupinovej terapie. Rovnako účinné môžu byť psychoanalyticky orientované smery pri liečbe začínajúcej závislosti, alebo, naopak, už pri abstinencii, kedy ide o udržiavanie zmeny a pri pokročilej rekonvalescencii po stabilizácii abstinencie a pri udržaní nového životného štýlu (Kalina, 2013). Liečba by teda mala ponúkať najmä dostatočne otvorený komunikačný priestor, pričom mimo behaviorálnych charakteristík pacienta a liečebného procesu, v sebe zahŕňať hlbšie odkrývanie pacientových vnútorných konfliktov, osobnostných vrstiev závislostnej poruchy a pod., ako to popisujú práve psychoanalyticky orientovaní autori. Príspevky súčasných autorov považujú práve terapeutickú komunitu za dobrú liečebnú modalitu, ktorá je príkladom integrovaného psychoterapeutického prístupu v liečbe závislosti (Kalina, 2013).

Čo sa týka pohľadu ďalších autorov, ide tu najmä o pohľad na liečbu závislosti ako na hlbší a dlhodobejší problém, ktorého korene siahajú hlbšie, ako by mohli vnímať kognitívne behaviorálni terapeuti. Ako sme už zmieňovali, psychoanalytické teórie reflektujú hlbšie, predovšetkým osobnostné vrstvy závislostných porúch (Kalina, 2013). Podľa Mikoty (1995), sa u závislých ľudí vyskytujú prvky narcistickej poruchy osobnosti. Takíto ľudia trpia frustráciou a beznádejou. Práve „samoliečenie“ drogou, im pomáha zvládať tento stav. Rovnako hlboko je v nich zakorenená nevieru v ľudí a neschopnosť veriť v zmysluplnosť a prospešnosť medziosobných vzťahov. Hajný (2003) vníma zneužívanie psychoaktívnych látok ako zdroj niečoho príjemného, alebo potrebného pre jedinca. Môžu podľa neho slúžiť ako vonkajšia obrana pred vnútorným napätím alebo zlými vzťahovými situáciami. Takisto píše, že zneužívanie návykových látok do istej miery nahrádza a dopĺňa nedostatočne rozvinuté vnútorné schopnosti zvládať bežné aj extrémne záťažové

emocionálne situácie, uniesť ich alebo sa o nich podeliť s druhými. Drogy podľa neho predstavujú teda akýsi vonkajší prostriedok, ktorý pomáha udržať integritu tam, kde vnútorné prostriedky zlyhávajú. Opäť vidí ako určitý defekt v krehkom Ja. Takéto krehké Ja sa môže podľa psychoanalytikov prejavovať v tom, že ťažko zvláda svoje emócie, nedokáže dobre udržať svoje hranice, zažíva pocity slabosti, pocity neistoty, vyúsťujúce až k pocitom zrútenia sa. Prežíva pocit prázdnoty, chaosu, pričom tieto pocity sú nezrozumiteľné a neopísateľné, čo vyúsťuje v pocit nemožnosti ich zvládnutia (Kalina, 2013). Podľa Jeřábka (2015), má disponovaný jedinec určité charakteristiky. Zmieňuje chabú integráciu identity – takýto jedinec má nízku mieru sebapojatia a sebaúčinnosti a to ho vrhá do chaosu. Vyskytuje sa u neho nadmerná senzitivita a neistota vo vzťahoch. Ďalej nízka frustračná tolerancia. Prevládajú nezrelé obranné mechanizmy, akými sú poprenie, projektívna identifikácia, štiepenie, idealizácia a devalvácia. Ďalej nízka integrácia superega a z toho vyplývajúce silné pocity viny a hanby, ďalej nízka integrácia emócií a neschopnosť ich vedomého prežívania s čím sa spájajú neprimerané emócie a ich prejav, labilita a silná ambivalencia.

### **3.2 Existenciálne orientované smery**

Psychoterapeutické smery, ktoré snáď najviac berú do úvahy roviny spirituality pri liečbe závislosti sú smery prameniace z prístupu V.E. Frankla a smery nadväzujúce na dielo C. G. Junga. Jung tvrdil, že baženie po alkohole odpovedá na nižšej úrovni duchovnej túžbe ľudskej bytosti po plnosti (Nešpor & Csémy, 2006). Zaoberať sa spirituálnym rozmerom pri liečbe závislosti je dôležité, pretože ako píše Kudrle (2003), klienti často prichádzajú s otázkou: „Som triezvy, ale kedy budem šťastný?“ Zastabilizovanie a abstinencia nemusia byť pre klienta dostatočné samé o sebe. Klient môže pociťovať existenciálne prázdno, stratu svojej dovtedajšej identity, stratu zmyslu bytia a z toho prameniace pocity skleslosti až depresie. Preto je dôležité v terapeutickom procese s týmito pacientami pracovať prístupmi, ktoré sa dotýkajú tejto roviny potrieb. Preto otvorenosť terapeuta pre tieto otázky je predpokladom pre uzdravenie na existenciálnej úrovni. Ako píše Grofová (1998) objavujú sa tvrdenia, že kríza, ktorú znamená závislosť, je predovšetkým duchovnou krízou, krízou po celistvosti. Hlbinné metódy ktoré sa pri liečbe závislosti dajú využiť sú relaxácia, meditácia, jogové cvičenia, holotropné dýchanie a iné metódy, ktoré vedú človeka k hlbšej vnímavosti spirituálneho rozmeru a k aktivácii vnútorného uzdravujúceho potenciálu.

Ďalším faktom je, že v poslednej dobe pozorujeme vzrastajúcu túžbu po spirituálnom naplnení (Kudrle, 2003). Príčin môže byť mnoho, od nereflektovania týchto potrieb

v bežnom každodennom živote konzumne orientovanej spoločnosti, absenciu týchto hodnôt a v neposlednom rade, ako píše Weil (1980, citované v Kudrle, 2003) človeku prirodzená túžba poznať seba samého. Spirituálny rozmer pri liečbe závislosti spopularizovali najmä Anonymní alkoholici v svojom 12 krokovom programe. Program Anonymných alkoholikov spočíva v prijatí existencie vyššej moci, ktorej sa môžeme odovzdať a môže nám pomôcť obnoviť zdravie a navrátiť životu zmysel. Pojem spirituálny pritom odlišujú od pojmu náboženský a akcentovaný je najmä priamy vzťah k Božstvu, nie ku nejakej konkrétnej cirkvi (Kalina, 2003).

### **3.3 Behaviorálne prístupy k liečbe závislosti**

Behaviorálne teórie pozerajú na každého jedinca ako na jedinečnú konšteláciu biologických základov, doterajšieho učenia a súčasného prostredia. Napriek jedinečnosti histórie každého jedinca, okolností vzniku jeho závislosti a problémov s drogami, verí behaviorálna teória v to, že užívatelia aj závislí majú určité spoločné rysy. Nepovažujú to však za podstatné pri liečbe, ale skôr tieto údaje využívajú k modifikácií procesu terapie pre každého klienta zvlášť (Rotgers, 1999).

Z pohľadu behaviorálnych teórií je závislosť na návykových látkach výsledkom procesu niektorej zo základných foriem učenia akými sú klasické podmieňovanie, operantné podmieňovanie, alebo učenie nápodobou. Jedným zo základných mechanizmov, na ktorých stojí podľa behaviorálnych teórií závislosť, je problém tzv. vyhýbavého správania. Pričom toto správanie vzniká ako naučená odpoveď na úzkosť, ktorú človek prežíva. Problém tkvie v tom, že niektorí ľudia sa naučia úzkosti vyhýbať, alebo sa jej zbavovať pomocou alkoholu či drog. Samotné užívanie neskôr vyvoláva úzkosť a tak sa tento pomyselný kruh ešte viac uzatvára (Kalina, 2013).

Závislostné správanie je rovnako udržiavané situačnými faktormi. To si môžeme predstaviť tak, že užívatelia si často sami vytvárajú v situáciách alebo v určitom prostredí podmieňujúce podnety napríklad tým, že v nejakom prostredí, s nejakými konkrétnymi ľuďmi, s určitými pravidlami a rituálmi drogy užívajú. Tieto podnety potom vyvolávajú craving alebo pseudo abstinenčné príznaky (Kalina, 2013). Aj to je jeden z dôvodov, prečo je klientom po odchode z TK odporúčané zmeniť bydlisko a začať žiť na novom mieste. Behaviorálna terapia teda predpokladá, že pokiaľ sa človek niečomu takto naučil, je možné sa to aj odnaučiť (Kalina, 2013). Druhou formou učenia je operantné podmieňovanie, spočívajúce v očakávaní „trestov“ a „odmien“ za následky svojho správania. Jedným

z najsilnejších faktorov je v tomto prípade samotné farmakologické posilňovanie, teda odmeňujúci efekt drogy (Kalina, 2013), keďže mnoho ľudíom prináša užívanie drogy pozitívne účinky, akým je napríklad pocit uvoľnenia, a mnoho ľudíom tiež odstraňuje niektoré negatívne účinky, akými sú napríklad odstránenie abstinenčných príznakov (Rotgers, 1999). Behaviorálna terapia preto používa tieto rovnaké dva mechanizmy, ktoré som popísala vyššie. Klasickým príkladom negatívneho podmieňovania je averzívna terapia, ktorá funguje na spojení expozície návykovej látky s neprijemným telesným stavom navodeným podaním farmák, akými je disulfiram (Antabus) (Kalina, 2013). Pozitívne podmieňovanie sa využíva napríklad v nácviku relaxácie, asertívneho správania alebo sebakontroly (Miovský & Bartošiková, 2003).

„Manipulácia s následkami“ využíva plánovanie, plnenie úloh a spevňovanie abstinenčného či iného žiadúceho správania. Jadro tkvie v tom, že sa obmedzia spevňujúce aspekty súvisiace s užívaním drogy, dôraz sa presunie na negatívne sankcie za nežiadúce správanie a pozitívne odmeňovanie za žiadúce správanie. Na tomto stojí tradičný bodovací systém, ktorý vychádza z práce Jaroslava Skály, tzv. Skálov či apolinársky model (Kalina & Miovský, 2008). Tento prístup môžeme vo fungovaní TK sledovať pri dennom režime, zadávaní a plnení úloh a povinností spojených s konkrétnym postavením v TK, či už ako člena určitej fázy alebo roly na týždeň v danej fáze. Rovnako v systéme odmien a sankcií, ktorý funguje naprieč TK. Napriek tomu, že sa tento model využíva aj v TK, existujú zásadné rozdiely ako sa s tým pracuje. Uvedieme niektoré z príkladov rozdielov medzi bodovacím systémom, využívaným v klasických režimových oddeleniach psychiatrických liečební a systémom pravidiel v TK. Jedným zo základných rozdielov je napríklad fungovanie bodovacieho systému ako obrana a režimový nástroj personálu, ktorý môže zatlačiť do pozadia terapeutickú komunikáciu. Na rozdiel od toho, systém pravidiel v TK by mal viesť k otvorenosti a otvorenej terapeutickému komunikácii. Za rovnako dôležitý rozdiel pokladáme to, že bodovací systém môže klienta motivovať z veľkej časti „z vonku“, ale systém pravidiel a ich dodržiavanie naopak jednoduchšie vedie k internalizácii noriem a hodnôt (Kalina, 2013). Je to spôsobené mimo iného tým, že ich nedodržanie má častokrát dopad na ostatných členov TK, a tak sa komplikuje fungovanie v TK pre všetkých jej členov. Ďalším rozdielom je, že pri bodovacom systéme je možné ukončenie liečby z disciplinárneho dôvodu pri určitom počte nezávažných režimových priestupkov, zatiaľ čo v TK je takéto ukončenie možné len pri prestúpení kardinálnych pravidiel (Kalina, 2013).

### 3.4 Kognitívno-behaviorálne prístupy

Kognitívno-behaviorálna terapia vníma užívanie návykových látok ako naučenú kognitívno-behaviorálnu stratégiu, ktorá dominuje v živote človeka - užívateľa v procese vyrovnávania sa s problémami. Dôraz kladie na osobnosť, faktory prostredia a procesy učenia, ktorých výsledkom je závislosť – maladaptívny životný štýl. KBT berie do úvahy dysfunkčné kognitívne schémy, ktoré vzniknú častokrát v detstve, a nemusia byť plne uvedomované a prejaviť sa, až dokým človek nenarazí na nejakú vážnu životnú udalosť, ktorá ho privedie do kontaktu s drogami (Kalina, 2013).

Ďalej je tu kľúčová nízka schopnosť zvládať stres a čeliť frustráciám a nedostatok adekvátnych stratégií, ktoré by človeku pomáhali ťaživú situáciu vyriešiť. Na začiatku je teda užívanie drogy kompenzačnou stratégiou pre zvládnutie emočnej a kognitívnej záťaže, pri nedostatku iných stratégií. Neskôr, v ďalších štádiách závislosti už kognitívne schémy nie sú tak dôležité, začne prevládať klasické podmieňovanie prostredníctvom abstinenčného syndrómu a droga je teda využívaná za účelom vyhnutiu sa abstinenčným príznakom. V určitej forme ale kognitívne schémy a presvedčenia stále hrajú rolu (Kalina, 2013).

KBT prístup je najštudovanejšou metódou v oblasti liečby závislosti v súčasnosti. Je obľúbený pre svoju flexibilitu, zameranie na aktuálne problémy a je vhodný pre väčšinu klinických programov a liečebných usporiadaní. Základnými prvkami sú kognitívna, behaviorálna a funkčná analýza klientových problémov, vypracovanie plánu, vybudovanie funkčného terapeutického vzťahu, povzbudzovanie motivácie ku zmene a použitie kognitívnych a behaviorálnych techník (Kalina, 2013).

Veľkou oblasťou s ktorou KBT pracuje a využíva svoje techniky je craving, alebo „baženie“ (Kalina, 2013). V medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKN-10) je baženie popísané ako silná túžba, alebo pocit pudenia užívať látku. Baženie sa do značnej miery podobá emóciám, pretože podobne ako emócie je sprevádzané telesnými zmenami a má silný motivačný náboj (Nešpor, 2007). Craving je sprevádzaný psychickými stavmi akými sú úzkosť, stiesnenosť, únava, slabosť, nepokoj, podráždenie, zhoršené vnímanie a fyzickými stavmi akými sú búšenie srdca, zvieranie hrude, sucho v ústach, tras, bolesti hlavy alebo potenie. KBT pracuje s nájdením spúšťačov a podnetov cravingu, pracuje na mapovaní situácií a včasnom rozpoznávaní signálov. Patrí tu behaviorálny nácvik napr. nácvik sebakontroly a sebaovládania, a v neposlednom rade zmena postoja (Kalina, 2013). Byť si vedomý signálov, spúšťačov a byť schopný pracovať s chuťami je veľmi dôležité,



pretože najväčšie riziko pre relaps predstavuje práve craving nedostatočne uvedomovaný, nerozpoznaný a potlačovaný (Kalina, 2013).

Čo sa týka práce s relapsom, aj tu má KBT vybudovanú silnú základňu. Prevencia relapsu je známou a rozšírenou metódou KBT u závislých (Larimer et al., 1999). Na relaps nahliada ako na nenáhodné a nie jednorazové udalosti, ale ako na komplex kognitívnych, behaviorálnych a afektívnych procesov (Kalina, 2013). Dôležitosť je prikladaná skrytým predchodcom relapsu, čo je napríklad nerovnováha životného štýlu, vysoko rizikové situácie, do ktorých patria jednak negatívne emočné stavy, interpersonálne konflikty alebo negatívny fyzický stav (Kuda, 2003). Larimer et al. (1999) ďalej pridáva sociálny tlak, ktorý môže byť na jedinca vyvolávaný napríklad priateľmi, ktorí drogy konzumujú, alebo aj pozitívne emočné stavy a situácie, akými sú oslavy na ktorých sú prítomné nejaké omamné látky. Ďalej môžeme identifikovať jednotlivé spúšťače, ktoré vyvolajú automatické myšlienky a tie môžu viesť ku kognitívne skresleným facilitujúcim presvedčeniam, čo znižuje schopnosť odolávať baženiu. Nasleduje reťaz zdanlivo nevýznamných rozhodnutí, pri ktorých klient racionalizuje a bagatelizuje riziko. Tieto rozhodnutia vytvárajú udalosti, ktoré postupne klienta privádzajú do tak rizikových situácií, a tak veľkého stresu, že užitie drogy je skoro nevyhnutné. Keď k relapsu dôjde, je dôležité ako ho klient zvládne. Klient má v daný moment tendenciu vnímať veľké zlyhanie, a tendenciu vnímať čierno – bielo. V túto chvíľu je však veľmi dôležité relaps pochopiť a vnímať ho ako príležitosť k učeniu, križovatku, na ktorej sa klient stále môže rozhodnúť v užívaní nepokračovať a z relapsu sa poučiť (Kalina, 2013). Môžeme vidieť, že KBT prístup je veľmi prínosným psychoterapeutickým smerom používaným pri liečbe závislosti.

### **3.5 Integrované psychodynamicko/kognitívno-behaviorálne prístupy**

Integrovaná psychoterapia v tomto zmysle „kombinuje“ účinné faktory dvoch jasne identifikovaných prístupov k liečbe závislosti a to vyššie zmenenú kognitívno-behaviorálnu terapiu a psychodynamickú terapiu. Aj skrz určité odlišnosti majú tieto dva prístupy určité spoločné rysy, využívané pri liečbe závislosti. Oba smery usilujú o hlbšie porozumenie nevedomým obsahom a ich zvedomovanie, usilujú o objavenie častokrát nevedomovaného vzorca, ktorý slúži k udržiavaniu závislostného správania, oba prístupy usilujú o to, aby človek zvýšil svoju sebadôveru a stal sa zdrojom svojho jednania. Oba prístupy využívajú komplexnejšie formy učenia, než je prostá manipulácia s podnetom alebo s následkami

správania. Oba prístupy sa tak môžu účinne prepájať, vzájomne sa podporovať a potencovať v službách klienta a jeho uzdravenia (Kalina, 2013). Hodnota KBT je tak znásobená tým, že sa venuje pozornosť obranám, odporu a nevedomým konfliktom v psychoterapeutickom procese a vzťahu (Keller, 1999). V počiatočných a stredných etapách liečby, kedy je pravdepodobné, že dôjde k relapsu a kedy je potreba dosiahnuť abstinenciu a udržať ju, je vhodné, keď je terapeut direktívnejší a jedná podporným a výchovným spôsobom. Vtedy sa hodia viac kognitívno-behaviorálne postupy (Kalina & Hajný, 2015). Neskôr, keď je klient stabilnejší a abstinencia stabilizovaná, môže prevládať psychodynamický prístup, napríklad riešenie nevedomých konfliktov, alebo sústredenie sa na prácu s obrannými mechanizmami, ktoré často prispievajú k tomu, že sa závislí vystavujú rizikovým situáciám, iracionálnym myšlienkam a pocitom, ktoré môžu viesť k relapsu (Keller, 1999). Takto sa oba prístupy efektívne dopĺňajú a je dôležité vnímať, v akej fáze sa klient nachádza.

Rovnako zaujímavým konceptom, ktorý kombinuje dynamickú psychoterapiu a kognitívne behaviorálnu psychoterapiu, je už v predošlej kapitole zmienená network therapy, popísaná Galanterom (1993). V Galanterovej sieťovej terapii je špecifické, že kladie dôraz na sieť členov rodiny a priateľov klienta, ktorí klienta podporujú a spolu s ním sa schádzajú s terapeutom. Tieto spoločné stretnutia slúžia na to, aby sa klient a jeho „sieť“ naučili rozpoznávať charakter závislej túžby (craving) a vysoko rizikové situácie a osvojili si schopnosti a stratégie, ako predchádzať relapsu. Takto spoločne vytvoria súdržný tím, v ktorom sa členovia „siete“ aktívne podieľajú na podpore klienta vyhnúť sa relapsu.

### **3.6 Fokálna psychodynamická psychoterapia**

Ohnisko, fokus, je základným pojmom v krátkodobej psychodynamicky orientovanej psychoterapii. Ide v podstate o momentálne, aktuálne klientove problémy. V terapii pri liečbe závislosti predstavuje ohnisko priesečník klientových intrapersonálnych a interpersonálnych problémov s drogami (Kalina & Miovský, 2008). Pri liečbe závislosti sú krátke psychodynamické psychoterapie vhodné pre klientov s ľahšou alebo stredne závažnou problematikou užívania návykových látok s dosiahnutou abstinenciou, v období pokročilejšieho uzdravenia a stabilizácie, alebo tam, kde je užívanie stabilizované. Fokálne skupiny sú rozšírené aj v skupinovej forme psychoterapie. Ohnisko je v takomto prípade definované ako priesečník tém, ktoré spájajú väčšinu členov skupiny (Kalina, 2013).

### **3.7 Terapia posilňujúca motiváciu**

Terapia posilňujúca motiváciu v sebe integruje Rogersovský (na človeka zameraný) prístup a kognitívno-behaviorálny prístup. Tento prístup je viac známy pod názvom motivačné rozhovory, ktorý však môže byť trochu zavádzajúci, pretože terapia posilňujúca motiváciu je viac než len technika. Je to ucelený, teoreticky podložený a metodologicky prepracovaný klinický a poradenský prístup. Motivačné rozhovory majú niekoľko všeobecných princípov, akými sú: stanovovanie cieľov, primeranosť intervencie vzhľadom na štádium, v ktorom sa klient nachádza a deľba zodpovednosti za zmenu (Kalina, 2013). Terapeutova úloha pri motivačnom rozhovore je vytvoriť pre klienta taký kognitívny rámec, aby bol klient schopný akceptovať problém, bol schopný rozhodovať sa, prijímať zodpovednosť a zdravo pestovať sebavedomie a presvedčenie, že je schopný dosiahnuť realistických cieľov, ktoré si stanoví. Zodpovednosť za zmenu spočíva na klientovi, pričom terapeut má pomôcť klientovi vytvoriť také prostredie, ktoré zjednoduší klientovi nájsť vnútornú motiváciu, poprípade pomôže využiť a zvnútorniť vonkajšiu motiváciu (Dobiášová et al., 2008). Dôraz sa kladie aj na to, aby si terapeuti boli vedomí dôležitosti počiatkových aj priebežných intervencií, posilňujúcich motiváciu, ako integrálnu súčasť liečby (Kalina, 2000).

### **3.8 Skupinová psychoterapia a jej využitie v liečbe závislosti**

Skupinová psychoterapia zohráva veľkú rolu pri liečbe závislosti v terapeutickej komunite. Pri liečbe závislosti sa využíva ako individuálna tak skupinová terapia, s ohľadom na potreby klienta a s ohľadom na obdobie zmeny, v ktorom sa nachádza (Kalina & Miovský, 2008). Ide o to, že v skupinovej psychoterapii je jednotlivец liečený v skupine a skrz skupinu, v kontexte skupiny a s jej podporou. Základnému vzťahu klient – terapeut, je tak dané skupinové pozadie. Skupinová situácia je významným katalyzátorom zmeny (Kalina, 2013), a k liečebným účelom je využívaná skupinová dynamika (Kratochvíl, 2005).

Skupinová psychoterapia nie je určitým psychoterapeutickým smerom alebo školou, ide skôr o to, že väčšina psychoterapií formuluje popri individuálnej práci s klientom aj prácu skupinovú, zameranú na skupinovú dynamiku a analýzu skupinových procesov (Kalina & Miovský, 2008). Miovský a Bartošíková (2003) uvádzajú, že spôsob, akým skupiny pracujú, sa môže líšiť podľa zamerania terapeuta a od cieľov, ktoré si skupina

stanovila. Využívajú sa kognitívno-behaviorálne techniky, dynamický spôsob práce, gestalt terapia, systemické prístupy a ďalšie.

V terapeutickej komunite a všeobecne pri práci so závislými sa popisujú skupiny životopisné, tematické, interakčné, nácvikové (Kratochvíl, 2005), hodnotiac či psychoedukatívne (Kalina, 2015b). Pri práci v terapeutickej komunite pre drogovu závislosť je dôležitým prvkom, ktorý sa odohráva práve skrz skupinovú terapiu, konfrontácia. Konfrontácia slúži k vytvoreniu náhľadu a k rozbitiu starých, nefunkčných, rizikových postojov klienta (Kalina, 2015b). Podľa Richterovej Ľemínovej (2007a) konfrontácia nie je cieľom, ale prostriedkom k rastu, získaniu náhľadu a uvedomeniu si hraníc. Emócie, ktoré konfrontácia vyvolá, sú účinné pre učenie sa a pomáhajú pri procese zmeny správania. Dôležité však je, aby konfrontácia prebiehala nezraňujúco.

Skupinová terapia sa používala pri liečbe závislosti aj v terapeutických komunitách, ktoré tvorili predchodcov dnešných TK. Využíval sa tzv. encounter, čo je špecifický prístup skupinovej psychoterapie. S touto myšlienkou prišiel D. H. Casier, zakladateľ prvej terapeutickej komunity Daytop Village v New Yorku. Jedným zo základných princípov encounteru je otvorené a autentické vyjadrovanie ako kladných, tak záporných emócií, poskytovanie rovnako otvorenej spätnej väzby ostatnými členmi skupiny a otvorené prijatie tejto spätnej väzby. Takéto otvorené vyjadrenie a prijatie pocitov a emócií, by nemalo viesť k zhoršeniu vzťahov, ale, naopak, keď sa to deje v atmosfére úprimnosti, malo by to viesť k zlepšeniu vzťahov (Kalina, 2015b).

V dnešnej dobe sa skupinová psychoterapia v liečbe závislosti využíva v mnohých formách. Skupinová terapia je základom svojpomocných skupín využívaných hnutím Anonymných alkoholikov a Anonymných narkomanov. Ukazuje sa, že práve zážitok zdieľania, sebaodhaľovanie a podpora sú kľúčovými prvkami svojpomocných skupín (Khantzian, 1986). Ďalšou formou je napríklad psychodynamická skupinová terapia podľa Khantziana. Táto metóda je vhodná pre ambulantných pacientov, pre klientov s ľahším a stredným stupňom závislosti, poprípade už stabilizovaných klientov (Kalina, 2015b). Ďalším veľkým využitím sú už vyššie zmienené fokálne skupiny. Tu je dôležité nájsť spoločný priesečník viacerých klientov, nejakú tému, ktorá sa stane skupinovým fokusom, teda oblasťou, na ktorú sa v skupine zameria pozornosť a pracuje sa s ňou. Kombinácia psychodynamickej terapie a fokálnej skupiny sa ďalej využíva v integrovanej skupinovej psychoterapii pri liečbe duálnych diagnóz. Častokrát ide o diagnózy závislosti a depresie, alebo závislosti a bipolárnej poruchy (Weiss et al., 2007). Ďalej sa v terapeutických

komunitách môžeme stretnúť s genderovými skupinami. Sú to skupiny oddelene zamerané pre mužov a ženy a odkrývajú špecifické témy, ktoré sú spoločné ženám a mužom. Tieto témy môžu potom klienti priviesť na spoločnú skupinu. V terapeutických komunitách sa ďalej využívajú skupiny hodnotiace, kedy sa môže vyjadriť každý klient k druhému klientovi. Klienti si takto navzájom predávajú spätné väzby, poprípade rady k ďalšej práci na sebe. Klient, ktorý je hodnotený by nemal bezprostredne hneď reagovať vysvetľovaním, obranou či kritikou. Ďalej skupiny nácvikové, kedy si klienti skúšajú rôzne nové formy správania a schopností, napríklad asertívne jednanie, zvládanie emócií, zodpovedné rozhodovanie a plánovanie a pod. Skupiny psycho-edukačné zas slúžia na prehĺbenie vedomostí o probléme závislosti a s ním spojených tém, akými sú medziľudské vzťahy, výchova detí, duševné zdravie, zdravý životný štýl alebo pracovná problematika (Kalina, 2015b).

Iné špecifické skupinové techniky sú napríklad neverbálne techniky. Ide o mimo slovný prejav, ktorý je väčšinou reprezentovaný skrz dramatický prejav. Klienti tak môžu reflektovať aj svoju neverbálnu komunikáciu. Neverbálne techniky pomáhajú v terapii predovšetkým preto, že pracujú s osobnými témami na iných rovinách ako slovných a tak sa môžeme jednoduchšie dotknúť nevedomých stránok osobnosti (Křesadlová, 2007). Ďalšou metódou využívanou v skupinovej psychoterapii je napríklad arteterapia, pričom sa nemusí jednať len o výtvarné vyjadrovanie seba samého, ale aj tanec, divadlo či hudbu. Najčastejšie sa však zameriava na výtvarnú expresivitu. Arteterapeutická skupina rozvíja spontaneitu, hravosť aj humor a motiváciu k sebaobjavovaniu. Poskytuje sebavyjadrenie a umožňuje uvoľnenie zraňujúcich zážitkov (Doležalová, 2007).

Veľkou výhodou v TK sú aj skupiny zamerané na prácu s blízkymi klienta, s rodičmi či partnerom. Môžu mať rôzny charakter a cieľ. Základnými témami sú prijatie a vyrovnanie sa s faktom, že člen rodiny je závislý, vyjadrenie a korigovanie názorov a pocitov vzťahujúcich sa k faktu, že člen je závislý, ošetrovanie niektorých traumatizujúcich zážitkov, ktoré súviseli s braním drog, ošetrovanie pocitov viny a bezmocnosti alebo aj stanovovanie si nových pravidiel (Kalina, 2015b).

# VÝSKUMNÁ ČASŤ

## 4 VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Ako je zrejmé z teoretickej časti práce, role spirituality pri liečbe závislosti sa dnes prikladá stále väčší a väčší význam. Je to spôsobené najmä tým, že v dnešnej dobe sa na závislosť pozerá ako na bio-psycho-sociálno-spirituálnu záležitosť, pohľad je viac komplexný a berie do úvahy všetky 4 rozmery bytia. Z výskumov, ktoré máme v teoretickej časti práce zahrnuté je to rovnako zrejmé. Či už sa spiritualita ukazuje ako protektívny, nárazníkový faktor, alebo ako niečo, čo môže závislému človeku počas liečby ponúknuť ďalší rozmer, o ktorý sa môže oprieť a pomôcť mu tak vytvoriť pevnú pôdu pod nohami. Zaoberať sa spiritualitou je dôležité aj z dôvodu, že tak ako všetci ľudia prirodzene aj závislí majú spirituálne potreby, ktoré často predtým sýtali práve drogou, no a teraz, v liečbe, kedy sa drogy zbavujú, môžu pociťovať prázdnotu, ktorú je potreba vyplniť niečím zdravým a rastovým. Terapeutická komunita ako metóda, ale aj ako zariadenie pre liečbu závislosti, nepochybne ponúka miesto spiritualite v celom liečebnom procese. Je to najmä dĺžka, forma a intenzita liečby v terapeutickej komunite, ktorá umožňuje venovať sa klientom do hĺbky a teda mimo iného, zamerať na veci, ktoré sýtia spirituálne potreby a na témy, ktoré majú v sebe spirituálny presah. Či už sú to témy ako zmysel života, odpustenie sebe a iným, odpustenie od druhých, rodičovstvo, partnerské vzťahy, vina, zmierenie sa so smrťou, alebo témy vzťahujúce sa k nejakej vyššej sile, ku ktorej sa môžeme obracať a čerpať z nej. Terapeutická komunita má za cieľ, čo najviac sa podobáť prostrediu vonku, z ktorého klient prichádza a najmä, do ktorého sa po liečbe vráti. Do tohto prostredia bežného života jednoznačne otázky spojené so spiritualitou patria. Sú nám ako ľuďom blízke, už len preto, že sme ľudia. Keďže tieto potreby máme všetci a z výskumov sa ukázalo, že zaoberanie sa týmito potrebami je prínosom pre liečbu závislých, rozhodli sme sa v práci ďalej tejto téme venovať. Zaujímalo nás, akú rolu hrá spiritualita pri liečbe závislosti konkrétne v terapeutických komunitách. Rozhodli sme sa túto tému uchopiť z pohľadu pracovníkov terapeutických komunit. Výskumným problémom je teda popísať rolu spirituality pri liečbe závislostí z pohľadu pracovníkov terapeutických komunit.

## 4.1 Ciele výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo zmapovať a popísať skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit so začlenením spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách. Tento cieľ bol rozvinutý a čiastkovými cieľmi bolo zistiť nakoľko sa so spiritualitou a otázkami, ktoré sa k spiritualite viažu pracuje. Ďalej kedy, v ktorej fáze liečby je vhodné sa týmito otázkami zaoberať a pri akých typoch klientov je vhodné zamerať sa na túto oblasť. Následne popísať témy, s ktorými sa v rámci spirituality najčastejšie pracuje a metódy, ktoré sa k tomu využívajú.

## 4.2 Výskumné otázky

Z výskumných cieľov vyplývajú tri výskumné otázky, na ktoré sme sa snažili nájsť odpovede.

- 1. Nakoľko sa so spiritualitou pracuje v rámci liečby závislosti v terapeutických komunitách a aké sú najčastejšie témy, s ktorými sa v tejto oblasti pracuje?**

Touto otázkou skúmame, aké miesto má spiritualita v rámci liečby v TK a koľko priestoru je témam, ktoré potrebu spirituality sýtia, venované. Ďalej sa pokúšame zmapovať najčastejšie témy, s ktorými sa pracovníci TK stretávajú v rámci tejto oblasti.

- 2. Aké sú špecifické terapeutické metódy, s ktorými sa v rámci spirituality pracuje?**

Touto otázkou skúmame najčastejšie spôsoby, metódy, techniky, akými sa s témou spirituality a otázkami s ňou spojenými v TK pracuje.

- 3. Kedy a kde je vhodné zamerať sa na spiritualitu a otázky s ňou spojené?**

Touto otázkou skúmame, kedy, v ktorej fáze liečby, je vhodné témy spirituality s klientami riešiť. Ďalej skúmame, či sú nejaké špecifiká medzi klientami, v zmysle, či je určitý typ klientov, kde je prínosom rozoberať tieto otázky a, naopak, typ klientov, kde to nie je vhodné.



# 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝSKUMU

V tejto kapitole sa venujeme metodologickému rámcu celého výskumu. Je teda definovaný a popísaný zvolený výskumný design, typ výskumu a výskumný súbor vrátane jeho charakteristík, kritérií a metód jeho výberu. Ďalej je popísaná tvorba dát a metódy ich analýzy a spracovania. V kapitole je rovnako popísané etické hľadisko výskumu. Cieľom tejto kapitoly je poskytnúť čitateľovi transparentný náhľad do metodológie použitej v tejto práci.

## 5.1 Výskumný design

Psychologický výskum môžeme realizovať buď kvalitatívnym, kvantitatívnym alebo zmiešaným designom. Každý z týchto typov designu má v psychologickom výskume svoje miesto. Kvalitatívny a kvantitatívny prístup chápeme ako dva kooperujúce prístupy, využívajúce rôzne metódy ku skúmaniu vnútornej aj vonkajšej reality človeka (Miovský, 2006).

Kvalitatívny výskum používa indukívne formy vedeckých metód, hĺbkové štúdium jednotlivých prípadov, najrôznejšie formy rozhovorov a kvalitatívne pozorovanie. Kvalitatívny výskum prebieha najčastejšie v prirodzených podmienkach a plán výskumu má pružný charakter, čo znamená, že plán výskumu sa počas realizácie výskumu môže premieňať a prispôsobovať podľa okolností a doposiaľ získaných informácií (Hendl, 2008). Kvalitatívny prístup je v psychologických vedách prístupom využívajúcim princípy jedinečnosti a neopakovateľnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. Pre popis, analýzu a interpretáciu nekvantifikovaných či nekvantifikovateľných vlastností skúmaných javov využíva kvalitatívne metódy. Oproti kvantitatívnemu výskumu, výskum kvalitatívny netestuje predom dané hypotézy, ale kladie si výskumné otázky pričom sa snaží o hlbšie porozumenie skúmaného javu, o náhľad do daného problému a orientáciu v ňom. Výskumný súbor je menší a reprezentatívny voči výskumnému problému (Miovský, 2006).

Keďže v našom výskume ide o hĺbkové porozumenie žitej skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit, rozhodli sme sa pre kvalitatívny design.

## **5.2 Výskumný súbor**

Výskumný súbor bol zvolený na základe témy práce, designu práce a výskumného problému. Keďže sa jedná o kvalitatívny design, výskumný súbor bol zvolený tak, aby bol čo najviac reprezentatívny voči výskumnému problému. Vzhľadom na tému práce sme zvolili výskumný súbor pracovníkov terapeutických komunit.

### **5.2.1 Výberové kritériá výskumného súboru**

Vzhľadom na design práce a metódu IPA, ktorou sú dáta analyzované a pre ktorú je dôležitá najmä bohatosť dát jednotlivých prípadov pred jasne stanoveným počtom respondentov, volili sme súbor o menšom počte respondentov. Základným kritériom pri výbere respondentov bolo, aby pracovali v terapeutickej komunite dlhšie ako 1 rok. Pozícia, na akej mali pracovať nebola predom definovaná. Respondenti mohli pracovať v ktorejkoľvek terapeutickej komunite v rámci Českej republiky. Nezáležalo, ako je komunita zriadená a či je registrovaná ako sociálna služba, alebo ako zdravotnícke zariadenie. Počet respondentov bol vzhľadom na design práce a metódu analýzy zvolený menší, avšak tak, aby bola dosiahnutá saturácia dát.

### **5.2.2 Metódy výberu výskumného súboru**

S ohľadom na povahu výskumného problému a designu boli pre výber respondentov použité nepravdepodobnostné metódy výberu. Jedná sa o metódy využívané pri kvalitatívnom výskume. Metódy výberu výskumného súboru v kvalitatívnom designe sú pružnejšie a môžu sa meniť v priebehu výskumu, avšak mali by byť podriadené cieľom výskumu tak, aby bola vo vzťahu ku skúmanému problému dosiahnutá saturácia dát. (Miovský, 2006).

Hranica medzi nepravdepodobnostnými metódami výberu je tenká a v praxi sa preto stane, že sa metódy často prelínajú a dopĺňajú. My sme zvolili kombináciu prostého zámerného výberu a príležitostného výberu. Pre prostý zámerný výber je charakteristické, že respondentov vyberáme na základe predom stanovených kritérií. Respondenti musia zároveň s účasťou na výskume súhlasiť. Princíp príležitostného výberu zas spočíva v tom, že využívame príležitosti, ktoré vznikajú v priebehu realizácie výskumu. Keďže sme mali kritériá jasne definované, a boli sme obmedzení počtom terapeutických komunit, ktoré sa v Českej republike nachádzajú, bolo na mieste použiť prostý zámerný výber.

Postupovali sme nasledovne. E-mailom bola rozoslaná správa vedúcim terapeutických komunit, poprípade bol e-mail zaslaný na emailovú adresu inštitúcie. E-mailová správa obsahovala prosbu o účasť na výskume v rámci bakalárskej práce, načrtnutie výskumného problému, informácie o priebehu rozhovoru, ktorým by sme dáta získali a informácie ohľadom etických aspektov výskumu. V závere e-mailu sme dodali, že v prípade záujmu o účasti na výskume, radi poskytneme bližšie informácie a dohodneme sa na realizácii rozhovoru. Z rozposlaných 9 emailov odpovedalo 5 terapeutických komunit, pričom 4 z nich súhlasili s účasťou vo výskume a len 1 nesúhlasila. Príležitostným výberom boli vybraní ďalší 3 respondenti. V rámci konzultácie s vyučujúcimi boli oslovení 2 z nich, 1 respondent bol oslovený v rámci praxe absolvovanej v terapeutickom komunite.

### 5.2.3 Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor teda tvorilo 7 respondentov. Všetci respondenti boli pracovníkmi terapeutických komunit, pričom všetky terapeutické komunity boli členmi sekcie terapeutických komunit A.N.O. – Asociace nestátních organizací. Jeden respondent pracoval v terapeutickom komunite, ktorá spadá pod zdravotnícke zariadenia, zvyšok bol z komunit registrovaných ako sociálne služby.

Pre lepšiu orientáciu uvádzame v tabuľke 1 prehľad respondentov a ich základné charakteristiky, vrátane pozície, ktorú v danej komunite zastávajú.

**Tabuľka 1:** Charakteristika výskumného súboru

Respondent	Pohlavie	Pozícia v TK	Doba praxe v TK
R1	Muž	Psychoterapeut/sociálny pracovník	1,5
R2	Muž	Psychoterapeut/dobrovoľník	10
R3	Muž	Kňaz	1
R4	Muž	Psychoterapeut	18
R5	Muž	Psychoterapeut	15
R6	Muž	Psychoterapeut	15
R7	Žena	Psychoterapeut	8

Terapeutické komunity, s ktorými sme spolupracovali: TK Vršíček, TK Advaita, TK White Light, TK Karlov, TK Podcestný Mlýn, TK Magdaléna, TK Fides.

### 5.3 Tvorba dát

Najčastejšími spôsobmi, ako získať potrebné dáta v kvalitatívnom výskume, je pozorovanie a moderovaný rozhovor, nazývaný interview. Vzhľadom na povahu nášho výskumu sme ako vhodnú metódu pre získavanie dát zvolili práve interview. Interview patrí medzi najťažšie a súčasne aj najvýhodnejšie metódy pre získavanie kvalitatívnych dát (Miovský, 2006). Interview delíme na neštruktúrované, pološtruktúrované a štruktúrované. V našom výskume sme s ohľadom na výskumný problém a metódu analýzy dát zvolili pološtruktúrované interview. Jedná sa o „strednú cestu“ kladenia otázok, kedy je jasne definovaný účel rozhovoru, má určitú osnovu, zároveň ale ponúka veľkú pružnosť (Hendl, 2008). V pološtruktúrovanom interview máme jadro interview, ktoré predstavuje minimum otázok, ktoré musia byť prebrané, zároveň sa na toto jadro otázok viažu ďalšie, doplnujúce otázky, ktoré vhodne rozširujú jadrové otázky (Miovský, 2006). V tomto vnímame veľkú výhodu pri realizácii nášho výskumu, keďže téma výskumu je dosť široká a zaujímavá a tak môže byť prenechaný voľnejší priestor pre myšlienky a nápady respondentov, zároveň je však dodržaná základná štruktúra rozhovoru. Otázky do nášho rozhovoru vychádzali z výskumných otázok. Ku každej výskumnej otázke sa viazala jedna hlavná otázka v rozhovore a dopĺňali ju ešte ďalšie pod otázky. Ukážka pološtruktúrovaného interview je k dispozícii v prílohách práce, príloha 4.

Štyri rozhovory prebehli v terapeutických komunitách, ktoré mala výskumníčka pri tejto príležitosti možnosť navštíviť a v každej z nich stráviť niekoľko dní, čo vnímame ako obrovský prínos pre celú prácu a pre výskumníčku samotnú. Jeden z rozhovorov prebehol na pôde univerzity a dva z rozhovorov prebehli online formou, kvôli časovým možnostiam respondentov. Rozhovory boli realizované od septembra 2022 do februára 2023. Každý z rozhovorov trval približne 1 hodinu +- 10 minút. Respondenti boli na úvod oboznámení s témou rozhovoru, s približným časom, ktorý rozhovor zaberie a boli poučení o etike výskumu (nakladanie s dátami, anonymizácia dát, možnosť odstúpenia). V prípade stretnutia na živo, bol respondentom predložený informovaný súhlas na podpísanie, v prípade online formy bol informovaný súhlas podaný ústnou formou. Ukážka informovaného súhlasu sa nachádza v prílohách práce, príloha 3. Následne, potom ako respondent podpísal informovaný súhlas a poskytol súhlas s nahrávaním, bol rozhovor nahrávaný na audio

záznamník. Začali sme úvodnými otázkami smerujúcimi k respondentovi a postupne sme sa presunuli k téme práce. V závere rozhovoru sme ponúkli respondentom možnosť k čomukoľvek sa vrátiť, alebo čokoľvek dodať. Na záver sme im poďakovali a nahrávanie bolo ukončené.

## 5.4 Metódy spracovania a analýzy dát

V kvalitatívnom výskume si môžeme zvoliť z viacerých prístupov, ktorými budeme s dátami pracovať. Rôzni autori ponúkajú rôzne delenia. Řiháček et al. (2013) predstavuje 4 prístupy, ktoré sú najčastejšie využívané v kvalitatívnom výskume. Sú nimi, interpretatívna fenomenologická analýza, metóda zakotvenej teórie, naratívna analýza a metódy diskurzívnej analýzy. Vzhľadom na náš výskumný problém sme pre analýzu dát zvolili interpretatívnu fenomenologickú analýzu – IPA. IPA je metóda, ktorá nám ponúka porozumieť žitej skúsenosti človeka. Pojatie žitej skúsenosti respondenta sa odohráva na idiografickej úrovni so zaujatím pre to, aký význam prisudzuje svojej skúsenosti určitý človek v určitých podmienkach či situácii. Zaujímá nás teda, aký význam prisudzujú respondenti skúsenosti, ktorá je v centre našej pozornosti (Kostínková & Čermák, 2013).

Teoretické ukotvenie interpretatívnej fenomenologickej analýzy spočíva v troch pilieroch – vo fenomenológii, hermeneutike a v idiografickom prístupe. Význam fenomenológie je kľúčový, ide totiž o to, že skúmame individuálnu, jedinečnú skúsenosť daného človeka a to, ako on sám túto skúsenosť zažíva a vníma. Hermeneutika predpokladá, že výskumník pristupuje k výskumnému problému s určitými prekonceptami, avšak tento fakt neznamena nevýhodu. Naopak, osobné presvedčenia, postoje a interpretácie sú nevyhnutné k tomu, aby sa výskumník mohol témou zaoberať. Čo však je v tomto ohľade dôležité, je dobre prevedená sebareflexia výskumníka. A posledný, tretí pilier, idiografický prístup, ktorý je orientovaný na individualitu a jedinečnosť každého človeka. Analýza metódou IPA preto postupuje od detailného preskúmania jedného prípadu a až po dosiahnutí porozumenia, postupuje na ďalší prípad (Kostínková & Čermák, 2013).

Postup analýzy dát metódou IPA sa dá popísať nasledovne:

0. Reflexia výskumníkovej skúsenosti s témou výskumu
  1. Čítanie a opakované čítanie
  2. Počiatočné poznámky a komentáre
  3. Rozvíjanie vznikajúcich tém

4. Hľadanie súvislostí naprieč témami
5. Analýza ďalšieho prípadu
6. Hľadanie vzorcov naprieč prípadmi

V našej analýze sme sa držali týchto krokov a tak sme postupovali nasledovne. Na začiatku bolo dôležité previesť reflexiu výskumníčky samotnej. Tento krok je dôležitý, pretože ako sme už spomínali vyššie, výskumník nikdy neprichádza k téme nezaujato, bez nejakých prekonceptov a bez akejkoľvek skúsenosti s témou. Tak tomu bolo aj u nás a preto bolo potreba previesť reflexiu. Volili sme vnútorný dialóg a zároveň sme tému pravidelne konzultovali. Veľký prínos vnímame aj v čase strávenom v terapeutických komunitách, kde si výskumníčka mohla komunitu a prácu v nej hlbšie zažiť a získať tak väčší náhľad na tému.

V ďalšej fáze boli rozhovory z audio záznamníku prepísané do programu Microsoft Word a následne vytlačené. Výskumníčka sa rozhodla analýzu prevádzať spôsobom pero papier z viacerých dôvodov. Prišlo nám efektívnejšie pracovať s rozhovormi v papierovej forme z dôvodu ich obsiahlosti a teda následne lepšej orientácii v nich. Prebehlo čítanie a opakované čítanie prvého rozhovoru, pričom boli zaznamenávané počiatočné poznámky ku kľúčovým častiam rozhovoru, ktoré sa vzťahovali k výskumným otázkam. Po dočítaní rozhovoru nasledovalo vytvorenie myšlienkovvej mapy, ktorá zoskupovala vzťahné témy k jednotlivým hlavným okruhom, ktoré vyplývali z výskumných otázok. Myšlienková mapa je k nahliadnutiu v prílohe práce, príloha č.5. Týmto spôsobom bol zanalyzovaný každý ďalší rozhovor. Následne, po analýze posledného rozhovoru, sme hľadali významné témy, ktoré sa opakovali naprieč jednotlivými prípadmi a tie sme opäť previedli do grafickej formy myšlienkovvej mapy.

## **5.5 Etika výskumu**

Pri realizácii výskumu sme dbali na dodržanie etických pravidiel a noriem. Respondenti boli od začiatku výskumu informovaní o podstate výskumu, cieľoch výskumu a jeho priebehu. Už v počiatočnej fáze, pri oslovení respondentov a v prípade ich súhlasu výskumu sa zúčastniť, im boli znovu poskytnuté informácie o ciele výskumu, o priebehu výskumu, možnosti kedykoľvek z výskumu odstúpiť a o nakladaní s dátami (anonymizácia dát, uchovávanie a spracovávanie dát). Respondenti boli uistení, že poskytnuté dáta budú použité len pre účely tejto bakalárskej práce, že budú bezpečne uchované a po realizácii analýzy zmazané. Respondenti boli rovnako informovaní o anonymizácii dát a o diskretnom nakladaní s nimi. Respondentom bol poskytnutý informovaný súhlas na podpísanie,

v prípade online rozhovorov bol informovaný súhlas zrealizovaný ústnou formou. Informovaný súhlas prikladáme k nahliadnutiu v prílohách práce, príloha 3. Respondenti mali počas celého výskumu možnosť kedykoľvek sa na čokoľvek dopýtať.

Napriek tomu, že sa jedná o osobnú tému, zdieľanie osobných skúseností, nestalo sa, že by niektorý respondent počas výskumu odstúpil. Na záver sme respondentom ponúkli zaslanie hotovej práce.

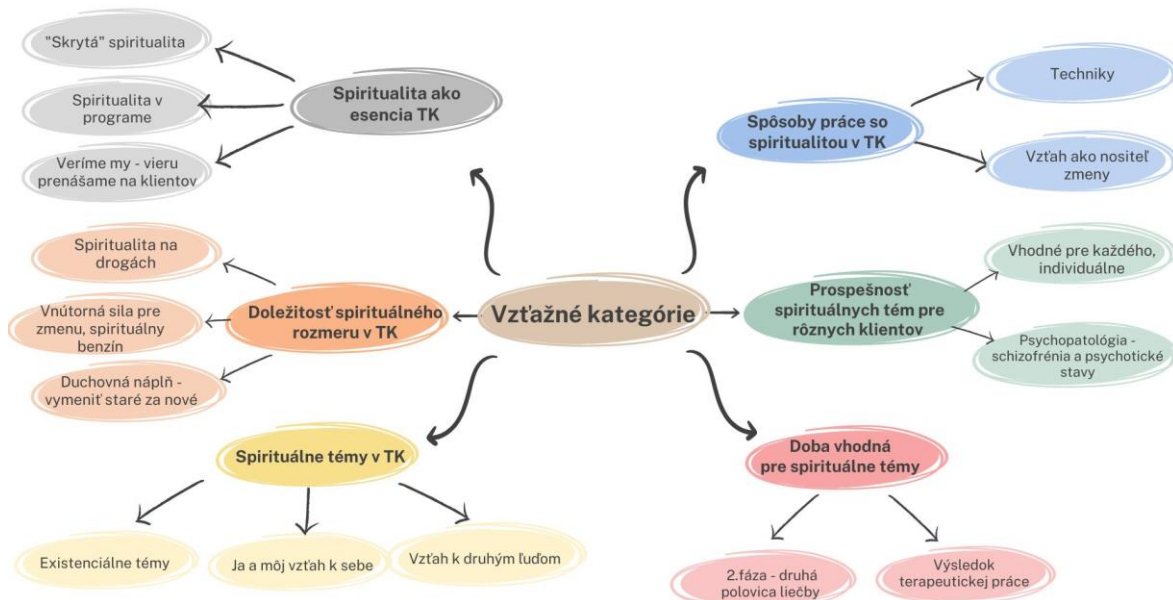
# 6 ANALÝZA DÁT A JEJ VÝSLEDKY

Kvalitná analýza dát pomocou metódy IPA sprostredkováva čitateľovi výsledky z dvoch perspektív: z perspektívy tém a z perspektívy jednotlivých prípadov (Kostínková & Čermák, 2013). Vzhľadom na bohaté množstvo dát, ktoré výskumníčka vytvorila, sme pre čo najefektívnejšiu prezentáciu dát zvolili kombináciu týchto dvoch perspektív. Aby boli výsledky čo najprehľadnejšie, prezentujeme ich tak, ako kopírujú výskumné otázky.

## 6.1 Vzťahné kategórie a významné témy

Na základe analýzy s pridžaním sa jednotlivých výskumných otázok vznikli vzťahné kategórie, ktoré sú rozvíjané významnými témami plynúcimi z analýzy, čo môžeme vidieť na obrázku 4. Keďže pracujeme s oboma perspektívami a je dôležité vychádzať najmä z osobných skúseností respondentov, jednotlivé témy sú dopĺňané ukázkami výpovedí respondentov. Výpovede respondentov sú pre lepšiu orientáciu označené kurzívou.

Obrázok 4: Vzťahné kategórie a významné témy





Nasledujúce kapitoly a ich podkapitoly prinášajú odpoveď na výskumnú otázku č.1.

### 6.1.1 Spiritualita ako esencia TK

Na začiatku sme zisťovali, aké postavenie má spiritualita a otázky s ňou spojené v rámci liečby v TK. Všetci respondenti sa zhodli na tom, že **spiritualita pretkáva celú liečbu** v terapeutickej komunite a tvorí tak **červenú niť TK**. Výstižne to ilustruje výpoveď R5: *„Je to spojené s tým pohľadom moderným na toho človeka, že to je bio-psycho-socio-spirituálna bytosť... že vlastne máme všetky tie zložky nejak ako žijeme... a myslím si, že, alebo za seba určite, že sa snažím oslovovať asi tie potreby, ako vo všetkých tých oblastiach... že vlastne človek musí každú nejakým spôsobom sýtiť, aby bol vlastne šťastný... a keď sa mu to podarí, tak nemusí brať drogy, lebo je spokojný, šťastný, že... a to je úžasné.“*

#### „Skrytá“ spiritualita

Vo väčšine prípadov sa ale jedná o spiritualitu, ktorá **nie je programovo vymedzená**, jednoznačne pomenovaná, ale je **schovaná v každodennostiach**, v bežnom fungovaní TK. Ako to popisuje R1: *„Myslím si, že to pretkáva všetky tie časti, je to určite dôležitá téma, ale neviem nakoľko je to naozaj, že pomenované.“* Alebo R7: *„... nejaká práca s Bibliou, alebo takéto veci, tak to ako nemáme žiadny takýto ako blok, alebo ako obsah, ktorý by sme tak nazývali. Myslím, že sa tých tém ako dotýkame, ale že vlastne to nemáme nejak ako pomenované... no... a je to proste záležitosť situačná. Je to skôr schované vo všetkých tých ako každodennostiach, alebo v iných témach.“* R6: *„Je to fakt ako nejakou spiritualitou presiaknuté.“* Veľmi pekne to vystihuje: R7: *„Moja spiritualita vnútorná je hrozne prepojená ako s terapeutickým nejakým pojatím človeka. A že vlastne potom si hovorím, však to je vlastne ako fakt úplne všetko ... to je všetko o čom sa mi tu ako bavíme...“* Ďalší respondent popisuje ako je spiritualita **prirodzenou súčasťou TK**: R4: *„Rozhodne si myslím, že ako v tej komunite to nejde oddeliť nejak ako že sa s tým začne a počká sa až bude v druhej fáze... že ako ideálne podľa mňa by toto, tento prístup, kde to zameranie sa na to duchovno, na tú spiritualitu a tieto veci, to by malo byť súčasťou každodenného života tej komunity.“* Viacero z respondentov spomenulo, že **záleží aj na zložení tímu a osobnostnom nastavení pracovníkov** ako s touto esenciou zachádzajú: R2: *„Terapeutická komunita XX má túto orientáciu, ktorá je sýtená rôznym typom aktivít. Potom ale, samozrejme, záleží na konkrétnej osobnosti terapeuta, akým spôsobom túto orientáciu naplňuje. To znamená, že komunita nijak striktné nedefinuje, akými konkrétnymi krokmi v programe sa má naplňovať, ale je to dané skôr orientáciou celej komunity a v tom, že sám*

*terapeutický tím predstavuje akúsi kohéziu v tej spiritualite. “ Spiritualitu v TK môžu klienti zažívať nielen skrz niečo abstraktné, ale jej **hmatateľným dôkazom** sú symboly, erb, hymna, prápor, špecifické pre každú komunitu a nesúce hlboký význam a posolstvo. Toto krásne ilustruje rozprávanie R6: „*Samotná komunita, samotná tá metóda to obsahuje, nejakú štruktúru a to znamená, že tá komunita sa nejak identifikuje. Že má znaky, že má prápor, že má nejakú hymnu napríklad, že má rituály a že tie rituály majú nejakú podobu, ktorá sa komunitou od komunity líši a tá podoba je ukotvená v nejakom význame. Vlastne ten náš znak znamená: cesta životom ku slobode. To je vlastne symbol, prepracovaný a má nejaký hlboký akoby odkaz pre tých klientov.*“*

### **Spiritualita v programe**

V dvoch komunitách bola spiritualita, preberanie takýchto otázok a toto smerovanie **pevnou a pravidelnou súčasťou programu**. Konkrétne to bolo v TK Vršíček, kde jedenkrát za 14 dní dochádza kňaz robiť skupinové sedenia a preberá s klientami rôzne témy: R3: „*Snažím sa, aby som otváral témy, na ktoré sa napríklad v rámci tej skupinovej terapie, ktorá tam beží, tak na ktoré sa napríklad nedostane. Čo sú práve tie existenciálne otázky, alebo niekedy tie nepríjemné veci, vzťahové, alebo téma odpustenia, a tieto, hej, ktorým napríklad oni sa aj vyhýbajú pretože ich to bolí.*“ Klienti majú možnosť navštevovať aj **biblické hodiny**, ktoré však už **nie sú povinné, ale sú súčasťou ponuky**: R3: „*... potom dobrovoľne jazdia, a to už nie je povinné, to už nie je súčasť toho, ale je to súčasť ponuky... tak jazdia jednak na biblické hodiny a potom jazdia na nedeľné bohoslužby a tam už to je teda explicitne kresťanské, bez nejakých ako iných tém, aj keď ja napríklad biblické hodiny nerobím tiež tak ako, snažím sa, aby tam boli tie rozmery omnoho hlbšie a širšie, než len nejaký biblický text.*“ Komunita má k tomu blízko aj vďaka tomu, že jej zriaďovateľom je diakónia evanjelickej cirkvi metodistickej. V TK Magdaléna zas **klienti v 3 fáze dochádzajú na stretnutia Anonymných alkoholikov a narkomanov a raz mesačne k nim títo ľudia prichádzajú**: R2: „*V tretej fáze je klient v situácii, kedy sa pripravuje na odchod z TK a to je práve moment, kedy má ako súčasť liečby predpísanú návštevu Anonymných narkomanov alebo Anonymných alkoholikov v Prahe – tam sa už priamo stretáva so spiritualitou typu 12 krokového prístupu...*“ Iné komunity mali tiež skúsenosť s pôsobením duchovného v rámci programu v TK. Ako dôležitý sa tu ukázal **spôsob, akým bola téma spirituality uchopená**. Veľmi teda záležalo od osobnosti kňaza, ktorý do TK dochádzal a od formy, akou to klientom predával. Tam kde to fungovalo, si to pracovníci veľmi chválili, ako ilustruje ukážka od R2: „*Nie je to tak, že by dochádzalo k nejakej*

programovej „evanjelizácii“ klientov, povedal by som, že pán farár, ktorý k nám dochádza, má na to veľmi dobrý cit.“ Ak je spiritualita pevnou súčasťou programu, je dôležité robiť to **prirodzenou formou**: R3: „Ja tam dochádzam jedenkrát za 14 dní, na také hodinové, také skupinové sedenie, kde väčšinou to spočíva v tom, že buď otvorím nejakú tému, alebo otvorím nejaký text, buď biblický, alebo z nejakej knihy a snažím sa s tými klientami viesť rozhovor, čiže nie je to nejaké kázanie, alebo niečo také, ale skôr sa snažím priniesť podnety, na ktoré potom oni reagujú, takže tá skupina je veľmi interaktívna,“ a dodáva, „... ja ich tam nechodím evanjelizovať, ten môj vstup nemá za cieľ evanjelizovať, avšak tí ľudia sami cestu k viere nachádzajú.“ To, že je dôležité ako je k spirituálnym témam **prístupované a ako je s nimi zaobchádzané** potvrdzuje aj výpoveď ďalšieho respondenta R7: „A ako inak otvárať témy spojené napríklad s tou smrťou... tieto vyššie, existenciálne témy, tak ako to považujem za podstatné... a ako myslím si, že sa to tu deje dobrou formou, keď sa s tými klientami o tom bavíme..., ale keď by som ako mala hovoriť vo všeobecnosti, tak si dokážem predstaviť, že sa do toho dá vliezť aj bobo no...“ Na **Vianoce a iné sviatky** majú možnosť klienti dobrovoľne navštíviť kostol, a z väčšiny rozhovorov vyplynulo, že mnohí z nich to využijú. Či už je to z dôvodu, že sú veriaci, alebo je to kultúrne podmienené, alebo je dôvodom len to, že na chvíľku zmenia prostredie komunity. Jeden respondent to popisuje ako silný zážitok, ako pre klientov tak pre neho samotného: R7: „Napríklad na Štedrý večer, Štedrý deň, ja tu slúžievam, pravidelne... a s klientami jazdím na polnočnú, keď chcú, je to dobrovoľné, a vlastne ten zážitok, napríklad teraz ako čo sme boli s dievčatami, asi 4 dievčatá sme boli..., nejak ako bol silný, dôležitý..., napríklad taká záležitosť, keď sme si išli pre krížik..., to bolo hrozne silné, ako fakt, ten ako symbol toho požehnania, nejak s dievčatami zalomcoval...“

### **Veríme my – vieru prenášame na klientov**

Čo sa ukázal ako podstatný rys u všetkých respondentov bola viera. Či už **viera osobná, alebo viera v zmysluplnosť ich práce, viera, že sa klienti môžu zmeniť**. Táto viera bola spoločná všetkým a preto ju pokladám za kľúčový prvok. Jeden z respondentov, konkrétne R4, to popisuje nasledovne: „Vlastne celá tá komunita je a tá terapia ako taká je vlastne postavená na tom, že v prvom rade ja musím mať vieru, že to čo tu robíme, má zmysel a môže pomôcť tým ľuďom. A snažím sa a snád' sa mi to aj darí, tú vieru, že to má zmysel a že tam je nádej na úspech, predávať klientom no..., tak nejak to ja vnímam.“ Ďalší respondent R5 dodáva: „... my veríme v to, že keď sa človek zmení, vyrastie, tak sa dostane z tej závislosti, takže na takomto type ako viery to máme postavené.“ Podobne o tom referuje

R7: „Myslím si, že hrozne ako vlastne ako že celá tá komunita je pretkaná tým, že napríklad už len to, že ako veríme tomu, že proste tí klienti sa môžu ako zmeniť..., tak to je..., ako samotná táto viera že..., to tiež nevieme, ale veríme v to.“

### 6.1.2 Dôležitosť spirituálneho rozmeru v TK

Ďalšou vzťahnou témou, na ktorú poukazovala väčšina respondentov je dôležitosť, ktorú pripisovali spiritualite, zaobreraniu s ňou a otázkam s ňou spojených. Za dôležitú ju pokladali z niekoľkých dôvodov. Prvým bol fakt, že **samotné užívanie drog môže byť spirituálnou záležitosťou**, kedy si klient okolo užívania vytvára svoje osobné rituály, zvyklosti a pod. Ďalej sú nepochybne dôležitou súčasťou užívania drog **spirituálne zážitky, ktoré klienti často na drogách zažívajú**, a ktoré môžu byť aspoň do určitej miery a bodu užívania naozaj spirituálnymi. Tu sa ponúka alternatíva ako **nahradiť ich „starú“, „nezdravú“ spiritualitu, spiritualitou zdravou, budujúcou, vďaka ktorej môže človek rásť, meniť sa a plnohodnotne žiť**. Poslednou časťou je fakt, že **klienti prechádzajú s drogou vzťahom** a preto je veľmi dôležité, aby tento vzťah niečo nahradilo a zmenil sa.

#### Spiritualita na drogách

Klienti častokrát popisujú **silné zážitky na drogách**, ktoré by chceli zažiť znova, ale už nie pomocou drog a tak **hľadajú nové možné zdroje**: R5: „... popisujú napríklad: ‚sedel som pod tým stromom, cítil spojenie proste s celou zemou...‘ proste vnímal som ako dýcha zem a proste bolo to tak silné, že... no a chce to zažiť znova, ale už nie na drogách, tak k tomu nejak smerujeme... pozorujeme stromy, sme v prírode hej...“ Ďalší respondent dopĺňa: R1: „S takou jednou závislou na heroíne som sa rozprával, a tá to prežívala úplne, tak spirituálne tie svoje stavy, také spojenie s takým krásnym ničím a predsa ničím.“ Iný respondent R6 rovnako popisuje **svet drogy ako svet duchovný**: „... na jednu stranu závislí, to duchovno je pre nich dôležitá vec, skrz drogy, a podobne. Svet drogy je tak ako dosť duchovný... tie prežitky, že... na tých drogách. Samotné to branie je... aké použiť to slovo... ritualizované... náradíčko, čas, kedy, čo, ako, koľko, tí klienti z toho robia hej...“ Táto spiritualita však **nie je rastová**, neposúva vpred dlhodobu, **práve naopak**. R6: „... nejaká hmotná vec..., biely prášok ti sprostredkuje spirituálny zážitok..., no nie je to fantastické... keby sa to ale nepokazilo že...“ V inej časti R6 hovorí: „... nakoniec to skončí nejakou toxickou psychózou, čo už nikomu moc spirituálne nepríde...“ Podobne to popísal aj R1: „Vieš a to už potom nie je spiritualita, ktorú možno vnímaš ty alebo ja, ale to už sú toxické psychózy, mimozemšťania a akože hroty, ktoré si ja osobne neviem predstaviť, hej.“

## Vnútoraná sila pre zmenu, spirituálny benzín

Ďalším dôvodom, prečo respondenti pokladajú spiritualitu za dôležitú, je fakt, že môže klientom **ponúkať zdroj sily v ich ťažkej životnej situácii a môže byť cestou zo závislosti**. R5 na otázku či spirituálne témy považuje za dôležité preberať: „*No ja si myslím, že to je niečo tak zásadné, že keď sa tomu človek nevenuje, tak ho to niekde ako doženie, proste, že ho to aj tak neminie, že sa k tomu musí dostať vlastne, keď chce niečo zmeniť ako naozaj od základu.*“ Klienti v duchovnom rozmere nachádzajú **vnútornú silu**. R1: „*Myslím si, že oni takú internú, vnútornú silu tam nachádzajú... také, že sú hodnotní, sú kompetentní, záleží na nich, na ich vzťahoch... je to niečo staro-nové s čím sa spájajú.*“ Spiritualita môže byť pre klientov zdrojom, **keď už nie je k čomu sa obrátiť**. R6: „*Riešia vlastne, že ako ja môžem žiť, keď mám dlhy, exekúcie, nemám nič, je mi 30, štartujem v podstate na -10 poschodí... No tak potom tam ako hľadajú aj ten spirituálny benzín, alebo palivo, pretože im nič iné nezostáva, že.*“ Alebo ako hovorí R3: „*Myslím si, že je to do určitej miery to dôležité, pretože pre niektorých z nich je veľmi podstatné, aby tu mali ten rozmer, že sa môžu ešte opierať o nejaký ďalší rozmer, o niekoho kto ich práve presahuje, kto ich má rád*“ Respondent 3 sa domnieva, že riešenie tém spojených so spiritualitou je **klúčové pre to, aby sa človek dostal zo závislosti**: „*Tak predovšetkým ja sa domnievam, že tam je tá základná téma, ako sa dostať z tej závislosti práve v tom, aby človek našiel seba samého... aby bol schopný pravdivého pohľadu na seba ako na osobnosť...*“

## Duchovná náplň – vymeniť staré za nové

Spiritualita môže rovnako byť aj **zdravou duchovnou náplňou**, ktorú klienti predtým vyplňali drogami. R6: „*Ten klient prichádza s nejakou potrebou vymeniť to staré za nové hej... on... tie drogy sú proste zážitkové, emočné, spirituálne hej..., veľa z nich má spirituálne zážitky na hubách, na pervitíne..., nakoniec to skončí nejakou toxickou psychózou, čo už nikomu moc spirituálne nepríde a povie im to, že nie teda..., ale tie zážitky predtým sú hej... a ten klient to chce a potrebuje niečím nahradiť...*“ Iný respondent referuje o **duchovnej prázdnote**, ktorú im z časti vyplňali drogy a teraz, keď ich brat prestali, pociťujú túto prázdnotu a hľadajú, čím by ju mohli nahradiť. R4: „*... zrejme im nejaký zmysel dávalo to užívanie návykových látok, a teraz zrazu oni cítia nejakú ako duchovnú prázdnotu, alebo ako to nazvať, a vlastne pochybujú o tom, že sa dá nahradiť bez drog... čiže je to dosť aj o tomto, ako to nahradiť, to užívanie návykových látok, ako dať životu zmysel, ako ho nájsť, ako mu rozumieť*“ K tejto oblasti **duchovnej prázdnoty** sa odvoláva aj ďalší respondent R1: „*Určite je tam ten rozmer tej prázdnoty, ktorú si tak oni potrebujú nejak*

*pokryť alebo vyplniť, preto tie drogy určite aj berú...“ Významnou témou je aj **vzťah k drogám** a potreba jeho premeny. R4: „Objavuje sa tam aj vzťah k drogám, alebo návykovým látkam, a vlastne čo mi môže tento vzťah povedzme z normálneho ľudského života – medziľudského vzťahovania sa, čo mi tam tie drogy vlastne môže nahrádzať.“ Pridáva sa aj R6: „To je to, čím tu klienti sami často prechádzajú..., že musia zmeniť vzťah k tej droge, z tej lásky, ale to fakt, oni fakt hovoria doslova o láske..., to je fascinujúce hej... z tej lásky až ako k nenávisti a odmietaniu hej, a asi ani tá nenávisť vlastne nie je to vyriešenie... tam musí byť nejaké zmierenie, alebo ja neviem, že už mi to je úplne šuma fuk hej...“*

Nasledujúca kapitola a jej podkapitoly prinášajú odpoveď na výskumnú otázku č.2.

### **6.1.3 Spirituálne témy v TK**

Túto vzťahnú kategóriu sme sa rozhodli poňať viac zoširoka, pretože z analýzy vyplynulo mnoho tém, ktoré výskumníčka aj respondenti považujú za spirituálne a bolo veľmi ťažko vybrať pár z nich, pretože rada z nich sa v rozhovoroch vyskytovala opakovane. Preto sa snažíme ponúknuť aspoň stručný náhľad do väčšiny z nich. Počas rozhovorov sme zistili, že spirituálne témy nie sú len viera v niečo čo nás presahuje, niečo transcendentálne, vyššie, abstraktné, aj keď nepochybne tam tieto oblasti patria. Zistili sme však, že témy nasiaknuté týmto spirituálnym, duchovným rozmerom sú aj témy „bežného života“, ktoré riešime vo vzťahu ku každodennému fungovaniu, akými sú odpustenie, zmysel života, sebahodnota, vzťahy s druhými, budúcnosť, nádej a pod. Aby bola prezentácia tém prehľadnejšia, rozdelili sme ich do jednotlivých kategórií. Prvú kategóriu sme nazvali **existenciálne témy**. Tvoria ju témy akými sú zmysel života, odpustenie, vina, smrť. Ďalšia kategória s názvom **ja a môj vzťah k sebe** obsahuje témy, ktoré sa viažu k samotnému klientovi a jeho pohľadu na seba. Treťou kategóriou sú témy viažuce sa k **vzťahu k druhým ľuďom**.

#### **Existenciálne témy**

Téma, ktorá sa prelínala naprieč všetkými rozhovormi, bola téma **zmyslu života**. Je pochopiteľné, že klienti s touto potrebou a otázkou prichádzajú. Jednak sa jedná o otázku, ktorú si prirodzene kladie v istom období života každý z nás. Pri užívateľoch drog je to v istom smere akcentované ešte viac práve preto, že sa ocitli v medznej situácii a nevedia ako ďalej. Nevedia, prečo sa veci diali tak ako sa diali, častokrát nevedia, kým sú, **kam majú**

**smerovať, ako žiť ďalej.** Na začiatku liečby sa ocitajú na pomyselnom pomedzí medzi starým a novým životom, a preto je pochopiteľné, že na tejto hrane si kladú otázku po zmysle života. Dokladá to väčšina respondentov. R1: *„Zmysel života je v každom z nich, tvrdo, tvrdo, proste nevedia, netušia, nechápu, prečo sú tu a čo ešte majú so svojim životom robiť... sú tak stratení proste.“* Iný respondent R4 referuje o téme **zmyslu života** takto: *„A, samozrejme, téma zmyslu života je že taká, povedal by som červená niť, ktorá sa tiahne zákazkou všetkých klientov...“* a pokračuje, *„... zrejme im nejaký zmysel dávalo to užívanie návykových látok, a teraz zrazu oni cítia nejakú ako duchovnú prázdnotu, alebo ako to nazvať, a vlastne pochybujú o tom, že sa dá nahradiť bez drog... čiže je to dosť aj o tomto, ako to nahradiť, to užívanie návykových látok, ako dať životu zmysel, ako ho nájsť, ako mu rozumieť.“* S témou zmyslu života sa spájajú aj otázky po **smerovaní, po hľadaní cesty a cieľa**. R3: *„Veľmi často hovoríme aj o tom, kde vziať silu, aby človek vôbec žil, ako nájsť motiváciu pre život, čo vôbec je život, aký je nejaký životný cieľ k čomu smerujeme, akú máme nádej, čo je súčasťou našej nádeje.“* Alebo **hľadajú ako žiť ďalej**. R5: *„Takže vlastne človek si príde na to, aký je zmysel môjho života, prečo tu som ako, prečo som tamto robil, musí si to nejak odôvodniť, prísť na to a nájsť nejaký iný smer ako kam teda odtiaľto pôjdem, čo vlastne chcem, chcem teda brať, alebo ako chcem rodinu..., takže presne ten zmysel života...“*

Ďalšou témou, ktorá sa ukázala byť významná zo všetkých rozhovorov, je téma odpustenia. **Odpustenie** pochopiteľne rieši drvivá väčšina klientov. Počas ich drogovej kariéry totiž častokrát ublížili blízkym ľuďom a teraz, v liečbe, kedy sa začali dostávať k sebe a k nejakému jasnejšiemu pohľadu a uvedomovaniu si reality, na to prichádzajú, trápi ich to a pociťujú **vinu**. R5: *„Pretože oni v tej drogovej kariére napáchali veľa škôd, že... proste predali babičke sochu, ktorú mala po tri generácie, rodinné zlato, tak on to predal za 200, za 500, všetci boli z toho hotoví a jemu to bolo jedno..., takže teraz, keď si to vlastne uvedomil, tak zrazu mu to došlo a cíti obrovskú vinu, že vlastne urobil takúto vec, a teraz sa s tým vyrovnáť, že tej babičke vzal niečo, čo po tri generácie niekde uchovávala, takže a to je len soška, a potom ešte tie zranenia vo vzťahoch, to býva ešte horšie..., tak ako s tým sa vyrovnáť, to je na dlho, no niekedy... beh na dlhú trať.“* Hľadajú spôsoby ako k zmiereniu a odpusteniu prísť. Problémom je situácia, kedy sa klient potrebuje **zmieriť s osobou, ktorá už nežije**: R2: *„Určite, vlastne tá úplne najčastejšia téma je pocit viny a to, akým spôsobom doceliť odpustenie, to je najčastejšia téma. Je to spôsobené tým, že tí klienti alebo klientky majú dosť dramatickú a niekedy aj tragickú históriu spojenú so závislosťou, častokrát*

spojenú aj so smrťou bud' tých svojich druhov v tom svete narkomanov, alebo je to, samozrejme, úmrtie niekoho blízkeho, ku ktorému mali blízko, ale vďaka tej drogovej kariére sa od neho úplne odpútali a vďaka liečbe zrazu identifikujú svoju potrebu ten kontakt znova naviazať, ale už nie je s kým.“ V tento moment musí klient prijať situáciu takú, aká je, a terapeuti sa snažia pomôcť mu **dospieť k vyrovnaníu sa s touto situáciou**. R3: „Hovoríme aj o tom, ako je potrebné naučiť sa žiť s vinou, pretože ani odpustenie, niekedy sa nám ho napríklad nedostane, pretože ten na kom, komu sme ublížili, tak napríklad zomrie, takže sa bavíme aj o tom, že je potreba sa naučiť proste žiť s niektorými danosťami.“ Osobitnou kategóriou boli ženy, ktoré mali deti. V takýchto prípadoch sa väčšina respondentov zhodla, že významnou témou pri liečbe závislosti u žien je práve **materstvo**. R7: „... samotné materstvo je asi ako veľmi spirituálna téma, ako samo o sebe..., aj keď to zas akoby nie je nazvané takto, ako spirituálne, ale myslím si, že to ten spirituálny obsah ako veľmi má no.“ A s materstvom spojené veci, v tomto prípade práve pociťovaná **vina voči deťom**. R7: „... často sa dotýkajú mamy pocitu viny, ako voči deťom, pripúšťanému alebo neprípúšťanému... to vlastne potom ako napríklad sa vidí v tom ako deti zahrňajú, ja neviem, sladkosťami, a nedokážu im vôbec niečo ako ohraničiť, povedať nie... pretože sú niekde ako v skryte zavinené, že tomu dieťaťu urobili čo urobili.“ Ďalší respondent R3 dopĺňa: „Často je tam otázka viny. Najmä, keď tí klienti majú deti, ktorým ublížili, alebo deti, ktoré nevychovávali, alebo nejakých ďalších príbuzných, ktorým ublížili.“

### **Ja a môj vzťah k sebe**

Prvou dôležitou témou v tejto oblasti je **identita**. Klient totiž do liečby prichádza niekedy po dlhých rokoch užívania a užívanie a závislosť sa tak stali už **súčasťou jeho identity**. R5: „Máme tu človeka, ktorý 20 rokov bral pervitín, tak proste to vám už nejak prejde do mäsa, do krvi... to ste proste feťák, ako keď to tak poviem, že..., ale teraz, keď chcete zmeniť tú identitu, odlúčiť sa od toho, a byť ako niekto iný, to je... preto ako... to je dlhodobé tá liečba... je to proces.“ **Zmena identity** a vôbec **nájdenie svojho pravého ja**, je kľúčovým prvkom pre to, aby sa človek dostal zo závislosti. Preto, aby bol klient schopný zmeniť svoju identitu, to kým doteraz bol, je zásadné aby **spoznal sám seba**, aby bol schopný **pravdivého pohľadu na seba** a na svoj životný príbeh. R3: „... aby bol schopný pravdivého pohľadu na seba, ako na osobnosť... aby bol schopný vnímať sa v nejakom diachronnom pohľade ako na osobu, ktorá z niečoho vyrastá, ktorá bola nejakým spôsobom formovaná, ovplyvňovaná. Čo všetko tých ľudí či už v dobrom, alebo, bohužiaľ, častejšie v zlom ovplyvnilo, a vlastne do určitej miery sa spolupodieľalo na vzniku tej závislosti. Aby



*boli schopní súčasne ale sa dostať aj k tomu vnímaniu seba nezávisle na týchto všetkých okolnostiach a súvislostiach, na prostredí, vrátane teda užívania drog a alkoholu. Aby boli schopní sa vnímať ako ľudská bytosť s vlastnou dôstojnosťou... a aby im to pomohlo akoby v tom nájsť pevnú pôdu pod nohami.“*

Ďalšou témou, ktorú klienti často riešia a s ktorou terapeuti s nimi pracujú je **sebahodnota**. R2: *„Pretože čím sú oni veľmi často zaťaženi, tak je vlastne pocit nedostatočnej hodnoty svojej, také znehodnotenie tým, čím prešli, takže v tom koncepte existenciálne spirituálnom sa zameriavam na to, aby vlastne hľadali tie hodnoty, ktoré súvisia s ich osobou.“* Ďalší respondent k téme sebahodnoty, R7: *„... ale vôbec ako myslím, celá tá kapitola siahania si na ten život, a to čo si videla s tým XXX, že ako žiadna hodnota proste, sebahodnota, môj život nemá zmysel, ničoho si na sebe nevážim...“* Je dôležité **preformátovať tento pohľad na seba**. R3: *„... hovoríme o tej zhrbenosti, o tom, čo nás vlastne ťaží, o nálepkách, ktoré dostávame, že sme feťáci, že sme alkoholicy, že sme cigáni, že sme neviem čo. Ako nás to vlastne ponižuje, ako nás to vnútorne ničí, že aj sami vo svojich vlastných očiach sa začíname vnímať ako niečo také, ale že tá pravda o nás je niekde inde. Takže tam už to potom má aj ten náboženský rozmer, keď im poviem Pán Boh vás vidí ako Božie deti... ale pokiaľ nevnímate ten Boží pohľad, tak môžete vnímať seba ako, že ste proste jedineční ľudia, že ste jedineční vo svete medzi ľuďmi...“*

### **Vzťah k druhým ľuďom**

Prirodzene ako človek poznáva sám seba, je schopný reálnejšieho a pravdivejšieho pohľadu na seba, začína si uvedomovať aj **potrebu naozajstných vzťahov**. Častokrát totiž vzťahy na drogách medzi dvomi ľuďmi sú v skutočnosti o troch. Tretím, veľmi silným moderátorom vzťahu je práve droga. Z toho prirodzene vyplýva, že klienti sa v liečbe učia, čo je to vlastne ten reálny, „čistý“ **vzťah** a ako ho budovať. Veľmi pekne to ilustruje odpoveď jedného z respondentov, R2: *„Potom by som povedal, že tam je dôležitá téma vzťahovosti. Ako v prvých krokoch liečby objavujú seba samých, začínajú byť so sebou samými v kontakte, tak zrazu vnímajú aj tú potrebu hlbšieho kontaktu s druhým a skúmajú, aké sú podmienky a okolnosti toho, aby ten vzťah nebol povrchný ale bol hlbší..., že už toho druhého neberú inštrumentálne, tak ako je to väčšinou v priebehu tej drogovej kariéry, kedy toho človeka vo väčšine prípadov redukujú len na toho, kto im pomôže zohnať drogu, ale zrazu, akonáhle sa so sebou dostanú do hlbšieho kontaktu, pociťujú, že majú potrebu úplne iného typu vzťahu, než toho inštrumentálneho a vlastne začínajú skúmať, čo to vlastne znamená mať ten vzťah k druhému ako osobe.“* Ďalší respondent R5 to popisuje takto: *„Ako*

*poznávajú seba, tú hĺbku seba, tak vlastne môžu poznávať tie nepoznané dimenzie v tom druhom človeku...“* **Dôležitosť vzťahov** potvrdzuje aj R4: „*Asi zo 70-80 % prevažujú vzťahové témy. Ja a môj vzťah k sebe, mám sa rád, nemám sa rád, vzťah k druhým ľuďom, nejakým blízkym okolo seba, partnerom, rodičom, rodine a tak ďalej.*“

Nasledujúca kapitola a jej podkapitoly, prinášajú odpovede na výskumnú otázku č.2.

#### **6.1.4 Spôsoby práce so spiritualitou v TK**

Už vyššie (v kapitole 6.1.1 v časti: Spiritualita v programe) sme popísali spôsoby práce so spirituálnymi témami, kedy je spiritualita a otázky s ňou spojené pevnou súčasťou programu. Či už je to vo forme skupinových stretnutí s kňazom alebo dochádzaniu k Anonymným alkoholikom a narkomanom a ich pravidelná návšteva TK raz do mesiaca. V tejto kapitole si ale popíšeme ešte iné spôsoby práce, ktoré sa pri analýze dát ukázali podstatnými. Opäť sme pre lepšiu prezentáciu zvolili rozdelenie tém do kategórií. Prvú kategóriu tvoria **techniky** akými sú meditácia, relaxácia, arteterapia, otužovanie a najmä dôležité rituály typické pre terapeutické komunity. Druhá kategória nesie názov **vzťah ako nositeľ zmeny**. Či už sa jedná o **komunitu ako spoločenstvo ľudí**, ktorí dlhú dobu žijú pohromade a tak navzájom medzi sebou vytvárajú vzťahy, z ktorých sa môžu učiť a vďaka spoločenstvu ďalších klientov rásť a meniť sa, popíšeme aj význam **osobného vzťahu**, ktorý sa v komunite buduje **medzi pracovníkmi a klientami** a ktorý je sám o sebe liečivý.

##### **Techniky**

Na začiatok by sme chceli vyzdvihnúť význam **rituálov**, ktoré spomínali všetci respondenti a ktoré sa ukázali byť veľmi dôležitým prvkom práve kvôli svojej symbolike, sile a predvídateľnosti, ktorá evokuje u klientov pocit zmyslu, bezpečia a rádu. Rituály v TK môžeme chápať vo viacerých rozmeroch. Jednak v maličkostiach a každodennostiach, akými sú spoločné stolovanie, pravidelný čas aktivít a pod. Jednak v zmysle rituálov typických pre všetky terapeutické komunity, akými sú rituál vstupný, prechodový, či ukončovací. V oboch prípadoch ide o rituály veľmi dôležité a všetci respondenti sa k nim vyslovili. R4 popisuje **význam spoločného stolovania** nasledovne: „*Úplne ten základný rituál, to spoločné stolovanie, ktoré myslím, že nie je v dnešnej spoločnosti vôbec bežné, čo znamená, že sa zídeme 3x, 4x za deň spoločne, čakáme až dorazí ten posledný, poprajeme si dobrú chuť, čakáme až dojedia všetci... je to o tom, to zdieľanie, to vedomie, že sme na jednej*

lodi všetci...“ **Význam rituálov typických pre TK** popisuje R7 nasledovne: „Musím povedať, že my máme ako nádherný rituál ten záverečný..., že aj napriek tomu, že tu máme pubertiakov a nevytváraných ľudí ako v nejakom zmysle..., tak že k tomu rituálu ako pristupujú s veľkým rešpektom a že ho ako silno prežívajú... konkrétne tento rituál, keď ho klienti vidia, tak, tak že nejako ako vzbudzuje motiváciu pri tom rituáli byť, že to nie je len tak niečo, ale že to je nejak ako naozaj prechod, ceremoniál, uznanie.“ Rituály a symboly sú dôležité aj z toho dôvodu, že umožňujú klientom zostať **duchovne spojení s komunitou, aj keď ju opustia**: R6: „Sviečka, tá napríklad sprevádza klienta vlastne tou liečbou. On si ju zapaluje až je uznaný tou komunitou ako plnohodnotný člen, potom sa mení farba tej sviečky na základe postupu z fázy do fázy a nakoniec tu tá sviečka zostane... a on... potom už žije... ale tá sviečka tu je proste, čo tu bude tá komunita stáť. Takže to sú sviečky všetkých klientov, ktorí u nás ukončili rituálom a oni keď potom prichádzajú, tak si tú sviečku tu nájdú a máme taký nejaký ako rituál s tými absolventami. Takže čo by to mohlo znamenať? No proste, že ja som tu nechal kus niečoho dôležitého, ktorý tu vždycky ako bude a späťne, že tá komunita vždycky na mňa myslí, že som bol, že som, a tak ďalej... a to je symbol ako blázon. A vlastne takto akoby nejakou duchovnou cestou ten klient môže, pokiaľ to potrebuje, byť zviazaný s tou komunitou, ako na diaľku v rámci posilňovania tej abstinencie hej...“

Ďalej sa presunieme k **technikám**, ktoré mnohí respondenti spomínali. Jednou z nich je napríklad **muzikoterapia**. R5: „... tak to tiež vlastne vnímam tú muzikoterapiu ako cestu niekde k tomu spirituálnemu...“. **Ďalšími, často spomínanými sú arteterapia, relaxačné techniky, imaginácia**. R4: „Používame rôzne arteterapeutické techniky, na rôzne témy, kedy ich to vedie k premýšľaniu o sebe, kto som ja, kto je moja rodina, moje miesto vo svete, moje miesto v skupine a tak podobne. A, samozrejme, takéto podobné zážitky môžu zažívať aj pri nácvikoch relaxačných techník, dýchacích cvičeniach, imagináciách, ktoré sa im ponúkajú.“ R7 popisuje **arteterapiu** nasledovne: „... témy, ktoré chcem osloviť, čo vnímam u tých klientov ako za dôležité témy, ktoré napríklad nemajú ako nasýtené, alebo s ktorými bojujú, plus ako hľadám sama v sebe, ako ja na nich nahliadam a čo si o nich myslím, čo mne kedy v živote pomohlo, a tak na základe toho vlastne potom tvorím nejaký teda arteterapeutický program..., čo sa v tej arteterapii bude diať..., aby to zapadalo, ten arteterapeutický program do nejakej ako logiky sveta.“ Ďalej sa venujú aj **divadlu**: „Keď robím divadlo s klientami, tak sa tiež vždycky snažím o to, aby to malo ešte nejaký ako presah, nejakú ako myšlienku, ešte niečo ako za, nejaká ako symbolika.“ Ďalšou významnou metódou, s ktorou niektorí respondenti s klientami pracujú je **otužovanie**. R7: „XX, ale aj

iní chalani, terapeuti, sa chodia s klientami otužovať, čo si myslím teda, že je veľmi silné... keď napríklad sú nejaké blbé myšlienky u tých klientov, alebo potrebujú niečo spláchnuť, tak že sa idú, že sa idú otužovať.“ R6 to popisuje podobne: „My im hovoríme... máš nejaký smútok... alebo nielen smútok... chute... skoč do potoka, nechaj to odplaviť.“ Väčšina respondentov sa zhodla, že techniky sa snažia **šit' klientom na mieru a podľa potreby**. R6 to popisuje takto: „... sú to veci, ktoré prichádzajú v rámci toho terapeutického procesu s tým človekom. Hej, proste keď sa niečo deje, tak nás napadnú akoby veci.“ Zaujímavou technikou, na ktorú si R6 pri rozhovore spomenul je **kopanie hrobu**: „Klient si kope svoj hrob a tam je strašne veľa významov... už samotné to, že si kopem svoj hrob je husté hej..., klient nám tam teraz nedávno ako to vykopal, tak na šuter vypísal všetky negatívne veci, ktoré chce pochovať v tom hrobe..., potom to môže byť ako symbolický význam, že vlastne pozri sa, ty sa správaš vlastne tak, že si ten hrob kopeš, tak pod' si ho teraz naozaj kopať a zažiť si to, aké je to kopať si hrob hej. A ten klient, ktorý tam bol teraz nedávno, tak mal ako veľmi silné spirituálne zážitky.“ Ďalšími boli napríklad techniky, ktorými sa klienti **vyrovnávali so smrťou blízkeho**. R1: „Sú rôzne spôsoby akými sa s tým dá vyrovnáť a pre každého hľadáme spôsob, ktorý by mu sadol najlepšie. Teda zažili sme rituály typu, že doniesli tam fotografiu a rozprávali o tom človeku, akože ho pochovávali..., písali mu list, ktorý potom roztrhali...“ Podobne to popisuje R6: „... vyrovnávanie sa so smrťou niekoho..., napíš mu dopis, už mu to nepovieš a hod' ho tu do potoka, ono to niekam dopláva. Mnohokrát sme vypúšťali ten lampión šťastia, kde bol nejaký odkaz niekomu, kto umrel, v nebi.“

**Pobyt v prírode** síce nie je technikou, ale nedá nám ho tu nezmeniť. Veľa respondentov totiž kládlo dôraz aj na voľný čas, mimo individuálnych a skupinových terapií, ktorý je veľmi významným pre klientov pri liečbe v TK. Jeden z respondentov, R1, to popisuje slovami: „...my sme v prírode, máme tam kopu zvierat, takže tam sa dá spojiť s takými prírodnými prvkami, berieme ich na rôzne záťažové akcie, na také pochody – proste výlety s batohmi, na bicykle...“ R5 popisuje, ako sa môže v klientovi **niečo silné odohrať aj pri takýchto bežných aktivitách**: „Si pamätám, že sme boli na priehrade, a sme sedeli, slnko zapadalo, tá voda sa tam vlnila, a sme to pozorovali, a viem, že ten jeden chalan ako hovoril, že proste toto, že to naňho tak silno zapôsobilo, že videl, že to ako má všetko zmysel a nejak mu to zapadlo a cítil nejaké spojenie s tou prírodou a so všetkým ako... ten presah no.“

## Vzťah ako nositeľ zmeny

Ako veľmi významným „spôsobom práce“ sa ukázala **samotná komunita a život v nej**. Keďže sa jedná o liečbu dlhodobú, klienti majú dostatok času na to prehĺbiť vzťahy medzi sebou a tým utvoriť silné spoločenstvo, kde **vzájomne na seba pôsobia**. R5: *„Oni sa vlastne liečia ako navzájom presne..., že vlastne dajú sami seba do tej skupiny a vďaka tomu môže tá skupina žiť a oni tiež, že... zas dostanú spätné väzby a je to vlastne úžasný proces, keď to funguje.“* Komunita je pre klientov malým uzavretým svetom, kde sa môžu učiť **poznávať seba, poznávať druhých, skúšať si nové formy správania a overovať ich funkčnosť**. R7: *„A vlastne aj ako vôbec samotné to, že ti tá skupina, tá komunita, že ti ako sprostredkuje a zobrazí celý svet..., to je hrozne mocné..., to je mágia... a že ti to ako ukazuje, ako ty v tom svete ako funguješ, vo vzťahoch... a zároveň ťa to ako má možnosť opraviť... ako je v tom vlastne mocná, že proste to ako vie robiť... tak to si myslím, že je ako úplne hrozne spirituálne.“* Viacerí respondenti spomínali, že **komunita je ako rodina**. R4: *„Komunita vlastne je postavená na báze takej akoby rodiny, spoločne robíme veľa vecí, myslím, že oni prenosovo nás, ako terapeutov, vnímajú ako nejakých rodičov v úvodzovkách..., napríklad na Vianoce, schádzame sa celá komunita, máme spoločnú večeru, spoločne ideme ku stromčeku, ktorý rozsvietime, dávame si nejakú drobnú darčeky a pripomíname tam nejaké tradície..., zvlášť na tie Vianoce, niektorí nemajú kam ísť, čiže o to viac my im potom ako musíme nahrádzať tú pôvodnú rodinu.“* Navzájom sa klienti ovplyvňujú skrz **reflexie, spätné väzby** a prirodzene cez vzťahy, v ktorých sa v rámci liečby ocitnú. R4: *„Máme vlastne nejaké skupiny, máme interakčné skupiny, kde oni si vyrozprávajú nejaké vzájomné vzťahy a podobne...“* R2 popisuje **silu dynamiky** v skupine: *„V skupinovej terapii je tú tému vidieť na tom riešení tých interpersonálnych problémov..., v tej skupinovej terapii to vytvára výbornú dynamiku.“*

Ako veľmi významný sa pri práci so spirituálnymi témami ukázal aj **prirodzený, blízky, osobný vzťah klientov s pracovníkmi TK**, kedy klienti vnímajú, že terapeutom **na nich záleží**. Opäť pri analýze materiálu sa v rozhovoroch táto téma vyskytla niekoľko krát. Veľmi pekne to vystihol R3: *„Pre mňa je tam úplne základná vec úcta voči tým ľuďom. Myslím si, že oni vnímajú hodne práve to, že si ich vážim, že ich beriem ako jednotlivcov, že mám záujem o nich ako o jednotlivých ľuďoch, ktorých život ma zaujíma, ich životné príbehy ma zaujímajú, ich starosti ma zaujímajú a tiež radosti..., že tak ako berú celkom dobre, že mám záujem o ich súkromný život, čo budú robiť až pôjdu z komunity...“* R4 to popisuje podobne: *„... tie interakcie tu prebiehajú na veľa úrovniach. Je to, že ja sa stretnem*

*s človekom na chodbe a prehodíme spolu pár viet napríklad, ale aj v tom ako ja vnímam, že to je nejaká miera duchovnej podpory... že on klesá na mysl, alebo je na tom nejak zle psychicky a už len to, že ja prejavím záujem, že vidím, že sa s ním niečo deje, spýtam sa ho na to a nejak spolu o tom prehovoríme, tak už len to si myslím, že je niečo, čo im pomáha sýtiť nejaké ako ich duchovné potreby toho, že ja niekoho zaujímam, niekto o mňa stojí.“*

Nasledujúce kapitoly a ich podkapitoly prinášajú odpoveď na výskumnú otázku č.3.

### **6.1.5 Prospešnosť spirituálnych tém pre rôznych klientov**

V tejto kapitole by sme radi ukázali, ako respondenti pristupovali k otázke, či je určitá skupina klientov, kde tieto témy nie je vhodné otvárať, alebo je to individuálne či dokonca univerzálne. Pre lepšiu prehľadnosť sme výpovede respondentov opäť rozdelili do určitých celkov, podľa toho čo sa najčastejšie v rozhovoroch vyskytovalo.

#### **Vhodné pre každého, individuálne**

Väčšina respondentov pokladala za dôležité tieto témy riešiť s každým, poprípade podľa jeho potreby, pretože sú to **témy pre človeka prirodzené**. Človek má prirodzenú potrebu zaoberať sa takýmito témami, obzvlášť človek, ktorý sa ocitol na hrane, stojí pred veľkou zmenou a musí nájsť silu, aby túto zmenu ustál. R7: *„Ja si myslím, že to ako patrí k nejakému ako premýšľaniu, nejak ako k životu, hej, že proste premýšľať nad tým odkiaľ som, čo je mojím zmyslom..., že to je ako prirodzené...“* Alebo R5: *„Dušu máme každý, tak vlastne to musí byť vhodné pre každého, ale teraz ide o to v akú dobu...“* Rovnako sa väčšina respondentov zhodla, že **záleží na osobnosti klienta**, na tom, či má k tomu bližšie alebo nie a riešia to potom s každým **individuálne**. R5: *„Myslím si, že proste ten kto k tomu nejak tiahne prirodzene, tak proste je to jeho téma, ktorú proste rieši.“* Alebo R1: *„Niekto je tomu viac otvorený, niekto menej...“* **Existenciálne témy častokrát začnú riešiť klienti, ktorí sa ocitli na hrane, v blízkosti smrti**. R2: *„Sú to práve tie prípady toho kontaktu so smrťou, keď im napríklad pred očami zomrie kamarát, alebo sú to prípady, kedy už sú vo fáze kedy si nie sú schopní aplikovať tú látku intravenózne a aplikuje im ju ten ich druh a on vlastne potom zomrie na predávkovanie, takže to sú ťažké situácie, ktoré nimi otrasú..., je to taký akoby tieň, ktorý ich prenasleduje v priebehu liečby a tak sa to snažia riešiť no.“* Ďalší z respondentov R7 hovorí: *„... mali sme napríklad klientov, ktorí mali HIV..., ale to som tam ešte nepracovala..., ako vo veľmi mladom veku to chytili, tak tam si myslím, že sa museli*

dotýkať veľmi ako, veľmi hlbokých tém.“ **Vhodné je to rovnako aj tam, kde je to pre klienta nejakým prínosom, silou, motiváciou.** R1: „Ja by som o tom uvažoval ako o možnosti. Sú ľudia, ktorí s tým už nejakú skúsenosť majú, majú ju zažitú, a tam by som sa zaujímal, že ako ju obnoviť, ako toho človeka s tým spojiť, ak by to malo byť zdrojové. Keď je pre niekoho viera dôležitá, tak sa s tým snažíme pracovať ako s jeho potencionálnym zdrojom.“ Iný respondent R3 popisuje **prípado konkrétny klientky**: „A potom je tam jedna pani, ktorá vlastne bola asi 20 rokov závislá a vo väzení sa ako z tej závislosti dostala a prišla ku kresťanstvu, tak tam je to hodne špecifické a krehké, tam si zas uvedomujem, že to pre ňu je nesmierne dôležité, lebo ju vlastne nájdanie Krista, jej to vlastne vrátilo pocit dôstojnosti a vôbec schopnosť nejak žiť a vnímať seba samú, a preto našla silu aj tu do tejto komunity ísť.“ Iný respondent popisuje typ klientov kde riešiť tieto témy vníma ako **veľmi podstatné**. R4: „Depresie, depresívne stavy, úzkostné nálady, výkyvy, neschopnosť radovať sa a tak ďalej..., tam naopak to vidím ako, že je to dôležité, že je to obohacujúce, že im to vlastne pomáha..., tam si myslím, že to ako je tá cesta k uzdraveniu. Že ja neviem, hej, že neschopnosť radovať sa, tam na tom musí človek pracovať... a učiť sa radovať z malých vecí.“

### **Psychopatológia – schizofrénia a psychotické stavy**

Napriek tomu, že sú v CZ špeciálne terapeutické komunity, ktoré sa zameriavajú na **klientelu s duálnymi diagnózami a s psychopatológiou**, v dnešnej dobe je v **TK viac a viac takýchto klientov**. Tento zaujímavý fenomén potvrdila väčšina respondentov. R4: „Teraz k nám chodia ľudia v omnoho horšom stave, zdravotnom a psychickom hlavne. Ako viac rozsekaní, majú viac diagnostikované nejaké duálne diagnózy psychiatrické.“ R7: „Ono v dnešnej dobe... duálne diagnózy v podstate berú všade. Pretože proste už nejde brať, nie sú proste ako, nie je toľko klientov, ktorí sú ako zdraví, normálni feťáci, že... takže tie duálne diagnózy ako sú v komunitách... sú aj viac závažného rázu ako boli predtým.“ Preto je na mieste zamyslieť sa, ako s týmito témami zaobchádzať aj pri takýchto klientoch. Zaujímavou kategóriou klientov, ktorú spomenula v rozhovoroch väčšina respondentov, boli **klienti so schizofréniou**. Tu sa respondenti delili na tých, ktorí by sa od týchto tém držali ďalej, pretože to vnímali ako **ohrozujúce a zneisťujúce** pre týchto klientov. R4: „Ohrozujúce to môže byť práve pri ľuďoch so schizofréniou..., tí vlastne potrebujú nejakú väčšiu mieru istoty, podpory, nie ako abstraktné témy... Si pamätám jedného klienta..., stále sa potreboval uisťovať, že robí tie veci dobre, ale tie základné úplne, že nemal kapacitu premýšľať o nejakých veciach, ktoré ho presahujú, dokonca nejaké abstraktné témy ho až

vypínali na tej skupine. Bolo to pre neho možno aj viac ohrozujúce a zneisťujúce.“ R7: „Ja by som sa do toho nepúšťala so psychotickými klientami... tam by mi to prišlo, že to môže skôr prikúriť ako pomôcť no... Pokladám to za vhodné pokiaľ ten človek fakt nie je v nejakej ako situácii kedy by sa mohol napríklad preboriť do nejakých psychóz..., tam si to ako dokážem predstaviť, že by to mohlo byť ohrozujúce.“

Druhá polovica respondentov to vnímala ako až **potrebné**. R1: „Možno práve toto sú ľudia, ktorí to najviac potrebujú, také to rozprávanie sa o tomto hej. V nejakých medziach. Viem si predstaviť, že u týchto ľudí by to bola téma.“ Niektorí tvrdili, že je to potrebné možno ešte viac ako pri iných klientoch z dôvodu, že **táto skupina klientov tieto témy sama prináša a má za potrebu riešiť**. R6: „Pokiaľ naozaj budem pracovať so schizofrenikom, pretože on ten schizofrenik dokonca to prináša, že, on prináša nejaký konštrukt...“ Všetci sa však zhodli na tom, že je potreba pristupovať k tomu **veľmi opatrne**, pretože sa pohybujeme na tenkom ľade. R1: „No bol by som opatrný pri nejakých psychotikoch, schizofrenikoch, proste ľuďoch s duálnymi diagnózami, ktorí tam naozaj prídu s rozloženou osobnosťou, ľudia, ktorí mali tie toxické psychózy..., je to pre nich téma, ktorá je podľa mňa dôležitá a dá sa tam veľa čerpať, ale tam by som bol opatrný. Išiel by som tak po špičkách.“ Dôležité je rozlišovať čo je rastové a **čo už je nezdravé** a netreba to podporovať. R1: „Lebo to môže byť fakt niečo úžasné, pre nás presahujúce, alebo len proste nejaký výplod, ktorému zas ideálne nevenovať toľko pozornosti a snažiť sa toho človeka zakotvovať v realite.“ Podobne o tom uvažuje aj R6: „Ako v podstate sa s tým dá pracovať s každým..., ale pokiaľ naozaj budem pracovať so schizofrenikom, tak ako to je veľmi zložité, alebo je to taká dlhodobá práca si myslím, trochu roztriediť, čo je ten chorý blud, čo je tá halucinácia a čo je zdravé na to, aby sa na tom dalo stavať. Roztriediť to trochu hej..., alebo proste identifikovať niečo, čo je najmenej škodlivé a nejak pracovať na tom..., pretože ten jeho spirituálny svet je proste znovu ako kontaminovaný tou chorobou...“

### **6.1.6 Doba vhodná pre spirituálne témy**

Okrem toho, že spiritualita pretkáva celý pobyt v TK (ako sme rozoberali už v kapitole 6.1.1) sa väčšina respondentov zhodla, že tieto témy klienti sami prinášajú, alebo sú schopní a otvorení ich riešiť **v neskoršej fáze** liečby. R7: „Myslím si, že je to individuálne, ale v 99 % prípadoch sa skôr človek k takýmto témam dostáva neskôr v liečbe. Človek ako tu je dlhšiu dobu a ako sa mu rozpína ten spôsob uvažovania v tých obyčajných a vzťahových veciach, tak si myslím, že tým sa dostáva ako k nejakým, k nejakým ako hlbším úvahám...“



Je to pochopiteľné z viacerých dôvodov. Prvým dôvodom môže byť **počiatočná nedôvera**. R4: „Prvá fáza, tak tam je na strane toho klienta skôr nejaká ako omnoho väčšia miera nedôvery..., má nejakú prednastavenú nedôveru a trvá to. On si nás nejak ako testuje, všetkých, overuje, aj ten program a tých ostatných klientov. Takže si myslím, že aj napriek tomu, že sa mu to zo strany skupiny alebo aj terapeutov dostáva, nejaká tá podpora v oblasti týchto duchovných vecí, tak si myslím, že je omnoho zdržanlivejší ich prijímať, pretože neverí.“ Ďalším dôvodom je fakt, že klient prichádza do TK často ešte **nie úplne stabilný a pevný**. Potrebuje si najprv v hlave preskladať a utriediť základnejšie veci a **až neskôr sa venovať témam, ktoré ho presahujú**. R5: „Keď príde po 14-dennom detoxe a je proste v chutiach, tak má hlavu niekto úplne inde..., tak sa napríklad k nejakým ako vôbec témam svojim vnútorným a tým spirituálnym otázkam dostane až v druhej polke liečby, až sa tu fakt nejak usadí, rozkuká, odstrihne od toho starého života... a teraz kuká už do toho budúca a do seba, že...“ Pekne to popisuje aj R2: „Akonáhle by ste nastúpila s týmito témami v prvej fáze, kedy oni zatiaľ len hľadajú nejakú vlastne orientáciu a kedy len začínajú byť v kontakte so sebou, čo im prináša ohromný zmätok, pretože zrazu vlastne aj vyplávajú veci z minulosti, ktoré oni vytesnili, tak v ten moment je to úplne neefektívne toto otvárať...“ Keď sa klient **zastabilizuje a začne dôverovať skupine**, môže sa dostať hlbšie k takýmto témam. R4: „V druhej fáze, väčšina tých klientov myslím, že verí v ten program, verí v tú skupinu, verí v tých terapeutov a potom to prijímajú ľahšie a inak..., myslím si, že ich to dokáže potom obohacovať a možno to začnú aj docenovať, neberú to len ako nárok na seba, ale skôr ako naozaj ako podporu, obohatenie životné alebo osobné.“ R2: „... ale je to dôležité v tej fáze už konštruktívnej, to je vlastne tá druhá fáza, kedy už vlastne identifikovali tie svoje témy a kedy sa akoby zamýšľajú ako ich riešiť, tak v ten moment je práve dobré im otvárať priestor v tomto a ponúkať im to.“

## 6.2 Odpovede na výskumné otázky

### 1. Nakoľko sa so spiritualitou pracuje v rámci liečby závislosti v terapeutických komunitách a aké sú najčastejšie témy, s ktorými sa v tejto oblasti pracuje?

Všetci respondenti sa zhodli na tom, že nejakou formou, či už explicitne pomenovanou alebo schovanou na pozadí každodenného života v TK, je spiritualita súčasťou liečby v terapeutickej komunite. Buď sa jedná o spiritualitu, ktorá je zaradená v programe, ako napríklad dochádzanie kňaza do TK, alebo návšteva Anonymných narkomanov a alkoholikov, alebo vo väčšine prípadov ide o spiritualitu nie explicitne pomenovanú,

programovo riadenú, ale o spiritualitu ako esenciu, filozofiu TK. (*Kap. 6.1.1 Spiritualita ako esencia TK*).

Všetci respondenti uviedli, že spiritualita a témy s ňou spojené sa v liečbe v nejakej forme vyskytujú a je veľmi dôležité aj s týmto rozmerom pracovať. Väčšina z respondentov sa odvolávala na rôzne dôvody prečo tomu tak je. Jedným z nich je prirodzená ľudská potreba po týchto otázkach, o to viac akcentovaná pri klientoch, ktorí sa rozhodli pre radikálnu zmenu v živote. Ďalším dôvodom môže byť fakt, že samotné užívanie drog bolo pre klientov v istom smere spirituálnou záležitosťou, zmyslom života, a teraz je potreba túto prázdnotu, ktorá vznikla, keď drogy brať prestali, niečím nahradiť. Zameriavať sa na spiritualitu a duchovno je dôležité aj preto, že to klientom poskytuje ďalší rozmer, z ktorého môžu čerpať a o ktorý sa môžu opierať. Je dôležité, aby sa bral ohľad na individuálne potreby klientov a nachádzali sa čo najlepšie spôsoby pre prácu s touto oblasťou. (*Kap. 6.1.2 Dôležitosť spirituálneho rozmeru v TK*).

Spirituálne témy prinášajú klienti sami a aj jednotliví pracovníci, tu však záleží na osobnostnom nastavení konkrétneho zamestnanca TK. Všetci respondenti v našom výskume vnímali spiritualitu ako podstatnú zložku ich života. Väčšina z nich popisovala, že verí v niečo, čo nás presahuje, vo vyšší rád, silu, niečo z čoho môžu čerpať, čo ich vedie k sebapoznaniu, k autenticite, k vzťahom. Rovnako všetci respondenti zdôrazňovali to, že ich viera v to, že sa klient môže zmeniť, je kľúčová pre to, aby mohli túto vieru predávať klientom. (*6.1.1 Spiritualita ako esencia TK, podkapitola Veríme my – vieru prenášame na klientov*).

Témy, s ktorými sa respondenti najviac stretávajú, sú mimo tém transcendentálnych, tém, ktoré sa dotýkajú nejakej vyššej existencie, vyššieho rádu a pod., témy s presahom do bežného ľudského fungovania. Najčastejšie sú to témy odpustenia, viny, zmierenia sa so smrťou alebo témy týkajúce sa zmyslu života. Rovnako častými témami sú témy týkajúce sa klientov samotných, akými sú sebahodnota, vzťah k sebe samému alebo hľadanie novej identity. V neposlednom rade sú to témy týkajúce sa ich vzťahov s okolím – s blízkymi, s rodinou, s partnermi. (*Kap. 6.1.3 Spirituálne témy v TK*).

Na výskumnú otázku č.1 odpovedajú vzťahné kategórie a ich podkapitoly: **6.1.1 Spiritualita ako esencia TK, 6.1.2 Dôležitosť spirituálneho rozmeru v TK, 6.1.3 Spirituálne témy v TK.**

## **2. Aké sú špecifické terapeutické metódy, s ktorými sa v rámci spirituality pracuje?**

Ako podstatné pre riešenie tém spojených so spiritualitou sa ukázali rôzne techniky, využívané pracovníkmi TK, a najmä vzťahy, či už medzi klientami navzájom alebo medzi klientami a pracovníkmi.

Z konkrétnych techník sú to najmä rituály, či už v zmysle „malých“ rituálov, akým je spoločné stolovanie, alebo „veľké“ rituály, typické pre terapeutické komunity, akými sú vstupný, prechodový, či záverečný rituál. Rituály ponúkajú klientom rád a očakávateľnosť a tak vytvárajú pocit bezpečia a istoty. Rituály symbolicky predstavujú pre klientov nehmateľné prepojenie s komunitou a sú veľmi významným prvkom všetkých komunit. Ďalej sú to techniky, akými sú arteterapia, muzikoterapia, relaxácia, dychové cvičenia, alebo otužovanie, poprípade iné techniky, ktoré vyplynú z terapeutického procesu. Pre ilustráciu uvádzame príklad rituálu zmierovania sa so smrťou niekoho, kto už nežije, kedy mu klient napíše list a nechá ho odplaviť. (*Kap. 6.1.4 Spôsoby práce so spiritualitou v TK, podkapitola Techniky*).

Mimo techník, dôležitým spôsobom práce so spiritualitou je aj osobný vzťah, ktorý si klienti medzi sebou v komunite vytvoria, keďže sa jedná o liečbu dlhodobú, veľmi intenzívnu a s relatívne malým počtom klientov (oproti iným typom zariadení). TK tak tvorí „uzavretý svet“ kde si môžu byť sebe navzájom nápomocnými učiteľmi, či už ide o dávanie a prijímanie reflexií, spätných väzieb, alebo jednoducho učeníu sa zo vzťahov. Klienti sa skrze tento silný skupinový proces môžu lepšie poznať a skúšať si nové formy správania a vzťahovania sa ku svetu. Dôležitý je aj osobný vzťah s terapeutmi, ktorý je sám o sebe liečivý. Deje sa tak skrz úplne prirodzené interakcie medzi terapeutmi a klientami, ktoré však majú pre klientov veľkú silu, pretože z nich vnímajú, že terapeutom na nich záleží a sú hodnotní. (*Kap. 6.1.4 Spôsoby práce so spiritualitou v TK, podkapitola Vzťah ako nositeľ zmeny*).

Na výskumnú otázku č. 2 odpovedá vzťahná kategória a jej podkapitoly: **6.1.4 Spôsoby práce so spiritualitou v TK.**

## **3. Kedy a kde je vhodné zamerať sa na spiritualitu a otázky s ňou spojené?**

Z analýzy vyplynulo, že síce je spiritualita a témy s ňou spojené každodennou súčasťou liečby v TK, predsa len sa väčšina respondentov zhodla, že sa klienti k týmto otázkam a úvahám dostávajú obvykle neskôr v liečbe, spravidla v druhej fáze. Je to najmä preto, že

na začiatku liečby sú klienti častokrát ešte dezorientovaní, nedôverujú skupine ani terapeutom, hľadajú ešte len samých seba a dostávajú sa do kontaktu so sebou samými. Neskôr, keď sú stabilnejší, môžu sa začať pozeráť do svojho vnútra, začať skúmať seba a svoje vnútorné, hlbšie potreby. Vtedy je na mieste ponúknuť im priestor pre tieto otázky a byť tam pre nich. *(Kap. 6.1.6 Doba vhodná pre spirituálne témy).*

Otázkou kde, sme sledovali typ klientov, pri ktorých by začlenenie spirituality mohlo pomôcť pri liečbe závislosti a pri ktorých by to naopak vhodné nebolo. Ukázalo sa, že táto téma je vhodná pre všetkých klientov, pretože zaoberať sa témami spojenými so spiritualitou je nám ľuďom prirodzené. Ide len o to, do akej miery ju klient riešiť chce a je tomu otvorený. Ako veľmi významným sa to ukázalo pri klientoch, ktorí s touto oblasťou už nejakú pozitívnu skúsenosť mali a riešenie takýchto tém bolo pre nich zdrojové. To platí paušálne pri každom, pri kom sa téma spirituality ukázala ako zdrojová. *(Kap. 6.1.5 Prospesnosť spirituálnych tém pre rôznych klientov, podkapitola Vhodné pri každom, individuálne).*

Zaujímavosťou, ktorú spomenula väčšina respondentov, boli klienti s duálnymi diagnózami, prevažne so schizofréniou, alebo psychotickí klienti. Jedna skupina respondentov tvrdila, že by sa do týchto tém s touto skupinou klientov radšej nepúšťala, pretože by to pre nich mohlo byť skôr ohrozujúce. Druhá skupina referovala, naopak, o veľkej potrebe riešiť to, pretože to je týmto klientom blízke a sami to do terapeutického procesu prinášajú. Všetci sa však zhodli na tom, že je veľmi dôležité pristupovať k týmto klientom v spirituálnych témach opatrne a rozlišovať zdravé od chorého, choré nepodporovať, nerozvíjať, ale, naopak, zakotvovať klienta v realite. *(Kap. 6.1.5 Prospesnosť spirituálnych tém pre rôznych klientov, podkapitola Psychopatológia – schizofrénia a psychotické stavy).*

Na výskumnú otázku č. 3 odpovedajú vzťažné kategórie a ich podkapitoly: **6.1.6 Doba vhodná pre spirituálne témy, 6.1.5 Prospesnosť spirituálnych tém pre rôznych klientov**

## 7 DISKUSIA

Cieľom našej práce bolo zmapovať a popísať skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit so začlenením spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách.

Na základe výskumného cieľa boli stanovené výskumné otázky. Prvá otázka zisťovala, nakoľko sa so spiritualitou v rámci liečby závislosti v TK pracuje a aké sú najčastejšie témy, s ktorými sa v tejto oblasti pracuje. Ďalšia výskumná otázka zisťovala, aké sú terapeutické metódy, ktoré sa využívajú pri práci so spiritualitou a s témami s ňou spojenými. Posledná výskumná otázka zisťovala, aký je vhodný čas na preberanie týchto tém s klientami TK a pri akých typoch klientov je vhodné zamerať sa na oblasť spirituality.

Pojem spiritualita by sa mohol zdať ako veľmi vágny pojem, a tak pre lepšiu orientáciu opäť pripomenieme čitateľom, o akú spiritualitu sa v našej práci jedná. Spiritualitou nemyslíme len transcendentálne zážitky, ktoré nás presahujú a vieru v nejakú vyššiu silu, ku ktorej sa môžeme obracať a čerpať z nej, aj keď bezpochyby tu aj tento rozmer spirituality patrí. S takto poňatou spiritualitou pracuje napríklad hnutie Anonymní alkoholici či Anonymní narkomani, ktorí veľmi spopularizovali práve spirituálny rozmer pri liečbe závislosti. Program Anonymných alkoholikov a narkomanov spočíva v prijatí existencie vyššej moci, ktorej sa môžeme odovzdať a môže nám pomôcť obnoviť zdravie a navrátiť životu zmysel. Pojem spirituálny odlišujú od pojmu náboženský a akcentovaný je najmä priamy vzťah k Božstvu, nie k nejakej konkrétnej cirkvi (Kalina, 2003). Spiritualita v našom výskume naberá však aj na inom význame a uvažujeme o nej podobne ako Richterová Ľemínová (2007b) alebo Martsolf & Mickley (1998). Uvažujeme o nej ako o fenoméne prestupujúcom do oblastí bežného, každodenného života, do vzťahu k nám samým a do vzťahov k druhým. Témami, ktoré autori považujú za spirituálne, sú témy nájdenia zmyslu života, pochopenia udalostí a toho, čím človek prechádza, poznanie seba samého v pravom svetle a prijatie seba samého, osobný rast a vývoj, viera v seba samého, nájdenie svojho miesta v spoločnosti a v neposlednom rade schopnosť naozajstných vzťahov s druhými.

Vo všetkých terapeutických komunitách, ktoré výskumníčka navštívila, sa nejakým spôsobom so spiritualitou v tomto širšom ponímaní pracuje. Respondenti uvádzali, že častokrát je téma spirituality „skrytá“ pod inými témami, ktoré klienti prinášajú. Ako

vyplýva aj z rozhovorov, ktoré robili s abstinujúcimi bývalými pacientami Nešpor a Csémy (2006), ukázalo sa, že pacienti sa často odvolávajú k spiritualite a k spirituálnym zážitkom, ktoré sú však na prvý pohľad nenápadné a skryté. Podobné skúsenosti so spiritualitou popisovali pracovníci terapeutických komunít. O spiritualite referujú ako o esencii terapeutickkej komunity, ako o niečom, čo je kardinálne a schované na pozadí každodenného fungovania terapeutickkej komunity. Zameranie sa na duchovno je tak prirodzenou súčasťou terapeutickkej komunity.

Mimo túto „skrytú“ esenciu, boli v našom výskumnom súbore dve komunity, ktoré pracovali so spiritualitou programovo. Buď to tak, že k nim raz za dva týždne dochádzal kňaz, ktorý s klientami interaktívnou formou skupinovo preberal nejaké témy, alebo v inej komunite klienti v tretej fáze dochádzali na stretnutia Anonymných alkoholikov a narkomanov, a títo ľudia zas chodili raz do mesiaca na návštevu do TK. Dochádzanie duchovného v prípade, že je to pre klienta zdrojom a prínosom, odporúča aj Puchlaski (2001). Autorka dodáva, že tam, kde by to mohlo pomôcť, by bolo vhodné pracovať s duchovným ako s členom interdisciplinárneho tímu.

Ďalším veľmi dôležitým faktorom, ktorý vyplýva z prvej výskumnej otázky je to, že všetci pracovníci TK referovali o svojej osobnej viere a o viere, že klienti sa môžu zmeniť, ako o kľúčovom prvku pri liečbe. Je totiž veľmi dôležité, aby samotní pracovníci verili v možnosť klienta zmeniť sa a následne tak boli schopní túto vieru na klientov prenášať. Yalom (2021) dokonca stavia dodávanie nádeje na prvé miesto v jeho zozname účinných faktorov skupinovej psychoterapie. Tvrdí, že viera a nádej sú nielen základom odhodlania zotrvať v liečbe, ale že viera v spôsob liečby je sama o sebe veľmi účinná.

Ďalším významným zistením, ktoré vyplynulo z prvej výskumnej otázky a ktoré nejde opomenúť, je dôležitosť, ktorú prikladali pracovníci TK spiritualite a témam s ňou spojenými pri liečbe zo závislosti. Bolo to z viacerých dôvodov. Jednak je to pre to, že samotné užívanie drog mohlo byť pre klientov v určitom zmysle spirituálne. Či už sa jedná o samotné zážitky na drogách, ktoré môžu byť aspoň do určitého momentu spirituálne, alebo sú to rituály vytvárané okolo užívania drog. Podľa Frouzovej (2003) umožňujú niektoré psychoaktívne látky zvláštne poznanie, skrz ktoré môže jedinec vnímať sám seba a hľadať zmysel svojho života. Viacero respondentov rovnako zdôrazňovalo, že droga častokrát vyplní duchovný priestor, ktorý v sebe človek má, a teraz, keď sa jej človek zbavuje, je potreba tento priestor vyplniť niečím iným. Tu sa ponúka nahradiť to práve zdravou, budujúcou spiritualitou, vďaka ktorej môže človek rásť a posúvať sa vpred. Podobne o tom

uvažuje aj Kudrle (2003) keď tvrdí, že potrebou spirituality je dôležité zaoberať sa aj preto, že mnohí závislí, hľadali pôvodne v drogách naplnenie tejto potreby. Táto duchovná prázdnota a potreba jej naplnenia je zrejmá aj z výskumu Heinz et al. (2010). V tomto výskume participanti popisovali, ako bola ich spiritualita počas závislosti úplne nahradená drogou. Je na mieste zaoberať sa teda spiritualitou a duchovnom, keďže v liečbe sa klienti drogy vzdávajú, a tak tam opäť vzniká prázdny priestor, ktorý je treba niečím vyplniť. Autorka popisuje, že samotný nástup do liečby bol u účastníkov sprevádzaný zvýšeným záujmom o spiritualitu a spiritualita bola uvádzaná ako dôležitý faktor, ktorý pomáhal účastníkom zotrvať v liečbe. Na dôležitosť spirituality pri liečbe závislosti poukazuje aj Ďanovský (2016). Z výskumu, ktorý realizoval vyplýva, že ľudia s vyššou mierou spirituálnej pohody vykazujú vyššiu úspešnosť liečby.

Čo sa týka spirituality ako pomocného faktoru pri liečbe zo závislosti, pracovníci TK zdôrazňovali aj fakt, že na to, aby sa človek dostal zo závislosti, je potrebné, aby dokázal na seba nahliadať v pravom svetle a aby sa dokázal pravdivo poznať, pretože to je cesta k osobnému rastu, vďaka ktorému je možné dostať sa zo závislosti. Podobne na to nahliada aj Kalina (2008), ktorý prikladá význam sebapoznaniu ako dôležitému prvku k osobnému rastu, ktorý je možný si udržať aj po odchode z komunity, práve vďaka lepšiemu poznaniu seba. Richterová Ďemínová (2007b) zas upozorňuje, že lepšie poznanie seba samého dáva človeku pevnejšiu pôdu pod nohami, čo môže byť rovnako dôležité pre udržanie si abstinencie. Pozitívne výsledky vplyvu spirituality prináša aj výskum Pardini et al. (2000). Výsledky tejto štúdie poukazujú na pozitívnu koreláciu medzi spiritualitou a dobrými copingovými stratégiami, zvýšenou odolnosťou voči stresu, optimistickejšou životnou orientáciou, vnímaním väčšej sociálnej opory a nižšou mierou úzkostnosti. Čtrnásť (2007) popisuje, že ak má byť u klienta dosiahnutá trvalá zmena životného štýlu a zvýšenie jeho osobnej spokojnosti, nie je to možné bez uspokojenia spirituálnych potrieb.

Čo sa týka tém viažucich sa k spiritualite, zhodujú sa výsledky našej práce s prácami iných autorov. Prvú tému, ktorú klienti TK počas liečby riešia a spomenul ju každý z pracovníkov TK v našom výskume, bol zmysel života. Klienti prirodzene prichádzajú počas liečby s touto otázkou. Totiž zmeniť svoj život si vyžaduje prehodnotiť svoje postoje, návyky, hodnoty a v podstate kompletne prestavať celý svoj doterajší život. Tu sa jednoznačne ponúka klásť si otázku po zmysle života. Farský et al. (2012) dokonca píše, že užívanie alkoholu a drog považujú niektorí pacienti za formu samoliečby nedostatočnej životnej zmysluplnosti. Rovnako autorka Wiklund (2008) popisuje, že niektoré ťažkosti

závislých prameňa z pocitu nedostatočného zmyslu života. Preto považujeme za veľmi dôležité venovať sa počas liečby závislosti otázke zmyslu života.

Ďalšími dôležitými témami, ktorými sa klienti TK počas liečby zaoberajú, sú odpustenie, pocity viny alebo identita. Na tieto témy poukazuje aj výskum Wiklund (2008). Vo svojom výskume spomína témy izolovanosti od spoločnosti, silné pocity viny, túžbu po odpustení, preformátovanie identity. Autorka zistila, že v dobe liečby ľudia častokrát trpia silnými výčitkami a pocitom viny. Dopĺňa, že toto môže byť veľmi zdrojové pri práci s klientom, ale môže to byť aj veľkou prekážkou zároveň. S týmto sme sa stretli aj v našom výskume, kedy pocity viny a túžba po odpustení, boli ďalšími kľúčovými témami s ktorými klienti v rámci duchovných tém prichádzajú. Zaujímavosťou, ktorú spomenul jeden participant, boli práve pocity viny ako prekážka pri liečbe, v zmysle prehnaného seba obviňovania, ktoré môže viesť u klienta až k rezignácii niečo meniť, pretože má pocit, že všetko pokazil do takej miery, že už nie je dôvod snažiť sa o nápravu. Z výsledkov nášho výskumu je zrejmé, že témy týkajúce sa odpustenia a pocitu viny riešia skoro všetci klienti TK. Často sa vyskytla téma odpustenia vo vzťahu k človeku, ktorý už nežije. V takomto prípade sa terapeuti snažia klientom sprostredkovať zmierenie sa s daným človekom inými spôsobmi, napríklad skrz rituály. Ďalším špecifikom k téme odpustenia a pocitom viny sú rodičia, najmä matky, ktoré sa liečia zo závislosti. Výsledky ukazujú, že pre matky je téma materstva a pocitu viny voči dieťaťu, či už uvedomovaného, alebo neuvedomovaného, tiež kľúčovou témou, ktorú riešia v TK.

Téma identity sa v našom výskume ukázala ako ďalšia dôležitá téma, ktorú rieši počas liečby väčšina klientov v TK. Klient totiž prichádza do liečby častokrát po dlhom období užívania drog a tak závislosť a s ňou spojený životný štýl sa po takom dlhom čase už stali jeho identitou. Na to, aby klient dokázal zmeniť svoj doterajší spôsob života a teda aj svoju identitu, musí nájsť svoje pravé ja. Na to, aby sa toto podarilo, sa musí dostať v prvom rade do kontaktu so sebou samým, spoznať sa a byť schopný pravdivého pohľadu na seba. Aj výskum Wiklund (2008) zdôrazňuje, že v období závislosti drogy ľuďom sprostredkovali pocit identity, aj keď falošný. V dobe liečby o túto identitu prichádzajú, nevedia kým sú a prežívajú teda silnú krízu identity.

Ďalšou témou, ktorá vyplynula z nášho výskumu, ktorú klienti TK často riešia sú vzťahy. Či už je to vzťah k sebe samému alebo vzťahy k druhým ľuďom. Čo sa týka vzťahu k sebe samému, objavuje sa téma sebahodnoty, vnímania seba samého ako schopného a hodnotného. Toto bola ústredná téma, čo sa týka vzťahu k sebe samému. Na tento rozmer



poukazujú aj iní autori. Napríklad psychoanalyticky orientovaný Khantzian (2012) poukazuje u závislých na neschopnosť vnímať seba ako sebaistého a účinného. Klienti sa v TK častokrát učia čo je to pravý vzťah s druhým človekom, ako taký vzťah vyzerá a ako ho budovať, pretože počas drogovej kariéry takéto naozajstné vzťahy často nemali. Téma vzťahovosti k druhým ľuďom je ďalšou veľkou oblasťou, ktorú klienti v TK riešia a ktorú spomínala väčšina našich respondentov. Psychoanalyticky orientovaný autor Mikota (1995) píše, že u závislých je hlboko vnútri zakorenená nevier a neschopnosť veriť v zmysluplnosť a prospešnosť medziosobných vzťahov. Ako vyplýva aj zo záverov nášho výskumu, vzťahy s druhými, plnohodnotné vzťahy s druhými a učenie sa byť v takýchto vzťahoch, formovať ich a udržiavať ich, je jedna z ústredných tém v rámci spirituality, ktoré pracovníci riešia s klientami v terapeutických komunitách.

Všetky z vyššie zmenených tém sa ukázali v našom výskume ako významné. Preto, ak výskum poukázal na silné prežívanie týchto aspektov pri liečbe závislosti, určite je na mieste sa tejto problematike ďalej venovať.

Druhá výskumná otázka hľadala odpoveď na otázku, aké sú terapeutické metódy, ktoré sa využívajú pri práci so spiritualitou a témami s ňou spojenými. Z výskumu vyplynulo, že spôsoby práce by sa dali rozdeliť do dvoch veľkých kategórií. Prvou sú techniky, akými sú relaxácia, dýchacie cvičenia, otužovanie, muzikoterapia, arteterapia a podobné. Dôležitou časťou liečby v TK sú aj rituály. Rituály v zmysle dvojakom, či už „malé“ rituály, ako je spoločné stolovanie, čakanie na to, kým posledný člen skupiny doje a podobne, alebo potom „veľké“ rituály, spoločné všetkým komunitám, avšak v prevedení jedinečné každej komunite, akými sú rituál prijímací, rituál prechodový či rituál záverečný. Respondenti kládli veľký dôraz na rituály, najmä preto, že dávajú klientom určitý rád, očakávateľnosť, a teda pocit istoty a predvídateľnosti a najmä pocit, že sú všetci na jednej lodi. Mimo tohto, rituály a celkový život v TK je symbolicky prezentovaný v erbe TK, symboloch TK, hymne TK a pod. Toto sú všetko hmatateľné „dôkazy“ spirituality, ktoré umožňujú klientom byť duchovne prepojení s TK, počas liečby a aj po odchode z TK. Ako píše aj Kalina (2008) rituály nasadajú na potrebu daného spoločenstva hľadať seba prekračujúci rozmer a dávať mu výraz a symbolický význam v hlbokom prepojení s identitou komunity. Kalina dodáva, že celý pobyt klienta v TK sa dá chápať ako veľký rituál prechodu. Rovnako autorka Čtrnáctá (2007) prikladá rituálom veľký význam. Tvrdí, že ak nahliadame na závislosť ako na bio-psycho-sociálno-spirituálny fenomén, rituály hrajú významnú rolu práve pri sýtení spirituálnych potrieb. Vníma dvojakú funkciu rituálov.

Jednak rituály svojím slávnostným a posvätným charakterom dávajú udalostiam hlbší zmysel a jednak ponúkajú pocit bezpečia tým, že sú rutinné, stále a opakujúce sa.

Čo sa týka techník akými sú muzikoterapia alebo arteterapia, tieto techniky respondenti zmiňovali ako efektívny nástroj, ktorý môže pomôcť klientom dostať sa hlbšie k sebe, aj k svojim neuvedomovaným častiam, poprípade k častiam, o ktorých klient ani nevie, že sú potreba riešiť, ale cez inú formu akou je reč, teda napríklad kresba, tieto témy vyvstanú. Doležalová (2007) to vníma podobne a tvrdí, že arteterapia rozvíja spontaneitu, hravosť aj humor a motiváciu k sebaobjavovaniu. Poskytuje sebavyjadrenie a umožňuje uvoľnenie zraňujúcich zážitkov.

Druhý „spôsob“, ktorý sa ukázal ako veľmi účinný pri práci so spirituálnymi témami, je vzťah. Vzťah či už medzi klientami navzájom, alebo medzi klientom a terapeutom je sám o sebe liečivý. Väčšina respondentov prikladala veľkú dôležitosť sile skupiny. Popisovali to, aká mocná je skupina a interakcie medzi klientami v nej. Popisovali, že klienti sú si sami sebe navzájom „učiteľmi“ skrz spätné väzby a konštruktívnu kritiku, ktoré si dávajú, skrze vzťahy, skrze to, že sú si sebe navzájom vzormi. Pracovníci popisovali komunitu ako malý uzavretý svet, ktorý je úžasný práve vďaka svojej sile nastavovať klientom zrkadlo, ponúkať klientom bezpečný priestor, kde si môžu vyskúšať nové formy správania a vzťahovania sa k sebe navzájom. Rovnako, ako respondenti v našom výskume, popisujú silu komunity aj iní autori. Richterová Těmínová et al. (2003), popisuje TK ako metódu, ktorá využíva modelové situácie malej spoločenskej skupiny k projekcii a korekcii maladaptívnych spôsobov správania a prežívania. Kalina (2013) dodáva, že TK využíva spoločenstvo ako hlavný agens zmeny. To, čo popisovali respondenti v našom výskume, veľmi pekne popisuje aj De Leon (1995), ktorý popisuje TK ako rezidenčnú liečbu účelne využívajúcu vrstovnícku skupinu k facilitácii sociálnej a psychosociálnej zmeny v správaní jedinca, pričom všetci zúčastnení sú teda mediátormi týchto zmien. Ako píše aj Malivert et al. (2012), klienti majú terapeutický potenciál sami pre seba a rovnako aj voči sebe navzájom. Silu skupiny dokladajú aj iné výskumy. Ahmed et al. (2010) sledoval účinnosť skupinovej terapie a prišiel na to, že skupina pacientov, ktorí sa zúčastňovali skupinovej terapie, zaradili skupinovú súdržnosť na druhé miesto v rebríčku terapeutických faktorov, ktoré im pomohli pri liečbe zo závislosti. Autor ďalej zmiňuje celkové lepšie výsledky u pacientov, ktorí sa zúčastňovali skupinovej terapie.

Úlohu terapeuta ako významného prvku pri zmene hodnôt, motívov a postojov klienta vyzdvihuje napríklad terapia posilňujúca motiváciu. V našom výskume bola hlavná

sila povzbudzujúca klientov zo strany terapeutov, najmä záujem a starosť, ktorú preukazovali smerom ku klientom. Terapia posilňujúca motiváciu zas kladie dôraz na terapeuta ako na klientovho „sprievodcu“ liečbou, kedy zodpovednosť za zmenu síce je na klientovi, ale terapeut mu môže pomôcť prerámať jeho pohľad, vytvoriť nový kognitívny rámec a podobne (Dobiášová et al., 2008). Toto sa podľa našich názorov však odohráva na pozadí záujmu a osobného vzťahu zo strany terapeuta smerom ku klientom.

Tretia výskumná otázka hľadala odpoveď na otázku kedy, v zmysle v akej dobe, fáze liečby, je vhodné zaoberať sa otázkami týkajúcimi sa spirituality a pri akých typoch klientov je to vhodné. Čo sa týka doby, väčšina respondentov sa zhodla, že spiritualita sa nedá z programu oddeliť a napasovať len na určitú fázu liečby, ale je nejakým spôsobom súčasťou celej liečby práve preto, že je obsiahnutá v samotnej filozofii TK a v interakciách, ktoré prebiehajú v komunite neustále a na rôznych úrovniach. Napriek tomuto sa však väčšina respondentov zhodla v tom, že klienti prichádzajú s týmito témami v druhej polovici liečby, väčšinou v druhej fáze. Je tomu tak z prostých dôvodov. Na začiatku, keď klient do komunity prichádza, je častokrát ešte dezorientovaný, zmätený, pociťuje nedôveru voči skupine aj voči tímu terapeutov. Po nejakom čase sa zastabilizuje a začne si hľadať cestu k sebe samému. V tomto období, ako sa dostáva hlbšie k sebe, sa obvykle dostáva aj k svojim témam, ktoré by v TK mal riešiť. Tieto témy môžu a častokrát aj sú už z vyššie zmenených spirituálnych tém. Vtedy je na mieste ponúknuť klientovi priestor k tomu, zaoberať sa týmito témami a sprevádzať ho týmto procesom. To, aké témy klient rieši, záleží aj od fázy pobytu. Prirodzene totiž v každej fáze riešia niektoré témy viac ako iné. Zo začiatku sú to najmä témy pociťovanej viny a odpustenia, neskôr témy identity a zmyslu života a v dobe, keď sa klient pripravuje na odchod z komunity sú to väčšinou témy budúcnosti, následného smerovania života a podobne. To v akej fáze a čo klient práve rieši je rovnako výsledkom terapeutického procesu.

Pri otázke vhodnosti zaoberania sa spiritualitou pri rôznych klientoch sa ukázalo, že tieto témy sú vhodné pre všetkých klientov, záleží len na otvorenosti a potrebe konkrétneho klienta. Je to najmä preto, že tieto témy sú nám ľuďom prirodzené a o to viac ich riešia klienti TK, ktorí sa ocitli na hrane, chcú od základu zmeniť svoj život a musia ho preto prestavať od základu. Väčšina respondentov sa zmienila, že pri klientoch, pri ktorých je spiritualita a duchovno zdrojom, teda že klienti z tejto oblasti čerpajú a je to ich osobná posila, je vhodné sa týmto rozmerom zaoberať. Všade tam, kde je to zdrojové pre klienta, je to vhodné. Puchalski (2001) rovnako tvrdí, že je dôležité zaoberať sa pacientovou spiritualitou, pokiaľ

je pre pacienta dôležitá a čerpá z nej silu. Rovnako ako respondenti v našom výskume, zdôrazňuje ale aj fakt, že je dôležité brať ohľad na pacientovu preferenciu týmito témam sa venovať a v žiadnom prípade pacientovi vieru nevnucovať. Ďalšou skupinou klientov, pri ktorých sa ukázalo, že sú témy týkajúce sa spirituality veľmi podstatnou zložkou v liečbe, boli klienti, ktorí sa ocitli na hrane života, blízko smrti. Častokrát až na tejto hrane, keď napríklad videli svojho druha predávkovať sa, alebo sa sami ocitli na sklonku života a smrti, si totiž všetko uvedomili a rozhodli sa zmeniť svoj život od základu. Toto dokladá aj výskum Heinz et al. (2010) ktorá zistila, že blízkosť smrti a nebezpečenstva zažívaného počas obdobia brania drog, u participantov zintenzívnila túžbu po spiritualite.

Zaujímavou skupinou, ktorú spomínali participanti, boli klienti s duálnymi diagnózami, väčšinou so schizofréniou alebo psychotický klienti. Síce sú v Českej republike terapeutické komunity zamerané špeciálne na túto klientelu, väčšina respondentov referovala, že z času na čas sa aj u nich v komunite takýto klient objaví. Jeden respondent ponúkal na to svoje osobné vysvetlenie, ktoré myslíme, že by to mohlo dobre objasňovať. Ide práve o to, že v dnešnej dobe vzniklo mnoho ambulantných služieb pre drogovu závislých a tak veľa z tých, ktorí si dokážu zaobstarať bývanie, nejakú prácu a majú nejakú sociálnu oporu, využívajú práve tieto ambulantné služby. Potom by bolo pochopiteľné, že do tak dlhej a celkovo náročnej liečby sa dostávajú ťažšie prípady spomedzi klientov a sú to mnohokrát práve klienti, ktorí sú na tom po psychickej stránke horšie. Pri otázke, či je zaoberanie sa spirituálnymi témami pri týchto klientoch vhodné, odpovedali respondenti rôzne. Jedna skupina tvrdila, že by sa do týchto tém s touto skupinou klientov radšej nepúšťala, pretože to môže byť pre nich zneisťujúce a ohrozujúce. Druhá skupina, naopak, hovorila o potrebe riešiť to s týmito klientami, pretože to do terapeutického procesu sami vnášajú a je to ich téma. Všetci sa však zhodli na tom, že je potreba byť pri spirituálnych témach s touto klientelou opatrný, aby sme klientov nepodporovali v chorých bludoch a predstavách, ale, naopak, zakotvovali ich v realite a ak je to možné, pracovali len s tým zdravým, na čo sa dá naviazať a je ku klientovmu prospechu.

Za jeden z limitov práce môžeme považovať homogenitu súboru. V našom súbore bola totiž zo 7 respondentov len 1 žena. Domnievame sa, že môže byť rozdiel medzi mužmi a ženami v nahliadaní na túto problematiku. Nemyslíme si však, že by tento limit nejak signifikantne ovplyvnil obsah odpovedí na výskumné otázky, preto sme ani pri voľbe výskumného súboru nelimitovali počet mužov a žien. Bolo by však zaujímavé v ďalších výskumoch, ktoré by sa venovali tejto problematike, zohľadniť aj túto skutočnosť.

Ďalším limitom môže byť fakt, že všetci z respondentov, s ktorými sme hovorili, sa pokladali za veriacich. Väčšina z nich sa nedefinovala za príslušníka nejakej konkrétnej cirkvi, ale všetci vnímali hlbší rozmer bytia. Referovali, že veria, že je niečo mimo náš hmotný svet, čo nás presahuje, nejaká vyššia sila, nejaký rád. Väčšina z nich mala v tomto duchovnom rozmere života zdroj sily a nádeje. Všetci respondenti pokladali svoju vieru za dôležitú pre prácu v terapeutickej komunite. Tento limit však môže poukazovať aj na zaujímavý fenomén, a to taký, či náhodou nie je nejakým spôsobom prirodzené, že v terapeutickej komunite, tak špecifickejšej a častokrát aj veľmi náročnej práci, nepracujú po väčšine ľudia, ktorí tento hlbší, jednotlivca presahujúci rozmer vo svojom živote vnímajú. Je to však len naša úvaha a mohlo by byť veľmi zaujímavé overiť to v praxi. Ďalší z limitov vnímame v širokom zábere práce. Práca totiž priniesla veľmi bohaté dáta, mapujúce mnoho oblastí, čo je, samozrejme, prínosom, nesie to v sebe však aj nejaké riziká a limity. Na jednej strane je bohatosť dát vítaná a bolo veľmi zaujímavé dozvedieť sa o toľkých fenoménoch, ktoré prebiehajú v terapeutických komunitách, no na druhej strane bolo veľmi náročné pri analýze a najmä pri prezentácii výsledkov, vybrať tie najpodstatnejšie zistenia a zmestiť ich do rozsahu práce. Preto do budúcnosti určite zväzíme zamerať sa na menej cieľov a stanovíme si užšie spektrum fenoménov, na ktoré budeme zameriavať pozornosť.

Za veľký prínos pri tvorbe dát považujeme výskumníčkine návštevy terapeutických komunit a pobyt v nich. Jednak sa mohla osobnejšie zoznámiť s respondentami a rozhovory tak mohli byť uvoľnenejšie a prirodzenejšie a ísť viac do hĺbky, a jednak načerpala omnoho bohatšie a najmä reálnejšie skúsenosti, ako keby sa rozhovory odohrávali na inom bežnom mieste.

Síce sa tejto problematike u nás a aj v zahraničí autori zameraní na adiktológiu, liečbu závislosti či terapeutické komunity venujú a máme dosť bohaté zdroje o fungovaní TK a liečebných prvkoch TK, považujeme zistenia z tejto práce, akými sú dôležitosť spirituality, témy ktoré klienti prinášajú alebo silu vzťahov v rámci komunity, za veľmi prínosné. Z nášho výskumu a aj inej odbornej literatúry, z ktorej sme čerpali aj v rámci tejto práce, vyplýva jasná potreba venovať sa témam spojených so spiritualitou. Pozitívnym zistením je, že vo väčšine komunit sa tak deje, síce častokrát nie programovo, ale spiritualita je na pozadí každodenných aktivít v TK a pretkáva celú liečbu v TK.

## 8 ZÁVERY

Cieľom našej práce bolo zmapovať a popísať skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit so začlenením spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách. Z výskumného cieľa sme si následne stanovili výskumné otázky. Prvou výskumnou otázkou bolo zistiť, nakoľko sa so spiritualitou pracuje v rámci liečby závislosti v TK a aké sú najčastejšie témy, s ktorými sa v tejto oblasti pracuje. Druhou výskumnou otázkou bolo zistiť, aké sú špecifické terapeutické metódy, s ktorými sa pracuje v rámci spirituality. Posledná výskumná otázka skúmala kedy, v akej fáze pobytu a kde, teda pri akých typoch klientov je vhodné zamerať sa na spiritualitu a otázky s ňou spojené.

Z analýzy výskumu vyplynuli nasledovné závery.

Všetci respondenti, ktorí boli súčasťou výskumného súboru, vo svojom osobnom živote prikladali spiritualite význam a vnímali sa ako veriaci, aj keď sa vo väčšine prípadov nejednalo o príslušnosť k nejakej cirkvi. Spiritualitu vnímali ako niečo, čo nás presahuje, k čomu sa môžeme v ťažkých chvíľach obracať, z čoho môžeme čerpať a čo dodáva životu zmysel. Všetci respondenti referovali, že spiritualita je nejakým spôsobom prirodzenou súčasťou liečby v TK, keďže moderný pohľad na človeka je celostný, a tak berie v úvahu všetky 4 rozmery bytia. V dvoch komunitách spiritualita a témy s ňou spojené boli pravidelnou súčasťou programu. V jednej sa jednalo o dochádzanie kňaza do TK raz za dva týždne, v druhej sa jednalo o návštevy Anonymných alkoholikov a narkomanov, ktoré mali ako povinnú súčasť liečby, klienti v 3 fáze pobytu. Všetci respondenti prikladali spiritualite a témam s ňou spojených veľkú dôležitosť. Spiritualitu vnímali ako ďalší rozmer, z ktorého môžu klienti čerpať a o ktorý sa môžu oprieť. Témy s ňou spojené, akými sú pravé poznanie seba samého a schopnosť náhľadu na seba a svoj život, vnímali dokonca ako kľúčové pre uzdravenie sa zo závislosti. Takisto referovali, že pre samotných klientov je prirodzené k týmto témam sa dostávať, pretože aj závislosť a užívanie drog bolo pre nich v určitom zmysle spirituálne, a tak teraz, keď sa závislosti zbavujú, potrebujú nájsť nový zdroj, ktorý by naplnil ich túžbu po duchovne, ktorý predtým v niektorých prípadoch vyplňala droga.

Témy viažuce sa k spiritualite, ktoré klienti najčastejšie prinášali, boli témy odpustenia, pocitu viny, sebahodnoty a identity, zmyslu života, sebahodnoty a vzťahov s druhými. Dominovali túžba po odpustení (často od niekoho, kto už nežije, a teda

schopnosť sa s tým zmieriť), ženy pociťovali silné pocity viny voči deťom. Respondenti referovali, že skoro všetci klienti prídu počas liečby s otázkou po zmysle života a nového smerovania a s otázkou, kde vziať silu a nádej pre toto nové smerovanie. Dominantnou témou boli rovnako vzťahy s druhými a učenie sa naozajstným vzťahom, ktoré klienti počas drogovej kariéry v mnohých prípadoch nezažili.

Spôsoby a metódy, akými sa so spiritualitou v TK pracuje, boli najmä techniky, akými sú relaxácia, nácviky dýchania, muzikoterapia, arteterapia, otužovanie a podobné. Veľmi záležalo na momentálnom zložení tímu, a teda komunita od komunity sa líšili v naplnení týchto aktivít. Veľmi významným spôsobom práce so spiritualitou sa ukázali byť vo všetkých komunitách rituály. Či už sa jedná o „malé“ rituály spoločného stolovania, alebo o veľké rituály, typické pre terapeutické komunity, akými sú vstupný, prechodový a záverečný rituál. Rituály vďaka svojej opakovateľnosti a očakávateľnosti dávajú klientom pocit istoty a bezpečia a umožňujú im zažívať pocit súdržnosti a vedomia, že sú všetci na jednej lodi. Ďalším „spôsobom“, ktorý sa ukázal byť ako veľmi dôležitý pri riešení spirituálnych tém je vzťah. Či už sa jedná o vzťahy v skupine medzi klientami, alebo o vzťah terapeuta a klienta. Silu skupiny, komunity, ako nositeľa zmeny spomínala väčšina respondentov. Referovali o komunite ako o spoločenstve ľudí, kde sú si členovia skupiny navzájom „učiteľmi“, skrze spätné väzby, konštruktívnu kritiku, ktorú si dávajú a skrze všetky interakcie, ktoré medzi nimi prebiehajú. Pre témy ako sebahodnota, sebavedomie, alebo pozitívny vzťah k sebe, bol veľmi dôležitý osobný vzťah s terapeutom. Častokrát respondenti popisovali, že je to práve záujem o klientov a starosť o nich, ktoré sú pri týchto témach kľúčové.

Čo sa týka doby, ktorá je vhodná pre riešenie tém spojených so spiritualitou, väčšina respondentov uvádzala, že sa to nedá od seba oddeliť, pretože je to súčasť každodenného života v TK. Napriek tomu sa zhodli, že vo väčšine prípadov prichádzajú klienti s týmito témami neskôr v liečbe, väčšinou v druhej polovici liečby. Je tomu tak z prostých dôvodov. Na začiatku sú klienti totiž ešte častokrát nedôverčiví, podozrievaví a zmätení. Až po nejakom čase, keď dokážu byť viac v kontakte so sebou samými, sa dokážu zameriavať na témy, ktoré nás presahujú. Vtedy je dobré tento priestor im ponúknuť. Rovnako väčšina respondentov uvádzala, že témy, s ktorými prichádzajú, závisia na čase strávenom v liečbe a sú teda výsledkom terapeutického procesu.

Čo sa týka vhodnosti týchto tém pri rôznych klientoch, ukázalo sa, že riešiť témy spojené so spiritualitou je dobré paušálne pri všetkých klientoch, pokiaľ majú o to záujem

a sú tomu otvorení, poprípade s tým sami prichádzajú. Rovnako sa respondenti zhodli, že je to vždy vhodné tam, kde to môže byť pre klienta zdrojové a prospešné. Pri klientoch s duálnou diagnózou tvrdila jedna skupina respondentov, že by sa do týchto tém nepúšťala, pretože to pokladajú za ohrozujúce. Druhá skupina tvrdila, že si myslí, že je dobré a nutné to s týmito klientami riešiť, pretože to častokrát sami do terapeutického procesu prinášajú. Zdôraznili ale, že je potreba tieto témy spojené so spiritualitou a duchovnom s touto skupinou klientov rozoberať veľmi opatrne a zakotvovať klientov v realite.



# SÚHRN

Táto práca sa zoberá témou spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách. Práca je delená do dvoch častí – do teoretickej a výskumnej.

Teoretická časť práce je rozdelená do troch hlavných kapitol. V prvej kapitole definujeme terapeutickú komunitu jednak ako metódu, ktorá využíva modelové situácie malej spoločenskej skupiny k projekcii a korekcii maladaptívnych spôsobov správania a prežívania (Richterová Těmínová et al., 2003) a jednak ako špecifický typ zariadenia, ktorý ponúka strednodobú až dlhodobú liečbu (Kalina, 2000). Kapitola ďalej vymedzuje cieľ liečby v terapeutickej komunite a popisuje základné prvky TK, akými sú zázemie, spoločenstvo, prostredie, rituály, hierarchia a štruktúrovaný program, otvorenosť a tím terapeutickej komunity. Ďalej sa kapitola venuje účinným faktorom terapeutických komunit, akými sú pozitívne očakávanie, terapeutický vzťah, členstvo, súdržnosť, vzájomná podpora a ďalšie. Druhá kapitola sa venuje spiritualite. Spiritualitu vnímame ako duchovnú, mimo zmyslovú, mimo skúsenostnú oblasť ľudskej existencie (Riesel, 2017). Zároveň ju však vnímame podobne ako Richterová Těmínová (2007 b) a Martsolf a Mickley (1998), ktorí ju považujú za širší fenomén zasahujúci do oblastí bežného života, akými sú vedomie zmyslu života, hodnoty, vzťah k sebe samému, poznanie seba samého alebo vzťahy s druhými. Riesel (2017) tvrdí, že zaoberať sa spirituálnou, duchovnou oblasťou pacientovho života postihnutého závislosťou, môže byť významnou pomocou pre jeho uzdravenie. Ďalej sa kapitola sústreďuje na výskumy, zameriavajúce sa na využitie spirituality pri liečbe závislosti, akými sú napríklad výskum z roku 2012, ktorý poukázal na zistenie, že ľudia s vyššou mierou spirituálnej pohody vykazujú vyššiu úspešnosť liečby (Ďanovský, 2016). Výskum Pardini et al. (2000) zas poukazuje na pozitívnu koreláciu medzi spiritualitou a dobrými copingovými stratégiami, zvýšenou odolnosťou voči stresu, optimistickejšou životnou orientáciou a nižšou mierou úzkostnosti. Posledná kapitola sa venuje psychoterapeutickým smerom využívaným v adiktológii pri liečbe závislosti. Predstavujeme psychoanalyticky orientované smery, ktoré reflektujú hlbšie, predovšetkým osobnostné vrstvy závislostných porúch (Kalina, 2013). Psychoanalyticky orientovaný autor Hajný (2003) tvrdí, že zneužívanie návykových látok môže slúžiť ako vonkajšia obrana pred vnútorným napätím alebo zlými vzťahovými situáciami. Defekt vidí v krehkom Ja, ktoré sa môže prejavovať v tom, že ťažko zvláda svoje emócie, nedokáže dobre udržať svoje hranice, zažíva pocity slabosti a pocity neistoty. Kognitívne behaviorálne prístupy zas prinášajú veľmi užitočné poznatky o bažení/cravingu. KBT pracuje s nájdením spúšťačov a podnetov cravingu,

pracuje na mapovaní situácií a včasnom rozpoznávaní signálov. Patrí tu behaviorálny nácvik napr. nácvik sebakontroly a sebaovládania, a v neposlednom rade zmena postoja (Kalina, 2013). Ďalšími smermi, ktoré reflektujú spirituálne potreby, sú napríklad existenciálne orientované smery. Ako píše Grofová (1998) kríza, ktorú predstavuje závislosť, je predovšetkým duchovnou krízou, krízou po celistvosti. Ďalšou hojne využívanou metódou v TK je skupinová psychoterapia, pričom skupinová psychoterapia nie je určitým psychoterapeutickým smerom alebo školou, ide skôr o to, že väčšina psychoterapií formuluje popri individuálnej práci s klientom aj prácu skupinovú, zameranú na skupinovú dynamiku a analýzu skupinových procesov (Kalina & Miovský, 2008). Terapeutická komunita je podľa Kratochvíla (1979) zvláštnou formou intenzívnej skupinovej psychoterapie, kedy skupinová situácia je významným katalyzátorom zmeny (Kalina, 2013) a k liečebným účelom je využívaná skupinová dynamika (Kratochvíl, 2005).

Ako je z teoretickej časti práce zrejmé, spiritualita je významným prvkom pri liečbe závislosti. Terapeutická komunita ako zariadenie pre liečbu závislosti nepochybne ponúka miesto spiritualite v liečebnom procese, najmä vďaka dĺžke, forme a intenzite liečby, ktorá umožňuje venovať sa klientom do hĺbky. Zámerom práce bolo preto popísať rolu spirituality pri liečbe závislosti z pohľadu pracovníkov terapeutických komunit. Keďže v našom výskume ide o hĺbkové porozumenie žitej skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit, rozhodli sme sa pre kvalitatívny design. Keďže sa jedná o kvalitatívny design, výskumný súbor bol zvolený tak, aby bol čo najviac reprezentatívny voči výskumnému problému (Mioviský, 2006). Vzhľadom na design práce a metódu IPA, ktorou sú dáta analyzované a pre ktorú je dôležitá najmä bohatosť dát jednotlivých prípadov, sme zvolili menší výskumný súbor. Zamerali sme sa na pracovníkov terapeutických komunit, nachádzajúcich sa v Českej republike. Výskumný súbor sme vybrali pomocou kombinácie prostého zámerného výberu a príležitostného výberu. Výskumný súbor tvorilo 7 respondentov, všetci boli pracovníkmi terapeutických komunit, ktoré sú členom sekcie terapeutických komunit A.N.O. – Asociace nestátních organizací. Jednalo sa o TK: TK Vršíček, TK Advaita, TK White Light, TK Karlov, TK Podcestný mlýn, TK Magdaléna, TK Fides. S ohľadom na povahu nášho výskumu sme pre tvorbu dát zvolili pološtruktúrované rozhovory. Mioviský (2006) uvádza, že interview patrí medzi najťažšie a súčasne aj najvýhodnejšie metódy pre získavanie kvalitatívnych dát. Toto sa osvedčilo aj v našom výskume. Stanovili sme si jadro interview, kostru otázok a doplnkové otázky, na ktoré sme sa respondentov pýtali, zároveň sme mohli rozhovor pružne prispôbovať podľa potreby jednotlivých respondentov. Štyri rozhovory

prebehli v terapeutických komunitách, ktoré mala výskumníčka pri tejto príležitosti možnosť navštíviť a zároveň v každej z nich stráviť pár dní, čo pokladáme za veľký prínos pre prácu a pre výskumníčku samotnú. Jeden rozhovor prebehol na pôde univerzity a dva z rozhovorov boli zrealizované online. Respondenti boli poučení o etike výskumu a bol im predložený informovaný súhlas na podpísanie. Rozhovory boli nahrávané na audio záznamník a následne prepísané do programu Microsoft Word a vytlačené. Rozhovory boli analyzované metódou IPA, ktorá nám ponúka porozumieť žitej skúsenosti človeka na idiografickej úrovni, čo znamená na úrovni subjektívnej skúsenosti jedinca (Kostínková & Čermák, 2013).

Na základe cieľa výskumu boli stanovené výskumné otázky. Prvá výskumná otázka zisťovala, nakoľko sa so spiritualitou pracuje v rámci liečby v terapeutickej komunite a aké sú najčastejšie témy, s ktorými sa v tejto oblasti pracuje. Z výskumu vyplynulo, že spiritualita je súčasťou každodenného života v TK, či už je v programe na pevno zaradená, alebo je esenciou a súčasťou filozofie, na ktorej stojí TK. Pracovníci spiritualite prikladali veľkú dôležitosť. Upozorňujú na fakt, že samotné užívanie drog mohlo byť pre klientov spirituálnou záležitosťou, a tak teraz, keď sa drog vzdávajú, musia nájsť inú náplň, ktorá vyplní toto prázdne miesto. Ďalší z dôvodov dôležitosť spirituality a práce s ňou videli v sile a nádeji, ktorú z nej môžu klienti čerpať. Rovnako poukazovali na to, že témy akými sú napríklad poznanie seba samého, schopnosť náhľadu na seba a svoj doterajší život, ktoré bezpochyby do spirituálnych tém patria, sú jedni z kľúčových, na ktoré musí človek, ktorý sa chce dostať zo závislosti, nájsť odpoveď. Pracovníci TK zdôrazňovali aj silu viery, ktorú majú oni sami v tom, že sa klienti môžu zmeniť a ktorú môžu klientom následne predávať. Ďalšími témami, ktoré klienti počas liečby prinášajú a s ktorými sa pracovníci TK často stretávajú, sú témy zmyslu života, odpustenia, pocitu viny, sebahodnoty a vzťahov s druhými.

Druhá výskumná otázka sa zameriavala na terapeutické metódy využívané pri práci so spiritualitou a otázkami s ňou spojenými. Metódy a techniky, ktoré sa tu využívajú, sú relaxácia, nácviky dýchania, otužovanie, muzikoterapia alebo arteterapia. Veľmi efektívnym nástrojom pri práci so spiritualitou sa ukázali rituály. Či už sú to malé rituály ako spoločné stolovanie, ktoré dáva klientom pocit, že sú na jednej lodi, alebo veľké rituály typické pre všetky komunity, akými sú vstupný, prestupný a záverečný rituál, svojou formou jedinečné pre každú komunitu. Významnými boli aj rituály, ktoré vzniknú spontánne pri práci s klientom a na základe jeho potrieb, akými sú napríklad rituál zmierovania sa s človekom

ktorý už nežije, kedy klient napíše tomuto človeku list, ktorý následne hodí do vody a nechá odplávať. Ďalším veľmi efektívnym spôsobom, skrz ktorý sú spirituálne témy napĺňané, sú vzťahy. Či už sú to vzťahy medzi klientami navzájom alebo medzi klientami a terapeutmi. Väčšina respondentov zdôrazňovala význam sily skupiny a jej dynamiky pri práci s týmito témami. Odvolávali sa na silu skupiny a silu spoločenstva, kedy sú si klienti navzájom „učiteľmi“ a vzormi. Deje sa tak na rôznych úrovniach, aj mimo pevného programu. Rovnako zdôrazňovali dôležitosť ich osobného vzťahu s klientom, kedy prejavujú záujem a starosť o klienta a to mu tak môže sýtiť potrebu sebahodnoty či seba prijatia.

Tretia výskumná otázka hľadala odpoveď na to, aká je vhodná doba a typ klientov, pri ktorých by bolo dobré zamerať sa na spiritualitu. Respondenti uvádzali, že spiritualita pretkáva celý pobyt v TK a je tak nemožné priradiť ju k určitej fáze liečby. Zhodli sa však na tom, že klienti prirodzene s týmito témami prichádzajú neskôr v liečbe. Deje sa tak z prostého dôvodu a tým je, že na začiatku liečby sú klienti častokrát ešte zmätení a ku liečbe podozrievaví, a až neskôr, keď sa začnú dostávať k sebe samým a k svojim témam, púšťajú sa aj do tém hlbších, spirituálnych. Čo sa týka vhodnosti týchto tém pre rôznych klientov, výskum poukazuje na to, že je to vhodné pri každom, kto o tieto témy prejaví záujem a pri kom je práca s týmito témami zdrojová a prospešná. Zaujímavou skupinou, ktorú respondenti spomínali, boli klienti s duálnou diagnózou. Jedna skupina respondentov tvrdila, že by sa do týchto tém s takýmito klientami radšej nepúšťala, pretože by to pre nich mohlo byť ohrozujúce, druhá skupina tvrdila, že pri týchto klientoch je to priam nutné, pretože tieto témy sami prinášajú. Obe skupiny sa však zhodli na tom, že je veľmi dôležité pracovať s touto skupinou klientov čo sa týka tejto oblasti veľmi opatrne.

Vzhľadom na to, že výskumný cieľ a jednotlivé výskumné otázky mapovali široké spektrum oblastí, výskum priniesol bohaté výsledky, na ktoré by sa určite dalo ďalej naviazať a jednotlivé témy ďalej rozviesť. Z teórie aj výskumu je zrejmé, že téma spirituality k liečbe závislosti jednoznačne patrí. V tejto práci sme pracovali so skúsenosťami pracovníkov terapeutických komunít. Do budúca by bolo zaujímavé zmapovať a porovnať tieto výsledky so skúsenosťami klientov terapeutických komunít a ich pohľadom na využitie spirituality pri liečbe závislosti.

# LITERATÚRA

- Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In K. Kalina, a kol. *Klinická adiktologie* (s. 446 – 466). Grada.
- Adameček, D., Richterová Těmínová, M., & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup* (s. 201 – 207). NMS – Úřad vlády ČR.
- Ahmed, S., Abolmagd, S., Rakhawy, M., Erfan, S., & Mamdouh, R. (2010). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy: A Study of Egyptian Drug Addicts. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(3-4), 194– 213.  
doi:10.1080/1556035x.2010.523345
- Aleš, K. (2003). Relaps, prevence a zvládnání relapsu. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup* (s. 117 – 124). NMS – Úřad vlády ČR.
- Armaos, R., & Koutrouvidis, P. (2011). Transformative Learning through the Therapeutic Community Model of Treatment in Addiction Recovery. In *9th International Transformative Learning Conference, Athens. Retrieved from*.
- Benkovič, J., Mišurdová, J., & Grossmann, J. (2012). Niektoré typy závislostí a ich najčastejšie psychické komorbidné poruchy. *Psychiatria pre prax*, 13(1), 21– 24.
- Bunt, G. C., Muehlbach, B., & Moed, C. O. (2008). The Therapeutic Community: An International Perspective. *Substance Abuse*, 29(3), 81– 87.  
doi:10.1080/08897070802218844
- Čtrnáctá, Š. (2007). Rituály TK. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 103 – 107). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Đanovský, J. (2016). Úroveň spirituality a úspěšnost léčby u závislých. *Psychiatria pre prax*, 17(1), 33 – 36.
- Dobiášová, D., Kalina, K., & Miovský, M. (2008). Poradenství a práce s motivací. In K. Kalina, a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 121 – 129). Grada.

- Doležalová, P. (2007). Specifické skupinové techniky. In P. Nevšímal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 117 – 129). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Dvořáček, J. (2003). Střednedobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup* (s. 195 – 200). NMS – Úřad vlády ČR.
- Farský, I., Smetánka, A., & Dubinská, S. (2012). Spiritualita pacientov s vybranými psychiatrickými diagnózami. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 3(3), 433 – 441.
- Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (s. 124 – 129). NMS – Úřad vlády ČR.
- Galanter, M. (1993). Network therapy for substance abuse: A clinical trial. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 251– 258.  
doi:10.1037/0033- 3204.30.2.251
- Grofová, Ch. (1998). *Žízeň po celistvosti*. Chvojkovo nakladatelství.
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (s. 135 – 139). NMS – Úřad vlády ČR.
- Hauber, K., Boon, A. E., & Vermeiren, R. (2019). Therapeutic factors that promote recovery in high-risk adolescents intensive group psychotherapeutic MBT programme. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(2), 1-10.  
doi:10.1186/s13034- 019-0263-6
- Heinz, A. J., Disney, E. R., Epstein, D. H. , Glezen, L. a, Clark, P. I., & Preston, K. L. (2010). A Focus-Group Study on Spirituality and Substance-User Treatment. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 134 – 153. doi:10.3109/10826080903035130
- Helbig, K., & McKay, E. (2003). An Exploration of Addictive Behaviours from an Occupational Perspective. *Journal of Occupational Science*, 10(3), 140 – 145.  
doi:10.1080/14427591.2003.9686521
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Portál.

- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Děkány, L., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2022). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022. In P. Chomynová (Ed.). Úřad vlády České republiky. Získané 12. decembra 2022 z: <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/nelegalni-drogy-2022/>
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. In P. Chomynová (Ed.). Úřad vlády České republiky. Získané 12. decembra 2022 z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-ceske-republice-2021/>
- Jániš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *E-psychologie*, 4(1), 30 - 50.
- Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina, a kol. *Klinická adiktologie* (s. 190-210). Grada.
- Kalina, K. (2000). Léčba drogově závislých. In D. Nováková (Ed.), *Drogy ze všech stran: sborník příspěvků o drogové problematice* (s. 43 – 67). (Vol. II.) Institut Filia.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.
- Kalina, K. (2015a). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In K. Kalina, a kol. *Klinická adiktologie* (s. 101-128). Grada
- Kalina, K. (2015b). Skupinové terapie. In K. Kalina, a kol. *Klinická adiktologie* (s. 432 – 445). Grada.
- Kalina, K., & Hajný, M. (2015). Psychodynamické a integrované přístupy. In K. Kalina, a kol. *Klinická adiktologie* (s. 419 – 431). Grada.
- Kalina, K., & Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislosti. In K. Kalina, a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 159 – 185). Grada.
- Keller, D. S. (1999). Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: Psychoanalytický příspěvek k léčbě drogové závislosti. In F. Rotgers, a kol. *Léčba drogových závislostí* (s. 72 – 96). Grada.

- Khantzian, E. J. (1986). A Contemporary Psychodynamic Approach to Drug Abuse Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12(3), 213 – 222.  
doi:10.3109/00952998609007391
- Khantzian, E. J. (2012). Reflections on Treating Addictive Disorders: A Psychodynamic Perspective. *The American Journal on Addictions*, 21(3), 274 – 279.  
doi:10.1111/j.1521- 0391.2012.00234.x
- Khantzian, E. J. (2014). Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Disorders. In N. el-Guebaly et al. (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (s. 811– 819). Springer- Verlag Italia.  
doi:10.1007/978-88-470-5322-9\_38
- Kooyman, M. (2004). Terapeutická komunita pro závislé. Prel. M. Hajný. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj* (s. 11 – 129). Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Kostínková Koutná, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9 – 43). Masarykova univerzita.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Academia.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi* (3. doplnené vydanie). Galén.
- Křesadlová, V. (2007). Specifické skupinové techniky. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 117 – 129). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Kuda, A. (2007). Hierarchie a demokracie. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 64 – 67). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (s. 91 – 95). NMS – Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In K. Kalina, a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 17 – 23). Grada.



- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151 – 160.
- Leeds, J., & Morgenstern, J. (1999). Psychoanalytické teorie drogové závislosti. In F. Rotgers, a kol. *Léčba drogových závislostí* (s. 59 – 71). Grada.
- Leon, G. D. (1995). Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603 – 1645.  
doi:10.3109/10826089509104418
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 18(1), 1 – 11. doi:10.1159/000331007
- Martsof, D. S., & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 294 – 303. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x
- Masiak, J. (2013). Biopsychosocial model of addictions and other approaches. *Polish Journal of Public Health*, 123(4), 321 – 324. doi:10.12923/j.0044-2011/123-4/a.12
- Maté, G. (2020). *V říši hladových duchů: Blízka setkání se závislostí*. PeopleComm.
- McGovern, T. F., & Benda, B. B. (2006). Themes and Patterns of Spirituality-Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 1– 5.  
doi:10.1300/j020v24n01\_01
- Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Psychoanalytické nakladatelství.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup* (s. 36 – 44). NMS – Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2007). Craving (bažení) u návykových nemocí-jeho význam a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 8(1), 32-34.

- Nešpor, K., & Csémy, L. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Časopis lékařů českých*, 145(9), 743-745.
- Nevšimal, P. (2007). Individuální terapie. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 130 – 135). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment*, 19(4), 347 – 354.  
doi:10.1016/s0740- 5472(00)00125-2
- Peteet, J. R. (1993). A closer look at the role of a spiritual approach in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 263 – 267.  
doi:10.1016/0740- 5472(93)90073-b
- Preston, A., Malinowski, A., & Šefrámek, M. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Puchalski, C. M. (2001). The Role of Spirituality in Health Care. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(4), 352 – 357. doi:10.1080/08998280.2001.11927788
- Riesel, P. (2017). Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby. *Adiktologie*, 17(1), 56-62.
- Richterová Těmínová, M. (2007a). Filosofie léčby. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 31 – 34). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Richterová Těmínová, M. (2007b). Cíle léčby. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 35 – 37). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Richterová Těmínová, M., Adameček, D., & Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup* (s. 53 – 60). NMS – Úřad vlády ČR.

- Rotgers, F. (1999). Behaviorální teorie léčby drogové závislosti: Věda ve službách praxe. In F. Rotgers, a kol. *Léčba drogových závislostí* (s. 144 – 164). Grada.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). Úvod. In T. Řiháček, a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 5 – 8). Masarykova univerzita.
- Sananim. (n.d.). Terapeutická komunita Němčice. Získané 3. februára 2023 z: <https://www.sananim.cz/sluzby-a-zarizeni/nemcice/>
- Síkora, J., & Novotná, M. (2007). Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 8(2), 63 – 65.
- Sobotka, J. (2007). Zázemí TK. In P. Nevšímal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 60 – 63). Nakladatelství Lidové noviny – Krajský úřad Středočeského kraje – o.p.s. Magdaléna.
- Svěčená, K., Rodová, Z., Vrbská, V., Sládková, P., Zahradnická, I., ěoupalová, N., & Vlasáková, M. (2022). Možnosti uplatnění ergoterapeuta v oboru adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 5(2), 94–101.  
doi:10.35198/APLP/2022-002-0003
- Vyskočilová, M. J. (2013). Etika a psychoterapie. *Psychiatr. prax*, 14(4), 174 – 178.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., Doreau, H. R., & Hennen, J. A. (2007). A Randomized Trial of Integrated Group Therapy Versus Group Drug Counseling for Patients With Bipolar Disorder and Substance Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 100– 107.  
doi:10.1176/ajp.2007.164.1.100
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction - Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2426– 2434.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x
- Yalom, I. (2021). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (4. vydanie). Portál.

# PRÍLOHY

## **Zoznam príloh:**

1. Abstrakt v slovenskom jazyku
2. Abstrakt v anglickom jazyku
3. Informovaný súhlas
4. Ukážka pološtruktúrovaného interview
5. Myšlienková mapa k jednotlivým respondentom

## **Príloha 1: Abstrakt diplomovej práce v slovenskom jazyku**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE**

**Názov práce:** Využitie spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách

**Autora práce:** Nad'a Bukovinská

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

**Počet strán a znakov:** 99 strán, 207 292 znakov

**Počet príloh:** 5

**Počet titulov použitej literatúry:** 76

**Abstrakt (800 – 1200 zn.):**

Táto práca sa zaoberá využitím spirituality pri liečbe závislosti. Cieľom práce je popísať skúsenosti pracovníkov terapeutických komunit zo začlenením spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách. K dosiahnutiu stanoveného cieľa bol zvolený kvalitatívny design. Dáta k analýze boli získané pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov. Výskumný súbor tvorilo 7 pracovníkov terapeutických komunit, vybraných pomocou prostého zámerného výberu a príležitostného výberu. Získané dáta boli analyzované a vyhodnocované pomocou metódy IPA. Z výsledkov práce vyplynulo, že spiritualita a otázky s ňou spojené majú svoje miesto pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách a je dôležité sa pri práci s klientami, spiritualitou a témami s ňou spojenými zaoberať. Témy, ktoré klienti najčastejšie prinášajú, sú odpustenie, zmysel života, pocity viny, identita a vzťahy. Najčastejšie spôsoby ako sa so spirituálnymi témami pracuje je skrz rituály, ďalej skrz techniky, akými sú arteterapia, muzikoterapia, relaxácia alebo dýchacie cvičenia. Rovnako dôležité pri napĺňaní spirituálnych potrieb sa ukázali vzťahy v TK. Okrem toho, že spiritualita a témy s ňou spojené pretkávajú celý pobyt v TK, klienti prinášajú tieto témy väčšinou v druhej polovici liečby. Zaoberať sa touto oblasťou je vhodné pri všetkých klientoch, pre ktorých je to zdrojové a prospešné.

**Kľúčové slová:** liečba závislosti, spiritualita, terapeutická komunita, existenciálne témy

## **Príloha 2: Abstrakt diplomovej práce v anglickom jazyku**

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** The Use of Spirituality in Addiction Treatment in Therapeutic Communities

**Author:** Nad'a Bukovinská

**Supervisor:** PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 99 pages, 207 292 characters

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 76

**Abstract (800 – 1200 characters):**

The thesis explores the use of spirituality in addiction treatment. The aim of this thesis is to describe the experience of therapeutic community workers in integrating spirituality in addiction treatment. To achieve this aim, a qualitative design was used. Data for analysis were collected using semi-structured interviews. The research sample consisted of seven staff members of therapeutic communities, selected through simple purposive sampling and opportunity sampling. The collected data were analyzed using the IPA method. The results of the work suggested that spirituality and related topics play a part in the treatment of addiction in therapeutic communities. It is important to address spirituality and related topics when working with clients. Themes most frequently brought up by clients are forgiveness, meaning of life, feelings of guilt, identity, and relationships. The most common ways of working with spiritual themes are through rituals followed by techniques such as art therapy, music therapy, relaxation or breathing exercises. Relationships in TK appeared to be equally important in fulfilling spiritual needs as therapeutic techniques. Despite the fact that spirituality and related topics weave through the whole stay in the TK, clients bring up these topics mostly in the second half of the treatment. Addressing this area is appropriate for all clients for whom it is resourceful and beneficial.

**Key words:** addiction treatment, spirituality, therapeutic community, existential themes

### **Príloha 3: Informovaný súhlas**

## **Informovaný súhlas s účasťou na výskume v rámci bakalárskej práce**

**Názov práce:** Využitie spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách

**Autor práce:** Nad'a Bukovinská

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

**Termín realizácie:**

**Miesto realizácie:**

Prehlasujem, že som bol/a oboznámený/a s podmienkami účasti na výskume k bakalárskej práci „Využitie spirituality pri liečbe závislosti v terapeutických komunitách“ a že sa ho chcem dobrovoľne zúčastniť.

Beriem na vedomie, že údaje poskytnuté pre účely tohoto výskumu sú anonymné a nebudú použité inak, než k interpretácii výsledkov v rámci diplomovej práce, a že rozhovor bude zvukovo zaznamenávaný a následne spracovaný pre účely výskumu.

Rovnako beriem na vedomie, že môžem z výskumu kedykoľvek, podľa svojho vlastného uváženia, vystúpiť. Toto rozhodnutie však môžete urobiť len do 31.12.2022, po tomto dátume budú prevedené záverečné analýzy, ktoré spätné odstránenie dát znemožnia.

V prípade akýchkoľvek otázok ma neváhajte kontaktovať.

Nad'a Bukovinská, e-mail: xxx

Dňa.....

Meno a priezvisko.....

Podpis.....

#### **Príloha 4: Ukážka pološtruktúrovaného interview**

- 1. Základné údaje o respondentovi:** meno, vek, vzdelanie (odbor + výcvik, pracovné skúsenosti, pracovné skúsenosti v danej TK – doba, pozícia, náplň práce)  
**Základné informácie o komunite:** priemerný vek klientov, doba liečby, úspešnosť liečby, pomer muži/ženy, prevládajúce závislosti, ako je TK zriadená
- 2. Ako vnímate vy sami spiritualitu? Čo to pre vás znamená? Je to pre vás v živote dôležité?**
- 3. Je spirituálna dimenzia pevnou súčasťou liečebného programu v TK, alebo to záleží od konkrétneho pracovníka, či sa bude aj týmto rozmerom zaoberať?**
  - 3.1 Pokiaľ súčasťou liečby je, aké plusy v tom vidíte? Pokiaľ nie je, prečo nie?
  - 3.2 Ak nie je, myslíte si, že by mala byť? Je to podľa vás dôležité?
  - 3.3 Prichádzajú s tým klienti sami, alebo to začínate vy?
- 4. Akým spôsobom sa v terapeutickej komunite so spiritualitou a otázkami s ňou spojenými pracuje?**
  - 4.1. Aké sú terapeutické metódy, s ktorými sa v oblasti spirituality v terapii pracuje?
- 5. Aké sú najčastejšie spirituálne (duchovné) témy, s ktorými sa v rámci terapie pracuje?**
  - 5.1. Prístupujú k tomu muži/ženy rozdielne? Záleží na veku, typu látky, na tom či sú klienti veriaci alebo nie?
  - 5.2. Stane sa, že ten, kto sa tým nezaoberal, to začne riešiť?
  - 5.3. Ako vyzerajú sviatky, Vianoce, nedele v TK?
  - 5.4. Pracuje sa s týmito témami skôr v individuálnej alebo skupinovej terapii?
- 6. Pri akých typoch klientov môže začlenenie spirituality pomôcť pri liečbe závislosti?**
- 7. Je typ klientov, alebo určité podmienky, kedy to, naopak, nie je vhodné? „Kontraindikácia“ pri nejakej psychopatológii?**
- 8. Kedy, v ktorej fáze pobytu v TK je vhodné začleniť spiritualitu do terapie?**



