

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Mgr. et Ing. Václav Grepl

**KOREKTIVNÍ ZKUŠENOST PACIENTA V
TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

Disertační práce

školitel a vedoucí práce: prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

obor: Sociální a spirituální determinanty zdraví

Olomouc 2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma: „ KOREKTIVNÍ ZKUŠENOST PACIENTA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ “ vypracoval samostatně pod odborným dohledem svého školitele a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V...Trnové dne ...28.3.2019...

Podpis

Děkuji rodině, za její pomoc a trpělivost ve chvílích, kdy jsem klesal na mysli, že disertační práci snad nikdy nedokončím. Děkuji všem blízkým a přátelům za velkou podporu a četná povzbuzení. V neposlední řadě děkuji svému školiteli za všechny rady a připomínky, můj dík patří také všem členům naší terapeutické komunity, kterým tuto svou práci věnuji jako můj příspěvek ve snaze pomoci jim k návratu do smysluplného života.

Obsah

Obsah	4
Seznam tabulek.....	7
1 Úvod.....	10
1.1 Oblast výzkumu, výzkumný problém a, účel výzkumu	10
1.2 Výzkumné otázky	16
1.3 Kontext výzkumu.....	17
1.4 Přehled designu výzkumu	19
1.5 Zdůvodnění výzkumu	20
1.6 Výzkumník	21
1.7 Duševní vlastnictví a autorská práva.....	21
1.8 Členění disertační práce.....	22
2 Teoretická část.....	23
2.1 Religiozita a spiritualita v psychologické perspektivě.....	23
2.1.1 Psychologické teoretické systémy religiozity a spirituality v historické perspektivě.....	24
2.1.2 Současné teorie religiozity a spirituality z perspektivy psychologie.....	37
2.1.3 Definice náboženství a spirituality v kontextu psychologie.....	57
2.2 Závislost na návykových látkách	60
2.3 Psychoterapie.....	79
2.3.1 Pojetí psychoterapie	79
2.3.2 Diskursy používané v terapii závislostí pro podporu změny a přenos emocí.....	82
2.3.3 Terapeutická změna a korektivní zkušenost v psychoterapii	86
2.3.4 Psychoterapie závislostí v prostředí terapeutické komunity.....	93
2.3.5 Psychoterapie závislosti na návykových látkách v kontextu religiozity a spirituality	99
3 Metodologie a pojetí výzkumu	112
3.1 Design výzkumu.....	112
3.2 Prostředí výzkumu.....	114
3.3 Výzkumný soubor a zdroje dat.....	114
3.4 Metoda získávání a zpracování dat	115

3.5	Metoda analýzy a interpretace dat	116
3.6	Etická pravidla výzkumu	119
4	Výsledky a zjištění výzkumu	120
4.1	Vybrané prostředí pro výzkum.....	120
4.2	Výsledek výběru účastníků výzkumu	121
4.3	Výsledky sběru dat	122
4.3.1	Výsledek sběru dat účastníka výzkumu A.....	122
4.3.2	Výsledek sběru dat účastníka výzkumu B	124
4.3.3	Výsledky sběru dat účastnice C.....	127
4.3.4	Výsledek sběru dat účastníka D	129
4.3.5	Výsledek sběru dat účastníka E.....	131
4.3.6	Výsledek sběru dat účastníka F.....	132
4.4	Analýza dat.....	134
4.4.1	Nulté fáze IPA – reflexe postojů výzkumníka k výzkumnému fenoménu	134
4.4.2	První fáze – čtení textu rozhovorů a ostatních zdrojů dat.....	134
4.4.3	Druhá fáze – prvotní poznámky a postřehy.....	135
4.4.4	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka A.....	136
4.4.5	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi dílčími tématy účastníka A	140
4.4.6	Pátá fáze - syntéza dat účastníka A.....	145
4.4.7	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka B.....	147
4.4.8	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka B.....	152
4.4.9	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastnice C.....	158
4.4.10	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastnice C.....	162
4.4.11	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka D.....	168
4.4.12	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka D.....	171
4.4.13	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka E	174
4.4.14	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka E	178
4.4.15	Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka F	182
4.4.16	Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka F	185
4.4.17	Validita dat	190
4.5	Výsledek analýzy dat – odpověď na výzkumné otázky	191
4.5.1	První hlavní výzkumná otázka.....	191

4.5.2	Druhá hlavní výzkumná otázka	193
4.5.3	První a druhá vedlejší výzkumná otázka	194
5	Analýza, interpretace a syntéza výsledků výzkumu.....	195
5.1	Diskuse	195
5.1.1	Výchozí epistemologie	195
5.1.2	Způsobu zpracování dat	195
5.1.3	Reflexe výsledků výzkumu v kontextu teorie a srovnatelných studií	196
5.1.4	Limity výzkumu	205
5.1.5	Publikace výsledků výzkumu.....	207
5.2	Doporučení pro klinickou praxi a další výzkum.....	208
6	Závěr.....	210
	Anotace	212
	Bibliografie a použité informační zdroje.....	213
	Přílohy	230
	Příloha 1 Vzor formuláře Informovaný souhlas účastníka výzkumu	231
	Příloha 2 Scénář rozhovoru s účastníkem výzkumu	232
	Příloha 3 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu A	236
	Příloha 4 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu B	246
	Příloha 5 Transkripce rozhovoru s účastnicí výzkumu C.....	255
	Příloha 6 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu D	264
	Příloha 7 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu E.....	269
	Příloha 8 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu F.....	276

Seznam tabulek

Tabulka A 1 Prvotní motivace k léčbě	137
Tabulka A 2 Hlavní změna	137
Tabulka A 3 Vztah k sobě	138
Tabulka A 4 Vztah k druhým	138
Tabulka A 5 Hlavní událost pro změnu	139
Tabulka A 6 Maladaptivní vzorce konání a myšlení	139
Tabulka A 7 Vývoj náhledu	140
Tabulka A 8 Téma Stávání se sebou	142
Tabulka A 9 Téma Propojenost	143
Tabulka A 10 Téma Přesah	143
Tabulka A 11- Téma Hodnoty	144
Tabulka A 12- Téma Smysl	145
Tabulka B 1 Prvotní motivace k léčbě	147
Tabulka B 2 Hlavní změna	147
Tabulka B 3 Vztah k sobě	148
Tabulka B 4 Vztah k druhým	149
Tabulka B 5 Hlavní událost pro změnu	150
Tabulka B 6 Maladaptivní vzorce konání a myšlení	150
Tabulka B 7 Vývoj náhledu	151
Tabulka B 8 - Téma stávání se sám sebou	152
Tabulka B 9 - Téma propojenost	153
Tabulka B 10 - Téma přesah	156
Tabulka B 11 - Téma hodnoty	156
Tabulka B 12 - Téma smysl	157
Tabulka C 1 - Prvotní motivace k léčbě	158
Tabulka C 2- Hlavní změna	158
Tabulka C 3 - Vztah k sobě	159
Tabulka C 4 - Vztah k druhým	159
Tabulka C 5 - Hlavní událost pro změnu	160
Tabulka C 6 - Maladaptivní vzorce konání a myšlení	161
Tabulka C 7 - Vývoj náhledu	162
Tabulka C 8 – Stát se sama sebou	162
Tabulka C 9 - Propojenost	164
Tabulka C 10 - Přesah	165
Tabulka C 11 - Hodnoty	166

Tabulka C 12 - Smysl	167
Tabulka D 1 - Prvotní motivace k léčbě.....	168
Tabulka D 2 - Hlavní změna.....	168
Tabulka D 3 - Vztah k sobě.....	168
Tabulka D 4 - Vztah k druhým.....	169
Tabulka D 5 - Hlavní událost pro změnu.....	170
Tabulka D 6 - Maladaptivní vzorce chování.....	170
Tabulka D 8 - Stát se sám sebou.....	171
Tabulka D 9 – Propojenost.....	172
Tabulka D 11 - Hodnoty.....	173
Tabulka D 12 - Smysl.....	172
Tabulka E 1 - Prvotní motivace k léčbě.....	174
Tabulka E 2 - Hlavní změna.....	174
Tabulka E 3 - Vztah k sobě.....	175
Tabulka E 4 - Vztah k druhým.....	175
Tabulka E 5 - Hlavní události pro změnu.....	176
Tabulka E 6 - Maladaptivní vzorce konání a myšlení.....	177
Tabulka E 7 - Vývoj náhledu.....	177
Tabulka E 8 - Stávat se sám sebou.....	178
Tabulka E 9 - Propojenost.....	179
Tabulka E 11 - Hodnoty.....	181
Tabulka E 12 - Smysl.....	181
Tabulka F 1 - Prvotní motivace k léčbě.....	182
Tabulka F 2- Hlavní změna.....	182
Tabulka F 3 - Vztah k sobě.....	182
Tabulka F 4 - Vztah k druhým.....	183
Tabulka F 5 - Hlavní událost pro změnu.....	183
Tabulka F 6 - Maladaptivní vzorce chování.....	184
Tabulka F 7 - Vývoj náhledu.....	185
Tabulka F 8 - Stávat se sám sebou.....	185
Tabulka F 9 - Propojenost.....	186
Tabulka F 11 - Hodnoty.....	188
Tabulka F 12 - Smysl.....	189

Seznam vyobrazení

Obrázek 1 Struktura disertační práce22

1 Úvod

Úvodní díl této disertační práce vymezuje předmět, účel a cíle souvisejícího výzkumu.

Popisuje výzkumnou oblast a výzkumný problém, který je potřebné zkoumat a dává ho do širšího společenského a výzkumného kontextu. Obsahuje rovněž znění výzkumných otázek, stručný popis designu výzkumu a zdůvodnění, proč by se měl výzkum realizovat.

1.1 Oblast výzkumu, výzkumný problém a, účel výzkumu

Kapitola obsahuje popis oblasti výzkumu, uvedení výzkumného problému včetně jeho společenského kontextu, výklad účelu výzkumu a očekávané přínosný pro teorii a klinickou praxi.

Po většinu minulého století vědci, kteří zkoumali návykové látky a jejich zneužívání, pracovali ve společenském ovzduší plném vlivných mýtů a mylných představ o povaze závislosti. Když se ve třicátých letech minulého století vědci začali hlouběji zabývat návykovým chováním člověka, byli lidé závislí na drogách považováni za jedince s morálními vadami mající nedostatek vůle. Tyto názory a postoje utvářily reakce společnosti, která užívání drog považovala za morální selhání spíše než za zdravotní problém, což často vedlo k důrazu na ostrakizaci a trestání spíše než na prevenci a léčbu. V současnosti se díky pokroku ve vědeckém zkoumání závislosti společenské postoje a reakce na závislost a spektrum poruch užívání návykových látek zřetelně změnily. Na základě vědeckého výzkumu víme, že závislost je nemoc, která ovlivňuje činnost centrální nervové soustavy a mění chování nemocných. Zjistili jsme mnoho biologických a environmentálních rizikových faktorů a začínáme hledat genetické variace, které přispívají k rozvoji a progresi poruchy. Vědci využívají tyto znalosti k tomu, aby rozvíjeli efektivní přístupy k prevenci a léčbě, které snižují míru užívání drog u osob, rodin a komunit. Navzdory těmto pokrokům stále ještě zcela nerozumíme tomu, proč se někteří lidé stávají závislími na drogách nebo jak drogy mění centrální nervový systém tak, že tyto změny podporují pokračování v užívání návykových látek. Velký pokrok byl dosažen i ve výzkumu prevence a léčby poruch spojených s užíváním drog. Byly navrženy léčebné postupy a byla klinicky ověřena jejich účinnost. Přes tyto dílčí

úspěchy existuje celá řada rizikových faktorů, jako je například vzrůstající prevalence drog, neuspokojivá efektivita léčebných procesů s potřebou několikrát léčbu opakovat, nedostatečné sdílení klinicky ověřených způsobů léčby mezi jednotlivými zeměmi, mění se a mnohdy zhoršující se sociální podpora společnosti pro rizikové skupiny obyvatelstva ohrožených závislostí na drogách. Porozumění těmto rizikům a návrh na jejich řízení či úplnou eliminaci by měl být jedním z důležitých cílů základního a aplikovaného výzkumu v této oblasti. Ten by se neměl omezovat na doposud preferovanou biologickou a na eliminaci symptomů orientovanou behaviorální léčbu, jejichž léčebné limity byly pravděpodobně z velké části dosaženy, ale měl by zahrnout i další slibné koncepty zaměřené více na kauzální léčbu, které se již po určitou dobu zkoumají a mají v prostředí Spojených států již klinicky ověřenou účinnost.

Údaje o prevalenci drog v EU, Spojených státech ale i v České republice jsou značně alarmující. Statistiky z webových stránek národního institutu pro zneužívání drog ve Spojených státech (NIDA) ukazují, že se použití zakázaných drog v USA v průběhu let zvyšuje. Podle údajů NIDA došlo k nárůstu z 8,3 % v roce 2002 na 9,4 % v roce 2013. Další ukazatele růstu poptávky po drogách a jejich využití představuje zvýšená mexická produkce heroinu, jehož je USA významným spotřebitelem, jenž se zvýšil z 8 tun v roce 2005 na 50 tun v roce 2009, což je šestinásobný nárůst (NIDA, 2016). Devastace a dopad zneužívání a závislosti na drogách se stala natolik závažný, že je mnohdy nazývána ve Spojených státech epidemií a stala se jedním z hlavních témat při kampaně kandidátů na prezidentské volby v roce 2016. Organizace NIDA je státní organizace odpovědná nejenom za sledování zneužívání návykových látek, ale rovněž za stanovení a sledování naplňování strategického plánu pro řešení problému ve Spojených státech. Pro roky 2016-20 si pro oblast výzkumu závislostí stanovila čtyři hlavní cíle strategického plánu (NIDA, 2016). První se týká výzkumu příčin závislostí, druhý vývoje prevence závislostí, třetí výzkum nových léčebných postupů a čtvrtý zlepšení účinnosti NIDE strategických programů. Strategický cíl vývoje nových léčebných postupů zejména pro opioidy by podle požadavků této strategie měl vycházet z výsledků vědeckých výzkumu zaměřených na nové způsoby terapie. Rozsáhlý výzkum užívání drog ve Spojených státech je monitorován a zčásti koordinován institucí NIDA v uplynulém desetiletí byly realizovány a publikovány desítky výzkumů léčby se spirituálními determinanty a účinek

tohoto typu intervencí v prostředí terapeutické komunity je považován za klinicky prokázaný (NIDA, 2018).

V EU je pro oblast prevalence návykových látek situace podobná jako ve Spojených státech. Za uplynulé desetiletí je zřetelný nárůst užívání drog a značná různorodost v užívání druhů drog v různých zemích EU včetně užívání zcela nových a rychle se obměňujících syntetických drog. V EU je boj proti drogám institucionalizován. Hlavním orgánem Evropské komise je pro tuto oblast Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), které je odpovědné za monitorování situace v oblasti návykových látek a naplňování strategie EU pro tuto oblast. Z monitorování EMCDDA plyne, že jednou z nejrizikovějších oblastí co do výše prevalence, dynamikou růstu a míry poškození uživatelů je zneužívání konopí (marihuana). Posuzujeme-li data o osobách žádajících o léčbu závislosti na konopí společně s dalšími ukazateli, můžeme získat informace o povaze a rozsahu vysoce rizikového užívání konopí v EU. V roce 2016 požádalo v EU o léčbu drogové závislosti v souvislosti s užíváním konopí více než 150 000 osob, z čehož asi 83 000 o ni požádalo poprvé v životě. V 25 zemích s dostupnými daty vzrostl v letech 2006 až 2016 celkový počet osob žádajících o léčbu poprvé z důvodu problémů s konopím o 76 %, přičemž většina (18) zemí zaznamenala v tomto období nárůst (EMCDDA, 2017). Vedle sledování zneužívání návykových látek v EU je organizace EMCDDA je rovněž odpovědná za návrh a monitorování plnění strategického plánu pro řešení problému závislosti na návykových látkách v EU. Cílem protidrogové strategie EU na období 2013-2020 je přispět ke snížení poptávky drog a nabídky drog v rámci EU. Je rozdělen na dvě oblasti snížení poptávky a snižování nabídky a má tři průřezová témata koordinace, mezinárodní spolupráci a informace, výzkum a hodnocení. Výzkum je ve strategii explicitně vyjádřen ve vztahu ke zkoumání účinných opatření ke zmírňování rizik a nepříznivých důsledků, která jsou zaměřena na podstatné snížení počtu úmrtí přímo a nepřímo souvisejících s drogami a výskytu infekčních nemocí přenášených krví, které jsou spojeny s užíváním drog. Pro oblast léčby stanovuje strategie jediný cíl, zvýšit dostupnost, přístupnost a zaměření účinných a diverzifikovaných způsobů léčby drogové závislosti v celé Evropě. V případě problémových a závislých uživatelů drog včetně uživatelů látek, které nepatří mezi opioidy, vytvořit podmínky tak, aby všichni, kdo mají zájem zahájit léčbu své drogové závislosti, tak mohli v závislosti na příslušných potřebách učinit (EC, 2012). Strategie

EU je rozpracována v řadě doporučení, jak reagovat na problematiku drog. Velký důraz se klade na schopnost reagovat na lokální měnící se podmínky a nespoléhat se na jediný globální přístup v EU. To znamená, že neexistuje jen jediný plán pro boj proti drogám, a že je potřeba na úrovni jednotlivých zemí EU pravidelně přezkoumávat a přizpůsobovat stávající intervence nebo rozvíjet nové, které mají reagovat na měnící se potřeby (EMCDDA, 2017). Propracovaný systém výzkumu má v EU zejména Spojené království UK, kde má na starost koordinaci a vyhodnocení instituce Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) z její zprávy vyplývá, že se výzkumné instituce v UK nezaměřují pouze na sledování jevů souvisejících s užíváním drog a prevencí, ale věnují značnou pozornost i základnímu a aplikovanému výzkumu. Zpráva ACMD doporučuje, že by výzkumné instituce v UK měly zkoumat lokální podmínky pro užití ověřených postupů ze Spojených států, včetně intervencí, které zahrnují spirituální a religiozní determinanty (Iversen, 2012).

V České republice zodpovídá za monitorování situace v oblasti drog a za vytváření strategie boje proti drogám Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je součástí odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky. Prevalence užívání nelegálních drog v České republice je v posledních letech rostoucí, přičemž nejčastěji používanou látkou je konopí s prevalencí posledního roku 20%. Nelegální užívání drog je primárně soustředěno mezi mladými dospělými ve věku 15-34 let a mezi muži. Největší relativní nárůst prevalence se objevil u amfetaminu (v České republice často nazývaného pervitin) z 1% v roce 2010 na 2% v roce 2016. MDMA (extáze) byl nejběžnějším stimulem používaným u široké populace a jeho použití bylo hlavně mezi dospívajícími. Použití metamfetaminu je méně obvyklé u běžné populace, ale s porovnáním s ostatními zeměmi EU je hlavní látkou spojenou s problémovým užíváním drog v České republice. Již zmíněný problém představují nové synteticky vyrobené druhy návykových psychoaktivních látek. Nejnovější studie naznačují, že 1 ze 100 dospělých někdy zkusil nové psychoaktivní látky (NPS). Stejně jako u jiných látek je užívání NPS vyšší u mužů a mladých dospělých ve věku 15-34 let. Prevalence užívání drog je vyšší u podskupin mladých lidí (EMCDDA, 2018a). Národní monitorovací centrum vypracovalo Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Jako účinný, směřující k řešení problémů spojených s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím, uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup.

Tedy takový, který vychází ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních. Je postaven na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií/přístupů moderní protidrogové politiky, které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito přístupy jsou (1) snižování nabídky návykových látek (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog), zákonná regulace dostupnosti hazardních her a snížení jejich rizikovosti, (2) snižování poptávky po návykových látkách a výskytu problémových forem hazardního hraní (primární prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů), (3) snižování rizik spojených s užíváním návykových látek a s hazardním hraním. Protidrogovou politiku ČR tvoří v kontextu těchto přístupů čtyři pilíře: primární prevence, léčba a sociální začlenění, snižování rizik a snižování dostupnosti drog. Intervence ve čtyřech pilířích protidrogové politiky mohou být efektivně uplatňovány pouze ve funkčním institucionálním prostředí, jež staví na mezinárodních závazcích, zkušenostech a spolupráci, na poznatcích z výzkumů, na informacích a hodnocení realizovaných opatření tak, aby byla z veřejných rozpočtů financována pouze efektivní opatření a aktivity (RVKPP, 2010). Česká protidrogová politika se v období let 2010–2018 zakládala na několika základních principech. Explicitně se výzkumu týká část realistické rozhodování – uplatňování ověřených dat a hodnocení efektivity. Realistická protidrogová politika, a aktivity v ní realizované, je založena na analýze současné situace, identifikovaných problémech, potřebách a prioritách, tedy na vědecky ověřených faktech a datech, nikoli na předpokladech a domněnkách. V zájmu uplatňování a zavádění ověřených a účinných strategií a intervencí je podporován výzkum a zavádění jeho poznatků do praxe (RVKPP, 2016). Jako hlavní státní výzkumné instituce v ČR pro oblast drog jsou uváděny Katedra adiktologie 1.LFUK, Ústav zdravotních informací a Kriminologický ústav. Podle údajů EMCDDA publikovaly výzkumné instituce v monitorovaném období přes sto studií a přes 50 publikací. Jejich hlavní zaměření se týkalo kvantifikace jevů spojených s užíváním drog, oblast primární prevence a sociálně-integračních programů. Výzkumů týkajících se léčebných postupů bylo minimálně a byly zaměřeny například na léčbu pacientů s duální diagnózou v terapeutických komunitách (EMCDDA, 2018b) .

Z výše uvedených faktů plyne, že se za poslední desetiletí nedaří měnit trend v nárůstu

prevalence užívání drog, roste počet lidí vyhledávajících léčbu závislosti, Spojené státy mají nejrozsáhlejší výzkum zaměřený na oblast léčby závislosti, nicméně existují velké rozdíly mezi zeměmi EU v množství a organizaci výzkumu léčby závislosti. EU i jednotlivé členské státy EU mají ve svých protidrogových strategických plánech artikulovanou potřebu přebírat osvědčené a prokázané metody léčby závislostí včetně intervencí užívající spirituální a religiózní činitele. Pouze některé země EU s větší výzkumnou bází realizují pro tuto oblast výzkumné projekty. V České republice se této výzkumné oblasti věnuje spíše okrajová pozornost.

Z uvedených faktů vyplývá závěr, že chce-li Česká republika naplňovat svůj protidrogový strategický plán a nechce-li zaostávat za vyspělými zeměmi EU, je potřebné rozšířit záběr aplikovaného výzkumu v oblasti léčby závislostí, zaměřit se na v jiných zemích ověřené léčebné postupy a ve výzkumu ověřit možnosti jejich užití v podmínkách České republiky, která má v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi významně odlišné sociální, kulturní, religiózní a léčebné prostředí.

Z tohoto společensko-výzkumného kontextu plynou jednoznačně současné výzkumné potřeby v zemích EU a s ohledem na možnosti a motivaci výzkumníka je z nich možné jednoznačně odvodit výzkumnou oblast a výzkumný problém. V souladu se strukturou hlavních pilířů protidrogové strategie EU je výzkumnou oblastí snižování poptávky po návykových látkách v České republice.

Výzkumný problém je pro stanovenou výzkumnou oblast zkoumání spirituálních a sociálních determinantů zdraví v terapeutické komunitě při léčbě závislostí. S ohledem na nízký počet klinických studií v České republice pro oblast spirituality a religiozity je nutné první kroky řešení výzkumného problému orientovat na explorační typy projektu, který zkoumá zkušenosti pacientů a terapeutů z terapeutické komunity se změnou pacienta v průběhu terapie a zkoumat, jaký význam přisuzují pacienti spirituální a religiózní stránce této proměny. Z takto formulovaného výzkumného problému byly odvozeny výzkumné otázky obsažené v následující kapitole.

1.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka vychází z epistemologické pozice výzkumníka, kterou je fenomenologie s důrazem na porozumění individuální zkušenosti člověka se závislostí na návykových látkách a jaký význam a smysl této své individuální zkušenosti přisuzuje. Hlavní výzkumná otázka obsahuje nevyjádřený předpoklad o tom, že bude respondent při zvoleném způsobu sběru dat – rozhovoru, schopen a ochoten sdílet zkušenost jakou osobní proměnou procházel a prochází v terapeutické komunitě, jaký má vztah k této proměně a jak jí rozumí. Výzkum obsahuje i vedlejší otázky, které nemají ani explanační a ani explorativní charakter, ale jsou zaměřeny na posouzení, v jakém souladu jsou odpovědi a stávající teorie vysvětlující vztah religiozity, spirituality a zdraví.

Hlavní výzkumné otázky jsou:

H1. Jaká je zkušenost člověka se závislostí na návykových látkách se svou proměnou v prostředí terapeutické komunity?

H2. Jaký význam a smysl má pro člověka se závislostí na návykových látkách jeho proměna v prostředí terapeutické komunity?

Vedlejší výzkumné otázky jsou:

V1. Jaká jsou očekávání a potřeby člověka se závislostí na návykových látkách v oblasti spirituality?

V2. Jak prožívá člověka se závislostí na návykových látkách v prostředí terapeutické komunity svoji spiritualitu?

Hlavní výzkumné otázky tedy napovídají, že se výzkum zaměřuje na lidi, kterým byla diagnostikována závislost na návykových látkách, a kteří jsou ve fázi léčebného procesu v prostředí terapeutické komunity, ve kterém prošli významnou proměnou vedoucí k remisi nemoci. Takto formulovaná otázka pak jednoznačně určuje výzkumný vzorek, jehož popis je uveden v kapitole 3.3 Výzkumný soubor a zdroje dat.

1.3 Kontext výzkumu

Kontext výzkumu má čtyři hlavní roviny. První rovina společenského kontextu je spjata s faktem zneužívání návykových látek ve společnosti. Tento kontext je významný pro určení naléhavosti realizace výzkumu a charakteru výzkumných výstupů, které by měly být efektivně použitelné v klinické praxi. Z tohoto pohledu se jedná o výzkum s významným společenským kontextem, protože je zaměřen na řešení závažného společenského jevu, který ohrožuje zdraví jedinců i celé společnosti a jehož zvládnání váže na sebe značné společenské zdroje. Důležitým aspektem tohoto kontextu je negativní trend ve vývoji eliminace tohoto společenského problému.

Druhou rovinu tvoří kontext výzkumné oblasti. Ten je dán růzností prostředí, kde se konkrétní výzkum realizuje a je pozorovatelný zejména v postojích společnosti jak v oblasti spirituality a religiozity, tak i v postojích vůči lidem se závislostí a drogám samotným. Tyto rozdíly ztěžují srovnávání výstupů mezi výzkumy z různých prostředí například je obtížné porovnávat výzkumy spojené s religiozitou prováděné ve značně sekularizované společnosti v České republice a značně religiózněji založené společnosti v Polsku. Další rozdíly plynou z různosti historie a charakteru drogové scény a míry společenské a institucionální tolerance společenské a institucionální vůči užívání drog. V tomto směru existují například zásadní rozdíl mezi Spojenými státy s relativně rozšířeným užíváním kokainu a heroinu a velmi akcentovanou represivní složkou v protidrogové strategii a Českou republikou, kde převládá zneužívání metamfetaminu (pervitin) a klade se v protidrogové strategii větší důraz na redukci poptávky drog. Všeobecně známé jsou rozdílné, státy EU stanovené restrikce užívání konopí, které je například v Holandsku ve stanoveném množství volně v prodeji. Specifickou část tohoto kontextu je i různost pojetí závislosti v oboru psychologie a psychiatrie. Na jednu stranu je odmítána charakteristika závislosti jako nemoci, kdy se v tomto pojetí nehovoří o pacientech, ale o klientech (Kalina, 2008), na druhou stranu je pojmána závislost jako nemoc, která má svá jasná diagnostická kritéria (UZIS, 2018). Blíže je toto téma rozebíráno v kapitole 2.2 zaměřenou na teorii závislosti.

Třetí rovina je teoretický kontext. Teoretický kontext výzkumu je dán teoretickým rámcem z oboru psychologie, ve kterém je vysvětlována etiologie a patogeneze závislosti, proces

úzdavy a její organizaci v prostředí terapeutické komunity. V sedmdesátých letech minulého století začala světová zdravotnická organizace prosazovat bio-psycho-sociální model člověka ve zdraví, nemoci a léčbě. Tento počin představoval velký přínos k celostnímu pojetí člověka jako jedinečného subjektu, nikoliv jen souboru částí a procesů, které jsou objektem diagnostiky a léčebných intervencí. V uplynulých čtyřiceti letech se nový model postupně prosazoval a objevily se i nové požadavky na jeho rozšíření o čtvrtou spirituální dimenzi, které navazovaly na podněty Binswagera, Bosse, Frankla, Maye a Yaloma. Stejně jako v jiných oblastech psychoterapie, proběhl podobný vývoj i v léčbě závislosti na návykových látkách, která se inspirovala v hnutí Anonymních alkoholiků, jehož principiální myšlenky úzdavy byly i se svým duchovním rozměrem přijaty koncem dvacátého století. V širším pojetí léčby závislosti je přijímán názor, že závislost vede k rozvratu duchovní dimenze člověka a rozšíření o tuto dimenzi, je od léčby neodmyslitelné. Odborná literatura věnuje především pozornost spiritualitě v léčbě závislostí zejména díky klinickým závěrům, že spiritualita pomáhá utvářet charakter a obnovit pocit vlastní hodnoty a vědomí smyslu života při praktickém jednání. V České republice se oblasti vlivu spirituality na léčbu závislostí věnují hlavně kliničtí pracovníci (Remeš, Kudrle, Nešpor, Csémy) a tato oblast stojí zatím stranou rozsáhlejšímu zájmu výzkumníků. V roce 2006 byla tématu bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu věnováno jedno z témat konference Společnosti návykových nemocí (Kalina, 2013), nicméně i přes tyto pobídky, je množství publikovaných výzkumů v České republice relativně nízké – objevují se práce ve formě diplomových a bakalářských prací. Můj výzkum vychází z modelu syntézy transteoretické analýzy systémů psychoterapie navrženého Norcrossem a Prochaskou (J. Prochaska, 2014) . Model vychází z komparace a syntézy jednotlivých procesů psychoterapie a zaměřuje se na nejběžnější problémy osobního fungování jako je například nízké sebehodnocení, nízká schopnost zvládat vnitřní impulsy a nedostatek blízkosti k druhým. Výzkum vychází z pojetí psychoterapie, jako odborné a cílené činnosti při užití klinických metod a mezilidských vztahů, které jsou založeny na vědecky ověřených psychologických principech, mající za cíl pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení a cítění, aby to bylo prospěšné jim i společnosti, ve které žijí (J. Prochaska, 2014). Hlavní důvod pro výběr tohoto rámce byl jeho vyváženost pro oba hlavní zdroje terapeutické změny, jak pro interpersonální vztahy mezi pacientem a terapeutem, tak i pro metody a intervence terapie. Jako teoretický model účinných faktorů

skupinové terapie byl provedena syntéza tří modelů (1) z modelu syntézy transteoretické analýzy systémů psychoterapie navrženého Norcrossem a Prochaskou (J. Prochaska, 2014) a (2) z modelu skupinové terapie vytvořeného Kratochvílem (Kratochvíl, 2005) a Yalomem (Yalom, 1995) a (3) z modelu terapeutické komunity popsané (Kooyman, 2004) a (Campling, 1999). Za primární prvky tohoto modelu byly s ohledem na výzkumnou otázku vybrány z okruhu interpersonálního učení korektivní emoční zkušenost, korektivní rekapitulace primární rodiny, a pro oblast sebeprojevoování sebeexplorace a dodávání naděje. Specifickou skupinu tvořily existenciální faktory a to zejména pacientovo převzetí odpovědnosti za svůj život a za své působení na ostatní lidi. Pro oblast spirituality terapeutické komunity pro léčbu závislostí existuje zahraničních řada studií (Aromin, Galanter, Solhkhah, Dermatis, & Bunt, 2006; M Galanter, 2006), které však vycházejí z rozdílného religiózního a spirituálního kontextu než je v České republice.

Čtvrtou rovinu představuje osobní kontext daný výzkumným fokusem autora této studie, který leží v oblasti psychologie spirituality, profesního zaměření léčby závislostí v rezidenčním prostředí terapeutické komunity, a který vychází z již realizovaných výzkumů v oblasti prevence relapsu a existenciálních konfliktů při léčbě závislostí.

1.4 Přehled designu výzkumu

Kapitola podává přehled zvoleného výzkumného přístupu, typu výzkumu, vybrané výzkumné metody, výzkumného prostředí, výzkumného souboru, způsobu sběru dat a metody analýzy dat.

S ohledem na výzkumný problém a z něj odvozených výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní přístup, který je vhodný pro typ výzkumu, jehož cílem je získat podrobný popis a vhled při zkoumání fenoménu proměny u specifické skupiny lidí (pacienty v remisi) v jejich přirozeném prostředí (terapeutická komunita), je vhodný pro hledání idiografických příčinných souvislostí a s ohledem na stav výzkumu této oblasti v České republice má napomoci počáteční exploraci fenoménu proměny (Hendl, 2012). Z množiny typů výzkumu kvalitativního přístupu byla zvolena kombinace terénního výzkumu a kvalitativní evaluace,

protože podporují proces hodnocení podstaty a významu zkoumaného jevu a procesu v terapeutické komunitě s cílem provést určitá rozhodnutí o přijetí či odmítnutí postupu v terapeutickém procesu (W. R. Borg, 1989). S ohledem na charakteristiky metody terénního výzkumu bylo jako výzkumné prostředí zvolena terapeutická komunita, ve které pracuje výzkumník této studie. Za výzkumnou metodu byl zvolen fenomenologický přístup, protože cílem výzkumu není konstruování objektivního principu, ale popis jevů, přičemž se jevy zkoumají takové, jaké jsou, nikoliv jak se na ně nahlíží z pozic stávajících znalostí (Hendl, 2012). Výzkumný soubor tvořilo šest účastníků výzkumu (pět mužů průměrný věk 30 a jedna žena věk 28 let), kteří byli vybráni metodou záměrného výběru. S ohledem na potřebu získat bohatá data pro analytickou fázi, byla jako metoda sběru dat vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s metodou získávání dat z anamnestických údajů, písemných produktů účastníků výzkumu a záznamů ze skupinové terapie. Pro analýzu dat byla zvolena s ohledem na charakter výzkumného problému a výzkumných otázek metoda interpretativní fenomenologická analýzy dat (J. Smith, 2009).

1.5 Zdůvodnění výzkumu

Kapitola obsahuje zdůvodnění, proč by se měl výzkum realizovat a v čem spočívá jeho novost. Obsahuje popis přínosů výzkumu pro teorii i pro klinickou praxi.

Hlavní důvody pro výzkum jsou dán faktem, že oproti zahraničí pro prostředí České republiky neexistuje žádný relevantní kvalitativní výzkum, který by zkoumal, jakou mají pacienti terapeutické komunity v České republice v průběhu terapie zkušenost se změnou vztahu k sobě samým a k druhým, jaký význam a smysl této zkušenosti přisuzují a jakou mají ve spojení s touto změnou zkušenost se spiritualitou a religiozitou. Studie představuje první krok v systematickém zkoumání významu proměny kvality vztahovosti včetně spirituálních a religiózních determinantů v průběhu léčby závislosti v prostředí terapeutické komunity ve specifických podmínkách České republiky. Novost výzkumu kromě předmětu výzkumu spočívá i v tom, že zkoumá souvislosti psychologických kvalit vztahovosti v terapeutické komunitě a principy Dialogického personalismu tak, jak je formuloval Karel Vrána a principy Péče o duši formulované Janem Patočkou. Pokud se potvrdí předpoklad daný některými

zahraničními výzkumy, že proměna vztahu k sobě samému a k druhým je považována pacienty za významnou a dávající jejich existenci smysluplnost, otevře se prostor pro navazující výzkumy tematizujícími vztahovost i s jejími religiózními a spirituálními činiteli u terapeutů, rodičů, partnerů pacientů a pro výzkumy zkoumajícími do jaké míry existující procesy terapeutické komunity podporují vývoj kvality vztahovosti s aspektem spirituálních a religiózních činitelů.

1.6 Výzkumník

Výzkum provádí psycholog pracující v neziskové organizaci pro léčbu závislostí a je student kombinovaného doktorského studia v programu Spirituální a sociální determinanty zdraví, Vystudoval psychologii na jednooborovém magisterském studiu a prošel psychoterapeutickým výcvikem v Daseinsanalytickém směru. Absolvoval výcvikový kurz Existenciální analýzy na universitě Sigmund Freud Privat Universität Wien v roce 2014 a na universitě University Jyväskylä, Faculty of Social Sciences 2011 absolvoval semestrální studium *Contemporary issues in human development* . V roce 2006 dokončil na London Business School postgraduální studium *Senior Management International Education* a v roce 2007 na Ecole Supérieure du Commerce v Paříži postgraduální studium (Leadership, People management). V roce 1983 dokončil studium na elektrotechnické fakultě ČVUT.

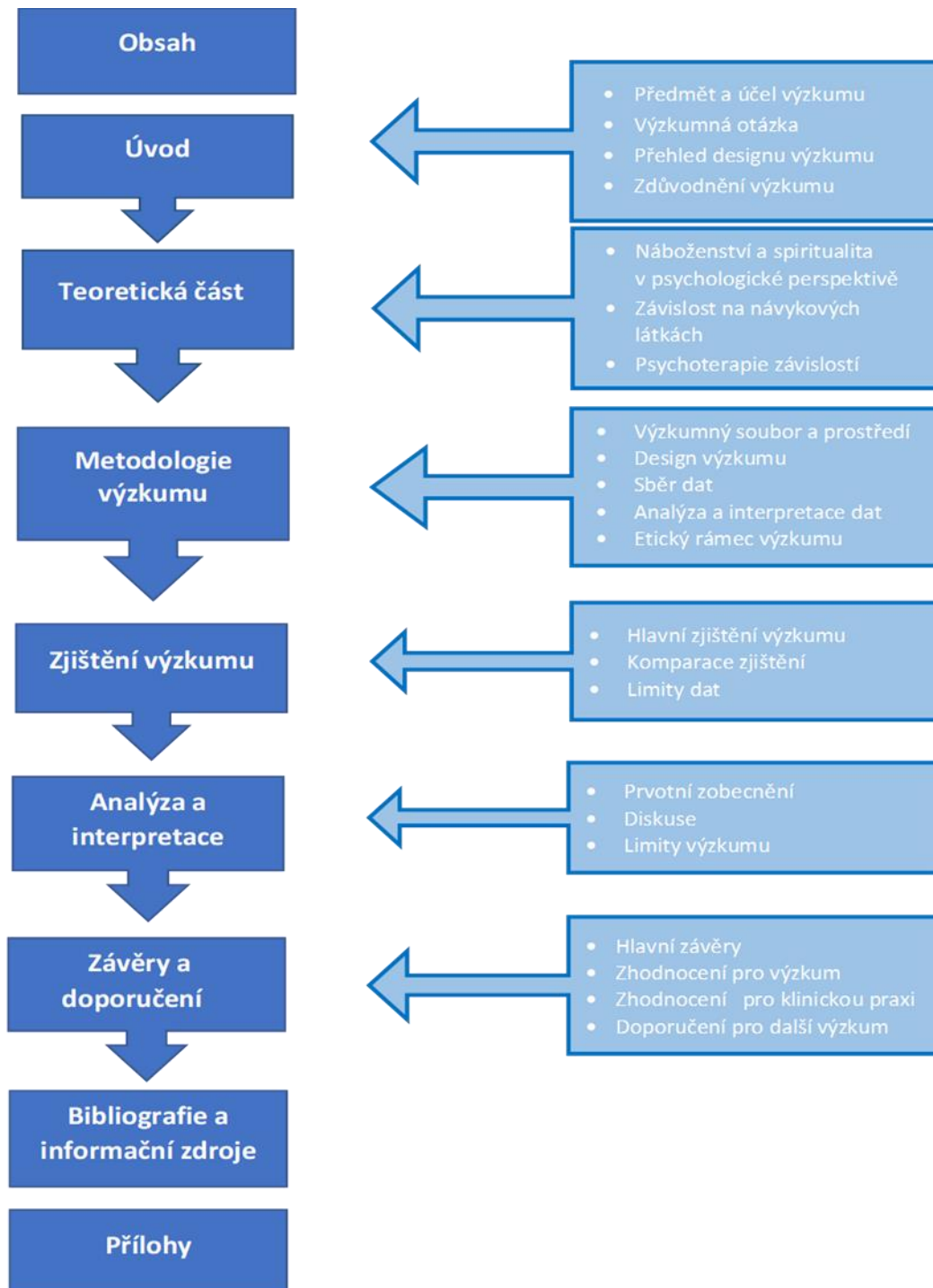
1.7 Duševní vlastnictví a autorská práva

Veškerá pravidla spojená s duševním vlastnictvím a autorským právům vázaným k této disertační práci se odvozují a řídí příslušnými vnitřními normami a předpisy CMTF UPOL.

1.8 Členění disertační práce

Struktura disertační práce je znázorněna schématem na Obr 1

Obrázek 1 Struktura disertační práce



2 Teoretická část

Tento díl obsahuje přehled hlavních teoretických směrů pro oblast religiozity a spirituality z perspektivy psychologie, hlavní psychologické koncepty látkových závislostí relevantních pro prostředí v České republice a hlavní vlivná pojetí psychoterapie v kontextu léčby závislostí v prostředí terapeutické komunity.

2.1 Religiozita a spiritualita v psychologické perspektivě

Mým cílem je pomocí kvalitativního výzkumu porozumět zkušenosti člověka se změnami, jež prožívá v terapeutické komunitě, ve které se léčí ze závislosti a přispět k pokroku v poznání religiozity a spirituality tím, že zkoumám, jakou roli má religiozita a spiritualita v procesu léčby. Aby byl naplněn požadavek na původnost a systematičnost tohoto zkoumání, popíšu v této kapitole psychologické modely religiozity a spirituality v historické perspektivě. Ve svém popisu se jen stručně dotknu témat, která již byla zevrubněji popsána v existující literatuře vydané českými autory jako například Vladimír Smékal (Smékal, 2017), Pavel Říčan (Říčan, 2007), Renata Hacklová, Vladimír Kebza (Hacklova & Kebza, 2014), Jaro Křivohlavý (Krivohlavy, 1992) a Ivan Ryšavý (Ryšavý, 2005) a slovenskými autory Peter Halama (Halama, 2005), Lucia Adamovová, Mária Hatoková a Michal Stríženec (Halama, Adamovová, Hatoková, & Stríženec, 2006; Stríženec, 2007), abych nereplikoval již zpracovaná témata a naopak hlouběji popíši pro kontext výzkumu významná témata, která nebyla českými autory dosud hlouběji zpracována, jedná se například o téma terapeutického vztahu nebo vztahu mezi členy terapeutické komunity z perspektivy dialogického personalismu v pojetí českého teologa Karla Vrány a z perspektivy péči o duši českého filozofa Jana Patočky. První podkapitola se věnuje historickému vývoji základních paradigmat v psychologii majících důležité dopady na tematizaci religiozity a spirituality v psychologie a vývoj zpracování tohoto tématu v průběhu dvacátého století. Následovat bude podkapitola týkající se stávajícího výzkumu této disciplíny v zahraničí a v České republice a v poslední podkapitole budou uvedeny definice základních pojmů ve významu, který je použit v této studii.

2.1.1 Psychologické teoretické systémy religiozity a spirituality v historické perspektivě

Dynamiku zkoumání religiozity a spirituality v rámci psychologie významně ovlivnil střet dvou protichůdných paradigmat již od počátku vzniku psychologie. Pro porozumění současného stavu vědění v této disciplíně a určování směru jejího dalšího vývoje je důležité znát kontext a směr minulého vývoje. Proto tato kapitola obsahuje stručný přehled historie vývoje teoretických systémů religiozity a spirituality v kontextu psychologie s důrazem na teoretické systémy mající vztah k psychoterapii a léčbě závislostí. Pro detailnější informace k historii této disciplíny odkazují na publikace (Watts, 2017), (Nelson, 2009).

Poznání podstaty člověka bylo vždy v centru zájmu myslitelů a badatelů již od starověku. Lidé chtěli z nejrůznějších důvodů rozumět tomu, kdo jsou, kam směřují a kladli si otázku po smyslu svého konání i existence. Zkoumali od nepaměti původ a smysl dobra i zla. Chtěli znát kauzální vztahy mezi různými jevy. Tyto otázky se snažili lidé řešit v rámci různých systémů, ve kterých se pokoušeli o celistvý pohled na zkoumanou oblast. Mezi takové systémy se řadí různé náboženské soustavy, filosofické, sociologické a psychologické systémy. Psychologie je relativně mladý obor vědy, který zkoumá mentální procesy, chování člověka a jeho fyziologické děje včetně jejich vzájemných vazeb a vzájemného působení (Plháková, 2008). Psychologie se vydělila z filosofie na konci devatenáctého století v souvislosti s rozvojem přírodních věd a již od svého počátku se rozvíjela ve dvou paradigmatech, jejichž vliv je patrný i v současnosti. První paradigma formované idejemi v té době vlivného logického pozitivismu vycházelo z názoru, že má-li být psychologie věda, musí to být empirická věda zkoumající pouze příčiny a následky a měla by vycházet pouze z objektivně pozorovatelných numericky měřitelných jevů tak, jak je tomu i v ostatních přírodních vědách. Jiné východisko mělo druhé paradigma, jehož tvůrci pokládali objektivistický přístup za příliš redukcionistický a vedoucí proto k chybným zobecňujícím závěrům. Domnívali se, že v oblasti duševních jevů může být spojen každý fakt s několika různými významy a těmto významům je potřeba porozumět. Psychologie se v tomto pojetí

nesnaží o zjišťování kauzálních vztahů mezi mentálními procesy, ale usiluje o porozumění jejich významu v určitém sociálním a kulturním kontextu včetně zohlednění různého významu v jednotlivých historických periodách. Díky zjevným úspěchům přírodních věd na počátku dvacátého století, převládl zejména ve Spojených státech v psychologii enormní vliv pozitivistického ideálu, kterým se inspiroval behaviorismus usilující, aby byla jediným předmětem zkoumání psychologie objektivně pozorovatelná fakta, za která považoval výlučně lidské chování. K obratu v tomto značně redukovaném přístupu došlo v polovině dvacátého století, ve kterém se psychologie znovu vrací ke zkoumání mentálních procesů a začínají se rozvíjet metody navazující na již dříve používané metody pro zkoumání kognitivních, emocionálních a motivačních procesů jako byla introspekce. K tomuto obratu došlo patrně pod vlivem krize objektivnosti, která se odehrála zejména ve kvantové fyzice po objevech dánského fyzika Nielse Bohra a německého fyzika Wernera Heisenberga, kteří objevili princip neurčitosti reflektující fakt, že to, co se děje, závisí na tom, jak toto dění pozorujeme. Znamená to, že v takovém případě vidíme, co umíme vidět nebo dokonce, co chceme vidět (Blecha, 2004). Z toho ovšem plyne, jak zdůrazňuje druhé paradigma psychologie, že psychická jsoucna nestačí zkoumat jen z jednoho nebo několika dílčích aspektů, jak to obvykle dělají ve svém oboru přírodní vědy. Psychologie se pak sice vrátila znovu ke zkoumání mentálních procesů, ale spor mezi těmito dvěma paradigmaty o pojetí psychologie trvá doposud. Dochází však i ke sblížení v určitých oblastech, kdy ku příkladu představitelé scientistických a antiscientistických paradigmat docházejí k podobným závěrům například v oblasti oceňování významu jazyka, jako bazálního prostředku pro porozumění psychickým jevům. K obratu dochází se zpožděním i ve výzkumu religiozity a spirituality.

Religiozita je mnoho obsažný pojem, zčásti protože je používáný v různých vědních oborech v odlišném kontextu a zčásti pro významné odlišnosti mezi různými druhy náboženství. V sociologii ku příkladu odkazuje na zapojení, zájem nebo účast v různých oblastech náboženské činnosti a víry. V antropologii na kulturní projevy žité religiozity u členů náboženské komunity. I v samotné psychologii se na religiozitu pohlíží z různých perspektiv, které se navíc proměňovaly v čase tak, jak se proměňovala paradigmatata psychologie. Již od vzniku psychologie byl zájem výzkumníků zaměřen na zkoumání

náboženského prožitku. Někteří badatelé (Ryšavý, 2005) zdůrazňují, že bylo toto nové směřování dáno impulsem z protestantské teologie, která se v reakci na krizi metafyziky v devatenáctém století programově odklonila od pojetí teologie koncipované Tomášem Akvinským a zaměřila se na pojetí protestantského teologa A. Schleiermachera, pro kterého zbožnost nebyla soustava dogmat, nýbrž hluboký lidský cit, bezprostřední vědomí naprosté závislosti na Bohu ("das Gefühl der schlechthinnigen Abhängigkeit"). Jan Kranát zdůrazňuje, že podle Schleiermacherových Promluv není náboženství souhrnem nějakých představ či předpisů, ba dokonce nutně nepotřebuje ani představu Boha, musí však – má-li být skutečně náboženstvím – vyvěrat ze zvláštní zkušenosti, již Schleiermacher označuje mnoha způsoby jako smysl a vkus, tušení, instinkt, tíhnutí, náhled či vidění, žasnoucí zření, nejčastěji však jako názor a pocit. Užité pojmy neoznačují předmětnou intenci, náboženství nemá totiž podle Schleiermachera předmět, ale je vztahem k celku přesahujícímu a zakládajícímu každou jednotlivost, jež Schleiermacher nazývá Universum či Nekonečno (Kranát, 2010). Schleiermacherova teologie tedy zdůrazňuje vnitřní prožitek zbožnosti. Schleiermacher nebyl ve své době nikterak osamocený ve zdůrazňování důležitosti niternosti religiozity stojící v určitém protikladu k dle Schleiermachera údajně spekulativní syntéze, které podle něj vytvářela tradiční metafyzika. Rovněž filosofie se v osobě Kierkegaarda, Schopenhauera a Nietzscheho v té době programově zaměřovala na zkoumání nitra člověka a jeho prožívání skutečnosti.

Pro tehdejší zaměření psychologie na náboženské prožitky byl však dle mého názoru neméně důležitý osobní postoj výzkumníka k náboženství vyvěrající z osobní zkušenosti s náboženstvím. Ku příkladu pro jednoho z klíčových autorů tohoto období Williama Jamese měl náboženský prožitek osobní význam terapeutického dosahu, protože byl pro něj účinným prostředkem tlumící jeho úzkostnost a sklony k depresím (Hunt, 2010). Podobně jako Sigmund Freud byl i on původním vzděláním a povoláním lékař, ale jeho pozornost upoutala psychologie, jejíž prvním profesorem ve Spojených státech se posléze stal. Později se ve své akademické kariéře věnoval i filosofii a náboženství. Na počátku dvacátého století strávil několik let na studijním a přednáškovém pobytu v Evropě, kde na universitě v Edinburghu přednášel teologii se zaměřením na poznání Boha na základě pozorování prožitků a zkušenosti věřících. Z těchto přednášek pak vzniká jeho stěžejní dílo *Druhy*

náboženské zkušenosti, které bylo poměrně brzo vydáno i v Československu (James, 1930). Ve výzkumu náboženské zkušenosti William James zkoumal analytickou metodou autobiografické texty obsahující popis religiózní zkušenosti věřících různých konfesí. Náboženskou konverzi analyzoval empirickou metodou dotazníků i E. Starbuck a na jeho výzkum navazuje sedmá kapitola knihy *Druhy náboženské zkušenosti* s názvem *Obrácení na víru*, ve které William James popisuje kazuistiku nevzdělaného mladého muže Stephana Bradleye, který se domníval, že byl ve svých čtrnácti letech obrácen na víru. Náhlou konverzi vysvětluje William James jako důsledek podprahového duševního procesu asociativního charakteru (James, 1930). William James rozlišuje postupnou konverzi, o kterou se člověk snaží a postupně vytváří svůj způsob náboženského života. Oproti tomu staví William James trpné odevzdání se, kde dochází k rozhodující změně - náboženskou konverzi vlivem podprahových procesů, které považuje za vůlí neovlivnitelné fyziologické procesy. William James vysvětloval náboženské prožitky jako jevy, které nejsou ničím jiným než běžné psychické procesy a náboženskou konverzi proto zařazuje do „všeobecné“ psychologie. Ve Spojených státech se výzkumem religiozity zabývali na začátku dvacátého století i další autoři. Leuba zkoumal mystické prožitky a podobně i Hall, který se navíc zaměřil na výzkum vývoje náboženského myšlení a cítění. Hall byl vývojový psycholog, který prosazoval ideu psychického vývoje jako procesu, ve kterém se opakují všechny vývojové fáze lidského druhu Homo sapiens. Domníval se, že pro neřešitelné rozpory mezi evoluční teorií Darwina a biblickými texty není možné věřit na základě tradiční křesťanské víry. Domníval se, že je nutné na základě nových vědeckých poznatků křesťanskou nauku modifikovat, resp. eliminovat vše, co je nadpřirozené tak, aby nebyla víra v rozporu s vědeckým poznáním. Ve své knize *Ježíš Kristus ve světle psychologie* se pokusil aplikovat psychoanalytický koncept přenosu na výklad křesťanství, které v knize pojímá jako čistou psychologickou projekci. Ježíš je v této knize pojímán, jako psychoterapeut, který věřící osvobozuje od pocitu viny a od strachu z provinění. Leuba, který byl spolužákem Halla, provedl v roce 1921 často citovaný výzkum, ve kterém zkoumal míru náboženské víry a vědecké úspěšnosti u tehdejších vědců ve Spojených státech. Ve svém výzkumu dospěl k závěru, že čím úspěšnější je vědec, tím menší je jeho víra vědce v osobního Boha a nesmrtelnost. Podobně jako Hall i Laube považoval za nutné revidovat křesťanství a domníval se, že by psychologie mohla s pomocí biologie a vývojové teorie náboženství plně

nahradit a věřil, že všechny náboženské prožitky a potřeby jsou psychologicky vysvětlitelné. Teologie by se podle něj měla stát proto oborem v psychologii (Nelson, 2009). Výzkum Leuba byl kritizován jezuitským badatelem v oblasti psychologie Josephem Maréchem pro metodologická pochybení a pro účelovost, kdy měla sloužit zejména jako argument pro tehdejší ideologii ateismu (Maréchal, 2003). Na zkoumání Halla a Laubeho dále nikdo ve Spojených státech nenašel, protože výzkumné pole obsadil na dlouhá léta, zcela nový směr behaviorismu vycházející z idejí objektivistického pozitivismu, který účelnost a potřebu výzkumu religiozity a spirituality zcela popíral.

Vývoj zkoumání religiozity a spirituality měl v Evropě oproti Spojeným státům několik významných odlišností, měl však i řadu podobností, a to zejména ve zkoumání religiozity a spirituálních prožitků a zkušeností, které byly předmětem zkoumání německých badatelů jako byl Rudolf Otto a Fridrich Heiler a ve Francii již zmíněný jezuitský badatel v oblasti psychologie Joseph Maréchal. Rudolf Otto byl německý protestantský teolog a badatel srovnávacího náboženství, který jako jeden z prvních vnesl do filosofie náboženství fenomenologickou metodu. Patřil do okruhu badatelů, kteří zkoumali hlavní vlivná náboženství a usilovali o ideovou neutralitu při vědeckém hledání toho, co je pro všechna náboženství společné. Na základě svého bádání dospěl Rudolf Otto k závěru, že společným jádrem všech náboženství je prožitek posvátna. Otto ve svém nejznámějším díle *Posvátné (Das Heilige)* popisuje prožitek posvátného tak, že se jedná o: „nerozumovou, nadsmyslnou zkušenost nebo pocit, jehož primární objekt leží mimo já" (Otto, 1998). V prožitku posvátného je pro něj napětí mezi tajemstvím vzbuzujícím úžas a tajemstvím vzbuzujícím chvění – je to prožitek jak fascinující, tak i děsivý. Tento smysl pro emocionální fascinaci i úděs je podle něj patrný v kořenech všech náboženských prožitků. Prostřednictvím tohoto emocionálního prožitku dle autora narušujeme naši konceptuálně orientovanou mysl o iracionální možnosti. Užitím fenomenologické metody Rudolf Otto stanovuje paradigma pro studium náboženství, ve kterém se zaměřuje na potřebu zkoumat náboženství jako neredukovatelnou, originální kategorii samu o sobě bez myšlenkových a ideologických prekonceptů.

Jak je patrné, mezi Spojenými státy a Evropou byly v oblasti výzkumu religiozity a spirituality zřetelné rozdíly dané kulturními a náboženskými odlišnostmi, které v té době panovaly v těchto oblastech. Rozdíly byly i mezi samotnými evropskými výzkumnými centry. Jejich společným jmenovatelem však bylo, že vycházely nebo se podstatně inspirovaly psychoanalýzou, která se jak v německy mluvících zemích, tak i ve Francii a Anglii vyvíjela svým svébytným způsobem, a to díky velmi inspirativním a provokujícím myšlenkám tvůrce psychoanalýzy Sigmunda Freuda.

Sigmund Freud formuloval svůj postoj k religiozitě v knize *Budoucnost jedné iluze* (Freud, 1929), ve které náboženství označuje za iluzi: „Iluze není totéž, co omyl, nemusí také nutně být omylem. ... Je to splnění nejstarších, nejsilnějších a nejnaléhavějších přání lidstva“. Sigmund Freud se domníval, že naše pocity bezmocnosti ve světě jsou podobné našim dětským pocitům, které nám otec pomáhá zvládat svojí rolí všemocného ochránce. Podle Sigmunda Freuda hodnota náboženských idejí spočívají v tom, že nabízejí podobný druh ochrany a jsou tedy skutečnou, a nikoliv fiktivní formou touhy po ochraně otcem. Tyto tradiční víry by však podle Sigmunda Freuda neměly být přijímány kvůli jejich rozporuplnosti a nedostatku důkazů. Iluzi potřeby bezpečí, řádu a spravedlnosti, kterou zajistí Bůh Otec, musí být podle Sigmunda Freuda nahrazena rozumovým poznáním, kdy člověk bude nahlížet na realitu prostřednictvím vědeckých poznatků. Sigmund Freud v závěru *Budoucnosti jedné iluze* vyslovuje naději, že přesto snad lidstvo jednou překoná onu „dětskou neurózu“ náboženství a převládne vědecký realismus (Freud, 1929). Sigmund Freud považoval za irelevantní zabývat se specificky náboženskými prožitky, protože je považoval většinou za patologický symptom regrese a úniku (Freud, 1998). V souvislosti s religiozitou Sigmund Freud rozvíjel myšlenku o působení principu reality, jenž je spojen s nelibostí, utrpením a vytlačuje princip slasti do pozadí. Člověk se podle Sigmunda Freuda snaží před utrpením uniknout – ať už prostřednictvím samoty, užíváním drog a nebo přesunutím libida tzv. sublimací pudů, která se může projevat účastí na kolektivní snaze ovládnout přírodu, společnost nebo uspokojením prostřednictvím religiozity nebo umění. Přes svůj značný vliv ve své době není již dnes většina myšlenek Sigmunda Freuda týkajících se religiozity šířeji akceptována. Hlavní kritici mu vytýkají, že většina jeho závěrů týkajících se religiozity nebyla výsledkem pozorování jevů, ale spíše převedení některých myšlenek myslitelů

devatenáctého století (Feuerbach) do řeči psychologie nebo případně neoprávněným zobecněním osobní zkušenosti člověka, který vyrůstal v poněkud bizarním rodinném prostředí. To ovšem neznamená, že by myšlenky Sigmunda Freuda někteří badatelé dále konstruktivněji nerozvíjeli. Mezi ně patřil zejména Carl Gustaf Jung, Eric Fromm a David Winnicott.

Vstřícnější přístup k religiozitě zaujímal žák Sigmunda Freuda Carl Gustaf Jung, který pozitivně oceňoval význam náboženského symbolismu. Jung považoval otázku metafyzické existence Boha z perspektivy psychologie nezodpověditelnou a zaujal v této oblasti agnostické stanovisko. Jung předpokládal kromě osobního nevědomí existuje i kolektivní nevědomí, které obsahuje "archetypy" základní obrazy, které jsou univerzální v tom, že se opakují bez ohledu na specifickou kulturu. Průnik těchto obrazů z nevědomí do oblasti vědomí považoval za základ náboženských zkušeností. V literatuře českých autorů zabývajících se psychologií náboženství je zevrubně a do hloubky analyzován Jungův přístup v monografii Pavla Říčana Psychologie náboženství a spirituality (Říčan, 2007).

Erik Erikson je nejlépe známý svou teorií psychologického vývoje, která má své kořeny v psychoanalytickém významu identity v osobnosti. Jeho biografie Gandhiho a Martina Luthera naznačují Eriksonův pozitivní pohled na náboženství. Považoval náboženství za důležitý vliv pro zdárný rozvoj osobnosti, protože představuje hlavní způsob, jak kultura prosazuje ctnosti spojené se specifickou etapou života. Dle Eriksona náboženské rituály tento vývoj usnadňují. Přestože se Eriksonova teorie neopírá o systematické empirické studium, zůstává přesto v psychologickém studiu náboženství vlivnou a široce uznávanou teorií. Erikson byl jeden z prvních psychologů, kteří se pokusili formulovat vývojovou teorii s konotacemi k náboženství, která se stala spolu se strukturálně-genetickým přístupem Jeana Piageta a teorií etického vývoje Kohlbergra základem pro Fowlerový stupně víry. Bližší výklad Fowlerových koncept Stupňů víry je uveden v (Říčan, 2007). Na Lawrence Kohlberga navázal švýcarský psycholog Fritze Oser, který navrhl strukturálně vývojovou koncepci náboženského úsudku skládající se ze šesti vývojových stupňů (1) Deus ex machina, (2) Do ut des, (3) Deismus, (4) Korelace s Ultimem, (5) Autonomie skrze bezpodmínečnou intersubjektivitu, (6) Komunikativní praxe s Ultimem . Blíže o Oserově teorii pojednává práce

(Ryšavý, 2005), která zkoumala validitu teorie pro značně sekularizované prostředí České republiky.

Psychoanalytik a sociolog Erich Fromm modifikoval freudovskou teorii a vytvořil komplexnější popis psychologických funkcí náboženství. Ve své knize *Psychoanalýza a náboženství* reagoval na Freudovy teorie tím, že vysvětlil, že část modifikace spočívá v tom, že oidipovský komplex je založen nejen na sexualitě, ale na dětské touze zůstat připoután k ochraňujícím postavám. Správné náboženství, podle názoru Ericha Fromma, může v zásadě podpořit nejvyšší potenciál jednotlivce, ale náboženství v praxi inklinuje k neuróze. Podle Fromma potřebují lidé stabilní referenční rámec a náboženství tuto potřebu naplňuje. Fromm se domnívá, že lidé chtějí odpovědi na otázky, na které žádný jiný systém znalostí nezná odpověď, a na které umí odpovědět pouze náboženství. Musí se však umožnit zažít pocit svobodné vůle, aby mělo náboženství pozitivní efekt. Autoritativní pojetí náboženství je podle Fromma škodlivé (Fromm, 2003), jeho opakem je humanistické náboženství, jehož základ tvoří ideje humanismu. Těmito tezemi se Fromm zařazuje do skupiny představitelů humanistické psychologie, pro které byl Freud svým biologickým zaměřením na pudovost člověka příliš zjednodušující, behavioristé byli příliš redukcionističtí, a pro které představovalo náboženství významný projev lidství mající pozitivní hodnoty, které je potřebné respektovat.

Oblasti religiozity se nepřímo věnoval britský psychoanalytik David Winnicott v návaznosti na koncept objektivních vztahů Melanie Kleinové. Tu rozšířil o koncept přechodového objektu, který se stává prostředkem umožňující jedinci odpoutávat se od matky a částečně ji nahradit. Tento objekt v mysli jedince však neměnně nepřetrvává. V rozšířené teorii podle A. M. Rizzuto náboženské představy konají právě takovou funkci tím, že jsou reprezentacemi matky a otce v mysli. Iluze je podle nich přirozenou součástí dětského světa, než se dítě v určitém věku naučí rozlišovat mezi skutečným a iluzorním světem vytvořeným v předchozí vývojové periodě dětství (Rizzuto, 1979).

Jiný pohled na spiritualitu, jejíž základy spojuje s přirozeným narcismem člověka navrhl Heinz Kohut. Navazuje na Freudovo pojetí libidinózního vývoje vycházejícího z modelu nepřímé úměrnosti mezi láskou k druhým a láskou k sobě, které však považuje za příliš

poplatné biologickému redukcionismu daného Freudovou fascinací biologickou homeostázou a proto pozměňuje jeho koncept sebelásky. Podle Kohuta se zdravé self buduje ve vývojovém prostředí založeném na třech specifických typech selfobjektivních zkušeností. (1) selfobjekty, které kladně reagují na dětský vnitřní pocit síly, dokonalosti a potvrzují ho, (2) dítě musí být v kontaktu s mocnými druhými osobami, ke kterým mohou vzhlížet a identifikovat se s nimi (3) dítě musí mít zkušenost se selfobjekty, které svojí otevřeností dávají dítěti pocit podobnosti mezi nimi a dítětem. S dalším vývojem dochází ke konfliktům mezi těmito rannými zkušenostmi a realitou. Podle Kohuta dochází v ideálním případě ve vstřícném prostředí, které vytváří bezpečí pro přijetí konfliktu jako něco co může a nemusí být nepřekonatelné. V tomto procesu dochází ke zvnitřnění funkčnosti selfobjektů a dochází k proměňující internalizaci (Mitchell & Blacková, 1999). Kohut nechápe narcismus pouze patologicky a přisuzuje mu pozitivní hodnotu jak v dětství, tak i v dospělosti, ve které může v rámci své víry opouštět své infantilní internalizované grandiózní self a externalizovat všemocnost přenosem na selfobjekt na Boha. Takový typ přenosu kategorizuje Kohut jako idealizující přenos, podobně může s náboženstvím souviset první typ přenosu, který Kohut nazývá zrcadlící, při kterém má člověk potřebu, aby ho jeho selfobjekt chápal a zpětně reflektoval jeho sebeprožívání, zklamání, pocit viny. Třetí typ přenosu je bliženecký, při kterém se chce člověk podobat svému selfobjektu (Kohut & Wolf, 1978). Provokativně podnětné interpretace narcismu v jeho Kohutově konceptu nabízí (Říčan, 2007), který vidí z psychologické perspektivy souvislost mezi narcismem a specifickou formou meditace mystika zaměřenou na nitro a na vyprazdňování mysli s obsahy z vnějšího světa a tento proces interpretuje jako radikální regresi.

Dalším významným autorem psychoanalytické provenience, který se věnoval náboženství z psychoanalytické perspektivy objektních vztahů je Otto Kernberg. Ten přichází s konceptem náboženské zralosti, kterou spojuje s monoteistickými náboženstvími (Kernberg, 2000). U nich vidí paralelu v tom, že podobně jako člověk kultivuje ve svém vývoji vztah k primárnímu objektu popisovaném Melanií Kleinovou, kultivuje se i v monoteistických náboženstvích vztah k Bohu, který se projevuje ve schopnosti empatie, soucitu, péčováním o druhého. Zralá religiozita zahrnuje integrovaný hodnotový systém, který přesahuje zájem jednotlivce a má opravdu univerzální platnost, která platí pro všechny lidské bytosti. Jedná

se o komplexní a harmonický systém, jehož základními principy jsou láska a úcta k ostatním i k sobě. Obsahuje pocit zodpovědnosti za tento hodnotový systém, který přesahuje všechny konkrétní zákony, a očekává takový pocit odpovědnosti i ze strany jiných lidských bytostí, ale s porozuměním, soucitem a obavami v kombinaci se smyslem univerzální spravedlnosti. Taková zralá religiozita také zahrnuje toleranci, naději, důvěru v dobrotu a pocit odpovědnosti vůči vyššímu morálnímu stavu, který odpovídá společnému ideálu lidstva. Zralá religiozita zahrnuje investování práce a kreativity jako přínos k vytvoření toho, co je dobré, a boj proti destrukci. Na klinické úrovni je jednou z funkcí psychoterapeuta zkoumat, do jaké míry je k našim pacientům k dispozici religiozita jako zralá touha po transpersonálním systému morálky a etických hodnot. Psychoterapie musí také pomoci určitým pacientům osvobodit se od používání náboženských doktrín k racionalizaci nenávisti a ničivosti namířené proti sobě i jiným (Kernberg, 2000).

Po druhé světové válce se začínají objevovat práce s konstruktivnějším přístupem k religiozitě i ve Spojených státech. V roce 1950 byla vydána kniha Gordona Allport *Jedinec a jeho víra*. Gordon Allport, který jako jeden z mála oponoval tehdy ve Spojených státech převládajícímu behaviorismu, zdůrazňoval, že je mylné předpokládat, že existuje jediná forma náboženské zkušenosti související s neurózou. V kapitole *Víra mladistvých* formuluje Gordon Allport názor, že mladý člověk při vytváření svého náboženského náhledu na sebe a svět čerpá z různých emocí a postojů, a že jim tento náhled, ať už na sebe bere jakoukoliv podobu různých konfesí, pomáhá dospět, je-li přijat niterným souhlasem a nikoliv násilně vnucen rodiči či společností. V jiné kapitole *Vědomí a duševní zdraví* upozorňuje na pozitivní vliv náboženství na psychoterapii, která si „vypůjčila“ od církve řadu terapeutických technik a postupů jako je naslouchání, povzbuzování a vztahový přenos (Kemp, 2005). Gordon Allport přispěl významně i k psychometrické operacionalizaci religiozity a spirituality, tím, že se zaměřoval nejenom na výzkum vnější formy postojů, ale i na jejich prožitkovou část. Ve svých výzkumech dospěl k závěru, že je účelné rozlišovat mezi vnitřní (intrinsic) náboženskou orientací danou autentickým přesvědčením a vnější (extrinsic) náboženskou orientací danou institucionálním působením církve, náboženských organizací nebo naplňování potřeby sociálních kontaktů a příslušnosti k nějaké skupině. Takto pojatá náboženská orientace byla operacionalizována v dotazníku *Religious Orientation Scale* (Allport, 1967). Myšlenku dvojího

typu náboženské orientace dále Gordon Allport rozvíjel ve svém díle *O povaze předsudků*, ve které formuluje závěry z výzkumu vztahu mezi mírou předsudků a příslušností k církvi, ze kterého překvapivě vyšlo najevo, že lidé bez náboženské příslušnosti mají v průměru méně předsudků než příslušníci církví. Další výzkum však potvrdil, že ti příslušníci církve, kteří měli svoji víru více zvnitřnělou, měli mnohem méně předsudků než ostatní lidé účastníci se výzkumu. Gordon Allport z toho vyvozuje důležitý závěr pro pozitivní nazírání na zvnitřnělou religiozitu, že institucionální oddanost, svou povahou vnějšková a politická, se pojí s předsudky (Allport, 2004). Koncept dvojího typu náboženské orientace byl ještě za života Gordona Allporta podroben kritice, protože typologie byla konstruována na základě krajností v náboženské orientaci a vylučoval jedince bez náboženské orientace a ignoroval případy náboženské orientace kombinující jak *intrinsic*, tak i *extrinsic* rysy. Proto byl vytvořen nový model se čtyřmi kategoriemi – ke dvěma existujícím přibýly nediskriminačně proreligiózní a nereligiózní. Velkou výhodou tohoto nástroje je dle mého názoru jeho relativní nezávislost na jednotlivých náboženských doktrínách i relativní otevřenost v definici náboženství. Má tedy oproti některým dotazníkům výhodu, že nemá etnocentrickou charakteristiku a je možné jí použít pro jedince s různým druhem náboženského vyznání.

Na Gordona Allporta v mnohém navázal Abraham Maslow, který zejména ve svých pozdějších pracích polemizoval s pojetím náboženství Sigmunda Freuda jako s patologickým jevem. Argumentoval tím, že různé náboženské systémy vyvolávají u věřících podobné prožitky a náboženství je možné proto chápat jako přirozené a universální. Ke své teorii sedmi hierarchických potřeb z roku 1943 připojuje později v roce 1971 osmou potřebu sebepřesahu (transcendence), při které je člověk zaměřen na hodnoty překračující rámec osobního já (např. mystické zážitky a určité prožitky spojení s přírodou, estetické prožitky, sexuální prožitky, služby druhým, hledání zájem o vědu, náboženské víry atd.). Abraham Maslow popsal význam potřeby transcendence takto: "Transcendence se vztahuje k nejvyššímu a nejvíce inkluzivnímu nebo holistickému stupni lidského vědomí, chování a vztahování k sobě samému, blízkým lidem, lidem obecně, jiným živočišným druhům, přírodě a kosmu " (Maslow, 1971). Podle Abrahama Maslowa potřeba sebepřesahu -transcendence přináší jednotlivci vrcholný prožitek *peak-experience*, ve kterém překračuje své osobní zájmy a vidí svět a sebe z vyšší perspektivy. Tyto zkušenosti často přinášejí silné pozitivní emoce,

jako je radost, mír a dobře rozvinutý pocit vědomí. Abraham Maslow prosazoval pojetí žité humanistické víry, která není institucionalizovaná, neváže se na žádnou náboženskou doktrínu nějaké církevní instituce, má myšlenkový základ v empirickém psychologickém výzkumu a jejíž důležitou složkou je vnímání vrcholných prožitků. Těm věnoval Abraham Maslow během šedesátých let značnou pozornost. Vycházel přitom hlavně z pozorování studentů a kolegů a dospěl ke dvěma hlavním zjištěním:

(1) obyčejní lidé mohou mít vrcholné prožitky i ve zdánlivě všedních událostech. Abraham Maslow byl překvapen zjištěním, že někteří jeho studenti nevědomky popsali své vrcholné prožitky extatickým jazykem známých duchovních učitelů Východu a Západu, přestože je neznali. Z těchto pozorování pak učinil závěr, že člověk nemusí být velký náboženský mystik, aby během všedního života prožíval nezapomenutelná zjevení něčeho nadpozemského. Abraham Maslow se domnívá, že není nutné meditovat v tibetském klášteře nebo cestovat v exotických krajích za účelem studia cizích náboženství, aby měl člověk podobné prožitky. Jak zdůrazňuje ve své knize *Náboženství, hodnoty a vrcholné prožitky* (Maslow, 1964), "..... hlavní lekce od skutečných mystiků spočívá v tom, že posvátné je v obyčejném a nalézá se v každodenním životě.... " .

(2) Abraham Maslow zjistil, že čím více jsme emocionálně zdraví, tím existuje větší pravděpodobnost vrcholného prožitku a také to, že se takové prožitky stávají častější v každodenním životě. Krátce před svou náhlou smrtí v roce 1970 začal Abraham Maslow rozvíjet cviky, které lidem pomohly dosáhnout stavu vědomí, který nazval *plateau-experience*. Doporučoval cvik, při kterém člověk s velkou koncentrací pozoruje květ nebo jiného blízkého člověka s představou, že on sám brzo zemře. Takové metody měly sloužit k překonání nudného, obvyklého způsobu, jakým se vztahuje člověk k druhým, a pomáhal mu znovu vidět svět svěží a radostný. Abraham Maslow byl experimentálně vyškolený psycholog a neměl téměř žádné vzdělání v teologii nebo religionistice, se kterým by mohl získat základy pro koncepčnější zkoumání své nemalé zkušenosti. Jeho životopisci uvádějí, že nepublikované deníky od čtyřicátých let do šedesátých let určitě odhalují jeho zájem o filozofické koncepty Martin Buber, Mircea Eliadeho, Viktor Frankla, William James, D. T. Suzukiho, Paul Tillich a Alan Wattse (Hoffman, 1988). Zdá se však, že studium Abrahama Maslowova v této oblasti bylo nedostatečně systematické pro vytvoření koncepčnějšího charakteru jeho pojetí transcendence. Nejvýznamnější omezení teorie Abrahama Maslowa

se týká jeho metodologie. Pro svůj výzkum používal Abraham Maslow metodu biografické analýzy, jejíž základní charakteristika je, že je extrémně subjektivní a výběr souboru zkoumaných jedinců vycházel výhradně z jeho osobního názoru a ku příkladu zcela ignoroval význačné postavy spojené s křesťanskými církvemi. Je zjevné, že takový způsob výběru může být náchylný ke zkreslení, což významně snižuje validitu získaných dat. Přes jeho počáteční odsuzování religiozity vidím jeho pozitivní roli v tom, že v době doznívajícího monopolu behaviorálního pojetí psychologie nasměroval pozornost výzkumníků na oblast religiózních prožitků a přispěl tak k rozvoji humanistického konceptu psychologie. Při hodnocení Abrahama Maslowa je rovněž nutné zvažovat jeho vývoj od aktivisty ateistických spolků k objektivněji vystupujícímu badateli, kdy ke konci svého života zaujímal smířlivější postoj vůči religiozitě a dospěl k názoru, že autenticky myšlená a prožívaná náboženská víra může být významný činitel pro vznik důležitých idejí (Maslow, 1999). Relativně nedávno byl proveden výzkum zkoumající platnost teorie potřeb navrženou Abrahamem Maslowem. Byla analyzována data od 60 865 účastníků z 123 zemí zastupujících všechny hlavní regiony světa. Průzkum byl proveden v letech 2005 až 2010. Výsledky studie podpořily názor, že existují všeobecné lidské potřeby bez ohledu na kulturní rozdíly. Uspořádání potřeb v rámci hierarchie však nebyl potvrzen (Tay, 2011).

Od osmdesátých let dochází ke změně a novým nadějným výzkumným předmětem se stává vztah mezi religiozitou, spiritualitou a psychickým zdravím. V této době se objevuje řada výzkumů, které používají kvantitativní metodologii a operují s rozsáhlejšími soubory dat. Soubor hodnocení těchto výzkumů je obsažen v (M. McCullough, Pargament, & K., 2000), která je zaměřena na zkoumání fenoménu vlivu náboženství a náboženských prožitků na nápravu narušených mezilidských vztahů zatížených pocitem viny. Oproti přístupu Sigmunda Freuda je to výrazný obrat – religiozita již není považována za patologii, které je možné léčit psychoanalýzou, ale je podle proponentů tohoto obratu je to terapie, kterou není psychoanalýza schopna poskytnout (Pals, 2015). V uplynulých letech tedy došlo k trvalé změně negativních postojů v oblasti psychologie, pokud jde o náboženství a pozornost výzkumníků se zaměřila na poznání pozitivnějších vztahů mezi náboženstvím a různými

aspekty duševního zdraví. Nedávný výzkum dokazuje, že některé formy religiozity (intrinsic) jsou spojeny s nízkou úrovní deprese (M. E. McCullough & Larson, 1999), pozitivní vztah náboženství a osobní pohody (Pargament, 2002), osobním úspěchem a blahobytem (H. G. Koenig, McCullough, M. E., Larson, D. B., 2001), menší rozvodovost, kvalitativně vyšší úroveň partnerství a zodpovědnější vztah k rodičovství (Mahoney, Pargament, Tarakeshwar, & Swank, 2001). Soudobému pojetí religiozity a spirituality se věnuje následující kapitola.

2.1.2 Současné teorie religiozity a spirituality z perspektivy psychologie

V současné době existuje v konceptech psychologie minimálně pět vlivných teoretických přístupů. Každý z nich odlišným způsobem specifikuje předmět zkoumání psychologie, zdůrazňuje rozdílné oblasti výzkumu a používá různé a mnohdy specifické výzkumné metody. Mezi tyto směry se řadí neurobiologický, behaviorální, psychodynamický, fenomenologický a kognitivní přístup. Přestože se jedná o mnohdy zcela odlišné teoretické přístupy, nelze jednoznačně říci, že by některý z nich nebyl validní (Seamon, 1992). Stejně jako pro jiné oblasti má těchto pět teoretických přístupů odlišné pojetí spirituality a religiozity.

Neurobiologický směr se zaměřuje na zkoumání R/S z perspektivy somato-psychické závislosti. Předmětem studia jsou u tohoto směru biologické, převážně však neurofysiologické procesy, které tvoří základ pro prožívání a chování. Počátek výzkumu v této oblasti byl podmíněn dostatečnou vyspělostí výzkumných metod a technologií, zejména však zobrazovacích metod pro sledování procesů spojených s činností mozku. Pokrok v této oblasti umožnil výzkumníkům zkoumat biologické základy R/S prožitků. Základní předpoklad těchto výzkumů byla existence vztahu mezi myslí a mozkem. To koresponduje s filosofickým pojetím dualismu, jehož představitel René Descartes předpokládal existenci dvou zcela odlišných substancí, kterými jsou hmotná substance (res extensa) a duchovní substance (res cogitans), která nemá vlastnost rozprostraněnosti a jejím hlavním atributem jsou kognitivní procesy. Dualismus se nutně musí potýkat s problémem, jak mohou tyto dvě rozdílné materiální a nemateriální substance na sebe působit. Některí

výzkumníci se snažili tento problém vyřešit hypotézou psychofyzického paralelismu, který předpokládá souběžnost mentálních a tělesných procesů. K tomuto konceptu je možné počítat evoluční pojetí katolického myslitele Teilharda de Chardin, který pojímá jak hmotnou, tak i duchovní substanci za souběžně rozvíjející se substance, u kterých je společný vývoj dán směřováním k bodu Omega, k více se zosobňujícímu se Universu (McGreal, 2001). Druhý pohled na problém vztahu mysli a těla nabízí monismus, který předpokládá existenci pouze jediné substance. Zastánci jednoho ze tří hlavních proudů monismu identismu tvrdí, že je duševní a hmotné pouze různým projevem téže identické substance. Z pohledu identismu jsou tedy mentální a fyziologické procesy identické, které pouze různě pojímáme. Identismus se neúspěšně potýká podobně jako psychofyzický paralelismus se stejným problémem vzájemného působení hmotného a nehmotného. Druhý monistický směr, který tvrdí, že existuje pouze duchovní, resp. duševní substance. Podle irského teologa a filosofa Berkeleyho, od kterého tento myšlenkový proud monismu pochází, neexistuje nic jiného než myslící duch se svými idejemi (McGreal, 2001). Z tohoto pojetí vycházejí i další psychologické směry fenomenologicky a existenciálně zaměřené, pro které je vědomí centrem lidské existence a vztah k hmotnému je pro neredukovatelnost vědomí nepodstatná. Neredukovatelnost duchovních fenoménů na fyziologický substrát zastává i mentalismus, pro který není podstatné řešení ontologické otázky koexistence hmotného a nehmotného, ale zdůrazňuje fenomény, které fyziologickou činností mozku nelze vysvětlit, jako je například fenomén svobodné vůle, svědomí a intencionality v jednání (Pstružina, 1994). Třetí pojetí monismu objasňují existenci psychických fenoménů včetně vědomí na základě aktivity mozku. Část výzkumníků z tohoto směru zastává epifenomenální pojetí vědomí, které považuje vědomí za vedlejší produkt biochemických a elektrických jevů probíhajících v nervové soustavě. Podle epifenomenálního pojetí procesy ve vědomí jsou odvozené a nemohou mít jakýkoliv kauzální vliv na tělesné procesy. Tento redukcionismus má v současnosti řadu oponentů, kteří namítají, že subjektivita a vědomí jsou základními stavebními kameny naší humanity (Varela, 2001), zastávají názor, že je třeba zkoumat vztah mysli a mozku jako dvě entity, které navzájem podporují integritu druhého. V současnosti existují teorie, které jsou nereduktivní přístupy, a které nevycházejí z dualismu. Jedná se například o teorii dvojího aspektu, která se inspirovuje fyzikální teorií duality světla, ve které je v jednom aspektu pojímáno světlo jako elektromagnetické záření a v jiném aspektu jako

částice foton. Pro zastánce této teorie inspirované teoretickou fyzikou představuje mozek a mysl duálně různé aspekty jedné substance (Barbour, 2002).

Pro porozumění výzkumu neurovědy týkajícího se R/S je důležité vycházet ze základních znalostí struktury částí mozku (Nelson, 2013). Na strukturální úrovni může být mozek obecně rozdělen do dvou hlavních korových a podkorových oblastí. Mozková kůra je svrchní zvrásněná část mozku skládající se ze čtyř laloků – okcipitálního, parietálního, temporálního a frontálního, ve kterých probíhá výkon vyšších kognitivních funkcí. Podkorová oblast mozku obsahuje řadu menších struktur a systémů, které mají různé funkce. Jedním ze systémů je limbický systém, který zahrnuje řadu struktur včetně amygdaly, hipokampu a cingulární gyry. Limbický systém je spojován s emočním fungováním, sociálním vnímáním, pamětí a pozorností. Je spojen s řadou dalších důležitých podkorových struktur, včetně thalamu, který funguje jako senzorycká přepojovací jednotka pro mozek a hypotalamus, který ovládá hormonální systém těla. Předpokládá se, že limbický systém je schopen regulovat senzorycké vstupy a soustředit se prostřednictvím jeho spojení s thalamem. Některé funkce korových a podkorových struktur se zdají být lateralizované a soustředěné buď v levé nebo pravé straně mozku, ačkoli současný výzkum má tendenci zmírňovat myšlenku, že některé funkce jsou přísně "levým mozkem" nebo "pravým mozkem" a kloní se spíše k pojetí mozku jako orgánu s vysokou plasticitou. Další klíčovou částí nervového systému je autonomní nervový systém, který pomáhá regulovat základní tělesné funkce. Zahrnuje sympatikus – ortotropní nervový systém, který se účastní vzrušení a stimulace v reakci na stres, a parasympatikus – tropotropní nervový systém, který má funkce uvolnění a regeneraci energie. Studie mozkových vln pomocí elektroencefalogramu vedly některé autoři k názoru, že ergotropní aktivita je spojena s desynchronizací nebo odpojením aktivity mozkových vln v různých oblastech, zatímco tropotropní aktivita souvisí se synchronizováním elektrických vln, uvolněním a potlačováním kognitivních aktivit. Autonomní nervový systém je regulována hypotalamem a nepřímo limbickým systémem prostřednictvím propojení limbického systému a hypotalamu.

Většina výzkumu biologických faktorů religiozity a spirituality se soustředila na fyziologické a neurologické změny spojené s meditací a náboženskými zkušenostmi (Nelson, 2009). Ve

starších výzkumech se zkoumali zejména souvislosti mezi náboženstvím a epilepsií, zatímco novější výzkumy se zaměřily na možné strukturální, neurochemické a genetické faktory spojené s v R/S prožitky a chování. Jeden z dřívějších výzkumů byl zaměřen na zkoumání vztahu mezi religiozitou a inhibicí některých neurotransmiterů. V jedné studii (J. Borg, Andree, Soderstrom, & Farde, 2003) výzkumníci zjistili, že vyšší úrovně inhibice serotoninu v podkorových strukturách, které souvisejí s sensorickým fungováním, silně korelují s vyššími úrovněmi materialistických a racionalistických postojů a nižších úrovní duchovního přijetí a sebezpřesahování. V jiném výzkumu (Kurup & Kurup, 2003) srovnávali neurochemickou aktivitu v hypotalamu u duchovně nakloněných a ateistických jedinců a zjistili, že rozdíly ve fungování serotoninu a dopaminu zřejmě senzibilizují percepční systém u duchovně orientovaných osob. Výzkum naznačuje, že tato senzibilizace může způsobit neuvědomovaný způsob vnímání sensorických aktivit. To by bylo v souladu s fenomenologickými studiemi, které považovaly senzitivnost za častou charakteristiku mezi mystiky a těmi, kteří mají náboženské zkušenosti, zatímco ateisté a ti, kteří nejsou spirituálně orientováni, nemusí mít takto snadný přístup k podobným zkušenostem. Další relativně nedávný výzkum zmiňuje ve své monografii Pavel Říčan, který zkoumal v prostředí laboratoře pomocí funkční magnetické rezonance vliv religiózního naladění na procesy v limbickém systému (Říčan, 2007). Všeobecně lze říci, že tato oblast výzkumu zaměřené na souvislost neurotransmiterů a R-S prožitků většinou trpí málo reprezentativními statistickými vzorky anebo i příliš úzce zaměřeným souborem R/S prožitků často redukovaných na specifický druh meditace. Rozsáhlejší výzkumy byly prováděny při zkoumání mystických stavů a změněných stavů vědomí. (Nelson, 2013) charakterizuje výzkum Newburga a d'Aquili jako jediný s detailním pokusem o vytvoření komplexního neurobiologického modelu náboženství. Výzkum (A. B. Newberg & d'Aquili, 2000) se zaměřil na dva možné univerzální dimenze náboženské zkušenosti: (1) přerušované emoční epizody zahrnující úctu, mír, klid nebo extázi a (2) různé stupně zkušenosti jednoty. Při oddělení zkušenosti mystické události od její interpretace vycházejí ze Staceova perennialistického modelu, takže zkušenosti jsou vzájemně kulturně invariantní, mohou existovat interpretační rozdíly. Výzkumníci se zajímali o model, který by vysvětlil výskyt stavů absolutního jednoty bytí a jiných mystických zážitků. Domnívají se, že taková teorie by mohla poskytnout základ pro novou zastřešující univerzální metateologii, která není spojena s určitou technikou nebo

náboženskou tradicí. Newberg a d'Aquili věří, že náboženské a duchovní zkušenosti jsou podporovány činností v mnoha částech mozku. Trvalou pozornost, která je nezbytná ve většině náboženských praktik, jako je modlitba a meditace, je podporována aktivitou v kůře, zejména v pravé čelní oblasti a v podkorových oblastech, jako je cingulární gyrus. To zase způsobuje změny ve strukturách, jako je thalamus, které se podílejí na zpracování smyslových informací o našem těle a vnějším světě. Domnívají se však, že většina náboženských zkušeností je důsledkem modelů probíhajícího "ladění" nebo činnosti v autonomním nervovém systému. Za normálních podmínek se ergotropní a tropotropní větve autonomního nervového systému vzájemně potlačují, ale za zvláštních podmínek může být systém změněn tak, že intenzivní stimulace v jedné větvi může aktivovat i druhou větev, což produkuje neobvyklé mentální zkušenosti stejně jako fyziologické změny, které jsou často spojeny s praxí meditace. Toto posunutí může být vyvedeno z "zdola nahoru" fyzickými aktivitami, jako je tanec a půst, nebo může být řízeno z "shora dolů" přes imaginaci nebo meditativní koncentraci, která aktivuje různé neurotransmiterní systémy (A. B. Newberg & Iversen, 2003). Badatelé (Newberg, 1999) identifikovali pět kategorií extatických stavů týkajících se náboženských zkušeností :

- (1) Tropotropický, vytváří uvolněný, ale bdělý duševní stav, stejně jako v meditaci
- (2) Ergotropický, který vyvolává vzrušený bdělost jako ve "flow" stavech
- (3) Tropotropický s ergotropickým přelitím, což vede k pocitům přítoku energie
- (4) Ergotropický s tropotropickým přelitím jako u extatických zážitků
- (5) Maximální stimulace obou systémů, vedoucí k nejintenzivnějším mystickým zážitkům

Výzkum v Newberga a d'Aquili byl kritizována řadou badatelů, kteří konstatují, že teorie má řadu silných stránek, včetně snahy o vytvoření komplexního modelu založeného na neurobiologii nicméně kritizují tendenci teorie pojmut všechny náboženské cesty pod jednotnou značkou meditace a soustředit se na omezený rozsah náboženských zkušeností, jako jsou ty, které se nacházejí v józe a tibetském buddhismu.

Jiné implicitní pojetí spirituality je možné vysledovat v Daseinsanalytické terapii, kde je spiritualita pojímána jako podmínka pro skutečný dialog, který vede k prožívání méně mělké úrovni vztahu. Někteří pacienti se závislostí na návykových látkách, se kterými jsem se ve své praxi setkal, prožívali v určité fázi své léčby často během relapsu krizi mající existenciální charakter – byly to momenty, kdy prožívali konflikt pramenící z konfrontace člověka s podmínkami jeho existence; podmínkami existence se rozumí určité vnitřní charakteristiky, které jsou nedílnou součástí bytí člověka ve světě (Yalom, 2006). Jednalo se o životní křížovatky, na nichž se pacient ocitá a musí se rozhodnout kudy dál. K takovým pacientům je nutné přistupovat spíše z existenciálního a fenomenologického hlediska a nebýt v roli poručníka diktujícího řešení. Pomocí fenomenologického přístupu je možné pracovat s příslušnými prožitky pacientů příměji a porozumět jejich smyslu spíše pomocí pacientova obsahu a způsobu myšlení než prostřednictvím terapeutem dříve osvojených teorií nebo z nich odvozených konceptů. Terapeut vnímá existenci takového pacienta, jako postupně se vynořující, ustalující, která není dána dopředu nebo charakterizována určitými neměnnými rysy. Existence se neprojevuje jen tím, co se odehrává v nitru člověka, ale také tím, co se odehrává mezi jedincem a druhými, mezi člověkem a světem, mezi pacientem a terapeutickou skupinou. Bytí jedince a jeho svět jsou nedělitelné, protože oboje vytváří jedinec. Fenomenologicky je svět pacienta jeho osobní konstrukcí, která reflektuje jeho představu o druhých lidech podle úrovně jeho konvenčnosti a akceptace společenské žádoucnosti. Daseinsanalytická terapie se nesnaží vytvářet celistvý a ujednocený pohled na svět. Terapeut se spíše řídí tím, že k pochopení pacienta je třeba porozumět světu, který si pacient vytváří. To ovšem neznamená, že by tvůrci terapie nevycházeli z nějakého konceptu, ten je však spíše metodického než explanačního charakteru. Podle tvůrce daseinsanalytické terapie švýcarského psychiatra L. Binswagera, který se rovněž podílel na vývoji dialogického personalismu a jehož koncept terapie vychází z myšlenek Martina Heideggera, žijeme ve vztahu ke třem úrovním světa – Umwelt, Mitwelt a Eigenwelt (Binswanger, 1963) (později rozšířeno o čtvrtou úroveň o Überwelt). Umwelt se týká vztahu člověka k biologickým a fyzickým aspektům světa. Mitwelt se týká vztahu ke světu lidí, sociálnímu světu; překládá se jako bytí s druhými. Eigenwelt značí způsob, jakým se vztahujeme k sobě samým, jak pochybujeme o sobě, jak hodnotíme a prožíváme sebe sama; překládá se jako bytí pro sebe samého. Überwelt se týká našeho vztahování ke spirituální sféře. Jednotlivci se

na této úrovni světa vztahují k neznámému a vytvářejí tak vědomí ideálního světa. Lidé se liší různým způsobem existence na každé z těchto čtyř úrovní bytí. Na úrovni Mitwelt se to může projevat tak, že když jsme s druhými, víme, že jsou to vědomé bytosti, které mohou mít o nás pochybnosti, posuzují nás a vytvářejí k nám vztah. Tento tlak může vést ke strachu z nich s následnou útěkovou reakcí do samoty nebo k rozhodnutí, že budeme striktně regulovat svoji komunikaci s druhým nebo hovořit jen o povrchních věcech, které neovlivní negativně vztah druhých k nám. V případě, kdy jsme na úrovni bytí pro sebe samého, jsme to jen my sami, kdo posuzuje svoji existenci a kdo o ní pochybuje. Pokud je tento proces zraňující, můžeme nás to vést k potlačení sebereflexe vedoucí až ke ztrátě kontaktu se sebou samým. A naopak se můžeme zcela ponořit do sebe a s obtížemi se pak dostávat na další tři úrovně existence. V průběhu vytváření zdravé existence čelíme konfliktům mezi jednotlivými úrovněmi a řešíme dilemata při výběru nejlepšího způsobu bytí v přírodě, s druhými, pro sebe samého a se svojí spiritualitou. S rostoucím vědomím přicházíme na to, jak rozporuplný je svět a že mu můžeme rozumět mnoha různými způsoby. Na jakou alternativu života tedy daseinsanalytická terapie pacienta odkazuje? Nejlepší alternativou podle ní je být autentický. Přínosem autentické existence je otevřenost ve vztahu k okolnímu světu, druhým a sobě samým a je daná tím, že jsme se rozhodli přijmout vztah beze strachu a na výzvy nereagovat útekem, což je z mé klinické praxe častá reakce pacientů v počáteční fázi léčby. To dává autentickému člověku svobodu chovat se bezprostředně ve vztahu s druhými, protože je zbaven strachu z vyrazení předstírání. Autentická existence je zdravá i proto, že čtyři úrovně našeho bytí jsou méně konfliktně propojeny. Sebeprožívání se děje v prožitku celku: je soulad mezi tím, jak se cítíme a jak se před ostatními prezentujeme. Nejsme omezováni sebe zkreslujícími představami o sobě, které brání mezilidské intimitě. V autentické existenci nejsme ani extrémně zaměřeni na sebe samé, abychom si nemohli vytvářet zdravé vztahy k okolnímu světu. K zdravé existenci náleží harmonický vztah k jednotlivým úrovním bytí, bez kladení důrazu na jednu úroveň na úkor ostatních, kdy například zkreslujeme svoje sebehodnocení, abychom posílili vztah toho druhého k nám. Otázka je, pokud je autentičnost tak podstatná a důležitá, proč nejsme všichni autentičtí? Proč tolik lidí ovládá představa, že by ostatní s nimi nechtěli být, pokud by poznali, jací ve skutečnosti jsou? Proč je ohrožující být si více vědom sebe samého a světa? Křesťanský teolog Paul Tillich (Tillich, 2004) vyjmenoval podmínky náležící k existenci, které v nás

potlačují přání být si něčeho více vědom, a které v nás vyvolávají existenciální úzkost. Jejím zdrojem je podle něj vědomí neodvolatelné konečnosti, vědomí, že k existenci neodmyslitelně patří nutnost jednat a že zásadní rozhodnutí neseme zodpovědnost jen my sami. Tyto početné zdroje existenciální úzkosti svědčí o určující charakteristice lidského života, kterou je konečnost. Smrt odráží konečnost nám vymezeného času. Hrozba nesmýslivosti odráží pomíjivost hodnot. Izolace prokazuje hranice naší empatie, odmítnutí vztahu manifestuje omezenost naší moci nad druhými. Tyto důsledky života můžeme pojímat jako oblast nebytí. V našem životě prožíváme bytí jako subjektivnost, v níž bytosti jde o ní samotnou; nebytí vnímáme jako objektovost, v níž jsme objekty řízené činiteli, ve kterých se bytost stává vůči sobě indiferentní. V pojetí daseinsanalytické terapie existuje autentické bytí, pokud neodmítá existenci i nebytí a zaniká, vytváří-li sebe sama popíráním nebytí. Z pohledu psychoterapie je základem patologie lhaní, které je jeden ze způsobů, jak se vyhnout nebytí, protože tak je zabráněno prožitku existenciální úzkosti (J. Prochaska, 2014). Má to ovšem svoje důsledky – lhaní vede ke vzniku neurotické úzkosti, která ovlivňuje chování a jednání, ve kterých jsou obsaženy patologické symptomy, jako je kompulzivní užívání drog. Psychopatologie je neúměrným zdůrazňováním jedné úrovně bytí oproti ostatním. Při lhaní si lidé vytvářejí fiktivní svět, který může vnějšímu pozorovateli připadat jako domeček z karet, pro ně je však skutečný. Porozumění psychopatologii vyžaduje vcítění se do fiktivního světa pacienta a rozumění tomuto světu. Vlastní budoucnosti vyplněné úpadkem odráží, nakolik se již stali objektem. Přítomnost odsouvají pacienti do budoucnosti tím, že jednoho dne začnou skutečně žít nebo, jak je tomu u pacientů se závislostí typické, že mají přítomnost pod kontrolou, a že jsou schopni kdykoliv závislost ukončit. Jejich chování vychází z toho, že význam mají objekty mimo ně, jako je hmotné zabezpečení a postavení ve společnosti a nemá pro ně hodnotu svobodné rozhodování, které by je nějak ohrožovalo. Všudypřítomná minulost je jedním z nejčastějších pojetí času pacientů se závislostí. Takový život v minulosti často zrcadlí velkou lítost nad chybami, kterých se v minulosti dopustili. Protože lhaní je zdrojem psychopatologie, stává se upřímnost naopak řešením, které vede k odstranění symptomů. Cílem terapie v daseinsanalýze je autentičnost pacienta (J. Prochaska, 2014). Zvyšování vědomí se tak stává jedním z nejdůležitějších procesů, pomocí něhož si lidé uvědomují aspekty světa a sebe samých, které lhaním zablokovali. A protože lhaní také vede k objektivizaci sebe sama, kdy už člověk nevnímá svou schopnost volit mezi

alternativami, musí terapie zahrnovat procesy, díky nimž budou lidé schopni prožívat sebe sama jako subjekty, jako bytosti, které nejsou vůči sobě indiferentní a svobodně a zodpovědně volí mezi různými možnostmi. Přestože M. Heidegger rozvíjí v *Sein und Zeit* základní myšlenky dialogických principů (Heidegger, 2008), nedošlo k jejich významnějšímu přesahu do psychoterapie, která se spíše zaměřuje na identifikaci intrapersonálních, interpersonálních konfliktů a jejich zprostředkování pacientovi a méně zdůrazňuje důležitost dialogického charakteru vztahu a komunikace mezi pacientem a terapeutem. Jednou z mých významných motivací je prostřednictvím výzkumu v prostředí léčby závislostí na návykových látkách osvětlit možnosti obohacení daseinsanalytických léčebných postupů o dialogické principy.

Témata spirituality a religiozity jsou zpracovávána řadou autorů v České republice již od devadesátých let minulého století. Mezi nejvlivnější autory lze zařadit Vladimíra Smékala (Smékal, 2017), (Smékal, 1999, 2006), Pavla Říčana (Říčan, 2007), Renatu Hacklovou, Vladimíra Kebzu (Hacklova & Kebza, 2014) a Jaro Křivohlavého (Křivohlavy, 1992). Ve své poslední práci se Vladimír Smékal tematizuje různé aspekty duchovního života z perspektivy psychologie. Věnuje se i tématu definice spirituality, u které upozorňuje na její dvojí stránku – spiritualitu spasení a spiritualitu tvoření, spiritualita se projevuje v závislosti na osobnostních determinantech jedince. Zvláštní pozornost věnuje spirituálnímu poranění, které odlišuje od psychosociálního poranění a porovnává ho z pohledu teologie, která pojímá duchovní zranění jako ztrátu spojení s Bohem v důsledku ztráty víry a naděje s pohledem psychologie, která ho pojímá jako ztrátu smyslu, oslabování vědomí sebe sama a pocit bezmoci, prázdnoty (Smékal, 2017). Ve své dřívější práci upozorňuje Vladimír Smékal na trendy obnovovat přírodní aspekty spirituality projevující se například uctíváním přírodních sil, které může být provázeno extatickými stavy a vrcholnými prožitky (Smékal, 1999). Pavel Říčan se ve své monografii zaměřuje na fenomen spirituálního a náboženského prožitku a přehled různých psychologických konceptů náboženství a spirituality s podrobným výhledem psychoanalytického pojetí. Na spiritualitu a smysluplnost života se zaměřuje Jaro Křivohlavý a popisuje různé přístupy ke spiritualitě (Křivohlavý, 2006).

Do teoretických východisek existenciální a daseinsanalytické terapie má význačný přesah dialektický personalismus. Důležitou součástí daseinsanalytické terapie je porozumění spolubytí pacienta a podpora pacienta v jeho sebenaplňování. Z perspektivy filosofické antropologie a teologie tuto oblast ve svém díle tematizoval teolog, filosof, učitel a organizátor duchovní obrody v Čechách Karel Vrána. Ve svém díle vytýká klasické a existencialistické antropologii setrávání u autogenního vztahu osoby a zdůrazňuje pojetí dialogického personalismu vyzdvihujícího intersubjektivní heterogenní vztah. Poukazuje na to, že sice scholastická teologie inspirovaná zčásti Aristotelem hájila společenskou povahu člověka, ale hlouběji nezkoumala interpersonální vztah setkání a společenství mezi já a ty. Navazuje na ontologické výzkumy K. Jaspersa a G. Marcela a rozlišuje mezi sociálním a dialogickým vztahem, kdy za sociální vztah považuje vztah mezi lidmi, který určuje jejich funkce, resp. role ve společnosti. Oproti tomu dialogický vztah se odehrává na hlubší úrovni, kdy se s druhým jedná ne jako s prostředkem, ale jako s osobou, s cílem. Problém této dvojakosti vztahu nebyl v minulost filosofii neznámý, ale jeho naléhavost se výrazně zvýšila s rozvojem moderní společnosti, kde se rozšiřuje anonymizace v různých sférách života a dochází k ubývání dialogičnosti a nárůstu utilitárnosti vztahu. Myšlenku, že se člověk jako osoba utváří jedině ve vztahu k druhému, k Ty, tematizovali až myslitelé, kteří jako první identifikovali principy dialogičnosti. Řadíme mezi ně zejména Bubera, Ebnera, Marcela a Rozenzweiga. Jejich myšlenky dále rozvíjel v linii „filosofického“ a „světsko-laického“ charakteru dialogismu K. Jaspers, L. Biswanger a K. Loewith v Čechách pak Karel Vrána. V dialogu Karel Vrána rozlišuje jak horizontální – mezilidský aspekt lidské komunikace, tak i vztah vertikální – vztah člověka k Bohu. Apeluje na to, aby se budoucí výzkum dialogického personalismu neomezoval na pouhou jevovou stránku, ale aby se výsledky fenomenologických zjištění podrobily dalšímu ontologickému výzkumu. Zdůrazňuje některé vůdčí linie, kterými by se ontologický výzkum mohl řídit. Jedná se o zaměření výzkumu na analýzu struktury sebenaplňování člověka pro porozumění ontologické nutnosti spolu-bytí v osobním vztahu, objasnění důvodu sebeuskutečnění prostřednictvím ostatních lidí a osvětlení skutečnosti poznávání a přijímání druhé osoby v dialogickém vztahu (Vrána, 1996) .

Karel Vrána rozlišuje tři metafyzické struktury osobního vztahu – poznání a láska, potřeba osobního vztahu, pohyb od horizontálního k vertikálnímu vztahu. Při zkoumání vztahu

poznání a lásky rozvíjí myšlenku E. Coretha :„sebenaplnění konečného ducha je naplněním sebe sama v druhém, naplněním totožnosti, subjektu a objektu“ a dochází k závěru týkajícího se vztahu poznání a lásky: „Vůle nespočívá v podmanění si hodnoty pro mé vlastní obohacení a pro mou vlastní realizaci, ale v uznání hodnoty podle toho, jaká je sama o sobě a pro ní samotnou.“ (Vrána, 1996) Pokud je tato hodnota naplňována ve vztahu k subjektu, je relativní, pokud se nezakládá ani ve vztahu s volným subjektem ani se od něj neodvozuje, je absolutní a vůle se v tomto smyslu nazývá láska. Osobní poznání druhého je podmíněno jejím slovem, pomocí něhož dochází ke sebesdělování a sebezjevování. To předpokládá, že se druhý svobodně a s důvěrou otevře do hloubky svého osobního bytí, ale i, že se já otevírám s důvěrou a vírou jimž přijímám jeho odhalující slovo a že tomuto slovu naslouchám. K. Vrána z toho vyvozuje, že na nejvyšší úrovni poznání tvoří poznání a láska, vůle a vědění jednotu. Více lásky zakládá více vědění a vice versa (Vrána, 1996) . Každý z této dvojice úkonů ústí do toho druhého, poznání do vůle a vůle do poznání.

Při rozboru druhé metafyzické struktury potřeby osobního vztahu si Karel Vrána všímá paradoxu sebenaplnění. Na základě fenoménu, že ano lásce dávané určitému ty je základní prvek pohybu osobního života K. Vrána vyvozuje, že lidská osoba je ze své podstaty určena k tomu, aby se stala ty nějakého já. Důkaz spočívá v tom, že je pro člověka charakteristické, že jeho heterogenní onto-teleo-logický vztah musí ve své svobodě naplnit sám. Karel Vrána říká: „ Aby se mohl stát sám sebou, aby překonal všechna odcizení a existenciálně dosáhl své osobní totožnosti musí se vědomě (poznání) a ze své vůle (svoboda) vztahovat, zakotvit a pokládat své základy v Bohu. Konečný lidský duch je aktuálně konečný a potencionálně nekonečný neboli je schopen nekonečna, je schopen vztahu s nekonečnou a absolutní Bytostí. Lze tedy prohlásit, že konečný lidský duch je právě onou svobodně a vědomě uskutečnitelnou možností dojít sebenaplnění v bytostném vztahu s Bohem. V této vertikální možnost spočívá podstatná transcendence člověka. Člověk se stává tím, čím od počátku je – sebou samým – tou měrou již se daruje a ztrácí a poskytuje se nekonečně transcendentnímu Bohu, jenž je jeho tím naprosto druhým.“ (Vrána, 1996) Logicky pak platí, že čím je člověk více a více zaměřen sám na sebe a uzavírá se do sebe, tím více se sobě ztrácí a odcizuje se sám sobě. Toto excesivní zaměření na sebe může z perspektivy psychologie nabývat až patologické úrovně, kdy se pak v průběhu léčby pomocí rozličných terapeutických postupů

zaměřuje pozornost člověka mimo sebe. Jeden z nejnámějších postupů, který zmiňuje i Karel Vrána, je metoda dereflexe používaná v logoterapii vyvinuté rakouským psychiatrem Viktorem Franklem (Vrána, 1996). Další fenomén druhé metafyzické struktury, kterou promýšlí, je dialogické společenství. Aby člověk mohl sám sebe uskutečňovat, musí překračovat hranice konečnosti světa, které jsou tvořeny materiální realitou vnímanou smysly. Toto překračování hranic materiálního se děje setkáním s jinou lidskou osobou existující v tomtéž obzoru. K. Vrána vysvětluje, jakým jevem se tak děje: „Jiný člověk představuje první a nevyhradnější pól vztahů pro naše poznání, chtění, jednání a bytí ve světě. Volá nás k axiologické odpovědi lásky a k sebedarování, dotazuje se nás a vyvolává v nás postoje, v nichž můžeme částečně naplnit, začít naplňovat naše osobní bytí a zahájit naši seberealizaci.“ (Vrána, 1996) Vznik a trvání dialogického vztahu má svoje podmínky. Jednou z nich je existence skutečného setkání, při kterém se setkávající já a ty nepojímají jako objekty, které by bylo možné vtáhnout do svého světa za nějakým účelem a při kterém by byl vztah založen na moci, vlastnictví a manipulovatelnost. Pro takový nenaplněný vztah jsou podle K. Vrány typické dva charakterové fenomény – konfliktnost a lhostejnost (Vrána, 1996) . Další důležitou podmínkou pro trvání vztahu je zakládání vztahu na absolutním Božím Ty, kdy je vztah spasený a vykoupený. Pokud se na absolutním bytí nezakládá, pak končí v nicotě. V takovém případě nezbyvá než se smířit s nestálostí vztahu nebo její nestálost vytěsnit pomocí náhražky vztahu.

Třetí metafyzická struktura pohybu od vztahu horizontálního ke vztahu vertikálnímu je do značné míry ovlivňována problémem současnosti, kdy dnešní společnost nepřesvědčují metafyzické důkazy existence Boha. Ty mají sice svojí trvalou platnost, ale tím, že ústí do existence Jiného vůči světu, jako prvotní příčiny, stává se osobní povaha tohoto Jiného ne dosti zřejmá. Dalším pokusům nazývaným morální důkazy existence Boha pomíjí to, že dané struktury morálního řádu jsou anonymní jako res metafyziky západní proveniencie a tím ignorují skutečnost, že já existuje jen díky ty (Vrána, 1996) . Hlediska naplňování lidského bytí, které se děje specifickou formou kauzality, K. Vrána popisuje na úrovni lidské ontogeneze, které rozumí jako sérii dialogických a intrasubjektivně-personálních událostí. “V této původně nereflektované a podvědomé zkušenosti dítě prožívá radikální vůči ,ty‘ své matky a zároveň totožnost vlastního bytí, které díky tomu ,ty‘ existuje. Tak se ,já‘ dítěte

neutváří prostřednictvím sebepotvrzování nebo vztahu se světem věcí, ale prostřednictvím komplexního a dynamického, vzájemného a intersubjektivního vztahu, který se skládá ze znaků.“ (Vrána, 1996) Přestože není v textech Karla Vrány explicitně zmiňována vlivná psychologická teorie vztahové vazby, je možné její konotace spatřovat v teoretických východiscích Karla Vrána, pro kterého je poznávací a emoční horizont dítěte po narození určován výlučně pečující osobou. Díky tomu také dítě personifikuje i objekty z věcného světa. Pro K. Vránu je podmínkou osobního a zralého vztahu k Bohu normální, autentický a uspořádaný vztah k rodičům.

K. Vrána osvětluje omyl tradiční filosofické antropologie, která slovy K. Jasperse věnovala příliš velký prostot nepravé i když oprávněné a z primárních životních potřeb vyplývající komunikaci (Daseins-Kommunikation) na úkor pravé komunikace (Existenziale-Kommunikation). Cílem existence společností (societates), ve které se užívá nepravé komunikace je uskutečňování objektivního bonum – společného dobra. Naproti tomu cílem společenství (communitas) jsou však osoby jako takové. Pro osobní setkání je charakteristická bezprostřednost vztahu vylučující užívání zprostředkujících úvah, které by zpředměťovaly druhého. Další vlastností je vzájemnost, kdy se v dialogickém setkání člověk autenticky stává Já do té míry, do které se autenticky stává Ty. Interpersonální dialogický vztah Já a Ty je podmíněn vertikálním vztahem mezi lidským Já a Božím Ty. (Vrána, 1996)

Podobně, jako má do psychoterapie přesah teologie dialogického personalismus, tak má zajímavý avšak doposud výzkumně nezpracovaný přesah i pojetí vývoje bytí k odevzdanosti vůči druhému tematizované u Jana Patočky. Vzdor tomu, že byli Jan Patočka, který svým způsobem navazuje na filosofii dialogu a Ludwig Binswanger současníci a vzájemně se přímo neovlivňovali, přece však terapie Binswangerova a filosofie Jana Patočky má vedle některých obdobných témat a rysů přinejmenším jedno významné společné téma. Spojuje je nárok uchopit lidskou existenci a bytí jako celek, v jejích nejzákladnějších aspektech, v souvislosti s jejím celkovým smyslem (u Jana Patočky navíc na pozadí dějin a vědomí krize Evropy a snaha tomuto ohrožení myšlenkově čelit). Příčiny krize Evropy viděl Jan Patočka v tom, jak se táže filosofie po pravém bytí člověka. Podle něj filosofie pojímala až doposud bytí jako něco skrytého za světem pokleslých jevů a neuvědomovala si, že za takto pojímané

pravé bytí považuje jen to, co splňuje nároky pozorující subjektivity. Podle tohoto konceptu by muselo mít bytí povahu něčeho neměnného, stálého, dokonalého a důsledkem toho je, že se subjekt domnívá, že se struktura světa podobá struktuře jeho myšlení o světě. Takto se dosáhne nejenom jednotný a celistvý výklad skutečnosti světa, ale bude i možnost svět snadno ovládat. Jan Patočka jako fenomenolog zakládá jiný přístup, který ponechává svět v tom, v čím je sám sobě a nevnučuje mu nějaký celek vzešlý z rozumových procesů. Táže se naší existence, zda v ní kromě rozumového obsahu není něco jiného, co by nám o světě podalo rozumem neovlivněnou zkušenost. V souladu se svým jiným současníkem Martinem Heideggerem se Jan Patočka domnívá, že je třeba pohlížet na člověka jako na existenci pohybující ve světě, a že zkoumáním tohoto pohybu prokážeme onu neovlivněnou zkušenost. Patočka rozlišuje tři druhy pohybu mající vztah k lidské existenci. První druh pohybu pojmenovává pohybem zakotvení podle toho, že si prostřednictvím tohoto pohybu člověk hledá a vytváří svojí pozici ve světě, druhý pohyb nazval reprodukcí podle toho, že se pomocí něho stabilizuje a prodlužuje existence pomocí práce. Třetí druh pohybu (pro téma tohoto výzkumu nejvíce zajímavé) je pohyb průlomu, ke kterému zpravidla dochází po nějaké tragické události a při kterém člověk dochází k závěru, že jeho existenci není možné zajistit pouze dvěma předchozími pohyby, ale že je třeba o existenci usilovat a pečovat. Ve třetím pohybu se stává člověk bytostí, ale toto jeho bytí musí být potvrzováno a obnovováno dotazováním po pravdivosti a odvážným odmítáním toho, co je ve světě lživé. Toto pojetí má podivuhodnou konotaci se stádií morálního vývoje tak, jak je navrhl americký vývojový psycholog Lawrence Kohlberg nebo ve svém psychosociálním epigenetickém diagramu německý psycholog Erika Erikson (Erikson, 2015). Jan Patočka se zmiňuje v souvislosti s třetím pohybem někdy i o „odevzanost“, nemá tím však na mysli abdikaci s negativní konotací, ale jsoucno v odevzdání: „Mé jsoucno není už definováno jako bytí pro mne, nýbrž jako jsoucno v odevzdání, jsoucno, jež se otvírá bytí, jež žije proto, aby věci byly, ukázaly se tím, čím jsou – rovněž tak i já a druzí“ (Patočka, 1992) . Třetí pohyb tedy není ztrátu světa, nýbrž jeho plné nalezení a také odevzanost druhým není ztráta, ale získáním sebe sama, je to život v otevřenosti. To tedy znamená, že třetí pohyb nepřekonává jednu uzavřenost přijetím uzavřenosti jiné, ale naopak předpokládá se pohyb, jenž překonává uzavřenost jako takovou. Je to nejenom otevřenost vůči druhým, tedy překonání uzavřenosti v zájmu

vlastního života, ale překonání jakékoliv uzavřenosti v předem daném smyslu, a tedy i překonání uzavřenosti vůči tomu, co se ve společnosti děje.

Podle Jana Patočky je člověk bytostí ve světě. Jeho pojetí světa se sice během života do značné míry proměňovalo, ale některé části zůstávaly stejné. Mezi ně patří idea světa, v níž je určitým způsobem chápána lidská existence vždy už situována a pojetí člověka jako bytosti určené právě tím, že je jí vlastní svět. Například ve své habilitační práci říká Jan Patočka v třicátých letech, „Člověk je bytost, která nejen je konečná, je částí světa, ale též má svět“ (Patočka, 1992) ; a o 30 let později říká: „Člověk je člověkem tím, že je na světě, tj. že je ve světle, a to znamená, že žije v pravdě. Možnost žít v pravdě je to, co dělá člověka člověkem.“ Člověk se stává plně člověkem tím, že se setkává se světem samotným, když podle Jana Patočky žije život: „... na oné hranici, která dělá život setkáním se jsoincem, na hranici celku všeho, co jest, kde tento celek je stále naléhavý, protože se tu nezbytně vynořuje něco zcela jiného než jednotlivé věci, zájmy, skutečnosti v něm“ (Patočka, 2002) . Jestliže žít v pravdě konstituuje člověka jako bytost, pak žít ve lži viděno jak z perspektivy filosofické, tak i psychologické a spirituální, člověka jako bytost ohrožuje. Lidské bytí má podle Jana Patočky sklon k úpadku a proti tomuto sklonu člověk působí a vytváří si svoje autentické, svébytné bytí. Činitelem tohoto regresu je podle Jana Patočky veřejný anonym: „V pobytu existuje taková původně úpadková tendence. Ta působí, že budeme-li se ptát, co je vlastně subjektem tohoto původně anonymního, neopravdového a nezodpovědného života na světě, odpověď nemůže být ani ten, ani onen, nýbrž subjektem tohoto upadlého života je jakýsi veřejný anonym. Tento veřejný anonym působí, že v tom původním a běžném životě u věcí žijeme nevěčně, ale s úlevou. My si ušetřujeme námahu věčnosti, žijeme tak, že tomu svodu úlevy ustavičně podléháme, a tím se ustavičně sobě samým odcizujeme. Tak vznikla prvotní modalita celkového života pobytu na světě, kterou by bylo lze nazvat prvotním úpadkem, prvotním pádem lidské existence“. (Patočka, 2003) Člověk je tedy ohrožen tím, že se nezabývá tímto jemu vlastnímu úpadku a nenaplní svoje možnosti duchovního růstu. Výsledkem působení tohoto nebezpečí může být vítězství anonymní síly ve společnosti, podrobení se nevědomé všednodennosti, redukce člověka na mechanickou součástku společnosti nebo proměnu člověka na konzumera ovládaného biologickými potřebami. Uvědomění si tohoto nebezpečného horizontu jeho existence se vytváří

otevřený vztah člověka k tomuto horizontu. Pokud člověk ztratí svojí uzavřeností tento horizont, přestává být člověkem. Člověk je pro Jana Patočku nejenom takto ohroženou bytostí, ale zároveň bytostí, před kterou se otevírá příležitost uskutečnění její nejvlastnější možnosti – sebetranscendování. Tento motiv sebetranscendence a motiv bohočlověčenství se v myšlení Jana Patočky objevuje již v počátečních textech; propracování této myšlenky však dochází až v pojetí třetího pohybu – pohybu průlomu. V tomto třetím pohybu se podle Jana Patočky lidská bytost staví čelem k vlastní konečnosti v postoji odevzdání: „Mé jsoucno není už definováno jako bytí pro mne, nýbrž jako jsoucno v odevzdání, jsoucno, jež se otvírá bytí, jež žije proto, aby věci byly, ukázaly se tím, čím jsou – a rovněž tak já i druzí... Bytí v odevzdanosti je jsoucno, jež se odevzdává bytí, jsoucno dokonale, věčné“ (Patočka, 1992) Tento obrat je charakterizován podle Jana Patočky ne: „...ztrátou světa, nýbrž jeho plným nalezením... A je s ním spojen nový mýtus, jeden z nejhlubších, nejrozšířenějších, mýtus smyslem nevyčerpateľný jako každý mýtus: mýtus o božském člověku, člověku dokonale pravdivém, jeho nutném konci a nezbytném, zmrtevýchvstání“ (Patočka, 1992) právě v bohočlověku si „událost bytí“ či „pravda“ volí člověka jako „místo svého zjevení“. „Je-li událost bytí pojata jako to, s čím je nerozlučně spjata božství, pak lze říci, že člověk tak plně pravdivý nese právem jméno bohočlověka“ (Patočka, 1992) Toto zjevení bohočlověka je útok na světu vládnoucí moc úpadku, bohočlověk se „konkurentem ve vládě nad světem“. V tomto střetu nejde o konflikt moci, jak se domnívají tyto do sebe uzavřené síly, ale o buď a nebo, zda bude člověka ovládat „soucno a jeho přesila, nebo pravda bytí“. S objevením se bohočlověka je spojen důsledek platný pro naplňování pravého bytí u každého jednotlivce: „do této krize, před toto rozlišení jsou nyní postaveni všichni, všem je pojednou otevřena budoucnost, z níž vstává nové já, já v odevzdanosti, království boží, které již nastalo, již je mezi námi – ale tak, že každý musí provést svůj obrat k němu...Bohočlověk tedy bude nezbytně zahuben... Zároveň však také nezbytně vstává z mrtvých: neboť pravda, na kterou míří smrtící zbraň... nemůže touto zbraní být zasažena, není to žádná věc, není to nic, co by bylo v dosahu ničivé nitrosvětské síly.“ Objevuje se „společenství těch, kdo v tomto vzdávání a odevzdávání si rozumějí a popíráním oddělených center vytvářejí totéž jednotné společenství odevzdanosti, společenství v oddané službě, které jedince překračuje“ (Patočka, 1992) . Z tohoto popisu je patrné, jak se jedním z hlavních témat filozofických úvah Jana Patočky, kterým je přirozený svět, prolíná základní myšlenkové téma jeho filosofie,

kterým je podstata a pravost lidského bytí. Na jádro a vnitřní jednotu základního myšlenkového tématu Patočkova filosofování pohlíží z podobné perspektivy pravého lidského bytí ve své knižně vydané habilitační práci *Evropa a péče o duši* Martin Cajthaml, který v úvodu zdůrazňuje: „... hlavní význam Patočkova přispění k tomuto tématu spočívá v pozoruhodné koncepci evropských duchovních dějin, jejichž osou je vznik, prohlubování a následující úpadek životního ideálu péče o duši, v němž je spatřován vlastní duchovní základ Evropy“ (Cajthaml, 2010). V této části textu se zaměřím na identifikaci vybraných přesahů idejí dialogického personalismu Karla Vrány a fenomenologie Jana Patočky k hlavním principům a zásadám daseinsanalytické terapie a k jejím možným aktualizacím nebo rozšířením.

První možný přesah dialogického personalismu do daseinsanalytického přístupu je jeho pojetí dialogického vztahu, který se oproti běžnému sociálnímu vztahu odlišuje jeho intencí, kdy se s druhým jedná ne jako s prostředkem, ale jako s osobou, s cílem. Dialogický personalismus odmítá pojímat já, jako suverénní subjekt, který popisuje skutečnost (tedy i druhého jako objekt) a zachycuje jí v jediném výkladu tak, aby se skutečnosti mohl zmocnit, ovládat jí a užívat jí jako prostředku. Jak daseinsanalytická tak i existenciální terapie se zaměřuje zejména na zkoumání negativních jevů odehrávajících se ve vztahu, jako je interpersonální konflikt v intimitě, komunikaci nebo v hostilitě. Důvěrné vztahy zahrnují péči o druhého a sdílení toho nejpodstatnějšího v životě dvou autentických lidí, často se při tom odvolává na pojetí vztahu Já – Ty představitele filosofického směru, který je s existencialismem příbuzný, filosofie dialogu (Buber, 2005). Podle filosofie dialogu je pro člověka svět vymezen dvěma základními vztahy. Vztahem mezi Já a Ono a vztahem mezi Já a Ty. Ono vždy představuje něco určitého a daného, co lze zkoumat a s čím je možné nějak nakládat, Ty není možné zvěčňovat a předpokládá prožívání vzájemnosti a účasti na existenci druhého. Ono je stejnou součástí skutečnosti jako Já a Ty, avšak nesmí zaujmout místo Ty. Dosavadní historie ukazuje, že vývoj díky institucionalizaci vztahů směřuje spíše k rostoucí váze vztahu k Ono a k omezování vztahu k Ty. Oproti Ono, kdy může člověk vystupovat pouze jako zaměnitelné individuum, je vůči Ty otevřenou osobností. Přírozenost této otevřenosti spočívá v potřebě vzájemnosti, která se dříve než potřeba vlastnit projevuje již v raném dětství při vzniku vztahové vazby. Vzájemnost a souznění dvou bytostí

přesahuje ontologická výbava člověka, kterou je vztah k Ty, vztah k věčnému Ty, jímž je Bůh. Buber vychází z představy, že Bůh není člověku nadřazen, ale je vůči němu takový, jak je to podáno v evangelijním obrazu vztahu Otce a Syna. Podle Bubera Bůh nechce po člověku, aby hledal smysl mimo tento svět a apeluje, abychom svojí ontologickou výbavu vztahu k Ty osvědčovali vůči druhým lidem. Buber říká: „..... není to smysl „onoho světa“, nýbrž tohoto našeho světa, a chce, abychom jej osvědčili v tomto životě a ve vztahu k tomuto světu. Tento smysl lze přijmout, ale nelze jej zakoušet; nelze jej zakoušet, ale lze jej uskutečňovat; a právě toto je jeho záměr s námi. Záruka ve mně nechce být uzavřena, nýbrž chce se mým prostřednictvím zrodit do světa. Ale stejně tak jako je smysl nepřenositelný a nemůžete na sebe vzít podobu obecně platného a obecně přijatelného vědění, nelze ani jeho osvědčování tradovat jako platnou povinnost.“ (Buber, 2005).

Realita je podle existenciální terapie taková, že mnoho lidí se cítí bezpečně pouze ve vztahu k objektivizovaným druhým lidem a jsou schopni navázat pouze kontakt Já – Ono. Takové vztahy jsou bezpečné předvídatelné, ale lidé v nich nedávají ani nepřijímají nic jedinečného. Člověk není jedinečnou osobou, ale je zaměnitelný za kohokoliv jiného a vztah se nerozvíjí do naplnění. V terapii se nejedná pouze o vztah pacienta a jeho rodiny, partnerů a přátel, ale i o vztah psychoterapeuta k pacientovi. Zde shledávám možný hlavní přesah dialogického personalismu pro práci terapeuta v apelu, aby pozorně sledoval charakter vztahu mezi ním a pacientem, a aby usiloval o dialogický charakter tohoto vztahu. Pro existenciální terapii je snaha ovládat druhého nejnásilnější věcí, kterou můžeme druhému provést. Ovládat druhého člověka znamená podle existenciální terapie jeho objektivizaci a popření, že se může svobodně rozhodovat. Usilovat o nadvládu znamená předstírat, že se naše bezpečí odvíjí od naší nadřazenosti. Skutečné bezpečí přes jeho možnou dočasnost se však odvíjí od přijetí vlastní jedinečnosti a jedinečnosti druhého.

Druhý možný přesah dialogického personalismu je pojetí paradoxu sebenaplnění představující ideu já, kdy je lidská osoba ze své podstaty určena k tomu, aby se stala ty nějakého já. Čím je člověk více a více zaměřen sám na sebe a uzavírá se do sebe a odmítá se stát „ty“ jiného „já“, tím více se sobě ztrácí a odcizuje se sám sobě. To by mohl být přímo imperativ pro vztah mezi terapeutem a pacientem. Hlavním úkolem terapeuta je porozumět

klientovu bytí ve světě. Tomu jsou podřízeny veškeré terapeutické úvahy. Terapeut se stává terapeutem svého pacienta, až když se stává jeho ty. Terapeutický vztah, který je hlavním činitelem léčby, je přímým vztahem dvou lidí Já-Ty, společný sdílením a prožíváním, které vedou k objasnění pacientova způsobu bytí a porozumění jeho důsledkům (J. Prochaska, 2014).

Třetí možný přesah dialogického personalismu se týká dialogického společenství a je obsažen v myšlence, že je pro naplnění a realizaci osobního bytí nutné v rámci materiálního světa setkání s jinou osobou, která je zakotvena a existuje v tomtéž obzoru (Vrána, 1996). Stejný nárok má daseinsanalýzy a existenciální terapie na směřování vztahu pacienta a terapeuta v postupu od konfliktu k naplnění ve formě terapeutického vztahu, který je součástí procesu změny a zároveň hlavním zdrojem obsahu terapie. Terapeut svojí snahou o autentické setkání pomáhá klientovi uvědomit si způsoby, jakými se setkání vyhýbá, když například setrvává v objektivizované roli pacienta a ne člověka-bytosti. Jestliže se pacient odváží zvolit možnost být autentický v setkání s terapeutem, pak u něj dochází k hluboké změně, protože nahradil lhaní sobě či druhým za bytí s druhým člověkem s druhou bytostí (J. Prochaska, 2014).

První podobnost fenomenologie Jana Patočky s daseinsanalytickou a existenciální terapií je důraz na autentičnost a pravdivost. Ve filosofii Jana Patočky je lež a neautentičnost znamením úpadku lidství pro daseinsanalytickou terapii je lež základní symptom patologie a terapie je zaměřená na autentické myšlení a chování.

Druhá podobnost spočívá v tom, že terapeutický postup dle daseinsanalytické terapie vychází z takového pojetí člověka, který dle českého terapeuta Oldřicha Čálka: „ již vždy a původně nějak rozumí sobě i tomu, co se s ním ve světě setkává. Z tohoto pohledu je první přirozeností člověka právě toto porozumění otevírající svět“ (Čálek, 2006). Lidský způsob existence charakterizuje jako „bytí ve světě ...jako všechny možné způsoby vztahování, chování atd.“ Tento přístup nepracuje s objektivními vědeckými fakty, ale vykládá prožitky v kontextu toho, jak každý člověk svému životu sám rozumí, jak si je sám (svým vlastním jazykem) vykládá (a co si před sebou zakrývá). Hlavní metodou daseinsanalýzy je fenomenologický rozhovor, hledání smyslu vlastních potíží a výklad snů. Pracuje se s tématy

úzkosti a viny, přičemž vina není chápána jako něco „patologického“, je naopak chápána ve smyslu toho, co člověk dluží autenticitě svého bytí. Podobně Jan Patočka jako fenomenolog zakládá principiálně podobný přístup, který ponechává svět v tom, v čím je sám sobě a nevnucuje nějaký celek vzešlý z rozumových procesů. Táže se naší existence, zda v ní kromě rozumového obsahu není něco jiného, co by nám o světě podalo rozumem neovlivněnou zkušenost. Jan Patočka domnívá, že je třeba pohlížet na člověka jako na existenci pohybující ve světě, a že zkoumáním tohoto pohybu prokážeme onu neovlivněnou zkušenost.

Třetí podobnost je v důrazu na intersubjektivitu, kterou se rozumí schopnost sdílení něčeho, co má duševní povahu, mezi subjekty. Intersubjektivita zprostředkovává lidem sdílení psychických obsahů, empatii, vcítění do druhého člověka. Intersubjektivita je nutnou podmínkou pro fungování mezilidské komunikace. Intersubjektivita není objektivní ve smyslu předmětné skutečnosti pozorované ve vnějším světě. Ale není ani subjektivní v tom smyslu, že by ji každý subjekt prožíval jinak. Intersubjektivita je téma i v pojetí pravého bytí Jana Patočky, který se domnívá, že se ve třetím životním pohybu překonává odevzdaností sklon člověka k uzavřenosti před druhými a před světem. V pojetí daseinsanalytické terapie je téma intersubjektivitě stěžejní, protože schopnost spoluprožívání je významná pro tvorbu autentického vztahu mezi lidskými jedinci. Daseinsanalytická terapie má propracovanou etiologii absence intersubjektivitě. Domnívá se například, že konflikty v komunikaci patří k naší izolaci téměř nevyhnutelně. Druhého člověka nemůžeme nikdy zažít přímo, proto nemůžeme také přesně vědět, co se nám snaží sdělit. Náš vlastní pohled se omezuje na překrucování sdělení od druhých lidí. Znovu tedy zakoušíme jistý pocit existenciální viny za neschopnost být s druhými naplno. Takový pocit viny nemusí vést ke stažení se ze společnosti, ale může nás naopak motivovat k větší citlivosti vůči zkušenosti druhého člověka. Pocit viny nás může také přivést k autentické pokoře, když si uvědomíme, že bez ohledu na to, jak moc se snažíme, nikdy nebudeme tak bystří a citliví, abychom věděli, co druhý člověk prožívá. Problémům v komunikaci se nemůžeme vyhnout také kvůli omezeným vyjadřovacím možnostem jazyka. Zážitek nebo zkušenost je daleko bohatší než slovní abstrakce. Prázdnota slov a izolovanost lidí však neomlouvají terapii ani humanitní vědy za to, že se nesnaží takovým zážitkům porozumět (některé terapeutické směry dokonce relevantnost prožívání jako takového popírají). Slovní komunikace však stále může

poskytnout dostatečně detailní obraz lidské zkušenosti, jestliže její příjemce vypne teoretický dekodér a poslouchá nezaujatě jako zkušený fenomenolog. Dalším prvkem etiologie absence intersubjektivní je hostilita. Zažít hostilitu je zážitkem hrozné blízkosti nebytí, protože hostilita je jedním z nejrychlejších a nejjistějších prostředků k ukončení svého bytí a existence druhých. Hostilita může vyvolat existenciální úzkost a nutit nás ke lhaní. Potlačení zloby může vést k neochotě navázat intenzivní vztahy s druhými lidmi, protože neustále hrozí, že takovéto vztahy budou frustrující a povedou tudíž k hostilitě.

2.1.3 Definice náboženství a spirituality v kontextu psychologie

Z teoretického přehledu je patrné, že vymezit a definovat konstrukty jakými jsou religiozita a spiritualita, nemusí být snadný úkol, protože jsou to pojmy používané v různých oborech vědy a v různém kontextu. Systematický přístup k řešení tohoto složitého definitorického úkolu navrhuje (Oman, 2013). Autor navrhuje postupovat při definování třemi různými postupy.

V prvním přístupu jsou náboženství a spiritualita pojímány jako procesy hledání:

Náboženství je hledání smyslu způsobem spojeným s posvátným. Tímto způsobem definují náboženství a spiritualitu Pargament a Hill. Důležitými prvky této definice jsou to, že je spiritualita a náboženství pojímáno jako proces hledání, kde hledání znamená pokus o identifikace, artikulace předmět hledání. Každé takové hledání v sobě zahrnuje posvátné odkazující na božskou bytost, věčnou skutečnost, věčnou pravdu podle toho, jak to jedinec pojímá. Spiritualita je pojímána jako hledání posvátného a náboženství je definováno širěji, jako hledání smyslu způsobem, který odpovídá posvátnému. Výhoda tohoto přístupu je, že kombinuje věčnou a funkční definici umožňující rozlišovat mezi různými stupni internalizace pátrání po posvátném. Nevýhoda tohoto typu definice spočívá v tom, že není v souladu se stávajícím všeobecným chápáním pojmu náboženství, jako užšího pojmu než je spiritualita a se sebepojetím těch, kteří zastávají postoj, že nejsou nábožní ale spirituální.

Ve druhém přístupu je spirituální růst definován jako inherentní kapacita pro sebepřesahování (Roehlkepartain, 2006). Tento přístup vychází z toho, že je spirituální

vývoj proces růstu vnitřní lidské kapacity pro sebezpřesahování zakotven v něčem, co je větší než já. Je to motor vývoje, který pohání hledání propojení, smyslu a účelnosti. Tento vývoj může probíhat jak uvnitř, tak i vně náboženství. Výhoda tohoto přístupu je, že je aplikovatelný jak uvnitř, tak i vně náboženské tradice. Výhoda je rovněž v tom, že propojuje duchovní vývoj jak s posvátným, tak i s procesem sebezpřesahování. Omezení takto pojímané definice spočívá v neurčitosti významu zakotvení v něčem, co přesahuje já.

Třetí typ přístupu k definici představuje lékař Harold Koenig, který navrhuje definici náboženství jako: „Systém přesvědčení a praktik konaných komunitou, podporované rituály, které uznávají, uctívají, komunikují s posvátným, Božským, Bohem“ a pro spiritualitu použít z praktických důvodů dvě definice (H. Koenig, 2008). Jednu pro pacienty, pro které by měla být definice pojata pokud možno co nejšířeji tak, aby bylo možné oslovit všechny jejich potřeby spirituality. Pro výzkum navrhuje použít definici shodnou s definicí pro náboženství. Pokud neexistuje nějaká spojitost s náboženstvím doporučuje se vyhnout pojmu spiritualita a navrhuje používat pojem humanita. Silná stránka takto pojímané definice spočívá v explicitním rozpoznání pragmatické definice spirituality, rozpoznání důležitosti sociální dimenze spirituality a specifika při definování náboženství. Omezení takto pojaté definice spočívá například v tom, že je rituálnost pojímána jako nutná podmínka náboženství, nikoliv jako jedna z jeho vlastností, která nemusí být nutně přítomna. Také tato definice příliš neobjasňuje současný častý postoj spirituální ale ne náboženský (například ve Spojených státech se jedná o čtvrtinu populace). Z uvedeného plyne, že v současné době existují dva hlavní proudy v definování pojmů religiozita a spiritualita. Pargament zastává názor, že je náboženství širší pojem a odmítá vyčlenit spiritualitu mimo náboženství, protože pro něj představuje spiritualita prožitkové jádro religiozity. Opačný názor zastává Zinnbauer, který chápe konstrukt spirituality jako širší než konstrukt religiozity a užívá pojem nenáboženská spiritualita.

V běžné komunikaci je religiozita spíše spojována s praktikováním víry v nějaké sociální skupině a spiritualita je spíše chápána jako individualizovaná forma víry bez institucionálního zakotvení.

V mojí studii budu používat význam formulovaný Pargamentem a tak jak je to obvyklé v literatuře (Hacklova & Kebza, 2014) budu tam, kde to není nutné rozlišovat, používat oba pojmy souběžně.

2.2 Závislost na návykových látkách

Kapitola obsahuje shrnutí vývoje a kritický rozbor a syntézu současného pojetí popisujícího a vysvětlujícího základní pojmy, principy, koncepty a problémy spojené se závislostí na návykových látkách. Jak jsem se zmínil v úvodu, můj primární zájem tohoto výzkumu je snaha porozumět zkušenosti lidí s problémovým užíváním alkoholu a drog. Proto je cílem tohoto přehledu literatury zvažovat různé způsoby konceptualizace závislosti, které mohou podpořit interpretaci a porozumění zkušenostem uživatelů drog a vytvořit podmínky pro kontextualizaci mého výzkumu.

Již od pravěku lidé užívali drogy, aby zmírnili fyzickou bolest nebo změnili stav svého vědomí. Užívání drog bylo hlavně omezeno na osoby, které dosáhli zralosti nebo se užívaly při zvláštních situacích, které měly charakter rituálu. V současné době je užívání a zneužívání drog velmi vážný sociální a zdravotní problém. Je to způsobeno vysokou spotřebou drog v různých skupinách populace. Závažný je i postupný pokles věku zahájení užívání drog. Drogy mají negativní důsledek na fyzické, psychické i sociální zdraví, a to jak jedinců, kteří drogy užívají, tak i rodiny, ve kterých žijí. Za součást drogové problematiky se považují i legální návykové látky (alkohol, nikotin), které jsou prokazatelně rizikovým faktorem pro návykové užívání nelegálních drog. Světová zdravotnická organizace uvádí ve své výroční zprávě, Jaká je celosvětová prevalence drog. Asi 275 milionů lidí po celém světě, což je zhruba 5,6% celosvětové populace ve stáří 15-64 let, užívaly drogy alespoň jednou během roku 2016. Přibližně 31 milionů lidí, kteří užívají drogy, trpí poruchou užívání návykové látky. Počáteční odhady, že celosvětově 13,8 milionů mladistvých ve věku 15-16 let užívali konopí v minulý rok, což odpovídá míře 5,6%. Zhruba 450 000 lidí zemřelo v důsledku užívání drog v roce 2015. Z těchto úmrtí, 167 750 bylo přímo spojeno s poruchami užívání drog, jednalo se převážně o předávkování. Zbytek byl nepřímou způsoben užíváním drog a zahrnovalo i úmrtí na HIV a hepatitidu C získané prostřednictvím nebezpečné injekčních praktik. Vysoký výskyt závislosti na návykových látkách je i v rozvinutých zemích - v České republice (EMCDDA, 2018a), zemích EU (EMCDDA, 2017) i ve Spojených státech (NIDA, 2016). Klasifikace závažnosti drogového problému prošla vývojem. Zhruba do roku 1960 byla drogová problematika považována za odborný problém, kterým se zabývala

omezená skupina specialistů kriminalistů a psychiatrů. V rozmezí let 1960-1990 se stávají drogy společenským problémem zejména ve vyspělých zemích. Počet lidí závislých na drogách enormně stoupal a objevily se závažné zdravotní a sociální fenomény, na které společnost reagovala změnou zdravotních, sociálních a kriminálních politik. Od roku 1990 nabyl drogový problém celosvětový rozměr a Valné shromáždění OSN situaci klasifikuje jako globální problém (Kalina, 2003). Vládní organizace i mezinárodní organizace odpovídající za strategii řešení globálního problému vycházejí vesměs z politiky stojící na čtyřech pilířích – primární prevence, léčba a sociální začlenění, snižování rizik a snižování dostupnosti drog.

Velkou pozornost věnuje společnost i výzkumu závislosti na návykových látkách. Ročně je publikováno velké množství odborných textů týkajících se výzkumu závislosti z nejrůznějších perspektiv. Není snadné se orientovat v rozsáhlé oblasti literatury o závislostech a její léčbě. Zaměřil jsem se proto na výběr textů zejména z psychologických hledisek. Soudobé pohledy psychologie na závislost zahrnují široké rozsah teoretických a experimentálních přístupů včetně behaviorálních, kognitivních, neurovědy, sociální, výzkum léčby a intervencí. Podrobný přehled v (Gifford & Humphreys, 2007), (West, 2013).

V současné době existuje velké množství modelů závislosti vycházejících z různých perspektiv. West uvádí ve své monografii věnované teoriím závislosti více než 130 současných teorií nebo modelů závislosti sdružených do pět skupin. První skupina zahrnuje teorie, které se snaží poskytnout širokou škálu pohledů na konceptualizaci závislosti z hlediska biologických, sociálních, psychologických procesů nebo jejich kombinace. Druhá skupina teorií se snaží vysvětlit, proč mají specifické podněty vysokou tendenci stát se ohniskem vzniku závislosti. Dominantním tématem této skupiny jsou pozitivní a negativní posilující vlastnosti návykových látek. Teorie ve třetí skupině se zaměřují na individuální náchylnost k závislosti. V této skupině je dominantní téma genetická vnímavost jedince, ale jsou zde zahrnuty i další faktory zranitelnosti (sociální, environmentální, psychologické). Čtvrtá skupina teorií zkoumá environmentální a sociální podmínky, které činí závislost více či méně pravděpodobnou. Patří k nim sociální vliv, vliv příležitostí, sociálních rolí, stresorů a ekonomických faktorů. Pátá skupina zahrnuje teorie zaměřené na léčbu závislostí a recidivu. Tato skupina zahrnuje různorodá témata, jako jsou například účinky pro různé typy drog,

individuální faktory nebo environmentální vlivy (West, 2013). Existuje i jiné rozdělení modelů a přístupů k závislosti. Jedno z nich představuje členění popsané význačným českým adiktologem Kamilem Kalinou, který nabízí členění na modely biomedicínské, bio-psycho-sociální, přístup minimalizace poškození, sociální a sociálně pedagogický přístup, přístupy morální a spirituální a holistický přístup (Kalina, 2003).

Skica, kterou podává Westův přehled, poukazuje na složitost a široký rozsah toho, co je závislost. Znamená to, že se závislost může týkat jak samotné návykové látky, tak osoby závislého (neurobiologické faktory, genetická predispozice, onemocnění), chování (psychologická, osobnostní faktory) nebo v prostředí, kde žije závislý jedinec (sociální, ekonomický, politický právní kulturní kontext). I přes zjevný překryv jednotlivých teorií se West nepokusil o vytvoření integrativního rámce pro tyto teorie. West konstatuje, že je v odborných textech zřídka prezentováno přímé srovnání mezi jednotlivými teoriemi, a že výsledkem je, že "teorie v této oblasti mají tendenci přistupovat k tématu s určitým redukcionismem spíše než pokoušet se komplexní koherentní popis tématu" (West, 2013). (Meyer, 2001) tvrdí, že existuje několik modelů mezioborových výzkumu a komunikace v této oblasti. Podle jeho názoru, by každý obor měl uspořádat své údaje do samostatných modelů příčin a účinků tedy postupu, které podporují posuzovací procesy výzkumných grantů a časopisů prosazujících ve většině případů rigorózní (Evidence Based) přístup. Nedostatek interdisciplinárních modelů může částečně existovat z pragmatických důvodů (Meyer, 2001). Nicméně Meyer také naznačuje existenci obtíží při integraci myšlenek pro různých teoretických přístupů s různými ontologickými a epistemologickými základy a různými metodikami. Zajímavý a inspirující je výsledek aplikace mezioborového přístupu k problematice závislostí, který se svým týmem aplikoval ve své studii Kamil Kalina (Kalina, 2003). Přes těžkosti s vytvářením integrativního rámce pro jednotlivé disciplíny, je považována závislost za jev mající zjevně řadu fazet.

Jedna z dalších vybraných perspektiv popisuje závislost jako soubor diskurzů, které jsou zakotveny v socio-historických formacích. Tvůrce pohledu z této perspektivy (Reith, 2004) tvrdí: „Budování diskurzu o závislosti a vytvoření identity závislých je proces, který Foucault popsal jako konstituci subjektů, přičemž průnik různých forem moci, znalostí a autority

vytvářejí nové způsoby koncipování a myšlení druhů osob ". V tomto přístupu je možné závislost považovat za kontextově zakotvenou a sociálně konstruovanou. (May, 2001) upozorňuje na intenzivní psychologickou debatu o tom, zda existuje závislost jako nemoc. Podle něj na jednom konci spektra konceptualizace návykových chování existují neutrální zastánci teorie psychologických nebo fyziologických procesů podílejících se na vývoji a udržování závislosti. Na druhé straně existuje (menšinový) názor, který pojímá závislost jako nástroj diskurzu, pomocí kterého jednotlivci dokáží vysvětlit svou ztrátu vůle a nezávislosti, ale která nemá žádnou patologickou charakteristiku (May, 2001). Na konci tohoto spektra názorů je pojem závislosti považován za společenský konstrukt a diskurzivní pomůcku, která se liší podle funkce a účelu, který naplňuje (Davies, 1991). Mezi těmito dvěma extrémy existuje i názor, že ačkoli pojmy jako závislost a drogová závislost jsou kulturně a společensky koncipovány a mohly by být zkoumány diskurzivně, nemělo by to znamenat, že žitá zkušenost toho, co se nazývá závislost, je méně skutečná nebo méně si zasluhující pozornosti (Reinarman, 2005). Martin se domnívá: „Navzdory sociálně a kulturně konstruované povaze konceptu závislost, lidé aktivně dávají smysl svým osobním a společenským světům a vykonávají specifické aktivity, které se ale provádějí v rámci parametrů konečného počtu diskurzů " (A. Martin, 2004).

Jak probíhala konceptualizace závislosti jako nemoci? Vznik formulace konceptu alkoholismu jako choroby se obvykle odhaduje na počátek novověku. V té době na jednu stranu lékaři oceňovali prospěšnost pití a víno bylo považováno za velký lék, stejně vhodný jak pro prevenci, tak i pro léčbu. Nicméně, jiné lékařské texty tohoto období uvádí celou řadu dysfunkcí a onemocnění způsobených pitím tvrdého alkoholu, včetně nově popsané cirhózy, závislosti na alkoholu a bažení. První, kdo popsal nadměrné pití a domníval se, že se jedná o nemoc, byl americký psychiatr Benjamin Rush (Levine, 1978), který popisoval chronické opilství jako nemoc a porušení vůle. Rushův přínos k novému modelu opilství byl čtyřnásobný: (1) nejdříve zjistil příčinnou látku - alkoholické nápoje; (2) jasně popsal stav opilce jako ztrátu kontroly nad chováním při pití jako nutkavé aktivity; (3) deklaroval, že se jedná o chorobu; a (4) předepsal úplnou abstinenci jako jediný způsob, jak chorobu léčit. (Heather, 1997) tvrdí, že závislost jako onemocnění může být nejlépe chápána ne jako nezávislý lékařský nebo vědecký objev, ale jako součást transformace v sociálním myšlení

zakotveném v základních změny ve společenském a sociálním životě v 18. a 19. století. Tímto způsobem může být vývoj myšlenky závislosti jako nemoci viděn jako součást většího procesu, který označuje jako lékařské jevy, které byly dříve považovány za morální, duchovní nebo emocionální problémy. (Heather, 1997) se domnívá, že formulace koncepce onemocnění týkající se nadměrného pití alkoholu byla závislá na vzniku psychiatrie jako samostatné disciplíny v 19. století, po kterém následovala psychiatrické klasifikace "závislosti na alkoholu" v roce 1901.

V padesátých letech podal nejkomplexnější formulace koncepce onemocnění Jellinek ve článku Fáze závislosti na alkoholu (Jellinek, 1952) a v knize Koncepce onemocnění alkoholismem (1960). Jellinek určil ve své klasickém modelu choroby identifikované ztrátou kontroly spolu se zvýšenou tolerancí na alkohol, abstinenčními příznaky a bažením tyto symptomy jako hlavní kritéria pro identifikaci těžkých pijáků. Nicméně, Jellinekova koncepce nemoci nebyla založena na lékařském výzkumu. Jeho údaje byly odvozeny od odpovědí v dotaznících zaslaných členům komunit Anonymních Alkoholiků. Přes tento nedostatek byl jeho koncept široce přijímán jako potvrzená pravda a měl i velký vliv na veřejné mínění. Americká lékařská asociace a Světová zdravotnická organizace formálně přijaly koncepcí alkoholismu v 50. letech minulého století a následně byla přijata i koncepce onemocnění pro nelegální drogy.

Klíčový konstrukt přístupu k onemocnění byl koncipován jako klinický syndrom závislosti na alkoholu, který poprvé popsal (G. Edwards & Gross, 1976) jako: " Zúžení repertoáru chování při pití; vyhledávání alkoholických nápojů; zvýšená tolerance k alkoholu; opakované abstinenční příznaky; předcházení abstinenčním příznakům pomocí přepíjení; subjektivní povědomí o nutkání pít; obnovení syndromu po abstinenci ". Příznaky závislosti měly významný vliv na klasifikační systém Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-III) 4, publikovaný v roce 1980 a International Classification of Diseases (ICD-10) publikované v roce 1992. V diagnostickém manuálu je závislost, jako mnoho psychiatrických poruch, diagnostikována odkazem na soubor symptomů spíše než základní znaky patologie „příznaky jsou jediným prostředkem určení, zda je nemoc přítomna " (West, 2013).

Významným rysem DSM-III bylo zavedení multiaxiálního popisného systému sestávajícího se

z pěti dimenzí, které zahrnují popisy klinických poruch, psychologické, vývojové, zdravotní stavy, psychosociální a environmentálních faktory. Multiaxiální systém poukazuje na to, že závislost je považována za multidimenzionální jev, perspektiva stále více přijímaná v současných přístupech k závislosti jako na zdravotní poruchu. Závislost je popsána jako chronický stav podobný ostatním chronickým stavům, které vykazují souvislost mezi genetickými, behaviorálními a faktory prostředí, jako je astma, diabetes a hypertenze. Z neurobiologického hlediska je závislost konceptualizovaná jako : „Komplexní proces onemocnění mozku, který vede k opakujícím se intoxikace drogami a je modulován genetickým, vývojovým, zážitkovým a environmentálním faktory“ (Goldstein & Volkow, 2002)

Přístup k závislosti jako k nemoci byl účinný vliv pro vytváření léčebných zařízení a při zmírňování stigmatu tím, že byl měněn všeobecný postoj od zaměření na viny a trest k zaměření na léčbu a zájem. Nicméně, jak (Larkin, Wood, & Griffiths, 2006) tvrdí, prostřednictvím pochopení závislosti jako choroby tento termín získal patologické konotace. Domnívají se, že i když model onemocnění mohl poskytnout nějaké zlepšení oproti předcházejícímu morálnímu modelu, posunuje pouze zdroj stigmatu do jiné oblasti, která využívá schopnost stanovit vědecky diagnózu ve zdravotnickém zařízení. Reith (Reith, 2004) tvrdí, že: „zaměření na ztrátu kontroly je základem pro odhalení narkomana jako typu osoby charakterizované deviantní identitou představující nedostatek vůle a sebeřízení“. Larkin (Larkin et al., 2006) poznamenává, že: „ termín závislost si ponechává pejorativní a stigmatizující konotace, které staví závislé na okraj normální společnosti“. Jak bylo uvedeno výše, May (May, 2001) naznačuje, že jednotlivcem popisované příznaky jsou spojovány s patologickými příznaky. Z pohledu medicíny je proto pojem závislosti jako nemoci považován za problematický. May poznamenává, že: „ lékaři, kteří pracují v oblasti léčby závislosti na drogách a alkoholu, jsou často považováni jako nereagující a demoralizující, protože si mohou myslet, že pouze pacient zná míru, do jaké je skutečně závislý " (May, 2001). Pacienti mají nejen schopnost sebedefinicí své závislosti ovlivňovat diagnózu, ale také přijmout trajektorii poruchy způsobem, který odmítá legitimitu klinických pohledů na narkomana.

Navíc filozofie přístupu k závislosti jako k nemoci může mít negativní dopad na lidi, kteří přijmou označení pacienta a považují se za oběti své skutečné nebo domnělé genetické nebo chronické predispozice. Zatímco v medicínském paradigmatu je léčba považována za nezbytnou, neboť spontánní zotavení je nepravděpodobné, mnoho lidí propadne nadměrnému užívání alkoholu a drog bez léčení, protože se v počáteční fázi bojí stigmatizace. Model nemoci se nezaměřuje na faktory, který Granfield & Cloud (1996) popisuje jako "kapitál pro abstinenci", tedy sociální, fyzické, osobní a kulturní zdroje, které má osoba k dispozici pro podporu úzdravy ze závislost.

Jiný přístup představuje konceptualizace závislosti jako naučeného chování. Podobně jako koncept závislosti jako nemoci se také v průběhu času vyvíjel behaviorální přístup k závislosti, počínaje klasickým podmiňováním a modifikací teorie operantního podmiňování. Z hlediska klasického podmiňování, události vyskytující se během aplikace drogy odpovídá pokusu podmiňování popsáno I.P.Pavlovem. Průvodní účinky drog mají funkci jako podmíněný podnět a účinek drogy představuje nepodmíněný podnět. Po spárování podmíněného a nepodmíněného podnětu jsou vyvolány drogové kompenzační odpovědi jako podmíněný reflex. Z tohoto pohledu, jak se lidé naučí předjímat účinek drogy, se podmíněné reflexy vyskytují v přítomnosti situací a událostí, které byly spojeny s drogami v minulosti. Tyto podmíněné reflexy přispívají k toleranci drog, poruchám tolerance a abstinčním příznakům (Hagele, 2014) . V minulosti byly vytvořeny různé modely, které vycházely z klasické teorie podmiňování, a to buď jako abstinční modely, které vycházejí z toho, že reakce na návyk na drogu připomínají stavy podobné abstinenci (Siegel, 1999), nebo modely, které zdůrazňují kladně posilující hodnotu drog, která hrají významnou roli při udržování a zachovávání chování spojené s vyhledáváním drog (Carter & Tiffany, 1999).

Instrumentální učení se týká způsobu, jakým následky chování mohou ovlivnit pravděpodobnost opakování tohoto chování. Droga působí jako odměna nebo pozitivní posilování a opakováním spojení mezi touhou, odpovědí a odměnou stává silnější. A naopak, negativní posílení může vyvolat reakci se snahou vyhnout se negativním dopadům, jako jsou očekávané abstinční příznaky (West, 2013) .

Principy posilování vycházejí z principů učení a jsou založeny na neurobiologických procesech. Z neurobiologického hlediska hraje dopamin podstatnou roli v učení o zesílení odpovědi a je základem současných modelů instrumentálního podmiňování (Schultz, Dayan, & Montague, 1997). Závislost na drogách je konceptualizovaná jako na dopaminu závislým mechanismus asociativního učení (Hyman & Malenka, 2001). Je zjevné, že pro úplnější pochopení neurobiologických mechanismů závislosti bude potřeba hlubší integrace základní neurovědy, sociální psychologie, experimentální psychologie a psychiatrie.

Složitější principy učení jsou spojeny s uplatňováním sociálního učení v oblasti návykového chování (Akers & Lee, 1996). Podle teorie sociálního učení, kombinace klasického podmiňování, operantního podmiňování a modelování, nejenže vede ke zjevnému chování, ale vede i k vývoji vzorců myšlení a emocí, které sami řídí a formují chování. Klíčový konstrukt ze sociálního učení, který je relevantní pro návykové chování, zahrnuje individuální víru jedince v jeho schopnost dosahovat stanovené cíle (self-efficacy), sociální modelování, situační faktory a schopnosti zvládnání náročných situací (coping skills) (Brandon, Herzog, Irvin, & Gwaltney, 2004). V tomto pohledu fungují procesy volního myšlení, kterými jsou přesvědčení o schopnosti dosahovat stanovené cíle, aspirace na cíl a očekávání výsledků, jako hlavní kognitivní motivátory a regulátory chování (Bandura, 1999). Přesvědčení o vlastní účinnosti ovlivňují cíle, které lidé sledují, vynaložené úsilí, vytrvalost v úsilí o dosažení cíle a pravděpodobnost dosažení stanovených cílů. V této perspektivě je návykové chování pojímána jako poslušnost naučených chování a to buď napodobování sociálních vzorů, založených na pozitivních účincích drog jako je například snížení úzkosti, zmírnění bolesti nebo zvýšení společenské schopnosti nebo na základě očekávání pozitivního účinku drog (Cooper, Russell, & George, 1988).

Komplexní integraci behaviorálních a kognitivních principů v léčbě závislostí představuje koncept prevence relapsu, který vyvinul Marlatt (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999). Model prevence relapsu představuje širokou rámec pro pochopení začátku a průběhu zneužívání drog a jejich léčbu. Zahrnuje řadu kognitivních a behaviorálních přístupů, které nabízejí širokou škálu intervencí jak v behaviorální, tak v kognitivní strategii navržené tak, aby zlepšovaly reakci pro zvládnání situace. Ústředním aspektem modelu je detailní klasifikace

faktorů nebo situací, které mohou iniciovat nebo přispívat k relapsovým epizodám. Tyto faktory spadají do dvou kategorií: okamžité determinanty jako jsou například situace spojené s vysokým rizikem a schopnosti člověka rizikové situace zvládnout a skryté situace předcházející relapsu, jako jsou například nevyvážený životní styl a neidentifikovaného bažení po droze apod. Jedinec, který se chce podle tohoto modelu vyhnout relapsu, musí odpovědět správnou kognitivní nebo behaviorální reakcí, která pak zpětně vede k zvýšení pocitu schopnosti zvládat rizikové situace. Pokud jedinec neodpoví správnou reakcí, prožije pocit snížené schopnosti zvládat situaci a zároveň se zvyšuje pozitivního výsledek očekávání při opětovném užití drogy. Pozitivní očekávané výsledky jsou subjektivně prožívány jako bažení po dané droze a může vést k počátečnímu použití drogy chápané jako porušení abstinence. Porušení abstinence může vést ke kognitivní disonanci, k pocitu viny a k sebeobviňování ze selhání a slabosti. Taková kombinace reakcí pak zvyšuje pravděpodobnost pokračování v užití drogy a k rozvinutí chování do plného relapsu.

Koncepce kognitivní disonance je ústředním tématem Orfordova modelu (Orford, 2001). Podle tohoto modelu se nesrovnalosti mezi záměry jedince a jeho skutečným chováním projevují v hluboké ambivalenci a konfliktu, který pak vytváří podmínky posilující vývoj závislosti. Podle Orforda to, že některé činnosti, jako je pití, kouření, hraní hazardních her, užívání drog se odehrávají ve společnosti dalších lidí, může významně ovlivňovat chápání, co je nadměrné a může to být dáno jak osobním postojem, tak i sociálně definované a také závislé na věku, pohlaví, socioekonomickém postavení, sociální síti a řadě dalších faktorů. Podle Orforda jsou důsledky konfliktu obsaženém v návykovém chování obsaženy v sebekritice a výčítkách, strachu, demoralizaci, pocitu viny a hanby. Jedinec se může chovat odmítavě a vyhýbavě, ale zároveň se snaží změnit návykové chování a změnit se. Orford tvrdí, že rozpory a konflikty s návykovým chováním jsou z velké části sociálního a duchovně-morálního charakteru. Takový jedinec je postižen morálními dopady vzniklými v důsledku jeho povědomí o nesouladu mezi svým skutečným a ideálním chováním.

Vzniklo také několik dalších konceptů, které pojímaly závislost jako mnohostranný jev. Orfordův přístup představuje mnohostranný model závislosti, který zahrnuje aspekty behaviorální psychologie, sociálního učení a kognitivní behaviorální teorie kontextualizované

v sociální a morální perspektivě. Podobně (Griffits, 2001) presentoval patologické hráčství jako mnohostranný fenomén s mnoha faktory působícími různými způsoby a na různých úrovních analýzy (biologické, sociální nebo psychologické). Zastával názor, že jediná úroveň analýzy není dostatečná k vysvětlení buď etiologie nebo setrvalosti závislostního chování, a proto navrhl biopsychosociální model závislosti.

Další pokus o začlenění biologické, osobnostní, vývojové, kognitivní, teorie učení a faktory životního prostředí do integračního teoretické rámce provedli (Blaszczynski & Nower, 2002), kteří navrhli model patologického hráčství. Jejich model předpokládá tři hlavní cesty, kterými se patologické hráčství ubírá; každá je spojena se specifickými faktory zranitelnosti, demografickými rysy a etiologickými procesy. Společná výchozí oblast pro všechny tři oblasti problémů je dostupnosti a přístupu k hazardním hrám. Další problémový úsek, který je společný pro všechny patologické hráče je vliv klasického a operantního podmiňování, které vede nárůstu času stráveného hazardní hrou, přijetí obvyklých patologických vzorců pro hráče hazardních her a kognitivní proces, který má za následek patologickou víru v osobní schopnosti a pravděpodobnost výhry. Druhá problémová oblast je charakterizovaná narušenou rodinnou a osobní historií, špatnými schopnostmi zvládat a řešit problémy. Gambling (patologické hráčství) je brán jako prostředek emočního úniku prostřednictvím disociace nebo regulace negativních stavů nálad nebo fyziologických stavů hyper- nebo hypoaktivitou. Třetí skupina problémů se vyznačuje biologickou zranitelností vůči impulsivitě a antisociálním vlastnostem. Tuto zranitelnost způsobují nefunkční neurologické struktury a funkce a chybná regulace systému neurotransmiterů. Z neurobiologické perspektivy jsou účinky drog stále více považovány za komplexní interakce mezi farmakologickými, psychologickými a environmentálními faktory, které vysvětlují značný rozpor mezi behaviorálními a subjektivními účinky drog, a to i v případě identického jedince (Goldstein & Volkow, 2002).

(Shaffer et al., 2004) zpochybňují podle jejich názoru převažující přístup, který se nezajímá o návykové vlastnosti drog. Navrhují pojímat závislost jako syndrom s více projevy, založený na vícenásobných a navzájem působících biopsychosociálních prekursorech, projevech a následcích. Argumentují důkazy neurobiologické nespecificity, genetického překrývání,

sdílení psychologických a sociálních rizikových faktorů a zkušeností, stejně jako střídání objektů závislosti a souběžné projevy závislosti (jak použití více drog, tak i závislostními vztahy). Zdůrazňují také časový rozměr závislosti, jeho rekurzivní vzory a projevy, dějiny užívání různých drog a různých behaviorální projevů závislosti.

(Griffiths, 2004) tvrdí, že existují určité základní složky společné ke všem návykovým chováním. Navrhují biopsychosociální model komplexních systémů závislosti pojímaný jako dynamický proces určený řadou biologických, psychologických a sociálně-kulturních faktorů a závislejší na povaze vztahu mezi těmito faktory. Takto není závislost vnímána jako vlastnost nějakého jednotlivého chování nebo drogy. To ovšem neznamená, že některé chování nebo drogy nemohou být spojeny se závislostí. Podle jejich názoru biologické účinky jakéhokoli konkrétního chování nebo drogy mohou mít silný vztah s psychologickými faktory a sociálními faktory, které se vzájemně ovlivňují během návykového procesu, který může být pro každého jednotlivce specifický. Navrhují, že v této perspektivě je možné zvážit vzájemné působení jak společných, tak i jedinečných prvků v jakékoli specifické situaci jedince.

(West, 2013) navrhl teorii motivace, která poskytuje základ pro teorii závislosti. Podle Westa porozumění závislosti vyžaduje pochopení lidského motivačního systému. Ve své teorii zkratkou "PRIME" označuje plány, reakce, impulsy, motivy a hodnocení. Teorie se pokouší vysvětlit lidské chování v podobě víceúrovňového motivačního systému, ve kterém se vyšší úrovně vyvinuly později a mohou ovlivňovat pouze chování prostřednictvím nižších úrovní. Nejnižší úroveň zahrnuje generování odpovědí. Další úroveň zahrnuje generování potenciálně si konkurujících impulsů a inhibic. Třetí úroveň zahrnuje generování motivů (pocity chuti nebo potřeby spojené s mentálním obrazem nějakého objektu). Čtvrtá úroveň zahrnuje generování hodnocení (přesvědčení o tom, co je správné nebo špatné, užitečné nebo škodlivé, potěšující nebo neuspokojující); a pátá úroveň zahrnuje vytváření plánů (sebevědomí záměry týkající se budoucích akcí) (West, 2013). Zaměření v teorii PRIME je založeno na dynamické a proměňující se povaze motivace. Podle této teorie jsou lidé motivováni přáními a potřebami v daném okamžiku ("chce" znamená mentální obraz možností, které by mohly zahrnovat očekávané potěšení a "potřeby" se týká předpokládané úlevy od nepohodlí). West tvrdí, že ačkoli většina stráveného času lidí se týká přání a potřeb,

aniž by si byli aktivně vědomi sebe sama, je chování řízeno zvykem nebo instinktem. Občas jsme ale vedeni k tomu být si sebe vědomi a to má schopnost hluboce ovlivňovat naše chování. To je podle Westa výchozí bod pro úmyslnou změnu chování. Tento koncept má zajímavou konotaci s klinickou praxí skupinové terapie certifikované v České republice, při které dochází díky procesu probíhajícímu ve skupině ke zvědomování chování mezi pacienty v průběhu terapeutického sezení. To má pak bezprostřední vliv na jejich okamžité chování a po určité periodě učení i na jeho dlouhodobější zakotvení.

Takové úmyslná změna chování zahrnuje vědomé vytvoření plánu nebo pravidla, jak jednat nebo neprovádět určité činnosti. Použití takových pravidel tváří v tvář konfliktním přáním, potřebám a nutkáním zahrnují sebeovládání, které vyžaduje duševní úsilí zachovávat nový vzor chování. Co je obsaženo v tomto procesu, je zejména schopnost vytvářet hodnocení a přesvědčení o sobě, které implikují smysl toho, kdo jsme, smysl naší identity. Navíc emoce, které zažíváme při uvažování o sobě, mají hluboké motivační účinky včetně touhy po sebepoškozování nebo sebeobraně (West, 2013). West tvrdí, že smysl pro identitu může poskytnout důležitý zdroj motivace a samoregulace vytvářením závazku k žádoucí identitě (např. označení nekuřák), což může vést ke změně chování. Podobně (Kearney & O'Sullivan, 2003) popsali proces posunu identity, v němž prvotní kritický odhad sebe sama vedl k malému kroku ke změně chování. Pokud byl malý krok úspěšný v tom, že vytváří pozitivní ukazatele možné nové identity, pak následovaly větší změny v chování, což posílilo novou identitu a následně umožnilo nové chování.

Podle Westa má smysl pro hodnotu sebe sama zásadní důležitost na jeho vliv na motivaci. (Cast & Burke, 2002) například naznačují, že sebeúctu lze chápat jako ústřední součást procesů základní identity. Konceptualizují sebevědomí jako rezervoár energie, z kterého může být čerpáno, když existují přetrvávající problémy v procesu ověřování identity, což má za následek negativní emoce, jako je strach, úzkost, hněv a deprese, a ještě větší nedostatek sebeúcty. Lidé se mohou obrátit k jiným identitám, kterým dokáží věřit, avšak pokud se jim takto nepodaří účinně uniknout, mohou se obrátit na alkohol a drogy, aby situaci zvládali.

West naznačuje, že : „hluboká změna identity může být silným motorem změny chování“ (West, 2013). Změna chování, která je výsledkem těchto změn může nastat v jedné

transformaci a může se stát bez záměrného úmyslu, někdy zjevně v reakci na zdánlivě nevýznamné události. Nicméně, jak (Ferguson, 2009) poukazuje, co se může zdát spontánní nemusí nutně znamenat, že rozhodnutí nebylo ovlivněno dlouhodobějšími kognitivními procesy: „kuřáci mohou zažít napětí nebo nesouhlas s jejich kouřením v průběhu nějaké časové periody aniž by to mělo vliv na jejich chování až do té doby než dojde k nějaké události, která je spouštěč změny chování“. (Ferguson, 2009) naznačují, že se takové spontánní akce doprovázené silnou emocí mohou být úspěšnější, protože jsou to ty, které vyvolaly dramatický vhléd nebo změny myšlení u kuřáka.

Jak bylo uvedeno výše, Westova teorie PRIME byla koncipována jako obecná teorie motivace, která může poskytnout základ pro teorii závislosti. Z perspektivy teorie PRIME je možné na závislost nahlížet jako na chronický stav motivačního systému (West, 2013). Může se jednat o abnormality v motivačním systému, který existují nezávisle na návykové činnosti nebo abnormalitu motivačního systému, který vzniká při návykové činnosti, jako je například změny senzibilizace vůči drogám, symptomy tolerance a abstinence nebo abnormality v sociálním či fyzickém prostředí, které motivační systém není schopen zvládnout. V tomto pohledu mají návykové vzorce chování za následek interakci více vlivů na různých úrovních motivace.

Závislost je často spojována s ambivalencí. Ambivalence byla popsána jako klíčová součást návykových chování v různých konceptech závislosti. Z psychodynamické perspektivy je ambivalence považována za indikativ pro hluboké vnitřní rozpolcení jednotlivce (Weegmann, 2002) a považuje se za jeden z nejtěžších aspektů léčby závislých (R. Cohen, 2002). (West, 2013) spojuje závislost s nestabilní myslí, motivaci závislého jako ve své podstatě nestabilní, vyplývající ze vzájemného působení různých vlivů na různých úrovních motivace. Podle Millera většina lidí hledající ve věci závislosti konzultaci, již vnímá významný nesoulad mezi svými motivacemi. Zkoumání a řešení ambivalence při užívání návykových látek je proto klíčovým rysem kognitivně orientovaného přístupu v motivačním rozhovoru (W. R. Miller, S., 2013). Cílem motivačního rozhovoru je rozvíjet a zesílit nesoulad, který je spojen s ambivalencí. Miller v návaznosti na Festingerovu teorie kognitivní disonance, věří, že změna je motivována vnímáním nesrovnalostí mezi současným chováním

a důležitými osobními cíli a hodnotami. Jak bylo uvedeno výše, koncept kognitivní disonance je také ústředním tématem Orfordova modelu nadměrné chuti k jídlu. Stejně jako Orford i Milner tvrdí, že motivaci a ambivalenci závislého lze porozumět pouze v sociálním a kulturním kontextu rodiny, přátel a společenství lidí, ve kterém se závislý pohybuje.

Výzkum ambivalence postojů konceptualizuje postoje jako dvojdímní konstrukty, kdy jednotlivci mohou současně zastávat pozitivní i negativní postoje (Conner et al., 2002). (Armitage, 2003) naznačuje, že dvourozměrný model může být rozšířen tak, aby zahrnoval vícerozměrné vlivy na formování postojů. Podobně uvádí (Higgins, 1987) v teorii sebe-diskrepance, že se lidé drží současně několika oblastí souvisejících s jejich vírou: ideální já, které se odkazuje na vlastnosti, které by v ideálním případě chtěli mít a které představují jejich naděje a aspirace; jejich možné já s individuální reprezentací vlastností, o nichž se domnívají, že by měli nebo mohli mít (představující smysl pro povinnost, povinnosti nebo odpovědnost). Víra v ideální a možné já slouží jako vodítka, které motivuje lidi k tomu, aby se pokoušeli přizpůsobit své skutečné já ideálnímu nebo možnému já. Různé oblasti víry se vztahem k ideálnímu nebo možnému já mohou být ve vzájemném rozporu nebo mohou být i zcela neslučitelné.

Jak tvrdí jiní badatelé (de Visser & Smith, 2007), ambivalence ohledně alkoholu není překvapující, vzhledem k paradoxním účinkům alkoholu, které mohou mít pozitivní nebo negativní účinky v různých fázích, dokonce i po jediném napití. Ti zároveň poukazují na to, že mnohé z motivů pro pití zjištěných ve studii o ambivalenci mladých mužů vůči alkoholu mohou být považovány jak za pobídky, tak i odrazující elementy. Podobně uvádí (Orford, 2001) ve své studii o zkušenostech jedinců s vysokým stupněm závislosti na alkoholu o osobních výhodách a nevýhodách pití, ve které dochází k závěru, že výhoda se může snadno stát nevýhodou v závislosti na náladě, stupni opilosti, charakteru společnosti nebo směřování sociální interakce závislého jedince s jeho okolím. Ambivalenci týkající se závislosti na alkoholu a drogách odpovídá různost názorů a někdy protichůdných pohledů v definicích a diskusích o závislosti jak v akademické tak i ve výzkumné oblasti, ale i v kulturním, společenském a vědecky-populárním diskurzu. Ambivalence a napětí v rámci současných diskurzů závislosti se zabývají otázkami intervencí, kontroly, svobody a

odpovědnosti (Reith, 2004). Například, ve studii (Gillies & Willig, 1997), všichni účastníci výzkumu zastávali diskurs závislosti, ve kterém je pojmáno kouření jako důsledek fyziologické a psychické závislosti na nikotinu. Účastníci sice přičítali své závislost nebo zvyku biologickým nebo chemickým příčinám závislosti, současně však účastníci také používali diskurs o kontrole a sebeurčení a zdůrazňovali svobodnou vůli při rozhodování o kouření. Badatelé tohoto výzkumu poznamenávají, že závislostní diskurs poskytl deterministické vysvětlení, které zbavuje kuřáky odpovědnosti nebo kontroly nad jejich činy. Domnívají se však, že nahrazení diskurzu závislosti konstruktem kontroly a sebeurčení není nutně pozitivní krok, protože může podpořit sebeobviňování a pocit viny, když se selže při pokusu přestat kouřit. Domnívají se, že ideologie, která podporuje pojetí osobní odpovědnosti za zdraví a individuální volbu, často ignoruje složité společenské a ekonomické faktory, o nichž je známo, že jsou silnými determinanty celkového zdravotního stavu. S ohledem na dilematickou povahu diskuze se badatelé odvolávají na úvahy sociálního psychologa Billiga (Billig, 1988), který naznačuje, že často existuje napětí při posuzování své schopnosti ovlivňovat své fungování a průběh událostí jednáním, protože lidé bojují s protichůdnými požadavky osobní svobody a fyzické nutnosti. Společnost obvykle prosazuje oba koncepty, ve kterých si představují jedince jak činitele s vlastní volbou, tak i objekt s deterministickými tělesnými charakteristikami. V důsledku toho se jednotlivci musí neustále potýkat s navzájem si odporujícími požadavky na vnímání sebe sama jako bytosti zároveň svobodné i nesvobodné (Reith, 2004).

Závislost, údrava a identita jsou témata, která se často ve výzkumech navzájem propojena. (West, 2013) tvrdí, že smysl pro sebe samotného nebo pro svoji totožnost je základem sebeovládání a smysl pro hodnotu sebe sama má zásadní význam ve svém vlivu na motivaci a změnu chování. (McIntosh & McKeganey, 2000) popisují potřebu účastníků výzkumu opravit pokaženou identitu a jejich touhu po nové identitě a odlišném životním stylu. Navrhují, že klíč k procesu údravy spočívá v tom, že člověk dospěje k porozumění, že jeho poškozený pocit sebe sama musí být uzdraven společně se znovuprobuzením původní identity jedince nebo zřízení identity nové. Koski-Jannes použil Harreevu teorii formace identity (Harre, 1983) k rozšíření konceptuálního rámce, což ukazuje, jak mohou být po ukončení návykového chování aktivovány procesy vývoje osobní a společenské identity.

Podle Harreho existují dva hlavní vývojové procesy v oblasti formování identity. Jeden zahrnuje osvojení si sociální identity, která zajišťuje respektované postavení mezi ostatními lidmi. Druhý zahrnuje nalezení a obranu jedinečné osobní identity. Koski-Jannes se domnívá se, že úzdava ze závislosti v sobě zahrnuje hluboké změny osobního sebepojetí, hodnot a směřování v životě objevování nebo znovuobjevením osobně nebo sociálně atraktivních hodnot, ideálů a cílů (Koski-Jannes, 2002).

Jiné studie konceptualizovaly úzdavu ze závislosti na společenských procesech, při nichž byla úzdava popsána z hlediska obnovení narušené identity a nebo vytvoření nezávislých identit (McIntosh & McKeganey, 2000) (Biernacki, 1986). Podle Biernackiho se rozhodnutí o zastavení užívání drog odehraje v momentě, kdy je identita narkomana v rozporu s jinými identitami pro drogově závislého důležitými osobami (např. rodiče, spolupracovníci) a to způsobem, který je pro něj nepřijatelný. Podle jeho názoru závisí možnost úzdavy na dostupnosti zdrojů pro změnu identity, například charakteru sociálních vztahů a sociálních rolí, které mohou lidé použít k vytváření nových identit, obnovení starých nebo rozšíření stávajících. Podle Biernackiho lidé selektivně začleňují tyto aspekty svých sociálních vztahů do koherentního řízení identit a tím vytvářejí pro sebe nové vědomí svého já.

Vědomí sebe sama a identita jsou také zahrnuty do nálepkování spojeného se závislostí a úzdavou. (West, 2013) tvrdí, že nálepky (např. kuřáci nebo nekuřáci, smažky, feťáci), kterým lidé přiřkládají pozitivní nebo negativní hodnotu, pomáhají udržovat požadované vzorce chování a zabraňují nepozorované změně chování, malým změnám, které mohou vést k větším. (Granfield & Cloud, 1996) tvrdí, že alkoholici a závislí na drogách, kteří se intenzivně angažovali ve svépomocných skupinách, se často zapojují do dlouhodobého procesu sebeznačkování, který zahrnuje na příklad trvalé zmínky o jejich závislosti. Naproti tomu u uživatelů drog ze středních vrstev, kteří se léčili mimo skupinu se většina respondentů odmítla identifikovat jako závislý nebo jako uzdravující se či uzdravený. Většina z nich skrývala svou návykovou minulost, protože se obávala, že zveřejnění by ohrozilo jejich novou identitu. Podle názoru Granfielda (Granfield & Cloud, 1996) to lze částečně připsat skutečnosti, že se tito účastníci nezúčastnili na skupinové léčbě nebo léčbě ve svépomocných skupinách, které pracují s procesem nedestruktivního přijetí drogové

minulosti člena skupiny. Pro stigmatizaci a sebestigmatizaci existují rozdíly mezi jednotlivými druhy drog. Praško například uvádí významný rozdíl mezi stimulancii u kokainu a pervitinu, kdy je kokain považován díky jeho častějšímu užívání v uměleckých kruzích za méně společensky nepřijatelnou drogu (Prasko (Prasko, 2015), 2015)

(Howard, 2006) zvažovala časovou trajektorii značkování „úzdavou“ jako za potenciálně užitečné, pokud by bylo přijato ve vhodnou dobu, tak i za potenciálně škodlivé, pokud by omezovalo rozsah léčby rozsah úzdravy. Dotazovala se s lidí, kteří považovali nálepkování za užitečné pro orientaci v procesu úzdravy a pro vytvoření narativu úzdravy. V určitém okamžiku však uznali, že značka "uzdravení" již nebyla užitečná a ve většině případů bylo značkování považováno za omezení nebo narušení jejich životní cesty. Z pohledu konceptu 12 krokového systému úzdravy je nutné přijmout totožnost narkomana, aby bylo možné zahájit proces obnovy. Nicméně, jak zdůrazňují někteří badatelé například (Kellogg, 1993), důraz na individuální definování sebe sama jako "závislého" může být z klinického hlediska problematický. Například Marlatt (Marlatt, 1985) věří, že je terapeutické, aby se pomohlo pacientovi odpoutávat se od návykové minulosti a stále více odhalovat jeho minulé chování. Stejně tak (Biernacki, 1986) tvrdí, že během terapeutických intervencí je třeba dbát na to, aby se identita narkomana nestala nesmazatelnou součástí osobní nebo společenské identity léčeného uživatele drog. Rodner (Rodner, 2005) popsal sociálně integrované uživatele drog, kteří používali označení uživatel drog, aby si sami sebe vytvořili pozitivní identitu, jako znalí uživatele a zvládající své minulé užívání drog. Kontrola byla vnímána jako důležitá a pozitivní součást identity účastníků výzkumu. Účastníci odmítli označení zneužívající drogy, přičemž rozlišovali svůj vlastní pozitivní obraz jako uživatelé drog od ostatních, kteří byli značkováni jako zneužívající drogy. Označkování „zneužívající drogy“ bylo postaveno jako deviantní a mimo kontrolu a určené pro jedince se slabou osobností a problematickými psychologickými vlastnostmi. Podobně, ve studii (Radcliffe & Stevens, 2008), účastníci sestavili svou identitu jako uživatelé drog prostřednictvím odmítnutí feťácké identity. Zatímco účastníci viděli své vlastní vzorce jako chování s velkou mírou kontroly a v rámci normality, spojují identitu feťáka s ničivým užíváním drog a kriminalitou. Nesnášeli, že musí sdílet léčbu závislosti s feťáky, jako by jejich vlastní identita nebyla poznamenána spojováním s feťáckou identitou a často v důsledku toho ukončili předčasně léčbu.

Změna identity byla také jeden z následků směřování do závislosti na drogách. Například (Anderson & Mott, 1998) popsal cestu k zneužívání drog jako proces změny identity. Jejich výzkum ukázal, že mnoho změn identity souvisejících s drogami se začalo v dětství a rané dospívání s marginalizujícími zkušenostmi, které pomohly vytvořit ego identitu nepohodlí a jedinci ztratili kontrolu při definování identity před použitím drogy. Identifikace s drogovou subkulturou nabídla alternativní identitu k vyřešení těchto problémů. Výzkum zjistil, že identifikace s drogovou subkulturou významně snižuje ego identitu nepohodlí během užívání drogy, což je důvodem k tvrzení, že subkultury mohou působit jako řešení individuálních problémů (z dlouhodobého pohledu však s ničivými následky).

Souvislost mezi závislostí a identitou je jádrem ideologického základu Anonymních Alkoholiků a Společenství 12 kroků. V AA celosvětovém pohledu je základní způsob bytí skrze identifikaci s návykovou identitou (jak je v instrukcích setkání "Já jsem Jan, jsem alkoholik") i pro členy, kteří již po mnoho let abstinují. V AA filozofii člověk nemá nemoc-alkoholismus, ale je spíše člověk s identitou alkoholika. Změny, které členové procházejí ve Společenství 12 kroků, byly popsány jako transformace identity (Swora, 2004). Takové hluboké změny jsou umožněny pomocí kroků a prostřednictvím rekonstrukce životního příběhu v 12 krokovém modelu Anonymních Alkoholiků. Například provedení morální inventury (krok 4) znamená angažovat se ve změny způsobu, jakým člověk rozumí a zažívá minulost, okamžik, ve kterém člověk vytváří nový životní příběh (Swora, 2004), (Cain, 1991) naznačuje, že životní příběh AA je nástrojem pro získání identity prostřednictvím formování hodnot členů a sebeuvědomění. Podobně (Davis & Jansen, 1998) naznačují, že transformace identity v AA probíhá prostřednictvím metafor a vyprávění příběhů. Vedle transformace identity jsou členové AA požádáni, aby vzpomínali na to, „odkud jsme přišli“ (Sellner, 1985), abychom udrželi bývalé já naživu a nezapomněli na bolest a utrpení aktivní závislost (Jensen, 2000). Jensen tvrdí, že: „Nová identita zotavujícího se alkoholika závisí na ritualizované a opakované reidentifikaci s bývalým já (praktikujícím alkoholikem) a realizací, která se také neustále opakuje, že by se bývalé já mohlo stát budoucím já“.

V minulosti byly ženy ve srovnání s muži v oblasti závislosti na návykových látkách nedostatečně studovány (Brady, 2009). Nicméně v posledních dvaceti letech výzkumná a

léčebná literatura o závislostech popsala významné rozdíly mezi muži a ženami ve vztahu k užívání a léčbě alkoholu a drog, zahrnující biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory (Brady, 2009). Biologické faktory zahrnují například rozdíly v metabolismu alkoholu a vliv alkoholu a užívání drog během těhotenství (Holmila & Raitasalo, 2005). Mezi psychologické faktory, které se podílejí na rozdílech mezi pohlavími v souvislosti s užíváním alkoholu a drog, patří například zvýšená míra deprese ve srovnání s muži (Brady, 2009); poruchy příjmu potravy (L. Cohen, & Gordon, S., 2009), sebepoškozování a sebevražedné pokusy (Swift & Copeland, 1996). Sociální faktory zahrnují vyšší výskyt fyzického a sexuálního zneužívání a domácího násilí jak v rodině původu, tak v dospělých vztazích. (Marcenko, Kemp, & Larson, 2000). Rovněž ženy se závislostí mají větší pravděpodobnost, že mají partnera, který má problém se zneužíváním návykových látek (Bowen et al., 2006) a být nezaměstnané, s nižšími hospodářskými zdroji (Holmila & Raitasalo, 2005). Ženy čelí větší společenské stigmatizaci než muži v důsledku společenských stereotypů, které odsuzují problematické užívání látek u žen více než u mužů, a to hlavně ve věcech kolem rodičovství a sexuálního chování (Zilberman, 2002). Stigma a související pocity spojené s hanbou a pocity viny jsou spojeny s menším vyhledáváním léčby a představují možné překážky úspěšné léčbě (Ehrmin, 2001). V literatuře byla identifikována řada dalších bariér pro ženy, které vstupují do léčby a zůstávají v léčbě. Jedná se o problematiku péče o děti a strach ze ztráty péče, nedostatek podpory ostatních pro vstup do léčby a jiné rodinné (Stewart, 2009). Související otázkou je dostupnost a vhodnost různých léčebných přístupů a služeb pro ženy (Brady, 2009). Navzdory výraznému nárůstu výzkumu o perspektivách a otázkách týkajících se ženských problémů s alkoholem a drogami, jak bylo uvedeno výše, většina těchto studií se nezaměřuje na zkoumání zkušeností žen s problémy s užíváním alkoholu a drog a nebo používají kvantitativní metodiky. Doplnuji z mé klinické praxe, že jedním z hlavních důvodů předčasného ukončení léčby v terapeutických komunitách je u žen navázání sexuálního vztahu s jiným členem komunity, který však souvisí s procesem vytváření kompetencí pro navazování sociálních vztahů.

2.3 Psychoterapie

Psychoterapie je obvykle pojímána jako zlepšování zdraví nebo léčba psychických onemocnění pomocí psychologických prostředků, není to ovšem jediné pojetí terapie. Kapitola shrnuje modely psychoterapie z pohledu účinných činitelů psychoterapeutického procesu a zároveň popisuje literaturu týkající se pojetí psychoterapie, která demonstruje potřebu analyzovat klientský a terapeutický diskurs terapeutické změny tak, jak jí prožívá klient/pacient a vnímá u klienta/pacienta terapeut. V kapitole jsou obsaženy rozborů předchozích studií a vznikajících konceptů souvisejících s léčbou závislosti.

2.3.1 Pojetí psychoterapie

Tato kapitola popisuje některé definice tradiční psychoterapie a diskutuje o nich v souvislosti s kritickým a konstruktivistickým porozuměním psychoterapii. Bylo učiněno několik pokusů definovat, co je psychoterapie. Často užívanou definici můžeme nalézt v základní přehledové literatuře k psychoterapii od Prochasky a Norcross (J. Prochaska, 2014), ve které je psychoterapie pojímána z integrativního pohledu a musí vykazovat několik nutných nikoliv však postačujících rysů (Norcross, 1987). (1) Měla by klinický jev relativně konkrétně operacionalizovat. (2) Je teoreticky a pokud možno sémanticky neutrální. (3) Je konsensuální, psychoterapeuti různého přesvědčení se na ni shodnou a ověří ji. (4) Generická definice by neměla porušovat integritu jakéhokoli přístupu. Podle těchto kritérií navrhli autoři kritérií definici: „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí“ (J. Prochaska, 2014).

Existují i definice, které nemají integrativní charakter, a které do značné míry určuje teoretická orientace autora definice. Zvláštní pozornost věnuji definicím terapie, které konotují se zaměřením této studie na zkušenost pacienta nebo klienta se změnou v průběhu terapie. (Frank, 1993) navrhl, že léčba typicky zahrnuje osobní vztah mezi terapeutem a pacientem. Některé typy terapie se opírají primárně o schopnost terapeuta mobilizovat

léčebné síly u pacienta psychologickými prostředky. Tyto formy léčby mohou být obecně označovány jako psychoterapie. (Clarke, 2009) uvedl, že: „Terapie je o zavedení řádu do chaosu lidských emocí a lidských vztahů“. Obě vysvětlení psychoterapie předpokládají terapeuta jako odborníka, který může pomáhat klientovi, aby se změnil způsobem, který by bez této pomoci nemohl udělat. Obě definice ukazují, že klient přináší určité prostředky do terapie, které terapeut musí mobilizovat nebo dát do pořádku. Tyto definice ukazují terapeuta jako aktivního odborníka, který má kompetenci vyléčit klienta s konotací, že klient má pro terapii něco udělat, aby usnadnil změny.

Podobně (Wampold, 2001) uvádí, že: "Psychoterapie je primárně interpersonální léčba, která je založena na psychologických principech a zahrnuje vyškoleného terapeuta a klienta, který má duševní poruchu, problém; terapeut je určen k nápravě poruchy, problému klienta; a léčba je individualizována pro daného klienta a jeho poruchu, problém". Tato definice stanovuje, že terapeut je vycvičen a že směrem průběhu léčby určuje spíše terapeut než klient. Kromě toho terapeut činí aktivní rozhodnutí, jak přizpůsobit terapii klientovi. Proto tato definice zobrazuje inherentní nerovnováhu výkonu mezi terapeutem jako aktivního činitele procesu terapie a klientem jako pasivního příjemce procesu terapie.

Parker (Parker, 1999) poznamenal, že psychoterapie diferencuje lidi na ty, kteří pomáhají, a ty, kterým je třeba pomoci. Parker argumentuje, že i když je pojem pomoci odmítnut a nahrazen pojmem posílení tak, to stále předpokládá, že osoba, která posiluje druhou (tj. terapeut), je na vyšší úrovni než osoba, které má být pomáháno (tj. klient). Kaye (D. Kaye, 1996) také poznamenává, jak je terapeut pojmán jako aktivní odborník tím, že tvrdí, že psychoterapeutické aktivity zahrnují diskusi o příběhu klienta v terapeutickém referenčním rámci. Kaye (J. D. Kaye, 1999) konceptualizoval v kritické reakci na výše uvedené přístupy dva odlišné rámce, z kterých mohou terapeuti čerpat. První je receptivní pomocník, kdy terapeut začíná cestu objevu s klientem pomocí empatie, aby se zapojil do vyprávění klienta. Druhým je odborné přerámování případu klienta, kdy terapeut využívá své odborné znalosti k hledání řešení pro problém prezentujícího klienta. Kaye poznamenává, že jeden z těchto rámců může být problematický, pokud je používán izolovaně, ale když jsou používány v

kombinaci, mohou povzbudit klienta, aby se zúčastnil svého příběhu v jiné konceptualizaci, která ho posouvá dopředu (J. D. Kaye, 1999).

Podle Parkera je jak psychoterapie konstruktem, tak je konstruktem i role terapeuta. Jak je uvedeno výše, terapeut je často postaven jako pomocník na rozdíl od klienta, který je pomoc potřebující (Parker, 1999). (D. Kaye, 1996) uvádí, že tradiční psychoterapie ukazuje, že terapeut má zkušenosti s formulací skutečné verze problému a provádí předepsané činnosti k jeho nápravě. V rámci tohoto přístupu se terapeut zapojuje do diskuse o příběhu a chování klienta, aby vyhodnotil a provedl změny spíše než aby spolu společně našel řešení. To se podobá léčebnému modelu duševních onemocnění, kdy je z klientovy historie zajímavá diagnóza, která pak informuje o následné léčbě a zákroku. Je třeba poznamenat, že novější konstruktivistické přístupy k terapii se vzdálily od předpokladu, že terapeut má privilegované znalosti o tom, jak vytvořit a realizovat změnu klienta.

S ohledem na to, že existuje v současnosti stovky různých typů terapií, mělo by se k zobecněním týkající se psychoterapie přistupovat s jistou opatrností. V (Riikonen, 1999) autoři naznačují, že společným faktorem psychoterapie je použití empatie, které chybí v jiných oblastech společnosti, kde by se měla projevovat. Komplexněji pojímal faktory psychoterapie Prochaska, který rozlišoval mezi společnými faktory a specifickými faktory (J. Prochaska, 2014). Jeho pojednání o společných faktorech vycházelo z výsledků studie (Grencavage & Norcross, 1990), která analyzovala 50 publikací, aby byla nalezena shoda mezi v publikacích navrhovanými společnými faktory. Analýza odhalila, že nejčastěji se publikace shodovaly na podpůrném terapeutickém vztahu a klientově pozitivním očekávání. Prochaska tvrdí, že: „Psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. Společným faktorem, na němž se psychoterapeuti shodnou, a který patří mezi doporučení k úspěšné léčbě, je vznik pevného terapeutického spojení“ (J. Prochaska, 2014). Prochaska vedle společných faktorů uznává zároveň význam jedinečných či specifických faktorů jednotlivých psychoterapií. Podle něj výzkum psychoterapie prokázal rozdílnou účinnost vybraných psychoterapií v léčbě specifických poruch. Jako příklad uvádí behaviorální terapie, která je účinnější v léčbě specifických symptomů, jiný příklad představuje kognitivní terapie v

ovlivnění deprese a ku příkladu systemická terapie lépe řeší manželské konflikty (J. Prochaska, 2014).

2.3.2 Diskursy používané v terapii závislostí pro podporu změny a přenos emocí

Tato podkapitola se věnuje některým diskurzům, které se používají v terapii, nejprve ve vztahu k podpoře změn a pak ve vztahu k přenosu emocí v procesu terapie. Výběr diskursů byl proveden s ohledem na znění výzkumných otázek a je proto primárně zaměřen na změnu v průběhu terapie.

Lékařský model je prominentní ve většině oblastí moderní medicíny, včetně psychiatrie a psychoterapie. Dominantní psychiatrický lékařský diskurs se zaměřuje na diagnostiku potíží člověka pomocí jejich symptomů a předepisuje léčbu, která odpovídá určené diagnóze. (Emanuel & Emanuel, 1992) uvádějí ve studii čtyři role, které lékaři na sebe berou při rozhodování o léčbě pacienta. (1) První je paternalistická role znamenající, že říkají pacientovi, co má dělat. (2) Druhá je informativní úloha, kde představují potenciální možnosti a požádají pacienta, aby se rozhodl. (3) Třetí role je interpretační role, při níž společně prozkoumají pacientovy hodnoty a poté jim pomáhají při výběru podle těchto hodnot. (4) Čtvrtá je rozvažující úloha, při níž zkoumá pacientovy hodnoty a současně mu pomáhá přijímat nové a užitečnější hodnoty, a pak mu pomáhá při výběru. Autoři poznamenávají, že lékaři se často spoléhají na předpoklad, že existuje společná volba cíle pro to, co je nejlepší, a to projektují na pacienta, což umožňuje jen malý prostor pro uznání důvodů, které mohou mít pacienti pro nějakou alternativní volbu, která však může být stejně platná. Autoři říkají, že lékaři předpokládají, že pokud bude uplatněna nejlepší objektivní volba, bude pacient dlouhodobě spokojen, i když v době rozhodování nesouhlasil.

Zatímco většina literatury týkající se použití zdravotního modelu je zaměřena na lékaře, včetně psychiatrů, (J. D. Kaye, 1999) uvádí, že ve většině psychoterapií se objevuje mnoho pojetí spojených s lékařským modelem (jak bylo uvedeno výše) s terapeuty, kteří neprošli medicínským vzděláním (např. psychoterapeuti, klinické psychologové). (J. D. Kaye, 1999) tvrdí, že: „Většina psychoterapií zahrnuje teorii funkce a dysfunkce, stejně jako sdružený

soubor aktivit, kdy se předpokládá, že změna může být vyvolána někým speciálně vyškoleným a akreditovaným".

Pokud jde o léčbu alkoholu, další diskurs, který může vyvstat během terapie, je založen na filozofii anonymních alkoholiků (AA). AA je mezinárodní vlivná organizace svépomocí, která má přibližně 2 miliony členů na celém světě. Filosofie AA je odvozena z 12 kroků a 12 tradic a dalších principů obsažených v AA "Velká kniha" (Anonymous., 2001), která byla poprvé vydána v roce 1939. Spolu s duchovním vlivem, včetně pokání, musí pacient připustit, že nemá nad alkoholem moc, že se život člověka stane se nezvládnutelným a silné abstinenci poselství se odrazilo ve frázi "jeden nápoj je příliš mnoho a tisíc nestačí". Tyto principy jsou čerpány z celkového diskurzu, že je člověk bezmocný nebo nemocný a nemůže ovládat svými silami své vlastní pití. Badatelé (Polich, 1980) zjistili, že terapeutické postoje k léčebným cílům mají vliv na proces uzdravy a že terapeuti, kteří hlásili abstinenci jako cíl terapie, dosáhli u klientů během čtyřletého sledování 14% míry návratnosti ve srovnání s 46% kteří se přihlásili k minimalizaci poškození (harm reduction).

Dalším diskurs, který terapeuti využívají, je apel na osobní odpovědnost, která znamená, že si klienti musí být vědomi toho, jak špatné je pití, aby podpořily změny. Tento diskurs je často čerpán z konfrontačního přístupu ke změnám (DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999). Typický konfrontační diskurs může být více podobný něčemu, co by se mohlo očekávat od laiků, kteří mají tendenci říkat narkomanovi (např. "Musíte s tím přestat, protože vás to zabíjí"). Navzdory přesvědčivému množství výzkumů, které ukazují, že motivační přístupy jsou efektivnější než konfrontační (Pollak et al., 2010), Polcin a jeho výzkumný tým (Polcin, Galloway, & Greenfield, 2006) zkoumali použití konfrontace v při rezidenční léčbě a konfrontaci měřili pomocí *Alkoholové a drogové konfrontační stupnice* (ADCS). Upozorňují, že konfrontační přístup je často používán v terapeutických komunitách jako součást léčebného programu pro závislost. Zjistili, že se používají vysoké úrovně konfrontace, a také konstatoval, že uživatelé služeb sdělovali postoj, že jsou podporující a užitečné. Na základě výsledku výzkum zformulovali klinická doporučení, jak může být konfrontační přístup použit konstruktivně. Vedle tohoto výzkumu se zdá, že konfrontační přístup je neoficiálně diskutován jako užitečný, aniž by existoval nějaký empirický důkazový jako základ

k potvrzení jeho účinnosti. Konfrontační přístup byl ve skutečnosti prokázán jako méně účinný než motivační interview nebo dokonce i poškozující. Například konfrontace může zvýšit verbální odpor u jedinců s alkoholickou závislostí a může mít slabší výsledky léčby zneužívání alkoholu ve srovnání s metodou motivačního rozhovoru (W. R. Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). Zdá se však, že proměnné klienta jsou důležitým faktorem vlivu terapeutického přístupu. Například (W. R. Miller, 1983) doporučil, aby pro jednotlivce s větší ambivalencí léčby byla dána přednost strategie posilování motivace před strategií konfrontace.

Konfrontační přístup je někdy více praktický přístup (i když někdy kontraproduktivní) ve srovnání s motivačními přístupy, jako je Motivační rozhovor. Bylo prokázáno, že terapeuti se neúmyslně vrátí ke konfrontačním diskurzům v dobách úzkosti nebo frustrace kvůli zvýšené odporu k léčbě u pacientů (Francis et al., 2005). Pokud terapeut použije své primitivní nebo méně terapeutické diskurzy, může být léčba méně účinná. Je pravděpodobné, že jako terapeut vstoupí do relace s klientem se svými vlastními dominantními a osobními diskurzů (např. osobní biografii a zkušenostmi v rámci klinického výcviku). Dále mohou být terapeutické diskurzy vědomě nebo nevědomě zaujaté různými terapeutickými modely, které si terapeut předtím osvojil. Například možným dominantním projevem pro vyškoleného CBT terapeuta by mohlo být povzbudit klienta, aby převzal zodpovědnost za své činy nebo zpochybňovat jeho "iracionální" myšlenky a hodnotit důkazy pro a proti jeho přesvědčení.

Při zvažování diskurzu, který terapeuti využívají, je třeba zvážit řadu terapeutických repertoárů, které mají k dispozici v důsledku svých osobních a profesních zkušeností. Je třeba také zvážit okamžitý kontext, v němž osoba čerpá z určitého diskursu. Pro porozumění změně klienta v průběhu terapie je důležité porozumět s diskurzům terapeutů, které se používají ke zvládnání obtížných emocí v sezeních s klientem. Jedná se o oblast studia, na níž se nevěnovala pozornost z hlediska dekonstrukcí, ačkoli existuje značná důkazová základna. Literatura zaměřující se přímo na důležitost reakce terapeuta na vyjádření emocí při terapeutickém sezení s klientem byla většinou omezena (i když ne výlučně) na psychodynamickou tradici. (Fosha, 2001) naznačuje, že společná zkušenost emocí v

terapeutickém vztahu je nedílnou součástí změny. Obhajuje zkušenostně-dynamický přístup k psychoterapii a poznamenává, že tento proces usnadňuje schopnost klienta tolerovat a sdělovat znepokojivé a averzní emoce, čímž zlepšuje interpersonální efektivitu klienta. (Fosha, 2000) uvádí, že : „Zkušenostní složka, to je zkušenost s dosud nesnesitelným vlivem teď a tady na vztah mezi pacientem a terapeutem, se považuje za klíčový prvek terapeutické změny". V metaanalýze psychodynamické psychoterapie (Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007) uvádějí, že terapeuti usnadňující klientovi projevit afekt dosahovali lepší terapeutické výsledky. Doporučili, aby vědci a lékaři věnovali větší pozornost výrazu emocí v terapeutickém vztahu. I další autoři zdůrazňují význam korektivních emočních zkušeností v terapii, díky čemuž jsou klienti schopni v terapii vyjádřit emoce, které byly dříve znepokojivé, ale později mohou být konstruktivně zpracovány. Význam korektivní emocionální zkušenosti je často uváděn v literatuře jako integrální proces změny (Bridges, 2006).

Ve své příručce pro práci s emocemi v terapii uvedla (Maroda, 2010), že noví terapeuti jsou často "nepřipraveni pro realitu reagovat na bolest jiné osoby" . Maroda navrhl, aby terapeuti uznávali, drželi a chápali své vlastní emoce a chování klienta, protože je to integrální součástí terapeutického vztahu. Potřeba aktivně se věnovat emocím byla také diskutována v rodinné psychoterapii. (Samaniego, 2010) poukázal na nutnost v práci terapeutů, aby se podíleli na emocích, přičemž poznamenává, že pochopení emocí je nedílnou součástí procesu usnadnění změny. Je třeba poznamenat, že účast na emocích může být pro terapeuta náročná a zaměřit se na kognitivní postupy se může zdát jako pohodlnější. Nicméně to může neúmyslně u klienta iniciovat podvědomé nebo i vědomé psychologické obrany proti jejich pocitům. Samaniego uvedl, že když jsou emoce náročné, ať již pro klienta nebo terapeuta, mohou být klientem nebo terapeutem ignorovány a mohlo by to bránit procesu změny.

(Karno, Beutler, & Harwood, 2002) porovnávali terapeutický výsledek léčby závislosti na alkoholu založeném buď na terapii CBT nebo rodinné terapií a zjistili, že klienti, kteří zaznamenali vysoké emoční potíže, měli lepší výsledky v obou terapiích, pokud terapie řešila jejich emoční zkušenosti. (Karno & Longabaugh, 2003) však z údajů projektu MATCH

uvádějí, že u klientů, kteří měli vysokou úroveň depresivních příznaků, terapeutické zaměření na bolestivé emocionální zážitky predikovalo slabší výsledky jak na konci léčby, tak i po jednom roce sledování. I když existují smíšené důkazy o tom, že aktivní zaměření na emoce je podpůrný prostředek pro změnu v léčbě zneužívání látek, lze konstatovat, že pro terapeuty je důležité, aby se zabývali emocemi, které klienti vnášejí do terapie. Co se týká důležitosti zaměření na emoce v krátké terapii při léčbě závislosti na návykových látkách výzkumníci (Baird et al., 2007) zkoumali účast klientů se závislostí, kteří prošli urgentním úrazovým příjmem, na druhém následném krátkém vyšetření prostřednictvím motivačního rozhovoru. Výzkumníci zjistili, že byla u klientů vyšší pravděpodobnost, že se zúčastní sledování, pokud se jejich první psychoterapie zaměřila spíše na emoční podporu a méně na změnu chování. Existuje pravděpodobně jen málo indicií, které by naznačovaly, proč je v tomto kontextu důležité věnovat se emocím klienta, nicméně je možné dospět k závěru, že je důležité udržovat dobré terapeutické spojení tím, že zajistíme, aby se klient cítil slyšen a přijímán již od počátku. Koncepce držení a obsahování (kontejnmentu) mohou také pomoci vysvětlit, proč klienti oceňují přijímání jejich emocionální zkušenosti, dokonce i když nejsou aktivními složkami změny převládajících modelů terapie závislosti na návykových látkách - těmi bývá obvykle změna chování. Pojetí obsahování se zevrubněji věnuji v následující kapitole.

2.3.3 Terapeutická změna a korektivní zkušenost v psychoterapii

Korektivní zkušenost zaujímá jedno z centrálních míst v terapeutickém procesu změny. Podkapitola popisuje pojetí korektivní zkušenosti a analyzuje její význam z perspektivy pacienta a perspektivy terapeuta. Z literatury věnující se tématu změny plyne, že existují určité faktory společné všem psychoterapeutickým přístupům, jako je například terapeutická aliance (raport), mající významný vliv na zlepšení stavu klienta. Výzkum jiných procesních proměnných je však méně přesvědčivý. Například vliv různých terapeutických technik na zlepšení klientů je stále nejasný. Literatura o účinnosti psychoterapie vede ke zdánlivě jasnému závěru. Z velkého počtu studií rigorózně zkoumajících hlavní terapeutické metody plyne, že psychoterapie obecně vede ke změně

problémového stavu klienta bez ohledu na konkrétní typ terapie ukazují jak dřívější výzkumy, tak i současné (Luborsky & Singer, 1975), k podobnému zjištění dospěli autoři (M. Smith, 1980) srovnávající výsledky 375 studií a z novějších (Fluckiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018) zdůrazňující, že terapeutická aliance (spojenectví) je i nadále jednou z nejvíce zkoumaných proměnných spojených s úspěchem v psychoterapii bez ohledu na teoretickou orientaci. Další souhrnná studie ukázala, že společné faktory, jako je empatie, vřelost a terapeutický vztah více souvisejí s výsledkem klientů než se specifickými léčebnými intervencemi různých terapeutických směrů. Společnými faktory, které jsou nejčastěji studovány, jsou personalizované podpůrné podmínky jako je empatie, vřelost, kongruence a terapeutická aliance. Desetiletí výzkumu naznačují, že poskytování terapie je interpersonální proces, při němž hlavní léčebnou složkou je povaha terapeutického vztahu (Lambert & Barley, 2001). Ačkoli byla identifikována a studována řada nespecifických faktorů, většina výzkumu o těchto faktorech se soustředila na úlohu terapeutické aliance, která zahrnuje podpůrné vlastnosti terapeuta. Ve studiích často zmiňovaným činitelem náhlé změny u pacienta v průběhu terapie je terapeutická aliance, jež je vesměs popisována jako vztah spolupráce mezi terapeutem a klientem, s prvky spolupráce, emocionální vazby a dohodou o terapeutických úkolech a cílech (Andrusyna, Luborsky, Pham, & Tang, 2006). Zjištění nesčetných studií o terapeutické alianci bezesporu prokázala důležitost silného, pozitivního vztahu mezi terapeutem a klientem. Metastudie (D. J. Martin, Garske, & Davis, 2000) navíc ukázala, že je vliv faktoru terapeutické aliance nezávislý na ostatních ať už nespecifických či specifických terapeutických faktorech. V rámci studie byla provedena empirická revize mnoha provedených studií týkajících se terapeutické aliance a jejich výsledku. Byly shromážděny údaje ze 79 studií pomocí meta-analytických postupů. Výsledky metaanalýzy naznačují, že celkový vztah terapeutické aliance s terapeutickou změnou je střední a konzistentní, bez ohledu na mnoho proměnných, u kterých se zkoumal jejich vliv na výsledek terapie vlivem terapeutické aliance.

Navzdory výsledku velké části studií zdůrazňujících význam nespecifických faktorů, naznačují některé další studie, že specifické faktory mají větší schopnost produkovat terapeutické přínosy. Například ve studii od (Oei & Shuttlewood, 1997) autoři dospěli k závěru, že spíše než běžnými procesy, přispěly specifické procesy kognitivní terapie ke snížení deprese. Byly

zkoumány specifické techniky užívané z psychodynamické perspektivy. Na rozdíl od výzkumu zaměřeného na nspecifické intervence, výzkum specifických terapeutických intervencí vedl v této studii ke zjištěním, které nejsou ani jasné, ani konzistentní. Rovněž přehledové studie zkoumající specializované terapeutické techniky nezajistily spolehlivou souvislost mezi použitím těchto technik a výsledky klientů (Orlinsky, 2004). I když jsou výsledky výzkumu nejasné, bylo by předčasné učinit závěr, že terapeutické intervence nejsou pro terapeutický proces relevantní. Většina studií se zaměřila na prozkoumání vztahů mezi terapeutickými intervencemi a relativně obecnými výsledky terapie. Obvykle studie zkoumaly vazbu mezi frekvencí zákroků a zlepšením klienta, jak bylo stanoveno hodnocením funkčnosti před a po terapii. Navíc zlepšení klienta se obecně měří pomocí sebehodnotících dotazníků s relativně malou reliabilitou (McLeod, 2000). Ačkoli řada studií zkoumala roli terapeutických technik při terapeutické změně u klientů, výzkumy postrádají metodologickou hloubku a rozmanitost, zejména v různorodosti zkoumaných druhů terapie. Někteří badatelé argumentovali, že výzkum by se měl více zaměřit na dialog v rámci terapie, včetně podrobnější analýzy konkrétních, potenciálně léčebných interakcí mezi terapeutem a klienty (Maione & Chenail, 1999). Stručně řečeno, je jasné, že naše porozumění vlivu terapeutických technik zaostává za našimi znalostmi o nspecifických faktorech. Pro hlubší vhled na úlohu konkrétních terapeutických intervencí je zapotřebí více mikroanalytického výzkumu, aby se odhalil složitý vztah mezi technikami terapeutů a pokrokem klientů.

To platí i pro oblast léčby závislostí v rámci terapeutických komunit. Výzkum souvislosti mezi účinnými faktory terapeutické komunity pro závislé a terapeutickou změnou nebyl v centru pozornosti badatelů. Existují nicméně výzkumy, které se týkají terapeutických komunit a léčby pro léčbu poruch osobnosti (Campling, 1999), které propojují teoretické principy s kulturou terapeutické komunity, jako například spojení mezi vztahovou vazbou (attachment) a sounáležitostí v komunitě, která se například projevuje při skupinových sezeních nebo rituálech komunity. V Evropě se výzkumu léčebných faktorů v terapeutické komunitě věnuje holandský adiktolog (Kooyman, 2004). V České republice výzkumníci kliniky adiktologie LF UK. Za hlavní terapeutické faktory v komunitě považuje Kooyman patnáct prvků.

- (1) Terapeutická komunita vytváří bezpečné prostředí náhradní rodiny, kde mohou být probíhat procesy emočního a sociálního dospívání
- (2) Ideové prostředí je srozumitelné a pochopitelné pro klienty
- (3) Komunita má jasnou strukturu s jednoznačnými vazbami a jednoduchými pravidly. Pravidla mají takový charakter, aby jejich porušení umožnilo případnou nápravu a nikoliv bezmyšlenkovité trestání. Struktura vytváří řád a bezpečí a současně je motivací k růstu.
- (4) V komunitě je rovnováha mezi autonomií, terapií a demokracií. Autonomie jedince je omezená na to, že je součástí skupiny.
- (5) Sociální dovednosti se rozvíjí pomocí sociální interakce tím, že klient nežije izolovaně, ale musí se účastnit programu komunity. Učení probíhá díky skupinové dynamice, ale i sociálním učením nápodobou.
- (6) Překonávání krizí je podporováno terapeutickým procesem a vede k posilování učení a následnému rozvoji klienta.
- (7) Všechny aktivity programu komunity mají terapeutický účinek.
- (8) Klient je odpovědný za svoje jednání na rozdíl od pacienta, který za svůj stav neodpovídá a který nemá povinnosti jemu obvykle přináležející.
- (9) Klient si zvyšuje sebevědomí tím, že postupně zvládá strach ze selhání.
- (10) U klienta dochází k internalizaci kladných hodnot indukovaných z komunity.
- (11) Řízená konfrontace tak aby nepřevládly negativní důsledky.
- (12) Dochází k pozitivnímu působení vrstevníků.
- (13) Probíhá zvědomování emocí, jejich diferenciaci a porozumění.

- (14) U klienta nastává pozitivní orientace k životu – náhrada falešných identit skutečnými a životu otevřenými.
- (15) Děje se pozitivní změna ve vztahu k původní rodině.

Ve svém výzkum se (Hrubý, 2004) zaměřil na vyhodnocení Kooymanových terapeutických faktorů z klientské perspektivy. Klienti posuzovali, který z faktorů je pro ně nejvíce důležitý a který naopak nejméně. Klienti nejvýše hodnotili učení se prostřednictvím krizí, sociální učení a porozumění emocím. Jako nejméně pomáhající označili klienti terapeutický dopad všech aktivit odehrávajících se v komunitě, konfrontaci a změnu negativních postojů v pozitivní. Srovnáním Kooymanových terapeutických faktorů a účinných faktorů podle Kratochvíla (Kratochvíl, 2005) a podle Yaloma (Yalom, 1995) je možné najít u řady z nich shodu. Yalom má specifický, z pohledu této studie důležitý, existenciální faktor, protože odkazuje ke spirituální oblasti svým důrazem na nalezení smyslu ve starosti o svoje bytí převzetím odpovědnosti za svůj život. Kamil Kalina (Kalina, 2008) posuzuje užitečnost aplikace transteoretických faktorů psychoterapie zformulovaných v (J. Prochaska, 2014) a (Yalom, 1995) pro pojetí terapie v terapeutických komunitách. Domnívá se, že některé transteoretické faktory jsou opomíjeny a nejsou zařazeny do faktorů skupinové terapie, které jsou terapeutickým komunitám bližší. Některé faktory jsou společné, jako například pozitivní očekávání, Hawthornský efekt a zvyšování vědomí. U některých jsou významné rozdíly, týká se to například terapeutického vztahu, jehož forma je oproti individuální terapii jiná, ale dle Kratochvíla identická se členstvím ve skupině a Yaloma je rovna skupinové soudržnosti. Domnívám se, že je to příliš redukované chápání vztahu a ve shodě s autory terapeutického přístupu tzv. skupinové analýzy se domnívám, že i ve skupině mají značný vliv na terapeutickou změnu, jak osobní vztahy mezi klientem a terapeutem, tak i vztahy mezi jednotlivými klienty a mezi jednotlivými terapeuty. Kratochvíl (Kratochvíl, 2005) se domnívá, že má členství ve skupině největší význam pro klienty, kteří žili dlouho bez sociálních kontaktů a nepatří do žádné přirozeně vytvořené skupiny lidí a trpí proto pocitem sociálního vyloučení. Členství ve skupině, resp. přijetí skupinou pro ně znamená důležitou emoční zkušenost pro prohloubení pocitu bezpečí. Je to ale dle mého názoru

pouze nutný nikoliv však postačující proces pro vývoj schopnosti mít zdravé interpersonální vztahy a rovněž pro zdravý intrapersonální vztah. Podstatný příspěvek k diskusi o terapeutických faktorech v terapeutické komunitě přinesli přední výzkumníci z Británie Camplingová a Haigh vycházející z britské psychoanalytické tradice a pracující v terapeutické komunitě hlavně s poruchami osobnosti (Campling, 1999). Tito autoři vyjmenovávají pět fenoménů principiálních pro terapeutickou komunitu. První tři (vztahová vazba, obsahování a komunikace) jsou přítomny v každém psychoterapeutickém uspořádání a další dva (zapojení a jednání) jsou specifické pro terapeutickou komunitu a vyjadřují důležitost vědomí vzájemné závislosti členů komunity a měnícího se vědomí vývoje vlastního já ve vztahu k sobě a k ostatním. Kalina výstižně charakterizuje tyto fenomény jako schéma primárního emočního vývoje ve smyslu vztahu self ke druhým osobám (Kalina, 2008). Vychází při tom ze zkušenosti, že do terapie často vstupují lidé s narušeným primárním emočním vývojem, u kterých bylo narušení způsobeno například marginalizací, zanedbávanou péčí, sexuálním zneužíváním a týráním. Jedním z cílů terapie je v tomto případě zvědomění a zpracování příslušných situací z minulosti a spuštění sekundárního emočního vývoje. Prvním stupněm vývoje je vztahová vazba, pro kterou používá Kalina pojem přimknutí. Vztahové vazbě odpovídá v kultuře terapeutické komunity jak pocit trvalé sounáležitosti mezi jedincem a skupinou, tak i pocit trvalosti vztahu mezi jednotlivci ve skupině. Dalším vývojovým stupněm je proces obsahování, pro který musí terapeutická komunita vytvořit nejenom bezpečný přijímající rámec, díky kterému její člen nemá obavy vnášet do skupiny bolestivá témata, ale musí mít i schopnost téma v kontextu životní historie jedince obsáhnout tj. přijmout, unést a zvládat tak, aby nedocházelo k jeho odmítání či trestání vedoucí k regresi a dekompenzaci a činit to díky strukturám terapeutické komunity zároveň tak, aby toto obsahování nebylo ohrožující pro komunitu. Kalina upozorňuje na důležitý aspekt různosti rolí plynoucí z tradičního pojetí mužské a ženské role, kterým se připisují odlišné charakteristiky, kdy se otcovské roli přiřazuje morálka, spravedlnost řád a ženské roli péče, blízkost a empatie. Zdůrazňuje zároveň náročnost pro terapeuty v těchto přechodných rolích obstát a upozorňuje na riziko klientova znovuprožití zranění z primární rodina (Kalina, 2008). Dalším vývojovým článkem je komunikace, jehož naplněním klient vytváří podmínky pro iniciaci dalších terapeutických procesů nutných pro úzdravu a zdravé začlenění do společnosti. K počátkům skutečné komunikace dochází tehdy,

kdy jsou v sekundárním emočním vývoji jedince komunitou obsáhnuty emoční a behaviorální projevy řízené nezpracovanými psychickými obsahy a jedinec sám je díky tomu schopen následně tyto projevy sám obsáhnout. Kamil Kalina (Kalina, 2008) k tomu poznamenává: „ ... elementární charakteristika vypovídá, co je pro mezilidskou komunikaci nezbytné: (1) vědomí Já a vědomí druhého odděleného od Já, jako jiného Já, jako Ty v Buberově smyslu, což vyžaduje určitou strukturaci a ohraničení Já a zároveň odpoutání od dětské či obecně nezralé až psychopatologické víry v porozumění bez sdělování;(2) vědomí kontextu, což kromě jiného znamená i vědomí pravidel kontextu a komunikace samotné“.

Doplňuji, že Buberova pojetí Já a Ty, je nespočívá pouze na vědomí kontextu a znalosti jeho pravidel, tedy vědomostních kategorií, ale charakteru vztahu spočívající v přístupu ke skutečnosti. Buber navázal na myšlenky personalismu a rozlišoval mezi „Já-Ty“ a „Já-Ono“.

Buber nezkoumal povahu skutečnosti samé, ale především postoje a přístupy k ní. Pro „Já-Ono“ je charakteristický zvěcnělý vztah, kdy člověk všechny skutečnosti pokládá za věci, s kterými může dle potřeby zacházet, manipulovat s nimi, zkoumat je a využívat dle svých potřeb. „Já-Ty“ zakládá na jiném vztahu ke skutečnosti, ve které člověk uznává svébytnou autonomii druhého jako svobodné bytosti. Vztah k věcem, vztah „Já-Ono“ , což je pro Bubera zvěcnělé Ty je možné převést do určité znalosti a sdílet znalost s druhými , avšak vztah „Já-Ty“ je pouze vztah mezi dvěma osobami, který je přístupný pouze jim. Do větší hloubky se tomuto tématu věnuji v kapitole Religiozita a spiritualita v z perspektivy psychologie v části pojednávající o dialogickém personalismu, který rozvíjel český teolog a kněz Karel Vrána. Originální příspěvek pro oblast skupinové terapie představuje Skupinová daseinanalýza, kterou v České republice rozvíjí Čálek a Růžička a která v mnohém navazuje na daseinsanalytickou terapii Medarda Bosse. Základní charakteristika skupiny je pro Čálka to, že jde ve skupině o existenci, způsob bytí každého jednotlivého pacienta a není proto možné uplatňovat na daseinsanalytickou skupinu měřítko akademické psychologie. Čálek zdůrazňuje, že se sice ve skupině ukazuje, jak je dotyčný člověk s druhými lidmi a sám se sebou, avšak zároveň se projevuje i ostatní základní a nedílné rysy ucelené existence každého účastníka. Ukazuje se tedy míra a naladění jeho otevřenosti a svobody, ale i tělesnosti , životní historie, svědomí atd (Čálek, 2005).

2.3.4 Psychoterapie závislostí v prostředí terapeutické komunity

Závislost na návykových látkách je psychická porucha jejíž léčba je komplexní proces skládající se z množství kroků odehrávajících se v Somaticko-Socio-Psycho-Spirituálních rovinách. Kapitola obsahuje analýzu a syntézu hlavních principů a procesů léčby závislostí v prostředí terapeutické komunity a vychází z literatury vybrané s ohledem na zaměření studie – zkušenost pacientů se změnou v průběhu terapie.

Podle percepce terapeutické komunity je zneužívání drog považováno za poruchu osobnosti, při níž závislý nemůže odkládat uspokojení z návykových látek, tolerovat frustraci, udržovat stabilní vztahy nebo přebírat odpovědnost za své činy (Wexler, 1995). Uživatel drog má psychologické, sociální a kognitivní deficity jako je nízká sebeúcta, problémy s autoritou, špatná kontrola impulzů, pocity viny a nerealistické očekávání (Lipton, 1998). Z této perspektivy drogy samy nejsou problém, ale problém spočívá spíše v osobě pacienta a závislost je jen příznakem poruchy. Vzhledem k tomu, že je závislost na drogách pouze příznakem narušené osobnosti, je primárním cílem léčby změna nezdravých vzorců chování a myšlení (DeLeon & J., 1986); (Nielsen & Scarpitti, 1997). Terapeutické komunity se snaží aplikovat holistický přístup, jehož cílem je globální změna životního stylu znamenající abstinenci od zneužívání návykových látek, eliminace antisociálních aktivit, rozvoj pracovních dovedností a posílení prosociálních postojů, hodnot a přesvědčení (DeLeon, 1999). První terapeutické komunity vznikaly ve Spojených státech ze svépomocných hnutí (Lipton, 1998). V České republice vznikaly terapeutické komunity odlišným způsobem. Model se postupně vytvářel z dřívějšího dobově podmíněném pojetí kolektivu majícího pozitivní vliv na jednotlivce, který neodpovídal příslušným společenským normám. Byly tak položeny základy vzniku léčebných kolektivů a později i přechod od léčebných kolektivů k terapeutickým komunitám, které však s výjimkou Apolináře, byly zaměřeny na léčbu neuróz. Skálův Apolinář hrál důležitou roli pro vznik terapeutických skupin, protože v jeho rámci vytvořil Skála model léčby závislosti na alkoholu. Na svojí dobu byl vznik Apolináře v prostředí totalitního systému takřka revoluční čin zejména tím, že působil ve změně postojů k alkoholismu od ostrakizace a moralizování k péči o nemocné, ukázalo se ovšem, že jeho koncept nebyl příliš vhodný pro mladší lidi s nevyzrálou osobností závislých na tehdy

nastupujících drogách, kteří ve většině případů léčbu nedokončili. První terapeutickou komunitu pro drogově závislé založilo sdružení SANANIM na počátku roku 1991 a její zakladatelé vycházeli z léčebných principů užitých v terapeutické komunitě typu Daytop Village a zčásti z domácí tradice (Kalina, 2008).

Hnutí svépomocí ve Spojených státech se liší od tradičních přístupů v lékařství a sociální péči, které podporují spoléhání se na poskytovatele léčby. Programy svépomocí se spíše opírají o vlastní odpovědnost a posílení odpovědnosti za to, že se vyvine pacientův závazek k vlastní léčbě. Modul svépomoci v rámci terapeutických komunit podporuje změnu tím, že edukuje své členy, aby převzali zodpovědnost, získali kontrolu nad svou situací a zlepšili kompetence pro zdravé udržení této kontroly (Wexler, 1995).

Kromě modality svépomocí terapeutické komunity kombinují přístup strukturovaného sociálního učení s kognitivně behaviorálním přístupem (Lipton, 1998). Modul sociálního učení zdůrazňuje důležitost modelových situací při které se klienti učí novým postojům a chování prostřednictvím pozorování a napodobování druhých (Van Voorhis, 2000). Jedinečnost tohoto způsobu léčby v rámci terapeutické komunity je použití komunity ke změně životního stylu klienta. Konkrétně se komunity skládají z klientů a terapeutů komunity, kteří působí jako vzorové modely a průvodci v procesu uzdravy. Komunita je jak kontextem pro změnu, tak i metodou usnadňující změnu (DeLeon, 1999). Některé terapeutické komunity zaměstnávají jako pracovníky bývalé uživatele drog, kteří byli resocializováni léčbou a představují zároveň určité vzory pro klienty, zatímco jiní používají pouze odborně vyškolený personál (Lipton, 1998).

Terapeutické komunity poskytují velmi strukturované prostředí, ve kterém jsou účastníci izolováni od ostatní společnosti (Springer, 2003). Existují přísná pravidla a předpisy, které musí klienti dodržovat, jako jsou například kardinální pravidla, aby mohli být i nadále součástí komunity. Kromě toho je každý den programu pro klienty povinný a rutina slouží k nápravě obvyklé neorganizovanosti klienta. Předpokládá se, že striktní program pomůže klientovi při vytváření dovedností v oblasti řízení času, nastavení a plánování cílů, finančního plánování a odpovědnosti (DeLeon, 1999).

Navíc v pevné organizaci dne mají klienti v terapeutické komunitě v hierarchii odlišné postavení. Struktura terapeutické komunity je taková, že program je do určité míry řízen samotnými klienty, takže například služebně starší jsou zodpovědní za usměrňování chování nově nastoupivších klientů (Springer, 2003). Existuje tedy hierarchická struktura, ve které vedoucí představitelé klientů slouží jako důležitý model, protože v programu dosáhli úspěchu. Tito vedoucí představitelé jsou zodpovědní za pomoc novým členům komunity při učení se konceptům terapeutické komunity, soužití s ostatními členy, chválení pokroku v léčbě a nápravě chování s ohledem na řád komunity. Progrese prostřednictvím hierarchické struktury je dosažena demonstrováním emočního růstu a závazku vůči společenství komunity a později i společnosti jako takové (Broekaert, Kooyman, & Ottenberg, 1998). Autoři tohoto výzkumu vycházeli z faktu rychle se měnící společnosti, která se odráží v mnoha změnách v bezdrogových terapeutických komunitách a položili si otázku, co může a nemůže být v této modalitě měněno? Stejná otázka byla řešena na evropské konferenci zkušených terapeutických komunitních pracovníků, kteří dospěli k závěru, že došlo k mnoha změnám a že se bude nadále k nim docházet, avšak některé základní principy, jako je například hierarchická struktura, by měly být zachovány. Vycházeli při tom ze změn probíhajících v postmoderní společnosti a zkoumali jejich dopad na vývoj terapeutických komunit.

Dalším důležitým rysem terapeutické komunity je fázový formát léčby. Jak uvádí (DeLeon, 1999), fáze jsou navrženy tak, aby podpořily postupné učení, které pomáhá přesunout člena komunity do další fáze léčby. Mnoho programů má tři fáze léčby. První fází léčby je indukční fáze, která je obvykle první 30 dnů. Noví členové se během této fáze programu asimilují do komunity tím, že se učí řeč komunity, poznávají hierarchickou strukturu, pravidla a předpisy komunity. Novému členu je obvykle přidělen starší člen, který mu věnuje svojí pozornost, usměrňuje ho, vysvětluje mu, co je nejasné a vyvrací mu důvody týkající se případného opuštění komunity. Kromě toho jsou obvykle všechny poradenské intervence podpůrné povahy, ve kterých terapeuti pomáhají snižovat úzkosti a jiné negativní emoce u klienta (DeLeon, 1999).

Druhá fáze léčby je primární fáze léčby, ve které se léčba zaměřuje na osobní růst a zvědomování postojů a emocí prostřednictvím skupinové dynamiky komunity, vzdělávacích a odborných služeb a skupinových setkání (DeLeon, 1999). Během této fáze se jednotlivec pohybuje od pasivního pozorovatele k aktivnímu členu komunity a nakonec se stává vzorem pro ostatní. Navíc se od člena očekává, že se "bude chovat jako kdyby", v němž je slepá poslušnost vůči hodnotám a pravidlům společenství, dokud se nestanou internalizovanými (DeLeon, 2000). Od účastníka druhé fáze se také očekává, že bude svým příkladem ukazovat znalosti terapeutické komunity, přijme fakt, že má problém a zaváže se k procesu údravy, zvýší své sebevědomí a zodpovědnost za své chování a přestane ostatním dávat odpovědnost za své chování a postoje (DeLeon, 2000).

Po dokončení druhé fáze vstoupí účastníci do fáze, ve které jednotlivec zaujímá aktivnější roli ve správě komunity. Klient je plně adaptovaný pro sdílení myšlenek s ostatními svých myšlenek u ostatních, hledání pomoci, je-li to nutné a pracuje na posílení schopností zvládat, rozhodovat a řešit problémy (DeLeon, 2000). Tato fáze léčby funguje tak, aby byl účastník připraven k životu mimo komunitu. (Kalina, 2008) zdůrazňuje i další cíle jako například zdravá separaci od komunity (jak fyzická, tak i emocionální) a uzavírání terapeutického procesu. Ten by se však dle mých zkušeností měl uzavírat až v následné fázi doléčování, kdy vyvstanou u klienta odchodem mimo komunitu nedořešené problémy z terapeutické komunity.

Jednou z hlavních aktivit terapeutické komunity je využití práce v rámci komunity. Účelem práce je nahradit nestrukturované každodenní činnosti pravidelnými rutinami (Brook & Whitehead, 1980). Vzhledem k tomu, že terapeutická komunita je odděleným prostředím, je odpovědností členů řídit všechny aspekty komunity (např. úklid, příprava jídla a topení). Práce je tedy považována za terapeutický zásah, protože pomáhá podporovat odpovědnost a zlepšovat dovednosti (DeLeon, 1999).

Primárním účelem práce není vedlejší produkt práce, ale spíše osobní změna, k níž dochází u jednotlivce. Předpokládá se, že účast na práci usnadní změny v chování, postojích a hodnotách klientů (DeLeon, 2000). Stejně jako struktura v terapeutické komunitě je hierarchická, umístění v pracovních pozicích je také hierarchické. Noví členové jsou obvykle

přidělení k vstupním pozicím, jako je kuchyňský tým nebo tým úklidu. Úkoly v rámci těchto pracovních úkolů vyžadují značné úsilí a práce se používá k posouzení kompetence a ochoty plnit úkoly. Jelikož členové zůstávají v programu a rozvíjejí odpovědnost a kompetenci, přesouvají se na pracovní místa vyšší úrovně, jako je vedoucí týmu a vedoucí všech týmů. Tyto úkoly vyžadují větší samostatnost a vyšší úroveň odpovědnosti. Umístění na těchto pracovních místech má za následek získání dovednosti vytvořit stabilních pracovní vztahy, větší odpovědnost vůči sobě i ostatním a zlepšení odpovědnosti vůči společnosti (DeLeon, 2000). Tyto úkoly navíc vytváří eustres podobný jako konvenčního pracovního nasazení. Nejvyšší pozice v klinickém prostředí je pozice vedoucí týmů. Tento člověk má mnohem neformální pravomoc, neboť je obvykle jedincem, který je nejbližší terapeutům. Má mnoho odpovědností, mezi něž patří pomoc při řízení každodenních operací terapeutické komunity, revize denních plánů a dohled nad sankcemi, výjezdů klientů. Koordinátor se tak musí naučit, jak zvládnout postavení úřadu a rozvíjet rozhodovací dovednosti (DeLeon, 2000).

Chování klientů je ovlivňování systémem posilování pozitivního chování a oslabování negativního chování pomocí postupů behaviorálního přístupu. Pozitivní chování je posilování formou pochval. Negativní zejména formou sankcí. Jednou ze sankcí je ztráta fázové úrovně jsou však i další sankce, které mohou být použity ke změně negativního chování. Ztráta výsad je obvykle úměrná typu přestupku a je silná, pokud člen pocítí emoční reakci z ztráty privilegia (DeLeon, 2000). Členové například mohou ztratit možnost nosit vlastní oblečení, mít více peněz nebo osobní předměty a přijímat další dopisy nebo uskutečňovat telefonní hovory. Ztráty fázových úrovní jsou zpravidla vyhrazeny pro závažnější porušení (například porušování kardinálního pravidla – jako je například odchod ze skupiny) a může v závislosti na porušení snížit fázi o jednu úroveň nebo dokonce na nejnižší úroveň. Se ztrátou úrovní člen komunity také ztratí výsady spojené s úrovní. Ztráta úrovně může být po určitou dobu nebo může být člen komunity požádán, aby znovu dokončil kroky nezbytné pro přechod na další úroveň.

Nejvyšší sankcí je ukončení programu. Pokud člen poruší kardinální pravidlo (tj. použití fyzického násilí, užití drog, sexuální vztah nebo lhaní) nebo opakovaně porušuje pravidlo, může být z programu vyloučen. Předčasné ukončení je obvykle vyhrazeno pro chování, které

ohrožují bezpečnost komunity. V některých případech se může dovolit členovi komunity vrátit se do komunity po 30 dnech, pokud projevil nějaké zlepšení svého chování (DeLeon, 2000).

Důležitým prvkem z pohledu terapie je skupinové sezení v terapeutické komunitě. Každý den se členové účastní dvou různých typů skupinových sezení - ranních a večerních. Na těchto schůzkách jsou přítomni zaměstnanci, členové komunity. Účelem ranních setkání je prezentovat aktivity dne, motivovat členy, prezentovat úkoly, které byly zadány jako sankce. Ranní setkání obvykle zahrnuje přednes hlavních myšlenek programu, čtení zprávy dne, zprávy o počasí, hraní her a skečů. Důvodem pro aktivity v ranním setkání je ukázat účastníkům, že se jednotlivci mohou shromažďovat ráno, aby si rozvinuli pravidelnou rutinu bez použití drog. Cílem večerní schůzky je ukončit den pozitivním způsobem a pomoci komunitě, aby se zamysleli nad tím, co se přes den dělo (DeLeon, 2000). Dalším typem setkání, které se obvykle koná v terapeutické komunitě, jsou semináře nebo tematické prezentace, které učí klienty různým dovednostem životního stylu, které jsou potřebné k tomu, aby abstinovali (Broekaert et al., 1998). Členové komunity organizují semináře za účelem budování sebeúcty. Témata seminářů se mohou lišit, ale obvykle zahrnují vyprávění osobního příběhu, pojetí terapeutické komunity, klady a zápory chování, postoje. Forma semináře je terapeutickým nástrojem, který se snaží účastníkům umožnit získávat dovednosti pozorovat, poslouchat a hovořit (DeLeon, 2000).

Zatímco ranní a večerní schůzky a semináře jsou každodenní intervence, primární terapie užívaná v terapeutických komunitách je encounter skupina (skupina setkávání), která je intenzivně konfrontační sezení, kde je napadeno nezralé nebo antisociální chování (Lipton, 1998). Během skupiny setkání se dva členové setkávají navzájem v kruhu ostatních členů. Jednotlivec, který čelí druhému členovi, představuje chování nebo postoj, se kterým je konfrontován. Jakmile se chování věnuje pozornost, vyvolává se slovní střet v nadějích, že konfrontovaný jedinec začne měnit svůj postoj nebo chování. Argument se týká negativity chování nebo postoje konfrontovaného člena a může zahrnovat i další členy komunity, kteří jsou v kruhu skupiny. Terapeuti jsou na encounter skupině přítomni, nezúčastní se však aktivně na sezení, pokud neexistuje hrozba násilí. Nemají také v těchto skupinách

rozhodovací pravomoc, neboť se předpokládá, že jejich autorita by bránila spontánnosti procesu svépomoci a brání členům, aby vyřešili problémy. Hlavním argumentem tohoto postupu je, že prostředí encounter skupiny poskytuje motivaci jednotlivcům ke změně (DeLeon, 2000).

Některé komunity poskytují služby, které mají usnadnit úspěšný životní styl mimo terapeutickou komunitu (Wexler, 1995). V těchto programech je klientům poskytována následná péče, která slouží k posílení dovedností nezbytných pro pokračování v životním stylu bez drog a bez asociálního chování. Navazují tím na myšlenky sebecpomocného hnutí padesátých let zahrnovat do svých programů kognitivní behaviorální intervence, jako je prevence relapsu, aspekty sociálních učebních terapií.

Část výzkumů se zaměřila na zjišťování efektivity léčby v terapeutických komunitách a na identifikaci léčebných faktorů v programu. Programy mají tendenci být efektivnější, pokud obsahují komponenty prevence relapsu. Prvky strategie prevence relapsu by měly obsahovat součásti, jimiž je klientovi poskytnut dostatek příležitostí sledovat a předjímat problémové situace tj. identifikovat spouštěče, uplatňovat alternativní prosociální chování v obtížnějších situacích a umožňovat v případě potřeby následnou péči (Van Voorhis, 2000). Zatímco některé terapeutické komunity učí klienty, jak sledovat problémové situace a začleňovat služby následné péče, mnohé programy nemají dostatečné příležitosti pro nácvik klientů k tomu, aby si zvolili méně rizikové chování. Klienti absolvují didaktické skupiny a vzdělávací terapie. Nicméně podle výzkumu nejsou tyto strategie tak efektivní jako strategie, které se zaměřují na budování dovedností a jejich následné zkoušení in vitro a in vivo.

2.3.5 Psychoterapie závislosti na návykových látkách v kontextu religiozity a spirituality

Léčba závislostí může probíhat za přítomnosti spirituálních a religiozních činitelů. Kapitola poskytuje aktuální souhrn podpůrných, ale rozporných výsledků ve výzkumu těchto činitelů a poskytuje v souhrnu jejich syntézu.

Postulovaný ochranný vliv spirituality a religiozity je známý fenomén spojovaný s užíváním návykových látek a jejich zneužíváním (Kendler et al., 2003), (J. Booth, Martin, J. E., 2001). Problémy spojené s užíváním alkoholu a drog jsou některými autory dávány do souvislosti s absencí náboženské příslušnosti a neúčasti na životě náboženského společenství (Larson & Wilson, 1980). Národní studie ve Spojených státech konstatovala, že osoby, pro které bylo náboženství důležité, měly méně pravděpodobné potíže s pitím (Midanik & Clark, 1995). Jiná studie ukázala, že je méně zneužívání návykových látek mezi vysoce religiózními lidmi než u sekulárně založenými lidmi. Některé výzkumy naznačují, že religiozita je spojena s nižším zneužíváním návykových látek, protože si religiózně založení lidé díky sociálnímu působení svého společenství osvojili normy působící proti zneužívání drog a v rámci religiózního společenství mají možnost uspokojovat potřeby sociálního kontaktu a smysluplnosti života. Vztah se však projevuje pouze pro výchovnou a podpůrnou religiozitu, a nikoliv pro restriktivní, negativistické a rituální náboženství (Gorsuch, 1995).

Studie (Khavari & Harmon, 1982) pojednávající o vztahu mezi stupněm vyznávaných náboženských přesvědčení a užíváním drog zdůraznila, že jedinci, kteří si myslí, že jsou velmi religiózní, konzumovali méně alkoholu a užívali méně psychoaktivních látek ve srovnání s jedinci, které se považují za méně náboženské. Navíc zvýšené užívání alkoholu, tabáku, marihuany, hašiše a amfetaminů bylo spojeno s jedinci, kteří prohlašovali, že nejsou vůbec náboženští (Khavari & Harmon, 1982) .

Byly zkoumány i náboženské praktiky v komunitě (Kendler et al., 2003), (B. M. Booth, Blow, Cook, Bunn, & Fortney, 1992). Studie (H. G. Koenig, George, Meador, Blazer, & Ford, 1994) zdůraznila, že jedinci, kteří navštěvovali církevní shromáždění nejméně jednou týdně, měli o třetinu menší pravděpodobnost zneužívání a závislosti na alkoholu než ti, kteří se církevních shromáždění účastnili méně často. Navíc ti, kteří se několikrát týdně modlili a četli Bibli, měli o 42% nižší pravděpodobnost diagnózy závislosti na alkoholu během předchozích šesti měsíců ve srovnání se zbytkem zkoumané populace (H. G. Koenig et al., 1994). Podle jiného výzkumu partnerky mužů závislých na alkoholu jsou podstatně méně religiozní a to jak v postojích, tak i v chování (Ichiyama, 1995).

Jiné studie tvrdí, že praxe transcendentální meditace je spojena s nižším rizikem užívání látky (Aron & Aron, 1980). Nižší riziko poruch užívání alkoholu bylo spojeno se modlením (H. G. Koenig et al., 1994). Více studií zjistilo, že zneužívání alkoholu a drog je spojeno s nedostatečným smyslem pro smysl života (Crumbaugh, 1969), (Black, 1991).

Ve studii s více než 2 000 dvojčat ženského pohlaví (Kendler et al., 2003) uvádějí, že současná pití a kouření, stejně jako celoživotní riziko alkoholismu a závislosti na nikotinu, negativně koreluje s frekvencí modlení a hledání duchovního podpory, s křesťanským přesvědčeními a konzervativní náboženskou příslušností.

Ve studii, která hodnotí jak spiritualitu, tak religiozitu mezi uživateli opiátů nebo kokainu, kteří hledali léčbu, bylo zjištěno, že jedinci s častější angažovaností v náboženských nebo spirituálních aktivitách vykazovaly výrazně lepší výsledky, pokud jde o následné užívání a setrvání v léčbě (Heinz, 2007).

Bylo zaznamenáno paradoxní pití mezi členy náboženských společností, které požadovaly na svých členech abstinenci od alkoholu. Tento vzorec chování naznačoval, že i když většina členů náboženství podporujících abstinenci zůstala abstinentní, malé procento, které konzumovalo alkohol, mělo tendenci konzumovat velké množství a častěji. Paradoxní užívání alkoholu může být důsledkem potrestání nebo zneužívání specifické formy náboženství (B. M. Booth et al., 1992; J. Booth, Martin, J. E., 2001), ve kterém alkoholicí hlásí, že zažívají negativní emoce a pocity viny. Řada alkoholiků uváděla zkušenost se hodnotícím, odsuzujícím a odpouštějícím božstvem (Gorsuch, 1995). Podle tohoto autora by sociální kontrola založená na náboženství s využitím trestu neměla sloužit ke snížení zneužívání návykových látek, ale spíše k jejímu překonání.

Existuje rozsáhlá literatura, která zkoumá různé dimenze spirituality ve vztahu k léčbě široké škály duševních poruch (H. G. Koenig, McCullough, M. E., Larson, D. B., 2001). Například Rebecca Propst (Propst, 1980), (Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn, 1992) zjistila v kontrolovaných studiích, že začlenění duchovních témat klienta do léčby může významně zvýšit účinnost kognitivní terapie deprese.

Oproti jiným psychickým poruchám věnovali vědci poměrně málo pozornosti včlenění spirituality do léčby závislostí. Tato nedostatečná pozornost představuje značný deficit vzhledem k předpokládané ochranné roli religiozity a spirituality pro oblast závislostí na návykových látkách a prominentnosti programů, jako je například 12-krokový program (Arnold, Avants, Margolin, & Marcotte, 2002). Kromě hodnocení 12stupňového programu, ve kterém se považuje závislost za duchovní i zdravotní a psychickou poruchu (S Arevalo, 1976), bylo zaznamenáno poměrně málo systematických hodnocení, která by se zaměřily na aplikaci specifických spiritualitou dotčených strategií v léčbě závislosti.

Projekt MATCH z roku 1997 je největší randomizovaná studie spirituálně založené léčby. Porovnávala 12fázovou facilitační terapii (TSF) (Nowinski, 1992) s motivační vylepšení terapie. Léčba TSF byla speciálně navržena tak, aby aktivně zapojovala klienty do AA a pomáhala jim pracovat v prvních krocích duchovního programu AA.

Klienti zařazení do skupiny TSF byli srovnatelní s těmi, kteří byli léčeni v jiných podmínkách léčby, a opatření úplné abstinence mělo u klientů výrazně lepší výsledky. Ve všech léčebných skupinách bylo zjištěno, že jak u zapojení AA, tak u religiózního a spirituálního zapojení byly pozitivní spojené s výsledky léčby (Allen et al., 1997).

Fiorentine a Hillhouse zdůrazňují ve studii, že přijetí ideologie 12-kroků, zvláště silná shoda s potřebou časté, celoživotní účasti na 12-krokových setkáních a nutnost vzdát se "vyšší moci" jsou významné prediktory týdně nebo častější účasti na 12-krokových schůzkách a je nezávislá na jiných potenciálně zprostředkujících proměnných (Fiorentine & Hillhouse, 2000).

Jiná studie zdůraznila zvýšenou spirituální pohodu (SWB) v třítydenním ambulantním programu léčby závislostí mezi přijetím a propuštěním pacientů. Byly zjištěny významné souvislosti mezi duchovními proměnnými SWB a AASE. Závěry naznačují, že duchovní proměnné se mohou během léčby měnit a vést k hypotéze, že mezi spirituálními proměnnými a proměnnými souvisejícími s dlouhodobou úzdravou mohou existovat vazby (Piderman, Schneekloth, Pankratz, Maloney, & Altchuler, 2007).

(Corrington, 1989) zjistil, že mezi členy AA byla spiritualita (měřená Whitfieldovou duchovní stupnicí sebehodnocení) spojena s životní spokojeností. Tento vztah byl nezávislý na délce zapojení do AA. Bylo zjištěno, že návštěvnost AA byla mírně prediktivní pro lepší výsledek léčby (Emrick, 1993, 1999).

Výzkum se zaměřil i na duchovně orientované ambulantní programy. Piedmont zhodnotil skupinu abstinentujících bývalých uživatelů drog, kteří se léčili v duchovně orientovaném ambulantním programu o délce trvání osmi týdnů. Z těch, kteří dokončili program a měli vyšší skóre před léčbou na základě spirituality, měli vyšší skóre v oblasti pohody a méně psychiatrických symptomů po dokončení (Piedmont, 2004). Při podpoře zdraví se ukázala jako užitečná meditace různých druhů (J. E. Martin, Carlson, C. R., 1988) a byla použita při prevenci, léčbě a prevenci relapsu návykového chování. Jedna předchozí kontrolovaná studie však nezjistila žádný zvláštní vliv meditace na konzumaci alkoholu "těžkých pijáků" (Murphy, Pagano, & Marlatt, 1986).

Vnímavost (Mindfulness), způsob nazírání skutečnosti byla nedávno přizpůsobená i pro terapeutické účely, je často spojována se spiritualitou, má své kořeny v buddhistické tradici. V současnosti se používá i v některých terapeutických programech léčby závislostí v České republice. Vipassana meditace (VM), cvičení založené na buddhistické všímavosti, poskytuje alternativu pro jednotlivce, kteří nechtějí navštěvovat nebo neuspěl s tradičními závislostmi léčby. V této studii autoři zhodnotili efektivitu kurzu VM o užívání látek a psychosociálních výsledcích ve vězňenské populaci. Výsledky ukazují, že po propuštění z vězení účastníci kurzu VM ve srovnání s těmi, kteří byli léčeni jako obvykle, vykazovali významné snížení užívání alkoholu, marihuany a kokainu. Účastníci VM ukázali poklesy problémů souvisejících s alkoholem a psychiatrických příznaků, stejně jako zvýšení pozitivních psychosociálních výsledků (Bowen et al., 2006). Některé studie poukazují na snižování problémů spojených s užíváním drog touto technikou, ale nedostatek kontrolovaných studií omezuje schopnost prokázat účinnost všímavosti při léčbě poruchy užívání návykových látek nezávisle na jiných proměnných (Bowen, Witkiewitz, Dillworth, & Marlatt, 2007). Z buddhistického hlediska je všímavost považována za nezbytnou techniku při dosahování duchovních cílů. Avšak všímavost může být také chápána jako způsob, jak být přítomen a otevřen životním

zkušenostem, nemusí sám o sobě nesouviset s duchovní cestou. Toto hledisko se zdá být potvrzeno ve studii, která zkoumá prostřednictvím Freiburg Mindfulness Inventory (Buchheld & Walach, 2002) a Spirituální stupnice vztah mezi všímavostí a spiritualitou. Ve skutečnosti tato studie zdůrazňuje, že duchovnost a všímavost mohou být samostatnými konstrukty nebo alespoň dvěma různými způsoby, jak přistupovat k prožitkům.

Výzkum zaměřil i svoji pozornost na programy úzdravy mající spojitost s religiozitou. Ve Spojených státech byly křesťanské programy obnovy nabízeny mimo jiné skupinami Armády spásy a Teen Challenge. (Walker, Tonigan, Miller, Corner, & Kahlich, 1997) provedli první dvojité zaslepenou randomizovanou studii přímluvné modlitby pro alkoholiky v léčbě. Nebyl pozorován žádný pozitivní účinek. Klienti, kteří hlásili před léčbou, že si byli vědomi někoho, kdo se za ně modlil, také vykazovali ještě vyšší hladiny kontinuálního pití při šestiměsíčním sledování. Použití modlitby samotnými klienty však bylo spojeno s lepšími výsledky. Koncept Teen Challenge je aplikován i v některých organizacích v České republice, zatím však není k dispozici žádný relevantní výzkum jejich výsledků. Geislerova práce ukazuje, že duchovní praktiky spojené s psychosociálními intervencemi, s ohledem na individuální i kolektivní aspekty duševního zdraví, jsou účinnou pomůckou pro uživatele při snižování jejich užívání drog (Geisler, 1978). Kvalitativní studie zaměřená na skupiny posuzující potřebnou péči o závislé klienty při léčbě závislostí a chování s rizikem HIV zdůraznila význam integrace intervencí zaměřených na spiritualitu do léčby závislostí, a zvýšit tak motivaci k abstinenci drog a prevenci HIV (Margolin, Beitel, Schuman-Olivier, & Avants, 2006).

Výzkum se zaměřoval i na zkoumání souvislostí mezi tématy spiritualita, stresové vnímání a drogová závislost. Studie zkoumající roli spirituality ve vztahu ke stresovým a traumatickým příznakům mezi 393 ženami užívajícími léčivé látky, které byly léčeny, zdůraznila, že spiritualita nebyla mediátor mezi vnímáním stresu, posttraumatickým stresem, závažností alkoholu a drogové závislosti. Byly však nalezeny negativní a významné asociace mezi vnímáním stresu, spiritualitou a reakcemi na zvládnutí. Zlepšená léčba uživatelů látek zvyšuje úroveň spirituality a zvládací reakce mohou být přínosem při pomoci zvládat stresové a posttraumatické stresové symptomy (Sandra Arevalo, Prado, & Amaro, 2008).

Fletcher si klade ve svém výzkumu otázku, co nabízet za program pro lidi, kteří nejsou nábožensky orientovaní? Dvanáctistupňový program se jeví jako problematický a kontraindikovaný pro lidi, kteří nejsou religiózně zaměřeni (Fletcher, 2001). Aby jednotlivec vytvořil silné spojení se skupinou pro úzdravu nebo v tomto kontextu lépe pro obnovu/úzdravu (recovery), musí se ztotožnit s filozofií skupiny pro obnovení. Jednotlivci, kteří mají vyšší úroveň religiozity, se mohou lépe ztotožnit s filozofií skupin, jako jsou AA a NA, a snadněji najít pocit příslušnosti k těmto typům komunit. Pro ostatní, kteří mají sekulární orientaci může být velmi obtížné se ztotožnit s religiózně založenými programy obnovy. Jednotlivci s tímto typem osobní filozofie mají větší pravděpodobnost, že se začlení do sekulárních podpůrných skupin, které nepoužívají duchovní přístup a je pravděpodobnější, že budou pokračovat v účasti na těchto sekulárních skupinách (M Galanter, 2006).

Další téma výzkumného okruhu se týkalo spirituality jako klíčové součást obnovy. Kromě specifických zásahů nebo prostředků na zvládnutí složité situace může spiritualita podporovat léčbu dalších psychických poruch doprovázejících závislost na drogách (Huguelet, Mohr, Borrás, Gillieron, & Brandt, 2006). Přestože lze z určité perspektivy úzdravu ze závislosti považovat za pouze udržovanou abstinenci, je možné jí pojímat i šířeji. Ve skutečnosti může být zotavení chápáno jako proces, kdy se abstinents posouvá k pozitivní adaptaci v životě. Tato změna se může uskutečnit s různým stupněm úspěchu, v závislosti na vlastních vrozených schopnostech člověka a okolnostech, ve kterých se nachází (Marc Galanter, 2007). Ti, kteří se zotavují z návyku, se naučí jednat, přizpůsobovat se a fungovat svou cestou skrze složité životní peripetie, zklamání, překážky, zátěže bez použití alkoholu nebo drog. Mohou nebo nemusí konzumovat rekreační, legální látky jako je kofein, nikotin atd. Musí obnovit vztahy a změnit priority využití svého času. Jejich závazek k abstinenci a komplexní poptávka po změně života vyžaduje rozvoj nových adaptačních a vyrovnávacích schopností, které mohou být spirituálního charakteru. V tomto kontextu by mohlo být zvaženo řešení konkrétních otázek, které jsou považovány za důležité pro spirituální aspekty relapsu. Patří sem mimo jiné: ztráta smysluplnosti kvůli nadměrnému užívání návykových látek, pocit nedostatečné sociální podpory kvůli závislosti na člověku, pokračující užívání látky při současném pocitu viny nad její užíváním a ztráta vlastní účinnosti při odmítání drog.

(Coleman, Kaplan, & Downing, 1986) popisují "duchovní vakuum" lidí, kteří jsou závislí na heroinu: „Postulovali, že pocit prázdnoty, který pozorovali, souvisel s ranou a ztrátou, včetně častých oddělení od rodičů a dalších členů rodiny“. Tato zkušenost s prázdnotou, která je někdy spojena se smyslem anomie, není specifická pro uživatele drog a byla popsána i v jiných podmínkách, jako je například hraniční porucha osobnosti a pravděpodobně se někdy objevuje s nižší intenzitou u široké škály lidí, kteří nemají psychiatrické poruchy. Pocit prázdnoty je však pravděpodobně více znepokojivý u osob s užíváním návykových látek a zejména u těch, kteří indikovali užívání látek v reakci na tento jev. Pro skupinu takových lidí, kteří mají jen málo zdrojů a významné ztráty vyplňuje Vyšší Moc v konceptu AA prázdnotu, která tato ztráta zanechala, a je stálým zdrojem pohody a upokojení. Duchovní cesta se zdála být zdrojem energie, která umožnila znovuzrozené osobě čelit nesčítným úkolům souvisejícím s „reálným životem v reálných podmínkách“. Vztah s Vyšší Mocí poskytuje proces vytváření významu i v často nepochopitelných situacích. Vyšší Moc, daleko od abstrakce, je každodenní přítomností v životě jednotlivce. Schopnost mluvit s Vyšší Mocí prostřednictvím modlitby a meditace umožnila problémovému člověku příležitost k reflexi v době těžkostí. Spíše než působit na tupé bolestivé pocity nebo usazovat ohromující vzpomínky, byl zotavující se jedinec schopen promlouvat o těchto znepokojujících záležitostech (Coleman et al., 1986).

Jedna z metod porozumění etiologii a úzdavě ze závislosti v pojmech spirituality je získávání dovednosti prostřednictvím účasti na již uvedených 12-krokových programech přátel AA nebo NA a mnoha dalších procesech založených na vzájemné pomoci (Gamblers Anonymous (GA), Overeaters Anonymous (OA), atd.) Tyto programy vedou své členy k úzdavě prostřednictvím 12 základních kroků. Prvním krokem je uznání své bezmocnosti nad závislostí. Následné kroky se zaměřují na zkoumání charakteru člověka a na rozvoj vztahů s vyšší mocí. Kroky jsou navrženy tak, aby podporovaly duchovní probuzení, které připravuje zotavujícího se jednotlivce, aby přinesl poselství ostatním a aby praktikoval zásady společenství ve všech svých záležitostech (McPeake, Kennedy, & Gordon, 1991). Růst duchovnosti, jak se očekávalo prostřednictvím těchto programů, má zde několik funkcí. Poskytuje obsažení (containment), který ohraničuje činnost závislé osoby. "Předání vůle" Vyšší Moci efektivně omezuje aktivity, které by mohl jedinec vykonávat. Alternativně

popsaná jako růst "svědomí" je tato ohraničující funkce extrémně důležitá jako protizávaží k bezohledným a bezstarostným myšlenkám a chování, které je charakteristické pro závislostní období. (J. Booth, Martin, J. E., 2001) popsali ve své studii, že duchovní probuzení zotavujícího se jedince umožnilo pacientovi najít nové společenství. Náboženské společenství mohou poskytnout sociální podporu a dát morální vliv, aby se zabránilo maladaptivnímu chování ((J. Booth, Martin, J. E., 2001). Zanechání komunity toxických kamarádů a vstup do zdravějších vrstev místního prostředí je pro dlouhodobou soběstačnost rozhodující. Takový proces je doprovázen hlubšími kulturními změnami: komunitám, které mají přesvědčení o možnosti a žádoucnosti změny, zmírnění a omezení chování, omezení narcismu a důležitost spolupráce a vzájemné podpory by mohly mít stejný účinek nezávisle na náboženské nebo duchovní dimenze. Přijetí duchovních přesvědčení, která jsou v souladu s přesvědčením abstinujících lidí v daném prostředí, usnadňuje tento přechod. Byla provedena řada studií o duchovní orientaci uživatele drog, jejichž nálezy odrážejí pozitivní vztah k úzdravě popsané v pětiletém sledování úzdavy pacientů závislých na kokainu, že síla odvozená z náboženství a duchovnosti se výrazně odlišovala mezi těmi, kdo měl velmi příznivý výsledek a ti, kteří ne (Flynn, Joe, Broome, Simpson, & Brown, 2003). Avants zjistili, že vyšší hodnocení sebereflexe o "duchovnosti nebo náboženské podpoře" bylo nezávislým pozitivním prediktorem abstinence od nelegálního heroinu a kokainu (Avants, Warburton, & Margolin, 2001). Pardini zjistil ve studii 237 uzdravených uživatelů návykových látek, že vyšší úroveň náboženské víry a duchovnosti předpovídají optimističtější životní orientaci, větší vnímanou sociální podporu, vyšší odolnost vůči stresu a nižší úroveň úzkost (Pardini, Plante, Sherman, & Stump, 2000).

Retrospektivní vyprávění o zotavení často zahrnuje výrazné a emocionálně intenzivní momenty v životě člověka související s duchovními konverzními zážitky (G. Edwards, Duckitt, A., Oppenheimer, E., Sheehan, M., Taylor, C., 1983). Takové náhlé a velké osobní proměny jsou pochopitelné a mohou obsahovat některé klíče k duchovním procesům, které mohou působit v transformaci života jedince (W. R. Miller, C' de Baca, J., 1994). Vyjma těchto několika studií a článků o úzdravě ze závislosti nebyl nalezen žádný vztah mezi duchovní orientací a sníženým užíváním drog a abstinencí (T. S. Murray, Goggin, & Malcarne, 2006).

Zkoumány byly i postoje pacientů a ošetřujícího personálu vůči spiritualitě. Ve většině studií považují pacienti, kteří užívají drogy, za zásadní pro jejich zotavení duchovnost a hodnotí duchovní programy ve své léčbě více než některé jiné konkrétní věci (Arnold et al., 2002). Navzdory různorodosti toho, jak byla duchovnost konceptualizována, bylo zjištěno u populace HIV-pozitivních uživatelů drog, že je pro ně spiritualita, jako zdroj síly a ochrany sebe sama, jako zdroj altruismu a ochrany ostatních a byla velmi důležitou součástí terapeutických intervencí pro většinu účastníků (Arnold et al., 2002). Ve výzkumu postojů spojených se spirituálními intervencemi lékaři podílející se na studii, vyjádřili zájem poskytnout intervenci, která řeší spirituální otázky pacientů. Závěry z administrace dotazníku ukázaly, že účastníci si mysleli, že řešení spirituality při léčbě závislosti by bylo užitečné pro jejich uzdravení, snížení bažení, snížení rizikového chování HIV, dodržování lékařských doporučení a to zejména prostřednictvím zvýšení naděje. Převážná většina vyjádřila zájem o přijetí intervence zaměřené na spiritualitu (Kaplan, Marks, & Mertens, 1997).

Pacienti s duální diagnózou hodnotili duchovní orientaci jako důležitější pro zotavení než pro práci. Současně také hodnotili schůzky AA jako důležitější než ambulantní léčbu. Uvedli také, že v jejich léčbě chtějí větší důraz na spiritualitu a 12-ti stupňové programy. Pacienti rezidenční terapeutické komunity preferovali ve své léčbě formu duchovně orientovaného přístupu. Tato zjištění podporují názor, že někteří pacienti léčící se ze závislosti na návykových látkách by v léčbě upřednostňovali více aktivit spojených s duchovními aspekty uzdravení, než jsou jim poskytovány (Marc Galanter, 2007).

Navzdory možným rolím, které duchovnost a náboženství mohou hrát a hrají v procesu remise uživatelů drog a navzdory zájmu vyjádřenému významným počtem pacientů, se nevěnuje velká pozornost problematice užívání drog a spiritualitě mezi ambulantně léčenými pacienty. Lékařský a ošetřovatelský personál obecně podceňuje jak spiritualitu pacientů, tak i důležitost jejich duchovních otázek. Poskytovatelé péče mají málo vůle zkoumat spirituální dimenzi u pacientů a zřídka ji berou v úvahu v navrhovaných léčebných strategiích navzdory, že pacienti nejsou proti tomu, aby zkoumali a včlenili do léčby tuto dimenzi. (Huguelet et al., 2006). Pro tuto situaci existuje řada důvodů. Mezi faktory tohoto stavu patří například malá náboženská příslušnost mezi psychiatry dokumentovaná studií

provedenou mezi psychiatry v severní Americe, nedostatek znalostí o vztahu náboženství a zdraví (Shafranske, 1996), tendence vnímat jako patologické všechny myšlenky nebo chování pacientů souvisejících se spiritualitou (Crossley, 1995), strach z toho, že pacient bude zranitelný tím, že se do léčby vnese téma spirituality. Bylo také popsáno soupeření mezi profesionály z náboženské a zdravotnické oblasti ohledně léčby psychického utrpení (Sims, 1999).

Jedním z problémů této výzkumné oblasti je metodologie a nástroje měření spirituality v kontextu závislostí. Spiritualita se zdá být vícerozměrným konceptem a byla studována řada měřících nástrojů měřících různé aspekty tohoto konceptu. Úsilí k měření spirituality je však stále zaměřeno zejména na religiozitu (Cook, 2004). Navíc náboženské přesvědčení a postoje se mění v celé kultuře a liší se například mezi Evropou a Severní Amerikou. V minulosti bylo provedeno nejvíce studií o náboženských dotaznících (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998), (Pargament, Koenig, & Perez, 2000). Tato interkulturní variabilita vede k tomu, že bude obtížné najít dotazník přizpůsobený všem druhům náboženských přesvědčení a praktik (Wulff, 1997). Vývoj dotazníků přizpůsobených různým duchovním a náboženským přesvědčením a praktikám a správně validovaný u populace s poruchami závislosti na návykových látkách může pomoci zlepšit naše chápání možné role spirituality v procesu obnovy. Galanter vyvinul šestistupňovou škálu duchovního sebehodnocení navrženou tak, aby odrážela globální míru duchovní orientace na život u uživatelů drog (M Galanter, 2006). Podle mého názoru je tato škála, které spočívá v tom, že je přirozenou orientací na spiritualitu (e.g. důležitost trávení času v duchovním myšlení a meditaci, intenzita žitého života podle náboženských přesvědčení, důležitost modliteb, jak spiritualita pomáhá udržovat život vyrovnaný a stabilní stejným způsobem jako občanství, přátelství, etc.) přinese pravděpodobně užitečné informace klinickým pracovníkům.

Souhrnně lze k tomuto tématu říci, že lidé objevili v religiozitě a ve spiritualitě významný zdroj uzdravení a důležitý zdroj významu a smyslu života. Byl prokázán význam religiozní dimenze a její dopadu na koncepci nemoci, úzdravu a léčbu pacientů se závislostí na návykových látkách. Jak můžeme přistupovat k přesvědčení a subjektivním postojům ohledně užívání návykových látek souvisejících s nábožností? V literatuře byly nalezeny čtyři

kauzální modely. První z nich naznačuje, že osobní náboženské zkušenosti mohou ovlivnit chování (Gorsuch, 1995). Jedinec, který má nějakou nezbytnou potřebu naplněnou spiritualitou / náboženstvím, bude pravděpodobně prožívat sníženou potřebu a užívání drog. Tento model je však chybný, protože předpokládá kauzální spojitost mezi náboženskou příslušností a existencí problému se zneužíváním návykových látek. Model nezkoumá další proměnné například vliv jiné osoby kvůli které má jedinec se závislostí k náboženství blízko a která ho chrání před zneužitím návykových. Druhý model byl založen na kognitivním modelu psychologie, ve kterém je reflektováno to, že je jedinec prostřednictvím účasti na bohoslužbě konzistentně vystavován církevním ideám, které mu neustále připomínají ideály správného života (Gorsuch, 1976). Gorsuch také navrhl třetí model s nepřímou vazbou vztahu mezi užíváním a zneužíváním drog a náboženstvím. Náboženští lidé se často pohybují ve společném sociálním prostředí a tvoří tak vzájemně se podporující skupinu. Skupinový tlak poskytuje výzvu pro určitý styl chování - užívání nebo nepoužívání látky - v závislosti na normách a hodnotách příslušné náboženské skupiny (Gorsuch, 1976).

Koenig a kol. (1994) poskytl čtvrtý model ve snaze vysvětlit možnou kauzalitu. Možná, že náboženství zabránilo nástupu nebo přetrvávání alkoholismu doktrínami, které zakázaly užívání alkoholu a prostřednictvím podporujícího náboženského prostředí nabízí alternativní kognitivní a behaviorální prostředky pro zvládnutí bolestivých emocí a pocitů, které mohou vyvolat spotřebu alkoholu a užívání drog.

Zajímavou modalitou tohoto modelu představuje terapie závislostí na návykových látkách, kterou praktikuje český psychiatr Prokop Remeš. Ten je zakladatelem psychoterapeutického směru Existenciální Hagioterapie, který rozvinul v rámci svého působení v psychoterapeutických skupinách pro závislé. Hagioterapie je druh skupinové psychoterapie, kde je využito projekce do biblických příběhů ke klientovu sebepoznání a tím k pozitivní terapeutické změně (Krtěk, 2014).

Další model by mohl integrovat fáze vývoje závislostí. Účinnost užívání látky začíná obvykle počáteční fází a postupně ukazuje vývoj směrem ke závislosti. Během první fáze mají lidé stále možnost ovládat chování, zatímco tato kontrola se ve stádiu závislostí ztrácí. Navíc je

iniciační fáze široce subjektivní vůči kulturním vlivům a reprezentacím. Poslední fáze je mimo tuto kontrolu (Carter & Tiffany, 1999). Vzhledem k těmto úvahám by nižší míra poruch zneužívání látek u osob zapojených do náboženského chování mohla být vysvětlena nižší mírou zahájení a udržování užívání látky během první fáze. Dalo by se předpokládat, že jednotlivci, kteří se nacházejí v návykové fázi, fáze závislosti, která nastane po iniciační fázi a která se vyznačuje ztrátou kontroly, by mohla vyvolat více pocitů viny, a tak by byla náchylná k pocitu odmítnutí, což by mohlo vést k paradoxnímu účinku zvýšení užívání látky. Lidé experimentující s drogami se mohou cítit zahanbení spíše než vinni. Tato variace je pravděpodobně silně ovlivněna kulturními rozdíly mezi společnostmi a náboženstvími založenými na vinu a hanbou. Možnou úlohu spirituality v léčbě a úzdavě by mohla hrát motivační perspektiva (W. R. Miller, S., 2013). Zapojení religiozity do procesu motivace by mohlo znamenat změnu v chování tím, že by dalo větší váhu alternativnímu chování k užívání drog a mohlo by pomoci změnit strategii zvládnání spojených se závislostí.

3 Metodologie a pojetí výzkumu

Díl popisuje metodologii výzkumu, pomocí které jsou zodpovězeny výzkumné otázky. Detailně popisuje návrh designu výzkumu, výběr výzkumné metody, výběr výzkumného prostředí, výzkumného souboru, metodu sběru dat a jejich analýzy.

3.1 Design výzkumu

V této kapitole je obsažen popis a zdůvodnění designu výzkumu, vysvětluje pojetí výzkumu (kvalitativní přístup) a výzkumnou metodologii (fenomenologická).

S ohledem na výzkumný problém a z něj odvozených výzkumných otázek uvedených v úvodní části byl zvolen kvalitativní přístup, který je vhodný pro typ výzkumu, jehož cílem je získat podrobný popis a vhled při zkoumání fenoménu proměny u specifické skupiny lidí (pacienty v remisi) v jejich přirozeném prostředí (terapeutická komunita), je vhodný pro hledání idiografických příčinných souvislostí a s ohledem na stav výzkumu této oblasti v České republice má napomoci počáteční exploraci fenoménu proměny. Omezení plynoucí z toho výběru jsou, (1) že získaná znalost nemusí být zobecnitelná, a (2) že výsledky mohou být snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2012).

Z množiny typů výzkumu kvalitativního přístupu byla zvolena kombinace terénního výzkumu a kvalitativní evaluace. Terénní výzkum byl vybrán z toho důvodu, že je to výzkum prováděný v přirozených podmínkách, přímo v autentickém prostředí, kde lidé žijí a pracují a výzkumník tak v průběhu terénního výzkumu hlouběji poznává strukturu prostředí, v němž se zkoumaný fenomén nachází, identifikuje různé roviny významů a pomocí analýzy těchto významů se snaží porozumět chování, prožívání a způsob uvažování lidí o daném předmětu. Pokud by byl použit zprostředkovaný obraz například z popisu pacientů terapeuty, mohlo by dojít ke zkreslení vstupních dat výzkumu. Pro realizaci terénního výzkumu musí být splněno několik obecných požadavků (Miovský, 2006). (1) Terén musí být výzkumníkovi přístupný, (2) v terénu by měla existovat reálná funkce výzkumníka, aniž by došlo k významným změnám v terénu, (3) Výzkumník musí být schopen podílet se na procesech v terénu a při

tom si zachovávat odstup, (4) Záměry výzkumníka musí být eticky obhajitelné. Aplikace strategie terénního výzkumu by měla probíhat v těchto fázích: (1) Přiblížení a mapování. (2) Vstup do terénu a orientace. (3) Iniciační kontakt. (4) Asimilace a hlavní část fáze získávání dat. (5) Ukončení kontaktu u uvolnění z vazeb. (6) Zpětná reflexe a kontrola.

Za výzkumnou metodu byl zvolen fenomenologický přístup, protože cílem výzkumu není konstruování objektivního principu, ale popis jevů (zkušenost pacienta se změnou), přičemž se jevy zkoumají takové, jaké jsou nikoliv, jak se na ně nahlíží z pozic stávajících znalostí (Hendl, 2012). Fenomenologie je způsob myšlení, který zdůrazňuje potřebu výzkumníka pochopit svět účastníků výzkumu z hlediska těchto účastníků a způsobů, kterými tito účastníci přisuzují tomuto světu smysl. Fenomenologie je jak filozofie, tak metoda, jejímž cílem je zkoumat význam žité zkušenosti lidí s cílem identifikovat základní podstatu lidských zkušeností nebo jevů podle toho, jak tuto zkušenost popisují samotní účastníci výzkumu. Epistemologická pozice fenomenologie spočívá v tom, že znalosti získané výzkumem by měly odrážet perspektivy účastníků ohledně toho, jak rozumí svému světu. Fenomenologie se nepokouší vyvíjet teorii vysvětlující svět, spíše je cílem usnadnit hlubší pochopení, které nám pomůže udržet větší kontakt ve a se světem (J. A. Smith, 2009). Fenomenologové se zaměřují na popis toho, co mají všichni účastníci výzkumu společného, přičemž základním cílem výzkumu je omezit individuální zkušenosti s jevem a popsat univerzální podstaty (esenci). Sběr dat probíhá prostřednictvím rozhovorů, písemných produktů, umění a fotografií, které mohou poskytnout přehled o zkušenostech účastníka výzkumu. V procesu analýzy výzkumník "uzávorkuje" své vlastní zkušenosti, aby pochopil zážitky a zkušenost účastníků výzkumu. Pojem závorkování je považován za jeden z klíčových prvků charakterizující Husserlovu fenomenologii. Heidegger, Husserlův žák, posunul fenomenologii z deskriptivní roviny na interpretační rovinu, zaměřenou na hermeneutickou perspektivu, která uznává, že lidská existence je vždy zakotvena ve světě významů. Proto se fenomenologie stává hermeneutickou, když se její metoda stává spíše interpretační než čistě popisnou (Mills, 2014).

3.2 Prostředí výzkumu

Kapitola popisuje základní charakteristiky výzkumného prostředí včetně hlavních deklarovaných principů užívaného léčebného postupu, jeho personálního obsazení .

S ohledem na výzkumný problém a s ohledem na charakteristiky metody terénního výzkumu by jako typ výzkumné prostředí mělo být zvoleno léčebné zařízení splňující následující požadavky:

- (1) Musí splňovat podmínky pro terénní výzkum (viz kapitola 3.1).
- (2) Musí splňovat nároky kladené na účastníky výzkumu (viz kapitola 3.3)
- (3) Musí vyhovovat nárokům designu výzkumu, tj. jedná se o rezidenční terapeutickou komunitu s programem akreditovaným příslušným ministerstvem pro léčbu závislostí.
- (4) Musí se jednat o hierarchickou terapeutickou komunitu s čtyřfázovým léčebným programem, ve které se kombinuje skupinová terapie, individuální terapie, arteterapie a pracovní terapie.
- (5) Profesionální tým terapeutické komunity se musí skládat z terapeutů a/nebo psychologů a/nebo adiktologů a pracovních terapeutů.
- (ž) Vedení terapeutické komunity souhlasí s výzkumem a zavazuje se ke všestranné podpoře výzkumných činností realizovaných v prostředí terapeutické komunity.

3.3 Výzkumný soubor a zdroje dat

Kapitola podává charakteristik, kterou musí splňovat soubor účastníků výzkumu, jeho vlastností, počet účastníků výzkumu, metodu jejich výběru a charakteristiky účastníků výběru. Kapitola rovněž obsahuje popis charakteristik dalších datových zdrojů včetně odůvodnění jejich užití.

Výzkumný soubor by mělo tvořit alespoň šest účastníků výzkumu z toho alespoň jedna žena. Průměrný věk by měl být srovnatelný s věkovým průměrem typickým pro terapeutickou komunitu. Pro výběr účastníků by měla být použita metoda záměrného výběru. Účastníci musí splňovat etické nároky kladené na výzkum. S ohledem na potřebu získat bohatá data pro analytickou fázi, byl jako hlavní zdroj dat vybrán soubor s transkripcí polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s metodou získávání dat z anamnestických údajů, písemných produktů účastníků výzkumu a záznamů ze skupinové terapie.

3.4 Metoda získávání a zpracování dat

V této kapitole je poskytnut výklad výběru metody a zpracování dat včetně zdůvodnění tohoto výběru, jeho výhod a případných omezení.

Nejběžněji používané typy metod sběru dat pro kvalitativní výzkum zahrnují rozhovory, pozorování, fokusové skupiny (Focus Group) a rozbor dokumentů jakými mohou být deníky, dopisy, záznamy ze schůzek a další psané dokumenty. Jako základní metoda pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která je jednou z nejrozšířenějších forem metody rozhovoru, protože eliminuje některé podstatné nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a poskytuje dostatečně bohatá data (Miovský, 2006). Jako doplňková metoda sběru dat bude použita metoda rozboru dokumentů. Soubor zkoumaných dokumentů tvoří osobní, zdravotní a sociální anamnéza pacienta, záznam diagnostického interview, deník pacienta z období jeho léčby v terapeutické komunitě, životopis psaný pacientem, výsledky pozorování pacienta terapeutů a záznamy z ze skupinových terapií. Pro efektivní vedení rozhovoru je vytvořeno schéma specifikující okruh otázek, na které jsou účastníci výzkumu dotazováni. Uvedené schéma rozhovoru je obsažené v Příloze 2 *Protokol manuálu rozhovoru*. Pro maximalizaci výtěžnosti rozhovoru může tazatel zaměřovat jak pořadí jednotlivých okruhů, tak i znění některých nejadrových otázek. V případě nejasné nebo málo konkrétní odpovědi může tazatel klást dodatečné otázky tak, aby byla ověřena správnost interpretace a užitečnost odpovědi s ohledem na výzkumnou otázku. Rozhovor probíhá v prostředí, které dotazovaný zná, a ve kterém se cítí bezpečně a nerušeně. Před vlastním rozhovorem a v dostatečném

předstihu tak, jak doporučují promotéři metody v České republice (Koutná, Čermák, 2013), bude respondent seznámen s tématem a strukturou rozhovoru a s cíli výzkumu. Před zahájením rozhovoru bude respondent poučen o způsobu ochrany jeho osobních údajů a bude požádán o podpis informovaného souhlasu, jehož znění je součástí Přílohy 1. Při samotném rozhovoru tazatel bude dbát na fenomenologické zaměření a nebude nabízet respondentovi vnější konstrukty nebo vysvětlení zkoumaného fenoménu, naopak ho bude usměrňovat k různorodosti popisu daných jevů včetně uvádění konkrétních případů projevu fenoménu. Tak, jak to doporučuje metodologie (Smith, 2004), při rozhovoru tazatel bude pozorovat a zaznamenávat chování respondenta, které by mohlo přinést informaci, jak respondent danou chvíli prožívá, jaká nevyslovená témata se mu vynořují, a co je pro něj důležité. Rozhovor tazatel směřuje na začátku rozhovoru k tématu, které považuje za důležité podle respondentovy reakce na otázky. Tazatel si všímá i okamžiků, kdy se respondentovi vynořují témata, na která přichází spontánně sám díky rozhovoru a která jsou relevantní ke zkoumanému fenoménu proměny. Rozhovor by neměl být příliš rigidní, aby v něm byl prostor pro překvapivou reakci respondenta (J. A. Smith, 2009). Tazatel by měl považovat respondenta za toho, kdo se vyzná ve svých prožitcích spojených s fenoménem a měl by mít dostatek volnosti, aby mohl směřovat rozhovor k tomu podstatnému ze zkušenosti. Při realizaci rozhovoru by měly být použity různé pomůcky, jako je záznamové zařízení pro nahrání rozhovoru, záznamový arch účastníka rozhovoru pro podrobné údaje o účastníkovi a záznamový arch osnovy rozhovoru, který pomůže tazateli udržovat přehled o průběhu rozhovoru a zaznamenávat výsledky pozorování chování respondenta v průběhu rozhovoru. Transkripce rozhovoru a oba záznamové archy budou tvořit soubor dat, který bude následně zpracován ve fázi analýzy dat.

3.5 Metoda analýzy a interpretace dat

Kapitola popisuje souhrn metod používaný pro analýzu dat a zdůvodnění jejího výběru včetně její výhody a omezení pro daný výzkum.

Kvalitativní analýza zahrnuje procesy, které jsou potřebné pro identifikaci smyslu a významu obsaženého v získaných datech. Analýza dat zahrnuje celou řadu rekurzivních procesů pro

prohlížení datových souborů, včetně zkoumání prvotních dat, vyvíjení a použití více procesů kódování, které kombinují vytváření kategorií, identifikaci nových vzorků v rámci kategorií a vytváření analytických témat, které odrážejí důležité koncepty data. Ty se nakonec stanou poznatky studie, které jsou interpretovány ve světle literatury a teoretických pohledů.

Pro analýzu dat byla zvolena s ohledem na charakter výzkumného problému metoda Interpretativní Fenomenologická Analýza (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen IPA) vyvinutou J. Smithem (Smith (J. A. Smith, 1999), 1999), pomocí které se výzkumník zaměřuje na porozumění žité zkušenosti zkoumaného jedince. Výběr metody vychází z charakteru zkoumaného fenoménu a znění výzkumné otázky. Metodou IPA možné zkoumat, jaká je zkušenost člověka, jak člověk utváří význam své zkušenosti a jak rozumí zkoumané události (J. A. Smith, 2009). IPA představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let minulého století J. A. Smithem. Její počátky byly spojeny s psychologií zdraví, v současné době je však také aplikována na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie (Jonathan A. Smith, 2011).

Tato metoda se začíná používat i v České republice a tiskem byly vydány ukázky její aplikace v hypotetickém případě přijetí nemoci pacientkou s diagnostikovaným zhoubným nádorem (Koutná & Čermák, 2013) nebo výzkumu fenoménu viny z perspektivy psychologie (Kocvrlichová, 2013). Oba tyto zdroje byly pro svoje praktické zaměření cenným zdrojem pro vlastní analýzu. Podnětem pro vznik IPA byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké fenomenologické znalosti (Willig, 2001). V protikladu k tradičním kvantitativním výzkumným perspektivám v psychologii vede IPA k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu. IPA je považována za přístup, který poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu než jiné kvalitativní přístupy. Jeví se jako vhodná perspektiva, z níž je možné pohlížet na kvalitativní data, jestliže chceme popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, která nás zajímá, přisuzuje této zkušenosti význam. Osvědčuje se také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat.

Podle doporučení autorů metody (J. A. Smith, 2004) a promotérů metody v České republice (Koutná & Čermák, 2013) probíhá proces analýzy a interpretace v šesti krocích:

1. V nulté fázi reflektuje zpracovatel analýzy své zkušenosti s tématem výzkumu a zkoumá možný vliv této zkušenosti na transparentnost analýzy.
2. V první fázi analýzy zpracovatel přepis několikrát přečte a zaznamenává všechno, co zajímavého a důležitého v rozhovoru zaznělo. Komentáře mohou mít podobu předběžných shrnutí, parafrází nebo asociací. Mohou mít deskriptivní, lingvistický nebo i konceptuální charakter.
3. V druhé fázi analýzy zpracovatelé zaznamenávají možné názvy témat, která budou následně užita pro podchycení kvality. Je abstraktnější než text, ale s transparentní souvislostí s textu.
4. Ve třetí fázi jsou objevující se témata přepsána a identifikují se vazby mezi nimi a provádí se kontrola, zda témata neztrácejí vazbu na obsah rozhovoru. Zpracovatel se je zaměřen na porozumění významu toho, co respondent říká a využívá také své interpretační zdroje.
5. Ve čtvrté fázi se vytváří tabulky souvisejících témat. Témata se pomocí vybraného klíče sloučí a přiřadí se jim jméno a identifikátor. Identifikátoru je spojen s klíčovými částmi textu. Vedlejší témata se dále nezpracovávají.
6. V posledním kroku se výstupy analýzy převádějí do narativní formy. Svá tvrzení zpracovatel dokládá uvedenými citacemi z transkribovaných rozhovorů respondenta.

Tvůrci metody doporučují pro případ, kdy se zpracovává více než jeden rozhovor, postupovat dvojím způsobem. Buď provést po prvním rozhovoru analýzu a přizpůsobit podle jejího výsledku další rozhovory a nebo všechny rozhovory dělat před provedením analýzy. Je nutné pozorovat, v čem jsou přístupy respondentů podobné a v čem jsou rozdílné. Pro účely tohoto výzkumu byla zvolen druhý přístup.

3.6 Etická pravidla výzkumu

Kapitola popisuje požadavky na pravidla, principy a procesy spojenými s etikou výzkumu s respektem k pravidlům CMTF UPOL.

Psychologický výzkum generuje celou řadu etických problémů, kterým je nutné věnovat pozornost. Specificky se to týká kvalitativního výzkumu, kdy se stává výzkumník součástí výzkumného pole v pozitivním i negativním slova smyslu. Etická pravidla jsou zvažována ve čtyřech rovinách. První rovinu tvoří vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětný vliv na výzkumníka. Druhou rovinu tvoří nutnost ochrany účastníků výzkumu. Třetí rovinu tvoří nutnost ochrany samotného výzkumníka. Čtvrtou závěrečnou rovinu tvoří ochrana instituce, ve které probíhá terénní výzkum. Hlavní prvky ochrany výzkumu jsou schvalovány etickou komisí CMTF UPOL, informace o projektu pro účastníka výzkumu, informovaný souhlas a takové nakládání s daty, které zajistí diskrétnost a anonymitu tak, aby byly splněny veškeré požadavky plynoucí z GDPR. V rámci etických pravidel je rovněž řešeno vlastnictví dat a jejich publikace. Vlastníkem dat a výsledků výzkumu je CMTF UPOL, která rovněž dává souhlas s publikováním výsledků.

4 Výsledky a zjištění výzkumu

Díl obsahuje systematický popis výsledků se zaměřením na výsledky, které jsou nejvíce relevantní k účelu výzkumu. Na konci kapitoly je odstavec, který uzavírá část výsledků syntézou klíčových zjištění studie.

4.1 Vybrané prostředí pro výzkum

Jako prostředí výzkumu bylo zvolena terapeutická komunita OPS (název je z důvodu závazku diskrétnosti pozměněn), ve které probíhá léčba závislostí na návykových látkách dle certifikované metody. Terapeutická komunita OPS je určena dospělým klientům se středně těžkou až těžkou závislostí na návykových látkách (F19.2) a výrazným stupněm psychosociálního postižení v důsledku užívání drog, a to po absolvování detoxikace v příslušném zdravotním zařízení. Pobyt v terapeutické komunitě nabízí klientovi integrovanou zdravotní, sociální a výchovnou péči v délce 8-15 měsíců, v závislosti na stavu jeho poškození předchozí drogovou kariérou a na jeho individuálním osobnostním růstu.

Obecným cílem léčby v terapeutické komunitě OPS je změna dosavadního rizikového jednání klienta na zdravotně i sociálně akceptovatelný a pro něj subjektivně spokojený životní styl. Vyšším cílem je pak plná abstinence klientů od návykových látek, jejich osobnostní růst a plná sociální rehabilitace. Abstinencí se rozumí nepřijímání jakýchkoli látek ovlivňujících vědomí. Za sociální rehabilitaci se považuje návrat klienta do jeho přirozeného sociálního prostředí, získání schopnosti vytvářet a udržet kvalitní vztahy a plné profesionální uplatnění klienta po léčbě.

Léčebný program stimuluje klienty k osobnostnímu růstu a zásadní změně životního stylu, které se dějí především prostřednictvím sociálního učení v kontextu malé společenské skupiny s jasně vymezenými a srozumitelnými pravidly. Zahrnuje i spolupráci s blízkými osobami klientů, neboť jejich zapojení do procesu léčby považujeme za důležité a významné pro zvýšení její úspěšnosti. Léčebný program se skládá ze čtyř fází.

0. diagnostická fáze (2–5 týdnů) bez kontaktu s vnějším světem s cílem vzájemné seznámení komunity a klienta.

I. adaptační fáze (3–5 měsíců) se zaměřením na změnu chování a sebepoznávání.

II. iniciativní fáze (3–5 měsíců) s důrazem na změnu prožívání, postojů a odpovědnosti za sebe i za druhé.

III. stabilizační fáze (1–2 měsíce) s cílem získávání pracovních dovedností, stabilizace ve zdravém životním stylu.

Ukončení léčebného pobytu v okamžiku, kdy má klient zajištěné zaměstnání, bydlení, doléčování a rozvíjí síť nedrogových vztahů. Základní pravidla v TK jsou abstinence od drog včetně alkoholu a hráčství, dobrovolnost pobytu, spolurozhodování o průběhu léčby, přijetí rozhodnutí komunity a účasti v programu, nepřípustnost fyzického a psychického násilí, erotických a sexuálních vztahů.

Terapeutická komunita poskytuje odborné služby v oblasti individuální a skupinové psychoterapie včetně intenzivní práce s rodinou a blízkými osobami, různorodá pracovní terapie na farmě, v zahradnictví a truhlárně, široké spektrum nadstavbových programů dramaterapie, keramika, arteterapie, zátěžové a zážitkové programy. Odbornou péči zajišťuje multidisciplinární tým specialistů psychoterapeuti, psycholog, psychiatr a zdravotníci.

4.2 Výsledek výběru účastníků výzkumu

Kapitola podává popis souboru účastníků výzkumu, jeho vlastností, počet účastníků výzkumu.

Zvolenou metodou záměrného výběru bylo v terapeutické komunitě vybráno sedm účastníků výzkumu, kteří tvořili výzkumný soubor.

Výzkumný soubor se skládal ze dvou skupin účastníků. První skupinu tvořilo šest klientů terapeutické komunity pro léčbu závislosti a druhou skupinu tvořil jeden terapeut, který byl garant kvality terapie klientů. Pět klientů bylo mužského pohlaví průměrný věk 30 let a jedna klientka věk 28 let. Všechna jména účastníků výzkumu byla v projektové dokumentaci

pozměněna, aby byla chráněna jejich identita. Všichni účastníci byli klienti terapeutické komunity, kterou označují pozměněným názvem OPS.

4.3 Výsledky sběru dat

Kapitola podává výsledek sběru dat prostřednictvím rozhovoru s účastníky výzkumu, rodinné anamnézy, individuální anamnézy, záznamů z individuální a skupinové terapie, tematických skupin, záznamů z rodinné terapie a vlastních písemných produktů účastníků výzkumu (deník, vlastní životopis aj.).

V časovém rozpětí listopad a prosinec 2018 proběhly rozhovory s šesti účastníky výzkumu a u některých, kde to bylo účelné i s jejich terapeuty. Data z ostatních zdrojů pocházejí z období začátku jejich léčby do ledna 2019. Podkapitoly jsou členěny podle jednotlivých účastníků výzkumu. Pro jejich rozlišení je použito velké písmeno abecedy A-F.

4.3.1 Výsledek sběru dat účastníka výzkumu A

Transkripce rozhovoru je v příloze 3

Anamnéza – pro všechny účastníky výzkumu ponechávám anamnézy v jejich původním znění, upraveny jsou pouze jména z důvodů ochrany osobních údajů.

Rodinná anamnéza (RA): rodiče rozvedeni, když bylo klientovi 6let, důvodem domácí násilí, otcova závislost.

Matka - 44let, vyučení servírka, nyní v důchodu, problém se střevy, je doma, se závislostí bez problémů, po smrti jejího otce hospitalizace na psychiatrii v Mostě, silná fixace na jejím otci, jinak somaticky asi 3xOP střev, ruptura střeva. O trvalé medikaci matky klient neví.

Otec-, 54let, vyučen malíř, v invalidním důchodu, problémy s páteří, IM, trvale užívá léky zřejmě na kardiální problémy, patologické hráčství, domácí násilí, vždy prohrál výplatu,

nikdy se neléčil, v současné době už nehraje, pravděpodobně více alkohol, klient se s otcem moc nevidá.

Strýc se léčil s gamblingem, v rodině jinak alkohol u dědy, zemřel prý v důsledku pití. Jino psychiatrickou zátěž v rodině klient neudává.

Osobní anamnéza:

Porod bez komplikací, v dětství jen běžná dětská onemocnění, udává spíš traumatické vzpomínky z domácího násilí, puberta divoká- alkohol drogy, tahy s kamarády, sebepoškozování, suicidia, jen na to myslel, PPP, dospělost- alergie na pyl, seno, astma, ORL, oční, kardio, žádné úrazy ani závažné nemoci nebyly. Hepatitida C- pozitivní, poslední testy v PL Bohnice, dříve se nikdy se žloutenkou neléčil, bude zvažovat léčbu v IKEM

Sociální anamnéza: Předškolní výchova v MŠ v Oseku u Duchcova. vzdělání: Do 1. třídy v 6 letech v Oseku, prospěch průměrný, špatné soustředění, dyslektik, navštěvoval psychoped. poradnu, byl v dyslektické třídě, na 2.st spíš st.4, vztahy se spolužáky měl dobré, v hodinách spíš vyrušoval, šikana, učitele bral jako autoritu, ale měl problém s ADHD, jednou 2.z chování. Po ZŠ učební obor kuchař číšník v Ústí n.L, propadl z matematiky a nedodělal, tedy bez vyučení. Po té práce v Praze jako číšník v restauraci od 17let tam pracoval rok, pak střídání prací a drogy, nejdéle pracoval pak už jen asi necelý rok, většinou pracoval v gastronomii.

Vztahy: heterosexuální, 1. vážný vztah, bez závislosti na drogách s ní má dítě, vzdal se její péče, nyní dluží asi 40 000Kč na alimentech, 2. vztah, bez závislosti, nyní je lékařské péči po autohavárii ve vážném vztahu, klient v obavách o její zdravotní vztah. Zájmy: sport, posilovna, ŘP, zbrojní pr. Kriminalita: nyní v podmínce za neplacení alimentů, jinak nikdy nebyl trestaný

Nynější onemocnění (NO): cigarety, alkohol 13let, THC 14let, pervitin v 17letech, i.v. jen málo kdy, celkem asi 10x, jinak šňupání, jiné drogy- LSD, jiné halucinogeny, extáze- jen výjimečně, nedělalo mu to dobře. Automaty v 15letech, hlavně po užití pervitinu. Střízlivý

hrál je ojedinele. Léčby v PL Jemnice (2015), TK Podcestný Mlýn (2015), PL Bohnice (2016), nyní naposled PI Bohnice a odtud k nám. Nejdelší období abstinence mimo léčbu asi 3 měsíce (2016 po PI Bohnice a doléčování v Eset a léčba Antabus).

Závěr: Klient se závislostí na pervitinu, alkoholu a gambling

Plán: Od léčby si slibuje zapojení do normálního života bez drog, k tomu se potřebuje naučit neutíkat od konfliktů a od problémů, potřebuje se naučit si obstarávat sám své povinnosti, doktoři, dluhy. Považuje se za laxního. Chce si vyléčit hepatitidu C, chce se naučit hospodařit s penězi, chce se do budoucna osamostatnit od matky, cítí se nedospělý, od léčby očekává, že mu vzroste sebevědomí, po léčbě potřebuje ještě doléčování, což považuje za nutné vzhledem ke zkušenostem z poslední recidivy. Učí se pracovat s chutěmi, přišel na to v PL Bohnice. Vztahy s rodinou si myslí, že jsou dobré, ale vnímá, že se matka trápí, dále dle spolupráce s matkou, otec si myslí, že se nebude účastnit léčby, myslí si, že je laxní. Zvažuje jakou práci v budoucnu, v pohostinství ho to baví, ale nemůže to dělat, spíš jiná manuální práce. Potřebuje pravidla, Antabus, dlouhodobou péči, odloučit se od toxických přátel. Moc dobrých přátel bez drog a alkoholu nemá, jen jednoho, který prý je schopen respektovat jeho abstinenci.

4.3.2 Výsledek sběru dat účastníka výzkumu B

Transkripce rozhovoru je obsažena v Příloze 4

Anamnéza

Rodinná anamnéza: rodiče nerozvedeni

otec zemřel v 73 letech, mozková příhoda, VŠ chemická, voják z povolání, jen kuřák, jinak abstinent, psychiatricky se nikdy neléčil

matka 73let, ZŠ, nyní důchodkyně, různé dělnické profese, abstinenka, nekouří,
psychiatricky se nikdy neléčila, problémy s atrózou, jinak zdráva

bratr zemřel ve 45letech, srdeční choroba, psychiatricky se neléčil, příležitostně alkohol,
jinak kouření, steroidy na kulturistiku, díky tomu selhání srdce

sestra 53let, SŠ fotografická, práce ve sladu, se závislostí se nikdy neléčila, jinak zdráva

v širší rodině bratr matky se upil, ale nikdy ho neznal, jinak neví o nikom se závislostí z rodiny

OA: porod bez komplikací, poranění hlavy jen povrchově, pubertu charakterizuje jako
rebelující, a „hodně společenskou“, v dospělosti absces v třísle, odtud problémy s páteří až
zborcená páteř, hepatitida B asi akti, neléčil se, jinak hep. neg, HIV 0, špatné zuby, jinak
zdráv. Suicidia 0, sebepoškozování 0, PPP 0.

Medikace: Lamotrigin act 100 1-0-0, Quetiapin teva 100 0-0-1, Guajakuran 3-3-3

SA: v MŠ moc si nepamatuje, ale asi se mu tam líbilo, do ZŠ v 6.letech, prospěch na 1.st
dobrý, na 2.st problémy s chováním, vždy snížená známka z chování, jinak učení průměrné v
5.tř opravy z čj. Prý byl asi drzý na učitele, většinou se svezl prý s jinými kluky a vyváděli
normální klukoviny, věčně prý v opozici. Rodiče to prý dávali za vinu spíš učitelům, než jemu.
Kamarádů měl dost, zájmy jako dítě, jen chvíli kopaná a judo, jinak nic. Po ZŠ na učňák
lakýrník, v té době punk, začátek drog, vyučil se bez problémů. Práce: Po vyučení na
pracovním úřadě, drogy, nepracoval, doma to tolerovali, asi si nechtěli připustit, že má
problém s drogami, sourozenci už nebyli doma. Peníze dostával doma, občas pracoval
nejdéle 2roky ve šroubárně, jinak jen práce na měsíce, jezdil s kapelami, kulisáka... V
poslední době truhlář, lakýrník, práce na stavbě. Po smrti otce pracuje stále někde. Vztahy: X
v Táboře, vztah na drogách on heroin, ona pervitin, po roce odjela a už se neviděli. v
21letech X, po půl roce zemřela, prý na meningokoka, přesně neví, drogy brala, ale prý to

nebyla příčina smrti, smrt snášel velmi těžko, dodnes, když abstinuje na to myslí více než na drogách. V 23letech X, snažil se ji ochránit před drogami, až začala brát pervitin. Ve 33letech X, dívka z ulice, chtěli spolu abstinovat, resp. subutex, ona pak začala fetovat. Nyní přítelkyně X, s tou plánuje žít ve vztahu nadále, tato přítelkyně nefetuje. Zájmy: malování, bubny, baskytara, příroda... Dluhy: 100000 VZP, jinak pokuty u DPP, odhaduje 150000 dohromady. Trestní činnost: podmíněčný trest za rvačku, vypršel před půl rokem, dříve ještě za grafity. Sociální: zažádáno o sociální dáky má, čeká až mu přijdou.

NO: od 14let cigarety, toulén od 15let, v16letech THC, pervitin, i,v. od 17let, 18let heroin, od 19let denně heroin, občas pervitin. Občas halucinogeny, houby, tripy.

1.léčba- měl nastoupit do TK Karlov, bylo tam však zavřeno a tak byl v Hradci Králové, kde po 2měsících odešel, pak Detoxy na týden a pak odešel. 2. PL Jemnice- 3 měsíce. Nyní do TK OPS na doporučení psychiatra. Bez detoxu, s kontrolou v DC OPS

Závěr a plán: Od léčby si slibuje chráněné prostředí, dlouhodobá plná abstinence, sebezpoznání díky terapii, bude se snažit přemluvit matku ke spolupráci. Někdy si nepřijde jako normální, měl pocit, že když nebral drogy, že nikam nepatřil, doma ho moc neposlouchali a nerespektovali jeho potřeby. Do budoucna by se chtěl resocializovat, má zájem i o případnou rekvalifikaci. Myslí si, že bude dobré řešit i vztah s X.

4.3.3 Výsledky sběru dat účastnice C

Transkripce rozhovoru je obsažena v příloze 5

Anamnéza

Rodinná anamnéza: rodiče spolu, narodila se jako druhá dcera. Sestra je o 4 roky starší. Manželství vnímá klientka jako setrvačné, ze staré doby. Málo komunikativní, bez výrazných projevů lásky a empatie. S otcem vztah komplikovaný, nikdy jsem s ním nevěděla jak komunikovat. Táta si přál spíše syny, chtěl s nimi chodit po lese, výchovu spíše nechával mámě, sám vnímal svou roli jako živitele. Když jsme byly se sestrou malé, tak nás rodiče hodně kritizovaly. S mámou vztah vnímám jako kamarádky, s tím, že mne před tátou chránila. Byla jsem rozmazlená z máminy strany. Sestra mi to vždy záviděla já jsem jí zase záviděla vztah s babičkou z tátovi strany. Sestra v mých 14 letech odletěla do Ameriky, kde začala studovat a po studiu tam zůstala. Sestra po telefonu mě podporuje, snaží se matce vysvětlit jak by měla fungovat. Vystudovala psychologii. Táta často konzumuje alkohol, nevím jestli je alkoholik nebo jen nadměrný konzument. Více to vnímám dříve. Jinak nikdo snad jen bratranec z otcovi strany je alkoholik a gambler. Z rodiny jsem odešla po střední škole k přítelovi, s rodinou jsem se stýkala sporadicky. První z rodiny o závislosti Lucky věděla sestra, která nejdříve slyšela o experimentování, pak se to dozvěděla až před 3 roky, kdy Lucka přiletěla za ní do Ameriky abstinovat. Před 2,5 roky se to dozvěděla matka, pořádně nevěděla co má dělat. Otec se to dozvěděl před 14 dny před nástupem do TK.

OA: ve školce byla krátce, protože se jí tam nechtěla a byla u prarodičů. Matka klientky říkala , že byla C rozmazlená, sama doplňuje, že byla v kolektivu stydlivá. Na ZŠ měla samé jedničky, držela se jedné kamarádky z vesnice, jinak se do kolektivu moc nezapojovala, protože byla stydlivá. Důvodem je pocit, že nemám moc co okolí nabídnout, možná i trochu stud za vzdělání rodičů. To spíše vnímá dnes. Jinak se vnímá spíše samotářsky, mezi děti se zapojovala těžko. V 8 třídě začala popíjet alkohol a koukat po klukách. Také byla přesazena k třídní frajerce, kterou obdivovala, jak byla společenská, nebála se konfliktů. A uměla to s klukama. Všechno co C nešlo. Na střední ekonom. škole přes alkohol a techno party se dostala do party lidí se stejnými zájmy. Chtěla být více středem pozornosti a tak společně se

staršími spolužáky začala brát pervitin sniff. Už na konci základní školy utíkala pozdě večer oknem na diskotéky, kde opilá byla promiskuitní. Našla si ale nové parťáky i na SŠ. Pervitin oproti alkoholu jí dával sebevědomí, nemusel mít už tolik sex s okolními muži. Od 14 let kouřila THC na SŠ skoro denně. Rodina si toho všimla jen jako změn chování přičítali to vývojovému stadiu puberty, vnímali i změny ve stravovacích návycích přes týden THC=zvýšená chuť k jídlu a přes víkend pervitin=naopak. V 16 letech i.v., nabídl jí to přítel, který byl také uživatel. Peníze sháněla na drogy krádežemi doma. Ve škole se zhoršil prospěch a začala chodit za školu. Po té měla v 18 letech o deset let staršího přítele, který užíval heroin, kterého zavřeli. Po návratu z VT již neužíval a podmínil vztah s C abstinencí. Proto celý 4. ročník abstinovala a odmaturovala. V abstinenci se vztah rozpadl a Lucka se namotivovala, aby ukázala, že je hezká, že bude abstinovat i bez něj. To jí vydrželo do 21 let. Pak s novým přítelem Jírou se přestěhovala do Prahy, začal s ním víkendově brát, on byl aktivnější uživatel. Po 3 letech se rozešli a půl roku žila doma. Po té se opět nastěhovala k němu. V 25 letech brala už denně. Živila ho C, proto se na něj hodně zlobila a byly hádky. Pak začala chodit s jeho přítelem, ale nejprve se rozešli. S tím začala hrát byl to gambler. Stále ještě pracovala, ale začala mít problémy s docházkou, protože užívala denně. Nakonec odešla raději sama. Pak odlet do Ameriky za sestrou, snaha abstinovat. 14 dní to vydržela pak návrat do Čech, odlet se uskutečnil dříve než byl plán. X gambler si našel novou přítelkyni. Po návratu se opět vrátila mezi X a X. X jí opakovaně bil. Od Nového roku 2016 získala novou práci, babička umírala, zjistila, že je těhotná s X. Nastěhovala se k Jírovi, pak potrat a smrt babičky. Po té se odstěhovala ke kamarádce do Prahy. Kde utíkala ke svým ex. Vydržela týdně čistá, ale vždy utekla za svými bývalými kamarády do jiné části. V roce 2017 nastoupila do Datartu do práce, sblížila se s šéfem, který, když zjistil, že je závislá, tak jí pomohl – chodila do ambulance Sananimu a do NA. Pokračovala ale např. po dvou měsících v hraní a v braní. Nástup do Červeného dvora. V pokračování v léčbě se rozhodla, protože vnímá, že pokroky dělá, ale po malých krůčcích.

SA: Celkově dluží asi 400 tis. u banky Equa – půjčky s úrokem. Ještě u T-mobile, kde to v současnosti platí máma.

Zájmy, koníčky: PC hry, fitness, běh, zvířata, plavání, cestování, hudba.

NO: Od 14 let kouření. Ve 14 THCa alkohol od kamaráda. Od 15-ti pervitin od kamarádů.
Během 1. ročníku sniff, THC denně, Od 16 pervitin i.v. Nejdéle byla skoro čistá ve věku 19 – 21 let. Gambling – automaty od 25-28.

Závěr a plán: Zbavit se závislosti na drogách a gambling. Najít motivaci pro normální život bez drog, najít zdravé sebevědomí, přijmout pochvalu, věřit si v práci, nehodnotit zvenčí. Najít a s mířit se s hodnotou vlastní.

4.3.4 Výsledek sběru dat účastníka D

Transkripce rozhovoru je uvedena v příloze 6

Anamnéza

RA: rodiče rozvedeni, nyní spolupracují v postoji k synovi při jeho léčbě

matka- 45let, vyučená kadeřnice, pracuje jako kadeřnice jako OSVČ, se závislostí s nikdy neléčila, alkohol příležitostně, psychiatricky i tělesně zdráva.

otec-, 44let, základní vzdělání, pracuje jako tesař OSVČ, alkohol příležitostně, se závislostí a psychiatricky se nikdy neléčil, somaticky zdrav

sestra- 20let, vyučená kadeřnice, nyní pracuje jako uklízečka, drogy nebere, psychiatricky se nikdy neléčila, somaticky zdráva

v širší rodině bez psychiatrické a závislostní zátěže

OA: porod bez komplikací, v dětství borelióza, od té doby menší oko, jen nepatrná odchylka, cysta na krku v 16letech, operace, nyní bez komplikací, fraktura ruky ve 12letech, psychiatricky se nikdy neléčil, Hepatitidy 0, HIV 0, poslední testy v PL Bohnice, jinak zdrav, suicidia 0, PPP 0, ŘPr. - zkoušel 2x, ale ani jednou neudělal, zbr. pr.0. Zubař naposledy 5let. Alergie, astma 0. Puberta- stále trvá, myslí si, že nedospěl. EPI 0, sebepoškozování 0

Medikace: 0

SA: MŠ chodil, bez problémů, do ZŠ v 6.letech, prospěch podprůměrný(3-4), se spolužáky bez problémů, bez šikany, s učiteli vycházel dobře, prospěch mu nevadil, doma kvůli prospěchu bez problémů. SOU kadeřník, prospěch podprůměrný, studium dokončil, je vyučen, vztahy vrstevníky dobré, poznamenané začínající drogovou závislostí. Práce: Picasso kadeřnický ateliér 2012-2014, skončil protože chtěl jít za lepším nebo zlenivěl, podal výpověď sám, dále nepracoval, ani brigády. Vztahy: v 1roč. SOU(Anna), půl roku- rozchod z důvodu nevěry.

Zájmy: baví ho práce, nic ho nebaví

Kriminalita: 0, Dluhy- odhad 400 tis- půjčky, MHD,Voj. zdr. poj, dál neví

NO: cigarety od 10let, THC od 12let poprvé se spolužákem, pervitin od 15let od přítelkyně, i.v. od 22let , jednou heroin zkusil kouřit, drogy bral sám, do klubu nechodil, je spíš samotář. Jiné drogy nezkoušel. Léčby: je poprvé v TK, poprvé před tím PL Bohnice. Nástup zde byl ve znamení rozhodování, nejdřív odešel, že tu nebude a pak se zase vrátil. Alkohol nepije.

Gambling 0.

SPP: lucidní, plně orientovaný, spolupracuje, PMT v normě, odpovědi adekvátní, řeč plynulá, intelekt a kong. fkc bez dezorientace, bez poruch vnímání, foria v normě, bez suic. úvah.

Závěr a dg.:Polyformní závislost –THC a pervitin s preferencí pervitinu

Plán: stojí o rodinnou terapii, myslí si, že je to důležité, potřeboval by matce říci některé věci, které dodnes nedokázal říci, táta se moc nestará, zatím o zlepšování vztahu s ním moc nestojí. Myslí si, že je příliš závislý na matce, musí ji pořád vidět, chce, aby se o něj starala, myslí si, že je to tím, že na děti byla sama. Myslí si, že potřebuje od ní odříznout. Potřebuje dospět, učit se rozhodovat sám za sebe, stát za svým názorem. Potřebuje poznat svá rizika pro další možnou abstinenci.

4.3.5 Výsledek sběru dat účastníka E

Polostrukturovaný rozhovor

Anamnéza

RA: matka 48 let, VŠCHT, Unipetrol – administrativní činnost, bez psychických a fyzických obtíží,

otec 49 let, VŠCHT, Unipetrol – manažerská činnost, bez psychických a fyzických obtíží,
sestra, 20 let, student medicíny 1. LF UK, bez psychických a fyzických obtíží

OA: porod bez komplikací, dětská žloutenka, v dětství bez úrazů, v 17 letech zlomená klíční kost, kolektiv na ZŠ bez komplikací, prospěch s vyznamenáním, SŠ gymnázium, zhoršení prospěchu od začátku kvůli drogám, ve 3. Ukončení studia, rok práce - skladník, poté návrat pro doděláná studia

vztahy: vztah s Bárrou, cca 4 roky, od 20-24 let, požívání marihuany společně, jinak bez drog, Pavel nejdříve rok nebral, poté se k tomu tajně vrátil, ve 23 letech odjeli na rok do Anglie pracovat jako Oper a housekeeper. Poté jen víkendové toxo vztahy

Zdravotní: Bez jakýchkoliv zdravotních nebo psychických obtíží

Medikace: negativní

SA: Gymnázium ukončeno maturitou, rok práce jako skladník, instruktor lyžování a snowboarding, Oper v Anglie, poté práce asistent prodeje Oneill, butyk s oblečením, uklízení ve Švýcarsku, registrován na UP

Zájmy, koníčky: skateboarding, snowboarding, lyžování, sport

NO: alkohol od 14 let, víkendové akce, závislost na alkoholu negativní marihuana od 14 let, nejdříve víkendově poté denně; nikotin od 14 let, denně cca 15 cigaret; pervitin od 16 let, od začátku nitrožilně, ke konci cca 5x denně 0,3; heroin od 24 let, poprvé ve Švýcarsku, denně;

jiné LSD, psylocibin, extáze; léčby: 1. Detv u Apolináře v 26, odchod na reverz, 2. Detv Kosmonosy, 1. léčba v OPS. Od 25 návštěvy týdně ambulanci Sananim

Kriminalita: 26 vazba (3 měsíce) a následné odnětí svobody (20 měsíců), teď 300 hodin OPP

Dluhy: nebankovní půjčky, bankovní půjčky, trestná činnost, výkon trestu, pokuty - cca 300.000,-

Závěr a plán: přestat užívat návykové látky, kde ho už nebaví tento život. Snaha o normální život, začít pracovat a normální bydlení. Zařazení se do netoxikomanské společnosti, získat pracovní návyky.

4.3.6 Výsledek sběru dat účastníka F

Polostrukturovaný rozhovor

Anamnéza

RA: rodiče jsou rozvedeni, resp. „otec odešel od rodiny“; otec, 65 let, v ID, dělník havíř, od 18 let se s ním F nestýká, alkoholik a agresor; matka Hana Nováková, v roce 2014 zemřela v 62 letech na cirhózu jater, alkoholička; sestra, 42 let, vdaná, prodavačka, vídají se cca jednou za rok (na F popud), vztah mají formální, sestra o něj nemá zájem; v poslední době měl F nejbližší vztah s X, 51 let, od něj má podporu, každopádně F jejich vztah vnímá tak, jako že X „jen využívá, když potřebuje“.

OA/SA: porod běžný; o raném dětství má spousty „nejasných a mlhavých“ vzpomínek, rodiče byli oba promiskutní, uvádí, že otec se k němu choval nadmíru „tělesně“, možná byl jako malý zneužíván („něco se dělo pod peřinou, na záchodě mě držel déle, než bylo třeba“), ani vlastně neví, co k tomu přesně říct, oba rodiče se ke F chovali dost vlažně (narodil od sestry, kterou prý protěžovali); jinak běžné dětské nemoci, bez úrazů; od mala byl „chabrus na průdušky“, byl v ozdravovně (kde měl v šesti letech první erotickou zkušenost s chlapem, o čemž mluví dosti romanticky, za zneužití to nepovažuje, brání se této definici); na ZŠ „průšvihář“, hodně vyrušoval, zlobil, krádež v obchodě, ZŠ změnil kvůli svému

problematickému chování, prospěch: 3-4; OU kuchař/číšník nedodělal, v 2. ročníku byl vyhozen pro krádeže (za peníze hrál bedny a kupoval si alkohol); práce: hodně střídal různé dělnické profese, vždy vyhozen po zkušební době (pro léčbu v komunitě důležité info, že nikdy nikde – včetně léceb – nevydržel déle jak tři měsíce, pak to už s jeho chováním nebylo slučitelné); vztahy a sex: homosexuál, byl hodně promiskuitní, prostituoval, hodně vztahů, z nichž vyčnívá vztah s X (viz výše), sex má hodně spojený s drogami, do budoucna zatím moc neví, zná jen sex a drogy, normální vztahy vlastně vůbec neumí; TČ a kriminalita: 2015 odsouzen za podvod ke 4-leté podmínce (do 2019, důležité: v rámci podmínky důležité spojit se se společnostmi, které dluží!); dluhy: 500 000 u DP a 500 000 za TČ.

Zdravotní: Hep C, HIV pozitivní, astma (má respirátor – s obsahem ethanolem, leč testy negativní), na klouby má u sebe Olfengel, má Kronovu chorobu (od 2002), kterou aktuálně neřeší, problémy nemá.

Medikace: Rezolsta 800mg/150mg 0-0-1, Emtricitabine/Tenofovir disoproxil 200mg/245mg 0-0-1, Sertivan 50mg 1-0-0-, Dithiaden 2mg 0-0-1 (při dušnosti), Zodac/Zirtec 10mg 1-0-0 (fakultativně).

NO: alkohol od 14 doposud, preferuje pivo a tvrdý alkohol, několikrát na záchytce, častá okna; marihuana – poprvé v 15 letech, od 25 denně; pervitin – poprvé v 18 (sniff), od 26 (iv) denně; dále kokain, kamagra, poppers; gambling – od 14 hrál bedny, vždy pod vlivem, měl i období, kdy nehrál.

Léčby: závislosti od roku 2014 (po smrti mámy) - 4 x v PN Bohnice, 2 x v PN Červeném Dvoře a 1 x v PN Horních Beřkovicích; v 18 letech v PN Beřkovice za pokus o sebevraždu (na přijímacím odd.).

Závěr a plán: (dle PNHB) F 192. Bavíme se o možné sexuologické léčbě (viz výše); chce porozumět „svojí povaze“, případně ji změnit, chce být víc tolerantní, naopak méně výbušný, hysterický, arogantní, povrchní, namyšlený, nepostradatelný, podlézavý a úlisný

4.4 Analýza dat

4.4.1 Nultá fáze IPA – reflexe postojů výzkumníka k výzkumnému fenoménu

Pro práci ve fenomenologické perspektivě je důležitá transparentnost v provádění výzkumném procesu. Znamenalo to pro mě pracovat s vědomím, jaký vztah mám k tématu výzkumu, uvědomit si moje motivace pro výzkum pacientovy zkušenosti se změnou v prostředí terapeutické komunity a také, jaké mám výchozí koncepce vztahované k tomuto tématu. Reflexe mé vlastní zkušenosti s tímto tématem byl pro mě prostředek pro uvědomění mé interpretativní role při práci nad rozhovory, díky kterému jsem byl schopen účinně pracovat s daty a nesnižoval jsem jejich validitu. Pro dosažení transparentnosti jsem zvolil metodu dialogu sám se sebou, při které jedna postava představovala mě jako výzkumníka a druhá postava člověka, který je nositelem zkušenosti se změnou v průběhu terapie v prostředí terapeutické komunity. Dialog jsem si nahrál na záznamník a následně jsem z dialogu vybral a poznamenal oblasti, které by mohli negativně ovlivnit transparentnost. Při vedení výše zmíněného dialogu jsem například přemýšlel při otázce spojené se změnou vztahu ke svým blízkým o tom, jak člověk, který si v průběhu terapie zpětně uvědomil, jak se choval za své drogové kariery vůči svým blízkým, a který v důsledku toho zpracovává svojí vinu, klade na sebe nové nároky tím, že se snaží o to, aby své blízké neklamal a zatěžuje tím nově vznikající vztah nebo se ve vině potvrzuje neustálým sebeznehodnocováním. Toto dotazování mě přivedlo ke mně samému a k uvědomění, že pro mě samotného je význam jednotlivých témat změny a vztahovosti různý a jeho významnost je dána hlavně osobními prožitky nikoliv tedy zprostředkována studiem filosofických nebo psychologických textů. Ty v mém případě sloužily spíše k hlubšímu uvědomění kontextu budoucího rozvoje vztahů, který je v rámci fenomenologické metody možný „vytknout“ před závorku.

4.4.2 První fáze – čtení textu rozhovorů a ostatních zdrojů dat

V tomto kroku jsem se zaměřil na to, abych byl znovu vtažen do proběhnuvšího rozhovoru a abych zažil pocity respondenta při odpovědích na otázky polostrukturovaného rozhovoru.

Četl jsem text nahlas a představoval jsem si, že jsem to já, kdo odpovídá a při tom jsem odhadoval, jaké pocity prožíval respondent během rozhovoru. Jinými slovy, chtěl jsem poznat respondentovy pocity a dívat se na daný fenomén jeho zraky. Znova jsem si poslechl rozhovor ze záznamu a přečetl text nahlas. Při opakované četbě jsem byl konfrontován se zkušeností někoho jiného a působilo to na mě jako impuls o opakovanou reflexi mé vlastní zkušenosti se zkoumaným tématem. Rozporuplné pocity jsem měl na začátku ve fázi tohoto čtení u pacientky C, protože jsem znal závislost její otevřenosti na pozitivních zpětných vazbách vůči její osobě a obával jsem se, abych se této její závislosti nepodával při tónu kladení otázek, intonací hlasu a neverbálním chováním. Pacientka se dostala záhy po zahájení rozhovoru do přirozeného toku vyprávění, a tak jsem mohl být v průběhu rozhovoru ve svých postojích neutrální.

4.4.3 Druhá fáze – prvotní poznámky a postřehy

Ve druhé fázi jsem se zaměřil při čtení transkripce na tvorbu obsáhlých a detailních poznámek se striktně popisnou povahou tak, aby byl zaručen fenomenologický přístup, pomocí kterého se držíme respondentova vidění světa. V této fázi jsem se zaměřil i na zdánlivé detaily v textu zachytit vše, co je v textu významné a zajímavé. Začal jsem tím, že jsem podtrhl významné části textu a poté jsem hledal k podtrženému bloku textu nějaký popis. Pak jsem si začal dělat ruční poznámky a komentáře po stranách textu. Každou poznámku jsem označil odkazem na text transkripce. Kromě deskriptivních poznámek jsem se také zaměřil na zvláštnosti respondentova mluvnice jako je například používání minulého času, podmiňovacího způsobu a trpného rodu. Pokud mě již v této fázi napadala nějaká zajímavá interpretace, tak jsem ji přeformuloval jako otázku, kterou jsem použil při formulování vnořujících se témat v další interpretační fázi. Provedl jsem rovněž dekonstrukci textu, abych si ověřil, zda narativní tok vyprávění neurčuje identifikaci významných témat. Provedl jsem to tak, že jsem přehodil pořadí čtených otázek a pak porovnával rozdíly v identifikovaných tématech. Významné rozdíly jsem takto identifikoval u respondenta F, u kterého se objevila v průběhu rozhovoru úzkost z tématu proměny vztahů k blízkým lidem. Detailnější rozbor je u analýzy jeho rozhovoru.

4.4.4 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka A

Cílem této fáze bylo převést poznámky do dílčích témat vyjadřující jádro respondentovy zkušenosti. Při tomto postupu jsem zhušťoval moje poznámky a komentáře do rodících se témat a záměrně jsem pracoval více s poznámkami a komentáři než s transkripcí rozhovoru. V této fázi jsem původní celek rozložil analýzou na části, které jsem v následující fázi spojil v nový celek tak, aby byl naplněn proces hermeneutického kruhu. Proces kondenzace měl za cíl proměnit poznámky do výstižných témat, které reprezentují respondentovy zkušenosti se jeho změnou v průběhu terapie v terapeutické komunitě. Názvy témat jsem volil tak, aby byly na vyšší abstraktní úrovni než text rozhovoru a aby byly zakotveny v textu, kvůli jednoznačnému propojení s textem rozhovoru. Výsledek analýzy v tomto kroku jsou uvedeny v individuálních tabulkách. Název tabulky obsahuje identifikaci respondenta (A-F) a název kategorie dílčího tématu obsaženého v rozhovoru. Témata jsou obsažena v prvním sloupci tabulky, ve druhém sloupci je odkaz na souřadnici v rozhovoru, kde lze téma nalézt. Třetí sloupec pak obsahuje konkrétní citaci. Jednotlivé řádky obsahují jednotlivá témata. Při pojmenování témat jsem se záměrně nepokoušel o stylistické přizpůsobení projevu respondenta, ale naopak tam, kde to bylo účelné jsem použil pojmy z psychologie. Díky uspořádání tabulek při tom nedocházelo ke ztrátě vazby mezi tématem a konkrétní částí textu. V některých případech jsem použil jako název tématu přímou citaci z textu rozhovoru. Při volbě jsem byl neustále zaměřen na respektování hermeneutického kruhu, kdy jsem část celku interpretoval ve vztahu k celku a celek jsem interpretoval ve vztahu k části.

Tabulka A 1 Prvotní motivace k léčbě

Vynořující se téma	Reference	Citace
Oběť ve vztahu k závislosti	3	Spadl jsem do drog
Neschopnost výkonu	4	Nezvládal jsem práci
Bezmocnost	7	Sem si nedovedl pomoci sám
Jaký život žít	6-7	Nechtěl jsem žít takový život s drogama, protože jsem poznal i čistý život

Tabulka A 2 Hlavní změna

Vynořující se téma	Reference	Citace
Sebedůvěra	11	Jsem si začal víc věřit
Otevřenost	14	Začal jsem otevírat témata, který mě trápily
Změna sebe sama	17	Že jsem vlastně chtěl se změnit
Odpovědnost	21-22	Už mi není všechno jedno, že jo. Jsem odpovědněj..
Relaps	27	Můj největší spouštěč je alkohol, ke všemu ostatnímu mi otvírá dveře
Jednání	38-40	Pomohli mi hrozně k tomu ty zpětný vazby, že jo, co jsem dostával ... a začal jsem tak hodně věcí měnit

Tabulka A 3 Vztah k sobě

Vynořující se téma	Reference	Citace
Vědomí kdo jsem	35	Já jsem si začal uvědomovat, že jsem dobrý člověk
Spolehlivost	47-48	Na mě vůbec nebyl spoleh třeba a to jsem bral jako hrozně špatnou vlastnost a teď je to také jiný
Smysl sebe sama	63	Tím, že druhým můžu udělat radost...nebo mamce mojí

Tabulka A 4 Vztah k druhým

Vynořující se téma	Reference	Citace
Propojenost s rodinou	69-71	Máma vidí tu snahu s tím něco dělatje vidět, že s toho mám radost a tak jí to také dělá radost
Propojenost s komunitou	77-78	Vidí na mě změny a tím se proměňuje taky jejich vztah
Jinost druhých	80-81	Každej je jinej a každej potřebuje něco jiného
Smysl druhého	97-98	Terapeuti to mají jako práci, ale vybrali si tu práci, aby mohli lidem pomáhatže to neberou jen jako práci, hele, já si to tady odbudu a potom jako. A kdybych to u někoho viděl opačně, tak ten vztah k němu bych neměl.

Tabulka A 5 Hlavní událost pro změnu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Porušení řádu	139-143	Aniž bych chtěl jsem porušoval nějaký řád v nějakém afektu, už bych to tady neudělal
Zvědomění	155	Chyby dělat budu
Sebepřijetí	164	.. nedokázal jsem si připustit, že ten strach je normální
Zdroj motivace pro změnu	186-189	Ta rodina je pro mě na prvním místěale nedělám to kvůli nim Ale kvůli sobě, chci žít normální život...
Přijímání terapeutem	209-210	... o nějakém pochopení, že mě může mít zase někdo rád. Já to u terapeuta cítím a já ho mám taky rád. Protože mi pomáhá a sednul mi i jako garant. A myslím si, že je to i z druhé strany

Tabulka A 6 Maladaptivní vzorce konání a myšlení

Vynořující se téma	Reference	Citace
Neukazovat strach	113	Jak jsem byl na ulici tak jsem si vytvořil neukazovat strach

Tabulka A 7 Vývoj náhledu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Převzetí odpovědnosti	195-196	Co my jako pomohlo bylo šéf baráku, kdy jsem měl všechno na starost, dostával jsem nějaké úkoly a museli se plnit.. musel jsem říkat věci na rovinu
Svoboda rozhodování o ukončení léčby	232-234	My si bezpečnost sami tvoříme a že jsme tu svobodně o svém vlastním rozhodnutí. Máme možnost kdykoliv odejít, nejsme ve vězení, je to naše nikdo nám to nevnutil

4.4.5 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi dílčími tématy účastníka A

V předchozí fázi jsem zformuloval z poznámek a komentářů Vynořující se témata, v této fázi jsem byl zaměřen na syntézu témat tím, že jsem zkoumal možnosti jejich vzájemného propojení a jak se navzájem k sobě vztahují. Základní snahou bylo najít společné charakteristiky pro jednotlivé kategorie dílčích témat a takto sloučené oblasti vidět v novém smyslu podobně, jako je to pojmenováno v metodice jako: „... magnet přitahující podobná témata ...“ (Jonathan A. Smith, 2011). Pro identifikaci souvislostí jsem řadil *Vynořující se témata* podle různých interpretačních klíčů, jako například sdružování témat podle pozitivních a negativních emocí nebo podle časového výskytu před a při léčbě v terapeutické komunitě, ale i časové řazení podle jednotlivých fází léčby. Další použité způsoby pro identifikaci souvislostí bylo posuzování míry abstrakce témat, zkoumání polarizace témat, zjišťování, jaký charakter konotace přisuzuje respondent události, ze které vyvstalo téma. V tomto procesu jsem postupně vytvářel hierarchický strom témat a výsledkem byla tabulka

nadřazených témat s podtématy, která se sdružují podle zvoleného interpretačního klíče. Pro takto zvolený postup je přínosem to, že se vytvoří seznam nadřazených témat, která nás vedou k jejich explicitnímu vyjádření a pomohou zvýšit transparentnost analýzy (Jonathan A. Smith, 2011). Pro vytvoření možnosti porovnat interpretaci příjemce výzkumné zprávy s mojí interpretací, jsem použil doporučení uživatele IPA (Pringle, Drummond, McLafferty, & Hendry, 2011) a uvedl jsem přímé citace respondentu, čímž jsou témata propojena s odpověďmi respondenta. Pro zařazení tématu do konečného seznamu jsem si stanovil určitá kritéria. Za hlavní kritérium jsem si na základě doporučení (J. Smith, 2007) vedle četnosti výskytu vybral i informační obsažnost a vlastnost umožnit porozumění zkušenosti respondenta. Následující tabulky obsahují výsledek hledání souvislostí napříč dílčími tématy.

Tabulka A 8 Téma Stávání se sebou

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Stávání se sebou	Oběť ve vztahu k závislosti	3	Spadl jsem do drog
	Pocit kým bych chtěl být	6-7	Nechtěl jsem žít takový život s drogama, protože jsem poznal i čistý život
	Změna sebe sama	17	Že jsem vlastně chtěl se změnit
	Neukazovat strach	113	Jak jsem byl na ulici tak jsem si vytvořil neukazovat strach
	Sebepřijetí	164	.. nedokázal jsem si připustit, že ten strach je normální
	Zdroj motivace pro změnu	186-189	Ta rodina je pro mě na prvním místěale nedělám to kvůli nim Ale kvůli sobě, chci žít normální život...
	Převzetí odpovědnosti	195-196	Co my jako pomohlo bylo šéf baráku, kdy jsem měl všechno na starost, dostával jsem nějaké úkoly a museli se plnit.. musel jsem říkat věci na rovinu

Tabulka A 9 Téma Propojenost

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Propojenost	Vědomí kdo jsem	35	Já jsem si začal uvědomovat, že jsem dobrý člověk
	Propojenost s rodinou	69-71	Máma vidí tu snahu s tím něco dělat ...je vidět, že s toho mám radost a tak jí to také dělá radost
	Propojenost s komunitou	77-78	Vidí na mě změny a tím se proměňuje taky jejich vztah

Tabulka A 10 Téma Přesah

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Přesah	Jinost druhých	80-81	Každej je jinej a každej potřebuje něco jiného

Tabulka A 11- Téma Hodnoty

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Hodnoty	Odpovědnost	21-22	Už mi není všechno jedno, že jo. Jsem odpovědněj..
	Spolehlivost	47-48	Na mě vůbec nebyl spoleh třeba a to jsem bral jako hrozně špatnou vlastnost a teď je to také jiný
	Otevřenost	14	Začal jsem otevírat témata, který mě trápily
	Porušení řádu	139-143	Aniž bych chtěl jsem porušoval nějaký řád v nějakém afektu, už bych to tady neudělal
	Svoboda rozhodování o ukončení léčby	232-234	My si bezpečnost sami tvoříme a že jsme tu svobodně o svém vlastním rozhodnutí. Máme možnost kdykoliv odejít, nejsme ve vězení, je to naše nikdo nám to nevnutil

Tabulka A 12- Téma Smysl

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Smysl	Zdroj motivace pro změnu	186-189	Ta rodina je pro mě na prvním místě ...ale nedělám to kvůli nim ... Ale kvůli sobě, chci žít normální život...

4.4.6 Pátá fáze - syntéza dat účastníka A

Fenomenologické pojetí zdůrazňuje, že zkušenost každého účastníka výzkumu, ale i výzkumníka, je jedinečná. Proto není přínosné provádět detailní syntézu jednotlivých případů účastníků výzkumu. Pozornost jsem proto zaměřil na porozumění tomu, jak rozumí účastník své zkušenosti (Koutná & Čermák, 2013) a (J. Smith & Osborn, 2007).

Témata, která jsem v průběhu analýzy identifikoval na základě toho, jak podle mé interpretace vysvětlují základ zkušenosti účastníka výzkumu se změnou při léčbě závislosti v terapeutické komunitě. Téma stávání se sebou prostupuje dalšími tématy a je jejich společným jmenovatelem nebo pojítkem. Toto téma se u účastníka výzkumu A vynořuje ve všech možných konotacích a paradoxech, protože přináší například pozitivní emoce nad objevováním svých možností, ale zároveň přináší zátěž v tom, že mohou zaostřovat vědomí jedince na minulost, která byla opakem pozitivně prožívané současnosti a může vyvolat pocit viny nebo i strach ze ztráty toho, co v sobě jedinec nově objevil strach ze ztráty umenšuje žitím hodnot, které ho zakotvují do minulosti, kdy nebyl závislý a kdy tato hodnoty prožíval a identifikoval se s nimi. Jde mu o renesanci těchto hodnot, které z jeho života vymizeli. Důvod ztráty této identity dobrého života se jen občas mihne zkušeností účastníka a je spíše chápáno jako mlhavě determinovaný pád (*Oběť ve vztahu k závislosti, 3, Spadl*

jsem do drog) a zkušenost. Součástí zkušenosti tohoto pádu jsou i dopady závislosti vnímané jako ztráta výkonnosti (*Neschopnost výkonu, 4, Nezvládal jsem práci*). Akcelerující pro změnu jsou zkušenosti s obnovující se vztahové vazby s rodinou (*Propojenost s rodinou, 69-71, Máma vidí tu snahu s tím něco dělatje vidět, že s toho mám radost a tak jí to také dělá radost*) a s rozvojem vztahové vazby s členy komunity (*Propojenost s komunitou, 77-78, Vidí na mě změny a tím se proměňuje taky jejich vztah*). Tato zkušenost s obnovenou a nově vytvořenou vztahovou vazbou vytváří pocit bezpečí, který je důležitý pro zkušenost s pocitem sounáležitosti s ostatními a dává mu zakoušet zkušenost s obsahováním strachu, že udělá chybu (*Zvědomění, 155, Chyby dělat budu*). Takto prožívaný progres vnímá účastník výzkumu jako důležitý základ pro komunikaci s ostatními obsahující sdělování, sdílení a naslouchání (*Otevřenost, 14, Začal jsem otevírat témata, který mě trápily*), Ve zkušenosti účastníka výzkumu lze i vysledovat sociální zapojování, které se projevuje ve zvládnání nových rolí v komunitě (*Jednání, 38-40, Pomohli mi hrozně k tomu ty zpětný vazby, že jo, co jsem dostával ... a začal jsem tak hodně věcí měnit*). Prostřednictvím členství v komunitě dospívá ke většímu uvědomění sebe sama (*Zdroj motivace pro změnu, 186-189, Ta rodina je pro mě na prvním místěale nedělám to kvůli nim Ale kvůli sobě, chci žít normální život...*) a vede ke zkušenosti přijetí odpovědnosti za změnu (*Odpovědnost, 21-22, Už mi není všechno jedno, že jo. Jsem odpovědněj..*) a ke sebepřesahující zkušenosti s přijímáním odlišnosti jiných a různosti jejich potřeb (*Jinost druhých, 80-81, Každý je jinej a každý potřebuje něco jiného*).

4.4.7 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka B

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka B 1 Prvotní motivace k léčbě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Nemožnost zastavit závislost	2	Nedokázal vyskočit z koloběhu drog
Neřešení problémů	3	Vyskočit z neřešitelných problémů
Nemožnost zaměřit se na sebe	4	Nemohl přestat brát a jenom se zaměřit na sebe

Tabulka B 2 Hlavní změna

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Orientace v sobě	11 - 13	těch nižších fázích jsem byl fakt rozsekanej a hrozně moc věcí mi docházelo, co se ve mně děje a proč.
Sebehodnocení	32 - 33	nějaký sebevědomí jsem neměl žádný, takovej nešťastnej člověk. Teď se začínám mít rád už, to sebevědomí mi roste,
Sdílení a naslouchání	39 - 40	za těch šest měsíců naučil slušně říkat věci a zároveň si stát za svým názorem, když se mi něco nelíbí tak taky bouchnu, ale pak nad tím přemýšlím, jestli tam třeba nějakou náhodou něco není, co by mě mělo

Přijímání různosti	70 - 74	přijímání různosti ostatních. Na počátku jsem přijímal 70 minimum reflexí z komunity. Když mi na něco šáhli tak jako. No nebral jsem to. Čím dýl 71 jsem tady s nimi byl tím víc jsem bral jejich názory. Brát v potaz tu možnost, já jsem tu 72 rovnost vůbec nepřipouštěl a tím jsem se hrozně konzervoval, ale i když to není 73 pravda, je to něco jejich. Už jenom to, že člověk začne přemýšlet nad tou možností, že 74 by to tak mohlo v nějakých případech bejt tak mě to vždycky hrozně posunulo
--------------------	---------	---

Tabulka B 3 Vztah k sobě

Vynořující se téma	Reference	Citace
Emoce vztahované k sobě	30	Já jsem se neměl rád
Sebeocení	33 - 36	dokážu mluvit otevřeně, dokážu komunikovat, to jsem nedokázal, kór když jsem byl sjetej, tak to nešlo, to jsem něco zamumlal a šel jsem si po svých a už proto jsem se zase neměl rád
Naplňování svých možností	59 - 60	Rád bych šel do školy, udělal si nastavbu. Chci třeba dělat práci v sociálních službách a že by mě to prostě mohlo bavit a vidím tam právě víc možností
Sebeintimita	62 - 63	je mi hlavně dobře bez toho, je mi samotnému dobře samotnému se sebou dobře.

Tabulka B 4 Vztah k druhým

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Odpojenost od druhých	15 - 16	A já jsem ještě měl tu masku z ulice, nějakou tu zeď a ta byla dost neprostupná
Práce na vztazích k druhým	41 - 42	Chodím za koníčkama, seznamuji se s novými lidma, to jsem dřív nedokázal.
Svoboda ve vztahu k druhým	49 - 51	Bavil jsem se s lidma, s kterými jsem nechtěl, kejval jsem na věci, který mě nezajímaly no a kvůli trošce prášku. Protože jsem porušoval tu svojí hrdost jsem pošlapal. No a teď nemusím, kvůli prášku se nemusím
Přerod náhled na terapeuty	78 - 91	Já jsem měl na počátku terapeuty jako takový bohy přišla změna a hrozně tam byl propad, jako vy mě serete, ste lidi, dyť vlastně jste jen lidi. se to stabilizovalo a já je vnímám jako teda lidi, ale ty lidi, kteří mě chtějí pomoci a od kterých si můžu vzít hromadu věcí, kterejm důvěřuju, že mi nechtěj ublížit a i když mě něco štve,
Vztah k partnerce	93	ten vztah se mi prohloubil, je to pevnější, cítím to jako celek pevnější v sobě
Vztah k rodině	101 - 102	nechci být do toho zatahovanej, musím se nějak vymezit vůči tý rodině a to se mi povedlo díky tomu, že jsem odešel sem.
Řízení hranice	173 - 175	Tak jsem to měl nastaveno dřív, že jsem si pustil všechny lidi k sobě do té nejbližší blízkosti a pak jsem na to vlastně doplácel že jo, protože ty lidi tam prostě nepatřili třeba patřili dál o kus. No a to jsem se tady rozhodně naučil nebo učím

Tabulka B 5 Hlavní událost pro změnu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Jak mě vnímá okolí – stávat se sebou	141 - 144	Všechny ty 141 pohledy, že jako věděj, že nejsem zlej, že věděj, že bych jim neublížil, ale vypadám 142 hrozně, jako prosazování mího názoru, jako je tak radikální, moje chování, můj pohled 143 na svět, mimika a vyjadřování. (povzdech). Tak to bylo hodně hluboký. Tak jsem je 144 prostě poprosil, ať mi to říkaj, když to budu dělat.
Pohled na sebe očima druhého	149 – 151	tak jsem to poslouchal a říkám si ty voe to jsem pěkně arogantní zmetek, jestli mám na to tenhle názor. Ale neřek jsem ho ani nahlas, protože jsem si říkal, jak můžu být takhle arogantní? Říkal jsem si, jak je to vlastně hrozně smutný, já jsem v takovýhle pozici a vůbec mi to neseď
Důvěra vyvolávající důvěru	197 - 199	najednou jsem cejtil, že mi rozumí a OK, nesouhlasíme s něčím, já to vidím takhle, ty to vidíš takhle, ale věřím ti. Ta důvěra tam najednou byla, že jsem jako cejtil sem, že mě věří, že to říká od srdce, protože sem si myslel, že mi nevěřil, že jako nejsem upřímnej a že to nemyslím vážně

Tabulka B 6 Maladaptivní vzorce konání a myšlení

Vynořující se téma	Reference	Citace
Reakce na nesoulad	110 - 11	Měl jsem na něco jiný názor a tak jsem začal kopat kolem sebe, tím sem na sebe upoutal pozornost a negativa.
Útěk	121 - 123	Říkal jsem si tak jdu, to tu zbalím, nepotřebuji poslouchat takový věci a pak jako říkám, tady si zbalíš tašky a pojeděš ven, a co uděláš venku, až

		se ti tohle stane? Před sebou kam utečeš, když nebudeš mít kam utýct? Když tě tam jako nikdo nikde nedrží? Tak jedině do drog. A to je ten vzorec, který se mě furt opakoval
--	--	--

Tabulka B 7 Vývoj náhledu

<i>Téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnota času	181 - 184	Nikdy jsem si nepředstavoval, že to bude mít takovou moc, těch devět měsíců. Před rokem bych tomu nedával takovou váhu, co se může za devět měsíců proměnit, bejt čistej od tamtoho světa a zabývat se takovejma věcmi. Taková ta hodnota a moc času.
Intersubjektivita a empatie	187 – 190	Cejtil jsem 187 tam furt nějaký podezírání, ňáký šťourání do něčeho, co tam není. Ale pak jsem časem (úsměv) zjistil, že se jenom ptá, protože mě nezná, tak se ptá, aby mě poznal. A když mu odpovím, jo je to tak nebo není to tak, tak s tím teprve může pracovat

4.4.8 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka B

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka B 8 - Téma stávání se sám sebou

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Stávání se sám sebou	Nemožnost zastavit závislost	2	Nedokázal vyskočit z koloběhu drog
	Neřešení problémů	3	Vyskočit z neřešitelných problémů
	Řízení hranice	173 - 175	Tak jsem to měl nastaveno dřív, že jsem si pustil všechny lidi k sobě do té nejbližší blízkosti a pak jsem na to vlastně doplácel že jo, protože ty lidi tam prostě nepatřili třeba patřili dál o kus. No a to jsem se tady rozhodně naučil nebo učim
	Reakce na nesoulad	110 - 11	Měl jsem na něco jiný názor a tak jsem začal kopat kolem sebe, tím sem na sebe upoutal pozornost a negativa.
	Útěk	121 - 123	Říkal jsem si tak jdu, to tu zbalím, nepotřebuji poslouchat takový věci a pak jako říkám, tady si zbalíš tašky a pojeděš ven, a co uděláš venku, až se ti tohle stane? Před sebou kam utečeš, když nebudeš mít kam utýct? Když tě tam jako nikdo nikde nedrží? Tak jedinež do drog. A to je ten vzorec, který se mě furt opakoval

Tabulka B 9 - Téma propojenost

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Propojenost	Nemořnost zaměřit se na sebe	4	Nemohl přestat brát a jenom se zaměřit na sebe
	Orientace v sobě	11 - 13	těch nižších fázích jsem byl fakt rozsekanej a hrozně moc věcí mi docházelo, co se ve mně děje a proč.
	Sebehodnocení	32 - 33	nějaký sebevědomí jsem neměl žádný, takovej nešťastnej člověk. Teď se začínám mít rád už, to sebevědomí mi roste,
	Sdílení a naslouchání	39 - 40	za těch šest měsíců naučil slušně říkat věci a zároveň si stát za svým názorem, když se mi něco nelíbí tak taky bouchnu, ale pak nad tím přemýšlím, jestli tam třeba nějakou náhodou něco není, co by mě mělo
	Intersubjektivita	187 – 190	Cejtíl jsem 187 tam furt nějaký podezírání, ňáký štourání do něčeho, co tam není. Ale pak jsem časem (úsměv) zjistil, že se jenom ptá, protože mě nezná, tak se ptá, aby mě poznal. A když 189 mu odpovím, jo je to tak nebo není to tak, tak s tím teprve může pracovat

	Přijímání různosti	70 - 74	přijímání různosti ostatních. Na počátku jsem přijímal 70 minimum reflexí z komunity. Když mi na něco šáhli tak jako. No nebral jsem to. Čím dýl 71 jsem tady s nimi byl tím víc jsem bral jejich názory. Brát v potaz tu možnost, já jsem tu 72 rovnost vůbec nepřipouštěl a tím jsem se hrozně konzervoval, ale i když to není 73 pravda, je to něco jejich. Už jenom to, že člověk začne přemýšlet nad tou možností, že 74 by to tak mohlo v nějakých případech bejt tak mě to vždycky hrozně posunulo
	Emoce vztahované k sobě	30	Já jsem se neměl rád
	Sebeocení	33 - 36	dokážu mluvit otevřeně, dokážu komunikovat, to jsem nedokázal, kór když jsem byl sjetej, tak to nešlo, to jsem něco zamumlal a šel jsem si po svých a už proto jsem se zase neměl rád
	Sebeintimita	62 - 63	je mi hlavně dobře bez toho, je mi samotnému dobře samotnému se sebou dobře.
	Odpojenost od druhých	15 - 16	A já jsem ještě měl tu masku z ulice, nějakou tu zeď a ta byla dost neprostupná

	Práce na vztazích k druhým	41 - 42	Chodím za koníčkama, seznamuji se s novými lidma, to jsem dřív nedokázal.
	Přerod náhled na terapeuty	78 - 91	Já jsem měl na počátku terapeuty jako takový bohy přišla změna a hrozně tam byl propad, jako vy mě serete, ste lidi, dyť vlastně jste jen lidi. se to stabilizovalo a já je vnímám jako teda lidi, ale ty lidi, kteří mě chtějí pomoci a od kterých si můžu vzít hromadu věcí, kterým důvěřuju, že mi nechtěj ublížit a i když mě něco štve,
	Vztah k partnerce	93	ten vztah se mi prohloubil, je to pevnější, cítím to jako celek pevnější v sobě
	Vztah k rodině	101 - 102	nechci být do toho zatahovanej, musím se nějak vymezit vůči té rodině a to se mi povedlo díky tomu, že jsem odešel sem.

Tabulka B 10 - Téma přesah

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Přesah	Hodnota času	181 - 184	Nikdy jsem si nepředstavoval, že to bude mít takovou moc, těch devět měsíců. Před rokem bych tomu nedával takovou váhu, co se může za devět měsíců proměnit, bejt čistej od tamtoho světa a zabývat se takovejma věcma. Taková ta hodnota a moc času.

Tabulka B 11 - Téma hodnoty

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnoty	Svoboda ve vztahu k druhým	49 - 51	Bavil jsem se s lidma, s kterými jsem nechtěl, kejval jsem na věci, který mě nezajímaly no a kvůli trošce prášku. Protože jsem porušoval tu svojí hrdost jsem pošlapal. No a teď nemusím, kvůli prášku se nemusím

	Pohled na sebe očima druhého	149 – 151	tak jsem to poslouchal a říkám si ty voe to jsem pěkně arogantní zmetek, jestli mám na to tenhle názor. Ale neřek jsem ho ani nahlas, protože jsem si říkal, jak můžu být takhle arogantní? Říkal jsem si, jak je to vlastně hrozně smutný, já jsem v takovýhle pozici a vůbec mi to nesesed
	Důvěra vyvolávající důvěru	197 - 199	najednou jsem cejtil, že mi rozumí a OK, nesouhlasíme s něčím, já to vidím takhle, ty to vidíš takhle, ale věřím ti. Ta důvěra tam najednou byla, že jsem jako cejtil sem, že mě věří, že to říká od srdce, protože sem si myslel, že mi nevěřil, že jako nejsem upřímnej a že to nemyslím vážně

Tabulka B 12 - Téma smysl

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Smysl	Naplňování svých možností	59 - 60	Rád bych šel do školy, udělal si nástavbu. Chci třeba dělat práci v sociálních službách a že by mě to prostě mohlo bavit a vidím tam právě víc možností

4.4.9 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníce C

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka C 1 - Prvotní motivace k léčbě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Osobní ztráty	5 - 7	vlastně jsem otěhotněla a musela jsem na potrat, protože jsem brala drogy a vlastně umřela mi babička a vod tý doby jsem si řekla, že chci z toho už ven. Že vlastně děti jsem si vždy přála a najednou sem v tu chvíli o to nestála.
Zvládání nemoci	8 - 11	No a od tý doby jsem se snažila přestat venku sama a pak tehdy jsem už hodně hrála gambling takže, když jsem pak po dvou letech prohrála úplně všechno, co jsem měla, tak jsem v tu dobu chodila na adiktologii a šla jsem za tou mojí terapeutkou, že bych chtěla někam nastoupit do léčby, abych to zvládla

Tabulka C 2- Hlavní změna

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Přestat se závislostí	15	mi dlouho trvalo, než jsem si uvědomila, že chci přestat brát drogy
Opustit starý kamarády	17	nejvíc sem potřebovala přijít na to, že potřebuju opustit ty svoje starý kamarády
Skutečná dospělost	23 - 24	cejtím, že jsem dospěla a že jsem odpovědnější. Hodně mi v tom pomohly ty šéfovský funkce a to mi pomohlo obrovsky
Vyspělá komunikace s rodiči	25	jsem jim dokázala říci, co bych od nich potřebovala, jakou podporu ne jako materiální, ale psychickou

Tabulka C 3 - Vztah k sobě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Orientace	31	Tady jsem si našla svoje spouštěče a vím, co mi venku může dovést zpátky.
Zvládání stresu	41 - 42	Vím, co potřebuje. Že potřebuju nějakou aktivní 41 činnost. Prostě se vysportovat, to mě strašně moc od stresu pomůže.

Tabulka C 4 - Vztah k druhým

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Vymezení se při křivdě	44 - 45	za další, tady jsem se naučila se nějak vymezit. Vymezit se lidem a nějak se bavit o těch svých křivdách. Takže pro mě je důležité, abych to přinesla ven.
Blízkost k druhému	56 - 59	Moje důvěra s holkama tak to je tak, že s těma holkama je to vždycky těžší, ale teď mám i hodně blízko k Y (členka TK) našli jsme si, jsme spolu na pokoji vlastně a ještě před měsícem bych ji neřekla, co jsme si řekli, o čem se bavíme teď.
Zájem o druhé	64 - 67	Já jsem si 64 tady dlouho říkala, že jsem tady za sebe a že se chci zajímat jenom o sebe, ale spíš to 65 bylo o nějakým (odmlčení) o lenosti nebo o tom pochopení, že jsme tady společně a že 66 je důležitý, abych se zajímala i já.
Sounáležitost	67 - 71	Možná i, když jsem dostávala reflexe a věděla jsem, že je musím dávat taky v tu chvíli se to asi hodně zlomilo ke konci těch jedniček a vlastně i, že jsem chtěla přestoupit a možná, že to bylo tím, že jsem začala víc reflektovat a snažila jsem se nad tím víc přemýšlet a tím mě začali lidé tady víc zajímat i to dění. Ty reflexe ostatních mě začaly jako vlastně pomáhat a tak jsem si uvědomila, že moje reflexe mohou jako pomáhat i vlastně ostatním

Přijímání kritiky	84 - 86	si řekno, tohle si vezmu, o tom si popřemejšším , tohle mám v sobě vyřešený, tohle to můžu vypistit, co mi řekl ten člověk. Dovedu si to lépe protřídit. Uvědomuji si, že to nemusí bejt odsuzování, ale zájem o mě a neberu to osobně, že se mi děje křivda
Terapeutická aliance	96 - 98	Na začátku bylo pro mě zaměstnanci, opraváři takový jako to, ale jako někdo kdo má snahu mi porozumět.
Pochopení rodičů	109 - 113	mě táta víc chápe, i když je to pro něj těžký. Táta sice nepije denně, ale je schopen se kvůli mně omezit a já si uvědomuji, že jsem pro něj důležitá. A i když byl opilej, tak se se mnou chtěl bavit a říkal mi, že mě má rád. On to neumí říci, když je střízlivej. Táta by mě měl chápat nejlíp, protože já mám stejnej problém ať už na cigaretách nebo hmmm a jako vlastně s mámou. S mámou to je úplně skvělí
Podpora rodičů	116	má máma větší zájem a hlavně chápe víc, proč je důležité, abych s ní ty věci sdílela.
Stud za dceru a špatná matka	124 - 126	A důležitý bylo to, že ona to chtěla před rodinou tajit, že jo. Pořád se za to nějak stydí. Což tedy nadále jako trvá. Nicméně není proti, abych to řekla jako rodině. Vona jim to říkat nebude. Vona se za mě nebo za sebe stydím já nevím. V tomhle nedokážu říci, co jako. Jestli byla špatná matka

Tabulka C 5 - Hlavní událost pro změnu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Zamilování do člena komunity	167 - 183	Dvakrát se mi tady někdo líbil a vyšlo to na povrch. Pokaždý tydle události, protože jsem si uvědomila tenhle vzorec chování, co dělám a kdy to dělám. ...Mít výzvu, chtěla jsem, aby druzí

		180 viděli, že to zvládnou a že ještě budou koukat, co dokážu. Mě to pomáhalo i venku, když mi někteří lidé nevěřili, tak mi to dávalo větší motivaci jim ukázat, že se mýlí a zvládnout to. A bylo to i tady. A vlastně důležitější moment bylo, když za mnou přišel můj garant a dal mi pusu na čelo, že slyší na mě samou chválu je na mě jako hrdej. Tak to byla pro mě důležitá událost. Tu sílu jsem tady nabývala postupně, nikdy jsem velké průser nedělala
--	--	--

Tabulka C 6 - Maladaptivní vzorce konání a myšlení

Vynořující se téma	Reference	Citace
Vyrovnání křivdy rychlým hledáním blízkosti	34 - 38	náký křivdy, který nedokážu říci. A zároveň když se mi tohle děje, tak je to nákej první krok. A pak další krok je, že já jsem se pouštěla do vztahu i tady a to tak, když jsem mi nebylo dobře a byla jsem ve stresu, nebo jsem byl nějak ukřivděná, tak se mi tady začal někdo líbit a vlastně to mám naučený z venku
Útěk v reakci na kritiku	78 - 82	to byl nejvíc zlomovej bod, když sem jako se mi špatně poslouchalo, co říkají, měla jsem kvůli tomu odchodovky, že mi lidi říkali, abych si uvědomila, že je to, že je to můj starý vzorec a že bych to jako měla řešit. Tak když jsem se jako dostala do nějakýho vzdoru, nad kterým jsem ale přemýšlela a sama jsem jako dospěla k něčemu podobnému, co mi říkali. Jak to říct jako. Že prostě v tu chvíli jsem začala přijímat líp to kritiku a ty reflexe.
Intimní vztah jako substituce drogy	150 - 152	Najdu si okamžitě někoho a naopak to s ním ukončím nebo něco, protože to jde jako strašně rychle, když to řeknu takhle nebo se s tím člověkem rychle vyspím a skončí to. Takže něco takový hle ho, že ty chlapy byli pro mě taková ta substituce drogy.

Tabulka C 7 - Vývoj náhledu

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Zapojení do dění v komunitě	192 - 194	Rozhodně je to to jako zapojovat se do věcí tady. Jako jsou ty mimořádky a tak, je důležitý mít k tomu názor a postoj a ne k tomu se otáčet zády. Zajímat se o druhý, to je to podstatný, naučit se naslouchat druhým, to bylo pro mě vždycky těžký, vždycky jsem raději povídala
Čas	195 - 197	co vidím jako důležitý teď je čas. Na každý důležitý rozhodnutí zpětně vidím, že potřebuju hodně času. Že ty rozhodnutí, jako s těma kamarádama, jsem nikdy nepřipustila, že je budu muset opustit a postupem času jsem si chtěla nechat alespoň někoho

4.4.10 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníce C

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka C 8 – Stát se sama sebou

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Stát se sama sebou	Vymezení se při křivdě	44 - 45	za další, tady jsem se naučila se nějak vymezit. Vymezit se lidem a nějak se bavit o těch svých křivdách. Takže pro mě je důležité, abych to přinesla ven.

	Útěk v reakci na kritiku	78 - 82	to byl nejvíc zlomovej bod, když sem jako se mi špatně poslouchalo, co říkaj, měla jsem kvůli tomu odchodovky, že mi lidi říkali, abych si uvědomila, že je to, že je to můj starý vzorec a že bych to jako měla řešit. Tak když jsem se jako dostala do nějakýho vzdoru, nad kterým jsem ale přemýšlela a sama jsem jako dospěla k něčemu podobnému, co mi říkali. Jak to říct jako. Že prostě v tu chvíli jsem začala přijímat líp to kritiku a ty reflexe.
	Zamilování do člena komunity	167 - 183	Dvakrát se mi tady někdo líbil a vyšlo to na povrch. Pokaždý tydle události, protože jsem si uvědomila tenhle vzorec chování, co dělám a kdy to dělám. ...Mít výzvu, chtěla jsem, aby druzí 180 viděli, že to zvládnou a že ještě budou koukat, co dokážu. Mě to pomáhalo i venku, když mi někteří lidé nevěřili, tak mi to dávalo větší motivaci jim ukázat, že se mýlí a zvládnout to. A bylo to i tady. A vlastně důležitěj moment bylo, když za mnou přišel můj garant a dal mi pusu na čelo, že slyší na mě samou chválu je na mě jako hrdej. Tak to byla pro mě důležitá událost. Tu sílu jsem tady nabývala postupně, nikdy jsem velkej průser nedělala

Tabulka C 9 - Propojenost

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Propojenost	Zvládání nemoci	8 - 11	No a od tý doby jsem se snažila přestat venku sama a pak tehdy jsem už hodně hrála gambling takže, když jsem pak po dvou letech prohrála úplně všechno, co jsem měla, tak jsem v tu dobu chodila na adiktologii a šla jsem za tou mojí terapeutkou, že bych chtěla někam nastoupit do léčby, abych to zvládla
	Přestat se závislostí	15	mi dlouho trvalo, než jsem si uvědomila, že chci přestat brát drogy
	Opustit starý kamarády	17	nejvíc sem potřebovala přijít na to, že potřebuju opustit ty svoje starý kamarády
	Vyspělá komunikace s rodiči	25	jsem jim dokázala říci, co bych od nich potřebovala, jakou podporu ne jako materiální, ale psychickou
	Orientace - propojenost	31	Tady jsem si našla svoje spouštěče a vím, co mi venku může dovést zpátky.
	Vyrovnění křivdy rychlím hledáním blízkosti	34 - 38	náký křivdy, který nedokážu říci. A zároveň když se mi tohle děje, tak je to nákej první krok. A pak další krok je, že já jsem se pouštěla do vztahu i tady a to tak, když jsem mi nebylo dobře a byla jsem ve stresu, nebo jsem byl nějak ukřivděná, tak se mi tady začal někdo líbit a vlastně to mám naučený z venku

	Zvládání stresu	41 - 42	Vím, co potřebuje. Že potřebuju nějakou aktivní 41 činnost. Prostě se vysportovat, to mě strašně moc od stresu pomůže.
	Blízkost k druhému	56 - 59	Moje důvěra s holkama tak to je tak, že s těma holkama je to vždycky těžší, ale teď mám i hodně blízko k Y (členka TK) našli jsme si, jsme spolu na pokoji vlastně a ještě před měsícem bych ji neřekla, co jsme si řekli, o čem se bavíme teď.
	Zájem o druhé	64 - 67	Já jsem si tady dlouho říkala, že jsem tady za sebe a že se chci zajímat jenom o sebe, ale spíš to bylo o nějakým (odmlčení) o lenosti nebo o tom pochopení, že jsme tady společně a že je důležitý, abych se zajímala i já.
	Podpora rodičů	116	má máma větší zájem a hlavně chápe víc, proč je důležité, abych s ní ty věci sdílela.
	Přijetí rodiči	121	Rozumí víc mé závislosti a přijímá jí

Tabulka C 10 - Přesah

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Přesah	Čas	195 - 197	co vidím jako důležitý teď je čas. Na každý důležitý rozhodnutí zpětně vidím, že potřebuju hodně času. Že ty rozhodnutí, jako s těma kamarádama, jsem nikdy nepřipustila, že je budu muset opustit a postupem času jsem si chtěla nechat alespoň někoho

Tabulka C 11 - Hodnoty

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnoty	Skutečná dospělost	23 - 24	cejtím, že jsem dospěla a že jsem odpovědnější. Hodně mi v tom pomohly ty šéfovský funkce a to mi pomohlo obrovsky
	Sounáležitost	67 - 71	Možná i, když jsem dostávala reflexe a věděla jsem, že je musím dávat taky v tu chvíli se to asi hodně zlomilo ke konci těch jedniček a vlastně i, že jsem chtěla přestoupit a možná, že to bylo tím, že jsem začala víc reflektovat a snažila jsem se nad tím víc přemýšlet a tím mě začali lidé tady víc zajímat i to dění. Ty reflexe ostatních mě začaly jako vlastně pomáhat a tak jsem si uvědomila, že moje reflexe mohou jako pomáhat i vlastně ostatním
	Přijímání kritiky	84 - 86	si řekno, tohle si vezmu, o tom si popřemejšlím , tohle mám v sobě vyřešený, tohle to můžu vypistit, co mi řekl ten člověk. Dovedu si to lépe protřídit. Uvědomuji si, že to nemusí bejt odsuzování, ale zájem o mě a neberu to osobně, že se mi děje křivda
	Stud za dceru a špatná matka	124 - 126	A důležitý bylo to, že ona to chtěla před rodinou tajit, že jo. Pořád se za to nějak stydí. Což tedy nadále jako trvá. Nicméně není proti, abych to řekla jako rodině. Vona jim to říkat nebude.Vona se za mě nebo za sebe stydím já nevím. V tomhle nedokážu říci, co jako. Jestli byla špatná matka

Tabulka C 12 - Smysl

Téma	Vynořující se téma	Reference	Citace
Smysl	Osobní ztráty	5 - 7	vlastně jsem otěhotněla a musela jsem na potrat, protože jsem brala drogy a vlastně umřela mi babička a vod tý doby jsem si řekla, že chci z toho už ven. Že vlastně děti jsem si vždy přála a najednou sem v tu chvíli o to nestála.
	Terapeutická aliance	96 - 98	Na začátku bylo pro mě zaměstnanci, opraváři takový jako to, ale jako někdo kdo má snahu mi porozumět.
	Pochopení rodičů	109 - 113	mě táta víc chápe, i když je to pro něj těžký. Táta sice nepije denně, ale je schopen se kvůli mně omezit a já si uvědomuji, že jsem pro něj důležitá. A i když byl opilej, tak se se mnou chtěl bavit a říkal mi, že mě má rád. On to neumí říci, když je střízlivej. Táta by mě měl chápat nejlíp, protože já mám stejnej problém ať už na cigaretách nebo hmmm a jako vlastně s mámou. S mámou to je úplně skvělí
	Zapojení do dění v komunitě	192 - 194	Rozhodně je to to jako zapojovat se do věcí tady. Jako jsou ty mimořádky a tak, je důležitý mít k tomu názor a postoj a ne k tomu se otáčet zády. Zajímat se o druhý, to je to podstatný , naučit se naslouchat druhým, to bylo pro mě vždycky těžký, vždycky jsem raději povídala

4.4.11 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka D

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka D 1 - Prvotní motivace k léčbě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Rozhodnutí mámy	3 - 4	Já jsem byl v léčebně Bohnicích a bylo to vlastně rozhodnutí mámy. Takže jsem šel spíš kvůli mámě.

Tabulka D 2 - Hlavní změna

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Čisté prožitky	8 - 9	sem rok abstinovat a začal si užívat věci na čisto a taky, že jsem to začal dělat pro sebe.
Moci být sebou	76 - 77	Já jsem to bral tak, že můžu být konečně já. Najednou jsem byl svobodnější a nějak to ze mě po týdnu spadlo

Tabulka D 3 - Vztah k sobě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Sebejistota	11 - 12	Já jsem se měl vždycky rád, ale teď se mám víc radši, víc si věřím, mám větší jistotu v sobě.

Tabulka D 4 - Vztah k druhým

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Přijímání negativních věcí od druhých	21 - 22	Já jsem se chtěl přede všemi dělat hezkej, abych dobře vypadal před nima a tak. Neříkal jsem to negativní a pak jsem to začal říkat. Šlo mi o to ne jak mě viděj v oni, ale jak se cítím já.
Kamarádský vztah	22 - 23	A našel jsem si kamaráda. Já sem nikdy nepoznal kamarádství, a s tím X jsem 23 poznal nějaký kamarádství. On mě naučil přijímat negativní věci
Vztah k autoritám	34	celkově já dovedu s autoritami vycházet. Já sem tady nikdy neměl problém s nějakým terapeutem.
Matka kamarád	37 - 40	S mámou sem měl dřív vztah, tak jak ho mám teď. Kamarádství a tak. Jako, že jsem jí říkal všechno. A potom se to změnilo, protože jsem jí zneužíval, využíval kvůli drogám. Ona se psychicky zhroutila kvůli mně. Mě v tý době bylo všechno jedno. Nic jsem jí neříkal, furt jsem jí jen lhal. A měl jsem tady indoše a teď je to nastavený na tom kamarádství a říkám jí všechno a tak.
Vztah s otcem	41 - 42	dal jsem i hodně do vztahu s tátou. S tátou jsem nevycházel , nebavil jsem se s ním a teď vlastně, dokážu se mu vymezit. Dokážu mu říct, co mě trápí
Vztah k ženám	79 - 80	Třeba to, že jsem bral s přítelkyní. Téma já a holky. Navazování vztahů. Drogy mi pomáhaly komunikovat. Ty drogy mě uvolnily
Žárlivost a moc ve vztahu	104	Je to moje žárlivost a mocenský téma , které jsem ale tady ještě neprobíral. To je všechno kolem těch vztahů.

Tabulka D 5 - Hlavní událost pro změnu

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Tematická skupina o mé zamilovanosti do člena komunity	69 - 70	R: Mě hodně ovlivnilo to, že jsem tady mohl říct o Y, do které jsem se zamiloval. Já se snažím o všem mluvit
Skupina na sexuální orientaci bisexuála	70 - 74	To byla moje sexuální orientace. Trvalo mi to dlouho, ale po šesti měsících jsem to tady řekl. Já jsem zde získal důvěru to tady říci. Já jsem se za to vlastně hodně styděl aa překvapilo mě, jak jsem se na tý skupině toho studu zbavil. A s tou závislostí to souvisí tak, že jsem se kvůli drogám prodával.

Tabulka D 6 - Maladaptivní vzorce chování

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Útěk před kritikou	26 - 27	Já jsem třeba věděl, že má pravdu, ale naštvál jsem se a odešel jsem. Nechtěl jsem to slyšet. A teď si to vyslechnu a říkám si, že na tom něco je a zkusím to změnit.
Provokace	53 - 54	to jsou ty moje provokace. Nedokážu najít normální témata. Když jsem s někým, tak ho mám pořád nutkání ho provokovat. Tohle to je nejhorší. S tím zápasím do teďka.

4.4.12 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka D

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka D 7 - Stát se sám sebou

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
<i>Stát se sám sebou</i>	Rozhodnutí mámy	3 - 4	Já jsem byl v léčebně Bohnicích a bylo to vlastně rozhodnutí mámy. Takže jsem šel spíš kvůli mámě.
	Čisté prožitky	8 - 9	sem rok abstinovat a začal si užívat věci na čisto a taky, že jsem to začal dělat pro sebe.
	Útěk před kritikou	26 - 27	Já jsem třeba věděl, že má pravdu, ale naštvat jsem se a odešel jsem. Nechtěl jsem to slyšet. A teď si to vyslechnu a říkám si, že na tom něco je a zkusím to změnit.
	Skupina na sexuální orientaci bisexuála	70 - 74	To byla moje sexuální orientace. Trvalo mi to dlouho, ale po šesti měsících jsem to tady řekl. Já jsem zde získal důvěru to tady říci. Já jsem se za to vlastně hodně styděl aa překvapilo mě, jak jsem se na tý skupině toho studu zbavil. A s tou závislostí to souvisí tak, že jsem se kvůli drogám prodával.
	Moci být sebou	76 - 77	Já jsem to bral tak, že můžu být konečně já. Najednou jsem byl svobodnější a nějak to ze mě po týdnu spadlo

Tabulka D 8 – Propojenost

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Propojenost	Přijímání negativních věcí od druhých	21 - 22	Já jsem se chtěl přede všemi dělat hezkej, abych dobře vypadal před nima a tak. Neřikal jsem to negativní a pak jsem to začal říkat. Šlo mi o to ne jak mě viděj v oni, ale jak se cítím já.
	Kamarádský vztah	22 - 23	A našel jsem si kamaráda. Já sem nikdy nepoznal kamarádství, a s tím X jsem 23 poznal nějaký kamarádství. On mě naučil přijímat negativní věci
	Vztah k autoritám	34	celkově já dovedu s autoritami vycházet. Já sem tady nikdy neměl problém s nějakým terapeutem.
	Skupina na sexuální orientaci bisexuála	70 - 74	To byla moje sexuální orientace. Trvalo mi to dlouho, ale po šesti měsících jsem to tady řekl. Já jsem zde získal důvěru to tady říci. Já jsem se za to vlastně hodně styděl aa překvapilo mě, jak jsem se na tý skupině toho studu zbavil. A s tou závislostí to souvisí tak, že jsem se kvůli drogám prodával.
	Vztah k ženám	79 - 80	Třeba to, že jsem bral s přítelkyní. Téma já a holky. Navazování vztahů. Drogy mi pomáhaly komunikovat. Ty drogy mě uvolnily
	Žárlivost a moc ve vztahu	104	Je to moje žárlivost a mocenský téma , které jsem ale tady ještě neprobíral. To je všechno kolem těch vztahů.

Tabulka D 9 - Hodnoty

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnoty	Sebejistota	11 - 12	Já jsem se měl vždycky rád, ale teď se mám víc radši, víc si věřím, mám větší jistotu v sobě.
	Důvěra	72	Já jsem zde získal důvěru to tady říci.

4.4.13 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka E

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka E 1 - Prvotní motivace k léčbě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Rozhodnutí přestat brát	2 - 6	jsem byl dvanáct let závislej tři roky na perníku tři roky na heráku, patnáct let na trávě , mezitím nějaký alkohol a benzáky prostě spousta, co jsem mohl, tak jsem bral, dále tadle cesta mě zavedla až do kriminálu, kde jsem byl dva roky a tam jsem se vlastně rozhodl, že s tím začnu něco dělat, že to není život, kterej bych chtěl prožívat dál.
Nemoc	12	Celou dobu jsem si nepřipouštěl, že mám nějaký problém , že jsem nemocný člověk
Bilance narkomana	12 - 14	Ze začátku mi drogy dávaly nějaký pocit štěstí , ale pak se to překlenulo a ten pocit štěstí mi začaly brát. Najednou jsem zjistil, že nic nemám, nic nejsem a že takhle asi ničeho nedosáhnu. Sem to začal nějakým způsobem přehodnocovat.
Beznaděj	24 - 26	Na tom začátku jsem cítil úplnou beznaděj, že jednak se mi to nemůže povíst bejt čistej, protože já nic jiného neuměl, než brát drogy, nedovedl jsem si představit, co bych mohl jinýho dělat

Tabulka E 2 - Hlavní změna

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Identifikace a zvládnání bažení	17 - 19	Naučil jsem se pracovat s chutěma, vím, že se to netýká jen aplikace, ale že to můžou být nějaké vzpomínky na drogové prostředí, na drogový známí a všechno , a já jsem vůbec do té doby nevěděl, že to tak může bejt
Vycházet se sebou	19 - 21	Zároveň jsem se naučil, jak vycházet sám se sebou, že jediný způsob řešení problému už nemusí být útěk, ale že se to dá řešit konstruktivně.

Tabulka E 3 - Vztah k sobě

Vynořující se téma	Reference	Citace
Zvládání povinností	28 - 30	Že spoustu věcí zvládnou ať se to týká práce tady, že jsem vlastně šokovnej, roste mi postupně sebevědomí, cejtím to na 30 sobě, i když je pořád na čem pracovat, ale cejtím, že se mám víc rád
Seberozvoj	36 - 38	A učím se tady i spoustě nových zkušeností. Sem si nikdy nedovedl představit, že bych se staral o zvířata. A vlastně mě to začalo bavit ta práce, není to něco tak špatnýho jak jsem si dřív myslel.

Tabulka E 4 - Vztah k druhým

Vynořující se téma	Reference	Citace
Opravdovost vztahů	48 - 51	V tomhle směru došlo k nejrapidnějšímu posunu, protože (<i>zajímavým hlasem</i>) když v té době byl závislej a bral jsem, tak byly vlastně moje veškeré vztahy založeny na lži a slovo duše bylo pro mě úplně cizí a teďka vidím, jak důvěra pro mě hodně důležitá ať už z mojí strany, že můžu někomu věřit tak i z mé strany, že je mi moc dobře, když někdo může věřit mě
Komunikace beze strachu	55 - 57	Já jsem lhal, i když jsem nemusel, protože jsem byl na to zvyklej. Neříkat pravdu a teď je to jinak, teď i tý mámě říkám věci, tak jak jsou a jak je cejtím, a nejenom tak, abych jí umlčel, a aby mi jako dala pokoj.
Proměna zjištění	72 - 77	Já jsem si vybíral lidi podle toho, co mi mohli nabídnout. Z toho materiálního hlediska. Ať už to byl někdo, kdo měl hodně drog nebo hodně peněz. Tak k takovým lidem jsem se snažil přiblížit a vetřít do jejich přízně, abych z toho něco měl. Vždycky jako. Já jsem komunikoval s těma lidma, abych něco dosáhnul. Což už teďka nepotřebuji dělat, protože nic materiálního

		nepotřebuju. Naopak se snažím všechno udělat sám, abych nemusel být nikomu za něco vděčný.
Přijetí	78 - 81	od toho vztahu pořád něco očekávám, ale už to nejsou materiální věci, ale sociální. Takže se snažím chovat k lidem tak, jak já bych si přál, aby se chovali ke mně. A zároveň u nich čekám nějaké porozumění nebo pochopení, co se týká mě a nějaké neodsuzování co se týká mě, co jsem provedl za špatné věci, nějaké pochopení a přijetí vlastně
Uznání	161 - 165	se sním srovnávám a při spoustě věcí si myslím, co by na to řekl táta a kdybych potřeboval od něj uznání, nějaký poplácání, že se mi jako něco povedlo, protože to jsem od něj za celý život neslyšel. U nás v rodině nebyl prostor pro chyby tam to fungovalo tak, že když jsem něco udělal správně tak to byla samozřejmost a když jsem naopak něco udělal špatně, tak to byl průser. Takový zaměření na výkon. Tak tohle bych chtěl otevřít na nějakým budoucím individuálu a zároveň se toho bojím.

Tabulka E 5 - Hlavní události pro změnu

Vynořující se téma	Reference	Citace
sebe přijetí	87 - 92	Jako hlavní událost mě napadá tematická skupina na mojí sexuální orientaci. Se kterou se snažím (odmlka) vlastně nějak smířit, co jsem tady. Já jsem bisexuál (zakašlání) a já jsem se za to nenáviděl vždycky jsem to měl tak, že na drogách sem vždycky nějak do toho šel, do nějakých intimních vztahů s klukama a říkal jsem si, že to vlastně nejsem já, že za to mohou ty drogy a když jsem z toho vystřízlivěl, tak jsem se sám sobě hrozně hnusil
Přijetí druhými	94 - 97	by to bylo vůči nim fér, aby o mě věděli víc, aby věděli tu z nejpodstatnějších věcí a i když jsem se bál nějakého odsouzení, měl jsem obrovský strach, tak jsem byl rád, že jsem do toho šel, protože žádný odsouzení nepřišlo a vlastně naopak, všichni byli velice vstřícní a hrozně mě v tom podpořili,
Nezávislost	101	Hodně mě pomohla situace, kdy nám terapeuti říkali, jak je důležité umět se postarat sám o sebe a nebejt

		závislej na ostatních, ať už to jsou rodiče nebo partneri
--	--	---

Tabulka E 6 - Maladaptivní vzorce konání a myšlení

Vynořující se téma	Reference	Citace
Útěk	21	jediný způsob řešení problému už nemusí být útěk, ale že se to dá řešit konstruktivně

Tabulka E 7 - Vývoj náhledu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Příčiny závislosti	110 - 113	já jsem sem přišel s tím, že chci přestat brát drogy a myslel jsem si, že můj problém je to, že beru drogy a tady jsem si přišel na to, že ty drogy jsou až vlastně důsledek, takže ty drogy nejsou problém, ale důsledek nějakého shluku ostatních menších nebo větších problémů, který jsem prožíval v minulosti a o kterých sem ani nevěděl, že tam jsou.
Proces sebepoznání	116	Je to takový proces sebepoznání a náhled na sebe sama. Jake jsem, jaký jsem byl a jaký bych chtěl být

4.4.14 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka E

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka E 8 - Stávat se sám sebou

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Stávat se sám sebou	Beznaděj	24 - 26	Na tom začátku jsem cítil úplnou beznaděj, že jednak se mi to nemůže povízt bejt čistej, protože já nic jiného neuměl, než brát drogy, nedovedl jsem si představit, co bych mohl jinýho dělat
	Opravdovost vztahů	48 - 51	V tomhle směru došlo k nejrapidnějšímu posunu, protože (zajímavým hlasem) když v tý době byl závislej a bral jsem, tak byly vlastně moje veškeré vztahy založeny na lži a slovo duše bylo pro mě úplně cizí a teďka vidím, jak důvěra pro mě hodně důležitá ať už z mojí strany, že můžu někomu věřit tak i z mé strany, že je mi moc dobře, když někdo může věřit mě
	sebepřijetí		Jako hlavní událost mě napadá tematická skupina na mojí sexuální orientaci. Se kterou se snažím (odmlka) vlastně nějak smířit, co jsem tady. Já jsem bisexuál 88 (zakašláni) a já jsem se za to nenáviděl vždycky jsem to měl tak, že na drogách sem vždycky nějak do toho šel, do nějakých intimních vztahů s klukama a říkal jsem si, že to vlastně nejsem já, že za to mohou ty drogy a když jsem z toho vystřízlivěl, tak jsem se sám sobě hrozně hnusil

Tabulka E 9 - Propojenost

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Propojenost	Rozhodnutí přestat brát	2 - 6	jsem byl dvanáct let závislej tři roky na perníku tři roky na heráku, patnáct let na trávě , mezitím nějaký alkohol a benzáky prostě spousta, co jsem mohl, tak jsem bral, dále tadle cesta mě zavedla až do kriminálu, kde jsem byl dva roky a tam jsem se vlastně rozhodl, že s tím začnu něco dělat, že to není život, kterej bych chtěl prožívat dál.
	Nemoc	12	Celou dobu jsem si nepřipouštěl, že mám nějaký problém , že jsem nemocný člověk
	Bilance narkomana	12 - 14	Ze začátku mi drogy dávaly nějaký pocit štěstí , ale pak se to překlenulo a ten pocit štěstí mi začaly brát. Najednou jsem zjistil, že nic nemám, nic nejsem a že takhle asi ničeho nedosáhnu. Sem to začal nějakým způsobem přehodnocovat.
	Identifikace a zvládnání bažení	17 - 19	Naučil jsem se pracovat s chutěma, vím, že se to netýká jen aplikace, ale že to můžou být nějaké vzpomínky na drogové prostředí, na drogový známí a všechno , a já jsem vůbec do té doby nevěděl, že to tak může bejt
	Vycházet se sebou	19 - 21	Zároveň jsem se naučil, jak vycházet sám se sebou,že jediný způsob řešení problému už nemusí být útěk, ale že se to dá řešit konstruktivně.

	Komunikace beze strachu	55 - 57	Já jsem lhal, i když jsem nemusel, protože jsem byl na to zvyklej. Neříkat pravdu a teď je to jinak, teď i tý mámě říkám věci, tak jak jsou a jak je cejtím, a nejenom tak, abych jí umlčel, a aby mi jako dala pokoj.
	Proměna zjištění	72 - 77	Já jsem si vybíral lidi podle toho, co mi mohli nabídnout. Z toho materiálního hlediska. Ať už to byl někdo, kdo měl hodně drog nebo hodně peněz. Tak k takovým lidem jsem se snažil přiblížit a vetřít do jejich přízně, abych z toho něco měl. Vždycky jako. Já jsem komunikoval s těma lidma, abch něco dosáhnul. Což už teďka nepotřebuji dělat, protože nic materiálního nepotřebuju. Naopak se snažím všechno udělat sám, abych nemusel být nikomu za něco vděčný.
	Přijetí	78 - 81	od toho vztahu pořád něco očekávám, ale už to nejsou materiální věci, ale sociální. Takže se snažím chovat k lidem tak, jak já bych si přál, aby se chovali ke mně. A zároveň u nich čekám nějaké porozumění nebo pochopení, co se týká mě a nějaké neodsuzování co se týká mě, co jsem provedl za špatné věci, nějaké pochopení a přijetí vlastně
	Uznání	161 - 165	se sním srovnávám a při spoustě věcí si myslím, co by na to řekl táta a kdybych potřeboval od něj uznání, nějaký poplácání, že se mi jako něco povedlo, protože to jsem od něj za celý život neslyšel. U nás v rodině nebyl prostor pro chyby tam to fungovalo tak, že když jsem něco udělal správně tak to byla samozřejmost a když jsem naopak něco udělal špatně, tak to byl průser. Takový zaměření na výkon. Tak tohle bych chtěl otevřít na nějakým budoucím individuálu a zároveň se toho bojím.

Tabulka E 10 - Hodnoty

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnoty	Nezávislost	101	Hodně mě pomohla situace, kdy nám terapeuti říkali, jak je důležité umět se postarat sám o sebe a nebejt závislej na ostatních, ať už to jsou rodiče nebo partneři

Tabulka E 11 - Smysl

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Smysl	Zvládání povinností	28 - 30	Že spoustu věcí zvládnu ať se to týká práce tady, že jsem vlastně šikovnej, roste mi postupně sebevědomí, cejtím to na 30 sobě, i když je pořád na čem pracovat, ale cejtím, že se mám víc rád
	Příčiny závislosti	110 - 113	já jsem sem přišel s tím, že chci přestat brát drogy a myslel jsem si, že můj problém je to, že beru drogy a tady jsem si přišel na to, že ty drogy jsou až vlastně důsledek, takže ty drogy nejsou problém, ale důsledek nějakého shluku ostatních menších nebo větších problémů, který jsem prožíval v minulosti a o kterých sem ani nevěděl, že tam jsou.
	Proces sebepoznání	116	Je to takový proces sebepoznání a náhled na sebe sama. Jakej jsem, jakej sem byl a jakej bych chtěl bejt

4.4.15 Třetí fáze - rozvoj vynořujících se témat pro účastníka F

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka F 1 - Prvotní motivace k léčbě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Naděje	1 - 3	Já jsem byl už v sedmý léčbě a tam mě říkali, že mě už pomůže jediné komunitní léčba. A já to beru jako poslední šanci, kde bych se mohl změnit a přijít si na to proč nebrat drogy.

Tabulka F 2- Hlavní změna

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Ústálení v názorech	6 - 7	ustálení v názorech, že už tak neskáču, víš dal jsem se do pořádku po psychické stránce. Jsem stabilnější
Zvládání zátěže	16 - 18	já jsem se bál, že to nedám. A teď to zvládám. Tam jsem se přesvědčil, že to dávám a to vědomí že jsem to fyzicky zvládnul mě pak posunulo i v ostatních oblastech.

Tabulka F 3 - Vztah k sobě

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Sebedůvěra	11 - 13	Mám ze sebe pocit uspokojivý a je to díky tomu, že jsem se dal dohromady po tý psychické stránce a už na sebe pohlížím jinak, než když jsem byl tady na začátku. Že to nemá cenu, že se nevyléčím, ale teď vidím vidinu, že by se něco mohlo změnit. Pociťuji vůči sobě větší důvěru.

Tabulka F 4 - Vztah k druhým

Vynořující se téma	Reference	Citace
tolerantnost	21 - 23	Já jsem určitě více tolerantnější. Já jsem byl akurátní v tom, že co zvládnou já, musí zvládnout i ostatní, ale teď jsem to přehodnotil, že každý jsme originál takže každý má něco. Co mám já. Nemusí mít ten druhý
Důvěra	38 - 40	dá se na tom přemýšlet a už ne, že bych se urážel, že bych se uzavřel a že bych to nechtěl slyšet, to vůbec ne. Já těm lidem víc věřím, že mě nechtěj ublížit. Jo je to o důvěře. Tu důvěru jsem získal jak ve skupinu tak i v sebe
Pochvala	52 - 55	určitě, aby mě víc chválil, abych to ..., všechno co dělám, jako dělám pro něj, abych se mu zavděčil, taky jsem se dozvěděl, že v někom hledám tátu, a hledám to zrovna v něm, já si to nemyslím, ale na každém šprochu pravdy trochu.

Tabulka F 5 - Hlavní událost pro změnu

Vynořující se téma	Reference	Citace
Uznání vytrvalosti	99 - 102	Spokojenost a radost. Porozumění a zátěžáky Rejvív, Rejvív, jeli jsme na kole a jeli jsme čtyřicetikilometrovou štreku a já jsem sice nadával ale říkal jsem si, že mi zde nic jiného nezbývá než to ujet a pak na konci jsem zase cítil ten obdiv od ostatních, že jsem to jako dal, jako plácání po ramenou a potlesk no to se mi líbilo

Tabulka F 6 - Maladaptivní vzorce chování

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Útěk od sebe	64 - 66	tou křivdou přijímání kritiky je pro mě těžký, protože si 63 myslím, že zvládám všechno a největší křivda byla, když mi řekli, že utíkám od sebe k práci , když se mi tvrdilo, že se nezabývám sám sebou a že raději tady uklízím a to jsem vůbec nedokázal přijmout . No a vona je to pravda, já když nechci o sobě 66 přemýšlet, tak utíkám k práci
Bezhraniční vztahy	69 - 72	Já každého nového, kdo sem přijde, беру za svého kamaráda jako nejlepšího, se kterým si můžu říci všechno a podle toho jedu a to se mi pořád nedaří tohle. Udržet nějaký hranice, že mu nebudu říkat všechno, že jsem otevřenější, že říkám úplně všechno ať je to cokoli ať si myslí co chce, ale sděluji úplně všechno

Tabulka F 7 - Vývoj náhledu

<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Vnímám sebe a zajímám se o sebe	43 - 47	Mám problém se sebeláskou. Já sebe se neuznávám, nemám se moc rád, i když se to teď mění a ty opačný případy ty nenávisti k sobě, díky tomu jsem spíš mluvil o druhých než o sobě a teďka se sním dostávám do fáze, že na sebe pohlížím jako z výšky a dokážu vnímat sám sebe než se starat o ty druhý a zajímám se, co se děje se mnou.
Role řádu	105 - 108	byl to ten řád tady takovej vopruz na začátku a já jsem se snažil ho plnit, abych se líbil, ale teď to mám obráceně, dělám chyby a schytávám to , ale jsou to takový běžný chyby jako k životu, že nejsem dokonalej, že jsem skutečnej. Nesnažím se zalíbit ostatním, že jsem perfektní

4.4.16 Čtvrtá fáze – identifikace souvislostí mezi tématy účastníka F

Popis postupu a tvorby tabulek je shodný jako u účastníka výzkumu A

Tabulka F 8 - Stávat se sám sebou

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Stávat se sebou	Ústálení v názorech	6 - 7	ustálení v názorech , že už tak neskáču, víš dal jsem se do pořádku po psychické stránce. Jsem stabilnější

	Vnímám sebe a zajímám se o sebe	43 - 47	Mám problém se sebeláskou. Já sebe se neuznávám, nemám se moc rád, i když se to teď mění a ty opačný případy tý nenávisť k sobě, díky tomu jsem spíš mluvil o druhých než o sobě a teďka se sním dostávám do fáze, že na sebe pohlížím jako z výšky a dokážu vnímat sám sebe než se starat o ty druhý a zajímám se, co se děje se mnou.
	Role řádu	105 - 108	byl to ten řád tady takovej vopruz na začátku a já jsem se snažil ho plnit, abych se líbil, ale teď to mám obráceně, dělám chyby a schytávám to , ale jsou to takový běžný chyby jako k životu, že nejsem dokonalejší, že jsem skutečnější. Nesnažím se zalíbit ostatním, že jsem perfektní

Tabulka F 9 - Propojenost

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Propojenost	Sebedůvěra	11 - 13	Mám ze sebe pocit uspokojivý a je to díky tomu, že jsem se dal dohromady po té psychický stránce a už na sebe pohlížím jinak, než když jsem byl tady na začátku. Že to nemá cenu, že se nevyběčím, ale teď vidím vidinu, že by se něco mohlo změnit. Pociťuji vůči sobě větší důvěru.

	Tolerantnost	21 - 23	Já jsem určitě více tolerantnější. Já jsem byl akurátní v tom, že co zvládnou já, musí zvládnout i ostatní, ale teď jsem to přehodnotil, že každý jsme originál takže každý má něco. Co mám já. Nemusí mít ten druhý
	Důvěra	38 - 40	dá se na tom přemýšlet a už ne, že bych se urážel, že bych se uzavřel a že bych to nechtěl slyšet, to vůbec ne. Já těm lidem víc věřím, že mě nechtěj ublížit. Jo je to o důvěře. Tu důvěru jsem získal jak ve skupinu tak i v sebe
	Pochvala	52 - 55	určitě, aby mě víc chválil, abych to ..., všechno co dělám, jako dělám pro něj, abych se mu zavděčil, taky jsem se dozvěděl, že v někom hledám tátu, a hledám to zrovna v něm, já si to nemyslím, ale na každém šprochu pravdy trochu.
	Útěk od sebe	64 - 66	tou křivdou přijímání kritiky je pro mě těžký, protože si 63 myslím, že zvládám všechno a největší křivda byla, když mi řekli, že utíkám od sebe k práci, když se mi tvrdilo, že se nezabývám sám sebou a že raději tady uklízím a to jsem vůbec nedokázal přijmout. No a vona je to pravda, já když nechci o sobě 66 přemýšlet, tak utíkám k práci

	Bezhraniční vztahy	69 - 72	Já každého nového, kdo sem přijde, beru za svého kamaráda jako nejlepšího, se kterým si můžu říci všechno a podle toho jedu a to se mi pořád nedaří tohle. Udržet nějaký hranice, že mu nebudu říkat všechno, že jsem otevřenější, že říkám úplně všechno ať je to cokoli ať si myslí co chce, ale sděluji úplně všechno
	Uznání vytrvalosti	99 - 102	Spokojenost a radost. Porozumění a zátěže Rejvíz, Rejvíz , jeli jsme na kole a jeli jsme čtyřicetkilometrovou štreku a já jsem sice nadával ale říkal jsem si, že mi zde nic jiného nezbyvá než to ujet a pak na konci jsem zase cítil ten obdiv od ostatních, že jsem to jako dal, jako plácání po ramenu a potlesk no to se mi líbilo

Tabulka F 10 - Hodnoty

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Hodnoty	Zvládání zátěže	16 - 18	já jsem se bál, že to nedám. A teď to zvládám. Tam jsem se přesvědčil, že to dávám a to vědomí že jsem to fyzicky zvládnul mě pak posunulo i v ostatních oblastech.

Tabulka F 11 - Smysl

<i>Téma</i>	<i>Vynořující se téma</i>	<i>Reference</i>	<i>Citace</i>
Smysl	Naděje	1 - 3	Já jsem byl už v sedmý léčbě a tam mě říkali, že mě už pomůže jedině komunitní léčba. A já to beru jako poslední šanci, kde bych se mohl změnit a přijít si na to proč nebrat drogy.

4.4.17 Validita dat

V odborné literatuře se uvádí, že jedním ze zdrojů validity v kvalitativním výzkumu je bohatost dat (Koutná & Čermák, 2013), kterou jsou ovlivňoval jednak pojetím vedení rozhovoru a jejich doslovným opisem tak, aby nedocházelo ke ztrátě dat. Dalším zdrojem validity je požadavek metody, aby mohl příjemce výzkumné zprávy využít výroky respondenta ke své vlastní interpretaci a porovnat jí s odkazovanou interpretací výzkumníka. Použil jsem rovněž možnost posouzení validity účastí odborníka znalého léčby v prostředí terapeutické komunity, kterému jsem poskytl transkripci respondenta A, a který bez znalosti mé interpretace a identifikace témat provedl svojí vlastní analýzu, kterou jsem srovnal s mojí analýzou. Porovnání ukázalo, že rozdíly v interpretaci jsou marginální. Jako další zdroj validity jsem použil další na mne nezávislé zdroje informací, jakými byly anamnézy respondentů a záznamy terapeutů z individuálních sezení, které proběhly v rámci skupinové terapie v terapeutické komunitě X. Srovnával jsem témata, která vystupovala v sezeních s terapeuty s tématy vystupujícími v rozhovorech s respondenty a posuzoval jsem u shodných témat podobnost interpretace mé s interpretací terapeuta.

4.5 Výsledek analýzy dat – odpověď na výzkumné otázky

4.5.1 První hlavní výzkumná otázka

H1. Jaká je zkušenost člověka se závislostí na návykových látkách se svou proměnou v prostředí terapeutické komunity?

Jedna z prvních zkušeností, kterou účastníci výzkumu získávali v ranné fázi terapie se týkala orientace v některých emocích prožívaných během drogové kariery. Navzdory úzkosti a utrpení způsobenému jejich závislostí účastníci také popsali, co vnímali jako pozitivní nebo podpůrné aspekty: posilování a zklidňování, poskytování podpory nebo znečitlivění, pomoci zmírnit bolestivé emoce a zabývat se negativními pocity a nízkým sebevědomím. Součástí získané orientace bylo i poznání, že použití drog ke zvládnutí úzkosti, stresu nebo jiného negativního stavu může dále snížit schopnost zvládnání drog, a tak může zvýšit závislost na drogách jako mechanismu zvládnání. Nově získaná orientace zahrnuje i rozpoznání neúčinnosti některých zvládacích strategií. Potlačení emocí byla strategií, kterou účastníci výzkumu používali, aby se vyhnuli negativním pocitům a odvrátili emocionální bolest. I když se zdá, že tato strategie umožňuje zakrývat bolestivé emoce, zkušenosti účastníků výzkumu naznačují, že užívat alkohol nebo drogy nemusí být z dlouhodobého hlediska účinné. Zdá se, že vyjádřením převážně negativních emocí vztažených k drogové kariéře účastníci poukázali na svůj převážně negativní způsob zapojení do světa. Převážně negativní emoce také naznačují jejich beznaděj a zoufalství plně a trvale zvědoměný až při abstinenci během léčby. Z této perspektivy se zdá, že negativní emoce u některých účastníků odrážejí jejich malá očekávání ohledně zlepšení, jejich beznaděje a zoufalství. Další typ zkušenosti se týkal přizpůsobení životu bez drog daný povinnou abstinencí během léčby. účastníci tak získávali vhled do hrubších i jemnějších forem bažení a získali zkušenost jejich zvládnání pomocí nově získaných dovedností. Jinou skupinu zkušeností představovala zkušenost s proměnou náhledu na sebe v době drogové kariery a době pobytu v komunitě. Viděno z této perspektivy je jedním z pozoruhodných rysů, které vycházejí z úvah účastníků, rozsah, v jakém si vytvořili své vlastní pojetí kolem příkrých soudů o sobě, nízkého sebehodnocení a averze vůči sobě. Negativně vnímané sebehodnocení své vlastní drogové minulosti kontrastuje ve všech případech se zkušeností nově prožívané sebehodnoty a sebedůvěry,

kteřá se objevuje po získání orientace v emocích z drogové minulosti. Další skupina zkušeností se týká prožívání vzrůstající osobní autonomie díky nově získaným kompetencím ať už v sociální pracovní nebo psychologické oblasti. V psychologické oblasti se tyto zkušenosti týkali zejména získání schopnosti ohraničit a zpracovat negativní myšlenky a emoce. Zkušenost účastníků byla spojena i s ověřováním osobní a sociální zralosti, které bylo zejména akcentované při využívání zvýšené individuální odpovědnosti v roli „šéfa baráku“ a posilující roli autonomie v rozhodování, které se například týkalo udělování sankcí, při které musel účastník projevit vysokou míru nezávislosti. Významnou zkušeností z pohledu účastníku byla i postupná změna chování od feťáckého způsobu k chování reflektujícímu dobrovolně přijímaný řád komunity. Poměrně výrazně akcentovanou zkušeností byla proměna interpersonálních vztahů, a to jak k ostatním členům komunity, tak i k blízkým osobám. Proměna se týkala několika oblastí, ať už to byl prožitek sounáležitosti se skupinou obvykle prožívaný po získání důvěry ve skupinu a jejímu otevření vůči své drogové minulosti a citovému prožívání současnosti. Prožitek interpersonálních vztahů se rovněž týkal prožívání postupného vzestupu postavení ve komunitě dosahovaného skutečným zájmem o reflexe druhých a angažovaností v reflexích ostatních členů komunity. Obvykle bolestivou zkušeností byla zkušenost interpersonálních vztahů s blízkými osobami účastníka, které zrcadlili hrozivou etapu života plnou lži manipulací a násilí vůči blízkým osobám a následné prožívání pocitu viny a snahou o její odčinění. V několika případech se jednalo i o zkušenost, kdy člen komunity spojoval příčiny své drogové minulosti s charakteristikami blízkých osob, ať už se jednalo o zanedbávání, zneužívání a násilí na nich konané. Jinou zdůrazňovanou byla zkušenost s tím, jaké možnosti otevírá úzdřava účastníkům výzkumu. Jednalo se zejména o zkušenost s rozvojem realistického pohledu na sebe a na svoje možnosti v reálném životě, který se týkal práce zajišťující autonomii, kultivace vztahu s blízkými osobami a navazování jak partnerských, tak i přátelských vztahů pro vytváření individuální sítě pozitivní sociální a psychologické podpory. Zkušenost realistický pohledu se týkala i rozvoje možných dovedností pro smysluplné organizování a naplňování volného času.

4.5.2 Druhá hlavní výzkumná otázka

H2. Jaký význam a smysl má pro člověka se závislostí na návykových látkách jeho proměna v prostředí terapeutické komunity?

Pro většinu účastníků výzkumu měla proměna důležitý význam pro uvědomění si své podstaty a v širších souvislostech i podstaty člověka, jako bytosti, která je hodna úcty a která je obdařena rozumem i emocemi, bytostí, která není v podstatě špatná, ale mající velký potenciál konat dobro, nicméně bytostí, která svým chybným rozhodováním může potenciál konat dobro zanedbávat, ochromit a nebo dokonce zcela ztratit. Tato zvědomění je na základě rozhovorů s účastníky možné dávat do souvislostí s proběhnuvší katarzí, při které účastník uvolnil zadržované negativní emoce a následně díky pozitivní emoční korektivní zkušenosti mohl měnit svoje sebehodnocení a vědomí schopnosti zvládat obtížné situace, které díky tomu neřešil útekem. Pro většinu účastníků měla změna význam pro jejich korektivní zkušenost se sebou jako členem společenství, ve kterém pojmají druhé nikoliv instrumentálně, ale jako svobodné bytosti, které se mohou rozhodovat o míře intimity ve vztahu. Tato korektivní zkušenost umožnila některým účastníkům výzkumu navázat kamarádský nebo i přátelský vztah. Dalším důležitým významem proměny byla pro účastníky naplnění možnosti zpracovávat svojí minulost a to zejména minulost spojenou s narušenými vztahy s blízkými osobami, přiznat sobě i blízkým svojí vinu, přijmout jí a usilovat o její odčinění. Pro mě překvapivý byl i význam času, který byl zdůrazněn dvěma účastníky, kteří ho chápali, jako něco, co je přesahuje, protože čas neovládají, čas je jim dán a je jejich svoboda, jak jej naplní.

4.5.3 První a druhá vedlejší výzkumná otázka

V1. Jaká jsou očekávání a potřeby člověka se závislostí na návykových látkách v oblasti spirituality?

V2. Jak prožívá člověka se závislostí na návykových látkách v prostředí terapeutické komunity svoji spiritualitu?

S prožíváním spiritualitou jsou při léčbě závislostí v prostředí terapeutické komunity implicitně spojeny prvky (1) Smysluplnost, kterou je možné charakterizovat jako ontologický význam života, dodávání smyslu životním situacím, smysluplnost existence, (2) Hodnoty, které představují přesvědčení a principy, o které společnost pečuje, (3) transcendence znamenající zkušenost a úcta k přesahujícímu, (4) Propojenost charakterizující spojení se sebou samým, s ostatními bytostmi, Bohem nebo vyššími silami, (5) Stávání se sebou znamenající autentičnost, celistvost a využívání rozvojového potenciálu a naplňování rozvojových možností jedince (Martsolf & Mickley, 1998). Spiritualita je implicitně obsažena v potřebě člověka obnovit pocit vlastní hodnoty, jak tomu například bylo u účastníka A. Pro všechny účastníky výzkumu platí, že pro ně není terapeutická komunita pouze místo, kde se učí sociálním dovednostem, ale jedná se o prostor kde je spiritualita přítomna v tkáni vztahů, které umožňují díky skupinové kohezi vstoupit do dialogu s druhým a nabídnout mu svou důvěru k tomu, aby mohl sám sobě důvěřovat a pokoušel se stávat se sám sebou i v zakotvení ve všednodenní realitě, tak jak tomu bylo zejména u účastníku A, B, D a E. V neposlední řadě je spiritualita přítomna při formování charakteru účastníka výzkumu B, který poznal zcestnost svojí drogové kariery a rozpoznal smysluplnost cesty otevírané v terapeutické komunitě znamenající přechod od závislosti k reálné autonomii, sebezpřijetí a k vědomí své skutečné svobody nespočívající v bezhraničnosti, ale mj. v respektování svobody druhého.

5 Analýza, interpretace a syntéza výsledků výzkumu

5.1 Diskuse

Kapitola obsahuje diskusi týkající se epistemologie výzkumu, způsobu zpracování dat, reflexi výsledku výzkumu a porovnání výsledku výzkumu se zjištěními z jiných výzkumů.

5.1.1 Výchozí epistemologie

Výzkumnou otázku jsem formulovaná tak, že jsem se ptal, jak osoba se závislostí vnímá nebo prožívá určitou situaci, s níž je konfrontován a jakým způsobem přisuzuje této zkušenosti smysl. Výzkumná otázka vychází z mé epistemologické pozice, kterou je fenomenologie a daseinsanalýza. Ve formulaci výzkumné otázky je implicitně obsažen předpoklad o datech, jak klienti s léčenou závislostí prožívají svojí proměnu, jaký mají k ni vztah a jak jí rozumí. Výzkumnou otázku jsem primárně zaměřil fenomenologicky – na porozumění individuální zkušenosti klienta a jejímu významu. Zaměření otázky bylo explarovat, nikoli objasňovat, proto jsem se v procesu sběru dat zaměřil více na průběh než na konečný stav a spíše na význam než na konkrétní příčiny a důsledky událostí. Vycházel jsem z doporučení metodologie (J. Smith & Osborn, 2007), že se IPA zabývá výhradně zkušeností a porozuměním určitému fenoménu a výzkumnou otázku jsem zformuloval otevřeně.

5.1.2 Způsobu zpracování dat

V průběhu analýzy jsem zjistil, že vzhledem k tématu studie je případ respondent A detailní a bohatý a zvažoval jsem ho rozšířit o případovou studii. Při těchto úvahách jsem vycházel z názoru (J. A. Smith, 2009), že každý detail případu by mě přivedl blíže k významným aspektům sdíleného fenoménu zkušeností se změnou a osvětlil by jeho různé dimenze. Díky tomu, že jsem měl k dispozici analýzu průběhu terapie v terapeutické komunitě a výsledky některých testových šetření (e.g. NEO FFI), nabízela případová studie možnost dozvědět se více o respondentovy A ve specifickém kontextu, stejně tak se zaměřit na různé aspekty jeho zkušenosti. Dále se nabízelo propojení případové studie s existující psychologickou

literaturou, které by pomohlo osvětlit existující nomotetické výzkumy v oblasti závislosti. Nicméně po kritickém zhodnocení časové náročnosti jsem původní plán o případovou studii nerozšířil.

5.1.3 Reflexe výsledků výzkumu v kontextu teorie a srovnatelných studií

Zasazení výsledků výzkumu do kontextu teorie a srovnatelných výzkumů je provedena dekompozicí odpovědi na výzkumné otázky do čtyř oblast. Odůvodnění tohoto členění vidím v základním principu terapeutické komunity zdůrazňující, že při léčbě závislosti nejsou předmětem pozornosti symptomy poruchy, a že ohniskem problému či poruchy je osoba a její vztahy. Z toho pro mne vyplynula dekompozice celkové zkušenosti na čtyři výrazněji se projevující a účastníky akcentované oblasti zkušenosti:

- (1) Závislost a orientace v drogové minulosti
- (2) Závislost a zkušenost se změnou v sebepojímání
- (3) Závislost a zkušenost se změnou ve vztazích
- (4) Závislost a zkušenost s možnostmi otevíraných úzdravou

(1) Závislost a orientace v drogové minulosti. Všichni účastníci výzkumu poskytli živé a bohaté popisy jejich závislosti na alkoholu nebo drogách. Navzdory úzkosti a utrpení způsobenému jejich závislostí však všichni účastníci také popsali, co vnímají jako pozitivní nebo podpůrné aspekty: posilování a zklidňování, poskytování podpory nebo znečitlivění, pomoci zmírnit bolestivé emoce a zabývat se negativními pocity a nízkým sebevědomím. (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995) naznačují, že existuje relevantní důkaz, že lidé používají alkohol k regulaci kvality svých emocionálních zkušeností: ke snížení nebo zvládnutí dysforie, stejně jako k posílení pozitivních emocionálních zážitků, v souladu s očekáváním a přesvědčením o schopnosti alkoholu regulovat pozitivní a negativní vliv. Poznávají, že jejich dřívější výzkumy ukázaly, že pití kvůli zvládnutí silně souvisí s maladaptivními formami zvládnutí emocí, jako je vyhýbání se a popírání. V této koncepci je alkohol konzumován v

reakci na negativní emocionální zážitky. Autoři výzkumu poukazují na to, že je pravděpodobné, že proces je vzájemný a že pití zhoršuje následné negativní emoce. Rovněž uvádějí, že použití drog ke zvládnutí může dále snížit schopnost zvládnání drog, a tak může zvýšit závislost na drogách jako mechanismu zvládnání (například vztahu), jak uvádí účastník výzkumu E v rozhovoru:

Já jsem bisexuál (zakašláni) a já jsem se za to nenáviděl vždycky jsem to měl tak, že na drogách sem vždycky nějak do toho šel, do nějakých intimních vztahů s klukama a říkal jsem si, že to vlastně nejsem já, že za to mohou ty drogy a když jsem z toho vystřízlivěl, tak jsem se sám sobě hrozně hnusil a nikdy jsem to nikomu neřek, protože jsem se za to styděl..

(Kearney & O'Sullivan, 2003) identifikoval základní problém žen s problémy závislostí jako proces „sebe-destruktivního sebeobětování“ tj. použití drog ke zmírnění pocitu nepohodlí, aby se o někoho mohli postarat. To byl i případ účastnice výzkumu C. Podobně, podle Khantzianovy teorie sebemedikace (Khantzian, 1997) mohou lidé, kteří mají potíže s ovládním své zranitelnosti, především problémy s ovládním sebeúcty, vztahů a sebeobětování, začít užívat drogy ke zmírnění utrpení a bolesti nebo k vybuzení prožívání nebo kontrole emocí, když jsou nepřítomné nebo jsou pro ně matoucí. Jiné psychoanalytické teorie zkoumané (Morgenstern & Leeds, 1993) se zabývají řadou podobných témat: osoby zneužívající drogy jsou považovány za osoby, které mají zvláštní problémy s tolerancí svých afektů a s řízením svých afektů a užívání drog nebo alkoholu je v jejich případech považováno za náhradu nebo vyhýbání se funkcím těchto afektů. Z této perspektivy je užívání drog nebo alkoholu chápáno jako náhrada za chybějící intrapsychické funkce a problémy s mezilidskými vztahy jsou brány jako běžné pro osoby zneužívající látky. Potlačení emocí byla další strategií, kterou účastníci výzkumu používali, aby se vyhnuli negativním pocitům a odvrátili emocionální bolest. I když se zdá, že tato strategie zakrývá bolestivé emoce, zkušenosti účastníků výzkumu naznačují, že začít užívat alkohol nebo drogy nemusí být z dlouhodobého hlediska účinné. (Gross & John, 2003) tvrdí, že ačkoli potlačení může být účinné při snižování projevů negativních emocí, nebude to užitečné při snižování zkušeností s negativními emocemi. Kromě toho může opakované použití potlačení vést ke

zvýšení úrovně negativních emočních zkušeností, horšímu interpersonálnímu fungování a menší pohodě. Zdá se, že vyjádřením převážně negativních emocí účastníci poukazují na svůj převážně negativní způsob zapojení do světa. Převážně negativní emoce také naznačují jejich beznaděje a zoufalství. Podle (C. A. Smith & Lazarus, 1993) hodnocení nejen odlišuje pozitivní a negativní emoce, ale sekundární dimenze hodnocení rozlišuje pozitivní a negativní emoce podle hodnocení potenciálu zvládnání, odpovědnosti a očekávání. V tomto pohledu záporná emoce závisí na sekundárním hodnocení, ve kterém se člověk cítí neschopný vyrovnat se se situací a má nízká očekávání ohledně možných zlepšení situace. Z této perspektivy se zdá, že negativní emoce účastníků odrážejí jejich malá očekávání ohledně zlepšení, jejich beznaděje a zoufalství. Jako například u účastníka F:

Já jsem byl už v sedmý léčbě a tam mě říkali, že mě už pomůže jediné komunitní léčba. A já to beru jako poslední šanci, kde bych se mohl změnit a přijít si na to proč nebrat drogy.

(2) Závislost a zkušenost se změnou v sebepojímání. Účastníky negativně vyjádřené emoce mohou také ukazovat problematický způsob sebe vnímání, jak navrhl (Solomon, 1997): „emoce je základní úsudek o našich Já a našem místě v našem světě, projekce hodnot a ideálů, struktur a mýtů, podle kterých žijeme a skrze něž prožíváme naše životy“. Solomon považuje emoce za konstruktivní způsoby, způsoby prohlížení a zapojení se do světa, včetně občasných způsobů konstruování sebe sama. Viděno z této perspektivy je jedním z pozoruhodných rysů, které vycházejí z úvah účastníků, rozsah, v jakém si vytvořili své vlastní pojetí kolem příkrých soudů o sobě, nízkého sebehodnocení a averze vůči sobě. Například účastník B to vyjadřuje takto:

Byl jsem jako zakonzervovanéj v různých předsudkách a komplex a vlastně nějaký sebevědomí jsem neměl žádný, takovej nešťastnej člověk.

To není překvapující, vzhledem k tomu, že sebehodnocení je popsáno jako afektivní konstrukt skládající se z vlastních emocí spojených s hodnotou, sympatií a přijatelností (Kernis, 2003). Vztah mezi nízkou sebehodnocením a závislostí byl identifikován v mnoha

studiích například (Trucco, Connery, Griffin, & Greenfield, 2007), (Wilke, 2004) s některými také specificky zaměřenými na ženy a problematikou genderového rozdílu. Většina empirických studií o vztazích mezi sebehodnocením a zneužíváním alkoholu a drog však uvádí nekonzistentní nebo protichůdné výsledky, které jsou zčásti připisovány změnám v definování sebehodnocení a dalších metodických problémů (Schroeder, Laflin, & Weis, 1993). Podle (Trucco et al., 2007) lze jen velmi malé procento změny v užívání drog vysvětlit sebehodnocením, a to i přes různé definice tohoto pojmu. Naproti tomu se v malém počtu relevantních kvalitativních studií prokázalo, že otázky sebehodnocení jsou velmi významné například ve výzkumu (Hood, 2003), který zkoumal sebeúctu a závislost na drogách z pohledu účastníka výzkumu a v kontextu jeho života. Současné pohledy na sebehodnocení se vracejí k Williamovi Jamesovi, který se domníval, že sebehodnocení je odvozeno z jedinečného rámce jednotlivce pro hodnocení různých aspektů sebe sama. (Crocker & Wolfe, 2001) vyšli z této myšlenky Williama Jamese a tvrdí, že nízká sebehodnocení může vyplývat z výběru nebo z „uvěznění“ v setrvalém prostředí, vztazích nebo aktivitách, ve kterém je obtížné uspokojit něčí podmínky pro zvýšení sebehodnocení. Podle jejich názoru mohou problémy se sebehodnocením vést k maladaptivnímu nebo sebezničujícímu chování, jako je zneužívání drog, poruchy příjmu potravy a deprese. Když se lidé pokouší uspokojit podmínky sebehodnocení, lidé mohou reagovat buď se zintenzivněním nějaké činnosti (například cvičení), braním drog nebo pokusem o únik z negativního vlivu sebezničujícím chováním. Model prezentovaný Crockerem rezonuje se zkušeností účastníku výzkumu podaných v rozhovorech s účastníky. V empirických studiích bylo zjištěno, že případné problémy se sebehodnocením souvisejí s větší frekvencí konzumace alkoholu a problémů souvisejících s alkoholem například (Neighbors, Larimer, Geisner, & Knee, 2004). Další relevantní perspektivu nabízí teorie řízení panického strachu (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, & Schimel, 2004), která se snaží vysvětlit, jak motivace zakořeněná v existenciální úzkosti ovlivňuje jiné motivační síly a jak to ovlivňuje chování. V tomto pohledu, když je slabé sebevědomí, je vybuzena úzkost podněcující různé formy obranného chování zaměřeného na snížení úzkosti. Jedním ze způsobů, jak může být úzkost řízena, je eliminace sebevědomění nebo blokováním úzkosti farmakologicky (jak jsem uvedl výše v hypotéze o samoléčbě formulované Khantzianem). Vrátime-li se k tvrzení Williama Jamese, že sebehodnocení je odvozeno z jedinečného rámce jednotlivce pro hodnocení různých aspektů

sebe sama, je překvapující, že se spojení mezi sebehodnocením a identitou jedince objevilo ve výzkumech teprve nedávno (Cast & Burke, 2002). Cast a Burke naznačují, že sebehodnocení může být chápáno jako centrální složka základních procesů identity. Podobné spojení mezi nízkým sebehodnocením a negativní pocit sebe sama a návykové chování se zrcadlí v rozhovorech s některými účastníky výzkumu E, F :

když v té době byl závislej a bral jsem, tak byly vlastně moje veškeré vztahy založeny na lži a slovo duše bylo pro mě úplně cizí

Mám problém se sebeláskou. Já sebe se neuznávám, nemám se moc rád, i když se to teď mění a ty opačný případy ty nenávisti k sobě, díky tomu jsem spíš mluvil o druhých než o sobě

(3) Závislost a zkušenost se změnou ve vztazích. Hlavní změna ve vztazích, kterou se objevuje ve zkušenosti účastníci se týká mírou důvěry, porozumění a intimity. U vztahu k sobě samému pak mírou sebehodnocení, ve kterém je jasná trajektorie od sebeznehodnocujících postojů až ke zvědomňování vlastní hodnoty a pozitivních budoucích možností. Tento vývoj je patrný i ze zkušenosti účastníka výzkumu A:

R: Hmm, určitě to byla jedna věc, jak jsem byl na ulici tak tam jsem si vytvořil neukazovat ten strach, bejt za drsňáka, že jo to se mi pak přeplo do toho normálního života. Tak jsem musel zapracovat na tom, aby lidi ze mě neměli strach, že jo nebo třeba tak musel jsem se hodit do toho klidného nebo bejt sám sebou takovej, jakej jsem. A to se mi jako povedlo. Teď si myslím, že ze mne nemá strach nikdo a jsem takovej klidnej milej myslím, protože teď na nikoho nemusím dělat starch, jestli to můžu takhle říci.

Dřívější vztah se závislostí byl vykreslen jako intenzivní všestranná připoutanost, kterou účastníci (mimo rozhovor) popsali metaforicky jako „svou jedinou lásku“ a „nejlepšího přítele“. Flores tvrdí z psychodynamické perspektivy, že závislost může být viděna jako „porucha vztahové vazby“ (Flores, 2001). Podle jeho názoru mají obtíže závislé osoby zásadní vliv na založení a udržování mezilidských vztahů, které často nahrazují nutkavými

chování (jako jsou drogy, sex, jídlo a hazardní hry), a že tyto obtíže mají souvislost s kvalitou raných zkušeností ve vztahu k pečující osobě. Z hlediska teorie vztahové vazby se vnitřní modely sebe sama a ostatních vytvářejí v kontextu s charakterem časných interakcí s pečujícími osobami, většinou matkou (Bowlby, 2010). Model sebe sama slouží jako základ pro pocity osobní hodnoty, úcty a sympatie, zatímco model ostatních je základem vnímání důvěryhodnosti, dostupnosti a citlivosti ostatních (McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003). Výzkum týkající se vztahu mezi kvalitou stylů chování dospělých a konzumací alkoholu a drog (Kassel, Wardle, & Roberts, 2007), (Schindler et al., 2005) poukazuje na potíže s bezpečnou vztahovou vazbou a navázáním intimity, důvěry a odpovídající mezilidské hranice. Výsledek tohoto výzkumu je v souladu se zkušeností většiny účastníků. Například účastník výzkumu k tématu důvěry říká:

R: Jo, jo, najednou jsem cejtil, že mi rozumí a OK, nesouhlasíme s něčím, já to vidím takhle, ty to vidíš takhle, ale věřím ti. Ta důvěra tam najednou byla, že jsem jako cejtil sem, že mě věří, že to říká od srdce, protože sem si myslel, že mi nevěřil, že jako nejsem upřímný a že to nemyslím vážně.

Ambivalentní a vyhýbavé vztahové vazby jsou spojovány s nadměrným užíváním látek (Cooper, Shaver, & Collins, 1998). „Pití pro zvládnutí“ pozitivně souvisí s vyhýbavou a úzkostnou vztahovou vazbou a negativně souvisí s bezpečnou vztahovou vazbou (Brennan & Shaver, 1995) & Shaver, 1995). Tato zjištění rezonují s obrazem, který vychází z úvah účastníků o vztazích v jejich rodinách a to zejména u těch účastníků, z jejichž rodinné anamnézy plyne, že byli v raném dětství zanedbáváni. Teorie vztahové vazby byla také použita ve výzkumu vztahových problémů mezi dospělými - dětmi alkoholiků, definovanými jako dospělí z rodiny s alkoholickým rodičem, prarodičem a nebo jiným členem rodiny. Ačkoli existující empirické výzkumy nejsou zcela konzistentní (Harter, 2000), některá nedávná zjištění ukazují, že dospělé děti alkoholiků uvádějí více úzkostných a vyhýbavých chování v milostných vztazích a ustrašenější styl ve vztahu k ostatním dospělým (Kelley et al., 2005). Vztahová vazba souvisí i s výběrem partnera se závislostí, ukazuje se, že mezi ženami alkoholiků byl významně zastoupen nefunkční styl vztahové vazby (Elguebaly, West,

Matickatyndale, & Pool, 1993). Studium vzorců vztahové vazby u vysokoškolských studentů, kteří jsou dětmi alkoholiků a kteří ve zvýšené míře užívali konopí, byla také zjištěna zvýšená míra vyhýbavé a úzkostné ambivalentní vztahové vazby. Výzkum také ukázal vztah mezi vztahovou vazbou a sebehodnocením (Bylsma, Cozzarelli, & Sumer, 1997), (Foster, Kernis, & Goldman, 2007). Bylo zjištěno, že nejistá vztahová vazba je významně spojena s užíváním drog, převážně prostřednictvím nízkého sebehodnocení a negativních postojů vůči sobě (Kassel et al., 2007). Stejně tak byl nalezen negativní model sebe sama významně spojený s prožíváním většího počtu negativních důsledků souvisejících s pitím (McNally et al., 2003). Zdá se, že se vzorce nezdravých vztahových vazeb v rodině replikují v budoucích problematických a destruktivních vztazích dospělých. To platí i pro část účastníků výzkumu, u kterých se jednalo především o úzkostně ambivalentní vazbu a v jednom případě (účastník výzkumu C) o dezorganizovanou vazbu, která se projevovala v některých případech k určité patologičnosti vztahu. To se například zrcadlí ve zkušenostech účastnice výzkumu C hovořící o vztazích k mužům:

já těm mužům mám sklony do těch vztahů padat díky nějakému stresu, křivdě, tak hledám nějakou blízkost, kterou bych to zaplácla, kterou budu jako někde jinde. Něco jako, (vyhrkne) já bych řekla substitute ty drogy. Zapomenu na tu křivdu. Najdu si okamžitě někoho a naopak to s ním ukončím nebo něco, protože to jde jako strašně rychle, když to řeknu takhle nebo se s tím člověkem rychle vyspím a skončí to

(4) Závislost a zkušenost s možnostmi otevíraných úzdavou. Účastníci popisují úzdravu jako náročný a dlouhodobý proces, otevírající se novým pohledům na sebe a na svět: smysl pro zvýšenou soběstačnost, rozvoj dovedností zvládnání, propojení s ostatními a zapojení do pozitivních a tvůrčích činností, zejména hledání vzdělávacích aktivit sociálních příležitostí. Dobrým příkladem je účastník výzkumu B mající s proměnou tuto zkušenost:

Věděl jsem, že ve mě něco je, že ve mně něco dřímá, že mě něco baví a že něco umím, ale rád sem se vůbec neměl. Byl jsem jako zakonzervovanej v různých předsudkách a komplex a vlastně nějaký sebevědomí jsem neměl žádný, takovej nešťastnej člověk. Ted' se

*začínám mít rád už, to sebevědomí mi roste, chtěl bych aby bylo vejš,
ale dokážu mluvit otevřeně, dokážu komunikovat, to jsem nedokázal,
kór když jsem byl sjetej, tak to nešlo, to jsem něco zamumlal a šel
jsem si po svých a už proto jsem se zase neměl rád. V hlavě to bylo,
vim co chci, ale nedokázal jsem to. Tak sebevědomí prostě šlo furt
dolu. No a tady jsem se za těch šest měsíců naučil slušně říkat věci a
zároveň si stát za svým názorem, když se mi něco nelíbí tak taky
bouchnu, ale pak nad tím přemýšlím, jestli tam třeba nějakou
náhodou něco není, co by mě mělo a prostě udělal jsem hromadu
práce na sobě, která mi pomáhá být sebejistější. Chodím za
koníčkama, seznamuji se s novými lidma, to jsem dřív nedokázal.
Dokázal jsem na ulici sehnat cokoliv, pohybovat se mezi feťákama a
zločincema bez nějakého studu a strachu, ale jít se na nějakou stěnu
zalízt s normálními lidmi z toho jsem byl takhle rozklepanej*

Různé pohledy na úzdravu vyplývající ze zkušenosti účastníků rezonují s dalšími kvalitativními studii (např. (Hood, 2003); (Kearney, 1998)) a s definicemi rozsahu úzdravy, které nabízí literatura, která se zaměřuje na úplnější koncept úzdravy ze závislosti (např. (Laudet, 2007); (White, 2007)), pro podobné holistické definice úzdravy v jiných oblastech viz například (Andresen, Caputi, & Oades, 2006), (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999). (White, 2007) definuje uzdravení jako zkušenost a proces, ve kterém lidé používají interní a externí zdroje (včetně rodiny a komunity), k řešení problémů s alkoholem a drogami, aktivně řídí svou přetrvávající zranitelnost vůči těmto problémům a rozvíjejí zdravý, produktivní, a smysluplný život. Rodina a sociální podpora jsou významný činitel v procesu úzdravy ze závislosti. Podle vyprávění účastníků, hlavní poskytovatelé sociální podpory, poskytující především emocionální pomoc a materiální pomoc byly matky, babičky a sestry. (Larkin & Griffiths, 2002) uvažuje v souvislosti s úzdravou ze závislosti, že pozitivní orientace na budoucnost musí vést k úspěšné změně. To bude vyžadovat, aby problémoví uživatelé dostávali psychologickou podporu, když si budou znovu představovat a přepisovat své vlastní narativy během procesu úzdravy a změny. Zotavování ze závislost bylo často popsáno jako transformace nebo změna identity. Například, v (Koski-Jannes, 2002)

zkušenost zotavení ze závislosti zahrnuje hluboké změny v pojetí Já, hodnotách a orientacích v životě přes objevování nebo znovuobjevení hodnot, ideálů a cílů. V souvislosti se spiritualitou upozorňuje (Říčan, 2007) na její integrativní působení na osobnost. (Koski-Jannes, 1998) definoval body obratu jako momenty nebo epizody vedoucí k hlubokým změnám v sebepojetí nebo sebepopisu, které může přispět ke změně identity. Podobně jako výše, (West, 2009) naznačuje, že hluboká změna identity může být silný impulz pro změnu chování. U většiny účastníků se pohyb směrem k uzdravení jeví jako kumulace zkušeností, které nakonec vedou k rozhodnutí hledat pomoc. Zdá se, že tento postupný přístup k úzdavě odpovídá procesu změny popsaném v Prochaska & Diclementeho transteoretickém modelu změny (J. O. Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992), o kterém jsem široce referoval v teoretické části. Jak bylo uvedeno výše, rozdíly v těchto zkušenostech nejsou překvapivé, protože zkušenosti účastníků jsou nevyhnutelně omezeny a zakotveny v populárních diskurzích závislosti a léčebných programech, kterých se účastní. Nicméně, jak tvrdí (Eatough & Smith, 2006), jednotlivci tyto události naplňují smyslem tak, aby se stali součástí jejich minulých, současných a budoucích žitých zkušeností. Cesta do a ze závislosti byla popsána jako vzestup a stoupání, „cesta ke skalnímu dnu a cesta zpět“ a graficky zobrazený jako sestupná a vzestupná křivka (Glatt, 1975).

Tato kapitola představila interpretační fenomenologickou analýzu z rozhovorů se šesti účastníky. Analýza dat vytvořila čtyři nadřazená témata: zkušenost s orientací v závislosti, zkušenost s proměnou sebenáhledu, zkušenost s proměnou vztahů a zkušenost s tím, jaké možnosti otevírá údrava. Analýza demonstruje trajektorii závislosti a údravy a její dopad na sebe a vztahy, stejně jako korespondence mezi zkušenostmi účastníků a zasazení této trajektorie do kontrastu s existujícími výzkumy.

Při výzkumu jsem se setkal s mnoha dalšími výzkumně zajímavými tématy, jako například s tématem prožívání viny respondentů, jak vůči blízkým osobám, tak i vůči sobě samým, které významně ovlivňovalo citění, chování a postoje respondentů. Pro mne překvapující zjištění bylo pozorování spojitosti prožívání viny, které se projevovalo vynořováním svědomí a jeho ponorem a působením této nespojitosti na psychické a fyzické zdraví, mající podobu

sebetrestání psychického i tělesného. Zkoumání tohoto fenomenu však nebylo v rozsahu tohoto výzkumu

5.1.4 Limity výzkumu

Užití kvalitativního přístupu pro zkoumání zkušenosti člověka léčícího se ze závislosti v terapeutické komunitě přineslo podrobné a bohaté pochopení toho, jaká má člen terapeutické komunity zkušenost se svou proměnou a jak lze rozumět této změně z perspektivy religiozity a spirituality. Zjištění tohoto výzkumu je však třeba vykládat opatrně a s ohledem na následující omezení.

Někteří autoři zpochybňují propojení tří teoretických pozic IPA metodologie, kterými jsou fenomenologie, hermeneutika a ideografický přístup (Willig, 2001). Namítají, že je obtížné zaujmout v prvním kroku k výzkumnému tématu fenomenologický postoj a v další fázi přejít k hermeneutické pozici, když je imperativem fenomenologické metody neinterpretovat, ale popisovat fenomén. S touto námitkou jsem se vypořádal tak, že jsem tvořil interpretaci otazníkem a v průběhu analýzy a pronikání do hloubky výpovědi respondenta jsem provedl reinterpetaci a tím jsem ponechal prostor pro jiné interpretační možnosti. Navíc jsem interpretaci zakotvil ve výpovědích pomocí přímých citací a příjemce interpretace má tak možnost komparace mé a své interpretace. Další autoři si kladou otázku, zda je vůbec možné nějaké fenomény popsat, aniž bychom již tímto procesem interpretovali (Pringle et al., 2011). Spojení fenomenologie a hermeneutiky v IPA metodě je dle mého názoru naopak nutnost pro existenciálně fenomenologickou analýzu, o kterou mi v tomto výzkumu jde. Podobné doporučení vydává (S. J. Murray & Holmes, 2014).

IPA studie obvykle pracuje s nižším počtem respondentů. Vzhledem k povaze fenomenologického výzkumu – detailní analýza zkušenosti – jsem vyšel z doporučení metodologie (Larkin et al., 2006) a zaměřil jsem se z původních devíti vybraných na šest členů terapeutické komunity – účastníků výzkumu, kteří reprezentují zkoumaný fenomén. Za podstatnou zásadou výběru respondentu jsem považoval homogenitu vzorku. Další klíčový požadavek, na který jsem se zaměřil bylo to, aby respondenti dobře reprezentovali daný

fenomén, který mě zajímal, a proto jsem pečlivě vybral takové participanty, kteří jsou nositeli daného jevu. Z tohoto důvodu jsem použil v souladu s metodologií (Larkin et al., 2006) metodu záměrného výběru, v němž je jasně definován okruh lidí, pro které by byla moje výzkumná otázka relevantní. Stanovená kritéria výběru vzorku byla závislá na zaměření výzkumu, jednalo se o klienty s léčenou závislostí na metamfetaminu, kteří prošli úspěšně třemi fázemi léčby v terapeutické komunitě, a kteří v době výzkumu neprodělali nekontrolovaný relaps. Z takto úzkého výběru plyne i logika zobecnitelnosti, závěry výzkumu nelze zobecnit na širší populaci a jiný sociálně-národnostně-kulturní okruh populace. Poskytuje však detailní informace o dané skupině. V návaznosti na doporučení autora metodologie (J. A. Smith, 2009) jsem přemýšlel spíše o teoretické přenositelnosti, která umožňuje nalézat propojení výsledku mého IPA výzkumu s poznatky v již existující literatuře nebo výzkumy než o empirické zobecnitelnosti. Zajímalo mě, co lze ze zkoumané zkušenosti klientů se závislostí vyvodit ve vztahu ke zkoumanému fenoménu. S ohledem na to, že je IPA druh kvalitativního výzkumu, dával jsem přednost postupu zaměřenému na bohatost dat jednotlivých případů před pevně stanoveným počtem respondentů.

5.1.5 Publikace výsledků výzkumu

Název	Milníky	Popis	Realizace
Manuskript eng	Draft	Manuskript pro impaktovaná zahraniční periodika typu OAJ (e.g. Health Psychology and Behavioral Medicine) nebo impaktovaná zahraniční periodika standardního typu (e.g. Psychology of Religion and Spirituality)	30.4.2019
	Interní revize	Interní oponentura s konzultantem a peer reviewerem	15.6.2019
	Zaslání vydavateli	Zaslání manuskriptu k posouzení vydavateli	30.6.2019
	Přijetí k publikaci	Úpravy manuskriptu dle požadavku reviewera	prosinec 2019
	Publikace		2020
Manuskript cz	Draft	Manuskript pro recenzované české periodikum (e.g. Psychoterapie)	30.6.2019
	Interní review	Interní oponentura s konzultantem a peer reviewerem	15.7.2019
	Zaslání vydavateli	Zaslání manuskriptu k posouzení vydavateli	30.7.2019
	Publikace		2020
Akademická konference	presentace	Kolokvium PVŠPS	Červen 2019
Mezinárodní konference	presentace	Annual International Conference on Spirituality and Psychology 2020	2020

5.2 Doporučení pro klinickou praxi a další výzkum

Kapitola obsahuje doporučení pro využití v klinické praxi a pro další případné směry výzkumu.

Navzdory omezením nabídla tato studie zajímavé oblasti, které je třeba zvážit s ohledem na poskytování služeb a odborné praxe v prostředí terapeutické komunity. Průzkum a psaní této práce otevřel řadu nápadů a možností pro budoucí výzkum v dané oblasti. Tato studie se zařazuje do současného trendu ve výzkumu závislostí znamenající přesun zájmu od studia izolované individuální zkušenosti k holističtějšímu chápání procesu zotavení ze závislosti. S tímto posunem zaměřením na význam a rozsah údravy ze závislosti a důraz na údravu z perspektivy léčeného člověka budou kvalitativní metody stále více užitečné pro vytváření znalostí potřebných pro rozhodování o nastavování standardů léčby. Některá zjištění mého výzkumu mohou mít dopad na praxi v zařízeních, které poskytují individuální a skupinovou podporu lidem postiženým problémy závislostí. Tento výzkum například zdůrazňuje důležitost potřeby klienta se zorientovat v emocích z období své drogové kariery již v počátcích léčby a jejich význam při rozvíjení smysluplných reprezentací zkušeností ze závislosti a údravy. To by pro klinické terapeutky mělo znamenat zaměřit se na klientovu malou schopnost vyznat se ve svých pocitech a zvládat je a na jejich nevědomou snahu se od nich odpoutat a současně se nechat jimi ovládat. Terapeut by měl takovému klientovi prostřednictvím obsahování (containment) vytvořit bezpečný rámec, ve kterém by klient mohl zkoumat svoje problematické emoce z minulosti a přítomnosti a nalézat konstruktivní orientaci umožňující jejich přijetí a zpracování. Studie rovněž zjistila důležitost proměny kvality ve vztazích klienta, které vychází z obnovy původního přerušeno primárního emočního vývoje a znovu aktivovaného v terapeutické komunitě. Dynamika této aktivace je dána charakterem komunikace mezi členy komunity. Role terapeuta je ve sledování této dynamiky a ve spoluvytváření prostoru pro otevřené a bezpečné sdělování, sdílení a naslouchání. Stávající výzkum byl zaměřen na úvodní fáze léčby a měl by na něj navázat zkoumání zkušenosti klienta ze středních a závěrečných fází léčby spojených s konfrontací s realitou a interpersonálním učením, které jsou důležité pro psychické dospívání značně nevyzrálé osobnosti klienta. Další významnou oblastí výzkumu zkušenosti člověka v léčbě závislosti může být zkoumání zkušenosti přebírání odpovědnosti

v rámci určitého společenství lidí. Zkoumání této zkušenosti by mohlo vést k ověření hypotézy, že prostřednictvím účasti ve společenství lidí člověk dospívá k většímu uvědomění sebe sama a může tak například svobodněji měnit své chování, což by mělo pro léčbu závislostí velký význam.

Za účelem maximalizace zdrojů pacientů by se kliničtí pracovníci měli zaměřit na hodnocení duchovního a náboženského rozměru v průběhu jak diagnostického procesu, tak i terapie. Zdá se však, že klinický lékař musí být vědom toho, že bude používat aspekty spirituality pečlivě a pouze v jistém smyslu přijatelném pro daného pacienta. Duchovní zapojení může pomoci pacientům, kteří mají sklon ke spiritualitě a mohou být kontraproduktivní u těch, kteří toto zaměření nemají. Ověřené nástroje nebo metody, které umožňují jednoznačně odpovědět na otázku, jak účinně integrovat duchovní specifičnost osoby a osoby s plánovaným terapeutickým procesem, v současné době neexistují. Přístupy, jako jsou 12-stupňové kroky rozvinuté ve Spojených státech, pravděpodobně nesplňují rozmanitost různých duchovních potřeb v ostatních zemích. Budoucí klinický vývoj by mohl snad umožnit otevřený průzkum osobních duchovních potřeb, a tak konceptualizovat integraci těchto potřeb do léčby za podmínky, že se vyvaruje deformace jeho užívání.

Další cestou vývoje je studium vazeb mezi širokým spektrem nástrojů, které hodnotí duchovnost (Cook, 2004) a konstrukcí nástroje, který zkoumá vícerozměrné aspekty duchovnosti, které by mohly být také použity u pacientů, kteří nejsou nábožensky zapojeni, a testování metod léčby, které jsou výslovně duchovně zaměřené. Je také potřeba politiky zaměřené na podporu intervencí, která bude citlivější na otázky spirituality. Další studie budou muset překonat případná zkreslení odborných publikací o závislosti a náboženství kvůli skutečnosti, že téměř všechny studie pocházejí ze euroatlantického světa a především ze Spojených států. Zásadní je výzkum o faktorech a specifických procesech (duchovních či sekulárních) nebo kombinacích faktorů a procesů, které podporují abstinenci, stejně jako typy, úrovně a kvality snižování škod a kvality života a to i při užívání drog během různých fází rozvoje návykových chování a v různých kulturních podmínkách.

6 Závěr

V této části jsou zdůrazněna hlavní zjištění výzkumu a jeho implikace pro další výzkum a klinickou praxi. Jakým způsobem zaplnil dosud neobjasněné oblasti výzkumu psychoterapie.

Závislost na návykových látkách je jev, který hluboce deformuje lidskou existenci. Setkání s lidmi, kteří žili podstatnou část svého dosavadního života pod vlivem návykových látek, a kteří nyní abstinují, mi ukázal, že i oni, tak jako druzí, touží po tom stát se sebou samým, žít ve společenství lidí, pěstovat v sobě hodnoty mající cenu a žít ve smysluplném řádu, přesto stejně jako druzí, také i oni musejí čelit vnitřnímu zmatku, osamělosti, nezakotvenosti, a ztrátě smyslu. Na základě výzkumu učiněného v rámci doktorského studia jsem dospěl k závěru, že je práce s religiozitou a spiritualitou klienta enormní výzva nejenom pro klinickou praxi, ale i pro samotný výzkum. S ohledem na tuto složitost a obtížnou uchopitelnost se část odborníků domnívá, že je práce s tématem religiozity a spirituality nemožná, neúčelná a zdůrazňují přístup zaměřený na důkazem ověřenou léčbu. Existuje však také rostoucí skupina výzkumníků, která je zaměřená na zkoumání fenoménů a postupů, které souvisí s identifikací a naplňování religiozních a spirituálních potřeb lidí léčících se ze závislosti na návykových látkách. Výzkum prostřednictvím Interpretativní Fenomenologické Analýzy zodpověděl výzkumné otázky pro šest abstinujících klientů, kteří prošli úvodními fázemi rezidenční léčby terapeutické komunity, a prokázal, že je zkušenost klientů se změnou a s jejím smyslem, jaký jí tito klienti přisuzují jednou z klíčových oblastí, které by měly být zohledňovány při tvorbě základny, kterou terapeut užije jako explicitní interpretační obsah pro své úvahy nad terapeutickým postupem u konkrétného klienta. Pro většinu účastníků výzkumu měla proměna důležitý význam pro uvědomění si své podstaty a v širších souvislostech i podstaty člověka, jako bytosti, která je hodna úcty a která je obdařena rozumem i emocemi, bytostí, která není v podstatě špatná, ale mající velký potenciál konat dobro. Výzkum potvrdil existenci jak individuálních rozdílů v porozumění zkušenosti se změnou mezi jednotlivými klienty, tak i shodu v jiných zkušenostech. Například v používání potlačení emocí jako strategie, kterou účastníci výzkumu používali, aby se vyhnuli negativním pocitům a odvrátili emocionální bolest nebo vzrůstající osobní autonomie díky nově získaným kompetencím ať už v sociální pracovní nebo psychologické oblasti a výrazně

akcentovanou zkušeností proměna interpersonálních vztahů a to jak k ostatním členům komunity, tak i k blízkým osobám. Výzkum ukázal určitou shodu ve spirituálních potřebách, jako je například smysluplnost, pečování a rozvoj vnitřních hodnot, propojenost se sebou samým, s ostatními bytostmi, Bohem nebo vyššími silami a stávání se sebou autonomní svobodnou bytostí. S ohledem na použitou metodu a cíle výzkumu, není účelné výsledky zkoumání zobecňovat. Výsledky zkoumání jsou spíše přínosné pro porozumění individuálním případům klientů a k porozumění důležitosti fenoménu pro explicitní interpretační obsah spojený se zkoumáním léčby klienta. Pro získání celistvějšího obrazu o fenoménu zkušenosti se změnou ve vyšších fázích terapie a její religiozní a spirituální determinanty bude účelné, aby se budoucí výzkum zaměřil na studium zkušenost člověka se zapojováním do společenství lidí prostřednictvím interpersonálního učení a zkoumání zkušenosti klienta s přebíráním odpovědnosti v rámci procesu ustanovení vlastního Já. Navazující výzkum by pak měl zkoumat možnosti začlenění práce s religiozními a spirituálními determinanty do užívaných terapeutických a poradenských postupů.

Anotace

Annotation of the thesis

Title: PATIENT CORRECTIVE EXPERIENCE IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY

Author: Mgr. et Ing. Václav GREPL

Supervisor: prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

Number of pages and characters: 281 pages, 536 018 characters

Number of appendices: 8

Number of references: 340

Abstract:

Religiosity and spirituality are concepts often considered means of reducing substance abuse and are directly employed in substance abuse recovery programs such as Anonymní Narkomani (Anonymous Addicts), Anonymní Alkoholici (Anonymous Alcoholics) and indirectly employed in recovery program of Therapeutic Communities. Substance abuse is a serious social and medical problem in Czech Republic, a country in which religiosity and spirituality have been subject to change and re-definition, especially since the political and social changes of the 1990s. This study utilized data from six deep interview to examine patient corrective with experience of transformation in the therapeutic community. Four research questions were asked: *What is the experience of an addict with his transformation in the therapeutic community, Significance and meaning of transformation for an addict, What are the expectations and needs of an addict in the area of spirituality during a treatment, How an addict experiences the spirituality during a treatment.* An interpretative phenomenological analysis was used to mine main themes from experience of addict with transformation during therapeutic community treatment. The results show that, the patients gained an orientation in the emotions of the drug past during the initial treatment phase, patients gained insight into both apparent and hidden forms of craving, patients' experience with intrapersonal and interpersonal relationships was strongly accentuated. Five main spiritual characteristics were identified in patient's experience during transformation: Meaningfulness of life, Acceptance of values that society cares for, Respect for transcendence, Connection with oneself and other beings, Becoming an authentic, responsible and free being. Clinical implications and further research are discussed.

Key words: spirituality, religiosity, dialogical personalism, addiction treatment, therapeutic community, lived experience, phenomenology

Bibliografie a použité informační zdroje

- Akers, R. L., & Lee, G. (1996). A longitudinal test of social learning theory: Adolescent smoking. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 317-343. doi:10.1177/002204269602600203
- Allen, J. P., Mattson, M. E., Miller, W. R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., Rychtarik, R. G., . . . Townsend, M. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Allport, G. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*(5), 432-434.
- Allport, G. (2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
- Andrusyna, T. P., Luborsky, L., Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in Supportive-Expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 526-535. doi:10.1080/10503300600591379
- Anonymous., A. (2001). *Alcoholics Anonymous*. New York: A.A. World Services.
- Arevalo, S. (1976). *Alcoholic Anonymous World Services*. . New York: Alcoholics Anonymous.
- Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009
- Armitage, C. J. (2003). Beyond attitudinal ambivalence: effects of belief homogeneity on attitude-intention-behaviour relations. *European Journal of Social Psychology*, 33(4), 551-563. doi:10.1002/ejsp.164
- Arnold, R. M., Avants, S. K., Margolin, A., & Marcotte, D. (2002). Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 319-326. doi:10.1016/s0740-5472(02)00282-9
- Aromin, R., Galanter, M., Solhkhah, R., Dermatis, H., & Bunt, G. (2006). Preference for spirituality and twelve-step-oriented approaches among adolescents in a residential therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 25(2), 89-96. doi:10.1300/J069v25n02_12
- Aron, A., & Aron, E. N. (1980). THE TRANSCENDENTAL MEDITATION PROGRAMS EFFECT ON ADDICTIVE BEHAVIOR. *Addictive Behaviors*, 5(1), 3-12. doi:10.1016/0306-4603(80)90016-7
- Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 39-45. doi:10.1080/02791072.2001.10400467
- Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C. S., Nirenberg, T. D., Woolard, R., Mello, M. J., . . . Gogineni, A. (2007). Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: The effect of multiple interventions and therapists'

- behavior. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 31(10), 71S-75S.
doi:10.1111/1530-0277.2007.00498.x
- Bandura, A. (1999). *A social cognitive theory of personality*. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality*. New York: Guilford Publications.
- Barbour. (2002). *Neuroscience, artificial intelligence, and human nature: Theological and philosophical reflections*. In R. Russell, N. Murphy, T. Meyering, & M. Arbib. (Eds.), *Neuroscience and the person*. Vatican City State: Vatican Observatory.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction: Recovery Without Treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Billig, M. (1988). *Ideological Dilemmas: A Social Psychology for Everyday Thinking*. London: Sage.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world, in Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.
- Black, W. A. (1991). *An existential approach to self-control in the addictive behaviors*. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley, (Eds.), *Self-control and the addictive behaviors*. Sydney: Maxwell and MacMillan. .
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Blecha, I. (2004). *Filosofie*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Booth, B. M., Blow, F. C., Cook, C. A. L., Bunn, J. Y., & Fortney, J. C. (1992). AGE AND ETHNICITY AMONG HOSPITALIZED ALCOHOLICS - A NATIONWIDE STUDY. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 16(6), 1029-1034. doi:10.1111/j.1530-0277.1992.tb00694.x
- Booth, J., Martin, J. E. (2001). *Spiritual and religious factors in substance abuse, dependence and recovery*. In H.G.Koenig, (eds.) *Handbook of Religion and Mental Health*. . San Diego: Academic Press.
- Borg, J., Andree, B., Soderstrom, H., & Farde, L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1965-1969.
doi:10.1176/appi.ajp.160.11.1965
- Borg, W. R. (1989). *Educational Research: An Introduction* (5th. ed.). New York: Longman.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., . . . Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347. doi:10.1037/0893-164x.20.3.343
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2324-2328. doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.025
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portal.
- Brady, K., Back, S., & Greenfield, S. (2009). *Women and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press. .
- Brandon, T. H., Herzog, T. A., Irvin, J. E., & Gwaltney, C. J. (2004). Cognitive and social learning models of drug dependence: implications for the assessment of tobacco dependence in adolescents. *Addiction*, 99, 51-77. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00737.x

- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). DIMENSIONS OF ADULT ATTACHMENT, AFFECT REGULATION, AND ROMANTIC RELATIONSHIP FUNCTIONING. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. doi:10.1177/0146167295213008
- Bridges, M. R. (2006). Activating the corrective emotional experience. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 551-568. doi:10.1002/jclp.20248
- Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The "new" drug-free therapeutic community - Challenging encounter of classic and open therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 595-597. doi:10.1016/s0740-5472(97)00310-3
- Brook, R. C., & Whitehead, P. (1980). *Drug Free Therapeutic Community: An Evaluation*. . New York: Human Sciences Press. .
- Buber, M. (2005). *Já a Ty*. Buber: Kalich.
- Buchheld, N., & Walach, H. (2002). Mindfulness in Vipassana meditation and psychotherapy - Development of a mindfulness questionnaire. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Psychiatrie Und Psychotherapie*, 50(2), 153-172.
- Bylsma, W. H., Cozzarelli, C., & Sumer, N. (1997). Relation between adult attachment styles and global self-esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(1), 1-16. doi:10.1207/s15324834basps1901_1
- Cain, C. (1991). PERSONAL STORIES - IDENTITY ACQUISITION AND SELF-UNDERSTANDING IN ALCOHOLICS-ANONYMOUS. *Ethos*, 19(2), 210-253. doi:10.1525/eth.1991.19.2.02a00040
- Cajthaml, M. (2010). *Pravé lidské bytí jako základní téma Patočkova myšlení, In Evropa a péče o duši*. Praha: Oikoyomenh.
- Cambling, P. (1999). *Therapeutic Communities : Past, Present, Future*. London: Jessica Kingsley.
- Campling, P. (1999). Therapeutic communities: Past, Present and Future. In. London: Jessica Kingsley.
- Carter, B. L., & Tiffany, S. T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94(3), 327-340. doi:10.1046/j.1360-0443.1999.9433273.x
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041-1068. doi:10.1353/sof.2002.0003
- Clarke, I. (2009). *Introduction. In I. Clarke & H. Wilson (eds.) Cognitive Behaviour Therapy for Acute Inpatient Mental Health Units*. . East Sussex Routledge.
- Cohen, L., & Gordon, S. (2009). *Co-occurring eating and substance use disorders. In K. Brady, S. Back & S. Greenfield (Eds.), Women and Addiction: A Comprehensive Handbook* New York: Guilford Press. .
- Cohen, R. (2002). The dynamics of addiction in the clinical situation. In M. Weegmann & R. Cohen (Eds.), *The Psychodynamics of Addiction*. In. London: Whurr Publisher.
- Coleman, S. B., Kaplan, J. D., & Downing, R. W. (1986). LIFE-CYCLE AND LOSS - THE SPIRITUAL VACUUM OF HEROIN-ADDICTION. *Family Process*, 25(1), 5-23. doi:10.1111/j.1545-5300.1986.00005.x
- Conner, M., Sparks, P., Povey, R., James, R., Shepherd, R., & Armitage, C. J. (2002). Moderator effects of attitudinal ambivalence on attitude-behaviour relationships. *European Journal of Social Psychology*, 32(5), 705-718. doi:10.1002/ejsp.117
- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x

- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). DRINKING TO REGULATE POSITIVE AND NEGATIVE EMOTIONS - A MOTIVATIONAL MODEL OF ALCOHOL-USE. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 990-1005. doi:10.1037//0022-3514.69.5.990
- Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1988). COPING, EXPECTANCIES, AND ALCOHOL-ABUSE - A TEST OF SOCIAL-LEARNING FORMULATIONS. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(2), 218-230. doi:10.1037//0021-843x.97.2.218
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(5), 1380-1397. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1380
- Corrigan, P. W., Gifford, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231-239. doi:10.1023/a:1018741302682
- Corrington, J. E. (1989). Spirituality and recovery: relationships between levels of spirituality, contentment, and stress during recovery from alcoholism. . *Alcoholism Treatment Quarterly*, *6*.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, *108*(3), 593-623. doi:10.1037//0033-295x.108.3.593
- Crossley, D. (1995). RELIGIOUS-EXPERIENCE WITHIN MENTAL-ILLNESS - OPENING THE DOOR ON RESEARCH. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 284-286. doi:10.1192/bjp.166.3.284
- Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1969). Manual of instruction for the purpose-in-life-test. In. Munster: Psychometric. .
- Davies, J. (1991). *The Myth of Addiction* London: Routledge.
- Davis, D. R., & Jansen, C. G. (1998). Making meaning of alcoholics anonymous for social workers: Myths, metaphors, and realities. *Social Work*, *43*(2), 169-182. doi:10.1093/sw/43.2.169
- de Visser, R. O., & Smith, J. A. (2007). Young men's ambivalence toward alcohol. *Social Science & Medicine*, *64*(2), 350-362. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.010
- DeLeon, G. (1999). Therapeutic communities. In P.J. Ott, R.E. Tarter, & R.T. Ammerman (eds.) Sourcebook on Substance Abuse: Etiology, Epidemiology, Assessment, and Treatment. In. Boston: Allyn & Bacon. .
- DeLeon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Methods*. New York: Springer.
- DeLeon, G., & J., Z. (1986). *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research, and Practice*. Springfield: Charles C.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, *23*(2), 86-92.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 936-941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2006). I feel like a scrambled egg in my head: An idiographic case study of meaning making and anger using interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, *79*, 115-135. doi:10.1348/147608305x41100
- EC. (2012). EU Drugs Strategy (2013-20).

- Edwards, G., Duckitt, A., Oppenheimer, E., Sheehan, M., Taylor, C. (1983). What happens to alcoholics? . *The Lancet*, 2.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). ALCOHOL DEPENDENCE - PROVISIONAL DESCRIPTION OF A CLINICAL SYNDROME. *British Medical Journal*, 1(6017), 1058-1061. doi:10.1136/bmj.1.6017.1058
- Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent African American women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 47-52. doi:10.1111/j.1547-5069.2001.00047.x
- Elguebaly, N., West, M., Matickatyndale, E., & Pool, M. (1993). ATTACHMENT AMONG ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS. *Addiction*, 88(10), 1405-1411. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02027.x
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). 4 MODELS OF THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226. doi:10.1001/jama.267.16.2221
- EMCDDA. (2017). Health and social response to drug problems.
- EMCDDA. (2018a). Czech Republic country report 2018.
- EMCDDA. (2018b). National drug-related research in Czech Republic
- Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H., Little, L. (1993). *Alcoholics Anonymous: what is currently known? In: B. S. McCrady, W. R. Miller, (Eds.) Research on alcoholics anonymous: opportunities and alternatives.* . New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies
- Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H., Little, L. (1999). *Alcoholics Anonymous: what is currently known? In: B. S. McCrady, W. R. Miller, (Eds.) Research on alcoholics anonymous: opportunities and alternatives.* . New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies
- Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený.* Praha: Portál.
- Ferguson, S. (2009). Unplanned quit attempts - result from U.S. sample of smokers and ex-smokers. *Nicotine Tob Res*, 11(7).
- Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. (2000). Exploring the additive effects of drug misuse treatment and twelve-step involvement: Does twelve-step ideology matter? *Substance Use & Misuse*, 35(3), 367-397.
- Fletcher, A. M. (2001). Alcohol treatment: when faith-based options aren't enough. *Humanist*, 61(6).
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1), 63-81. doi:10.1521/ijgp.51.1.63.49730
- Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. doi:10.1037/pst0000172
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 177-186. doi:10.1016/s0740-5472(03)00125-9
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect: A model for Accelerated Change.* . New York: Basic Books. .

- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 227-242. doi:10.1002/1097-4679(200102)57:2<227::aid-jclp8>3.0.co;2-1
- Foster, J. D., Kernis, M. H., & Goldman, B. M. (2007). Linking adult attachment of self-esteem stability. *Self and Identity, 6*(1).
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C., & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction, 100*(8), 1175-1182. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01124.x
- Frank, J. D. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Freud, S. (1929). Budoucnost jedné iluze. In. Praha: Volná myšlenka.
- Freud, S. (1998). *Nespokojenost v kultuře*. Praha: Alois Hynek.
- Fromm, E. (2003). *Psychoanalýza a náboženství*. Praha: Aurora.
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *American Journal on Addictions, 15*(4), 286-292. doi:10.1080/10550490600754325
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 265-272. doi:10.1016/j.jsat.2007.04.016
- Geisler, M. (1978). Transcendental meditation as a therapeutic tool for drug users. *Journal of Clinical Psychology, 7*.
- Gifford, E., & Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction, 102*(3), 352-361. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x
- Gillies, V., & Willig, C. (1997). 'You get the nicotine and that in your blood' - Constructions of addiction and control in women's accounts of cigarette smoking. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 7*(4), 285-301. doi:10.1002/(sici)1099-1298(199709)7:4<285::aid-casp407>3.0.co;2-n
- Glatt, M. M. (1975). TODAY'S ENJOYMENT, TOMORROW'S DEPENDENCY - ROAD TOWARDS ROCKBOTTOM AND WAY BACK. *British Journal of Addiction, 70*, 25-34.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 159*(10), 1642-1652. doi:10.1176/appi.ajp.159.10.1642
- Gorsuch, R. L. (1976). Religion as a significant predictor of important human behaviour. In W. J. Donaldson, (Eds), *Research in mental health and religious behavior*. . In. Atlanta: Psychological Studies Institute.
- Gorsuch, R. L. (1995). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues, 51*(2), 65-83. doi:10.1111/j.1540-4560.1995.tb01324.x
- Granfield, R., & Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues, 26*(1), 45-61. doi:10.1177/002204269602600104
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). WHERE ARE THE COMMONALITIES AMONG THE THERAPEUTIC COMMON FACTORS. *Professional Psychology-Research and Practice, 21*(5), 372-378. doi:10.1037/0735-7028.21.5.372
- Griffiths, M. D. (2004). Conceptualizing addiction: The case for a complex systems account. *Addiction Research and Theory 12*(2).
- Griffiths, M. (2001). The Biopsychosocial Approach to Gambling:

Contextual Factors in Research and Clinical Interventions. *Journal of Gambling Issues Journal of Gambling Issues* 5(5).

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348

Hacklova, R., & Kebza, V. (2014). Religiosity, spirituality and health. *Ceskoslovenska Psychologie*, 58(2), 120-140.

Hagele, C. (2014). Addiction as learned behavior. *Neuropsychobiology*, 70(2).

Halama, P. (2005). Psychological aspects of religious conversion. *Ceskoslovenska Psychologie*, 49(1), 34-52.

Halama, P., Adamovová, L., Hatoková, M., & Stríženec, M. (2006). Religiozita, spiritualita a osobnosť. In. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.

Harre, R. (1983). *Personal being*. London: Basil Blackwell.

Harter, S. L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 311-337. doi:10.1016/s0272-7358(98)00084-1

Heather, N. (1997). *Problem Drinking*. Oxford: Oxford University Press.

Heidegger, M. (2008). *Bytí a čas*. Praha: OIKOYMENH.

Heinz, A., Epstein, D. H., Preston, K. L. (2007). Spiritual/Religious experiences and in-treatment outcome in an inner-city program for heroin and cocaine dependence. . *Journal of Psychoactive Drugs*, 39.

Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portal.

Higgins, E. T. (1987). SELF-DISCREPANCY - A THEORY RELATING SELF AND AFFECT. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. doi:10.1037/0033-295x.94.3.319

Hoffman, E. *The right to be human: A biography of Abraham Maslow*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, Inc.

Hoffman, E. (1988). *The right to be human: A biography of Abraham Maslow*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, Inc.

Holmila, M., & Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction*, 100(12), 1763-1769. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01249.x

Hood, C. D. (2003). Women in recovery from alcoholism: The place of leisure. *Leisure Sciences*, 25(1), 51-79. doi:10.1080/01490400390153966

Howard, J. (2006). Expecting and accepting: The temporal ambiguity of recovery identities. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 307-324. doi:10.1177/019027250606900402

Hrubý, R. (2004). *Účinné faktory terapeutické komunityv léčbě závislosti*. (magistr), Karlova universita, Praha.

Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., & Brandt, P. Y. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services*, 57(3), 366-372. doi:10.1176/appi.ps.57.3.366

Hunt, N. (2010). *Dějiny psychologie*. Praha: Portal.

Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: The neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(10), 695-703. doi:10.1038/35094560

Ichiyama, M. A., Zucker, R. A., Nye, C. L., Bingham, C. R., Brouwer, R. D., Fitzgerald, H. E. (1995). Women married to alcoholic men: characteristics of a community sample. . *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19.

- Iversen, L. (2012). Recovery from drug and alcohol dependence: an overview of the evidence. In London: ACMD.
- James, W. (1930). *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha: Melantrich.
- Jellinek, E. M. (1952). PHASES OF ALCOHOL ADDICTION. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13(4), 673-684. doi:10.15288/qjsa.1952.13.673
- Jensen, P. (2000). *Storytelling in alcoholics anonymous: A rhetorical analysis*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR
- Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. In Praha: Grada.
- Kaplan, M. S., Marks, G., & Mertens, S. B. (1997). Distress and coping among women with HIV infection: Preliminary findings from a multiethnic sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 80-91. doi:10.1037/h0080213
- Karno, M. P., Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2002). Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Addictive Behaviors*, 27(5), 779-797. doi:10.1016/s0306-4603(01)00209-x
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2003). Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material: a new look at project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 607-615. doi:10.15288/jsa.2003.64.607
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164-1176. doi:10.1016/j.addbeh.2006.08.005
- Kaye, D. (1996). Towards a discursive psychotherapy. *Changes*, 14(2).
- Kaye, J. D. (1999). *Towards a Non-regulative praxis*. In I. Parker (ed.) *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Kearney, M. H. (1998). Truthful self-nurturing: A grounded formal theory of women's addiction recovery. *Qualitative Health Research*, 8(4), 495-512. doi:10.1177/104973239800800405
- Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity shifts as turning points in health behavior change. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 134-152. doi:10.1177/0193945902250032
- Kelley, M. L., Nair, V., Rawlings, T., Cash, T. F., Steer, K., & Fals-Stewart, W. (2005). Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 30(8), 1479-1495. doi:10.1016/j.addbeh.2005.03.005
- Kellogg, S. (1993). IDENTITY AND RECOVERY. *Psychotherapy*, 30(2), 235-244. doi:10.1037/0033-3204.30.2.235
- Kemp, H. (2005). Gordon Allport's The Individual And His Religion: A Psychological Interpretation. In Amsterdam: Psyche en Geloof.
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 496-503. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.496

- Kernberg, O. (2000). Psychoanalytic Perspectives on the Religious Experience. *American Journal of Psychotherapy*, 54.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. doi:10.1207/s15327965pli1401_01
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. doi:10.3109/10673229709030550
- Khavari, K. A., & Harmon, T. M. (1982). THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DEGREE OF PROFESSED RELIGIOUS BELIEF AND USE OF DRUGS. *International Journal of the Addictions*, 17(5), 847-857. doi:10.3109/10826088209056331
- Kocvrlichová, M. (2013). *Vina*. Praha: Triton.
- Koenig, H. (2008). *Medicin, religion and health*. West Connhocken: Templeton foundation.
- Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer, D. G., & Ford, S. M. (1994). RELIGIOUS PRACTICES AND ALCOHOLISM IN A SOUTHERN ADULT-POPULATION. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(3), 225-231.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. . New York: Oxford University Press. .
- Kohut, H., & Wolf, E. S. (1978). DISORDERS OF THE SELF AND THEIR TREATMENT - OUTLINE. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413-425.
- Kooyman, M. (2004). Terapeutická komunita pro závislé In Nevšímal, P. (ed) Terapeutická komunita pro drogově závislé I. In. Magdalena Mníšek pod Brdy: Krajský úřad Středočeského kraje.
- Koski-Jannes, A. (1998). Turning point in addiction careers: Five case studies. . *Journal of Substance Misuse*, 3(4).
- Koski-Jannes, A. (2002). Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 183-202. doi:10.1080/16066350290017266
- Koutná, J., & Čermák, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza.. In: Řiháček, T. a kolektiv. Kvalitativní analýza textů* Brno: Masarykova universita.
- Kranát, J. (2010). *Schleiermacherovy promluvy O náboženství 1799*. Praha: UK Teologická fakulta.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová terapie v praxi*. Praha: Galén.
- Křivohlavý, J. (1992). PSYCHOLOGY OF RELIGION. *Ceskoslovenska Psychologie*, 36(1), 33-40.
- Krtek, A. (2014). *Účinné faktory hagioterapie*. (Mgr.), PVŠPS, Praha.
- Kurup, R. K., & Kurup, P. A. (2003). Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and spirituality. *International Journal of Neuroscience*, 113(3), 383-393. doi:10.1080/00207450390162155
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- 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.

- Larkin, M., & Griffiths, M. D. (2002). Experiences of addiction and recovery: The case for subjective accounts. *Addiction Research & Theory, 10*(3), 281-311. doi:10.1080/16066350290025681
- Larkin, M., Wood, R. T. A., & Griffiths, M. D. (2006). Towards addiction as relationship. *Addiction Research & Theory, 14*(3), 207-215. doi:10.1080/16066350500151747
- Larson, D. B., & Wilson, W. P. (1980). RELIGIOUS LIFE OF ALCOHOLICS. *Southern Medical Journal, 73*(6), 723-727. doi:10.1097/00007611-198006000-00011
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 243-256. doi:10.1016/j.jsat.2007.04.014
- Levine, H. G. (1978). DISCOVERY OF ADDICTION - CHANGING CONCEPTIONS OF HABITUAL DRUNKENNESS IN AMERICA. *Journal of Studies on Alcohol, 39*(1), 143-174. doi:10.15288/jsa.1978.39.143
- Lipton, D. S. (1998). Therapeutic communities: History, effectiveness, and prospects. *Corrections Today, 60*.
- Luborsky, L., & Singer, B. (1975). COMPARATIVE STUDIES OF PSYCHOTHERAPIES - IS IT TRUE THAT EVERYONE HAS WON AND ALL MUST HAVE PRIZES. *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995-1008.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2001). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology, 15*(4), 559-596. doi:10.1037//0893-3200.15.4.559
- Maione, P. V., & Chenail, R. J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. *Heart and Soul of Change, 57-88*. doi:10.1037/11132-002
- Marcenko, M. O., Kemp, S. P., & Larson, N. C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(3), 316-326. doi:10.1037/h0087853
- Margolin, A., Beitel, M., Schuman-Olivier, Z., & Avants, S. K. (2006). A controlled study of a spirituality-focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *Aids Education and Prevention, 18*(4), 311-322. doi:10.1521/aeap.2006.18.4.311
- Marlatt, A. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Maroda, K. (2010). *Psychodynamic Insights: Working With Emotion in the Therapeutic Relationship*. . New York: Guilford Press. .
- Martin, A. (2004). Talking about drug use: what are we (and our participants) doing in qualitative research? . *International Journal of Drug Policy 15*(5).
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi:10.1037//0022-006x.68.3.438
- Martin, J. E., Carlson, C. R. (1988). *Spiritual dimensions of health psychology*. In W. Miller & J. Martin, (Eds.), *Behavior therapy and religion: integrating spiritual and behavioral approaches to change*. . Newbury Park: Sage.

- 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
- Maréchal, J. (2003). *Études sur le psychologie des mystiques 1926* , translated as *Studies in the Psychology of the Mystics 2003*. In. New York: Mineola.
- Maslow, A. (1964). Religions, values, and peak-experiences. In. Columbus: Ohio state university press.
- Maslow, A. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Penguin books.
- Maslow, A. (1999). Toward a psychology of being. In. New York: John Wiley & Sons.
- May, C. (2001). Pathology, identity and the social construction of alcohol dependence. *Sociology* 35(2).
- McCullough, M., Pargament, K., & K., T. (2000). Forgiveness: theory, reserach and practice. In. New York: Guilford.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin research : the official journal of the International Society for Twin Studies*, 2(2), 126-136. doi:10.1375/136905299320565997
- McGreal, I. (2001). *Great thinkers of the western world*. New York: Easton Press.
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510. doi:10.1016/s0277-9536(99)00409-8
- McLeod, J. (2000). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy* . London: Sage.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults - The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1115-1127. doi:10.1016/s0306-4603(02)00224-1
- McPeake, J. D., Kennedy, B. P., & Gordon, S. M. (1991). ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS THERAPY - A MISSING COMPONENT IN ALCOHOL AND DRUG REHABILITATION TREATMENT. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(1-2), 75-82. doi:10.1016/0740-5472(91)90030-e
- Meyer, R. (2001). Finding paradigms for the future of alcoholism research: An interdisciplinary perspective. . *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*,, 25(9).
- Midanik, L. T., & Clark, W. B. (1995). DRINKING-RELATED PROBLEMS IN THE UNITED-STATES - DESCRIPTION AND TRENDS, 1984-1990. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 395-402. doi:10.15288/jsa.1995.56.395
- Miller, W. R. (1983). MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH PROBLEM DRINKERS. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172. doi:10.1017/s0141347300006583
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). ENHANCING MOTIVATION FOR CHANGE IN PROBLEM DRINKING - A CONTROLLED COMPARISON OF 2 THERAPIST STYLES. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455-461. doi:10.1037/0022-006x.61.3.455
- Miller, W. R., C' de Baca, J. (1994). *Quantum change: toward a psychology of transformation*. InT. Heatherton & J. Weinberger, (Eds.), *Can personality change?* . Washington, DC: American Psychological Association
- Miller, W. R., S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Gillford Press.
- Mills, J. (2014). *Qualitative Methodology: A Practical Guide*. Thousand Oaks: Sage.

- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. In. Praha: Grada.
- Mitchell, S., & Blacková, M. (1999). *Freud a po Freudovi Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Morgenstern, J., & Leeds, J. (1993). CONTEMPORARY PSYCHOANALYTIC THEORIES OF SUBSTANCE-ABUSE - A DISORDER IN SEARCH OF A PARADIGM. *Psychotherapy, 30*(2), 194-206. doi:10.1037/0033-3204.30.2.194
- Murphy, T. J., Pagano, R. R., & Marlatt, G. A. (1986). LIFE-STYLE MODIFICATION WITH HEAVY ALCOHOL DRINKERS - EFFECTS OF AEROBIC EXERCISE AND MEDITATION. *Addictive Behaviors, 11*(2), 175-186. doi:10.1016/0306-4603(86)90043-2
- Murray, S. J., & Holmes, D. (2014). Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) and the Ethics of Body and Place: Critical Methodological Reflections. *Human Studies, 37*(1), 15-30. doi:10.1007/s10746-013-9282-0
- Murray, T. S., Goggin, K., & Malcarne, V. L. (2006). Development and validation of the alcohol-related God locus of control scale. *Addictive Behaviors, 31*(3), 553-558. doi:10.1016/j.addbeh.2005.12.023
- Neighbors, C., Larimer, M. E., Geisner, I. M., & Knee, C. R. (2004). Feeling Controlled and Drinking Motives Among College Students: Contingent Self-Esteem as a Mediator. *Self and Identity, 3*(3), 207-224. doi:10.1080/13576500444000029
- Nelson, J. (2009). *Psychology, Religion and Spirituality*. New York: Springer.
- Nelson, J. (2013). *Psychology, Religion, and Spirituality*. In. London: Springer.
- Newberg. (1999). *The Mystical Mind: Probing the Biology of Religious Experience (Theology and the Sciences: Augsburg fortress)*.
- Newberg, A. B., & d'Aquili, E. G. (2000). The neuropsychology of religious and spiritual experience. *Journal of Consciousness Studies, 7*(11-12), 251-266.
- Newberg, A. B., & Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses, 61*(2), 282-291. doi:10.1016/s0306-9877(03)00175-0
- NIDA. (2016). 2016-20 NIDA Strategic plan.
- NIDA. (2018). NIDA Publications Research Reports.
- Nielsen, A. L., & Scarpitti, F. R. (1997). Changing the behavior of substance abusers: Factors influencing the effectiveness of therapeutic communities. *Journal of Drug Issues, 27*(2), 279-298. doi:10.1177/002204269702700207
- Norcross, J. C. (1987). Special section: Toward a common language for psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6*.
- Nowinski, J., Baker, S., Carroll, K. M. (1992). *Twelve-step facilitation therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence NIAAA Project MATCH* Rockville: MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Oei, T. P. S., & Shuttlewood, G. J. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*(3), 221-231. doi:10.1016/s0005-7916(97)00019-0
- Oman, D. (2013). Defining Religion and Spirituality. In R. Paloutzian (Ed.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. London: Guilford.

- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15-31.
doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961152.x
- Orlinsky, D. (2004). The human context of psychotherapies. A system-analysis of influences on the therapeutical processes and results along the conceptual framework of the theory of action. Part 2: The individual context of psychotherapies. *Psychotherapeut*, 49(3), 167-181. doi:10.1007/s00278-004-0370-5
- Otto, R. (1998). *Posvátno: iracionalita v ideje Božství a její poměr k racionalitě*. Praha: Vyšehrad.
- Pals, D. (2015). *Osm teorií náboženství*. Praha: Karlova universita.
- 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
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168-181.
doi:10.1207/s15327965pli1303_02
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. doi:10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. doi:10.2307/1388152
- Parker, I. (1999). *Deconstruction and psychotherapy*. In I. Parker (ed.) *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Patočka, J. (1992). „Přirozený svět“ v meditaci svého autora po třiatřiceti letech. In *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel.
- Patočka, J. (2002). *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: Oikoymenh.
- Patočka, J. (2003). *Úvod do fenomenologické filosofie*. Praha: Oikoymenh.
- Piderman, K. M., Schneekloth, T. D., Pankratz, V. S., Maloney, S. D., & Altchuler, S. I. (2007). Spirituality in alcoholics during treatment. *American Journal on Addictions*, 16(3), 232-237. doi:10.1080/10550490701375616
- Piedmont, R. L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 213-222. doi:10.1037/0893-164x.18.3.213
- Plháková, A. (2008). *Obecná psychologie*. Praha: Academia.
- Polcin, D. L., Galloway, G. P., & Greenfield, T. K. (2006). Measuring confrontation during recovery from addiction. *Substance Use & Misuse*, 41(3), 369-392.
doi:10.1080/10826080500409118
- Polich, J. M., Armor, D. J. and Braiker, H. B. (1980). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. Santa Monica: Rand Corp.
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulskey, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., . . . Ostbye, T. (2010). Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(4), 321-328.
doi:10.1016/j.amepre.2010.06.005
- Prasko, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace duševních poruch*. Praha: Grada.
- Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E., & Hendry, C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse researcher*, 18(3), 20-24.

- Prochaska, J. (2014). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. London: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). IN SEARCH OF HOW PEOPLE CHANGE - APPLICATIONS TO ADDICTIVE BEHAVIORS. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi:10.1037//0003-066x.47.9.1102
- Propst, L. R. (1980). THE COMPARATIVE EFFICACY OF RELIGIOUS AND NON-RELIGIOUS IMAGERY FOR THE TREATMENT OF MILD DEPRESSION IN RELIGIOUS INDIVIDUALS. *Cognitive Therapy and Research*, 4(2), 167-178. doi:10.1007/bf01173648
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). COMPARATIVE EFFICACY OF RELIGIOUS AND NONRELIGIOUS COGNITIVE BEHAVIORAL-THERAPY FOR THE TREATMENT OF CLINICAL DEPRESSION IN RELIGIOUS INDIVIDUALS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94-103. doi:10.1037/0022-006x.60.1.94
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Converging toward an integrated theory of self-esteem: Reply to Crocker and Nuer (2004), Ryan and Deci (2004), and Leary (2004). *Psychological Bulletin*, 130(3), 483-488. doi:10.1037/0033-2909.130.3.483
- Radcliffe, P., & Stevens, A. (2008). Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1065-1073. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.004
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research & Theory*, 13(4), 307-320. doi:10.1080/16066350500077728
- Reith, G. (2004). Consumption and its discontents: Addiction, identity and the problems of freedom. *The British Journal of Sociology*, 55(2).
- Riikonen, E., & Vataja, S. (1999). Can (and should) we know how, where and when psychotherapy takes place. In I. Parker (ed.) *Deconstructing Psychotherapy*. In. London: Sage Publications.
- Rizzuto, A. (1979). *The Birth of the Living God: A Psychoanalytic Study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rodner, S. (2005). "I am not a drug abuser, I am a drug user": A discourse analysis of 44 drug users' construction of identity. *Addiction Research & Theory*, 13(4), 333-346. doi:10.1080/16066350500136276
- Roehlkepartain, E. (2006). Handbook of spiritual development in childhood and adolescence. In. Thousand Oaks: Sage.
- RVKPP. (2010). Národní strategie protidrogové politiky 2010 - 18.
- RVKPP. (2016). strategický protidrogový plán 2010 - 16 revize 2016.
- Ryšavý, I. (2005). *VÝVOJ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ Z HLEDISKA PSYCHOLOGIE NÁBOŽENSTVÍ*. (PhD), Masaryk University, Brno.
- Samaniego, M. (2010). Sharing the monsters. Emotions in individual systemic therapy. *Therapie Familiale*, 31(3), 249-266. doi:10.3917/TF.103.0249
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228. doi:10.1080/14616730500173918

- Schroeder, D. S., Laflin, M. T., & Weis, D. L. (1993). IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND DRUG-USE - METHODOLOGICAL AND STATISTICAL LIMITATIONS OF THE RESEARCH. *Journal of Drug Issues*, 23(4), 645-665.
doi:10.1177/002204269302300406
- Schultz, W., Dayan, P., & Montague, P. R. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science*, 275(5306), 1593-1599. doi:10.1126/science.275.5306.1593
- Seamon, J. (1992). *Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Sellner, E. Step Five: Telling my Story. . In 1985 (Ed.). Minneapolis Hazelden.
- Sellner, E. (1985). Step Five: Telling my Story. . In Minneapolis Hazelden.
- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N., & Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367-374.
doi:10.1080/10673220490905705
- Shafranske, E. (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington: American Psychological Association. .
- Siegel, S. (1999). Drug anticipation and drug addiction. The 1998 H. David Archibald Lecture. *Addiction*, 94(8), 1113-1124. doi:10.1046/j.1360-0443.1999.94811132.x
- Sims, A. (1999). The cure of souls: psychiatric dilemmas. *International Review of Psychiatry*, 11(2-3), 97-102. doi:10.1080/09540269974249
- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1993). APPRAISAL COMPONENTS, CORE RELATIONAL THEMES, AND THE EMOTIONS. *Cognition & Emotion*, 7(3-4), 233-269.
doi:10.1080/02699939308409189
- Smith, J. (2007). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Method*. London: Sage.
- Smith, J. (2009). Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research. In London: Sage.
- Smith, J., & Osborn, M. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Method*. London: Sage.
- Smith, J. A. (1999). *Doing Interpretative phenomenological analysis*. In: M. Murray . (ed.), *Qualitative Health Psychology: Teories and methods*. London: Sage.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.
- Smith, J. A. (2009). Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research. In London: Sage Publications.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis: a reply to the commentaries and further development of criteria. *Health Psychology Review*, 5(1), 55-61. doi:10.1080/17437199.2010.541743
- Smith, M. (1980). The benefits of psychotherapy. In: The Johns Hopkins University Press.
- Smékal, V. (1999). Psychologické aspekty duchovního života. *Teologický sborník*, 4.
- Smékal, V. (2006). Přítomnost a perspektivy vztahu psychologie a teologie. *Universum*, 2.
- Smékal, V. (2017). *PSYCHOLOGIE DUCHOVNÍHO ŽIVOTA - Význam spirituality v práci psychologů, sociálních pracovníků a pedagogů*. CMTF UPOL. Olomouc.

- Solomon, R. C. (1997). Beyond ontology: Ideation, phenomenology and the cross cultural study of emotion. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27(2-3), 289-&. doi:10.1111/1468-5914.00039
- Springer, D. W., C.A. McNeece, & E.M. Arnold. (2003). *Substance Abuse Treatment for Criminal Offenders: An Evidence-Based Guide for Practitioners*. . Washington, DC:: American Psychological Association.
- Stewart, S., Gavric, D., Collins, P. (2009). Women, girls and alcohol. In K. Brady, S. Back & S. Greenfield (Eds.), *Women and Addiction: A comprehensive Handbook*. In New York Guilford Press.
- Stríženec, M. (2007). Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu. In Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Swift, W., & Copeland, J. (1996). Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and other drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(3), 211-219. doi:10.1016/0376-8716(95)01209-5
- Swora, M. (2004). The rhetoric of transformation in the healing of alcoholism: The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Mental Health, Religion and Culture*, 7(3).
- Tay, L. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (2).
- Tillich, P. (2004). *Odvaha byť*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).
- Trucco, E. M., Connery, H. S., Griffin, M. L., & Greenfield, S. F. (2007). The relationship of self-esteem and self-efficacy to treatment outcomes of alcohol-dependent men and women. *American Journal on Addictions*, 16(2), 85-92. doi:10.1080/10550490601184183
- UZIS. (2018). Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. Retrieved from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Van Voorhis, P. (2000). *Social learning models*. In P. Van Voorhis, M. Braswell, M., & D. Lester (eds.) *Correctional Counseling and Rehabilitation*. Cincinnati: Anderson
- Varela, F. (2001). *Why a proper science of mind implies the transcendence of nature*. In J. Andresen (Ed.), *Religions in mind: Cognitive perspectives of religious belief, ritual, and experience* Cambridge: Cambridge University Press.
- Vrána, K. (1996). *Dialogický personalismus*. Praha: Zvon.
- Walker, S. R., Tonigan, J. S., Miller, W. R., Corner, S., & Kahlich, L. (1997). Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: a pilot investigation. *Alternative therapies in health and medicine*, 3(6), 79-86.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. . Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. .
- Watts, F. (2017). *Psychology, Religion, and Spirituality: Concepts and Applications*. In Cambridge: Cambridge University Press. .
- Weegmann, M. (2002). *Psychodynamics of addiction*. London: Whurr Publisher.
- West, R. (2009). Human motivation: a PRIMEI. Retrieved from www.primetheory.com
- West, R. (2013). *Theory of Addiction*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wexler, H. K. (1995). THE SUCCESS OF THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR SUBSTANCE-ABUSERS IN AMERICAN PRISONS. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 57-66. doi:10.1080/02791072.1995.10471673

- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229-241. doi:10.1016/j.jsat.2007.04.015
- Wilke, D. J. (2004). Predicting suicide ideation for substance users: The role of self-esteem, abstinence, and attendance at 12-step meetings. *Addiction Research & Theory, 12*(3), 231-240. doi:10.1080/16066350310001653121
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods*. . New York: McGraw-Hill Companies Incorporated.
- Wulff, D. M. (1997). *Psychology of religion: classic and contemporary*. New York: Wiley & Sons. .
- Yalom, I. (1995). *The Theory and Practise of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie* Praha: Portal.
- Zilberman, M., Tavares, H., Blume, S., & el-Guebaly, N. (2002). Towards best practices in the treatment of women with addictive disorders. . *Addictive Disorders and their Treatment, 1*(2).
- Čálek, O. (2005). Skupinová daseinsanalýza. In. Praha: Triton.
- Čálek, O. (2006). *Tělesnost a psychosomatika z hlediska daseinsanalýzy, In: Jiří Růžička (ed.): Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
- Říčan, P. (2007). Psychologie náboženství a spirituality. In. Praha: Portal.

Přílohy

Příloha 1 Vzor formuláře Informovaný souhlas účastníka výzkumu

*Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (OUSHI) Univerzitní 22, 771 11 Olomouc
(korespondenční adresa) Sídlo: 1. máje 820/5, 779 00 Olomouc*

*Kontaktní osoba: Mgr. Ing. Václav Grepl, člen výzkumného týmu OUSHI UPOL,
vaclav.grepl@oushi.upol.cz tel 722 591 371*

Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu

Název projektu: *Spirituální činitelé korektivní zkušenosti pacienta v terapeutické komunitě
se zaměřením na léčbu závislosti*

- 1) Souhlasím s účastí ve výzkumném projektu: „Spirituální činitelé korektivní zkušenosti pacienta v terapeutické komunitě se zaměřením na léčbu závislosti“. a
- 2) Potvrzuji tímto, že mi člen řešitelského týmu studie _____
podrobně a k mé spokojenosti vysvětlil/a povahu, cíle a důsledky výzkumného projektu,
především jaký vliv na mě mohou mít, a že svůj souhlas dávám dobrovolně.
- 3) Obdržel/a jsem písemné Informace pro účastníky.
- 4) Uvědomuji si, že účast v tomto výzkumném projektu mi nemusí přinést žádné přímé
výhody a že mohu svůj souhlas stáhnout kdykoli, aniž by to mělo jakýkoli vliv na má práva
nebo na povinnosti výzkumníků.
- 5) Souhlasím s tím, že data získaná z výsledků studie mohou být publikována, za podmínky,
že nebudu moci být identifikován/a.

Souhlas účastníka dle tohoto formuláře je součástí dokumentace projektu.

Podpis: _____ Datum: _____

Prohlášení člena řešitelského týmu: Já, _____, jsem popsal/a
výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které studie zahrnuje. Podle mého názoru
klient/ka tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____ Podpis člena/ky týmu: _____ Funkce v projektu: _____

Korektivní zkušenost pacienta v terapeutické komunitě

Protokol rozhovoru

Verze 1 (aktualizováno 3. 11. 2018)

Úvod

Děkuji ti za možnost uskutečnit tento rozhovor. Dnes bych tě rád požádal o tvůj zpětný pohled a zamyšlení nad terapií v komunitě.

Domníváme se, že ten, kdo nejlépe zná sebe a zkušenost s terapií v komunitě, jsi ty. Proto bude pro nás přínosné, co nejlépe porozumět důležitým osobním zkušenostem, které máš s životem v komunitě.

Tento rozhovor bude nahráván a vše s čím se mi svěříš, bude pro výzkumný tým důvěrné a bude použito pouze pro výzkumné účely. Z opisu tohoto rozhovoru budou vypuštěny všechny údaje identifikující osoby. Ubezpečuji tě, že přístup k opisu budou mít pouze členové našeho výzkumného týmu z University Palackého Olomouc.

Pro rozhovor jsem připravil několik otázek a poskytnu ti dostatek času a prostoru pro dostatečně podrobnou diskusi nad tvými odpověďmi. Máš nějaké otázky?

Část I Úvodní otázky

1. Jaké byly tvoje hlavní důvody, proč ses rozhodl vstoupit do terapeutické komunity?
2. Co rozhodlo o tom, že jsi se přešel do druhé fáze terapie?

Část II: Otázky spojené s tím, co bylo změněno

3. Vnímáš nějaký významný posunu nebo rozdíl v tom, *kdo jsi* nebo v *pohledu na na sebe a svůj život*, který přisuzuješ nějaké zkušenosti, kterou jsi prožil od začátku terapie?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popiš to co nejúplněji a nejživěji

4. Jste si vědom nějakého významného posunu nebo rozdílů ve vašich vztazích k ostatním členům komunity, terapeutům nebo blízkým osobám, které se objevily od začátku terapie?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popiš to co nejúplněji a nejživěji

5. Uvědomil sis během terapie ve tvém myšlení, pocitech, chování nebo vztazích nějaký vzorec, který by byl problematický?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popiš to co nejúplněji a nejživěji

Část III: Otázky spojené s korektivní zkušeností

6. Máš nějaké zvláštní okamžiky tvého života v komunitě, které vedly k významným rozdílům ve tvém myšlení, cítění, chování a vztazích?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popiš to co nejúplněji a nejživěji.

7. Máš nějaké zvláštní okamžiky tvého života v komunitě, co pokládáš nyní za významné a užitečné, přestože jsi to dříve za významné nepokládal?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popište to co nejúplněji a nejživěji.

8. Můžete vyzdvihnout něco určitého, co se odehrálo ve vztahu mezi tebou a terapeutem a bylo to neočekávané?

Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popište to co nejúplněji a nejživěji.

Pokud je poskytnut příklad: Domníváš se, že tato zkušenost (nebo zkušenosti) způsobila významný posun nebo rozdíl ve tvém myšlení, cítění, chování nebo vztazích? Popiš to co nejúplněji a nejživěji.

Část IV: Shrnutí

9. Máš nějakou závěrečnou připomínku týkající se námi probíraného tématu? Je něco důležitého, co jsme spolu neprobrali?
10. Jaká je tvoje zkušenost s dnešním rozhovorem?

Příloha 3 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu A

1 T: začněme náš rozhovor otázkou, jaké byli tvoje důvody pro vstup do terapie. S čím jsi
2 do komunity přišel? Proč jsi se rozhodl vstoupit do terapeutické komunity?

3 R: No já jsem se vlastně , já jsem byl venku, že jo a ňák hmmm jsem spadl do drog a
4 vlastně už jsem to venku nezvládal no. Nezvládal jsem práci, že jo a takovýhle věci a
5 prostě já jsem nechtěl nechtěl jsem žít takovýhle život vlastně život s drogama, protože
6 jsem poznal i čistý život, když jsem byl jako mladší a vím, jak by to mělo vypadat akorát
7 sem si nedovedl pomoc sám. Takže jsem vlastně volil tuhle možnost, no.

8 T: A když si vzpomeneš na to, když si přecházel z první do druhé fáze, tak co si myslíš,
9 že rozhodlo, že jsi do té druhé fáze přešel? V první fázi jsi prošel nějakou proměnou, co
10 bylo to nejpodstatnější?

11 R: Určitě to, že jsem si začal více věřit. Jako že. Ať to bylo v nějakých reflexích nebo
12 ať to bylo vlastně dávání zpětných vazeb i jo, co se týče toho chodu tady, předávání
13 nějakých informací jak to má bejt nebo nemá bejt jo. Tak v tom sem se jako cítil
14 pevnější a hlavně je to vo tom, vo tom, že jsem začal otevírat nějaká témata, že jo,
15 který jsem nějak začal potřebovat vyřešit, který mě trápily a to si myslím, že mě do tý
16 druhý fáze jako dostalo a nějaká vlastně, já si myslím, že to je ňáká moje . To, že
17 jsem vlastně chtěl se změnit a to, že ... no asi bych to takhle nechal.

18 T: Když se nyní zaměříš na přechod do třetí fáze a já věřím, že do ní přejdeš, co si
19 myslíš, že je to za tvou změnu, která tě do třetí fáze posouvá?

20 R: Změna je vlastně to, že jsem někdo úplně jinej. Teďko, jo. Řeším si svoje problémy
21 vlastně co mám. Už mi to není jedno všecko, že jo. Jsem zodpovědnej hmmm, jak v
22 práci , tak ve svých věcech, umím vlastně umím pracovat se svým volným časem, což
23 jsem vlastně neuměl. Našel jsem si tady koníčky, který mě bavěj.

24 T: Najednou ti to dává smysl?

25 R: Ano a hlavně mě to začalo bavit, ta abstinence vlastně no. Protože vlastně je mi v
26 tom dobře. A jo a nejdůležitější věc, kterou jsem tady si tady vlastně, protože můj
27 největší spouštěč je alkohol, ke všemu ostatnímu mě otvírá dveře a já jsem se prostě
28 rozhodl nepít a myslím si, že to teď mám jednodušší o hodně.

29 T: to rozhodnutí

30 R: jo, před tím jsem to tak neměl. Že jo ty experimenty, že já můžu a to, ale teď už to
31 tak nevidím. Víím prostě, že nemůžu a ani teďka vlastně nechci, protože víím, kam by
32 mě to zavedlo nazpátek.

33 T: Když se podíváš zpětně na první a druhou fázi vnímáš nějakou důležitou změnu v
34 pohledu na sebe a na svůj život? Zkus být konkrétní, jaká změna se udála.

35 R: Hmm. Já jsem si vlastně začal uvědomovat to, že to, začal jsem si uvědomovat,
36 že jsem dobru jsem dobru člověk, jako že akorát mám vlastně ty chyby, že ty drogy
37 mě vždycky stáhly do toho na to dno vlastně a začal jsem si to tady uvědomovat v
38 čom jsem dobru a v čom nejsem dobru a nějaký ty, pomohly mi hrozně k tomu ty
39 zpětný vazby, že jo, co jsem dostával. Tady to dělám špatně, tady na to bych se měl
40 podívat a člověk nad tím začne přemýšlet, že jo, protože ta skupina ho nějak vidí i
41 terapeuti, takže tady v tom, začal jsem nad tím hodně přemýšlet a začal jsem vlastně
42 ty věci hodně měnit. Díky těm reflexím si myslím, že jsem se hodně poznal a změ-
43 změnil no

44 T: To že jsi to špatné dokázal změnit ti vyvolalo pocit, že nejsi špatný člověk?

45 R: No jasně no. Protože já jsem si vlastně myslel, že jsem špatný.

46 T: Vzpomeneš si na něco konkrétního, co se změnilo?

47 R: Jo, že když jsem bral, tak na mě nebyl vůbec spoleh třeba a to jsem si bral jako
48 hrozně špatnou vlastnost a teďka je to také jiný

49 T: Něco si slíbil a pak nesplnil.

50 R: Tak, ano

51 T: A co konkrétně?

52 R: Já jsem se třeba zaručil, že tady nebudu mít vztah, něco takového a všechno jsem to
53 porušil. Tohleto beru jako takovou, jak bych to řekl, takový to selhání zase moje.
54 Dával jsem jako slib zase jako a kterej sem zase jako porušil. No ale teďka je to zase
55 jiný. Odžil jsem si ty věci, vím, že to byla chyba a dostal jsem tady jako další šance ,
56 protože se tady měním, že jo a chci se měnit a dostal jsem ty šance, teď bych si to jako
57 nedovolil.

58 T: Jak to nyní prožíváš, že je na to co děláš spolehnutí?

59 R: Mám z toho moc dobrej pocit, protože když neberu ty drogy, tak jsem úplně
60 někdo jinej a chci ty věci dělat pro sebe, když něco slíbím, tak to chci dodržet a je mě
61 hrozně dobře, že to dodržet můžu.

62 T: je v tom taková svoboda. Ty rozhoduješ a nejsi ve vleku něčeho.

63 R: ano a že tím druhým můžu udělat radost, že jo nebo mace mojí, že jí něco řeknu a
64 tak to je.

65 T: Jak sebe nyní vnímáš jako součást rodiny? Jak sebe vnímáš jinak oproti počátku v
66 komunitě?

67 R: Teď mám určitě nejlepší. S mámou jsme měli vždycky nejlepší vztah tak nějak, ale
68 teď to vnímám, že je ten vztah úplně nejlepší. Ještě jsem nepřišel na to, o čem to je,
69 ale možná že vím i, že máma vidí tu snahu, že s tím chci něco dělat a že vidí mě říkála,
70 pozitivnějšího, jako sebevědomějšího, prostě je vidět, že s toho mám radost a tak jí to
71 také dělá radost. A je vidět velkej posun. Já už mám druhou nebo třetí léčbu jako a
72 teďko prostě je to jiný.

73 T: Kdyby ses zaměřil na vztah k ostatním v komunitě, v čem si myslíš, že se hlavně
74 posunul, změnil?

75 R: Myslím, že v upřímnosti, když někomu něco říkám a jemu se to nemusí líbit, že jo
76 tak potom si to přebere jako v dobrým, že jo no, řekl bych hlavně v upřímnosti a taky v
77 ještě mě napadá v tom, že ňáká jako, že voni viděj, že to jako de. Pak se podle toho
78 taky jde. Vidí na mě změny a tím se proměňuje taky jejich vztah.

79 T: Jaká je tvoje zkušenost s proměnou vztahu ke komunitě?

80 R: Každý je jinej a každé potřebuje něco jiného. A tady se na to hodně nahlíží. Tady je
81 taky si myslím jedna dobrá věc , že jak se obměňuje ta skupina, někdo odejde, někdo
82 nový přijde, že jo tak se s tím člověk musí vypořádat jako třeba s životem venku , že
83 mu to nemusí vyhovovat, ale musí se s tím naučit žít. Jako víš. Takže to je taková další
84 věc.

85 T: Hmm. Dobrá škola pro život.

86 R: jako v práci, tam si taky nebudu vybírat a musím se s tím naučit pracovat

87 T: Podstatný je i vztah k terapeutům, k jaké tam došlo k proměně porovnáš-li
88 současnost a počátek?

89 R: Já jsem takovej když jsem sem přišel pro tu pomoc, že jo tak jsem bral therapy
90 jako authority, který vo tom něco vědí, že jo a který se mě snažej pomoc takže já jsem
91 měl v tom velkou výhodu v tom. Protože někdo tam tu důvěru zpočátku nemá, že jo,
92 ale když potřebuju podporu, tak tam tu důvěru musím mít že jo, protože by se to jinak
93 nikam neposunulo. A co se týká toho, jak bych to řek. Vlastně nebejt terapeutů tak to
94 prostě nefunguje podle mě.

95 T: Máš k nějakému terapeutovi blíž nebo dál? A co tvoří tu blízkost?

96 R: To ni řeknu docela přesně. Protože vidím, že to není jenom jejich práce, a že nám
97 chtěj doopravdy pomoc. Ano maj to jako práci, ale vybrali si tu práci, aby mohli lidem
98 pomáhat. To mě hrozně k nim přibližuje. Že to neberou jen jako práci, hele já si to tady
99 odbydu a potom jako

100 T: Nejsou to opraváři, ale mají o tebe jako člověka zájem.

101 R: Ano tady tohle to si vážím. A kdybych to u někoho viděl opačně tak bych ten vztah k
102 němu neměl, že jo. Bych si říkal, ten to má tady jenom jako práci a asi mě pomoc moc
103 nechce.

104 T: Vzpomněl by sis na nějakou konkrétní situaci s terapeutem, která by to
105 charakterizovala?

106 R: Hmm. Tak mohu takhle hovořit o Františkovi. Když jsem něco provedl, tak jsem
107 si říkal jak mě sjede, ale on mě řekl podívej se to se tady děje a ty jsi zde od toho, aby
108 ses změnil a ze mě to spadlo a věděl jsem, že mu můžu říci všechno. Byla to důvěra, že
109 mi věří.

110 T: Prima, můžeme přejít k dalšímu okruhu. Uvědomil sis v průběhu terapie nějaký
111 vzorec chování, myšlení a nebo prožívání, který by ti škodil?

112 R: Hmm, určitě to byla jedna věc, jak jsem byl na ulici tak tam jsem si vytvořil
113 neukazovat ten strach, být za drsňáka, že jo rto se mi pak přeplo do toho normálního
114 života. Tak jsem musel zapracovat na tom, aby lidi ze mě neměli strach, že jo nebo
115 třeba tak musel jsem se hodit do toho klidného nebo být sám sebou takovej, jakej
116 jsem. A to se mi jako povedlo. Teď si myslím, že ze mne nemá strach nikdo a jsem
117 takovej klidnej milej myslím, protože teď na nikoho nemusím dělat starch, jestli to
118 můžu takhle říci.

119 T: Jaká událost v terapii tě k tomuto přivedla? Že není potřeba hrát toho drsňáka.

120 R: Já sem to viděl od mala, že každá hádka končí fackováním a takhle a tady jsem
121 zjistil, že to tak není taková ukázka síly, kdo vyhraje a tady jsem zjistil, že to tak není, že
122 můžu druhému mu to mohu říci v klidu a nemusej být z toho hned facky takže asi
123 tohleto.

124 T: Vzpoměl by sis, jak se měnil tvůj vzorec chování ve vztazích k ženám?

125 R: Já to mám pořád stejné. Já co se týká ženských já nevím jako. Jak to mám vysvětlit
126 tohle to? Já jsem si nikdy nevzal prostitutku, já jsem nikdy takový nebyl. Já jsem s

127 ženskýma mám k nim jako úctu a to sem jí měl i na drogách furt. To se mi jako vůbec
128 neměnilo. Že jak se chovám k mamce, jak jsem vychovanej. Tak se chovám i k nim.
129 Jsem viděl jak máma dostávala když jsem byl malej. Tak to nenávidím. Nechci tyhle
130 chyby opakovat. Někdo když v tom žije od mala, jako můj táta, tak to dělá , že jo, ale
131 někdo když to vidí tak si to zablokuje a nedělá to a já jsem ten druhej případ.

132 T: Měl jsi škodlivý vzorec chování vůči autoritám?

133 R: neměl nikdy, ale nevím, kde se to ve mne bralo , když jsem tam toho tátu neměl, že
134 jo, kterej by mě dal přes držku, ale myslím si že mi to chvíli nahrazoval děda a tady v
135 tom sem takovej. Víím, že jsou authority v práci a pokavad to nebudu respektovat, tak o
136 tu práci přijdu. A já to mám nastavený takhle.

137 T: Podívejme se nyní na terapii jako na sled událostí. Jaké byly momenty v životě
138 komunity, které proměnily to, jak sebe vnímáš v chování, v cítění a vtom, co si myslíš?

139 R: Když se budeme bavit rovnou o tom vztahu to mě přivedlo na hodně myšlenek.
140 Tady ta věc, že vlastně , že jsem takovej, nebo že jsem jako aniž bych chtěl, tak jsem
141 vlastně porušoval nějaký řád v nějakém afektu ale tady ten bod, už bych to neudělal
142 tady, protože víím, že to bylo špatně a já když jsem teď čistej, tak jsem se z věcí
143 ponaučil. Pak sem měl tady nějakou krádež , což byla taky taková blbost, že jo , ale
144 taky už bych to neudělal, protože pro mě jsou ty důležitý, že ty chyby byly, že jsem si
145 přišel na to, že se musím více hlídat, protože když se nehlídám, je mi dobře tak je to v
146 průseru . To samý je i venku, když mi bylo dobře a neměl jsem žádný starosti a nic tak
147 jsem najednou začal bejt neopatrněj a najednou jsem koukal a byl jsem tam, kde
148 jsem byl .

149 T: čím byla ta situace zvláštní, že tě proměnila?

150 R: No, hee , že to takhle mít nechci.

151 T: Byl to pocit viny nebo jiný pocit například, že tě to od ostatních vzdaluje?

152 R: Byl to pocit viny, proč zase já když jsem čistej dělám chyby. Takovýhle jsem měl
153 myšlení. Proč jako já , když se chci změnit, tak jako ty chyby dělám, proč to dělám?
154 Když vím, jak to má bejt. Jo., ale uvědomil jsem si, že jsem to já, že prostě asi ty chyby
155 budu dělat no ale zapracoval jsem na tom, že nechci, abych je dělal, proto se musím
156 více hlídat, abych nedělal takovýhle věci.

157 T: Přišel jsi na to, jak se těm věcem vyhýbat, takovým situacím, když jseš v ohrožení.

158 R: Ano, jasně. A pak byl jeden velkej zlom, když po těch všech psychózách, co jsem
159 měl a já jsem furt žil v nějakém strachu tak jsem sem přišel, že jo , já jsem se bál
160 přestupovat do první fáze , já jsem se bál absolutně všeho. Životopis napsat, všechny
161 ty překážky , co jsem viděl, že se tady dějou, byly pro mne strašně katastrofální. A
162 změnilo se mi to, že jsem si vlastně vzal skupinu na ten strach a já jsem si při tý
163 skupině uvědomil s těma zpětnýma vazbama, že ten strach je normální a já jsem si
164 nedokázal připostit, že je to normální

165 T: Sebepřijetí jako někoho, kdo má strach.

166 R: Tak, já jsem si říkal, já ho mít nemohu ten strach . A tady jsem s tím strachem začal
167 hrát hru, když jsem jel za svojí bývalou partnerkou po bourače, tak jsem měl
168 velikánskej strach jí vidět a tak , jak na tom je a vlastně jsem si řek, ty to vlastně ty to
169 musíš překonat a teď, když mám strach tak si říkám ty to překonáš a vlastně jde mi to
170 líp o hodně.

171 T: kdybychom se teď zaměřili na tvůj vztah k mámě, jaká byla klíčová událost v terapii,
172 kdy došlo ke zlomu?

173 R: mlčení. Jenom mě napadá. Vono se vlastně moc nezměnilo, ale ta mamka neměla
174 vůči mě důvěru. A bojí se i teďko, že to nějak pokazím, že jo , ale myslím, že jí dokazují
175 tím, že tady jsem nějakou určitou dobu, že to chci jako vlastně. Tak to si myslím, že jí
176 dodává hodně sil.

177 T: Jak vnímáš na ní tvou proměnu?

178 R: Vnímám u ní nějaké pochopení , že vidí, že je to pro mě důležitý , to ví moc dobře a
179 že vlastně vidí, že se také někam posouvám ta první fáze, druhá fáze a ta třetí a
180 mamka ví, že to má smysl .

181 T: Jak v tvém chování a cítění poznala, že se měníš?

182 R: Asi to, že jsem začal být znovu otevřenej a mluvím o těch věcech tak, jak jsou. Víš.
183 Že když se mi jako něco nelíbilo, nebo mamče řeknu mě tohle nedělá dobře tak vidím,
184 že jí říkám pocity který mám a ona vidí, že to nějak řeším.

185 T: že je to skutečný člověk a ne feťák, který si pořád něco vymýšlí a někde se skrývá .

186 R: tak ano. A to je ta důvěra rodiny , kterou jsem třikrát zklamal, že jo. Ta rodina je
187 pro mě na prvním místě, aby mě zase začali věřit, ale nedělám to kvůli nim, jako jsem
188 to dělal poprvé, ale kvůli sobě , já chci žít normální život a tím, že to dělám pro sebe
189 měním i rodinu. Je to dva v jednom.

190 T: Když se zpětně podíváš na průběh terapie, byl tam nějaký moment, který tě tehdy
191 nepřipadal důležitý, ale nyní mu přikládáš díky nabyté zkušenosti podstatně vyšší
192 význam?

193 R: No co mě hodně posunulo byly druhé fáze, já jsem nějaký šéfcovský funkce a v
194 těch vlastně, samozřejmě jsem z toho měl strach , co to bude, jak to budu mít, že jo a
195 tak a nejvíc co my jako pomohlo bylo šéf baráku, kdy jsem měl vše na starost dostával
196 jsem nějaké úkoly, které jsem musel plnit a hlavně jsem to tady musel držet a musel
197 jsem ty věci říkat na rovinu a rozhodovat o sankcích, ať se to někomu líbí nebo ne, taky
198 mi v tom bylo nepříjemně, ale ty svoje názory jsem si musel ustávat. Takže jsem byl
199 vystaven nějakým konfliktům a to mě myslím nejvíc posunulo.

200 T: dobrá průprava na to, co tě čeká venku?

201 R: Ano , já to řeknu tak, jak to vidím. Jenom díky tý léčbě tady díky tý komunitě já jsem
202 zase připravenej jít ven. Jako jsem nikdy nebyl . A terrapeut mi řekl takovou pěknou
203 věc, že tady je to nejlepší příprava na venek , jako když se připravuješ na olympiádu a

204 pak už záleží jenom na mě jestli v tom chci pokračovat nebo zvolím jinou cestu. Tak to
205 se mi hrozně líbilo.

206 T: Co by si vyzdvihl, co se v průběhu terapie událo mezi tebou a terapeutem? Něco, co
207 pro tebe bylo neočekávané ať už v pozitivním nebo negativním světle.

208 R: Hmm. Mlčení. Já budu hovořit o nějakém pochopení a taky, že mě může mít zase
209 někdo rád někdo další . Já to u terapeuta cítím a já ho mám také rád. Protože mi
210 pomáhá a sednul mi jako garant. A já si myslím, že je to tak i z druhé strany. Něco
211 takovýho.

212 T: Není to jenom máma ke komu se můžeš přiblížit.

213 R: Hmmm ano.

214 T: Jak tě prožitek, že můžeš mít někoho rád proměňuje?

215 R: I v druhých očích můžu být dobrý, mám pro někoho hodnotu .

216 T: Probrali jsme v rozhovoru všechna důležitá témata? Chtěl by si k nějakému
217 tématu ještě něco říci?

218 R: Já jsem měl vlastně myšlenku, jestli ta komunita má smysl, protože jsem to
219 několikrát pokazil, že jo., ale mojí blbostí. Tady mi dáváte návod, jakby to mělo bejt,
220 ale když si to člověk udělá po svém, tak mu to pomoci nemůže. Já jsem ale začal
221 důvěřovat a tím pádem jsem se začal dívat na ty věci jinak a začínám poslouchat, že
222 nesmíme pít , že je to vlastně také droga to pití a to jsem před tím nevěděl a tímhle
223 způsobem já nemusím vyhrát, ale mohu s tím takto bojovat .

224 T: naučil ses naslouchat ostatním

225 R: Ano, že to se mnou nemyslí špatně. Je strašně dobrý, že když sem člověk přijde, tak
226 je izolovanej od těch drog a nemá šanci se k ničemu dostat a že žije v čistém
227 prostředí, ale je to pro něj hrozně těžké , že je najednou odstříhlej od všeho. Ale jen

228 tak se může pomoci tomu člověku s těma drogama se naučit pracovat s těma
229 chutěma a tak vlastně a je odstřižen a má větší šanci něco s tím udělat.

230 T: prostředí zde je v mnohém ohledu zdravější, než to, co je venku a tady si prožiješ,
231 jaký to je žít ve zdravím prostředí.

232 R: Přesně no, zažíváme ho a my si bezpečnost sami tvoříme a že jsme tu svobodně o
233 svém vlastním rozhodnutí. Máme možnost kdykoliv odejít, nejsme ve vězení, je to
234 naše nikdo nám to nevnutil.

235 T: A otázka na závěr. Jak se cítíš v našem rozhovoru.

236 R: Cítím se velmi dobře, protože jsem si zmapoval , co jsem udělal za práci , jak mi to
237 tady pomohlo a jsem, s tím moc spokojenej a jsem spokojen, že i ty z toho něco
238 můžeš vytvořit a jestli to pomůže druhým budu moc rád.

239 T: To je můj záměr a děkuji za rozhovor.

240 R: také děkuji.

Příloha 4 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu B

- 1 T: Začneme s první otázkou, s čím jsi přišel do terapeutické komunity?
- 2 R: V mém případě šlo o to, že jsem vůbec nedokázal vyskočit z toho kolotoče drog a
3 různých neřešitelných problémů s rodinou, prací a ten kolotoč mě vlastně pořád tlačil
4 do toho, že jsem nemohl přestat brát a jenom se jako soustředit na sebe, nějak se
5 zastavit, vystoupit a podívat se na to s čistou hlavou. *MIČENÍ*
- 6 T: Měl jsi pocit, že jsi ve vleku událostí.
- 7 R: Ano. Setrvačnost, která mi už dávno nevyhovovala, ale nedokázal jsem z toho
8 vystoupit.
- 9 T: Nyní se chystáš dokončit druhé fáze léčby. Jaká změna byla rozhodující pro přechod
10 do vyšší fáze?
- 11 R: Určitě to, že jsem byl tak dlouho čistej vod tý doby, co jsem tady. V těch nižších
12 fázích jsem byl fakt rozsekanej a hrozně moc věcí mi docházelo, co se ve mně děje a
13 proč. Něco ohledně rodiny. Ohledně toho, že nemám žádný přátele. Vlastně jsem se
14 v sobě vůbec nevyznal. Vůbec jsem třeba nevěděl, jak na lidi působím. Lidi se mi báli
15 něco říci a i dotedka mají respekt. A já jsem ještě měl tu masku z ulice, nějakou tu zeď
16 a ta byla dost neprostupná. Takže s tím jsem začal nějak pracovat. *MIČENÍ*
- 17 T: Uvědomění si vlastních problémů.
- 18 R: Ano, vlastně jsem tady musel žít s lidma, se kterejma bych se venku vůbec nebavil.
19 Když to řeknu úplně naférotku. Tady jak máme k sobě blízko a víme o sobě všechno,
20 tak jsme jako rodina. Ale venku bych se takhle s nějakým člověkem nebavil. No a teď
21 když vidím ty reflexe od těch lidí, od různých, z tý celý škáli (*pousmání*) tak to vidím ne
22 jenom mýma očima, ale tak nějak toleranci mě to naučilo. Tady. Toleranci a
23 schovívavosti nejenom k nim, ale i k sobě. Si vo sobě myslím, že jsem byl hodně
24 netolerantní a už neodsuzuji, protože vím jako, že ten každý člověk může mít nějaký
25 příběh šílenější jak já a z toho důvodu je nějakej. Má svůj vlastní pohled a já mu ho

26 nemusím brát. Nemusím si ho převádět na sebe a zároveň ho můžu respektovat, i když
27 s ním nesouhlasím.

28 T: Zmínil jsi již důležitou část léčby, změny vztahu k sobě samému. K jaké hlavní změně
29 k sobě samému u tebe došlo?

30 R: Já jsem se neměl rád. (*smích*). Vůbec hmmm. Věděl jsem, že ve mě něco je, že ve
31 mně něco dřímá, že mě něco baví a že něco umím, ale rád sem se vůbec neměl. Byl
32 jsem jako zakonzervovanéj v různých předsudkách a komplex a vlastně nějaký
33 sebevědomí jsem neměl žádný, takovej nešťastnej člověk. Teď se začínám mít rád už,
34 to sebevědomí mi roste, chtěl bych aby bylo vejš, ale dokážu mluvit otevřeně, dokážu
35 komunikovat, to jsem nedokázal, kór když jsem byl sjetej, tak to nešlo, to jsem něco
36 zamumlal a šel jsem si po svých a už proto jsem se zase neměl rád. V hlavě to bylo, vim
37 co chci, ale nedokázal jsem to. Tak sebevědomí prostě šlo furt dolu. No a tady jsem se
38 za těch šest měsíců naučil slušně říkat věci a zároveň si stát za svým názorem, když se
39 mi něco nelíbí tak taky bouchnu, ale pak nad tím přemýšlím, jestli tam třeba nějakou
40 náhodou něco není, co by mě mělo a prostě udělal jsem hromadu práce na sobě, která
41 mi pomáhá být sebejistější. Chodím za koníčkama, seznamuji se s novýma lidma, to
42 jsem dřív nedokázal. Dokázal jsem na ulici sehnat cokoliv, pohybovat se mezi feťákama
43 a zločincema bez nějakého studu a strachu, ale jít se na nějakou stěnu zalízt
44 s normálními lidmi z toho jsem byl takhle rozklepanej (*natahuje třesoucí ruce*). Asi
45 sebevědomí hodně.

46 T: Na počátku rozhovoru jsi zmínil téma nesvobody, že jsi byl ve vleku něčeho. Jak se
47 nyní díváš na svojí svobodu a nezávislost? V čem konkrétně jsi nyní více svobodnější?

48 R: Je to pro mě hodně důležitý. Názorama. A tím, že je to pro mě důležitý tak jsem tu
49 svobodu drogama hrozně zprznil. Bavil jsem se s lidma, s kterými jsem nechtěl, kejval
50 jsem na věci, který mě nezajímaly no a kvůli trošce prášku. A to mě zakuklilo v tom
51 nemít se rád. Protože jsem porušoval ty moje daný mantinely a všechnu stu svojí
52 hrdost jsem pošlapal. No a teď nemusím, kvůli prášku se nemusím, kvůli ničemu kvůli
53 čemu nechci se nemusím bavit s nikým. Nemusím nikomu říkat, že je mi sympatický i

54 když není. Zároveň často dost na to vzpomínám často mi stačilo někam si dojet a
55 koupit a už mě nezajímalo, co bude po tom. Poslední peníze jsem utratil za něco, co mi
56 neudělalo dobře. A teď nemusím, teď si prostě mohu věnovat svým věcem, mohu jít
57 tam nebo tam mužu se pro něco rozmýšlet a pak nikam nejít. Můžu si jít, kam chci.

58 T: Jak vnímáš důležitost smysluplnost toho, co děláš nebo toho, co chceš dělat?

59 R: Rád bych šel do školy, udělal si nástavbu. Chci třeba dělat práci v sociálních službách
60 a že by mě to prostě mohlo bavit a vidím tam právě víc možností. Lezení mě baví,
61 takže si mohu udělat rekvalifikační kurz na ty veškovy práce. Můžu jet na dovolenou a
62 nepřemýšlet nad tím, že nemám v kapse pytlík s něčím, aby mi bylo dobře a je mi
63 hlavně dobře bez toho, je mi samotnému dobře samotnému se sebou dobře.

64 T: Pocit blízkosti sám k sobě?

65 R: Jo. Ten kdo pláče, křičí, směje se . Jsem to já. Není to žádná chemie vedlejší ve mně.
66 Není to zhulenec. Jsem to já.

67 T: Když se posuneme od vztahu k tobě samotnému ke vztahům k druhým, ať už jsou to
68 ostatní v komunitě nebo k blízkým osobám, rodině. Co se na nich proměňovalo
69 v průběhu terapie?

70 R: Ohledně klientů už jsem říkal přijímání různosti ostatních. Na počátku jsem přijímal
71 minimum reflexí z komunity. Když mi na něco šáhli tak jako. No nebral jsem to. Čím dýl
72 jsem tady s nimi byl tím víc jsem bral jejich názory. Brát v potaz tu možnost, já jsem tu
73 rovnost vůbec nepřipouštěl a tím jsem se hrozně konzervoval, ale i když to není
74 pravda, je to něco jejich. Už jenom to, že člověk začne přemýšlet nad tou možností, že
75 by to tak mohlo v nějakých případech bejt tak mě to vždycky hrozně posunulo. I když
76 to nebylo nic mího a nic jako to. Tak to bylo ke komunitě a k terapeutům. Já ty voe.
77 (*smích*) Já jsem měl na počátku terapeutu jako takový bohy ne, který sem jako fakt
78 vobdivoval, sem jim jako, fakt jak bohy. Potom to jako pomalu to a (*odmlčení*) přišla
79 změna a hrozně tam byl propad, jako vy mě serete, ste lidi, dyť vlastně jste jen lidi. Je
80 to směšný. Pak se to stabilizovalo a já je vnímám jako teda lidi, ale ty lidi, kteří mě

81 chtějí pomoci a od kterých si můžu vzít hromadu věcí, kterejm důvěřuju, že mi nechtěj
82 ublížit a i když mě něco štve, hodně věcí, co slyším, ale ono je to vlastně dobře. No a
83 jako tady to mám hrozně rád. Mě se bude stýskat to vim. Terapeuty mám rád všechny.
84 Jsou fakt, každý má svý kouzlo. A přemejšlím tak nad tím, že s náma nemůžete být
85 kamarádi, že by pak terapie neměla žádnej smysl, takže vlastně tu práci děláte dobře
86 vy jste kamarádky jinde, jako v týhle terapii. No takhle.

87 T: Jak se proměňoval tvůj vztah, k někomu blízkýmu?

88 R: No, tak bych začal s X (*přítelkyně*). Mou přítelkyni, seznámil jsem se s ní, když už
89 jsem nebral tvrdý drogy, chvilku to vydrželo a pak jsem do nich zase skočil. Je to takový
90 čistý právě jak jsem nabyl sebevědomí a jsem si jistej ve vyjadřování a různých dalších
91 věcech, tak i ten vztah se nějak posunul. Já vlastně až tady jsem byl úplně čistej s ní jako
92 že nějaký dny jsem hulil, nějaký ty dny jsem byl čistej, ale ne tak dlouho a intenzivně jako
93 tady. A ten vztah se mi prohloubil, je to pevnější, cítím to jako celek pevnější v sobě.
94 Jako z druhý strany to cejtím furt stejně akorát i tam cejtím, že je tam víc jistoty a
95 důvěry ke mně. Ale já se cejtím stabilnější v tom. Cítím, že v tom vztahu mám nějakou
96 hodnotu a proto je pevnější. Mě na tom vztahu fakt záleží. A co se týká rodiny, jako
97 mámy a synovce, s kterejma jsem tam prostě žil, tak je to blbí, ale nezmítám se v tom.
98 Jako já jsem byl pohlcen tou rodinou historií a jejíma různějma vztahama mámy a
99 k sestře, synovcovi k mámě a k různým takovým, různý propletence a já jsem v tom byl
100 zmítaný a pak mi nic jiného nezbyvalo než buď křičet nebo si dát šlehnout a nevěnovat
101 jim pozornost a teď v tom mám jasno, je mi to líto, ale nechci být do toho zatahovanej,
102 musím se nějak vymezit vůči tý rodině a to se mi povedlo díky tomu, že jsem odešel
103 sem.

104 T: Přejděme nyní k další otázce. Uvědomil sis v průběhu terapie nějaké svoje vzorce v
105 chování, myšlení nebo cítění, která by měly na tebe nepříznivý dopad?

106 R: hmhhh, rozhodně, je to nějaký můj vzdor, vystupování na sílu proti něčemu, že
107 prostě to nenechám bejt, když se mi to nelíbí a není mi v tom dobře. Když to ale
108 pustím, tak se to třeba vyjasní nebo (*vyhrkne*) Jako že jsem kolikrát ten konflikt udělal

109 já. Až když prostě já jsem do toho šel, tak jsem byl proti nějakýmu .. já nevím ...
110 názoru, situaci, tak já jsem tam ten konflikt udělal, až to způsobilo. Měl jsem na něco
111 jiný názor a tak jsem začal kopat kolem sebe, tím sem na sebe upoutal pozornost a
112 negativa.

113 T: vzpomenu by sis třeba na nějakou konkrétní událost, kde se tento vzorec projevil?

114 R: Hodně to byl nevinný konflikt s Y (*člen komunity*), šli jsme z pracovního bloku a já
115 jsem si utrl dva hrášky, on byl zrovna ve fázi, kdy měl začít prosazovat řád a já jsem
116 kvůli tomu začal hrozně vyvádět za sankci a dokázal jsem to v sobě tak rozdmýchat
117 tenhle ten konflikt, že já jsem kolem něj začal chodit nasupenej a vůbec sem se s ním
118 nebavil a měl jsem odchodovky, prostě byl jsem tak naštvanej a tak jsem to
119 rozdmýchal, že jsem si na zahradě říkal, ty jo, jdu pryč prostě dost, no a teď bych se
120 zastavil a prostě by se mi to nestalo. Kdybych byl tehdy venku zhulenej, tak si du
121 rovnou dát. Říkal jsem si tak jdu, to tu zbalím, nepotřebuji poslouchat takový věci a
122 pak jako říkám, tady si zbalíš tašky a pojedíš ven, a co uděláš venku, až se ti tohle
123 stane? Před sebou kam utečeš, když nebudeš mít kam utýct? Když tě tam jako nikdo
124 nikde nedrží? Tak jedinečně do drog. A to je ten vzorec, který se mě furt opakoval.
125 Vždycky jsem si to v sobě nějak umocnil a nabažil se toho. Jo. (*mlčení*)

126 T: Na ten impulz se pořád něco nabalovalo, až to explodovalo.

127 R: Jo, jo nebo když se rozčiluji kvůli jakýmukoliv prostě něčemu, co mi šáhne na mí ,
128 tak taky, když to nechám, tak ty lidi nad tím mávnou rukou no jo je to blbost, ale když
129 tom začnu hrotit, tak si lidi řeknou no jo, tak si to tady teďka vyžer takový hlouposti,
130 jo. Vždycky se to ňák nabalí.

131 T: Prošli jsme společně částí rozhovoru, která byla zaměřena na to, co se měnilo.
132 Podívejme se nyní na to, s jakými událostmi v terapii mohla být tato změna spojena.
133 Jaký moment v terapii byl rozhodující, že si sebe začal prožívat jinak a kdy se začaly
134 měnit vztahy k ostatním?

135 R: To byly hodiny a hodiny terapie na sobě. Vlastně to bylo to nejdůležitější. Potom
136 jako už v těch vztazích jsem pracoval s tím, co jsem tam získal. Fakt ale skupiny, jak
137 životopisný tak na téma nějaký i ty komunity ranní.

138 T: Jaká byla pro tebe nejdůležitější tematická skupina

139 R: Hned ta první byla na to, jak mě vnímá moje okolí. Vzal jsem si skupinu a chtěl jsem
140 vědět, jak mě vnímá. Proč maj ze mě starch. Proč na ně působím agresivně. Já si tak
141 sám nepřipadám. Sem prostě dostal hroznej náklad, ze všech stran . Všechny ty
142 pohledy, že jako věděj, že nejsem zlej, že věděj, že bych jim neublížil, ale vypadám
143 hrozně, jako prosazování mího názoru, jako je tak radikální, moje chování, můj pohled
144 na svět, mimika a vyjadřování. (*povzdech*). Tak to bylo hodně hluboký. Tak jsem je
145 prostě poprosil, ať mi to říkaj, když to budu dělat. A vlastně to bylo moc tenkrát. Byly
146 to vlastně i skupiny jiných lidí. Některý ty skupiny měly fakt hloubku, i když se mě
147 netýkaly tím tématem, tak jsem si tam přišel na hromadu svých věcí. Jak cejtím
148 některý věci, jhakej mám na ně pohled. Vlastně jsem si (*odmlčení*) nevím jestli to byla,
149 fakt či to byla skupina , ale tak jsem to poslouchal a říkám si ty voe to jsem pěkně
150 arogantní zmetek, jestli mám na to tenhle názor. Ale neřek jsem ho ani nahlas, protože
151 jsem si říkal, jak můžu být takhle arogantní? Říkal jsem si, jak je to vlastně hrozně
152 smutný, já jsem v takovýhle pozici a vůbec mi to nesešlo. Ta nultá a první fáze to bylo
153 nejhorší. To bylo co den to nákej poznatek o sobě a nejen tak nákej, kdy se na to
154 podívám tak to mělo hloubku.

155 T: Vzpomeneš si na nějakou konkrétní situaci, kdy si prožíval konflikt mezi svojí
156 svobodou a svobodou někoho druhého v komunitě?

157 R: Jo třeba sem měl se Q (*člen komunity*) je to jako s těma terapeutama , když on přišel
158 a já jsem tady už nějakou dobu byl, tak jsem ho měl strašně rád a bli jsme si strašně
159 blízký, srandičky a tak a pak přišel zlom a bylo peklo. Protože jsme do sebe hodně šli a
160 on šel do mě a já jsem se nedal a už tam začaly třenice. A teď se to jako ustálilo, ale mě
161 tam vadilo, že von sám mě chtěl být blíž, ale když já jsem chtěl byt blíž jemu, tak mu to
162 bylo nepříjemný a začal do mě jako jít. A to jsem cejtil jako, že to není dobrý a sem se

163 stáhnul , ale už mi to bylo líto, že jsem už k němu měl blízko, ale zase jsem se vzdálil.
164 No a postupně, jak jsme tady spolu furt jsme si museli oťukávat a ňák si ty hranice
165 nastavit, protože víme co si může jeden vůči druhému dovolit. Proč ho nenechat bejt,
166 když mu není dobře. Co mu říct. No taky mi to nějak v tý toleranci posunulo. Už nejdu
167 tak blízku k těm lidem.

168 T: Tak pracuješ se svojí hranicí.

169 R: Jo, jo. Sem zjistil, že když já sám nebudu mít potřebu sahat do těch jeho hranic tak si
170 tím udržím ty svoje. Je to pro mě stabilnější a bezpečnější.

171 T: Důležitá schopnost individuálně řídit hranice na základě toho, jak druhého vnímám
172 a cítím. Opak snahy o všeobjímající blízkost.

173 R: Tak jsem to měl nastaveno dřív, že jsem si pustil všechny lidi k sobě do tý nejbližší
174 blízkosti a pak jsem na to vlastně doplácel že jo, protože ty lidi tam prostě nepatřili
175 třeba patřili dál o kus. No a to jsem se tady rozhodně naučil nebo učím. Není to ještě
176 vono, co bych chtěl, ale sem na tom rozhodně mnohem líp. (*odmlka*) a je mi v tom líp
177 rozhodně.

178 T: Možná, že je to ten správný moment na další otázku. Připadá ti z tvého dnešního
179 pohledu, že se v terapii dříve odehrálo něco důležitého, co ti ale v té době tak důležité
180 nepřipadalo?

181 R: (*přemýšlí*) Rozhodně ten čas, který sem tady dostal. Nikdy jsem si nepředstavoval,
182 že to bude mít takovou moc, těch devět měsíců. Před rokem bych tomu nedával
183 takovou váhu, co se může za devět měsíců proměnit, bejt čistej od tamtoho světa a
184 zabývat se takovejma věcmi. Taková ta hodnota a moc času.

185 T: Když bychom se podívali na vztah k terapeutům. Událo se v průběhu terapie něco
186 překvapujícího ve vztahu mezi tebou a terapeuty?

187 R: Třeba s B (*terapeut*), já jsem se mu neuměl otevřít, nešlo mi to prostě. Cejtil jsem
188 tam furt nějaký podezírání, ňáký štourání do něčeho, co tam není. Ale pak jsem časem

189 (úsměv) zjistil, že se jenom ptá, protože mě nezná, tak se ptá, aby mě poznal. A když
190 mu odpovím, jo je to tak nebo není to tak, tak s tím teprve může pracovat. Když tam
191 něco cítí, tak to řekne z lidského nebo terapeutického hlediska to je jedno, ale že já
192 ještě než jsem si našel cestu k němu, tak jsem ho měl vždycky rád a vždycky jsem ho
193 bral, ale v tomhle to bylo takový těžký, na druhou stranu nevím no. S tebou s C nebo D
194 (terapeuti) jsem mohl hovořit hned o čemkoli otevřeně a nedělá mi to problém. A
195 viděl jsem, že tam to napojení je a že to jde.

196 T: A udělal něco neočekávaného, že se to změnilo?

197 R: Jo, jo, najednou jsem cejtil, že mi rozumí a OK, nesouhlasíme s něčím, já to vidím
198 takhle, ty to vidíš takhle, ale věřím ti. Ta důvěra tam najednou byla, že jsem jako cejtil
199 sem, že mě věří, že to říká od srdce, protože sem si myslel, že mi nevěřil, že jako
200 nejsem upřimnej a že to nemyslím vážně.

201 T: Najednou tě začal přijímat.

202 R: Jo a vstřícný kroky, já jsem k němu chodil pro radu a on mě dobře poradil a nebo mi
203 řekl svůj názor a to byla ta dobrá rada. Takže jo.

204 T: Pomalu se blížíme k závěru našeho rozhovoru. Měl bych ještě otázku, zda tě napadá
205 nějaké témata, na která se v našem rozhovoru nedostalo a která ti připadají důležitá
206 ale nedostalo se na ně?

207 R: Je to vlastně můj vztah k drogám. To je hrozný téma, ale mám ho vyřešený, protože
208 já vím, že nechci brát a vím, že nemohu brát, abych se cítil dobře, ale prostě dvacet let
209 jsem bral a mám to v sobě tak zažitý, že to než se odplaví, že v tom cejtit nějakou tu
210 jistotu tak to zase může ukázat jen čas

211 T: Strach, kdy se to zas ukáže.

212 R: A strach jako ze sebe, nemám strach z venku, protože potýkám se i s lidma, vidím
213 lidi sjetý na ulici, že mě zdravej, já si to dokážu ukočírovat, ale nejhorší je, že když mi
214 není dobře tak jako nejvíc dovedu ovlivnit sám sebe. A znám se, takže bojím no.

215 T: Úplně poslední otázka. Jaká je tvoje zkušenost s tímto rozhovorem a jak si se při
216 něm cítil:

217 R: Jo dobře.(úsměv) Dobrý to bylo. Taková rekapitulace. Já tě mám rád, mluvit s tebou
218 na mě nedělá nákej tlak nebo nepříjemný věci.

219 R: Děkuji za rozhovor.

220 R: také děkuji.

Příloha 5 Transkripce rozhovoru s účastnicí výzkumu C

1 T: Začneme první otázkou, co tě přivedlo do terapie, jaké byly hlavní důvody, pro které
2 jsi vstoupila do terapeutické komunity?

3 R: (*povzdech*) Jo, tak, pro mne byl vlastně první jako důsledek nebo co mě jako
4 přivedlo do léčby bylo před dvěma rokama a byl to nějaký sled událostí, kdy jako
5 vlastně (*povzdech*) kdy vlastně jsem otěhotněla a musela jsem na potrat, protože jsem
6 brala drogy a vlastně umřela mi babička a vod tý doby jsem si řekla, že chci z toho už
7 ven. Že vlastně děti jsem si vždy přála a najednou sem v tu chvíli o to nestála. No a od
8 tý doby jsem se snažila přestat venku sama a pak tehdy jsem už hodně hrála gambling
9 takže, když jsem pak po dvou letech prohrála úplně všechno, co jsem měla, tak jsem
10 v tu dobu chodila na adiktologii a šla jsem za tou mojí terapeutkou, že bych chtěla
11 někam nastoupit do léčby, abych to zvládla. A vlastně v PL jsem tam jsem se rozhodla,
12 že mě to PLko nepomůže vlastně. Věděla jsem, že potřebuji něco delšího.

13 T: Nastoupila si tedy do terapeutické komunity a prošla si nultou a první fází, jaká byla
14 hlavní změnou, kterou jsi prošla?

15 R: No tak jako, jednak to bylo to, že mi dlouho trvalo, než jsem si uvědomila, že chci
16 přestat brát drogy. Takže to byla jedna věc. Druhá věc bylo, že vlastně nejvíc jako bylo
17 mě na to, nejvíc sem potřebovala přijít na to, že potřebuju opustit ty svoje starý
18 kamarády a v tom už jsme měla nákou tu jistotu. Prostě to mě trvalo nákejch pět šest
19 měsíců než to než jsem to doopravdy přijmula. A vůbec ten starej život, co se s nima
20 spojuje. No a asi to, přemýšlím, co by to (odmlčení)

21 T: Nyní se připravuješ na přechod do třetí fáze. Co myslíš, jakou důležitou změnou jsi
22 prošla, která ti tento přechod umožňuje?

23 R: V těch dvojkách sem se naučila, ne naučila, ale cejtím, že jsem dospěla a že jsem
24 odpovědnější. Hodně mi v tom pomohly ty šéfovský funkce a to mi pomohlo obrovsky
25 jako. Pak mi pomohly individuály s našima, že jsem jim dokázala říci, co bych od nich

26 potřebovala, jakou podporu ne jako materiální, ale psychickou (*odmlčení*) a
27 samostatnost a ta zodpovědnost. Cejtím se zralejší, nějak jsem tady vyžrála.

28 T: to byly takové úvodní otázky na zahřátí a podívejme se nyní na další otázku. Jak se
29 v průběhu terapie proměňoval tvůj vztah k sobě samotné? Jak sebe prožíváš? Jak sama
30 sebe vnímáš? V čem je ta hlavní změna?

31 R: Tady jsem si našla svoje spouštěče a vím, co mi venku může dovést zpátky.

32 T: Můžeš být konkrétní?

33 R: Asi můj největší spouštěč je stres a náký křivdy, který nedokážu říci. A zároveň když
34 se mi tohle děje, tak je to nákej první krok. A pak další krok je, že já jsem se pouštěla
35 do vztahu i tady a to tak, když jsem mi nebylo dobře a byla jsem ve stresu, nebo jsem
36 byl nějak ukřivděná, tak se mi tady začal někdo líbit a vlastně to mám naučený z venku.
37 Jednoduše se přepnu a chci to řešit nějakým vztahem. Prostě hledám v ten moment
38 nějakou blízkost. A to je co mám i venku, protože jsem měla hodně přelétavý vztahy a
39 vlastně v tom mi nebylo vůbec dobře.

40 T: A vnímáš sama sebe nyní jako méně zranitelnou?

41 R: Jo a hlavně vím, jak to vyřešit jinak. Vím, co potřebuje. Že potřebuju nějakou aktivní
42 činnost. Prostě se vysportovat, to mě strašně moc od stresu pomůže. Samozřejmě
43 potřebuji kamarády, abych se s nimi o tom mohla bavit. A za další, tady jsem se naučila
44 se nějak vymezit. Vymezit se lidem a nějak se bavit o těch svých křivdách. Takže pro
45 mě je důležité, abych to přinesla ven.

46 T: Jsi více sama sebou.

47 R: Hmm. A taky to vymezování lidem a říkání vlastního názoru, to se mi tady podařilo
48 víc prosazovat.

49 T: Podívejme se nyní na vztahy k ostatním. K jakým změnám ve vztazích k druhým
50 v průběhu terapie došlo?

51 R: Na začátku mi trvalo nějakou dobu, než jsem vůbec měla k někomu blízko, prostě
52 rozhodně až v první fázi, po dvou měsících vůbec tady ke všem. První ke komu jsem
53 tady měla blízko byl X (člen TK) a no (*odmlčení*) a dneska mám blízko k lidem,
54 s kterejma sem tady od začátku. Nebyli tady v době, kdy já jsem nastoupila, ale přišli o
55 měsíc pozdějc a díky tomu mám ke všem dvojkám blízko a našla jsem si tady kamaráda
56 jako kterýho považuji Pavla. Moje důvěra s holkama tak to je tak, že s těma holkama je
57 to vždycky těžší, ale teď mám i hodně blízko k Y (členka TK) našli jsme si, jsme spolu na
58 pokoji vlastně a ještě před měsícem bych ji neřekla, co jsme si řekli, o čem se bavíme
59 teď.

60 T: Blízkost se projevila v tom, že si říkáte důvěrnější věci. Změnila se i schopnost
61 vnímat potřeby toho druhého?

62 R: Mě teď tady některý lidi připomínají mě. V tom, že je nebaví a nezajímají
63 mimořádky nebo co se tady děje, že říkají, že jim to tady připadá trapný, co se tady
64 děje. To jsou lidi, kteří jsou tady většinou krátce a já jsem to tady vlastně měla stejné
65 jako. Já jsem si tady dlouho říkala, že jsem tady za sebe a že se chci zajímat jenom o
66 sebe, ale spíš to bylo o nějakým (*odmlčení*) o lenosti nebo o tom pochopení, že jsme
67 tady společně a že je důležitý, abych se zajímala i já. Možná i, když jsem dostávala
68 reflexe a věděla jsem, že je musím dávat taky v tu chvíli se to asi hodně zlomilo ke
69 konci těch jedniček a vlastně i, že jsem chtěla přestoupit a možná, že to bylo tím, že
70 jsem začala víc reflektovat a snažila jsem se nad tím víc přemýšlet a tím mě začali lidé
71 tady víc zajímat i to dění. Ty reflexe ostatních mě začaly jako vlastně pomáhat a tak
72 jsem si uvědomila, že moje reflexe mohou jako pomáhat i vlastně ostatním. A taky že
73 vlastně i nějaká výčitka, že já jim tady nedávám nic a i postupem času nějaká
74 zodpovědnost, že to tady prostě tak je, a že se jinak lidi prostě nic nenaučej a že se
75 nezměňej a já bych jim taky ráda pomohla. Příklad jako (*odmlčení*) no nevim asi jako
76 když mě tady na tom začalo záležet, když mi to na tom tady začalo záležet.

77 T: V čem došlo ke změně při reakci na něco, co si udělala špatně?

78 R: No asi jako nejvíc jako když jsem řekla, že se mi tady líbí, to byl nejvíc zlomovej bod,
79 když sem jako se mi špatně poslouchalo, co říkaj, měla jsem kvůli tomu odchodovky,
80 že mi lidi říkali, abych si uvědomila, že je to, že je to můj starý vzorec a že bych to jako
81 měla řešit. Tak když jsem se jako dostala do nějakýho vzdoru, nad kterým jsem ale
82 přemýšlela a sama jsem jako dospěla k něčemu podobnému, co mi říkali. Jak to říct
83 jako. Že prostě v tu chvíli jsem začala přijímat líp to kritiku a ty reflexe. A i dneska je to
84 těžký, ale mnohem líp se mi to poslouchá, protože si řekno, tohle si vezmu, o tom si
85 popřemejšším , tohle mám v sobě vyřešený, tohle to můžu vypistit, co mi řekl ten
86 člověk. Dovedu si to lépe protřídit. Uvědomuji si, že to nemusí bejt odsuzování, ale
87 zájem o mě a neberu to osobně, že se mi děje křivda. Vždycky se nad tím zamyslím,
88 protože se mi blíží ten venek, kde se s kritikou taky setkám. Je to tak, že já jsem ani
89 neposlouchala moc ty moje kamarádky v minulosti, když mi říkali tady to skonči to je
90 hroznej chlap ten tě úplně vysává, tak jsem je jako moc neposlouchala, i když jsem je
91 slyšela, ale asi to bylo hodně spojeno s těma drogama, ale dám teďka mnohem víc na
92 názory těch blízkých. Protože je chci slyšet.

93 T: to byli lidé z komunity a jakou změnu pociťuješ ve vztahu k terapeutům. Co je ve
94 vztahu jiného?

95 R: Na začátku bylo pro mě zaměstnanci, opraváři takový jako to a dneska jsem za ně
96 hrozně vděčná. A ňák jako sem i. Prostě nevím co. (*odmlka*) poznala jsem je blíž. Vidím
97 prostě tu pomoc, co dávaj. Jednak to obdivuju a jednak jsem nějak vděčná, za to že
98 jsou a mám je a neberu je už jak terapeuty, ale jako někdo kdo má snahu mi
99 porozumět.

100 T: A jak se proměnil vztah k tvój rodině, k někomu blízkému v průběhu terapie?

101 R: No tak jako nejvíc těžký to mám k tátovi, že jo. Když jsem nastupovala, tak teprve
102 čtrnáct dní věděl, že beru třináct let drogy. Čtrnáct dní a jako první sem tady hodně
103 řešila jako s mámou. S tátou je to těžký v tom, že v tý komunikaci prostě von
104 komunikovat neumí, nikdy jsme to jako neuměli my dva a ani se ségrou neumí
105 komunikovat. Ale hodně se změnilo i v tom, že on nechtěl jezdit na tydle individuály,

106 ale když jsem mu posledně volala, tak ho to hrozně dojalo a on přijel, dokonce i jako,
107 nemůžu říci jestli chápe, ale byla jsem párkrát na výjezdu a táta byl opilej a teď na
108 Vánoce jsem to čekala taky a každéj rok většinou bývá, že jo (*ztišeným hlasem*) něco si
109 s mámou dá, že jo. Myslím si, že mě táta víc chápe, i když je to pro něj těžký. Táta sice
110 nepije denně, ale je schopen se kvůli mně omezit a já si uvědomuji, že jsem pro něj
111 důležitá. A i když byl opilej, tak se se mnou chtěl bavit a říkal mi, že mě má rád. On to
112 neumí říci, když je střízlivej. Táta by mě měl chápat nejlíp, protože já mám stejnej
113 problém ať už na cigaretách nebo hmmm a jako vlastně s mámou. S mámou to je
114 úplně skvělí, (*odmlka*)

115 T: V čem konkrétně je největší rozdíl oproti začátku?

116 R: Ve vnímání, že má máma větší zájem a hlavně chápe víc, proč je důležité, abych s ní
117 ty věci sdílela. Ať už jsou to chutě nebo prostě, jo chutě a to jak mi je a to co se mi
118 nelíbí. Já bych řekla, že ví lépe, proč je to důležitý a nemá z toho takový strach, protože
119 jsme se o tom tady bavili, že když o těch chutích mluvím, tak jí je jako smutno, že jí
120 jako připadá, že mě to jako pořád drží. Že nechápe, proč o chutích mluvím, že
121 nechápe, proč je mám. A tak že se mi sní mnohem líp o tom mluvím. Rozumí víc mé
122 závislosti a přijímá jí a že jsem jí dokázala říct, co nechci aby dělala, co je mi
123 nepříjemný a v čem se potřebuji od ní osamostatnit, aby mi v tom nepomáhala, že mě
124 v tom pořád vidí jako dítě a v tom mi není dobře . A důležitý bylo to, že ona to chtěla
125 před rodinou tajit, že jo . Pořád se za to nějak stydí. Což tedy nadále jako trvá.
126 Nicméně není proti, abych to řekla jako rodině. Vona jim to říkat nebude. Vona se za
127 mě nebo za sebe stydím já nevím. V tomhle nedokážu říci, co jako. Jestli byla špatná
128 matka. Ale tohle nikdy na indoši neřekla, vždycky říkala, že udělala včeecko, co mohla.
129 Nebo že mě vychovala, tak jak uměla, že jo. Že necejtí se jako viná. Ale já nevím v čem
130 jako je stud. Těžký je pro ní přijmout ten fakt, že jsem jako feťák. Vona má asi dost
131 drastický představy, kdo je to feťák. Nebo já nevím.

132 T: A co vztah k sestře. Jak ten se proměňoval?

133 R: Se ségrou je to podobný tak jako tady s holkama. Segra mě jako vždycky hrozně
134 podporovala, ale věděla, že hlavně musím chtít sama. Já jsem s ní moc
135 nekomunikovala a tady jsem jako začala s ní komunikovat. A kdyby to byl ze začátku
136 jako někdo cizí, ale potom spolu často víc komunikujeme tak už se nebojím, že by
137 bylo nějaké trapné ticho. Taky tam vzrostla ta důvěra a jsme si jako bližší o čem se
138 bavíme , je to na takový sesterský úrovni, říkáme si o vztazích a takový to podobně, je
139 to lepší (*odmlka*) v tomhle tom, v tý otevř (*přerušeni a krátká odmlka*) ne otevřenosti,
140 ale v tom, co si říkáme a v tý blízkosti.

141 T: před chvílí si zmínila škodlivé vzorce v tvém myšlení, byly i nějaké další, které si
142 objevila v průběhu terapie?

143 R: Hmm. Jedna z věcí, co jsem byla naučená, já, já sem nikdy neměla sebevědomí,
144 jsem na tom líp než když jsem nastoupila sem, ale pořád je na čem pracovat a vlastně
145 sebevědomí jsem si nahrazovala flirtováním a ověřováním, že budu mít každého, koho
146 budu chtít. A dost často to. (*odmlčení*). No tak tohle je můj starý vzorec, s kterej sem
147 nějak stopla a otevřeně jsem o něm mluvila, abych tomu tady zabránila a já těm
148 mužům mám sklony do těch vztahů padat díky nějakému stresu, křivdě, tak hledám
149 nějakou blízkost, kterou bych to zaplácla, kterou budu jako někde jinde. Něco jako,
150 (*vyhrkne*) já bych řekla substituce tý drogy. Zapomenu na tu křivdu. Najdu si okamžitě
151 někoho a naopak to s ním ukončím nebo něco, protože to jde jako strašně rychle, když
152 to řeknu takhle nebo se s tím člověkem rychle vyspím a skončí to. Takže něco takový
153 hle ho, že ty chlapy byli pro mě taková ta substituce drogy.

154 T: A jakým vzorcem jsi to díky léčbě nahradila?

155 R: Hmm. No, pro mě je důležité o tom vědět, uvědomit, že se dostávám do stresu,
156 což poznám, protože mám při tom i chutě, vlastně jo, když jsem ve stresu, tak se mi
157 objevují chutě a pro mě je důležité si to uvědomit a vlastně s tím něco dělat. Jako
158 nějakou jinou činnost , na který si ten stres vybiju a to je pro mě ten sport, cvičení. A
159 když je to křivda, tak o ní musím mluvit s tím jako, kdo mi jí způsobil. Budu muset něco
160 vyjádřit, co se mě jako dotklo nebo že jsem naštvaná

161 T: A rodina? Přišla si v terapii na nějaký škodlivý vzorec chování s rodinou?

162 R: Určitě je to zatajování informací. U nás doma mě máma tak zvaně chránila před
163 tátou, že jako neřekla nic. Takhle to je. Babičce neřekneme nic za žádnou cenu. Prostě
164 nějaká neupřímnost v naší rodině , která jako, taková ta ochrana ostatních členů a
165 naopak taková ta falešná solidarita.

166 T: To byly vztahy a podívejme se nyní na to, co se dělo kolem tebe. Vzpomeneš si na
167 nějakou událost, po které se u tebe výrazně změnilo chování a myšlení?

168 R: No vlastně. Dvakrát se mi tady někdo líbil a vyšlo to na povrch. Pokaždý tydle
169 události, protože jsem si uvědomila tenhle vzorec chování, co dělám a kdy to dělám.
170 Hmmm (*odmlčení*)

171 T: Zkus si vzpomenout na nějakou chvíli, kdy ti bylo nejhůř a pak se odehrála nějaká
172 situace, rozhovor, skupina, vyjádření podpory nebo podpory od někoho, po které si
173 cítila, že se na to díváš najednou jinak.

174 R: Úplně nejhůř mi bylo, když jsem si zlomila ruku. To mi bylo úplně nejhůř. Připadala
175 jsem si k ničemu a šla jsem do sebelítosti. Šla jsem do sebelítosti, proč jako mě se to
176 stalo, strašně jsem se v tom utápěla, asi čtrnáct dní . A tady jsem na tom musela
177 zapracovat já, abych se z toho dostala.

178 T: Hovořila si o vztahu jako substituci a pokoušela ses o něco i zde. Hrozilo ti, že budeš
179 muset odejít, co se stalo, že jsi tu vydržela?

180 R: Hmm. Já jsem taková, že se musím kousnout. Mít výzvu, chtěla jsem, aby druzí
181 viděli, že to zvládnou a že ještě budou koukat, co dokážu. Mě to pomáhalo i venku, když
182 mi někteří lidé nevěřili, tak mi to dávalo větší motivaci jim ukázat, že se mýlí a
183 zvládnout to. A bylo to i tady. Ostatním jsem říkala, že se nic nestalo a nic nestane a že
184 já to zvládnou sama. Ne podepsala jsem kontrakt a ten jsem pak dodržovala spíše já. A
185 všichni mi to pak taky říkali a mě to uspokojovalo. A vlastně důležitý moment bylo,
186 když za mnou přišel můj garant a dal mi pusku na čelo, že slyší na mě samou chválu a že

187 je na mě jako hrdej. Tak to byla pro mě důležitá událost. Tu sílu jsem tady nabývala
188 postupně, nikdy jsem velkej průser nedělala.

189 T: Připravuješ se na přestup do třetích fázi a můžeš se na léčbu tady dívat s určitým
190 odstupem. Napadá ti nějaká událost, která je pro tebe nyní důležitá, ale v době, kdy se
191 udála , ti významná nepřipadala?

192 R: Hmm, jo. Rozhodně je to to jako zapojovat se do věcí tady. Jako jsou ty
193 mimořádky a tak, je důležitý mít k tomu názor a postoj a ne k tomu se otáčet zády.
194 Zajímat se o druhý, to je to podstatný , naučit se naslouchat druhým, to bylo pro mě
195 vždycky těžký, vždycky jsem raději povídala já A co vidím jako důležitý teď je čas. Na
196 každý důležitý rozhodnutí zpětně vidím, že potřebuju hodně času. Že ty rozhodnutí,
197 jako s těma kamarádama, jsem nikdy nepřipustila, že je budu muset opustit a
198 postupem času jsem si chtěša nechat alespoň někoho. Vždyť ten bere jenom občas, že
199 jo. Ated' vidím, čím díl to je, že se hodně rozmyslím než někoho budu kontaktovat.
200 Zatím nikoho a uvidím, co jako bude. Zatím nechci nikoho z nich a časem si najdu
201 někoho jiného. A stejně to vidím teď i s jenejma věcma. Venku bude pro mě důležité
202 nepít. A věřím, že to nebude lehký, když si budu chtít dát pivo. Ale věřím, když vidím
203 jak šlo todle, že to taky dlouho trvalo, že to takhle nechci, tak věřím, že to takhle bude
204 i s ostatníma věcma. Nepoženu se do toho. Stejně jako ten vztah, že když se mi tady
205 někdo líbil a dneska vidím, že bych s tím člověkem nebyla, že ale s tím člověkem mou
206 mít kamarádskej vztah to je další věc, kterou mi ukazuje vztah.

207 T: Věnujem se nyní události, která se odehrála mezi tebou a tvým garantem.
208 Vzpomeneš si na nějakou silnou situaci? Už si jednu zmínila.

209 R: To bylo hlavně tohle. Dlouho jsem měla pocit nepodpory od něj. Měla jsem takovej
210 pocit. Jééé všechny tyhle věci co nám tu vykládáš Já nevím jak to říci. Ne nedůveru ve
211 mně, ale ...já doopravdu bylo pro mě důležité cítit podporu. Nebylo na mě znát, že
212 podporu potřebuju. Měl obavy, i když jsem přestupovala do dvojek, chtěl abych
213 přestupovala až o měsíc později s tím, že si myslel, že jsem křehká v tý abstinenci,
214 (*důrazným hlasem*) měl pravdu v tom a já jsem chtěla, aby on zvedl ten palec. A když

215 to udělal, tak to udělal i když i já se cejtím nejjistější. Takže to bylo pro mě
216 nejdůležitější.

217 T: Blížíme se k závěru, myslíš si, že jsem v našem rozhovoru nějaké důležité téma
218 opomenuli nebo by si chtěla ještě něco zdůraznit a na závěr doplnit?

219 R: (*mlčení*) teď hodně řeším, abych nespadla do nějakého závislého vztahu. Že jako
220 jsem se tady to naučila rozpoznat a ňák to zastavit. Nebo, že to budu schopna
221 rozpoznat a ňák to zastavit v čas a hlavně, že potřebuju nejmíc ten čas pro sebe , najít si
222 něco, co mě baví a to dělat. To jsou teď pro mě nejdůležitější věci.

223 T: Tak jsme doputovali k závěrečné otázce, jak si se při rozhovoru cítila?

224 R: Cejtím se dobře a je mi příjemné zopakovat, co se mi tady podařilo, co jsem se
225 naučila

226 T: Takže díky za rozhovor

227 R: taky děkuju.

Příloha 6 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu D

- 1 T: První otázka našeho rozhovoru je s čím si přišel do terapeutické komunity?
- 2 R: Se závislostí na pervitinu a na trávu.
- 3 T: Co tě motivovalo k léčbě?
- 4 R: Já jsem byl v léčebně Bohnicích a bylo to vlastně rozhodnutí mámy. Takže jsem šel
5 spíš kvůli mámě.
- 6 T: Prošel jsi nultou a první fází a nyní si ve druhé fázi. Co to bylo u tebe za změnu, díky
7 které si se do ní dostal?
- 8 R. že jsem rok abstinovat a začal si užívat věci na čisto a taky, že jsem to začal dělat pro
9 sebe.
- 10 T: Hmm. A jaká je tady tvoje zkušenost se změnou vztahu k sobě samému? Jak si se
11 vnímal na začátku léčby a jak teď?
- 12 R: Já jsem se měl vždycky rád, ale teď se mám víc radši, víc si věřím, mám větší jistotu
13 v sobě.
- 14 T: Čeho se větší jistota týkala?
- 15 R: Já to mám spíš tak, že jsem jako všechno nechával na druhý lidi. Svoje povinnosti. A
16 když jsem přestoupil do dvojek, tak jsem dělal šéfovský funkce. Teď vidím, že jsem
17 schopen ty věci zvládat sám. A začalo to v první fázi, když sem byl sám v kotelně a
18 zvládnul jsem to.
- 19 T: Když se podíváš na vztah k ostatním, k ostatním v komunitě, k rodině, jaké změny
20 vidíš?
- 21 R: Já jsem se chtěl přede všemi dělat hezkej, abych dobře vypadal před nima a tak.
22 Neřikal jsem to negativní a pak jsem to začal říkat. Šlo mi o to ne jak mě viděj v oni,
23 ale jak se cítím já. A našel jsem si. Já sem nikdy nepoznal kamarádství, a s tím X jsem
24 poznal nějaký kamarádství. On mě naučil přijímat negativní věci
- 25 T: A jaké to bylo na začátku, když ti X řekl něco negativního?
- 26 R: Já jsem třeba věděl, že má pravdu, ale naštvat jsem se a odešel jsem. Nechtěl jsem
27 to slyšet. A teď si to vyslechnu a říkám si, že na tom něco je a zkouším to změnit.
- 28 T: A jak je to s těmi, ke kterým nemáš tak blízko?
- 29 R: S těmi, ke kterým mám blíž to mám horší. U těch ostatních ne, že by mi to bylo
30 jedno, ale nemám k nim tak blízko. Tak se mi ty negativní poslouchají líp.
- 31 T: A jak se proměňoval vztah k terapeutům?

32 R: Já jsem jim zpočátku moc nevěřil. Já mám garanta X. Já jsem ho od začátku nechtěl.
33 On je tady nový a teď mu věřím, jsem spokojený s ním, vycházím s ním a celkově já
34 dovedu s autoritami vycházet. Já sem tady nikdy neměl problém s nějakým
35 terapeutem.

36 T: Jaká je tvoje zkušenost s proměnou vztahu k někomu z rodiny?

37 R: Tak mámu. S mámou sem měl dřív vztah, tak jak ho mám teď. Kamarádství a tak.
38 Jako, že jsem jí říkal všechno. A potom se to změnilo, protože jsem jí zneužíval,
39 využíval kvůli drogám. Ona se psychicky zhroutila kvůli mně. Mě v té době bylo
40 všechno jedno. Nic jsem jí neříkal, furt jsem jí jen lhal. A měl jsem tady indoše a teď je
41 to nastavený na tom kamarádství a říkám jí všechno a tak. A dal jsem i hodně do
42 vztahu s tátou. S tátou jsem nevycházel, nebavil jsem se s ním a teď vlastně, dokážu
43 se mu vymezit. Dokážu mu říct, co mě trápí

44 T: A co u mámy, jak se ti říká něco, co se ti na ní nelíbí, co ti vadí?

45 R: Jo, u mamky je to jednoduchý a není to ani moc třeba. Ona jde tomu hodně naproti.

46 T: A sestra?

47 R: Jo se sestrou mám taky dobrý vztah. Moje sestra tu mojí feťáckou kariéru nejvíc
48 vodnesla, že jo. Já jsem zaujímal negativní pozornost rodiny. Voni se starali o mě,
49 koukali na mě. Vona je ségra dospělejší, ale někdy to zasáhlo i jí. A jinak taky s ní mám
50 teď dobrý vztah.

51 T: Když se zpětně ohlédneš za léčbou tady, na jaké vzorce chování nebo myšlení, které
52 ti škodí, si přišel?

53 R: *(vyhrknul)* to jsou ty moje provokace. Nedokážu najít normální témata. Když jsem
54 s někým, tak ho mám pořád nutkání ho provokovat. Tohle to je nejhorší. S tím zápasím
55 do teďka.

56 T: A jak se ti jí daří měnit? Jak si jí prožíval na začátku?

57 R: Já jsem s tím měl problém i venku, nedokázal jsem se normálně bavit. A pořád jsem
58 jen provokoval.

59 T: A co se s tím dá dělat?

60 R: To je těžký. Já vím, co mám dělat. Když se někdo začne bavit o počasí, tak hned
61 spustím. Já to nutkání třeba týden vydržím, ale pak se neudrším. Je to takový
62 slovíčkaření, že dokážu někoho vyprovokovat. Dělá mi radost, když se někdo pak zlobí.

63 T: A co jiné vzorce, například tvoje reakce na někoho, kdo tě kritizuje, když se ti něco
64 nepovede?

65 R: Cítím se ublížený. Ale já jsem takovej typ, že se hodně ptám. Snažím se dopátrat, jak
66 to ten člověk myslí, abych něco neudělal špatně. Já když něco dělám, tak se furt ptám,
67 aby nebylo něco špatně.

68 T: Přejděme nyní od vztah k tomu, co se v komunitě dělo. Vybaví se ti nějaká událost,
69 která tě tady hodně ovlivnila?

70 R: Mě hodně ovlivnilo to, že jsem tady mohl říct o Y, do které jsem se zamiloval. Já se
71 snažím o všem mluvit. Ale dlouho mi trvalo, než jsem si řekl o to svoje téma. To byla
72 moje sexuální orientace. Trvalo mi to dlouho, ale po šesti měsících jsem to tady řekl. Já
73 jsem zde získal důvěru to tady říci. Já jsem se za to vlastně hodně styděl aa překvapilo
74 mě, jak jsem se na tý skupině toho studu zbavil. A s tou závislostí to souvisí tak, že
75 jsem se kvůli drogám prodával.

76 T: V čem byla tahle skupina pro tebe důležitá?

77 R: Já jsem to bral tak, že můžu být konečně já. Najednou jsem byl svobodnější a nějak
78 to ze mě po týdnu spadlo.

79 T: Jaké byly další situace, kdy si přišel na to proč bereš.

80 R: Třeba to, že jsem bral s přítelkyní. Téma já a holky. Navazování vztahů. Drogy mi
81 pomáhaly komunikovat. Ty drogy mě uvolnily.

- 82 T: Teď si několik měsíců čistý. Co se stalo s tvou komunikací?
- 83 R: Já myslím, že mě svazovala moje orientace a teď je to lepší.
- 84 T: Zmínil si, že si navázal kamarádský vztah. Co se v komunikaci změnilo, že máš
85 kamaráda?
- 86 R: Vidím, že on mi věří a také on vidí, že já mu věřím. Že vím, že když mi není dobře,
87 tak mu to můžu říci. A vím, že mi pochopí a porozumí.
- 88 T: Když se zpětně podíváš na svojí terapii tady, tak připadá ti teď něco důležitého, co tě
89 dříve nijak nezaujalo?
- 90 R: Zajímá se o druhé a o sebe. Na začátku jsem na všechno odpovídal, já nevím, já
91 nerozumím, ale teď je to jiné. Teď vím, jaké mám emoce a dovedu o sobě hovořit.
- 92 T: Máš tady svého gestora, vybaví se ti, co se mezi vámi odehrálo důležitého, co tě
93 překvapilo?
- 94 R: Jak jsem říkal, já jsem měl X jako gestora, měl jsem z něho strach, bál jsem se
95 prvního indoše, protože jsem byl novější, já jsem mu nevěřil. A přišel jsem za ním a řekl
96 jsem mu to na férovku, že jsem ho nechtěl, že mám z něho strach, a když jsem mu to
97 řekl, tak to vzal v pohodě a pak se to začalo zlepšovat, měli jsme první indoš a on mi
98 ukázal, že mu můžu věřit. Ale takový ty témata sexuální orientace, prostituce to jsem
99 mu neřekl, to až na skupině. Mě se to vždycky líp říká terapeutce. Ale jinak jsem s X
100 spokojený jsem otevřený a tak. Mě se líbí ten jeho přístup. On ti to řekne na férovku.
101 Občas sprostěj, ale příměj.
- 102 T: Když si zrekapituluješ náš rozhovor, dotkli jsme se všech důležitých témat, napadá
103 tě, co by bylo dobré říci na závěr?
- 104 R: Je to moje žárlivost a mocenský téma, které jsem ale tady ještě neprobíral. To je
105 všechno kolem těch vztahů.
- 106 T: Jsme u poslední otázky, jak ses při rozhovoru cítil?

- 107 R: Já jsem rád. Mohl sem si některé věci oživit a podívat se na zpátky, čím jsem
108 procházel.
- 109 T: Díky za rozhovor.
- 110 R: Díky

Příloha 7 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu E

1 T: Úvodní otázka našeho rozhovoru je, s čím a proč jsi přišel do terapeutické
2 komunity?

3 R: Přišel jsem, protože jsem byl dvanáct let závislej tři roky na perníku tři roky na
4 heráku, patnáct let na trávě , mezitím nějaký alkohol a benzáky prostě sposta, co jsem
5 mohl, tak jsem bral, dále tadle cesta mě zavedla až do kriminálu, kde jsem byl dva roky
6 a tam jsem se vlastně rozhodl, že s tím začnu něco dělat, že to není život, kterej bych
7 chtěl prožívat dál.

8 T: připadalo ti to nesmyslný.

9 R: Já jsem nad tím moc nepřemýšlel, když jsem bral, mě to bavilo, nějak jsem to
10 neřešil, jestli jsem nebo nejsem závislej. Byl jsem zvyklý na to fetovat a tak jsem
11 fetoval. K tomu uvědomění , že mám nějaký problém přišlo až s tím kriminálem, že jo.
12 Celou dobu jsem si nepřipouštěl, že mám nějaký problém , že jsem nemocný člověk. Ze
13 začátku mi drogy dávaly nějaký pocit štěstí , ale pak se to překlenulo a ten pocit štěstí
14 mi začaly brát. Najednou jsem zjistil, že nic nemám, nic nejsem a že takhle asi ničeho
15 nedosáhnu. Sem to začal nějakým způsobem přehodnocovat.

16 T:Prošel jsi nultou a první fází a připravuješ se na vstup do druhé fáze. Jaká je tvoje
17 zkušenost, co se stalo, že míříš do vyšší fáze?

18 R: Naučil jsem se pracovat s chutěma, vím, že se to netýká jen aplikace, ale že to
19 můžou být nějaké vzpomínky na drogové prostředí, na drogový známí a všechno , a já
20 jsem vůbec do té doby nevěděl, že to tak může bejt . Zároveň jsem se naučil, jak
21 vycházet sám se sebou,že jediný způsob řešení problému už nemusí být útěk, ale že se
22 to dá řešit konstruktivně.

23 T: Tím se vlastně dostáváme k tobě samému. Jakou máš tady zkušenost s proměnou
24 tvého vztahu k tobě samému ?

25 R: Na tom začátku jsem cítil úplnou beznaděj, že jednak se mi to nemůže povísta bejt
26 čistej, protože já nic jiného neuměl, než brát drogy, nedovedl jsem si představit, co
27 bych mohl jinýho dělat. Postupem času jsem se začal mít rád , začal jsem řešit nějaký
28 svý témata, začal jsem zlepšovat vztahy s rodinou a začal jsem si uvědomovat, že
29 vlastně nejsem tak k ničemu, jak jsem si myslel. Že spoustu věcí zvládnu ať se to týká
30 práce tady, že jsem vlastně šokovnej, roste mi postupně sebevědomí, cejtím to na
31 sobě, i když je pořád na čem pracovat, ale cejtím, že se mám víc rád.

32 T: Vzpomněl by sis na něco konkrétního v práci, co se ti daří, co ti zlepšuje vztah k tobě
33 samotnému?

34 R: Já jsem se nikdy nepředřel. I když jsem venku pracoval, tak jsem dělal všechno jen
35 tak napůl. A víceméně ze zjištěných důvodů, abych měl nějaké peníze a něco si koupit a
36 tím, že tady nejsem finančně ohodnocený, tak nemám potřebu si ulevovat a začal jsem
37 dotahovat věci do konce. A učím se tady i spoustě nových zkušeností. Sem si nikdy
38 nedovedl představit, že bych se staral o zvířata. A vlastně mě to začalo bavit ta práce,
39 není to něco tak špatnýho jak jsem si dřív myslel.

40 T: Jakou máš zkušenost z komunity se změnou v navazování vtaů?

41 R: Já jsem nikdy neměl problém . Já jsem společenskej a s tímhle jsem nikdy neměl
42 problém zařadit se do nějaký skupiny lidí, ale zároveň to bylo povrchní sice jsem se
43 infiltroval do nějaký skupiny, ale zároveň mě moc nezajímali, bylo to většinou
44 z nějakých zjištěných důvodů, ať už jsem potřeboval drogy nebo peníze , ale
45 v komunikaci s lidma jsem neměl nikdy problémy.

46 R: Komunikační dovednosti jsou důležité ve vztahu jsou také další kvality, jako
47 například otevřenost, blízkost a opravdovost. Jaká je tvoje zkušenost se změnou
48 v těchto kvalitách ve vztahu k členům komunity, terapeutům a členům rodiny?

49 T: V tomhle směru došlo k nejrapidnějšímu posunu, protože (*zajímavým hlasem*) když
50 v té době byl závislej a bral jsem, tak byly vlastně moje veškeré vztahy založeny na lži
51 a slovo duše bylo pro mě úplně cizí a teďka vidím, jak důvěra pro mě hodně důležitá,

52 ať už z mojí strany, že můžu někomu věřit tak i z mé strany, že je mi moc dobře, když
53 někdo může věřit mě. A tím, že neberu, nepotřebuju jako nic skrývat, tak si myslím,
54 že tu důvěru nějakým způsobem pěstuju, že dávám lidem možnost mi věřit, a zároveň i
55 já, já (*zadrhnutí*) se i jim snažím věřit. Takže ta největší změna je v té důvěře. Já jsem to
56 takhle měl i s rodičema. Já jsem lhal, i když jsem nemusel, protože jsem byl na to
57 zvyklej. Neříkat pravdu a teď je to jinak, teď i té mámě říkám věci, tak jak jsou a jak je
58 cejtím, a nejenom tak, abych jí umlčel, a aby mi jako dala pokoj.

59 T: Vzpomněl by sis na nějaký konkrétní příklad ve vztahu s mámou?

60 R: Jo, naši jsou rozvedený čestvě, jsou to tři roky a máma to hrozně špatně nese a mě
61 nebylo vůbec dobře v tom, jak mluvila o tátovy, já je mám rád oba, je to můj táta a
62 nebylo mě v tom dobře a hrozně jsem se bál jí to říci, abych jí neublížil, protože jsem
63 se jí naubližoval už dost za ty roky, ale přesto jsem do toho šel a narovinu jsem jí řekl,
64 že mi trápí, jak mluví o tátovy, že mě to štve, došlo k takovému pěknému okamžiku, že
65 mě chápe, že mě to štve, vysvětlila mě svoje stanovisko, já jsem jí řekl, jak se v tom
66 cejtím a myslím si, že na takových věcech ta důvěra stojí, že to není o tom, říkat si
67 hezký věci. Je to takový porozumění druhému, i když s tím nesouhlasím.

68 T: Jakou máš zkušenost se změnou ve vzorcích nezdravého chování a myšlení?

69 R: Určitě to lhaní, o kterém jsem už mluvil. Já jsem lhal hodně a často. V tomhleto
70 vidím největší změnu a snažím se teď s lidma jednat na rovinu.

71 T: A vzorec při vytváření vztahů?

72 R: Já jsem si vybíral lidi podle toho, co mi mohli nabídnout. Z toho materiálního
73 hlediska. Ať už to byl někdo, kdo měl hodně drog nebo hodně peněz. Tak k takovým
74 lidem jsem se snažil přiblížit a vetřít do jejich přízně, abych z toho něco měl. Vždycky
75 jako. Já jsem komunikoval s těma lidma, abych něco dosáhnul. Což už teďka
76 nepotřebuju dělat, protože nic materiálního nepotřebuju. Naopak se snažím všechno
77 udělat sám, abych nemusel být nikomu za něco vděčnej.

78 T: Čím si nahradil to schema ziskovosti?

79 R: Nevím jestli nahradil, protože od toho vztahu pořád něco očekávám, ale už to
80 nejsou materiální věci, ale sociální. Takže se snažím chovat k lidem tak, jak já bych si
81 přál, aby se chovali ke mně. A zároveň u nich čekám nějaké porozumění nebo
82 pochopení, co se týká mě a nějaké neodsuzování co se týká mě, co jsem provedl za
83 špatné věci, nějaké pochopení a přijetí vlastně. A u rodiny tam mi jde nejvíc o nějaké
84 odpuštění na zahlazení té minulosti. Takovej ideální stav.

85 T: Podívejme se nyní na to, co se událo v průběhu terapie. Jaké události měly
86 rozhodující vliv na tvou změnu?

87 R: Jako hlavní událost mě napadá tematická skupina na moji sexuální orientaci. Se
88 kterou se snažím (*odmlka*) vlastně nějak smířit, co jsem tady. Já jsem bisexuál
89 (*zakašlán*) a já jsem se za to nenáviděl vždycky jsem to měl tak, že na drogách sem
90 vždycky nějak do toho šel, do nějakých intimních vztahů s klukama a říkal jsem si, že
91 to vlastně nejsem já, že za to mohou ty drogy a když jsem z toho vystřízlivěl, tak jsem
92 se sám sobě hrozně hnusil a nikdy jsem to nikomu neřek, protože jsem se za to styděl
93 a tady jsem to před pár měsíci začal řešit, rozhodl jsem se do toho skupinu pustit,
94 natolik jsem těm lidem důvěřoval, že jsem si řekl, že by to bylo vůči nim fér, aby o mě
95 věděli víc, aby věděli tu z nejpodstatnějších věcí a i když jsem se bál nějakého
96 odsouzení, měl jsem obrovský strach, tak jsem byl rád, že jsem do toho šel, protože
97 žádný odsouzení nepřišlo a vlastně naopak, všichni byli velice vstřícní a hrozně mě
98 v tom podpořili, takže v tomhle vidím velikou změnu.

99 T: To byla událost spojená s tvým sebepřijetím. Vybavuje se ti situace, která byl
100 důležitá pro změnu vztahu k druhým?

101 R: Hodně mě pomohla situace, kdy nám terapeuti říkali, jak je důležité umět se
102 postarat sám o sebe a nebejt závislej na ostatních, ať už to jsou rodiče nebo partneři.
103 Je to pak život jinej, když si závislej jenom na sobě, tak je z toho lepší pocit, než
104 kdybich si nechal posílat věci a peníze od mámy. Cítím se více svobodný. Já jsem měl
105 vždycky nějaký místo, kam jsem mohl přijít, když jsem potřeboval peníze nebo se
106 dostal z nějakého průseru a teď si to snažím vyřešit sám a je mi to příjemnější.

107 T: Prošel jsi tady určitou historií a tvůj pohled se mohl proměňovat. Vybaví se ti nějaká
108 událost, která ti dřív připadala nedůležitá, ale z dnešní perspektivy ti připadá
109 významná?

110 R: Ha (*úsměv*) já jsem sem přišel s tím, že chci přestat brát drogy a myslel jsem si, že
111 můj problém je to, že beru drogy a tady jsem si přišel na to, že ty drogy jsou až vlastně
112 důsledek , takže ty drogy nejsou problém, ale důsledek nějakého shluku ostatních
113 menších nebo větších problémů , který jsem prožíval v minulosti a o kterých sem ani
114 nevěděl, že tam jsou. Nebo u spusty z nich. Tak jsem si přišel na to, že ty drogy jsou
115 vyústění nějakýho toho problému a abych tomu předešel tomu braní, tak musím přijít
116 na to, jak jsem a proč sem ty drogy bral. Je to takový proces sebepoznání a náhled na
117 sebe sama. Jak jsem, jak jsem byl a jak bych chtěl být.

118 T: Významnou roli v léčbě může hrát terapeut. Vybaví se ti nějaká situace s tvým
119 gestorem, která byla důležitá pro tvou změnu v komunitě? Něco, co tě překvapilo?

120 R: Já jsem nikdy nevěřil, že bych mohl mít s terapeutem tak dobrý vztah, jako mám s x
121 (terapeutka). Já jsem se jí na začátku hrozně bál. Ona byla rázná a já nemám rád
122 dominantní lidi. Dominantní lidi mi neseď. Pak se to zlomilo. Byl jsem hrozně nervozní
123 z prvního individuálu s ní a nakonec jsem zjistil, že ani tak dominantní není, že tak jen
124 působí ze začátku a že jí mohu nějakým způsobem důvěřovat , protože mohu s ní
125 otevřít nějaký bolavý téma ze své minulosti a já jsem tak trochu čekal tak trochu, že
126 to bude ten terapeut, kdo bude dělat nějakou tu , co dělám dobře a co dělám špatně a
127 já se podle toho budu nějak orientovat, ale mi to máme nastavený úplně jinak. Ona
128 mě jako nechá otevřené dveře, abych si sám přišel na ty svoje témata, co mě jako trápí
129 a i když přicházím šťastný na ten individuál, tak odcházím s plnou hlavou věcí , který
130 potřebuju řešit a o kterých jsem v tu dobu neměl ani ponětí. A zároveň mě hodně
131 chválí a pracuje na tom mém sebevědomí . Je mi s ní dobře vůbec jsem nečekal, že to
132 tak bude. Až jako kamarádskej vztah.

133 T: Vzpomeneš si na nějaké konkrétní téma individuálu, o kterém si hovořil? Co bylo
134 důležité pro navazování tvého vztahu k ní?

135 R: Hlavně se to týkalo mojí sexuální orientace. Já nevím, jak jsme na to přišli na tohle
136 téma, ale nějak jsme se k němu dostali. A jasně (*úšklebek*), začal jsem s tím, že to bylo
137 jen na drogách a že se za to stydím a nějakým způsobem jsme se dostali k tomu, že
138 jsem fetoval i prot, abych se k těm vztahům mohl dostat, že za střízliva jsem se sám za
139 sebe moc styděl a tak nějak mě dotlačilo to říct před tou skupinou a pustit do toho ty
140 lidi.

141 T: Jak důležitý bylo vztah s terapeutkou pro změnu vztahu s mámou?

142 R: Byl důležitý pro rodinný individuál. První byl na rodinné sobotě. Já i máma jsme ho
143 probrečeli. A bylo to poprvé, co jsme o tom otevřeně hovořili. Oba jsme věděli, že to
144 tam je, ale nemluvili jsme o tom spolu. A rozebírali jsme to, jak to tehdy působilo na
145 mámu a u mě, jak je mi to moc líto. Co jsem prováděl, ode mě tam byla spousta
146 hnusáren i psychická vydírání, vykradl jsem mámě barák a tak jsme začali rozebírat, jak
147 nám v tom bylo a hledat způsob, jak to uzavřít a dostat se nějak dál. Petra přišla se
148 skvělím nápadem, že co jsem ukradl mohl bych mámě splatit ne samozřejmě finančně,
149 ale že by máma udělala seznam věcí kolem baráku, nějaký opravy úpravy a podobně ,
150 které by ode mě potřebovala a já bych je odpracoval, aby to nebylo jenom z její strany,
151 ale abych pro to něco udělal, sám se o to zasloužil a aby jí v tom bylo taky dobře, že mi
152 to nedá úplně zadarmo, tak jako mi to dávala celou dobu.

153 T: Aby to byla skutečná proměna a nejelo se ve starých kolejích.

154 R: Ano.

155 T: Dospěli jsme k závěru našeho rozhovoru. Napadá tě nějaké téma, na které se
156 nedostalo a které by si tady zasloužilo probrat?

157 R: Já bych možná ještě zmínil vztah s tátou, kterej mám. Ten táta je pro mě taky velký
158 téma. A je to téma který se bojím otevřít. Už jsem měl skupinu na vztah s tátou. On byl
159 vždycky pro mě vzor dokonalosti. Je úspěšnej, začal opravdu od nuly , vystudoval a
160 vypracoval se, (*odmlka*) doopravdy se vypracoval a já pořád trpím srovnáváním s ním,
161 jemu se opravdu podařilo všechno v životě v uvozovkách všechno a u mě nic a pořád

162 se sním srovnávám a při spoustě věcí si myslím, co by na to řekl táta a kdybych
163 potřeboval od něj uznání, nějaký poplácání, že se mi jako něco povedlo , protože to jsem
164 od něj za celý život neslyšel . U nás v rodině nebyl prostor pro chyby tam to fungovalo
165 tak, že když jsem něco udělal správně tak to byla samozřejmost a když jsem naopak
166 něco udělal špatně, tak to byl průser. Takový zaměření na výkon. Tak tohle bych chtěl
167 otevřít na nějakým budoucím individuálu a zároveň se toho bojím.

168 T: V čem myslíš, že by ses mohl změnit ty, aby ten vztah byl jiný?

169 R: Měl bych se mít rád navzdory tomu, co si o mě myslí. V poslední době cítím jeho
170 podporu on je rád, že jsem tady a je svým způsobem na mě hrdej , on mi to nikdy
171 neřekl, on je rád, že jsem tady a že se snažím něco se sebou udělat. Ale potřeboval
172 bych, abych to od něj věděl přímo.

173 T: Vyjadřování emocí z jeho strany.

174 R: Ano. On vždycky tu lásku projevoval po materiální stránce , já jsem se nikdy neměl
175 špatně, co jsem potřeboval to mi dopřál , ale asi bych potřeboval víc na té citový
176 úrovni. A aby mi řekl, že mě má rád a taky mi nějak odpustil.

177 T: Bylo by to důležité pro přerod vašeho vztahu.

178 R: Určitě. Já nechci, aby mi sem posílal peníze, i kdyby mohl. A myslím si, že jeho
179 uznání dosáhnu tak, že se budu schopen postarat sám o sebe.

180 T: Jsme na konci rozhovoru, jaká je tvá zkušenost, jak se teď cítíš?

181 R: Je to silný si takhle shrnout , co jsem tady všechno udělal, protože mívám chvíle, kdy
182 mám pocit, že jsem tady žádnou práci na sobě neudělal. Že jsem pořád stejnej a že se
183 mi v terapii nic nedaří a je příjemné zjistit, že jsem nějakou práci na sobě udělal. Když
184 si zvědomím, co jsem tady udělal a co bych chtěl ještě udělat, tak je to docela fajn.

185 T: Díky za rozhovor.

186 R: Taky děkuji.

Příloha 8 Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu F

1

1 T: Začneme první otázkou, s čím a proč si přišel do terapeutické komunity?

2 R: Já jsem byl už v sedmý léčbě a tam mě říkali, že mě už pomůže jediné komunitní
3 léčba. A já to беру jako poslední šanci, kde bych se mohl změnit a přijít si na to proč
4 nebrat drogy.

5 T: Nedávno si přešel do druhých fází, což mimo jiné symbolizuje dosažení důležité
6 změny. Jaká je tvoje zkušenost se změnou, kterou si tady dosáhl?

7 R: Asi ustálení v názorech , že už tak neskáču, víš dal jsem se do pořádku po psychické
8 stránce. Jsem stabilnější

9 T: Další otázka se týká vztahu tebe k sobě samému. Jakou máš zkušenost se změnou
10 vztahu k sobě? Jak si se vnímal na začátku a jak teď?

11 R: (*mechanickým hlasem*) Mám ze sebe pocit uspokojivý a je to díky tomu, že jsem se
12 dal dohromady po tý psychický stránce a už na sebe pohlížím jinak, než když jsem byl
13 tady na začátku. Že to nemá cenu, že se nevyléčím, ale teď vidím vidinu, že by se něco
14 mohlo změnit. Pociťuji vůči sobě větší důvěru.

15 T: Vzpomněl by sis na něco konkrétního? V čem ti nedůvěra v sebe na začátku
16 ovlivňovala?

17 R: Strach ze zátěží, já jsem se bál, že to nedám. A teď to zvládám. Tam jsem se
18 přesvědčil, že to dávám a to vědomí že jsem to fyzicky zvládnul mě pak posunulo i
19 v ostatních oblastech.

20 T: To byl vztah k sobě samému a co vztahy k ostatním, jaká je tvoje zkušenost se
21 změnou?

22 R: Já jsem určitě více tolerantnější. Já jsem byl akurátní v tom, že co zvládnu já, musí
23 zvládnout i ostatní, ale teď jsem to přehodnotil, že každý jsme originál takže každý má
24 něco. Co mám já. Nemusí mít ten druhý.

25 T: Vzpomněl by sis na něco konkrétního?

26 R: ano, například ranní skupiny, tam už se nebojím říci svůj názor a pomáhá mi v tom
27 to DBTčko

28 T: Když si vzpomeneš na ranní skupiny na začátku na nějakou konkrétní situaci a nyní,
29 v čem se liší?

30 R: Vůbec jsem nedokázal přijmout cizí názor a pomohlo mi v tom to DBT, už neskáču
31 do řeči jinému, vyslechnu si jeho názor a dokážu to ustát ten cizí názor. S tím, že stejně
32 člověk pomýšlí zrcadlově , poslouchám co člověk říká a hledám na tom kousek pravdy,
33 ale nepřisuzuji tomu tolik, abych ten názor uznal v plné výši. Zkrátka Jsem schopnej
34 ten názor přijmout, ale neznamená to, že s ním souhlasím a to jsem na začátku vůbec
35 neměl. Třeba když mě na začátku někdo kritizoval, tak to vyvolalo ve mně hned
36 negativní reakci někomu to vyvrátit a nebo vrátit úder. To je taková moje doména, že
37 vracím. A už si mnohem méně myslím, že to ostatní říkají, aby mi ublížili a myslím si, že
38 se na to mohou dívat z jiný stránky než já a že může mít na mysli úplně jiný myšlenky
39 než já a dá se na tom přemýšlet a už ne, že bych se urážel, že bych se uzavřel a že bych
40 to nechtěl slyšet, to vůbec ne. Já těm lidem víc věřím, že mě nechtěj ublížit. Jo je to o
41 důvěře. Tu důvěru jsem získal jak ve skupinu tak i v sebe.

42 T: a vztah k terapeutům? Jak ten se proměňoval?

43 R: Je to tak, že já jsem X ze začátku vůbec nedůvěřoval a pořád to vlastně
44 ztroskotávalo. Mám problém se sebeláskou. Já sebe se neuznávám, nemám se moc
45 rád, i když se to teď mění a ty opačný případy tý nenávisti k sobě, díky tomu jsem spíš
46 mluvil o druhých než o sobě a teďka se sním dostávám do fáze, že na sebe pohlížím
47 jako z výšky a dokážu vnímat sám sebe než se starat o ty druhý a zajímám se, co se
48 děje se mnou. Důvěřuju sobě víc než na začátku.

49 T: A jak je to teďka s tvým garantem?

50 R: S X je to lepší, ale není to takové, jaké bych si to představoval , tak jak to maj
51 ostatní, ale je to na lepší cestě než to bylo.

52 T: A jak by sis přál, aby to bylo?

53 R: Jak bych si přál. Hmm. No určitě, aby mě víc chválil, abych to ..., všechno co dělám,
54 jako dělám pro něj, abych se mu zavděčil, taky jsem se dozvěděl, že v někom hledám
55 tátu, a hledám to zrovna v něm , já si to nemyslím, ale na každém šprochu pravdy
56 trochu.

57 T: Jak se proměňují vztahy k někomu blízkému, koho si znal před příchodem do
58 komunity?

59 R: Já vlastně nikoho takového nemám všechny před léčbou sem nechal a tady
60 poznávám nové lidi. (*mlčení*)

61 T: Když si zrekapituluješ svůj život v komunitě, napadá tě, jaký si objevil vzorec chování
62 nebo myšlení, který ti nebyl prospěšný nebo dokonce, který ti škodil?

63 R: (*vyhrkne*) jo je to zase s tou křivdou přijímání kritiky je pro mě těžký, protože si
64 myslím, že zvládám všechno a největší křivda byla, když mi řekli, že utíkám od sebe
65 k práci , když se mi tvrdilo, že se nezabývám sám sebou a že raději tady uklízím a to
66 jsem vůbec nedokázal přijmout . No a vona je to pravda, já když nechci o sobě
67 přemýšlet, tak utíkám k práci

68 T: A vzorec v chování, když budu k někomu vztah?

69 R: jo to určitě, já jsem ke každému hned otevřenej a čekám to taky hned od druhýho a
70 to se mi nedaří změnit. Já každýho novýho, kdo sem přijde, беру za svého kamaráda
71 jako nejlepšího, se kterým si můžu říci všechno a podle toho jedu a to se mi pořád
72 nedaří tohle. Udržet náký hranice, že mu nebudu říkat všechno, že jsem otevřenej, že
73 říkám úplně všechno ať je to cokoliv ať si myslí co chce, ale sděluji úplně všechno.

- 74 T: A vzorec jednání, když se ti stala nějaká křivda a ty na to reaguješ?
- 75 R: Když byla křivda, tak jsem na začátku utíkal ze skupiny. Sem se sebral a utek jsem a
76 teď ne, teď vydržím a už nejsem v takový agresi, v jakým sem býval užívám techniky,
77 co jsem se naučil v DBT a ty vlastně používám dotedka
- 78 T: Vzpomenš si co konkrétně tě v DBT nejvíce pomohlo?
- 79 R: Jacobsova progresivní metoda. Tu používám, když se mi děje nějaká křivda a
80 v agresi a zbavuju se napětí a nebo používám klasické kliky.
- 81 T: Ještě bych rád prodiskutoval jeden vzorec chování, když jseš na ranní skupině,
82 dostává se ti kritiky od ostatních a ty reaguješ tak, že si ještě přisadíš. Jakou s tím máš
83 zkušenost?
- 84 R: Já vím co myslíš. Mě to hrozně rozčiluje, že to není opřijímáno tahle moje myšlenka,
85 že to říkám já. Ne že si chci ještě víc uškodit, ale, že chci k tomu ještě něco říci. A jsem
86 jako zašlapanej do země a tak to raději neříkám. Já vím, že je to špatně, ale vím, že
87 jsou tady natolik silné osobnosti, že se nehodlám radši s nima dohadovat.
- 88 T: Jak se změnilo tvoje chování a myšlení při střetu s takovýma osobnostmi?
- 89 R: Dřív bych se s nima do krve hádal, ale dneska to odkejvu , a řeknu, hele já si to
90 nemyslím, já to nesdílím s tebou a když se u tebe neshledá můj názor s nějakým
91 kladným hodnocením, tak je to tvůj problém .
- 92 T: Prošel jsi tedy určitými změnami, zkusme se teď zaměřit na události, které jsou
93 s těmito změnami spojeny. Vzpomněl by sis na nějakou situaci v komunitě, která tě
94 hodně ovlivnila v chování nebo myšlení a prožívání? Silný okamžik.
- 95 R: nevybavím si nic. (*mlčení*)
- 96 T: Kdy se ti něco povedlo a ostatní to přijímali kladně.
- 97 R: Jo to jo, ale nevybavuji si nic konkrétního.

98 T: Vzpomínám si, že když si byl v kuchyni a uvařil si výborný oběd, tak tě komunita
99 chválila. Co si v té chvíli cítil, co tě probíhalo hlavou.

100 R: Spokojenost a radost. Porozumění a zátěžíky Rejvív, Rejvív , jeli jsme na kole a jeli
101 jsme čtyřicetikilometrovou štreku a já jsem sice nadával ale říkal jsem si, že mi zde nic
102 jiného nezbývá než to ujet a pak na konci jsem zase cítil ten obdiv od ostatních, že
103 jsem to jako dal, jako plácání po ramenou a potlesk no to se mi líbilo

104 T: Jsi už v komunitě už několik měsíců a když se ohlédneš nazpět připadá tě teď zpětně
105 něco důležitého, co si na začátku důležité nepovažoval?

106 R: byl to ten řád tady takovej vopruz na začátku a já jsem se snažil ho plnit, abych se
107 líbil, ale teď to mám obráceně, dělám chyby a schytávám to , ale jsou to takový běžný
108 chyby jako k životu, že nejsem dokonalejší, že jsem skutečnější. Nesnažím se zalíbit
109 ostatním, že jsem perfektní.

110 T: Vzpomeneš si na něco, co tě v průběhu léčby překvapilo na terapeutovi? Na nějakou
111 důležitou událost?

112 R: *(dlouze přemýšlí)* ne já od začátku vycházím se všema, tam žádná změna nebyla ,
113 furt stejně je vnímám . Jo vzpomínám že si to byl ty nevím jestli ses mi přímo zastal,
114 ale slyšel si mě a rozuměl při konfliktu se skupinou. To mě vyzdvihlo, že jsem jako
115 slyšen .

116 R: Napadá tě nějaké téma, které by stálo za to na závěr zmínit? Které je pro tebe
117 důležité.

118 R: To bych s tebou tady musel bejt šest měsíců, abych vměstnal vše do toho
119 rozhovoru, takže nic.

120 T: A poslední otázka. Jak si se při rozhovoru cítil?

121 R: Já cítím úzkost. Je to vždycky, když hovořím o sobě, já nedovedu říci, co se se mnou
122 děje, co se stalo, co se se mnou odehraje. Jak jsem se choval dřív a jak se chovám teď.

123 Ten náhled na sebe nemám tak jako ti ostatní. Nejsem si jistý, že jsem dobře v tom
124 rozhovoru, jsem nejistý.

125 T: Děkuji ti za rozhovor.

126 T: taky ti děkuji.