

*Univerzita Palackého v Olomouci
Filosofická fakulta
Katedra psychologie*

**ZÁTĚŽOVÉ PROGRAMY V TERAPEUTICKÉ
KOMUNITĚ**
Adventure Therapy in Therapeutic Community



Magisterská diplomová práce

Autorka: **Bc. Markéta Nováková**
Vedoucí práce: **PhDr. Roman Procházka, PhD.**

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma *Zátěžové programy v terapeutické komunitě* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne:

Podpis:

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala všem lidem z výzkumného vzorku, klientům i terapeutům. Děkuji Vám za ochotu a za vstřícnost, se kterou jste mne vpustili do Vašich zátěžových programů. Děkuji Vám i za krásnou turistiku a příjemné chvíle, které jsem s Vámi díky výzkumu mohla prožít. Doufám, že se Vám všem daří co nejlépe.

Děkuji PhDr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za cenné připomínky k práci a za důvěru ve výzkumný projekt.

Za velkou podporu v průběhu realizace celé práce děkuji mým rodičům, Daně a Petrovi Novákovým, a mému příteli, Markovi Cháberovi.

Děkuji Daně Novákové za pomoc se stylistikou textu, Tomášovi Novákovi za pomoc s vytvořením grafů a Evě Boškové za pomoc s korekturou anglického abstraktu.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

1. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	9
1.1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY	9
1.2. HISTORICKÝ VÝVOJ	11
1.2.1. Hierarchické terapeutické komunity	11
1.2.2. Demokratické terapeutické komunity	12
1.3. ČLENOVÉ	13
1.3.1. Klientela	13
1.3.2. Pracovní tým	15
1.4. STRUKTURA PROGRAMU	16
1.4.1. Filosofie	17
1.4.2. Základní pravidla léčby	18
1.4.3. Program léčby	19
1.4.4. Fáze léčby	21
1.5. SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ	22
2. TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM	24
2.1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA	24
2.2. KLÍČOVÉ BODY VÝVOJE SOUČASNÉ AT	26
2.2.1. <i>Outward Bound</i>	26
2.2.2. <i>Prázdninová škola Lipnice</i>	26
2.3. TYPY TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM	27
2.3.1. AT ve volné přírodě	27
2.3.2. AT v civilizovaném prostředí	27
2.4. ÚLOHA TERAPEUTA	28
2.4.1. Role vedoucího	28
2.4.2. Styl vedení	29
2.5. DVA PRINCIPY: DOBRODRUŽTVÍ A PŘÍRODA	30
2.5.1. Význam dobrodružství	30
2.5.2. Bytí v přírodě	33
2.6. POTENCIÁL A TERAPEUTICKÝ PŘÍNOS TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM	35
2.6.1. Využití teorie sociálního učení a systémové teorie	36
2.6.2. Terapeutické faktory AT v rámci současných přístupů	37
2.7. EVALUACE SOUČASNÉ SITUACE A JEJÍ PRAXE	38
2.7.1. Výzkumy a interdisciplinarita	38
2.7.2. Standardy péče	39

2.7.3. <i>Kde je příroda</i>	40
2.7.4. <i>Kam dál</i>	41
3. VYUŽITÍ TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V LÉČBĚ ZÁVISLÝCH NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	43
3.1. TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V ZAHRANIČÍ	43
3.1.1. <i>Příklady současných programů využívající terapii dobrodružstvím v léčbě závislých</i>	43
3.1.2. <i>Výzkumy v oblasti evaluace a efektivity terapie dobrodružstvím v oblasti zneužívání či závislosti na návykových látkách</i>	44
3.2. ČESKÉ ZÁTĚŽOVÉ PROGRAMY JAKO FORMA TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH	46
3.2.1. <i>Konkrétní podoba zátěžových programů</i>	47
3.2.2. <i>Role terapeutů v zátěžových programech</i>	48
3.2.3. <i>Terapeutické a rizikové faktory z hlediska terapeutů</i>	48
3.2.4. <i>Postoj klientů TK k zátěžovým programům</i>	52
3.2.5. <i>Shrnutí</i>	53

PRAKTICKÁ ČÁST

4. ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI	55
5. CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE	56
6. METODOLOGIE VÝZKUMU	57
6.1. ZÁKLADNÍ A VÝBĚROVÝ SOUBOR	57
6.2. TVORBA DAT	57
6.2.1. <i>Pozorování</i>	58
6.2.2. <i>Rozhovory</i>	60
6.3. ANALÝZA DAT	61
6.3.1. <i>První tři výzkumné otázky – dílčí část metody zakotvené teorie</i>	62
6.3.2. <i>Čtvrtá výzkumná otázka – tematická analýza</i>	64
6.4. ETIKA VÝZKUMU	64
7. PRŮBĚH VÝZKUMU	66
7.1. POPIS KONKRÉTNÍCH PROGRAMŮ	66
8. SHRUTÍ: INTERPRETACE VO-1, VO-2 A VO-3	70
9. INTERPRETACE VO-1: POSTOJ KLIENTŮ K ZÁTĚŽOVÝM TURISTICKÝM PROGRAŮM	74
9.1. OBECNÉ CHARAKTERISTIKY	75
9.2. DYNAMICKÝ VÝVOJ POSTOJE	77
9.2.1. <i>Program jako „zážitkovka“</i>	77
9.2.2. <i>Program jako „zátěžovka“</i>	79

10. INTERPRETACE VO-2: ROLE TERAPEUTŮ V ZÁTĚŽOVÝCH TURISTICKÝCH PROGRAMECH	84
10.1. PRŮVODCE A SPOLUCESTOVATEL	85
10.1.1. Průvodce a spolucestovatel v organizaci cesty	85
10.1.2. Průvodce a spolucestovatel v zátěži	87
10.2. MOBILNÍ PSYCHOTERAPEUT	91
10.2.1. Terapie	91
10.2.2. Zpětné vazby	92
10.2.3. Zažít terapeutu jinak	93
11. INTERPRETACE VO-3: SITUACE MAJÍCÍ TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL V ZÁTĚŽOVÝCH TURISTICKÝCH PROGRAMECH	95
11.1. DIMENZE PŘEVLÁDAJÍCÍCH EMOCÍ	96
11.1.1. Pozitivní situace	96
11.1.2. Zátěžové situace	99
11.2. KONTEXT INDIVIDUÁLNÍ VS. SKUPINOVÝ	104
11.2.1. Vnitřní svět klientů	104
11.2.2. Společenství na cestě	106
12. INTERPRETACE VO-4: HODNOCENÍ ZÁTĚŽOVÝCH PROGRAMŮ OBECNĚ KLIENTY V TK	109
12.1. TYPY PROGRAMŮ ABSOLVOVANÝCH KLIENTY	109
12.2. POZITIVA A NEGATIVA PROGRAMŮ	110
12.2.1. Fyzická náročnost	111
12.2.2. Prostředí mimo TK, v přírodě	112
12.2.3. Skupinové procesy	114
12.2.4. Vnitřní pochody	115
13. DISKUZE	117
14. ZÁVĚRY	125
15. SOUHRN	127
16. LITERATURA	132

PŘÍLOHY

- Příloha č. 1: Vzor informovaného souhlasu*
- Příloha č. 2: Osnova polostrukturovaných rozhovorů*
- Příloha č. 3: Ukázka dat z výzkumného deníku a práce s nimi*
- Příloha č. 4: Zadání diplomové práce*
- Příloha č. 5: Abstrakt práce*

TEORETICKÁ ČÁST

1. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

V první kapitole se zaměříme na popis fungování terapeutických komunit pro závislé. Ty vytváří kontext celému našemu výzkumnému zaměření této práce: zátěžovým programům. Postupně popíšeme základní charakteristiky komunit; jejich historický vývoj; členy; strukturu programu a v závěru se zmíníme o současné situaci v České republice.

Na úvod pro další srozumitelnost textu uvádíme dvě zkratky, které budeme dále v textu používat. V této kapitole se jedná zejména o TK, resp. terapeutickou komunitu. V následujících kapitolách přidáme ještě zkratku AT pro terapii dobrodružstvím (z anglického výrazu *adventure therapy*).

1.1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY

Terapeutickou komunitu můžeme definovat dvěma způsoby: v užším a širším pojetí (Hartl, 1997).

V užším pojetí vnímáme terapeutickou komunitu jako metodu léčby, kdy na jedince působí terapeutické společenství. Je svým fungováním blízké běžnému každodennímu životu a přímé řešení konfliktů a dalších situací vznikajících v komunitě je tak jednou z nejdůležitějších složek léčby (Hartl, 1997). Těžiště léčby se tak přesouvá ze vztahu klient – terapeut do roviny klient – komunita (Kalina et al., 2015).

V tomto smyslu popisuje jednu z definic terapeutické komunity v Psychologickém slovníku i Hartl a Hartlová (2015, 267): „jde též o léčebnou metodu, v níž se využívá vlivu velké skupiny osob na jednotlivce.“

V širším pojetí je terapeutická komunita formou organizace léčby, kdy se oproti tradičnímu uspořádání klade velký důraz na vlastní aktivitu, spolurozhodování a zodpovědnost klientů. Vymezit tento styl práce v rámci jednoho psychiatrického oddělení je obtížné. Na základě zkušeností je proto vhodnější na tradičním systému nezávislé i prostorové umístění komunity (Hartl, 1997).

Z tohoto hlediska uvedeme pro srovnání dvě definice terapeutických komunit. VandenBos (2006, 936) je popisuje jako „prostředí pro jedince, kteří pro různé psychosociální problémy a poruchy potřebují terapii, založenou na interpersonálním a sociálně interaktivním přístupu k léčbě, jak mezi klienty navzájem, tak mezi klienty a personálem. /.../ Terapeutické komunity vznikly jako alternativa k tradičním medicínským a psychiatrickým přístupům a staly se významným druhem psychosociální léčby.“

Hartl a Hartlová (2015, 267) uvádí, že je to „organizace léčby, v níž personál i pacienti vědomým úsilím vytvářejí otevřenými informacemi propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem; pacienti se zde stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů; přenáší se na ně část zodpovědnosti za chod komunity i za léčebný proces.“

Terapeutické komunity jsou nejčastěji zaměřené na klientelu drogově závislých, případně závislých na dalších návykových látkách. Jako klíčový prvek vlastní aktivity klientů v léčbě vyzdvihuje i Radimecký v předmluvě ke knize *Terapeutická komunita pro drogově závislé I* (Kooyman, De Leon, & Nevšimal, 2004, 7), když píše, že „terapeutická komunita je fascinující organismus, který se zcela vymyká běžně zavedeným představám o léčbě. /.../ při „léčbě“ uživatelů drog je nezbytná jejich aktivní účast. A to je zřejmě jeden z hlavních znaků, jímž se léčba závislého chování liší od léčby celé řady nemocí, v nichž je nemocný nebo klient odkázán do pasivní role pacienta.“

Jak ale podotýká Hartl (1997, 183), tento styl léčby nevyhovuje všem klientům. „Mnozí z nich jsou spokojenější, když jejich činnost, respektive nečinnost řídí lékař a zdravotní personál a oni sami za svoji léčbu nenesou žádnou odpovědnost“.

Jedním z hlavních prvků terapeutického působení v TK je získání emočně korektivních zkušeností, které mohou být vlivem léčebného společenství výraznější, než když probíhají pouze ve vztahu klient – terapeut. Dále je to učení nového chování, ať už ve smyslu posilování a vyhasínání na základě reakcí okolí na dané chování, nebo ve smyslu imitace a učení vzorem od zkušenějších klientů a terapeutů. Celkově tedy terapeutická komunita může nabídnout svému členovi nalezení nových životních možností a způsobů bytí a podpořit tak jeho komplexní osobnostní rozvoj (Hartl, 1997).

Sami členové TK – pracovníci a klienti – často vnímají samo prostředí ve třech různých konotacích jako: výukové společenství, které učí klienty vhodnému životnímu stylu; náhradní rodinu, poskytující korektivní zkušenost; a jako mikrospolečnost s pracovní strukturou, kde je možné hierarchicky stoupat, aniž by potenciální selhání měla závažné následky (De Leon, 2000).

1.2. HISTORICKÝ VÝVOJ

Historický vývoj terapeutických komunit dělíme na proud vznikající v Americe, zjednodušeně nazývané hierarchické TK, a na proud mající počátky v Evropě, nazývané demokratické TK (Sobotka, 2010).

1.2.1. Hierarchické terapeutické komunity

Historický vývoj hierarchických terapeutických komunit pro drogově závislé má své počátky ve svépomocných organizacích v Americe, filosoficky vycházejících z náboženství a spirituality obecně. Mezi nejznámější jmenujme Anonymní alkoholiky (AA) a organizaci Synanon, jež z konceptu AA vycházela.

Synanon byl založen Charlesem Dederichem v roce 1958. Dederich byl člen AA a alkoholik. Počátky vydělení se ze skupin AA lze zaznamenat v kritice modelu, kdy členové skupiny své prožitky sdílejí, ale není zde prostor pro dialog. Proto Dederich založil dynamičtější skupinová sezení, kde byly podporovány vzájemné reakce a přímé konfrontace, které byly nazvané „semináře“ – v originále „synanons,“ odkud vychází i název celé organizace (Clark, 2012).

Oproti Anonymním alkoholikům můžeme poukázat i na další výraznou změnu, kterou byl odklon od osob s alkoholovou závislostí k drogově závislým; k těm byl obecně postoj AA skeptický (Clark, 2012).

Synanon se každopádně postupně uzavíral a nabízel svým členům: celoživotní domov; práci, v níž každý člen mohl hierarchicky stoupat na nové, zodpovědnější pozice; školu pro děti a další – tyto prvky jsou popisovány jako fenomén náhradní rodiny. Charismatický vůdce Dederich už nebyl kontrolován a konfrontován ani ve skupinových sezeních. Vize lepší společnosti se zvrhla např. k zavádění tělesných trestů a nucené sterilizaci mužů. (Kooyman et al., 2004). Plíživou modifikaci Synanonu je možné nazývat sociálním experimentem, samosprávnou komunou, podnikatelskou firmou, klanem a v posledních fázích i sektou (Kalina, 2008).

Synanon je důležitým varovným příkladem zneužití moci, současně ale i inspirací pro vývoj TK. Jeho hierarchie byla rozpracovaná do jednotlivých stupňů poskytujících rozdílné nároky a odpovědnost, z nichž vyplývala míra svobody. K udržení řádu a k možnosti osobnostního růstu sloužily právě konfrontace (Sobotka, 2010).

První profesionální terapeutickou komunitou byla Daytop Village. Základním rozdílem oproti Synanonu bylo časové omezení pobytu a snaha vrátit drogově závislé

zpět do majoritní společnosti (Kalina, 2008). Z hlediska léčby jsou klíčovými akční skupinová sezení, nazývaná *encounter*, která jsou zaměřená nejen na kritiku nezodpovědného chování, ale i ocenění a pochvalu pokroků (Kooyman et al., 2004).

Hlavními principy TK Daytop Village, z nichž řada vychází ze Synanonu, byly dle Kaliny (2008):

1. komunita jako náhradní rodina;
2. zahrnutí prvků konfrontace a frustrace členů;
3. propracovaný systém odměňování;
4. svépomoc založená na terapeutickém vedení absolventy komunity;
5. význam terapeuta jako vzoru;
6. oddanost filosofii TK.

Po Daytop Village vznikaly i další komunity – např. Odyssey House a Phoenix House (Kalina, 2008).

1.2.2. Demokratické terapeutické komunity

Významnou postavou spojující se se vznikem terapeutických komunit v Evropě, ale i počátku komunitního hnutí v psychiatrii, je psychiatr Maxwell Jones. Jones se zabýval změnou struktury psychiatrické péče, která vedla k vytvoření tří základních pilířů: otevřené komunikaci, rozhodování na všech úrovních a terapeutické kultuře léčebného společenství (Hartl, 1997).

Konkrétními způsoby realizování Jonesových zásad, aktuálních dodnes, jsou např. setkání celé komunity, schůzky personálu a terapeutické využívání vznikajících situací ve formě živého učení (Sobotka, 2010).

První evropskou TK byla Emiliehoeve, založená v roce 1972. Na základě myšlenek Jonese a k podnícení aktivity klientů byla komunita čistě demokratická a léčba neměla žádná režimová opatření. Terapeutický efekt této struktury byl ale sporný, neboť demokracie umožňovala klientům skupinově se vyhýbat zodpovědnosti a volit nejsnazší cesty, stejně jako byli zvyklí v minulosti. Po čtyřech měsících v TK nezůstal jediný klient – vrátili se k drogám. Pracovníci proto začali vymýšlet pevná pravidla, strukturu a režim. Běh komunity se tak spustil nanovo (Kooyman et al., 2004).

Významným hybatelem dění v naší republice byl psychiatr Jaroslav Skála, který k nám přivedl averzivní terapii, tzv. „rajterapii,“ a v Apolináři vytvořil první oddělení pro léčbu alkoholiků. Na základě výzkumů Skála dokázal, že léčba závislostí může být

účinná: po roce od ukončení léčby stále abstinovalo 60% pacientů. Díky tomu se české prostředí stávalo otevřenější vůči možnostem léčby alkoholových závislostí a začala vznikat další odborná zařízení (Řehan, 2007).

K rozvoji léčby nealkoholových závislostí u nás došlo až po Sametové revoluci. Po ní se zároveň rapidně zvýšilo zneužívání ilegálních návykových látek. Jako první česká komunita vznikla TK SANANIM Němčice (Kooyman et al., 2004).

V současnosti se prvky demokracie a hierarchie v komunitách integrují dohromady a rozdíl mezi jednotlivými TK z tohoto hlediska nejsou tak zřejmé. Navíc je potřeba brát ohled na konkrétní typ klientely. Např. závislí klienti s duálními diagnózami nebo ti, kteří jsou výrazně nezralí, potřebují v rámci hierarchických TK více empatie a porozumění (Kalina et al., 2015).

1.3. ČLENOVÉ

Členy terapeutické komunity tvoří podskupina pracovního týmu a podskupina klientů. Tým má své specifické úlohy, jako je zaštiťování a vedení odborného programu komunity a zpravidla má možnost udělovat výjimky z pravidel v řádu TK. Přes tyto základní body se ale klienti významně spolupodílejí na rozhodování o přestupech klientů do dalších fází i jejich vyloučení, pravidlech a udržení zaměření komunity terapeutickým směrem. Společným pro obě skupiny je vnitřní hierarchická struktura a zodpovědnost vůči celé komunitě a jejímu fungování (Kalina et al., 2015).

1.3.1. Klientela

Hlavní obtíží spojující klientelu je závislost na návykových látkách. Přístup terapeutických komunit ale nezdůrazňuje poruchu jako takovou, spíše se zaměřuje na uživatele a kontext, který vedl k neschopnosti udržet si svépomocí abstinenci styl (De Leon, 2000).

Indikátory přítomné poruchy tak můžeme celostně vnímat v těchto oblastech:

1. život v krizi, charakteristický mnoha osobními ztrátami a krachy v minulosti, stejně jako vysoká míry úzkosti a strachu a tendence k impulzivnímu chování;
2. neschopnost udržet abstinenci a zpravidla i historie svépomocných pokusů či krátkodobých detoxifikací ve zdravotnických zařízeních;

3. sociální a mezilidské maladaptivní fungování, spojené s pobytem, aktivitami a lidmi v poli užívání drog a naopak absence kontaktů a aktivit mimo tento životní styl;
4. antisociální životní styl, zamítající prosociální hodnoty a charakteristický zaměřením na své potřeby, násilím a kriminalitou (De Leon, 2000).

V českém prostředí se k charakteristikám drogově závislých vztahuje Jeřábek na základě vlastních terapeutických zkušeností a administrace Rorschachova testu v publikaci *Terapeutická komunita pro drogově závislé II* (Nevšímal, Ed., 2007). Jako časté popisuje tyto symptomy a projevy:

1. specifika ve vztahování k druhým
 - a. komunikace typická inkongruencí, ambivalencí a dvojnými vazbami;
 - b. určitá neangažovanost ve vztazích;
 - c. specifická empatie, zvláště k lidem podobným jim samotným;
 - d. vysoká interpersonální citlivost, touha po blízkých vztazích, zároveň ale i očekávání odmítnutí;
2. emoční labilita a senzitivita:
 - a. rychlé emoční zvraty do pocitů beznaděje;
 - b. nízká míra frustrační tolerance;
3. nízká integrace a problematické sebepojetí;
4. nízká úroveň defenzivní organizace, projevující se primitivními obrannými mechanismy, např.:
 - a. štěpení;
 - b. projekce;
 - c. popření.

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

Rozrůstající se podskupinou klientely závislých jsou lidé s duální diagnózou. To je v prostředí TK zpravidla chápáno jako spojení závislosti s psychotickým onemocněním jiným, než je toxická psychóza. Tito klienti mají za sebou zpravidla více pobytů na psychiatriích a k léčbě se tak mohou stavět pasivněji. Mohou mít potíže v komunikaci a častým tématem je přijetí „druhé“ diagnózy i s jejími důsledky a plánováním realistických kroků do budoucna (Kopasová & Sobotka, 2008 in Sobotka, 2010).

U klientů s duální diagnózou je třeba pracovat citlivě se zátěží, protože právě stres může vést k rozvoji psychózy. Klienti zpravidla potřebují dlouhý čas na adaptaci obecně, tudíž i v programu TK. Přehlcení vyvolává sociální stažení se, které plní ochrannou funkci před dekompenzací. Klientům by proto měl být dán dostatek prostoru pro toto stažení. Zároveň je ale důležité klienty aktivně zvat do dění, aby ve své izolaci nezůstávali (Kopasová & Sobotka, 2008 in Sobotka, 2010).

1.3.2. Pracovní tým

Terapeutický tým TK dnes tvoří v základě dva druhy pracovníků: profesionálové, přicházející do komunity „zvenčí“ a potom ex-useři, tzn. drogově závislí, kteří prošli léčbou v TK a chod komunity tak primárně zažili na vlastní kůži. Přitom zastoupení ex-userů je mnohem vyšší v Americe než v Evropě (Kooyman et al., 2004), stejně tak i v zahraničí obecně oproti naší zemi (Kalina et al., 2015).

Přitom obě dvě skupiny pracovníků mají své výhody i nevýhody. Ex-useři mohou přinést vyšší míru intuitivního vhledu do problematiky drogové závislosti, rizikem je ale ulpívání na strategiích a cestách léčby, které fungovaly pro ně samotné. U profesionálů je zase vhodné, aby dříve, než začnou působit v roli terapeutů, zažili principy léčby na vlastní kůži. Toho je možné dosáhnout účastí na různých zážitkových workshopech nebo absolvováním stáže v TK v roli klienta (Kooyman et al., 2004).

Současně je ale vhodné, aby ex-useři nepracovali v komunitě, kde prošli léčbou – pro pracovní tým může být problematické přijmout svého bývalého klienta jako kolegu v rovnocenné pracovní roli. Stejně tak profesionálové by měli absolvovat stáž v jiné TK, aby nedocházelo ke zmatení rolí. Mezi skupinami mohou vznikat konflikty či skryté negativní pocity, pramenící z pocitů méněcennosti ex-userů a potřebou dokázat profesionálům, že jsou pro tuto práci vhodní. Na druhé straně jsou obavy profesionálů, že jejich formální vzdělání není potřebné a ex-useři mohou dělat práci v TK lépe (Kooyman et al., 2004).

Každý pracovník by ale měl splňovat dvě základní kritéria: potřebnou odbornost a kvalifikaci; a vhodnou osobnost (Kalina et al., 2015).

Formální vzdělání terapeutů je zpravidla multidisciplinární, zaměřené na oblast zdravotní (lékařství, adiktologie) nebo psychosociální (speciální pedagogika, psychoterapie atd.). Neméně důležitým je z hlediska kvalifikace i praxe v práci s TK, v léčení závislostí, skupinové psychoterapii a dalších oblastech (Kalina et al., 2015).

Z hlediska osobnostního je nezbytná určitá zralost terapeutů. Ta vytváří základ pro schopnost udržet řád a mít přirozenou autoritu, kterou pracovník nahrazuje původní autoritu „*bílého pláště*“ klasických léčebných zařízení (Řehan, 2007, 114).

Jinak popisuje předpoklady pracovníka TK Hartl (1997): být si vědom hodnot cílové skupiny a sebereflektovat ty vlastní; umět motivovat druhé, být oporou, zvědomovat dění v komunitě i zvládat se pohybovat uprostřed konfliktů a držet si profesionální přístup; mít rozvinuté koncepční myšlení; mít pevné základy ve své osobnostní integritě, kterou nerozhází tlaky z okolí.

Pracovník vystupuje směrem ke komunitě v partnerské roli, což podporuje spoluúčast klientů na průběhu léčby a přebírání zodpovědnosti. Dalším předpokladem pracovníka je proto umět přijímat kritiku od klientů, aby bylo možné vytvořit autentické a otevřené prostředí (Hartl, 1997).

Současně ale pracuje za pracovní tým mnohdy sám, což může vyvolávat pocity izolace. „*Platí již zmíněná zásada,*“ konstatuje Hartl (1997, 121), „*že komunitní pracovník je úspěšný do té míry, jak se mu podaří učinit sebe sama nadbytečným.*“

1.4. STRUKTURA PROGRAMU

Program léčby je založený na neformální a otevřené atmosféře, hlavní úlohu v terapii zaujímají skupinová setkání. Od klientů se očekává, že na sebe budou vzájemně terapeuticky působit a podílet se na moci – rozhodnutích komunity. Komunita si mezi sebe dělí práce na udržování jejího chodu, sdílí i hodnoty a myšlenky (Kalina, 2008).

Smyslem struktury programu je vytvořit prostor pro společenství, které se bude blížit dobře fungující rodině se všemi svými aspekty: kvalitními vztahy, vytvořeným bezpečím a jasnými hranicemi. Stejně jako v rodině vede komunita své členy k tomu, aby dosáhli nezávislosti a byli schopní vést kvalitní život. Specifikem terapeutické komunity je ale charakteristika klientů a jejich minulé zkušenosti. Navíc struktura TK je uměle vytvořená

– v dobře fungující rodině se pravidla vytváří přirozeně za pochodu, a stejně tak se i časem proměňují (Nevšímal, Ed., 2007).

Od klientů se explicitně očekává určité chování bez ohledu na to, jestli jsou o něm vnitřně přesvědčeni, či ne. To vede zpočátku ke kognitivní disonanci a behaviorálnímu konfliktu. Klient se napřed chová tak, aby se přednostně vyhnul negativním důsledkům v komunitě, případně nebyl vyloučen (přitom časté jsou obavy z vězení, pobytu na ulici a nevyřešeného stálého bydlení, či nátlaku a důsledků v rodině). Postupem léčby by se měl klient učit internalizaci norem (De Leon, 2000).

Tento princip můžeme ilustrovat ukázkou jeho využití již při vstupním pohovoru. Zpravidla v něm zazní požadavek, aby klient vysvětlil, proč už nechce brát drogy. Klientova motivace může být zpočátku nejistá. Pokud je ale nucený takto argumentovat, jedná jako by chtěl opravdu přestat. Jeho motivace tak může stoupat (Kooyman et al., 2004).

Internalizace norem má čtyři stádia: kompliance, konformitu, závazek k programu a závazek k sobě. Všichni klienti nemusí projít celým procesem. Rizikem oproti internalizaci je také cesta adaptace, kdy se klient pouze navenek komunitě přizpůsobí, vnitřní hodnoty pro něj ale zůstanou stejné (De Leon, 2000).

Po vysvětlení tohoto primárního principu se na následujících řádcích pokusíme vytvořit ucelený obrázek o struktuře programu. Zaměříme se postupně na filosofii komunity, pravidla léčby, jeho program a jednotlivé fáze.

1.4.1. Filosofie

„Jsme tady, protože už není, kam bychom unikli sami před sebou. Dokud se člověk nepostaví před zraky a srdce ostatních, utíká. Dokud člověk nevěří druhým, aby s nimi mohl sdílet svá tajemství, není v bezpečí. Když se bojí, že jej poznají, nemůže poznat sám sebe ani druhého. Bude stále sám. Kde jinde než mezi sebou najdeme takové zrcadlo? Tady – společně – se člověk může konečně na sebe podívat jasně. Neuvidí hrdinu svých snů, ani trpaslíka svých nočních můr, ale pozná se jako člověk, část celku, se svým dílem odpovědnosti. Na takovém místě můžeme všichni zakořenit – a růst. Již nikdy sám – do smrti, ale žít s druhými a pro druhé,“ vyjádřil filosofii léčby Richard Beauvais v době svého pobytu v TK Daytop Village – tak ji přijala za svou i většina TK (Kooyman et al., 2004, 22).

Filosofie práce v TK má být jasnou a přehlednou zprávou o tom, jak se v komunitě pracuje a proč. Filosofie je zpravidla dostupná na webu jednotlivých TK a měla by být primárně diskutovaná a jednotně uchopená personálem, aby mohla být srozumitelnou i pro klienty. Pro ně potom může být do určité míry návodem, jak absolvovat program TK a mít z něj co největší přínos (Sobotka, 2010).

Hlavní zásadou, jak je již patrné z předchozího textu, je přijetí zodpovědnosti za sebe i své okolí. Jen potom je totiž možné pracovat na změně ve svém životě – jen pokud věříme, že můžeme hrát aktivní roli a spoluutvářet naše vztahy a situace, abychom byli spokojenější my, potažmo naše okolí (Sobotka, 2010).

Přijetí zodpovědnosti vede k dalším aspektům, jak popisuje Richterová-Těmínová (Nevšimal, Ed., 2007). Zodpovědnost vede k učení se vnitřní svobodě jako nezávislosti nejen na drogách, ale i na nekonstruktivních vztazích, čokoládě a mnohému dalšímu. V situacích „tady a teď“ se potom klienti učí vyvažovat vnitřní svobodu s vnějšími potřebami a limity možností.

Důležitým pro změnu je schopnost být otevřený a upřímný, sám k sobě i ke komunitě. Jejím předpokladem je práce s „druhým životem“ komunity, tzn. tím, co se děje mimo oficiální program. Otevřenost otevírá někdy bolestivá existenciální témata, jakými jsou smrt, vina nebo osamělost. Zároveň vytváří prostor pro vyjadřování konfliktů a konfrontací, kterých je potřeba se jako nevyhnutelné součásti otevřenosti nebát, zároveň je ale potřeba dbát na to, aby jejich cílem bylo poučit se a ne zraňovat (Nevšimal, Ed., 2007).

Terapeutickou komunitu charakterizují vzájemné vztahy, mnohdy intenzivní. Ty vznikají nejen mezi jednotlivými členy, ale také ve směru klienta k celku komunity. Komunita jako celek by měla vystupovat v rodinném modelu konceptu „tough love,“ kdy její principy a fungování jsou zároveň mateřsky bezpečné a přijímající, ale i otcovsky vymezující a pevné (Nevšimal, Ed., 2007).

1.4.2. Základní pravidla léčby

Terapeutické komunity mají obvykle jasnou strukturu pravidel a principů. Nejvýznamnější z nich jsou základní neboli kardinální pravidla. Ta se týkají ohrožujícího chování. Zakazují užití alkoholu a drog, vyhrožování, násilí a sexuální styk mezi členy TK (Kalina, 2008). O těchto pravidlech se nevedou diskuze a při jejich porušení následuje vyloučení z TK (Kooyman et al., 2004).

Proč do tohoto základu patří také zákaz sexuálního styku vysvětluje Kooyman (Kooyman et al., 2004). Ze začátku fungování TK Emiliehoeve zde žádné takové pravidlo nebylo. K sexu mezi klienty ale docházelo impulzivně, jako způsob vyrovnávání se se stresem. Sloužil i jako nástroj manipulace a moci, kdy např. muži ochraňovali „své“ ženy. Stejně jako u návykových látek bylo proto žádoucí, aby se klienti učili nové, promyšlenější vzorce chování.

Jako další skupiny pravidel můžeme uvést metapřavidla (pravidla o pravidlech, resp. filosofická východiska); další (nekaridinální) pravidla o bezpečí (např. právo říct ne nebo nevnášet informace ze skupin); pravidla o uspořádání času a pravidla provozní (neboli kdy, jak a co se dělá); pravidla o moci a odpovědnosti; pravidla o zapojení (resp. způsobu, jak se vztahovat k léčbě). Kromě toho se v každé komunitě tvoří tradice zvyklostí a nepsaných norem (Kalina, 2008).

Oproti žádoucím pravidlům a normám se v komunitách tvoří i nežádoucí pravidla. Ta mohou být vědomá pro část nebo celou komunitu, případně mohou být nevědomá. Jejich působení vytváří konflikty ve fungování TK a je potřeba je zkoumat a přinášet do oficiálního prostoru, jak jsme zmínili již v části 1.4.1. Filosofie. Často vznikají jako následek nepochopení pravidel ve smyslu „*Co se nesmí dělat, o tom se nesmí ani mluvit*“ (Nevšímal, Ed., 2007, 87).

Systém pravidel může zpočátku v klientech vyvolávat velký stres a zátěž, protože limituje většinu dřívějšího impulzivního řešení situací. Výměnou za to dává klientům k dispozici skupinová setkání, kde mohou ventilovat své emoce. To ale není zprvu snadné; proto 15 až 30% klientů odchází v prvních týdnech léčby (Kooyman et al., 2004).

1.4.3. Program léčby

Program léčby je tvořen tak, aby vytvořil období běžného pracovního života přes týden a větší míru volnočasových aktivit a volného času o víkendech (Kalina et al., 2015).

Jeho jasná struktura poskytuje pro klienty jistotu, zároveň je učí dodržovat hranice a časové úseky vymezené k různým aktivitám. Obsahuje nejen každodenní úkony a povinnosti, ale i různé sváteční prvky, např. rituály. Na ranních a večerních komunitách potom vzniká prostor mluvit o prožitém dnu a aktivitách (Nevšímal, Ed., 2007).

Zodpovědnost za formu a časové ohraničení jednotlivých úseků mají zejména terapeuti; konkrétní obsah by měl být na jednotlivých klientech ve vyšších fázích, kteří jsou v danou chvíli v odpovědných funkcích (např. v rolích kuchaře, šéfa domu atp.) (Nevšímal, Ed., 2007).

Role terapeutů v programu a režimu léčby je více nebo méně konfliktní. Při práci mohou podporovat jednotlivce a být mediátory konfliktu, stejně tak ale dbají na dodržování pravidel a udílí klientům sankce. Na druhou stranu jsou to ale stejní lidé, kteří mají být během terapie empatičtí a přijímající. Tuto vícenásobnou roli lze mírnit jasným oddělováním programu a terapií, ať už různými pravidly, tak i prostorem setkávání (Nevšímal, Ed., 2007).

Konkrétní program léčby můžeme dle Kaliny a kol. (2015) názorně členit do následujících osmi kategorií: setkání komunity; skupinová terapie; individuální terapie; práce s rodinou; pracovní terapie; vzdělávání; volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity, techniky a jiné rehabilitační aktivity; sociální práce. Na základě popisu autorů vytváříme níže přiloženou přehledovou tabulku č. 1 s popisem, co která aktivita obsahuje, a jaký je její význam.

Tabulka č. 1: Program léčby v TK (zpracováno dle Kaliny a kol.(2015))

Program léčby v TK		
<i>kategorie</i>	<i>obsah</i>	<i>význam</i>
setkání komunity	každodenně: sdílení informací, přijímání rozhodnutí, řešení problémů v životě komunity pravidelně: hodnocení klientů, přestupy klientů do vyšších fází apod.	středobod dění v životě TK – udržování řádu, konfrontace, vzájemné sdílení
skupinová terapie	terapie ve skupině obecně, někdy konkrétně zaměřená (skupina biografická, tematická, interakční); některé mohou být určené užšímu výseku klientů (např. genderově rozdělené, pro klienty v poslední fázi léčby apod.) specifické: mimořádné skupiny, svolané kdykoliv v průběhu dne jedním klientem, čímž si říká o pomoc s aktuální obtížnou situací	léčba psychodynamickou nebo kognitivně-behaviorální skupinovou terapií; v případě mimořádných skupin podpora klienta
individuální terapie	pravidelné setkávání klienta se svým určeným terapeutem – garantem. Hodnocení stavu klienta a léčebného plánu; následně přenašení materiálu do skupinové terapie	individuální podpora a vedení, které klienta provází po celou léčbu (nejedná se o individuální terapii v pravém slova smyslu)
práce s rodinou	při návštěvách blízkých rodinná sezení, TK může organizovat i rodičovské skupiny nebo víkendová hromadná setkání všech rodičů	role rodiny v léčbě závislých je významná

pracovní terapie	provádění práce na základě definovaných funkcí s pravomocemi a zodpovědností – ty jsou stanovené na základě fáze léčby	smysluplná práce s jasně danou vertikální autoritou (podřízenost-nadřízenost)
vzdělávání	tematicky zaměřené přednášky, semináře a nácviky vedené terapeuty nebo klienty	zvyšování povědomí o důležitých oblastech pro léčbu (např. filosofie TK nebo prevence relapsu) a pro orientaci v životě obecně (např. sestavování životopisu, vyplňování složenek)
volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity, techniky a jiné rehabilitační aktivity	provozování zpravidla dostupných a nenákladných činností, kterými lze vyplnit volný čas	zdroj zážitků, zábavy a přirozené euforie, což posiluje odolnost a stmeluje skupinu
sociální práce	snaha o řešení vzniklých sociálních a pracovněprávních problémů klientů	učit klienty, aby uměli své sociálněprávní potíže řešit sami

1.4.4. Fáze léčby

Léčba v TK je zpravidla rozvržena do jednotlivých etap, nazývaných fází. Jak jimi klient prochází, rostou jeho kompetence a tím i podíl na vlastní léčbě i běhu celé komunity (Sobotka, 2010). Celý léčebný proces trvá zpravidla 6 až 18 měsíců (Kalina et al., 2015).

Smyslem fází je rozdělit velký, dlouhodobý cíl do řady menších, uchopitelnějších a pro klienty méně zahlcujících. Konkrétní kroky poskytují strukturu, kterou lze sledovat a hodnotit, jak se dílčí cíle daří (Nevšimal, Ed., 2007). Navíc tím, jak klient úspěchy za sebou vidí, roste jeho sebedůvěra a chuť k další práci na sobě (Sobotka, 2010).

Pro postup do vyšší fáze musí splňovat klient tři kritéria: strávit v programu určený časový úsek; splnit všechny povinnosti fáze, ve které se nachází; prokázat zřetelné pokroky ve svém osobnostním růstu (Nevšimal, Ed., 2007).

Cítí-li se klient na přestup, podle předem daných postupů si dává žádost komunitě. Následně probíhá hlasování celé komunity a je-li přestup schválen, postupuje klient do vyšší fáze. Je pro něj zpravidla uspořádaný i slavnostní rituál (Kalina et al., 2015).

Pro splnění kritérií jednotlivých fází musí být klient schopný adaptovat se na změny, což předpokládá předstupu internalizace nově naučených pravidel a hodnot. To by mělo být ekvivalentní v přístupu k životu a celostní změně, ne vždy je ale tento princip pravidlem (Nevšimal, Ed., 2007).

Ideálním uzavřením léčby v TK je zvládnutí všech fází až k závěrečnému rituálu. „Absolvování celého programu přes všechny fáze dává členovi komunity pocit uskutečnění cíle krok za krokem – pocit, který dosud nikdy neměl,“ (Kooyman et al., 2004, 63).

Dále znázorníme tabulku č. 2, která dle Kaliny a kol. (2015) uvádí stručný přehled fází a jejich charakteristik.

Tabulka č. 2 - Fáze léčby (Kalina et al., 2015)

<i>Charakteristika</i>	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
<i>Možný název</i>	rozhodovací	mapovací	nácviková	odpoutávací
<i>Cíl</i>	poznat program a rozhodnout se, zda jej chce klient absolvovat	identifikace problémů klienta, plánování kroků k jejich řešení	nácvik nových vzorců chování a jejich internalizace	příprava přechodu z chráněného prostředí terapeutické komunity do podmínek běžného života
<i>Délka u programu trvajících 12 měsíců</i>	2-4 týdny	cca 3 měsíce	cca 6 měsíců	2-3 měsíce
<i>Omezení kontaktu</i>	bez kontaktů se „světem mimo terapeutickou komunitu“ – soustředit se na život v terapeutické komunitě; bez hlasovacího práva	písemný, telefonický a mailový kontakt cenzurován – žádá skupinu	kontakty bez cenzury, skupinu o nich pouze informuje	„jednou nohou“ mimo terapeutickou komunitu (práce, hledání bydlení) – volný pohyb
<i>Pohyb mimo terapeutickou komunitu</i>	Terapeutickou komunitu neopouští (jen výjimečně – soud, lékař apod.)	Terapeutickou komunitu opouští jen s doprovodem (rodiny, klientů ve vyšších fázích)	Terapeutickou komunitu opouští samostatně	Terapeutickou komunitu opouští samostatně, pravidelné výjezdy
<i>Funkce v samosprávě</i>	Bez funkcí	Méně odpovědné pozice – kuchař, topič apod.	Odpovědné funkce – šéf domu, šéf dílny apod.	Od funkcí v terapeutické komunitě osvobozen

1.5. SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ

Terapeutické komunity u nás můžeme popsat jako zařízení s vysokým důrazem na profesionalitu a vzdělávání pracovníků, která jsou v rámci pevného hierarchického rámce demokraticky vedená. Pro terapeuty ex-usery platí pravidlo, že se nestávají členy

pracovního týmu v zařízení, kde absolvovali léčbu; jinak jsou ale komunity ve velké míře otevřené vzájemné spolupráci mezi sebou i širším okolím a provázané s následnou péčí pro klienty (Kooyman et al., 2004).

Pozitivním specifíkem českých komunit, jak uvádí Kalina a kol. (2015), je výrazná snaha zapojit do procesu léčby i rodinu a blízké osoby klientů.

Přehledová studie uvádí, že k roku 2012 jsme měli v ČR 15 programů vedených ve smyslu terapeutických komunit pro drogově závislé. Jejich celková kapacita byla 293 míst, ke dni sčítání ale bylo v TK 319 klientů. Převážnou většinu klientů tvoří lidé ve věku 15 až 44 let (85%), v nadpoloviční většině muži (60%). Co se týče specifika klientely, nejčastěji klienti zneužívali nealkoholové drogy (56%), z toho se téměř u 4 klientů z 5 jedná o pervitin. Další významnou skupinou klientů jsou lidé zneužívající alkohol samotný či v kombinaci s dalšími drogami (42%). V komunitách jsou také závislí s dalšími psychiatrickými onemocněními, patologičtí hráči, uživatelé psychoaktivních léků a těhotné ženy. Čekací doba pro přijetí do komunity se pohybuje od jednoho týdne do dvou měsíců (Mravčík & Nechanská, 2013).

Stejná studie dále uvádí, že většina programů má status sociální služby a pracují zde tak zejména nelékařští profesionálové, nejčastěji psychoterapeuti (34%), ale i další profesionálové jako adiktologové a socioterapeuti. K roku 2012 zde pracovalo 214 pracovníků, jejichž práce dohromady tvořila 199 úvazků. Autoři deklarují, že v praxi se léčebné programy zaměřují na uživatele nealkoholických látek, přestože ze studie vyplývá, že klientela je značně rozmanitější (Mravčík & Nechanská, 2013).

Jednotlivé komunity jsou od roku 2000 sdružené v sekci terapeutických komunit v rámci Asociace nestátních organizací (A.N.O.). Setkání sekce probíhá dvakrát až třikrát do roka a slouží primárně k vzájemné výměně zkušeností a k podpoře spolupráce. Setkání se konají v jedné z terapeutických komunit, díky čemuž mají kolegové možnost seznámit se i s daným zařízením (Nevšímal, Ed., 2007).

Výraznou praktickou potíží našich TK, jak uvádí Nevšímal (Kooyman et al., 2004), je zajištění financování, které je v důsledku systému jednoletého financování značně nejisté. Situace je dle něj dlouhodobě neúnosná. Pokud nepovede k dlouhodobějšímu řešení, TK budou ztrácet svoji úroveň profesionálních zařízení a transformovat se spíše na svépomocná zařízení.

2. TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM

V následující kapitole se zaměříme na terapii dobrodružstvím, moderní a vyvíjející se směr. Za jeho formu můžeme považovat i námi zkoumané zátěžové programy (na ty se více zaměříme v kapitole 3).

Postupně popíšeme definice terapie dobrodružstvím a její různé pojmosloví – z něhož v této práci budeme jednotně používat právě terapie dobrodružstvím a z angl. *adventure therapy* vycházející zkratku AT.

Z hlediska historického vývoje zmíníme organizaci Outward Bound a českou Prázdninovou školu Lipnice; dále se zaměříme na roli terapeutů v programu, význam dobrodružství a význam volné přírody.

V závěru kapitoly se zaměříme na možný terapeutický přínos terapie a evaluaci současné praxe v této oblasti.

2.1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA

Terapie dobrodružstvím je novým, dynamicky se vyvíjejícím konceptem, který je v současné době rozmanitý z hlediska jejich definic, pojmů i teoretického ukotvení.

Z hlediska pojmenování se v odborných textech vyskytují tyto názvy terapie: *adventure therapy, adventure-based counselling, adventure-based therapy, wilderness-adventure therapy, wilderness therapy, wilderness treatment, outdoor therapy, nature-based therapy, bush adventure therapy, eco-therapy, therapeutic recreation, outdoor behavioural healthcare, therapeutic wilderness camping* (Harper, Peeters & Carpenter, 2014). V naší práci se přidržíme prvního ze zmíněných výrazů, do češtiny překládaného jako terapie dobrodružstvím. Jako zkratku budeme používat z anglického *adventure therapy* „AT“.

Terapie dobrodružstvím je podoborem psychomotorické terapie – v naší republice nazývané i kinezioterapie (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Můžeme ji definovat jako terapii, která „*záměrně propojuje venkovní dobrodružné aktivity s terapeutickým procesem a jejím cílem je dosáhnout požadované změny, ať už na úrovni individuální, tak skupinové*“ (Harper et al., 1, 2014).

Jinou definici uvádí např. Gass, Gillis a Russell (2012, 1): terapie dobrodružstvím je „*zamýšlené použití dobrodružných zážitků pod vedením odborníků na mentální zdraví,*

často praktikované v přírodním prostředí, kde jsou klienti kinesteticky zaangażovaní na kognitivní, afektivní i behaviorální úrovni.“

Jako společný základ obou definic vnímáme umístění terapie v přírodě a provádění něčeho dobrodružného.

Požadovanou terapeutickou změnou jsou přitom obvykle zamýšleny oblasti z hlediska dysfunkce psychologické nebo sociální. Jednotliví odborníci ji následně vymezují různě z hlediska jejich způsobů a technik k dosažení terapeutického záměru i cílové skupiny (Harper et al., 2014) – nejčastější cílovou skupinou zůstává ale mládež s rizikovým chováním (Rutko & Gillespie, 2013).

Zatímco některým se zdají současná pojetí příliš široká, druzí je kritizují pro jejich opak (Harper et al., 2014).

Základní prvky terapie dobrodružstvím popisuje např. Ringer (2005, in Hátlová & Kirchner, Eds., 2010), a to: prostředí přírody, případně divočiny; dobrodružné činnosti; spirituální/kulturní prvky; psychoterapeutický přístup; skupinová dynamika.

Harper a kol. (2014) uvádí jako klíčové prvky: výzvu; nebezpečí; zrcadlení; netradiční umístění; učení založené na zkušenosti.

Tyto prvky mohou být v různých směrech různě akcentovány. *„Dobrodružnou terapii /je/ možné vnímat jako skládanku různých prvků,“* popisuje Kirchner a Hátlová (Eds., 119, 2010). *„Na druhou stranu, nový pohled na nejefektivnější programy dobrodružné terapie je poskytnout účastníkům takový přístup, kdy si ani oni ani instruktoři neuvědomí, že výše uvedené body jsou důležitými součástmi programu.“*

Naopak Harper a kol. (2014) zdůrazňují přítomnost terapeuta či facilitátora a hlavně jeho vědomí o vedení programu ve směru jeho terapeutického záměru. Popisují to jako klíčový rozdíl oproti dalším formám dobrodružných (neléčebných) programů.

Terapeut by měl být rovněž dostupný a důvěryhodný, měl by dodávat naději a v programu působit pro účastníky jako vzor, který je možné napodobit (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Očekávatelné přínosy terapie dobrodružstvím popisují Berman a Davis-Berman (2006) pro cílovou skupinu adolescentů (ale můžeme uvažovat i o potencionální univerzálnosti následně vyjmenovaných prvcích), čímž jsou: pozitivní posun self konceptu; zlepšení sociálních dovedností; ustoupení psychiatrických symptomů, snížení užívání alkoholu a návykových látek; nižší recidivu v rámci legálního systému.

2.2. KLÍČOVÉ BODY VÝVOJE SOUČASNÉ AT

Kořeny terapie dobrodružstvím můžeme mapovat až do 19. století, kdy vlivem industrializace začalo stále více lidí žít v městském prostředí, oddělení od přírody. Protiváhou k tomuto stylu života byly tendence vyhledávat pobyt v přírodě v rámci volného času. Na tomto základě vznikaly i různé spolky; z českých můžeme jmenovat klub Českých turistů a Sokol, ze zahraničních Sierra Club, Boy Scouts nebo Girl Scouts (Kirchner, Hátlová & Hošek, 2012).

Jedněmi z prvních významných organizací, které ve svém pojetí začaly cíleně pracovat s edukativním rozvojem zúčastněných, bylo hnutí Outward Bound a v našem prostředí Prázdninová škola Lipnice (Kirchner et al., 2012). Na tyto dva koncepty se detailněji zaměříme v dalším textu.

2.2.1. Outward Bound

Hnutí Outward Bound bylo založeno německým pedagogem Kurtem Hahnem ve 30. letech 20. století. Hahn věřil, že v rámci vzdělávání mládeže je charakterová výchova stejně tak podstatná jako akademické úspěchy. Toho chtěl dosáhnout rozvojem fyzických schopností a učením přežití ve venkovním prostředí. Outward Bound v námořnické hantýrce znamená loď, která z domácího přístavu vyplouvá na širé moře (Outward Bound International, nedat.).

První škola hnutí Outward Bound byla založena ve Skotsku v roce 1934 a jmenovala se Gordonstoun School. Díky využití dobrodružných venkovních aktivit dle Hahna účastníci získali sebejistotu, začali vnímat jinak své schopnosti a předpoklady, prokazovali soucit a pocit sounáležitosti se svými vrstevníky (Outward Bound International, nedat.).

Nyní vývoj hnutí stále pokračuje. Zaštiťuje programy ve více jak třiceti zemích světa a typ jeho klientely je stále rozmanitější (Outward Bound International, nedat.).

2.2.2. Prázdninová škola Lipnice

Prázdninová škola Lipnice byla založena roku 1977 Allanem Gintelem. Jejím cílem bylo podpořit osobnostní rozvoj mladých lidí směrem k aktivitě, spolupráci a zájmu o okolní dění. Název školy vznikl na základě romantického umístění v Lipnickém středisku prvních pořádaných akcí: letního programu pro středoškoláky, programu pro

vysokoškoláky a kurzů metodiky tohoto nového směru (Prázdninová škola Lipnice, nedat.).

Pět let od vzniku se Prázdninová škola Lipnice ustanovuje dceřinou společností Outward Bound jako Česká cesta s.r.o. Prázdninová škola Lipnice funguje dodnes a formou zážitkové pedagogiky pořádá celoročně rozmanité kurzy nejenom pro děti a školy, ale i pro další skupiny klientely (Prázdninová škola Lipnice, nedat.).

2.3. TYPY TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM

Programy terapie dobrodružstvím můžeme dělit na dva typy:

1. realizované ve volné přírodě, potažmo divočině, což zachovává původní koncept AT;
2. novější forma v civilizovaném prostředí nebo v jeho těsné blízkosti (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

V dalším textu tyto typy a jejich specifika popíšeme.

2.3.1. AT ve volné přírodě

Středobodem programů ve volné přírodě je fyzické dobrodružství. Výhodou pro delikventní klientelu je možnost izolovat účastníky programu od jejich běžného prostředí a tak jim ztížit či znemožnit přístup ke škodlivým vlivům či situacím (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Podtypem programů ve volné přírodě jsou dlouhodobé pobyty v kempech či tábořištích, jejichž hlavní činností bývá sportovní aktivita (např. horolezectví, kanoistika,...) a prvky přežití v přírodě (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Druhým podtypem je putování volnou přírodou, které trvá i deset dní nebo déle. Účastníci si všechno, co potřebují, nesou s sebou (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

2.3.2. AT v civilizovaném prostředí

V této novější formě AT, kdy je prostředí přímo městské nebo nedaleko civilizace, se ústřední vliv dobrodružství přesouvá z roviny fyzické do roviny psychologické nebo sociální. Díky tomu mohou být programy dostupnější pro širší klientelu (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Prvním podtypem jsou kempy, na rozdíl od předchozí kategorie ale situované v blízkosti civilizace (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

Druhým podtypem je poradenství, které se může vyskytovat zejména v rámci rodinných či resocializačních terapií. Konkrétně do této kategorie spadají např. různé trenažery, modelové situace nebo lanová centra (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010).

2.4. ÚLOHA TERAPEUTA

Úloha terapeuta, facilitátora či vedoucího programu AT by měla pokrývat širokou škálu dovedností a schopností, od oblasti psychologické práce se skupinou a s jednotlivci až po znalost a zkušenosti s hlavní aktivitou v dané lokalitě, často v přírodě.

Oproti klasické psychoterapii je terapeut aktivnější. Vytváří rámec pro dobrodružství, jež má být následně centrálním bodem terapeutické změny. Terapeut má tím pádem i více příležitostí aktivně se zapojovat spolu s klienty do dění, podporovat klienty nebo je konfrontovat. Díky nižší formálnosti prostředí se terapeut pro klienty stává dostupnějším a často mezi klienty a terapeutem vznikají významnější interakce (Gass et al., 2012).

Gass a kol. (2012) přitom přirovnávají vedoucího programu k příběhu *Čaroděj ze země Oz* (v originálním znění *The Wonderful Wizard of Oz*, jejímž autorem je Frank Baum) a postavě psa Toto, který v příběhu nebývá v centru dění, ale v kritických momentech poskytuje vedení a podporu. Zprostředkovává změnu prostřednictvím záměrně strukturovaného vztahu, který skupinu posiluje v momentech, kdy čelí výzvam. „*Nejpodstatnější je, že jak každá skupina dosáhne svého cíle, jejich úspěch je přisuzovaný jim samotným a ne Totovi, terapeutickému facilitátorovi změny*“ (Gass et al., 2012, 66).

2.4.1. Role vedoucího

Ringer (1994) vyjmenovává role vedoucího jako: mít zkušenosti s venkovním prostředím a být zapáleným dobrodruhem; nastavovat hranice a dohlížet na bezpečnost; být skupinovým facilitátorem, expertem v komunikaci a na lidské chování; být klinikem nebo terapeutem.

Základním předpokladem vedoucího AT je dle Jamese (1986) dobrý úsudek a selský rozum i v zátěžových a stresujících situacích. Dále jmenuje tři základní okruhy dovedností každého vedoucího AT:

1. technické dovednosti (např. odbornost v prováděných sportovních aktivitách, první pomoci, technikách přežití a pátrání);

2. interpersonální schopnosti (např. dovednosti v poradenství, krizové intervenci, mezilidské komunikaci, učení druhých, posouzení psychologických potřeb účastníků);

3. porozumění obecným východiskům programů AT (např. mít na paměti filosofii vzdělávání založeném na zkušenosti, zodpovědnosti vedoucího, principy bezpečnosti a zvládání rizikových situací, profesní a osobní cíle i filosofii AT).

V následující tabulce č. 3 prezentujeme námi vytvořenou syntézu a porovnání dvou zmíněných popisů rolí vedoucího dle Ringera (1994) a Jamese (1986).

Tabulka č. 3 – syntéza a porovnání popisu role vedoucího v AT dle Jamese (1986) a Ringera (1994)

SYNTÉZA A POROVNÁNÍ	James	Ringer
kompetence ve sportovní aktivitě a v pobytu v přírodě	odbornost v prováděných sportovních aktivitách; odbornost v první pomoci a technikách přežití a pátrání (technické dovednosti)	zkušenosti s venkovním prostředím
kompetence v komunikaci a mezilidských vztazích	dovednosti v mezilidské komunikaci, učení druhých; posouzení psychologických potřeb účastníků (interpersonální schopnosti)	být skupinovým facilitátorem, expertem v komunikaci a na lidské chování
terapeutické kompetence	dovednosti v poradenství, krizové intervenci (interpersonální schopnosti)	být klinikem nebo terapeutem
zajištění bezpečnosti, fyzické i psychické	mít na paměti zodpovědnost vedoucího, dodržovat principy bezpečnosti a zvládat rizikové situace (porozumění obecným východiskům programů AT)	nastavovat hranice a dohlížet na bezpečnost
vědomí podkladu a vlastní angažovanost	mít na paměti filosofii vzdělávání založeném na zkušenosti, profesní a osobní cíle i filosofii AT (porozumění obecným východiskům programů AT)	být zapáleným dobrodruhem

2.4.2. Styl vedení

Z hlediska stylů a orientace vedení vyvinuli Priest a Chase (1989) teorii COLT – z angl. *conditional outdoor leadership theory*. Ta je založená na dvou možných orientacích vedení: zaměřením na úlohu nebo na vztahy. Další proměnnou je škála faktorů nazvaných oblíbenost podmínek (angl. *conditional favourability*). Do škály oblíbenosti podmínek spadají: nebezpečí v daném prostředí, kompetence účastníků, skupinová soudržnost, schopnosti vedoucího a dosah rozhodnutí (Priest & Chase, 1989).

Kombinace těchto tří dimenzí následně predikuje tři styly vedení:

1. autokratický, kdy má hlavní slovo v organizaci vedoucí;
2. demokratický, kdy je program vedoucím a účastníky spoluorganizován;
3. delegující (v angl. *abdicatoric*), kdy vedoucí přenechává vedení zejména na účastnících a občas pouze vyjadřuje svůj názor nebo doporučení (Priest & Chase, 1989).

Podmínky vysoké oblíbenosti si lze představit jako kombinaci minimálního nebezpečí, zdatného vedoucího, kompetentních účastníků, kohezivní skupiny a minimální vliv dosahu rozhodnutí. V jejich důsledku se může terapeut soustředit na vztahy ve skupině a ve většině situací bez rizika přenechat vedení skupině – převážný styl je tedy delegující (Priest, 1991).

Naopak podmínky nízké oblíbenosti můžeme popsat jako kombinaci vysokého nebezpečí, méně zdatného vedoucího, účastníků s nízkou mírou kompetencí, nesoudržné skupiny a závažného vlivu činěných rozhodnutí. Převážný styl vedení je proto autokratický (Priest, 1991).

Z výše uvedeného vyplývá, že podmínky střední oblíbenosti, jejichž kombinace prvků je na půli cesty mezi nízkou a vysokou oblíbeností, budou převážně ústít do stylu demokratického (Priest, 1991).

2.5. DVA PRINCIPY: DOBRODRUŽTVÍ A PŘÍRODA

Jak vyplývá z definic terapie dobrodružstvím uvedených v části 2.1. Základní charakteristiky, klíčovými prvky AT je dobrodružství a venkovní prostředí, jako místo a kontext dění pro terapii. Nyní se na tyto dva základní aspekty zaměříme.

S odvoláním na Kirchnera a Hátlovou (Eds., 2010) však zdůrazňujeme, že některé současné programy neprobíhají v přírodě – jde o novodobý trend přenášet AT do prostředí civilizace. V těchto programech předpokládáme, že je část věnovaná přírodě irelevantní.

2.5.1. Význam dobrodružství

Dobrodružství můžeme vnímat jako něco nového, neznámého až nebezpečného, co je spojené se změněnou kvalitou prožívání (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010). Z hlediska významu slova znamená *dobrodružství* to, co provádí „stateční druhové.“ V latinské

jazykové větvi se význam slova *aventure* (a z něj plynoucí anglické *adventure*) historicky měnil od „přijít“ přes „náhoda, štěstí“ až k „pokoušení vlastních šancí“ a „neobvyklé a vzrušující události“ (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010, 120).

V následujícím textu popíšeme koncept dobrodružství z hlediska dvou teoretických konceptů: paradigmatu dobrodružného zážitku Martina a Priesty (1986) a zvrátové teorie emocí v kontextu AT dle Kirchnera (2011).

Paradigma dobrodružného zážitku

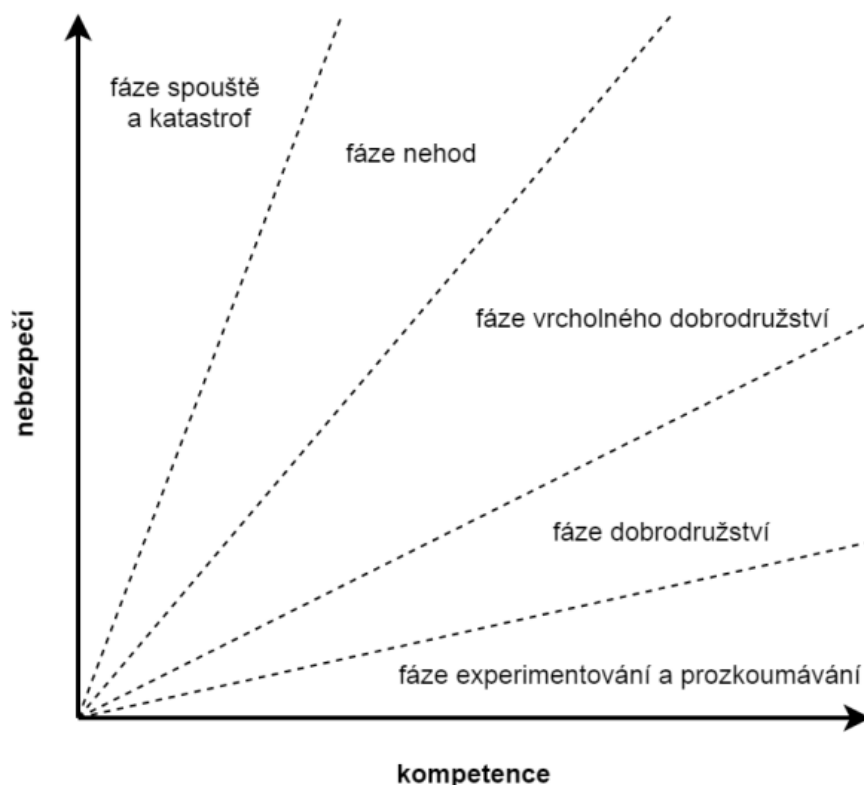
Martin a Priest (1986) popisují paradigma dobrodružného zážitku jako dynamickou interakci mezi nebezpečím a kompetencí. Nebezpečí je vědomí možné ztráty něčeho hodnotného; kompetencemi mají na mysli kombinaci schopností, vědomostí, postojů, chování, sebejistoty a zkušeností. Tvoří jej pět fází, které jsou znázorněny na konci tohoto oddílu na grafu č. 1, vytvořeném dle grafu Priesty (1992).

Jeho jedním pólem je fáze experimentování a prozkoumávání. V ní má daný člověk vysoký pocit kompetence a nízký pocit nebezpečí. Míra energie, kterou člověk musí vložit do dané aktivity, je proto nízká, a člověk nemá problém v situaci uspět (Martin & Priest, 1986).

Opačným pólem je fáze spouští a katastrof. Jak už název napovídá, výrazně převažuje pocit nebezpečí, které je reálné, a kompetence zvládat situaci jsou nízké. V této fázi může docházet i k úmrtím (Martin & Priest, 1986).

Ve středním případě jsou dimenze nebezpečí a kompetence v rovnováze. Nazývá se fáze vrcholného dobrodružství. Člověk zažívá širokou paletu emocí od obav a napětí až po uspokojení, zvládne-li situaci. Může se zde také mnoho naučit (Martin & Priest, 1986).

V průběhu dobrodružného zážitku se první čtyři fáze mohou střídat. Přínosnou je i fáze nehod pro svůj potenciál učit se z chyb. Zásadně by ale nemělo docházet na fázi poslední, tj. fázi spouště a katastrof. K jejímu předejití je potřeba, aby byl daný člověk schopný adekvátně odhadnout jak vnější nebezpečí, tak své kompetence (Martin & Priest, 1986).



Graf č. 1: Paradigma dobrodružného zážitku: vtvoreno dle Priesta (1992)

Zvratová teorie emocí v kontextu AT

Zvratová teorie emocí se zaměřuje na deskripci a vysvětlení okolností, za kterých se emoční negativní stavy překlápí do těch pozitivních a naopak (Kirchner, 2011). Ve vztahu k terapii dobrodružstvím jsou vnímatelné tyto přesuny, jak popsali Martin a Priest (1986) v rámci svého paradigmatu dobrodružného zážitku, právě ve fázi vrcholného dobrodružství.

Kirchner (2011) v textu popisuje dvě podmínky vzniku emočního zvratu: 1. vysoké nabuzení: čím je vyšší, tím pravděpodobněji dojde ke zvratu; 2. meta-motivační stav, kdy jsou motivy člověka zaměřeny na aktuální situaci a jeho pozici v ní.

V oblasti aktivit v přírodě a dobrodružných sportech vysvětluje zvratová teorie právě přitažlivost strachu: ten se vyskytuje zpočátku, kdy člověk subjektivně hodnotí situaci jako rizikovou a cítí se být nabuzený. V momentě, kdy překoná riziko nebo výzvu, zažívá pocit smyslu a naplnění, že situaci překonal. Strach se překlápí do excitační roviny (Kirchner, 2011).

Oproti obvyklým sportovním aktivitám má ale AT jedno specifikum: člověk se nepoměruje s někým dalším, ale sám se sebou proti výzvám přírody. Tím pádem

nedochází ke kompetici zaměřené směrem ven, ale člověk se dívá dovnitř sebe, svých možností a prožitků. Tím se vytváří prostor pro seberealizaci (Kirchner, 2011).

2.5.2. Bytí v přírodě

Jak zdůrazňuje mnoho autorů (např. Berger, 2003; Hátlová & Kirchner, Eds., 2010; Harper et al., 2014), lidé žijí poslední staletí stále více odloučení od přírodního prostředí.

Pobyt v přírodě v rámci AT proto můžeme vnímat jako *navracení se* do našeho biologicky přirozeného způsobu bytí. Např. Berger (2003) sdílí svoji osobní zkušenost, jak si vztah k přírodě vytvářel sám: „*Když jsem byl dítě, v těžkých chvílích jsem míval ve zvyku utíkat do mého tajného domova v přírodě. Byla to letitá vrba, jejíž větve sahaly až na zem a tvořily přístřeší, kde jsem se schovával a cítil se bezpečně,*“ líčí. „*O léta později, po dokončení studia ekologie, jsem pobýval v divočině. V rámci ochrany přírody jsem prováděl studie ohledně ekologie a chování ohroženého druhu vlků v oblasti Golanských výšin. Strávil jsem tak dva roky jejich pronásledováním, nechajíc je, aby mne vedli do rozlehlých přírodních pustin. V půlnočním dialogu s vlky jsem si vzpomněl na léčivé síly přírody. Tam jsem se naučil v ně věřit a zároveň se jich obávat; cítit je a vnímat příležitosti k vzájemnému růstu, skryté v rozhovoru mezi člověkem a přírodou.*“

V následujícím textu uvedeme tři terapeutické významy přírody dle Bergera (2003) a transcendentní prožitky v přírodě, zakotvené zejména v konceptech *flow* (Csikszentmihalyi, 1990) a *vrcholných zážitcích* (Maslow, 1964). Z hlediska konceptové nejednoznačnosti celé AT, naznačené již v části 2.1. Základní charakteristika, považujeme za důležité zdůraznit, že tyto aspekty budou pravděpodobně relevantní k programům AT probíhajícím v přírodě, nikoliv v městském prostředí.

Tři terapeutické významy přírody dle Bergera

Z hlediska přírody popisuje Berger (2003) její tři možné významy v rámci terapie: vytvoření „posvátného prostoru“ v postmoderní době; umístění terapie; léčivý potenciál přírody (Berger, 2003). Nyní se na tyto tři body podrobněji podíváme.

- a) Posvátný prostor. Jak jsme zmínili již v úvodu této kapitoly, v minulosti žili lidé blíže přírodě než my dnes. Berger (2003) dále poukazuje, že příroda byla v mnoha kulturách využívána i jako posvátný prostor, kde se konaly různé rituály.

Toto zakotvení v nás zůstalo v podobě archetypu uložené dodnes. Trávit čas v přírodě může být proto vnímané jako navrácení se k této posvátnosti, umocněné začleněním rituálů s terapeutickým potenciálem.

- b) Umístění pro terapii. Oproti klasickému umístění pro terapii – uvnitř budovy, je příroda něčím dynamickým, proměnlivým; něčím, co se vymyká kontrole nejen klientům, ale i terapeutovi. Terapeut proto musí být otevřený a využívat proměnlivosti přírody k terapeutickým záměrům tak, jak přichází. Klient má zase možnost učit se pracovat s nejistotou, změnami a novými situacemi (Berger, 2003).
- c) Léčivý potenciál. Potenciál přírody popisuje Berger (2003) na třech úrovních: z fyzické stránky; jako estetické momenty; a napojení na cyklický život přírody. Na fyzické stránce může příroda díky rozmanitým vjemům (např. texturám, zvukům, pachům) dostat člověka do stavu relaxace a stimulovat jeho smyslové a emoční prožitky (Berger, 2003).
Když člověk vnímá krásné přírodní úkazy, může je prožívat jako silné estetické momenty. Předpokladem je umět být v přítomném okamžiku; člověk se proto může učit rozvíjet své bytí *tady a teď* a zažívat pocity úžasu (Berger, 2003).
Napojení na cyklický život přírody (např. střídání východu a západu slunce atp.) pomáhá člověku vnímat analogicky v přirozených cyklech i vlastní život – a zpracovávat tak své vlastní tranzitorní změny, jako je narození dítěte nebo vyrovnávání se se stárnutím a smrtí (Berger, 2003).

Transcendentní prožitky v přírodě

Transcendentní prožitky z hlediska humanitně zaměřených teoretiků popisovali zejména Csikzentmihalyi (1990) jako stav *flow* a Maslow (1964) jako vrcholné zážitky.

Stav *flow* je popisován jako optimální prožitek, který může vznikat, jsme-li zaměřeni na jeden cíl, který je realistický a odpovídá našim možnostem. Je to tedy stav aktivního vědomého činění, kdy aktivita sama začne být vnitřní odměnou. Je autotelická, tzn. že dočasně ztrácíme povědomí o čase a ostatních záležitostech. Zažíváme přitom hluboké pozitivní emoce, jako je radost a veselost (Csikzentmihalyi, 1990).

Vrcholné zážitky nás přivádí prožitkově k tomu, o čem mluvíme jako o bytostném, vnitřním a elementárním. Tvoří základ religiózních stavů a transcendentních prožitků. Je slovy těžko vyjádřitelnou zkušeností, kterou mohou pochopit pouze lidé, kteří obdobné

prožitky mají také. Maslow uvádí, že potenciál prožívat takové zkušenosti je přirozený všem lidem, ale lidé, kteří jsou striktně racionalističtí a mají strach ze ztráty kontroly je potlačují nebo zapomínají (Maslow, 1964). Vrcholné zážitky se mohou vyskytovat jak v momentech vysokého nabuzení a tenze, tak i při relaxaci a mírumilovnosti (Maslow, 1961).

Harper a kol. (2014) poukazují, že v literatuře se stavy flow a vrcholné zážitky často popisují v kontextu volné nebo divoké přírody. Terapie dobrodružstvím umístěná v divočině by z jejich pohledu proto mohla být účinná z hlediska dosahování těchto stavů, možná právě v kontrastu se současným stylem života: *„Je možné, že prožitky popisované jako transcendentní či spirituální, v našem bytí odděleném od přírody, mohou být jednoduše prožitkem toho, jaké to je, být plně člověkem; jenom jedním živočišným druhem zakořeněným uvnitř spleť sítě života?“* (Harper et al, 14, 2014).

Tento předpoklad by potvrzovala i studie porovnávací výskyt stavu flow u vysokoškolských studentů v rámci různých sportovních aktivit, organizovaných ve volné přírodě a mimo ni. Zjistilo se, že participantů zažívali stav flow významně častěji při aktivitách ve volné přírodě napříč všemi jejich typy (Hall, Smith & Nelson, 2007).

Za zdůraznění vlivu transcendentních prožitků v přírodě v rámci AT můžeme vnímat i Bergerovu (2003) teorii, konkrétně její kategorii přírody jako posvátného prostoru, popsane výše.

2.6. POTENCIÁL A TERAPEUTICKÝ PŘÍNOS TERAPIE DOBRODROUŽSTVÍM

Základní potenciál terapie dobrodružstvím popisují Gass a kol. (2012) ve třech klíčových bodech:

1. využít silné stránky a možnosti klientů a ohodnotit i jejich hranice, subjektivně vnímané nebo reálné;
2. prožít přiměřeně velkou výzvu ve společenství, které je terapeuticky zaštitěné;
3. zkombinovat výše zmíněné do prožitků hodnot, respektu a pocitu sounáležitosti.

V následujícím textu popíšeme terapeutický přínos z hlediska dvou významných teorií: teorie sociálního učení a systémové teorie; a dále z hlediska současných přístupů v poli AT, jak je popisují Harper a kol. (2014).

2.6.1. Využití teorie sociálního učení a systémové teorie

V následujících řádcích popíšeme využití teorie sociálního učení a systémové teorie ve vztahu k účinným prvkům AT.

Teorie sociálního učení

Základ teorie sociálního učení vychází z práce Millera a Dollarda (1941, in Davis-Berman & Berman, 1994), *Social learning and imitation*.

Modelování mohou klienti využít při učení se novým dovednostem od vedoucích programu. Účastníci mají prostor vedoucí AT pozorovat, napodobovat a dostávat zpětnou vazbu k učenému – v některých programech i prostřednictvím využití nahrávacích zařízení (Davis-Berman & Berman, 1994).

Na programech je možné klienty vést ke změně od externího k internímu místu kontroly. Např. naučit se dobře si zabalit batoh tak, aby měl klient snadný přístup k pláštěnce, vede v případě deště k posílení, že klient má nad rizikem promočení svého majetku i sebe kontrolu (Davis-Berman & Berman, 1994).

Třetím bodem je koncept self-efficacy. Klienti mohou na základě svých zkušeností zažívat naučenou bezmocnost, díky AT se ale dostávají do nových nelehkých situací, které jsou nuceni zvládat. Terapeuti jim přitom mohou nabízet škálu nástrojů, interních i externích, v rámci jednotlivců i celé skupině dohromady (Davis-Berman & Berman, 1994).

Systémová teorie

Systémová teorie zdůrazňuje interdependenci mezi jednotlivými lidmi na udržování problémů. Změna systému je proto cestou ke změně jednotlivce (Davis-Berman & Berman, 1994).

V AT se terapeutická skupina často dostává do situací, kdy je nezbytné, aby její členové dobře spolupracovali, komunikovali spolu a vzájemně se o sebe starali. To jsou projevy, které jsou často neslučitelné s problémovým chováním, pro které jsou klienti primárně zapojení v programu. Terapii dobrodružstvím tak můžeme chápat jako alternativní, prosociální systém, který je pro jeho úspěšnost potřebné umět převést zpět do běžného prostředí klientů (Davis-Berman & Berman, 1994).

2.6.2. Terapeutické faktory AT v rámci současných přístupů

Na základě shrnutí současných přístupů v oblasti AT popisují Harper a kol. (2014) jedenáct prvků, kterými se dle autorů AT odlišuje od klasického konceptu psychoterapie. V následujícím textu je v bodech popíšeme.

- **Aktivní kinestezie**, jako behaviorální zapojení v terapii, které je klíčovou komponentou AT. Klient má možnost vnímat tělesné prožitky a soustředit se na své citění, myšlení a konání v prostoru tady a teď.
- **Učení prostřednictvím zkušenosti**, dané situacemi vznikajícími v průběhu programu a potřebou je řešit. Přitom klienti mohou zkoušet různá řešení, vedoucí programu fungují jako facilitátoři změny. Výsledky učení by přitom měly být nepředvídatelné, aby šlo o neznámé dobrodružství a ne mechanickou proceduru.
- **Potřeba jednat, rozhodovat se a výzva k tělesnému zapojení**, která je přirozenou součástí programu a ne něčím přidaným, uměle vytvořeným. V podmínkách zátěžových situací se zřetelněji projevuje tendence jedinců ke specifickému rutinnímu jednání nebo k využití pouze omezených copingových strategií. Mnoho z těchto rovin je fyzicky uchopitelných: např. odkládání rozhodnutí (pocit „zaseknutí se“) nebo opakované nadhodnocování či podhodnocování vlastních možností.
- **Uvnitř a vně terapeutického kontextu** je kategorie, která poukazuje na rozdíl v jasně rozděleném trvání klasického terapeutického sezení a následné aplikace v běžném životě, s programem AT. Zde se terapeutické intervence a samostatné činění i experimentováním klientů přirozeně přelévají jedna v druhou. To může urychlit pozitivní výsledky terapie.
- **Tvoření metafor** je jinou cestou k vhledu do určité zkušenosti či zážitku, který by byl jinak slovy obtížně opsatelný. Metafory v AT vznikají spontánně a jejich direktivním uchopením fyzické reality nabývají na důležitosti; uvést můžeme např. pořekadlo *pro stromy nevidět les* nebo *sejít z cesty*.
- **Experimentování s archetypy** umožňuje v prostředí AT snadno prožít takové role, jako je hrdina, poustevník nebo pomáhající. V rámci skupinové dynamiky se navíc často vytváří pseudo-rodinné vztahy. Klienti tak mají možnost naučit se novému chování nebo zažít emočně korektivní zkušenosti.
- **Zaměření bytí na „já v téhle situaci“** je stav intenzivního zaměření na aktuální situaci a její překonání. V programech AT to usnadňuje relativní jednoduchost

konkrétních výzev, odpoutanost od běžného života a vzájemnou závislost jednotlivých členů na skupině.

- **Příroda jako projekční plátno** využívá přirozeného mechanismu lidské psychiky – její projikování navenek v kontextu rozmanitých podnětů přírody a možného terapeutického reflektování.
- **Alternativní přístup k vědomí**, kdy v klasické terapii převažuje obyčejně snaha navést klienta k náhledu na vlastní chování a pak je zkoušet měnit. Oproti tomu v AT můžeme začít změnou či rozhodnutím, ke kterým jsou vlivem okolností (např. stání v ledové vodě) motivovaní i klienti váhaví a nerozhodní. Náhled na chování je možné získat zpětně.
- **Zaměření na silné stránky, oproti vlastním nedostatkům a zranitelnosti**, vytváří v podstatě AT ideální prostor pro praktikování pozitivní psychologie. Pozornost je totiž převážně zaměřená na vlastní možnosti a způsoby zvládnání současných i budoucích situací.
- **Viditelné následky chování místo předem dohodnutých odměn a trestů**, protože výzvy v přírodě jsou oproti těm v našem civilizovaném životě přímočaré a snadno viditelné ve smyslu příčina-následek. Stejně tak můžeme mnohem jasněji rozlišovat, na které oblasti máme vliv a na které nikoliv.

2.7. EVALUACE SOUČASNÉ SITUACE A JEJÍ PRAXE

Současnou situaci a její odbornou diskuzi v poli terapie dobrodružstvím dále uvedeme ve třech okruzích: z hlediska výzkumného nasycení oblasti a jejího interdisciplinárního uchopení obecně; standardů péče programů AT; a vlivu přírody v programech.

2.7.1. Výzkumy a interdisciplinarita

V rámci evaluace současné praxe programů AT zmiňuje mnoho autorů nedostatky výzkumů (např. Harper et al., 2014; Kirchner et al., 2012; Berman & Davis-Berman, 2006). Ačkoli dle Bermana a Davis-Bermanové (2006) výzkumů přibývá a vývoj této oblasti se posunuje kupředu, stále to není dostatečné k prokázání efektivity programů. Obdobně popisují Harper a kol. (2014), že výzkumy zatím plně nepostačují k vysvětlení

terapeutického procesu AT. Kirchner a kol. (2012) zmiňují konceptuální nejednotnost současného pojetí AT a proto potřebu směř do budoucna sjednotit.

Za vědecký problém, zároveň ale i výzvu, považují Harper a kol. (2014, 17) interdisciplinární podstatu terapie dobrodružstvím, která narušuje vymezené pole jednotlivých disciplín vytvořené dle autorů „*akademickým elitářstvím*.“ Interdisciplinaritu jako specifikum výzkumného pole považuje za důležitou i Beringer (2004), čímž se podrobněji zabýváme v části 2.7.3. Kde je příroda.

2.7.2. Standardy péče

Standardy péče v rámci AT by se měly opírat o profesionální přístup. Ten můžeme v první řadě ukotvit v kvalitně vytvořeném programu, který je akreditovaný nebo jinak zvenku ohodnotitelný, v rámci USA např. organizací Association for Experiential Education (Berman & Davis-Berman, 2006).

Přítom standardní program by neměl být ten, který používá běžné techniky, ale ten, který používá ty z terapeutického hlediska nejprínosnější, a zároveň dbá na dodržování bezpečnostních pravidel, aby potenciální rizika byla co nejmenší. Praxe je taková, že mnoho programů není licencovaných a médií jsou zaznamenávány případy dokonce i úmrtí na základě zanedbání nebo pochybení personálu. Příkladem je případ Aarona Bacona, který zemřel v důsledku zdravotních potíží, jež personál vyhodnotil jako snahu o simulaci klienta (Berman & Davis-Berman, 2006).

Druhým klíčovým prvkem, jak už vyplývá z předchozího odstavce, by měl být kvalitní personál. Ten by měl mít kvalitní vzdělání nejen v oblasti terapeutické, ale současně i v oblasti dobrodružných aktivit. Měl by mít odpovídající přípravu na integraci těchto dvou oblastí dohromady a udržovat si v ní aktualizovaný přehled (Alvarez & Stauffer, 2001).

Jak už tvrdí Ringer (1996), forma přípravy by měla být ukotvená v rámci univerzitního vzdělávání. Personál totiž musí umět v rámci programů ve volné přírodě fungovat i bez supervize, jak zdůrazňují Berman a Davis-Berman (2006), a to navíc v prostředí, které ze své podstaty oproti klasickému umístění terapie bude vždy skýtat o něco vyšší míru rizik.

V praxi Berman a Davis-Berman (2006) kritizují programy poskytované pro adolescenty ze třech různých hledisek. Zaprvé, když jsou terapeuti na programu přítomní pouze externě, např. jednou až dvakrát týdně. Zadruhé vykládání si stížností klientů na

fyzické symptomy jako simulaci či volání o pozornost, což může vést k fatálním omylům. Zatřetí nedobrovolnou účast klientů na programu, „*kdy je mladý člověk unesen – eufemisticky vyjadřováno „doprovázen“ – k zapojení se do programu“* (Berman & Davis-Berman, 2006, 40).

Jako specifikum současné práce s mladistvými zdůrazňují časté užívání medikace. Je proto nezbytná znalost léků jak z hlediska jejich účinků, tak i jejich vedlejších příznaků (Berman & Davis-Berman, 2006).

2.7.3. Kde je příroda

Tématem současných diskuzí na poli AT je rovněž vliv přírody v programech a její nedostatečné teoretické uchopení v odborných textech.

Beringer (2004) kriticky rozebírá, že na samotnou přírodu se při popisu programů v přírodě, pracujících ve smyslu terapie dobrodružstvím, zapomíná.

Stejně tak Rutko a Gillespie (2013), ve svém článku *Kde je divočina v terapii divočinou?* (v originále *Where's wilderness in wilderness therapy?*) komentují, že AT je stále konceptuálně uchopovaná velmi různorodě, ačkoli zde dochází v posledních letech k významným posunům. Tím, co by programy mohlo sjednotit, je právě její fyzické umístění do volné přírody. Ta je ale paradoxně ve výzkumech nezmiňovaná, nebo je zmiňovaná pouze okrajově.

Jako jádro terapie popisuje většina organizátorů jimi zvolenou aktivitu. Tu klient vnímá jako nebezpečí a výzvu; je zde nejistý výsledek, netradiční umístění, potřeba skupinové spolupráce a okamžitá zpětná vazba z hlediska chování klienta (Beringer, 2004).

Tyto prvky v programech sjezdu řeky a trampování popisuje např. Gillis a Ringer (1999, in Beringer, 2004). „*Vypadá to, že splavování řeky, stejně tak jako dlouhá pěší túra,*“ vyvozuje Beringer (2004, 54), „*jsou základní a významné komponenty terapeutické intervence. Jsou klíčovými aspekty terapeutické zkušenosti, bez kterých by terapie v žádném z uvedených případů nebyla možná.*“ Přesto ale žádnou zmínku o vlivu přírody v textu nenachází a konstatuje, že kontext dobrodružství tak „*zůstává neviditelný.*“

Rutko a Gillespie (2013) dále poukazují, že pokud programy AT nejsou ničím víc než faktory popisovanými např. Berigerovou (2004) v předchozím odstavci, můžeme je přesunout do městského prostředí. Pokud se ale účinné faktory vyskytují právě pro své

umístění v přírodě, můžeme je považovat za něco povrchního, za co je potřeba dívat se hlouběji.

Proč je hledisko přírody výzkumně zanedbávané, popisuje Beringer (2004) jako důsledek vědeckého zakotvení většiny terapeutů spíše v poli psychologie, psychoterapie a sociálních vědách, než v přírodních vědách. Jako každá vědecká oblast je i tato do určité míry omezena svým úhlem pohledu a jeho zaměřením. Pro budoucí rozvoj této oblasti je proto důležité umět překračovat hranice jednotlivých oborů a pracovat interdisciplinárně.

Rozpracovat více roli přírody v terapii dobrodružstvím vidí jako výzvu tohoto výzkumného pole i autoři novodobějších článků – např. Harper a kol. (2014), ačkoli konstatují, že v posledních letech již došlo v tomto směru k pozitivnímu posunu. Dále se vymezují oproti současným tendencím patologizovat nedostatek času strávený v přírodě a hovořit o deficitu, ale zdůrazňují, že kontakt s přírodou má pozitivní vliv na biologické a kognitivní procesy lidského organismu. „*Jednoduše řečeno,*“ shrnují, „*byli bychom nedbali, kdybychom praktikovali terapii dobrodružstvím bez vědomí nebo zvážení přínosů trávení času v kontaktu s divokou přírodou*“ (Harper et al., 2014, 13).

Návodnými otázkami k rozpracování vlivu přírody může být analogie procesů v klasické terapii s vyhledáváním jejich specifických forem v AT. Významnou je např. emoční angažovanost a restrukturační. Jaký vliv může mít na emoční prožívání přírodní krajina, nebo výkyvy počasí? Má AT vliv na změnu spirituality a existenciálních prožitků? Můžeme mluvit o vztahu k přírodě v termínech přenosu a protipřenosu? (Rutko & Gillespie, 2013). To jsou oblasti, které je potřeba dále zkoumat.

2.7.4. Kam dál

Jak je vidět z předchozích řádků, terapie dobrodružstvím má velký potenciál, současně ale i svá rizika. V každém případě je to ale mladá oblast, která ke svému dalšímu vývoji potřebuje detailnější uchopení.

Berman a Davis-Berman (2006, 36) komentují: „*Když jsme psali naši knihu, Wilderness Therapy, byli jsme nadšení příslibem terapie divočinou. Jako terapeuti v poli mentálního zdraví jsme si byli dobře vědomi požadavku alternativ k tradičnímu způsobu léčby, a poprvé jsme viděli významný vliv, který programy terapie divočinou mohou mít v životě mladých lidí. Viděli jsme naději /.../ současně ale i výstražná varování.*“ V závěru, dvanáct let od vydání knihy, shrnují: „*Dnes si stále myslíme, že terapie*

divočinou je plna příslibů. Současné výzvy jsou ale jiné a možná je i výraznější to, co je v sázce“ (Berman & Davis-Berman, 2006, 44).

3. VYUŽITÍ TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V LÉČBĚ ZÁVISLÝCH NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

V následující kapitole se zaměříme na terapii dobrodružstvím využívanou při léčbě klientů závislých na návykových látkách. Nejprve se zaměříme na zahraniční praxi; příklady konkrétních programů a realizované výzkumy v této oblasti. Následně se potom zaměříme na zátěžové programy v našich terapeutických komunitách jako na českou formu terapie dobrodružstvím.

3.1. TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V ZAHRANIČÍ

Nyní se zaměříme na terapii dobrodružstvím v zahraničí, v léčbě klientů se závislostí. Stručně popíšeme několik programů, které terapii dobrodružstvím využívají, a následně se zaměříme na jejich vědeckou evaluaci a výzkumy, které jsou v této oblasti realizované.

3.1.1. Příklady současných programů využívající terapii dobrodružstvím v léčbě závislých

V následujících odstavcích popíšeme různé formy terapie dobrodružstvím v léčbě závislostí. Rozmanitost jejích podob přitom můžeme vnímat v míře jejího využití od samostatného a hlavního terapeutického přístupu (centrum Four Circles Recovery), přes zahrnutí terapie dobrodružstvím jako doplňkové metody (Red Oak Recovery a centrum Amethyst Recovery), která v podstatě odpovídá české formě popsané dále, až k organizacím, které nabízejí program terapie dobrodružstvím externě jako službu (EPIC Adventures).

Centrum Four Circles Recovery je americký program zaměřený na klientelu mladých dospělých, od 18 do 30 let věku, zneužívajících návykové látky. Základnu programu tvoří dům ve volné přírodě v Severní Karolíně (ale dostupný civilizaci), z něhož se pořádají různé expedice - náplní typického dnu je pobyt ve volné přírodě, kempování nebo pěší turistika. Může jít i o sjíždění řeky, rybaření a horolezectví. Součástí jsou individuální a skupinové terapie, setkání s Anonymními alkoholiky či Anonymními narkomany, psychiatrická péče a plánování vlastních terapeutických úkolů

a cílů. Na konci dne probíhá diskuze o výzvěch v uplynulém dni a copingových dovednostech (Four Circles Recovery, nedat.).

Před závěrem léčby klienti prochází týdenním ceremoniálem, kdy se odpoutávají od skupiny a plní různé individuální úkoly. Projde-li klient touto fází, vrací se do základny programu a vypracovává plán prevence relapsu a plán vlastního podpůrného systému pro další život (Four Circles Recovery, nedat.).

Red Oak Recovery nabízí léčbu závislostí rovněž v Severní Karolíně, jež sestává z rezidenčního programu a dvou oddělených kampusů, pro ženy a pro muže. V rámci léčby se klienti účastní i terapie dobrodružstvím, zahrnující různý typ sportovní aktivity (pěší turistika; kanoistika; rybaření; horolezectví; rafting a kurzy v lanovém centru). Dobrovolnou možností je absolvovat individuální čtyřdenní výpravu. To může být dle Red Oak Recovery vyvrcholením AT - poskytuje klientovi prostor pro práci se sebou v tichu přírody a vlastní hlubokou introspekci (Red Oak Recovery, nedat.).

Centrum Amethyst Recovery poskytuje rezidenční léčbu pro klienty potýkající se se závislostí. Sídli na Floridě a pro blízkost k moři jako terapii dobrodružstvím zahrnuje každou neděli výlety na kajacích, v paddleboardingu nebo rybolovu (Amethyst Recovery, 19. srpna 2015).

EPIC Adventures je organizace založená třemi klinickými psychology (Mike Phillips, Nicky Treadway a Ricky Santiago), která nabízí externí vytvoření a vedení programu terapie dobrodružstvím v rámci léčby klientů se závislostí. Doba trvání může být jen jako několika hodinový blok, organizace ale nabízí i vedení až pět dní dlouhých programů (EPIC Adventures, nedat.).

3.1.2. Výzkumy v oblasti evaluace a efektivity terapie dobrodružstvím v oblasti zneužívání či závislosti na návykových látkách

Nyní se zaměříme na výzkumy v oblasti evaluace a efektivity terapie dobrodružstvím. To dále zmínění autoři obecně popisují jako problematické.

Wichmann (1991) popisuje nedostatek výzkumných nástrojů a z toho plynoucí matoucí výsledky.

Davis-Berman a Berman (1994) uvádějí, že chybí i konsenzus ve vědeckém poli na to, jak má evaluace vypadat. Jako časté měřené faktory ve výzkumech uvádí koncept self, sebeúcty a recidivitu klientů. Faktory dle nich často nejsou přesně specifikované či chybí odkaz na postup či škály, které autoři použili. Jako další metody popisují

reflektování klinických zhodnocení vývoje stavu klientů. U nich je ale třeba zohlednit, že přestože to mohou být důležité a inspirativní zdroje, neměly by být jediné použité.

Diskuze nad evaluací zůstává aktuální. Návrhy konkrétních postupů uvádí více autorů (např. Davis-Berman & Berman, 1994; Gass et al., 2012). I přes tuto konceptuální nejednoznačnost nyní uvedeme několik výzkumů zabývajících se efektem terapie dobrodružstvím, nyní opět zúženém na klientelu mající problémy se zneužíváním či závislostí na návykových látkách.

Roberts, Stroud, Hoag a Massey (2017) se zaměřili na efektivitu terapie dobrodružstvím u mladých dospělých, celkem 186 respondentů, kteří se programu účastnili po dobu 5 až 22 týdnů. Jedna třetina respondentů vyhledala léčbu pro zneužívání návykových látek; problémy v této oblasti popisovaly ale tři čtvrtiny vzorku. Respondentům byl v průběhu léčby a následně s časovým odstupem administrován test OQ-54.2, který dle autorů odráží celkové psychosociální fungování člověka. Z výsledků vyplývá, že symptomy, které respondenti popisovali, se během AT snížily a 18 měsíců po ukončení léčby zůstaly stále stabilizované na dané nižší úrovni. Stejně tak došlo ke snížení potíží v mezilidských vztazích a ke zvýšení pocitu smysluplnosti. Přitom čím větší potíže popisovali participanti na začátku léčby, tím k většímu zlepšení u nich došlo.

Clem, Smith a Richards (2012) popisují svou studii, založenou na ohniskové skupině před a po terapii dobrodružstvím, založené na devíti respondentkách – ženách závislých na návykových látkách. Z tematické analýzy vyplývají okruhy, kterými ženy terapie oslovila, a to: soulad ve skupině; důvěra; interpersonální rozvoj; sebejistota.

Jak vyplývá ze studie Bettmanna, Russell a Parry (2013), důležitý je v průběhu AT rozvoj copingových strategií zaměřených na abstinenci. Výzkumu se zúčastnilo 189 adolescentů, kteří absolvovali osmitýdenní program AT. Respondentům bylo zadáno několik dotazníků před programem, po něm a následně i s časovým odstupem. Z výsledků vyplývá, že nové copingové strategie jsou nejsilnějším prediktorem zlepšení celkového stavu klientů (měření probíhalo prostřednictvím *Adolescent Relapse Coping Questionnaire*).

Russell (2000) provedl případovou studii čtyř adolescentů absolvujících program terapie dobrodružstvím, kdy se zaměřoval na okamžitý efekt a následný vliv po čtyřech měsících. Ačkoliv tato studie nebyla primárně zaměřena na závislé, autor zjistil, že společným výsledkem všech participantů byla abstinence od drog a alkoholu, a dále lepší vztahy v jejich rodinách a chuť pracovat více ve škole.

Tuto poslední námi popsanou studii zde uvádíme právě proto, že ukazuje, že terapie dobrodružstvím může implicitně vést k abstinenci a mít tak pro léčbu závislých velký význam. To by potvrzovalo i tvrzení Bermana a Davis-Bermanové (2006) o očekávatelném přínosu programů, jejichž jedním z bodů je právě snížení užívání alkoholu a návykových látek (více popisujeme v části 2.1. Základní charakteristiky).

Účinek ale není samospasitelný. Jak popisuje Russell (2000) ve svém výzkumu dál, v následném rozhovoru po čtyřech měsících se ale ukázalo, že abstinenci nedodrží tři respondenti ze čtyř: v různé míře užívají návykové látky. Autor proto zdůrazňuje význam následné péče.

3.2. ČESKÉ ZÁTĚŽOVÉ PROGRAMY JAKO FORMA TERAPIE DOBRODRUŽSTVÍM V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

Zátěžové aktivity v rámci léčby závislých v TK jsme zmínili již v části 1.4.3. Program léčby. Nyní se na tento koncept detailněji zaměříme.

Sobotka (2010) popisuje, že obsahově bychom mohli přirovnat zátěžové programy k volnočasovým aktivitám. Jsou to totiž několikadenní pobyty v přírodě založené na turistice, cyklistice, sjíždění řeky či jiném sportu. Oproti prostému trávení volného času by ale měly obsahovat terapeutický potenciál pro novou sebezkušenost. Programy bývají zpravidla relativně náročné a každý si nese s sebou vše potřebné k přežití; klienti mohou zažívat pozitivní pocity spojené s vědomím, že se o sebe dokázali postarat a program zvládli. Navíc pobyt zvyšuje skupinovou kohezi, poznání členů komunity navzájem v novém prostředí a u výkonnějších členů podporuje schopnost přizpůsobení se těm fyzicky slabším.

Program vede zpravidla dvojice terapeutů. Stejně jako v komunitě se ale na vedení mohou podílet i klienti v jednotlivých funkcích – díky tomu se mohou klienti s programem více identifikovat. Základní pravidla komunity platí i v programu, některá dílčí ale mohou být upravená a zpravidla zde platí i nové rituály – jedním z nich může být večerní čtení deníku z programu (Nevšimal, Ed., 2007).

„Optimální zátěžový program“ Rataj (Nevšimal, Ed., 2007, 169-170) popisuje jako *„přiměřeně sportovně exponovaný, nejde v něm o lámání sportovních rekordů, ale o rekondiční a zdravý sportovní výkon korunovaný spokojeností, společný sportovní zážitek spojený s přemožením sebe sama. /.../ obsahuje pot, slzy, smích, rozedřenou kůži,*

pohodu, zimu, déšť, vedro, žízeň, bloudění, bláznivý nápad, krásnou krajinu, nečekané setkání a milé překvapení.“

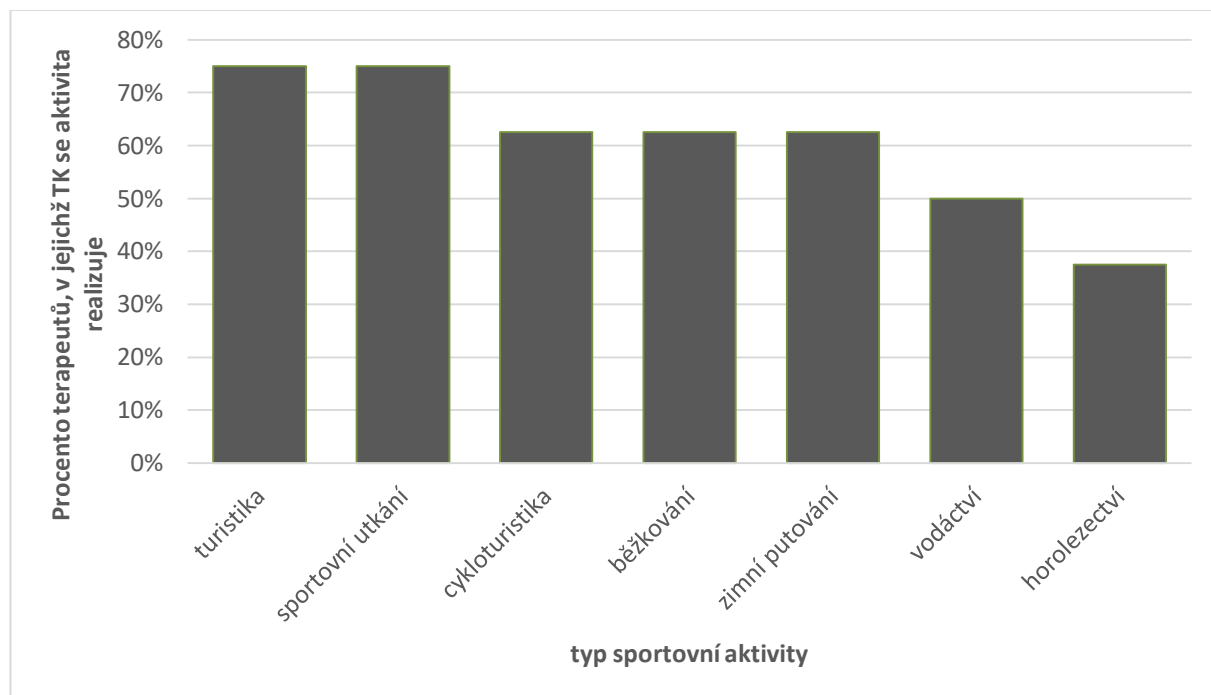
V zátěžových programech můžeme tedy vidět stejné prvky jako při popisu terapie dobrodružstvím. V následujícím textu se budeme držet popisu programů jako české formy AT, jak je uvedeno i ve dvou dostupných tuzemských zdrojích (Romaněnková, 2012; Richterová et al., 2015).

V dalším textu se zaměříme na konkrétní podobu zátěžových programů, roli terapeutů v programech, terapeutické a rizikové faktory a postoj klientů k programům. Strukturou tak budeme kopírovat i výsledkovou část našeho výzkumu, uvedeného v empirické části práce.

3.2.1. Konkrétní podoba zátěžových programů

Konkrétní podobu zátěžových programů dále popíšeme na základě výzkumu Romaněnkové (2012), která provedla polostrukturované rozhovory s osmi terapeuty různých českých TK, kteří se podíleli na organizaci zátěžových programů.

Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším typem sportovní aktivity jsou turistika a sportovní utkání, následované cykloturistikou, běhkováním a zimním putováním (Romaněnková, 2012). Výše uvedené znázorňujeme v grafu č. 2.



Graf č. 2 – Zátěžové aktivity realizované v terapeutických komunitách dle výzkumu Romaněnkové (2012)

Zátěžové akce uváděné terapeuty jsou buď vícedenní (např. týdenní nebo více než třídní, výjimečně např. i desetidenní), nebo i pravidelné jednodenní výlety do okolí komunity. V průměru uváděli terapeuti asi osm větších akcí během roku (Romaněnková, 2012).

Z výzkumu dále vyplývá, že problematickým je nedostatečné financování, které buď brání novým typům sportu, protože chybí vybavení (např. kola, běžky), nebo do určité míry limituje kvalitu či četnost současných zátěžových programů (Romaněnková, 2012).

To odpovídá i obecnému popisu nedostatku financí v komunitách, jak jsme uvedli v závěru kapitoly 1. Na druhé straně má dle Rataje (Nevšimal, Ed., 2007) finanční nenáročnost programů pro klienty výchovný efekt, který může být v budoucnu významným dosažitelným a motivujícím prvkem.

3.2.2. Role terapeutů v zátěžových programech

Základními úkoly terapeutů v rámci zátěžového programu bývá naplánovat trasu a místa k táboření; spravovat finance; být v roli zdravotníka; být klientům v samosprávě poradcem pro výživu (Nevšimal, Ed., 2007).

Jak se potvrzuje i z výzkumu Romaněnkové (2012), na program jezdí dva terapeuti, kteří mají nejen psychoterapeutické vzdělání, ale i zkušenost s pobytem v přírodě a konkrétní sportovní aktivitou.

Nejtěžším úkolem, popisuje Rataj (Nevšimal, Ed., 2007, 169), zůstává udržovat *„křehkou rovnováhu mezi pohodou, spokojeností, rekreací, zábavou, bezpečím na straně jedné, a zátěží, dobrodružstvím, diskomfortem, dynamikou a zdravým rizikem na straně druhé.“*

3.2.3. Terapeutické a rizikové faktory z hlediska terapeutů

V následujícím textu se zaměříme na popis terapeutických faktorů programů, jež jsme na základě popisu Rataje (Nevšimal, Ed., 2007) a výzkumu Romaněnkové (2012) rozdělili a zkompletovali do čtyř kategorií: fyzická a psychická zátěž; zážitek a motivace; dynamika ve skupině a interakce; výchova. V posledním oddíle se budeme věnovat rizikovým faktorům, které plynou z provozování takových akcí.

Všechny dále uvedené informace vyjadřují pohled terapeutů, kteří mají vlastní zkušenosti s vedením zátěžových programů v TK.

Fyzická a psychická zátěž

Rataj (Nevšímal, Ed., 2007) popisuje fyzickou a psychickou zátěž danou konceptem programů požadujících určitý sportovní výkon. Ten není účelem sám o sobě, spíše je prostředkem, který vede k situacím nepohody, vyčerpání, různým nepříjemným klimatickým podmínkám i jiným. V takových situacích mají klienti možnost konfrontovat se sami se sebou a cítit se potom vnitřně pevnější. Z druhé strany sportovní výkon v přírodě může stimulovat i intenzivní prožitky při vnímání okolí.

Za přínosy vyplývající z fyzické a psychické zátěže, jak popisujeme výše dle Rataje (Nevšímal, Ed., 2007), můžeme považovat i tři kategorie popsané terapeutky na základě výzkumu Romaněnkové (2012):

1. schopnost zvládat náročné situace bez útěku k drogám;
2. poznání svých hranic a limitů;
3. fyzická síla.

„Podle mě to je hlavně o tom, že se tam učí překonat frustraci, to vůbec neumí v tom běžném životě,“ popisuje jeden z respondentů-terapeutů (Romaněnková, 2012, 43). *„Ty situace, které pro ně jsou těžké, je většinou semelou. Takže to si tam můžou na vlastní kůži osahat, že v té frustrující situaci, když zmoknou nebo když už nemůžou, že dokážou překonat sami sebe, zažijí si tam ten pocit, že to jde překonat sám sebe...“*

Ratajův (Nevšímal, Ed., 2007) popis intenzivních prožitků ve výzkumu Romaněnkové (2012) podtrhuje dále i kategorie zdůrazňující vliv kontaktu s přírodou a vnějším prostředím.

Zážitek a motivace

Terapeutický faktor zážitek a motivace popisuje Rataj (Nevšímal, Ed., 2007) ve smyslu vlivu sebepřekonání, zvýšení pocitů samostatnosti a nezávislosti, sebedůvěry a sebeúcty. Při překonávání se je důležité rozvíjení pevné vůle a rozvrhování svých sil rovnoměrně. Navíc se programem vybočí z běžného stereotypu života v TK. Klientům nabízí dobrodružství a inspiraci k trávení volného času.

Výzkum Romaněnkové (2012) předchozí popis doplňuje o tři kategorie uváděné terapeutů:

1. zvyšování sebedůvěry a sebevědomí;
2. překonání sebe sama;
3. trávení volného času a zážitky bez drog.

První dvě kategorie můžeme dokreslit výrokem jednoho respondenta-terapeuta, že významný je právě „zážitek, že vše, co potřebuji k životu, unesu na svých bedrech,“ (Romaněnková, 2012, 43). Význam nalezení koníčku popisuje další z respondentů-terapeutů, když komentuje: „Často se stává, že klienti si po léčbě můžou vylámat zuby na tom, že nevědí, co s volným časem. Takže i na té zátěžovce oni objevují, co je to za kouzlo jezdit na kole, chodit pěšky,“ (Romaněnková, 2012, 44).

Dynamika ve skupině a interakce

Rataj (Nevšímal, Ed., 2007) popisuje dvě kategorie: dynamika ve skupině; a interakce. Obě můžeme propojit vlivem skupiny a jejího fungování v kontextu odkázanosti na sebe navzájem, nepředvídatelnými situacemi a nedostatkem soukromí.

Ve vypjatých situacích se klienti učí vzájemné toleranci, podpoře a zodpovědnosti. Nové prostředí může usnadňovat zapojení nováčků do skupiny i neformálnější kontakt mezi terapeutů a klienty. Celkově tak program vede k utužení kolektivu a zdůraznění jednotlivých vlastností i specifických vztahů mezi členy komunity (Nevšímal, Ed., 2007).

Romaněnková (2012) uvádí tři kategorie, kterými můžeme dokreslit předešlé:

1. zážitek skupinové koheze;
2. odpovědnost;
3. lepší poznání sebe sama i druhých.

Skupinovou kohezi popisuje jeden respondent-terapeut, když popisuje: „*Tmelí se skupina – některé přímo zařazujeme z těchto důvodů, když skupina nefunguje. Navazují se dobře vztahy, včetně vztahů s týmem.*“ V následující výpovědi daný respondent zdůrazňuje i poznání sebe, nejen druhých: „*I na srazech absolventů je to i po letech po léčbě stěžejní téma. Dochází tam k osudovým rozhodnutím, která jsou čistě individuální*“ (Romaněnková, 2012, 42-43).

Výchova

Výchovou zdůrazňuje Rataj (Nevšímal, Ed., 2007) vliv omezených zdrojů, které vedou k šetrnosti a ekologickému způsobu uvažování. V širším kontextu nabízí alternativu ke konzumnímu nastavení a vztahem člověka a přírody obecně. Navíc při pobytu na nových místech dochází k rozšiřování obzorů v přírodním i kulturně-historickém kontextu.

Celkově ke shrnutí všech výše zmíněných terapeutických faktorů můžeme dodat, že všichni respondenti-terapeuti z výzkumu Romaněnkové (2012) jej považují za velmi důležitou součást terapie v TK. *„Zkušenosti nám ukazují,“* popisuje jeden z respondentů, *„že zátěžové akce fungují jako jakýsi katalyzátor procesu změny závislého chování, co se podaří v podmínkách zátěžové akce dosáhnout za několik dní, na tom v běžných podmínkách komunity a skupinové/individuální psychoterapie nezřídka pracujeme i několik měsíců“* (Romaněnková, 2012, 42).

Zátěžové programy mají samozřejmě i svá rizika, jak popíšeme v následujících odstavcích.

Rizikové faktory

Rizikovými faktory se z hlediska terapeutů zabývá výzkum Romaněnkové (2012). Z výzkumu vyplývá primární zdůraznění rizik zdravotních a riziko relapsu. Zdravotními riziky jsou zejména úrazy, přehřátí nebo špatné odhadnutí vlastních sil. Relaps a jeho zvýšené riziko může být vázané nejen na konkrétní navštívená místa nebo provozovaný sport, ale i na vypětí sil samo o sobě. Dalšími zmiňovanými riziky jsou pokuty za stanování, vztahové krize, nezáměr o aktivitu a demotivace na základě nižší fyzické kondice.

Přítom důležitá je práce s rizikovými faktory. Nejen ve smyslu prevence, ale i případné řešení krizových situací. Jak popisuje jeden respondent-terapeut, *„Rizikům se přece není potřeba vyhýbat, ale umět je zvládat. Tady je přímá souvislost s abstinenčním životním stylem“* (Romaněnková, 2012, 46).

3.2.4. Postoj klientů TK k zátěžovým programům

Na základě výzkumu Romaněnkové (2012) terapeuti konstatují, že postoj klientů se zpravidla vyvíjí od negativního prožívání průběhu akce k pozitivním vzpomínkám, které si potom rádi připomínají. Jeden z respondentů-terapeutů tento vývoj popsal: „*Myslím, že celý proces je zajímavý. Někam se chystat a vztekat se, že nikam nejedu. Nadávat, být v opozici, popř. chtít ukončit léčbu. Nakonec to s podporou skupiny zkusit a vyjet či vyjít, nezvládnout to, plakat, házet kolo do škarpy a chtít stopnout kamion do Prahy, překonat to, umět si říct o pomoc, dojet do cíle s pocitem překonání sebe sama, zpětně se pak k tomu vrátit na skupině a mluvit o tom. /.../ Hodně klientů, kteří se s turistikou či kolem seznámí v komunitě, si tento koníček přináší do svého dalšího života jako vhodnou náplň volného času a opravdu se mu věnují, aby nezahléleli na gauči“ (Romaněnková, 2012, 44).*

Stejně tak popisuje ve své práci Sedláková (2011) posun vnímání programu klienty od negativního k pozitivnímu, a uvádí, že pozitivní hodnocení přitom ve výsledku převažuje. „*V průběhu ohniskové skupiny /s klienty v TK/ na toto téma byla doslova „cítit“ energie a interakce mezi respondenty, jejich sdílení a vyprávění zážitků doplněných o smích a vzájemné naladění se,*“ líčí Sedláková (2011, 95) průběh kvalitativního výzkumu.

Konkrétní příklad posunu k pozitivnímu vnímání zátěžového programu uvádí jeden z respondentů-terapeutů Romaněnkové (2012, 47-48), když cituje svou klientku, která popisovala: „*Byli jsme taky 5 dní pod stanem a lezli na skály. Super zážitek. Nikdy jsem nelezla. První den jsem nevylezla vůbec nic. A tak moje očekávání na další dny bylo nulový. Ale nakonec jsem jednu skálu vylezla a druhou do ¾. Měla jsem fakt nádhernej pocit. Překonala jsem sama sebe. Adrenalin jako blázen. /.../ Prostě – dopujou nás zážitkama bez drog.*“

Tento model ale není samozřejmě univerzální. „*Jsou i vyjádření,*“ zmiňuje jiný respondent-terapeut ve stejném výzkumu výrok jedné klientky: „*už nikdy nebudu fetovat, protože bych musela s M. jezdit na kole. Což zní srandovně, ale zrovna tahle klientka to dodržela a na každém srazu to terapeutovi M. připomene,*“ (Romaněnková, 2012, 48).

Analýzou ohniskových skupin ve třech TK, dohromady s 31 klienty, uvádí Sedláková (2011), že klienti popisují zátěžové programy v následujících okruzích:

1. zdroj pozitivních zážitků a dobrodružství;
2. náročnost, která je k naštvání;

3. stmelení skupiny a poznání lidí v TK jinak;
4. sebe-poznání;
5. možnost využití venku;
6. zlepšení kondice;
7. za dobrým pocitem jinou cestou.

Porovnat výše uvedené kategorie můžeme i s výzkumem Blažkové (2013), ve kterém se autorka zaměřila na přínos z hlediska drogově závislé mládeže (od 15 do 26 let). Klienti ze dvou TK v tomto věkovém rozmezí popisovali na základě analýzy čtyři faktory:

1. překonání a poznání sebe sama;
2. prohloubení vzájemných vztahů;
3. nácvik zátěžových a stresových situací;
4. zábava, odreagování.

Zpětně je tedy významný i samotný zážitek. Rataj (Nevšímal, Ed., 2007, 169) popisuje, že: *„zátěžový program je i společným zážitkem celé komunity, do jisté míry doplňuje či motivuje prázdniny či dovolené. Pročítání starých deníků, listování fotoalby a prohlížení tabel s fotografiemi, která zhotovují klienti a zdobí jimi stěny komunity, bývá populární zábavou všech pamětníků.“*

3.2.5. Shrnutí

Zátěžové programy jsou akce standardně prováděné v TK v rámci léčby, jejichž základ je v provozování sportu v přírodě, nejčastěji v turistice, cykloturistice či sportovním utkání.

Jsou vedené terapeuty z TK, zpravidla dvojicí, kteří mají kromě terapeutických kompetencí i kompetence v oblasti realizování konkrétního sportu.

Terapeutickými faktory programů jsou: fyzická a psychická zátěž; zážitek a motivace; dynamika ve skupině a interakce; výchova. Postoj klientů k programu je zpravidla dynamický, proměňující se od negativního očekávání k převážně pozitivním zážitkům.

I přes nemálo uvedených informací vnímáme potřebu dalšího výzkumu v dané oblasti. Zdrojů není dle našeho mínění dostatečné množství, z hlediska designu převažují rozhovory s terapeuty organizujícími programy, popř. s klienty. Ve výše uvedených

zdrojích rovněž převažují studentské závěrečné práce. Věříme proto, že výzkum realizovaný námi alespoň částečně dokreslí povahu zátěžových programů.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI

Terapie dobrodružstvím je svébytnou formou propojení terapeutického působení a sportovní aktivity. Věříme, že má potenciál být důležitým prvkem v léčbě pro klienty závislé na návykových látkách. Její česká forma realizovaná v terapeutických komunitách, zátěžové programy, fungují v léčbě v TK s dlouholetou tradicí.

Na základě naší teoretické části a současných výzkumů a textů v tomto poli si čtenář může sice vytvořit představu o průběhu těchto programů, má to ale svá omezení. Výzkumů je dle našeho názoru nedostačující množství, navíc se často opírají pouze o výpovědi s angažovanými terapeuty (např. Romaněnková, 2012) nebo s klienty (např. Sedláková, 2011; Blažková, 2013). Odborné texty popisující průběh a faktory působící v programech jsou často tvořeny terapeuty, kteří se na realizaci zátěžových programů v TK buď podílejí, nebo podíleli v minulosti (např. Sobotka, 2010; Nevšímal, Ed., 2007).

Ačkoliv považujeme úhel pohledu účastníků programů za základní východisko pro popis programů, chybí zde dle našeho názoru další způsoby prozkoumání této oblasti. Chtěli bychom proto, aby náš výzkum doplnil úhel pohledu pozorováním vnějším a aby přispěl k holistickému sjednocení tří dílčích aspektů programů, které jsme popsali v poslední části teoretické části (role terapeutů, terapeutické a rizikové faktory, postoj klientů).

5. CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE

Základní cíl diplomové práce je vědecká deskripce; bližší a komplexní popis zátěžových programů v terapeutických komunitách. Pro snazší uchopitelnost jsme toto téma zúžili na TK léčící osoby s drogovou závislostí na území České republiky. Zátěžové programy jsou pro první tři výzkumné otázky specifikované jako turistické 3 až 7 denní akce mimo komunitu. Čtvrtá výzkumná otázka se vztahuje ke všem zátěžovým programům v těchto TK.

Pro výzkum jsme zvolili **kvalitativní přístup**, právě pro možnost komplexního zachycení a obecného popisu programů. Vzhledem k nedostatečně rozpracované tuzemské literatuře může tento výzkum rovněž sloužit jako orientační výzkum k potencionálně dalším výzkumům v této oblasti.

Na tomto základě byly stanovené **4 výzkumné otázky:**

VO-1.: Jaký je postoj klientů TK k zátěžovým turistickým programům?

VO-2: Jaká je role terapeutů TK v zátěžových turistických programech?

VO-3: Jaké jsou situace mající terapeutický potenciál v zátěžových turistických programech?

VO-4: Jak klienti TK obecně hodnotí zátěžové programy (nejen turistické)?

Výše popsané výzkumné otázky byly námětem k debatám autorky s vedoucím práce i dalšími kolegy a v průběhu výzkumu jsme o jejich definici dále přemýšleli v kontextu tvorby dat. Otázky jsou nakonec ponechány v původním znění. Jejich výhodou je možnost holistického pojetí, nevýhodou naopak relativní neuchopitelnost a přílišná obecnost.

Z výzkumných otázek byla vyřazena otázka: „Jaká je dynamika skupiny v průběhu zátěžových programů a jak se proměňuje?“ Ačkoli je dynamika skupiny, zejména v komunitním přístupu k léčbě, velmi podstatná, téma bylo příliš široké. V kontextu sběru dat – pozorování s dalšími výzkumnými otázkami by bylo zahlcující.

6. METODOLOGIE VÝZKUMU

V rámci metodologie výzkumu se nyní postupně zaměříme na soubor participantů ve výzkumu a celkový základní soubor; způsob tvorby a analýzy dat a etiku ve výzkumu.

6.1. ZÁKLADNÍ A VÝBĚROVÝ SOUBOR

Základní soubor výzkumu tvoří všichni dospělí lidé, léčící se v době výzkumu v České republice v některé z TK zaměřených na závislost na návykových látkách, sdružených pod sekci terapeutických komunit A.N.O. k datu 10. 3.2016, a terapeuti pracující v těchto TK a podílející se na realizaci zátěžových programů. Výjimku tvoří klienti a terapeuti TK Karlov, které jsme z výzkumu vyloučili z důvodu specifické klientely (mladiství a matky s dětmi), a samozřejmě TK Kaleidoskop, specializující se na léčbu poruch osobnosti.

Výběrový soubor, neboli vzorek, pro pozorování byl vybrán metodou příležitostného výběru. Tvoří jej dohromady 7 terapeutů, z toho 4 muži a 3 ženy, a 33 klientů TK, z toho 24 mužů a 9 žen.

Výběrový soubor pro rozhovory vznikl z výzkumného vzorku klientů TK z pozorování, a to rovněž metodou příležitostného výběru, navíc však s prvky kvótového výběru. V praxi to znamenalo, že jsme požádali o dobrovolníky z komunity, kvótními prvky zde byla prosba o 4 klienty z každé TK a z toho vždy alespoň 1 ženu, bude-li některá z žen k rozhovoru ochotná. Tvoří jej dohromady 12 klientů, z toho 9 mužů a 3 ženy.

6.2. TVORBA DAT

Jak jsme popsali v předchozí kapitole, zvolili jsme kvalitativní přístup, typem konkrétně terénní výzkum. Ten je založen na zkoumání lidí v přirozeném prostředí i s jejich vztahy a vazbami, v každodenních maličkostech i v krizích. Umožňuje hlubší poznání, získání přirozených vhledů a kontextů situací, což by nebylo jinými metodami tak snadno dosažitelné. Aby výzkum nenarušil přirozený tok událostí a zastíhl komplexnost, je zpravidla málo strukturovaný a výzkumné otázky jsou relativně obecné (Miovský, 2006).

Tvorba dat vychází ze zvoleného terénního výzkumu: primární metodou je přímé, zúčastněné, pozorování (Mioviský, 2006), které bylo také otevřené a nestandardizované, soustředící se na okruhy prvních třech výzkumných otázek. Pro lepší pochopení a vhled do zátěžových programů z hlediska klientů TK byly jako sekundární metoda zvoleny polostrukturované rozhovory s klienty.

Určitou výjimku tvoří čtvrtá výzkumná otázka, která byla zpracovávána pouze na základě rozhovorů s klienty TK. Oproti třem předchozím tvoří samostatnou výzkumnou oblast, protože se nesoustředí na absolvovaný program, ale programy obecně. Vyžaduje od klientů určité odhlédnutí od sebe a soustředí se na jejich kognitivní porozumění a evaluaci významu zátěžových programů.

Nyní v krátkosti popíšeme pozorování a rozhovor jako výzkumnou metodu; v závěru popisu se zaměříme na vysvětlení, jakým způsobem jsme metody využívali.

6.2.1. Pozorování

Jak popisuje Hendl (2016), výzkumným záměrem zúčastněného pozorování je aktivně se zapojovat do dění. Kritickým bodem tohoto způsobu je proto jak se stát členem skupiny a získat důvěru účastníků, zároveň ale výzkumné prostředí příliš neovlivňovat. Výzkumník proto musí mít na paměti pět následujících bodů:

1. dvojí účel, kdy současně sleduje a účastní se dění;
2. jasné uvědomění vlastního zapojení se, kdy se nenechává strhnout vlastní aktivitou, na druhou stranu ale vlastní iniciativu příliš netlumí;
3. širokoúhlá optika pozorování, tzn. snaha vnímat více aspektů najednou;
4. vnitřní a vnější zkušenost, kdy se výzkumník snaží reflektovat prožitky jak zkoumaných respondentů, tak svoje vlastní;
5. využití introspekce – jako předpoklad pro všechny výše uvedené aspekty.

Celková kvalita pozorování se následně odráží v kvalitě záznamů – většinou se používají terénní poznámky, které je dobré pořizovat tak čerstvě, jak je to možné. Poznámky se dělí na popisné, tzn. zaznamenávání toho, co a jak se děje, a reflektující, tzn. to, co k dění výzkumníka napadá a jak si jednotlivé situace spojuje a vysvětluje (Hendl, 2016).

Výhodou tohoto přístupu je možnost hlouběji proniknout do zkoumaného tématu a zachytit tak perspektivu účastníků přímo v okamžicích prožívaných situací, která by byla jinou metodou těžko dostupná. K tomu je možné sbírat data různými způsoby –

např. různými typy rozhovorů, sledováním chování, zaznamenáváním deníků a jiných záznamů (Hendl, 2016).

Hlavní nevýhoda spočívá v možnosti ovlivnění tvořených dat vlastní osobou a způsobem fungování a vztahování se. V jednom okamžiku může probíhat více zajímavých procesů najednou a výzkumník je nemusí všechny zachytit. Problematickým proto může být i výběr situací, na které se pozorovatel soustředí a zaznamenává je (Hendl, 2016).

Prakticky byla tedy data v průběhu programů zaznamenávána písemně do výzkumného deníku, kde byla snaha autorky práce vyvážit potřebu zaznamenávat data co nejdříve s potřebou nenarušovat záznamy přirozený průběh a vlastní účast v programu. Způsob terénních poznámek v průběhu tří výzkumných programů se dynamicky vyvíjel. V prvním programu šlo zejména o co nejvíce holistický pohled a ověřování adekvátnosti prvních tří výzkumných otázek, které jsme po prvním programu ponechali v původním znění. Postupně jsme v dalších programech zpřesňovali výzkumné zaměření poznámek.

Prakticky se tak autorka práce v průběhu programů řídila těmito principy:

- obecně zaměřit pozorování na chování a reagování klientů i terapeutů ve vztahu k okolnímu prostředí, k náplni programů a aktivit, k interakcím mezi členy TK navzájem. Z hlediska interakcí byly podstatné skupinové nebo párové diskuze, u nichž byla výzkumnice přítomná, nebo se do nich přímo zapojovala.
- sledovat průběh programu přibližně rovnoměrně z hlediska tří výzkumných otázek (VO-1 až VO-3). Otázka VO-1 – postoj klientů, byla přitom zaznamenávána více na základě spontánních rozhovorů mezi výzkumníci a klienty; otázka VO-2 – role terapeutů, více na základě pozorování interakcí mezi terapeuty a klienty. (Ve výsledné analýze jsme ale zaznamenávali stejné situace z hlediska různých úhlů pohledu, tzn. i více výzkumných otázek zároveň).
- zapisovat sebereflexi, pokud má vliv na pozorování. Např. pokud si autorka nebyla jistá, či porozuměla situaci, měla ale o tom vlastní fantazii, kterou si případně později ověřila (bylo-li to vhodné). Nebo pokud autorka z určitých osobních důvodů (únava, zima, nedostatek času) nezaznamenala včasné a tudíž detailně situace, které by mohly být potenciálně důležité.

- v rámci prolínání sběru a analýzy dat, ke kterému dochází u kvalitativního výzkumu, se autorka zaměřovala na:
 - ⇒ záznam předběžných konceptů poznamenaných jako reflektující poznámky, v momentech, které autorka práce vnímala jako opakující se. Zároveň snaha zachytit i situace, které předběžné koncepty nepodporují, tzn. rozšiřují tak možné výkladové dimenze. A ve výsledku i snaha předběžné koncepty autorkou práce fenomenologicky „uzávorkovat;“ tzn. nevěnovat jim příliš velkou pozornost pro možnost zachycování dalšího, i zcela odlišného, potenciálu.
 - ⇒ kritické vychytávání dosud nezaznamenaných momentů, např. z důvodu, že v předchozím programu byly jako „samozřejmé“ nerozpracované dostatečně.
 - ⇒ pozornost k aspektům jak společným pro všechny programy, tak k těm, kterými se programy odlišovaly. Rozdíly byly potom možností pokusit se zachytit dynamiku a souvislosti a rozšířit tak možné dimenze uchopovaných aspektů.

6.2.2. Rozhovory

Prvotním kritickým bodem při zamýšlení realizace rozhovorů je jejich design – je důležité vytvořit otázky, které jsou srozumitelné, a vždy pokládat jen jednu. Řazení otázek by mělo být promyšlené ve své posloupnosti, kdy se která otázka hodí jako iniciační, prostřední či v závěru rozhovoru. K prohloubení odpovědi v určitém aspektu výpovědi potom slouží sondážní otázky, kdy se výzkumník doptává na detaily (Hendl, 2016).

V průběhu hovoru je potom podstatné snažit se o vytvoření bezpečného rámce tak, aby se respondent cítil svobodně ve způsobu svého vyjadřování a cítil ve výzkumníkovi důvěru a zájem. Výzkumník by měl v co nejvyšší míře zachovávat neutrální postoj k výpovědím respondenta, aby jeho vliv na výpověď byl co nejmenší (Hendl, 2016).

Výhodou rozhovorů je možnost získat náhled do způsobu, jak respondent vnitřně zpracovává a rozumí daným situacím, jaké jsou jeho názory, postoje, přání či záměry (Ferjenčík, 2000).

Nevýhody můžeme spatřovat v nevyhnutelné interaktivnosti rozhovoru: výzkumník do něj musí aktivně vstupovat, a tím ovlivňuje obsah i formu sděleného. Dále je to

zprostředkovanost zkušenosti, kdy respondent vědomým nebo nevědomým záměrem zkresluje způsob svojí výpovědi nebo vliv komunikačního šumu, tzn. možné neúplné porozumění sdělení výzkumníkem (Ferjenčík, 2000).

Základní osnova námi uvedených rozhovorů je v příloze č. 2. Významná pro rozhovory byla účast autorky práce na události, které se rozhovor týkal; můžeme proto uvažovat o možné vyšší důvěře v autorku jako výzkumnici, navíc tato možnost umožňovala doptat se na vnímání v průběhu rozhovoru na konkrétní situace, které autorka v průběhu programu zaznamenávala. Jako nevýhodu z druhé strany ale můžeme poukázat na možnou nižší míru vnímání výzkumnice jako neutrální, právě vzhledem k tomu, že se daných situací účastnila.

V rozhovorech byly po první TK provedeny dvě změny. Otázka „*Vnímál/a jsi na puťáku v něčem terapie jinak, než běžně?*“ byla změněna na „*Vnímáš teď po puťáku terapie, kteří ho vedli, nějak jinak?*“ příčinou změny byla snaha postihnout spíše potencionální změnu ve vztahu k terapeutům, než rozdílné vnímání na programu a v běžném provozu TK. Druhou změnou bylo vypuštění otázky „*Jestli jsi už byl/a na jiné zátěžovce než na puťáku, v čem jsou jiné?*“ Klienti z TK-I ji vnímali jako příliš obecnou a tudíž nezodpověditelnou.

Rozhovory byly realizované s časovým odstupem průměrně 3 týdny (v rozmezí od 16 dní do 23 dní od ukončení programu). Časový odstup měl ve výzkumu dát klientům prostor pro usazení a zpracování prožitého programu; pro vykrystalizování důležitých zkušeností od těch, které měly efekt pouze krátkodobý. Pro jejich zaznamenání bylo použité nahrávání na diktafon.

6.3. ANALÝZA DAT

Výzkumná data tedy v základní podobě sestávají z výzkumného deníku psaného během a těsně po ukončení absolvovaných zátěžových programů, a diktafonových nahrávek rozhovorů s klienty TK. Následně byla vytvořená doslovná transkripce deníků i rozhovorů do elektronické formy a redukce transkripce prvního řádu – byly zvýrazněné pouze relevantní informace k výzkumu a místa odklonění od tématu či výplňová slova byla vynechána. V této formě jsou uvedené i přímé citace.

Data byla analyzována metodou tužka-papír s pomocí grafického barevného značení. Data z rozhovorů a deníků byla pro první tři výzkumné otázky zpracovávána souběžně, využívali jsme možnosti propojovat úhel pohledu výzkumnice s úhlem pohledu

jednotlivých účastníků, kteří s výzkumníci absolvovali rozhovor. Čtvrtá výzkumná otázka byla specifická svým odklonem od konkrétních programů; z hlediska analýzy dat se proto nyní zaměříme na první tři VO, následně popíšeme způsob zpracování poslední VO.

6.3.1. První tři výzkumné otázky – dílčí část metody zakotvené teorie

Způsobem zpracování prvních třech výzkumných otázek byla dílčí část metody zakotvené teorie. V následujícím textu napřed popíšeme tuto metodu a potom se vrátíme k našemu zpracování dat a jeho popisu.

Metoda zakotvené teorie, angl. *grounded theory method* (GTM), je metodou, jejímž cílem je vytvořit teorii dané oblasti výzkumného zájmu. Jejím cílem tedy není vytvoření pouhých kategorií, ale zachycení celého procesu či jevu. Výsledná teorie je potom obvykle organizovaná kolem ústředního konceptu (Řiháček, Čermák & Hytych et al., 2013).

Na rozdíl od jiných metod vyvážení teorií by mělo být použití GTM, jak vychází z názvu, pevně zakotvené v datech. Do terénu proto vstupujeme pouze s předběžnými koncepty, širokými výzkumnými otázkami a v průběhu výzkumu postupně směřujeme a konkretizujeme podle získávaných dat. Výzkumník se tak neřídí předem daným výzkumným rámcem a výzkum končí až v momentě, kdy je oblast z hlediska dat plně saturovaná (Řiháček et al., 2013).

Ačkoli prakticky se kroky ve výzkumu vzájemně prolínají, pro lepší uchopení je možné zpracování dat rozdělit do tří fází:

1. Tvorba konceptů neboli otevřené kódování. V této fázi výzkumník člení text do úseků a stručně je nazývá dle jejich základního významu – tvoří tak koncepty. Tyto koncepty by měly být uchopitelné z hlediska jeho vlastností a dimenzí.
2. Hledání teoretických vztahů mezi koncepty. Základem druhé fáze je hledání asociací a vztahů mezi jednotlivými koncepty.
3. Volba ústředního konceptu a formulace teorie. Výzkumník zde přenáší pozornost od dílčích aspektů k celku a propojuje data do koherentní teorie. Důležité je nalezení ústředního konceptu, tzn. hlavního tématu analýzy, kolem kterého se soustředí další dílčí poznatky a vysvětlení (Řiháček, Čermák & Hytych et al., 2013).

Výhodou metody zakotvené teorie je přesné vymezení jednotlivých kroků, které v rámci kvalitativní metody poskytuje jasnou strukturu. Její užitečnost je proto v aplikovaných oblastech a zejména tam, kde je teoretická propracovanost malá (Hendl, 2016).

Nevýhodu této metody spatřují Řiháček a kol. (2013) ve vysoké energetické a časové náročnosti na zpracování. To dle nich v průběhu výzkumu nevyhnutelně vede v momenty, kdy se výzkumníci cítí bezradní a vyčerpaní.

My jsme se pro naši práci rozhodli aplikovat části metody zakotvené teorie proto, že může zachycovat procesní aspekty jevu, nejen jeho kategorie, a pro její vhodnost právě v oblasti málo prozkoumaných aplikovaných disciplín. Zároveň jsme ale měli dopředu daný výzkumný rámec, jenž nemusel dojít až k plné saturaci dat, a neaspirovali jsme tak k vytvoření plné teorie s jedním ústředním konceptem.

V průběhu výzkumu jsme tedy zapisovali data z pozorování a další data tvořily rozhovory s klienty. Bližší popis postupů uvádíme v části Tvorba dat (vzhledem k povaze výzkumu jako kvalitativního zdůrazňujeme, že již v této části se tvorba dat a jejich analýza vzájemně prolínala). Zpočátku zátěžových programů ve výzkumu jsme navrhovali předběžné kategorie. Následně jsme k nim připojovali všechny relevantní informace a kriticky jsme zkoumali důkazy pro a proti vytvoření kategorií. Na tomto základě jsme je dále doplňovali a zpřesňovali či naopak zpochybňovali a navrhovali nové kategorie. Po zakotvení kategorií jsme se zaměřovali na hledání souvislostí a principů jejich vzájemné dynamiky.

V rámci tří kroků metody zakotvené teorie jsme se flexibilně pohybovali mezi hledáním kategorií, jejich vzájemnými vztahy a hledáním významnějších témat, která zpětně ovlivňovala i ta ostatní. Analýzu dat jsme nicméně nakonec uzavřeli mezi druhým a třetím krokem této metody, abychom současně zachytili dynamiku a vztahy probíhající v námi zkoumaných programech, a zároveň nepřecenili limity výzkumu dané jeho rámcem a kompetencemi autorky.

Pro bližší představu v příloze č. 3 uvádíme krátkou ukázkou výzkumného deníku a další práci s ní z hlediska sběru dat (přepis a organizace do pc verze) a následně její analýzu (shrnující poznámky, vytváření a ověřování konceptů a vzájemných vztahů – odpovídající první a druhé fázi metody zakotvené teorie, jak jsme ji popsali výše). Zdůrazňujeme pouze, že ukáзка je analogická našemu postupu, prakticky jsme pracovali s počítačově přepsanými daty metodou tužka-papír (viz úvod této kapitoly: 6.3. Analýza dat).

6.3.2. Čtvrtá výzkumná otázka – tematická analýza

Čtvrtou výzkumnou otázku jsme zpracovávali metodou tematické analýzy. Tematická analýza je metoda, která se snaží identifikovat datové vzorce – témata – v kvalitativních datech, která se výzkumníci snaží organizovat a v rámci těchto celků konkrétně popsat. Jednou z jejích možností je způsob induktivní, který spočívá v kódování dat na základě jejich obsahu (Hendl, 2016).

Metoda tematické analýzy je široce využívaná a výhodou je její pružné využití pro různé typy dat a výzkumů. Naopak nevýhodu můžeme spatřovat v nejasně specifikovaném postupu analýzy dat.

Na základě částí rozhovorů, které se vztahovaly k čtvrté výzkumné otázce, jsme tedy data analyzovali touto metodou, konkrétně induktivním způsobem. Kategorizovali a propojovali jsme jednotlivá témata, o kterých klienti TK hovořili.

6.4. ETIKA VÝZKUMU

V rámci výzkumu jsme kladli důraz na jeho etiku a tím pádem na ochranu jak klientů, tak terapeutů TK. Bylo dbáno na dodržování všech principů etického kodexu EFPA: respektu k právům člověka a jeho důstojnosti, kompetenci, zodpovědnosti a integrity (Lindsay et al., 2010).

Všem účastníkům programu byl v předvečer zahájení programu na mimořádné komunitě představen výzkumný záměr a měli možnost se výzkumnice na cokoli doptat. V souladu se zákonem č.101/2000 Sb. jim bylo zdůrazněno, že výzkum je anonymní, v práci nebudou použity žádné osobní údaje. Následně byli požádáni o souhlas s výzkumem, stvrzený písemně; se zdůrazněným principem dobrovolnosti a možnosti od svého souhlasu kdykoliv odstoupit. O další písemný souhlas byli požádáni respondenti výzkumných rozhovorů. Formální podoba souhlasu se nachází v příloze č. 1.

Anonymita a ochrana dat participantů je v práci zajištěna změnou jmen a nepoužíváním žádných osobních informací, která nemají přímý vztah k výzkumnému tématu. Ze stejného důvodu neuvádíme ani názvy terapeutických komunit, ve kterých výzkum probíhal.

Účast výzkumnice v programech byla tedy explicitní. Výzkumnice se snažila o zapojení do programu a neformální chování k účastníkům programu tak, aby měla možnost přiblížit se jejich přirozenému nahlížení programu a jeho průběhu a vývoji. Výzkumnice současně dbala na zachování postoje empatické neutrality a své

důvěryhodnosti; na vyvažování míry zapojení se tak, aby nebyla v programu příliš intruzivní. Formálně byla výzkumnice v jedné TK na sebezkušnostní stáži, tzn. platila pro ni stejná pravidla jako pro klienty druhé fáze, ve zbylých dvou TK byla v roli výzkumníka.

7. PRŮBĚH VÝZKUMU

V této kapitole se zaměříme na průběh přímého výzkumu, tzn. jakým způsobem probíhal sběr dat. Nejprve popíšeme obecný postup, obdobný ve všech třech komunitách; v další části se potom zaměříme na průběh konkrétních zátěžových programů ve výzkumu.

Nejprve jsme tedy zaslali vedoucím pracovníkům TK email s prosbou o spolupráci na výzkumu. Takto byly osloveny všechny komunity v ČR sdružené pod sekci TK A.N.O. splňující definované podmínky (viz předchozí podkapitola 6.1. – Základní a výběrový soubor). Výběr konkrétních TK poté proběhl na základě jejich ochoty ke spolupráci, realizovaných zátěžových programech (splňují-li definovaná výzkumná kritéria) a časových možností autorky práce.

Do TK přijela autorka práce vždy odpoledne před zátěžovými programy. Na mimořádné skupině celé komunitě představila sebe a výzkumný projekt, v zátěžových programech se následně snažila být v roli „účastníka zájezdu“

Na poslední skupině na zátěžovém programu, zaměřené na sdílení prožitků z programu, se výzkumnice s komunitou formálně rozloučila a po dohodě s terapeutky předeslala, že se ještě v TK staví a ráda by udělala individuální rozhovory se čtyřmi klienty, z nich ideálně aspoň jednou ženou, budou-li k tomuto dobrovolníci. Návštěva komunity spojená s rozhovory byla potom i příležitostí k definitivnímu rozloučení se klientů a výzkumnice navzájem a popřípadě zodpovězením vyvstalých otázek atp.

7.1. POPIS KONKRÉTNÍCH PROGRAMŮ

V rámci výzkumu jsme spolupracovali s třemi terapeutickými komunitami. Jejich realizované zátěžové programy v této části popíšeme, aby měl čtenář praktickou představu o jejich průběhu. Komunity anonymizujeme a označujeme je římskými číslicemi v pořadí, v jakém jsme s nimi spolupracovali.

TK-I

Zátěžový program TK-I probíhal od 21. do 24. května 2016. Program vedli dva terapeuti; ti také určovali trasu. První den, v sobotu, jsme vyráželi z Nového Boru do Lužických hor. Zdolali Luž, Klíč i Jedlovou, tři dny jsme ušli vždy kolem 15ti až 18ti

km, poslední návratový den byla trasa osmikilometrová. Terapeuti měli trasu dobře prochozenou z minulých let. Dopředu říkali, jaký úsek nás čeká, kde na sebe zase počkáme a kde budeme brát vodu.

Klienti měli během programu rozdělené funkce tak, jako běžně během komunity. Z těch nejvýznamnějších můžeme jmenovat kuchaře, pána domu, který měl zároveň fotoaparát, a vajglmena. Spali jsme ve stanech. První a poslední noc v přírodě u potoka, prostřední noc v jedné obci na pozemku místní školy; měli jsme přístup i ke sprše a toaletě. Večer jsme rozdělávali oheň, na kterém se vařily společné večeře a snídaně. Při něm jsme se společně scházeli, autoři příspěvků v komunitním deníku je četli (příspěv do deníku bylo dobrovolné) a probíhal zde večerní rituál komunity: děkování za prožitý den. K obědům a svačinám měl každý svůj balíček, který klienti pod vedením klienta v roli kuchaře zkompletovali před odjezdem. Poslední den jsme obědvali v restauraci smažený sýr s bramborami.

Klienti měli možnost vzít si s sebou své finance a po cestě si něco koupit v obchodech v obcích, kterými jsme procházeli. Program absolvovalo 13 klientů, 9 mužů a 4 ženy. Jeden z mužů program nedokončil, protože druhý den si pravděpodobně podvrtnul kotník. Třetí den ráno pro něj autem přijel další z terapeutů.

Díky protínání se s civilizací, stejně jako v TK-III, zde docházelo k situacím, kdy byli klienti blízko lidí pod vlivem drog či alkoholu, nebo vnímali jiné spouštěče návykového chování. Stejně tak měli možnost nakládat se svými financemi a živě tak vnímat svůj přístup k financím a jeho důsledky.

TK-II

Zátěžový program TK-II probíhal od 26. do 31. července 2016. Program vedli dva terapeuti a jedna terapeutka, klientů šlo 8, z toho 3 ženy a 5 mužů.

Terapeuti po domluvě s klienty vybrali oblast Velké Fatry na Slovensku, kde ještě terapeuti nebyli. Chtěli tak předejít tendencím klientů nechávat všechnu zodpovědnost na terapeutech a být společně více „na jedné lodi.“ Každý den jsme průměrně ušli přibližně 10 km. Vycházeli jsme z Rožumberoku a směřovali přes hory Malá Smrekovica, Ploskou a Javorinou do vesnice Sklabinský Podzámok, kde program končil. Trasu plánovali průběžně terapeuti spolu s některými klienty. Tahle neplánovanost vyvolávala další zátěžové situace, jako: nenalezení vody v místě, kde jsme ji čekali, nebo nalezení pouze

nečistě vyhlížející vody; potíže s nalezením místa k utáboření a proto neplánované nastavování trasy, nebo stanování na hrbolaté louce mezi kravinci.

Rovněž počasí, díky vyšší nadmořské výšce, bylo proměnlivější, chladnější a deštivější oproti oběma zbylým programům. Na zbylých programech naopak bylo teplé počasí a ani jednou nepršelo.

Vyhnuhli jsme se tudíž veškeré civilizaci a další turisty jsme potkávali minimálně; finanční výdaje se proto řešit nemusely (klienti většinou ani neměli eura) a zároveň se muselo hospodařit pouze s tím, co jsme nesli na zádech – nebylo možné něco dokoupit. Batohy, které jsme nesli, byly proto těžší. Stanovali jsme nadivoko, jednou jsme neplánovaně spali u místního pastevce ovcí. Stravu měl na starosti klient v roli kuchaře se svým pomocníkem. Terapeuti ale v průběhu rozhodli, že by bylo pro klienty přínosné se v roli vystřídat a do příprav večeří se pak zapojovali i další klienti a terapeuti. Hlavní jídla byla společná, večeře se vařily na plynových bombách a každý měl u sebe své svačinky.

Každý druhý večer probíhala skupina zaměřená na sdílení o prožívání cesty. Vzhledem k tomu, že v komunitě byla nadpoloviční většina klientů s prožitou psychotickou epizodou či psychotickým onemocněním, svolalo se po cestě pár krátkých setkání ohledně psychotických symptomů některých klientů a ze stejného důvodu se i terapeuti více zapojovali do organizace komunity.

TK-III

Zátěžový program TK-III probíhal 14. – 17. srpna 2016. Vyráželo se od Dačic a okruhem přes Český Rudolec, Landštejn a Slavonice jsme do ní opět došli. Každý den jsme tak ušli přibližně 16 km.

Program zaštiťovaly dvě terapeutky a šlo 12 klientů, z toho 10 mužů a 2 ženy. Kromě toho cestu s námi absolvoval i pes jedné terapeutky, kterého klienti dobře znali a někteří se i podíleli na péči o něj či jej po cestě vedli. Oproti předchozím komunitám organizaci nezajišťovaly terapeutky, ale měl ji na starost jeden klient v roli šéf akce, čímž si i plnil dílčí úkol pro druhou fázi léčby.

Každý den měli klienti dohromady psát deník. Stejně jako v předchozích komunitách zde probíhalo společné vaření na plynových bombách nebo při táboráku a spali jsme ve stanech v přírodě. Cestou jsme se místy stavovali v restauracích či

obchodech, měli jsme tak možnost dokoupit si potraviny a občerstvit se, ale množství financí měli klienti určené dle fáze léčby.

V předvečer programu a následně každý večer probíhalo v relaxaci putování imaginativní, provázené jednou z terapeutek, které vycházelo z jejího gestaltického zaměření. V imaginacích jsme se setkávali s tématy: reflexe životních oblastí (práce, rodina, láska, já); způsob zvládnání zátěžové situace (překonání divoké řeky); životní hodnoty a vnímání porušení zákazu. Na imaginace následně navazovala večerní skupina zaměřená na sdílení prožitků ze zátěžového programu.

Poslední večer jsme stanovali u poutního kostela Panny Marie Bolestné, nazývaného také Montserrat. Potkali jsme se zde s Terezou, mladou ženou, která vyrazila sama na pěší turistiku do přírody a rovněž se zde utábořila. Také vrcholila imaginace efektní noční hrou, kde Tereza bubnovala na buben, jedna z terapeutek v rytmu tančila jako čarodějnice a druhá ztvárňovala osud nutící k výběru nejdůležitější životní hodnoty. Hra byla následovaná večerní hostinou, různými pochutinami a nápoji, které terapeutky připravily.

Následující ráno se terapeutky od skupiny oddělily a klienti šli poslední část trasy sami, aby měli možnost vyzkoušet si fungovat ve skupině zcela sami, „bez dozoru.“

8. SHRNUÍ: INTERPRETACE K VO-1, VO-2 A VO-3

V následujícím textu se budeme zabývat výsledkovou částí naší výzkumné práce. Na úvod bychom ještě rádi znovu zdůraznili, jak jsme psali již v části 6.4. Etika výzkumu, že všechna jména použitá v práci byla změněna, a to z důvodu zajištění anonymity respondentů. Pro zachování přehlednosti před jmény terapeutů vždy uvádíme „terapeut“ či „terapeutka;“ jména bez zdůraznění role až na jednu popsanou výjimku (setkání s Terezou) označují klienty terapeutických komunit.

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní práci, jejíž cíl je deskriptivní a uchopený široce (jak jsme zmínili již v kap. 5 Cíle výzkumné práce), tak v rámci komplexního popisu se věnujeme relativně velkému množství konceptů a jejich vztahů. Pro přehlednost proto nyní na úvod začínáme shrnutím prvních třech výzkumných otázek, které se přímo týkají turistických zátěžových programů, kterých se autorka práce zúčastnila. V každé další kapitole se potom zaměříme na jednu výzkumnou otázku.

V první výzkumné otázce popisujeme **postoj klientů k zátěžovým turistickým programům**. Jednu z častých obecných charakteristik, které jsme k této otázce zaznamenali a popisovala je nadpoloviční většina klientů v rozhovorech, je kategorie „**zážitky**.“ Jsou to nové prožitky spojené buď s přírodou jako kontextem programů nebo s okolními lidmi a dalšími událostmi po cestě. Zážitky mohou být zpětně něčím, co v klientech zůstává, na co rádi vzpomínají.

Specifičtější jsme potom rozdělili klienty dle jejich postoje do dvou základních skupin. První, větší skupinu, tvoří klienti, jež **vnímají program jako „zátěžovku**.“ Program tak přináší něco nového, náročného. V určitém momentu, ať už před programem nebo během něj, mohou klienti zažívat obavy, že program nezvládnou. Zpětně nadprůměrná, ale zvládnutá náročnost může přinést zvýšený pocit self-efficacy, vlastní účinnosti.

Druhou, menší skupinu tvoří klienti, kteří již ve svém životě mají turistiku jako koníček a pro něž program nadprůměrně náročný nebývá. Tuto skupinu jsme označili, že **program vnímá jako „zážitkovku**.“ Klienti v této skupině se na program zpravidla těší, někteří jsou v průběhu i zklamaní nižší mírou zátěže, než jakou očekávali. Vzhledem k pro ně nižší míře náročnosti programu je zde rizikový faktor, který je komplementární k self-efficacy u první skupiny: příliš vysoké sebevědomí.

V druhé výzkumné otázce jsme se věnovali **roli terapeutů na zátěžových turistických programech**. Identifikovali jsme dva základní okruhy, ve kterých terapeuti na programu fungují.

Jedním z nich je „**průvodce a spolucestovatel**“, který popisuje působení terapeutů přímo ve spojitosti s cestou a situacemi, které za pochodu vznikají. Dvojitý název označuje kontinuum pólů od aktivního působení a ovlivňování komunity, průvodcování, k záměrnému nezasahování, doprovázení, a přenechání iniciativy klientům. Okruh „průvodce a spolucestovatel“ dále dělíme na působení **v organizaci či záměrné neorganizaci cesty** a dále na působení **v zátěži**. V zátěži mohou terapeuti klienty vést k zodpovědnosti za průběh a za situace, které mají pod kontrolou, a nabízet klientům škálu adaptivních copingových strategií při zvládnání zátěže. Pokud je ale zátěž příliš vysoká, staví se terapeuti do direktivnější role a nabízí klientům přímé vedení.

Druhým okruhem role terapeutů v programu je „**mobilitní psychoterapeut**“. Tato kategorie odkazuje na primární profesní roli terapeutů v léčbě, tzn. **ve vedení terapií** a terapeutických skupin. Přidanou hodnotou programu je možnost pro klienty **zažít terapeuty jinak**, v méně formálním prostředí, a navázat s nimi důvěrnější vztah či je lépe poznat.

Ve třetí výzkumné otázce jsme popisovali **situace v turistických zátěžových programech mající terapeutický potenciál**. Ty jsme rozdělili do dvou dimenzí, které následně tvoří dohromady čtyři kategorie.

První dimenzí je **kontext převažujících emocí**, které u těch pozitivních tvoří kategorii „**pozitivní situace**“ a u těch negativních kategorií „**zátěžové situace**“. Pozitivní situace prožívané na programu mohou vést k rozšíření životních možností a tak k dalšímu rozvoji volnočasových aktivit, jež mohou být pro klienty po ukončení léčby v TK důležitou oblastí. Pozitivním může být rovněž rozvoj self-efficacy na základě absolvovaného programu; rizikovým polem této oblasti je ale rozvoj příliš vysokého sebevědomí. Zátěžové situace mohou vést klienty k učení se zodpovědnosti a adaptivním copingovým strategiím.

Druhou dimenzí je zaměření na kontakt s dalšími lidmi, tzn. **skupinový kontext**, nebo absence kontaktu s dalšími lidmi, tzn. **individuální kontext**. Individuální kontext odkazuje na kategorii „**vnitřní svět klientů**“, do něž spadají vnitřní procesy a pochody klientů, které mohou dle některých z nich být rozdílné od pochodů za běžného fungování léčby v TK. Skupinový kontext odkazuje na kategorii „**společenství na cestě**“,

specifikum situací vznikajících právě díky bytí v kolektivu; nejvýznamnějším z této kategorie, jež zároveň vyjádřilo osm klientů v rozhovorech, je rozvoj pocitu blízkosti mezi klienty.

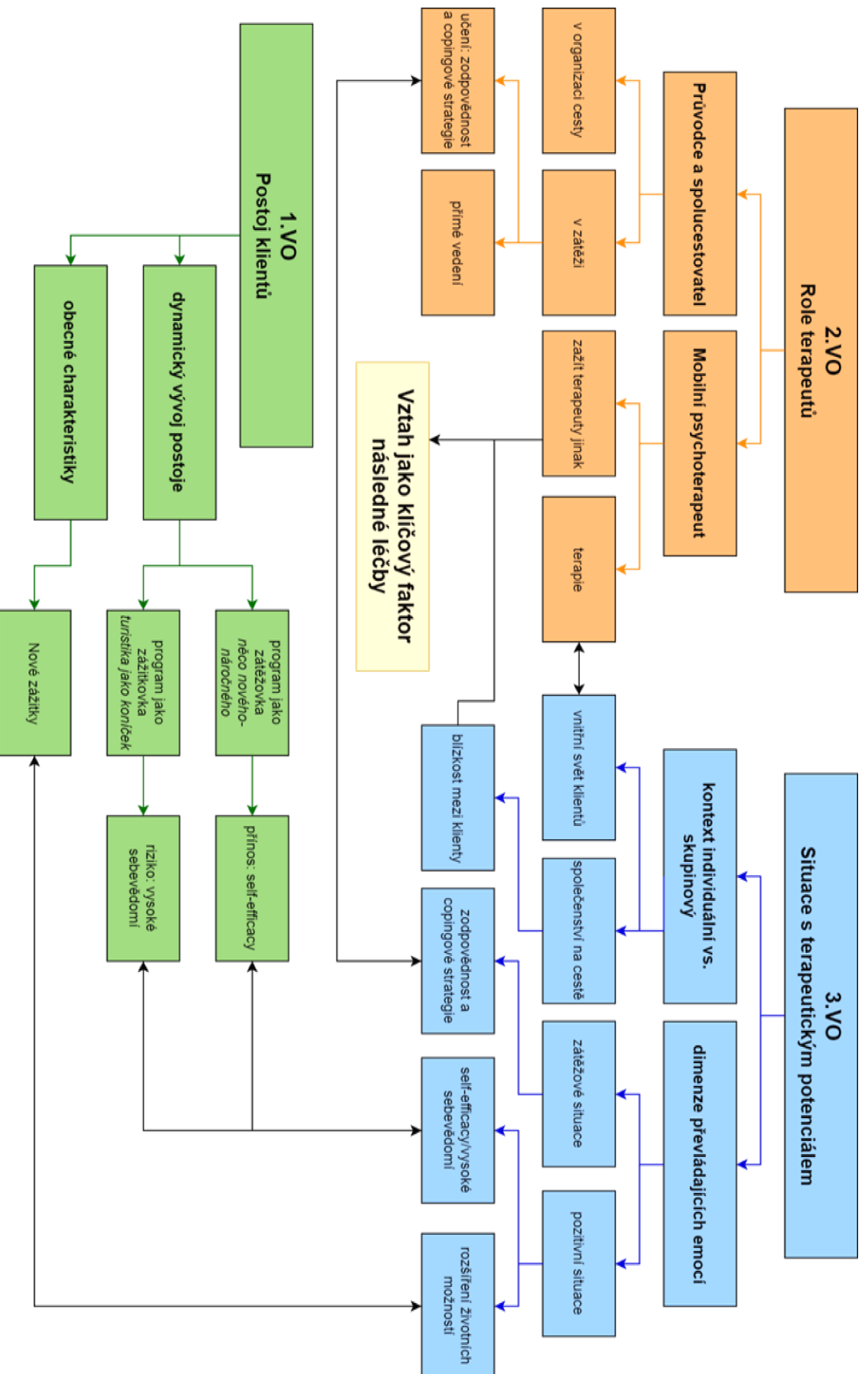
Než uzavřeme toto shrnutí, rádi bychom ještě poukázali na vzájemné vztahy mezi některými z konceptů napříč třemi výzkumnými otázkami.

Vznik nových zážitků, tak jak jsme jej popisovali v rámci postoje klientů (VO-1), můžeme považovat za jiný úhel pohledu na podkategorii pozitivních situací: rozšíření životních možností v otázce situace s terapeutickým potenciálem (VO-3). Možné vyústění zátěžových situací ve VO-3 do pocitu self-efficacy či příliš vysokého sebevědomí popisujeme v rámci VO-1 dynamicky z hlediska postoje klientů k programu. Tento základní postoj (program jako zátěžovka či zážitkovka) tak může být určitým vodítkem či vysvětlením k pravděpodobnosti vzniku jednoho či druhého pólu.

Z hlediska role terapeutů (VO-2) je učení copingovým strategiím a zodpovědnosti komplementárním k rozvoji copingových strategií a zodpovědnosti klienty, tak jak je popisujeme v situacích majících terapeutický potenciál (VO-3). Stejně tak vnitřní svět klientů (VO-3), tzn. vnitřní pochody vznikající po cestě, mohou klienti sdílet s terapeutem, komplementárně námi popisované v kategorii terapie (VO-2).

Významným výstupem, který nezávisle na sobě popisovala většina klientů v rozhovorech, je v roli terapeutů (VO-2) možnost zažít terapeuta jinak, navázat s nimi bližší vztah či je lépe poznat. V situacích majících terapeutický potenciál (VO-3) je to zase rozvoj blízkosti mezi klienty navzájem. Můžeme proto uvažovat o tom, že tyto dva aspekty ústí do rozvoje vztahů v terapeutické komunitě obecně. Už od názvu komunita, jinak řečeno společenství, je potom rozvoj vztahů při léčbě v tomto zařízení důležitým faktorem.

V následujícím grafu č. 3 zachycujeme výše zmíněné kategorie a vztahy.



Graf č. 3: Shrnutí k výzkumným otázkám 1, 2 a 3

9. INTERPRETACE VO-1: POSTOJ KLIENTŮ K ZÁTĚŽOVÝM TURISTICKÝM PROGRAMŮM

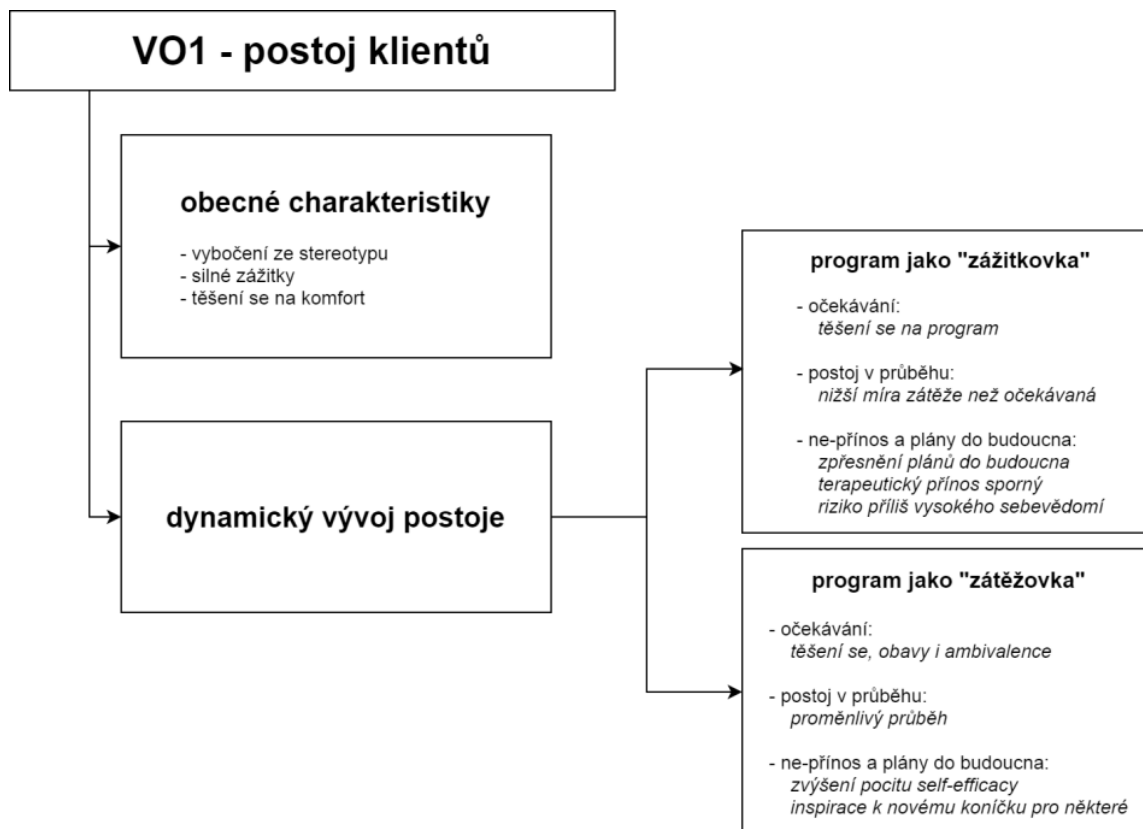
Při analýze první výzkumné otázky, zaměřené na postoj klientů k zátěžovým turistickým programům, jsme zaznamenávali tři aspekty, které svým častým výskytem považujeme za obecné. Jedná se o:

1. možnost vybočení ze stereotypu, ze struktury a řádu každodenního pobytu v TK;
2. silné zážitky spojené s pobytem v přírodě nebo s aktivitami a událostmi, které vznikají po cestě;
3. těšení se zpět do TK na fyzický komfort, spojený se „samozřejmostmi,“ jako jsou toaleta a postel.

Dle dynamického vývoje postoje k programu jsme identifikovali dva základní způsoby, jakými se klienti vztahují k programu.

1. První, menší skupina klientů je těch, kteří už podobný program, ve dvou komunitách neformálně nazývaný „*puťák*,“ zažili a považují jej za svůj koníček – tito klienti program vnímali spíše jako „*zážitkovku*.“
2. Druhá, větší skupina je těch, kteří podobné zkušenosti nemají, nebo mají, ale sami by si jej nezvolili – tito klienti program vnímali spíše jako „*zátěžovku*.“

Než se dostaneme ke konkrétnějšímu popisu, uvádíme výše zmíněnou základní strukturu postoje klientů v grafu 4.



Graf č. 4: Postoj klientů k zátěžovému turistickému programu

9.1. OBECNÉ CHARAKTERISTIKY

Za časté charakteristiky postoje klientů k programům, nezávisle na našem dalším rozdělení, jsou: 1. : možnost vybočit ze stereotypu; 2. vznikání zážitků a 3. těšení se na komfort.

Vybočení ze stereotypu

Významnou motivací klientů k zátěžovému programu je možnost **vybočit ze stereotypu** běžného fungování v TK; toto popisovalo v rozhovorech sedm klientů.

Ota popisuje, že: „Vyčistilo mi to hlavu, byl jsem trošku přeterapeutizovanéj tady z toho už, takže – nějaká změna. /.../ Protože tady je to fakt takový terarium, kde člověk je zavřenej.“ – Nebo Jonáš: „Tady jsme furt na jednom místě, a i když můžeme chodit ven, tak to není – prostě takhle jít ven do přírody a spát venku a koukat na hvězdy, je to velká podpora.“

Zážitky

V průběhu akce vznikají zpravidla silné **zážitky**, na které klienti rádi zpětně vzpomínají. V rozhovorech jako přínos programu nové zážitky nebo vzpomínky přímo zmiňovalo sedm klientů.

Zážitky jsou spojené jednak s **vnímáním přírody**.

To popisuje v rozhovoru např. Zuzka: „*Já jsem viděla vřdycky, že kolem mě jsou ty hory, a já jsem malá, že to byl strašně úžasnej pocit.*“

Nebo jednou po cestě jsme zaznamenali, při výhledu na hory kde se mlha pomalu rozfoukávala a přesouvala, jak Venda prohlásil: „*To je úžasný. Nemyslel jsem si, že se sem někdy podívám. To mám asi za zásluhy, že jsem fetoval (smích).*“

Za další jsou to zážitky spojené s **aktivitami a událostmi**, které po cestě vznikají ať už interně v rámci společenství komunity, tak v kontaktu s vnějším okolím.

Za zážitky spojené s aktivitami a událostmi v rámci komunity můžeme považovat děláním táboráků (v rozhovorech na to vzpomínali 2 klienti) nebo spaní pod stanem (popisoval jeden klient). Ale i humorné události, jako např. situaci, kdy jsme s TK-III v horkém létě krátce posadili betonovou plochu a poté, co jsme se zvedli, zbyly po nás mokré otisky v místech, kde jsme seděli.

Zážitek v kontaktu s vnějším okolím byla situace, kdy jsme s TK-III v obci před obchodem spekulovali, kde dobereme vodu. Přitočily se k nám dvě dívky, nabízejí nám, že bydlí nedaleko a vodu nám donesou. Odpověděli jsme, že lahví na vodu máme hodně, ale pro malé slečny to nebyl problém – mají s sebou kočárek, co uveze i deset panenek, uveze proto i naši vodu. Po domluvě s jejich maminkou a s pomocí pár klientů nám vodu opravdu dočepovaly – vznikla z toho i fotografie, vystavená na TK, kde je kočárek s vodou a nad ním sehnutá terapeutka Lucka. Kryštof v rozhovoru fotografii komentoval, že to vypadá, „*jak kdyby ten kočárek vykrádali. Dělalí jsme si z toho srandu, že je to kočárek, kterej uveze i deset panenek, to říkaly holčičky, tak když uveze deset panenek, co by nezvlád 50 litrů vody?*“

Těšení se na komfort

S koncem programu se mnozí klienti těšili zpátky na **komfort**, zejména co se týče hygieny.

Terapeut Filip to komentoval, že „člověk si těch věcí pak jinak váží.“ Klient Kryštof o poslední sdíleci skupině prohlásil: „Vidím na sobě posun, po třech dnech, kdy jsem nemytej, si připadám nechutnej a sere mě to. Dřív by mi to nevadilo.“

9.2. DYNAMICKÝ VÝVOJ POSTOJE

Jak jsme již zmínili v úvodu, nyní popíšeme dvě skupiny klientů na základě dynamického postoje k programu. První, menší kategorii, tvoří klienti, kteří program – ve dvou komunitách nazývaných neformálně jako „puťák“ – již zažili, ať už přímo jako turistický zátěžový program, nebo jej znají v obdobné formě jako vlastní způsob trávení volného času. Pro klienty je tak program něčím známým a pro ně oblíbeným. Vnímají tak program jako „zážitkovku.“

Druhou, větší kategorii, tvoří klienti, kteří buď obdobnou zkušenost zatím neměli, nebo měli, ale z jakéhokoliv důvodu pro ně program vnímali ve významnější negativní konotaci. Jejich vztah k programu může být proto značně ambivalentní, a vnímají tak program více jako „zátěžovku.“

9.2.1. Program jako „zážitkovka“

Klienti vnímající program spíše jako „zážitkovku“ vnímali turistický program spojený se stanováním jako svůj koníček. Věnovali se mu sami ještě před léčbou, nebo je již jiný turistický program inspiroval v průběhu léčení. Do této kategorie jsme zařadili čtyři klienty z rozhovorů a další čtyři na základě výzkumného deníku.

Očekávání

Co se týče vývoje postoje těchto klientů k programu, před jeho zahájením se na něj **těšili**, jak popisovali všichni čtyři klienti v rozhovorech.

Jonáš v rozhovoru popisoval: „Já jsem byl natěšený, pro mě to byl odpočinek. /.../ Já jsem úplně nadšený, když zjistím, že má být nějaká zátěžovka, tak já vždycky ‚hurá, výlet,‘ víš co. Některý z toho stresujou, a ‚nemůžu spát‘, a já nemůžu spát, protože se nemůžu dočkat.“

Ota v rozhovoru komentoval, že: „Mě se chtělo. Mě osobně se hodně chtělo. Já jsem na takovýhle výlety chodil i střízlivej, takže pro mě to byl srdcověj zážitek.“

Postoj v průběhu

Tito klienti popisovali **průběh** programu **dle jejich očekávání**, případně vnímali **nižší míru zátěže**, než čekali, a program pro ně byl spíš „*relax*“ (Jonáš), „*výlet*“ (Ota), „*odpočinek*“ (Kryšof).

Příkladem užívání si cesty může být i Honza z TK-I, který i spal celou dobu pod celtou, a vždy když někam došel, zpravidla mezi prvními, sundal si batoh a přímo si lehl do přírody tak, že v ní nebyl téměř rozlišitelný. Terapeut Karel mu při jedné příležitosti řekl, že „*já když jsem tě tam viděl, jak úplně splýváš s tou přírodou, tak jsem měl strach, aby tě ta zem nepohltila.*“

Je ale samozřejmé, že i tito klienti po cestě zažívali různé nepohodlí, únavu, nespokojenost atp., ačkoli tyto pocity nebyly tak výrazné jako v následující skupině klientů.

Např. Ota na jedné z večerních skupin popisoval, že ho po cestě bolí koleno, což si ale v minulosti zapříčinil sám – koleno měl zavázané a místy i viditelně v průběhu celého programu kulhal. Venda po prvním dnu komentoval, že přestože rád chodí, dnes si to neužil, je unavený. Ivan, „šéf akce“ v TK-III (viz kap. 7.1. Popis konkrétních programů) zase opakovaně komentoval, že ho štve právě ta funkce: na stejnou věc odpovídá mnohokrát, cítí se ve funkci nepodporovaný.

Ne/přínos a plány do budoucna

Jako **přínosnou oblast** pro tuto skupinu klientů vnímáme možnost **zpřesnit konkrétní plány do budoucna** vlastními sportovními, v první řadě turistickými aktivitami. To, že chtějí podobné akce podnikat v budoucnu, uvedli v rozhovoru všichni čtyři klienti.

Jindra zmiňoval, že se třemi dalšími klienty se v rámci své příští „dovolenky“ (výjezdu mimo TK) chystají lézt na skály; Jonáš mluvil o tom, že jeho první letní dovolená, až bude mít auto, bude do Chorvatska pod stan; Kryštof zmiňoval, že v období abstinence před současnou léčbou se mu nepodařilo začlenit se do skupiny provozující sportovní aktivity, která by mu sedla – po setkání s Terezou (viz kap. 7.1. Popis konkrétních programů) si ale dovede představit, že by podobné aktivity provozoval i sám.

Z hlediska přínosu programu pro vlastní léčbu je tato skupina klientů značně skeptičtější – **pochybovačně** se o něm **vyjádřili** dva klienti, tzn. polovina zařazených do této skupiny na základě rozhovorů.

„Nepocituju, že by mi to nějak pomohlo. Bylo to spíš takový, takovej výlet,“ řekl Ota, a jako důležité dále zmínil imaginace (které probíhaly v TK-III). Kryštof na otázku, jestli *„puťák v něčem pomoh v tvój léčbě?“* odpověděl: *„Puťák, jo? – Ne.“* Následně dodal, že možná ho inspiroval ke konkrétnímu způsobu rozvoje koníčku v budoucnosti a později vyjádřil, že program může být důležitý pro *„zkusení svejch limitů, který, do svejch limitů jsem se nedostal, zvládnul bych si víc naložit.“* Touhu po náročnější *„zátěžovce“* vyjádřil i Ota, že by *„chtěl zkusit projít pralesem. Něký fakt drsný podmínky si zkusit. Láká mě to.“*

Jako rizikový postoj této skupiny klientů vnímáme na základě programu získání **pocitu příliš vysokého sebevědomí**.

Příkladem může být klient Ivan a jeho role *„šéfa akce,“* zmíněná výše. Zpočátku vnímal svou roli vedoucího jako náročnou, ale postupem času se v ní cítil pevně a měl pozitivní zpětnou vazbu od svého okolí. Velmi ho např. potěšilo, když ho jednou výzkumnice oslovila *„tak co, šéfe?“* a v humoru říkal, že si snad bude muset založit vlastní podnik, aby ho takto lidé oslovovali. V poslední večerní skupině říkal, že se si poprvé v léčbě pevně věří v tom, že zvládne v dalším životě nefetovat. Další klienti reflektovali, že tento pocit znají od sebe z minulých léčení a že je to pocit zrádný, přespříliš sebevědomý – je třeba mít určitou pokoru. Přesto Ivan asi dva týdny po programu léčbu ukončil.

Z tohoto hlediska spekulativní přínos programu popisoval v rozhovoru i Jindra: *„Spíš mě utvrdil v tom, že se dá přežít i venku, a že – nepotřebuju žádný sociální zařízení, abych se vrátil. Do normálního života. Že se to dá i zvenku, najít si práci, že když bezdomovci chtěj, jsem nad tím přemýšlel, tak by si našli práci i takhle.“* Dále ale zmiňoval, že kdyby hledal práci a současně neměl přístřeší, pravděpodobně *„bych nevydržel se nenapít.“* Výzkumnice se dále ptala, jestli si Jindra myslí, že by se i přes alkohol zvládl začlenit do společnosti. Jindra nakonec tyto úvahy zakončil tvrzením, že *„proto jsem to zatím neuskutečnil.“*

9.2.2. Program jako „zátěžovka“

Klienti vnímající program spíše jako *„zátěžovku“* podobný program nezažili, nebo zažili, ale byl pro ně náročný či by si z jakéhokoliv důvodu chůzi se zátěží a nocování pod stany sami dobrovolně nevybrali. Program je pro ně tedy určitou zátěží či výzvou zkusit v životě něco nového, a jak už odpovídá i název, toto pojetí je pravděpodobně bližší teoretickému smyslu programů jako takových.

Do této skupiny řadíme většinu klientů; ze vzorku klientů účastnících se rozhovorů je to celkem osm a dalších osm klientů zahrnujeme na základě výzkumného deníku.

Očekávání

Před zahájením programu se na něj na základě rozhovorů někteří z této skupiny **těšili** (z rozhovorů tři klienti).

Zbyněk se těšil na „zábavu, očekával jsem od lidí komunikaci, uvolnění, zážitky co se týče přírody, uspokojení prostě s lidma.“

Někteří **zažívali obavy**, zejména z přílišné náročnosti programu (z rozhovorů dvě klientky).

Anička měla strach, „že to fyzicky nezvládnou třeba. Že to bude pro mě strašně těžký, že se budu muset hodně snažit – což jsem musela, to lehký nebylo. Měla jsem strach, že to nezvládnou, že to nebude stačit moje snažení, že to fyzicky bude hůř.“

A někteří klienti popisovali **kombinaci obojího**, popř. se těšili pouze na určité aspekty programu (z rozhovorů tři klienti).

David si představoval, „že pokořím svoje limity, nebo k nim dojdu, a nebudu moct dál.“ Na program se mu ale „chtělo, mám rád výzvy, silový, a chtělo se mi tam, těšil jsem se na to, jenom jsem doufal, že dojdu až do konce.“

Postoj v průběhu

Postoj k programu v jeho průběhu byl u jednotlivých klientů nezdědka **proměnlivý**. Ti, kteří měli výhradně pozitivní očekávání, byli zpravidla zpočátku překvapeni větší náročností; naopak klienti děsící se programu zjistili, že to „*nebylo až tak hrozně náročný*“ (Alena).

Náročnost alespoň v určité fázi programu popisovali v rozhovorech všichni klienti. Čtyři klienti na základě rozhovorů a výzkumného deníku zažili i chvíle, kdy pochybovali, jestli program zvládnou.

V rozhovorech i v rámci výzkumného deníku jsme zaznamenávali výroky spíše program oceňující (např. Hanka na vrcholu hory: „*Tohle je ráj*“), tak vyjadřující frustraci (např. David: „*To jsem si říkal, jestli tohle budu chodit celou zátěžovku, tak to nedám.*“), ale i situace, kdy pocity klientů k programu byly

značně ambivalentní. Trefně vyjádřila ambivalenci například Irena, když řekla: „*Moc se mi tu líbí, tak to tu budu muset nějak vydržet. /vydržet = chůzi/.*“

Ne/přínos a plány do budoucna

Přínos programu vnímalo 6 klientů v rozhovorech právě v souvislosti s náročností programu, kterou ale klienti úspěšně zvládli bez drog – podobné reflexe jsme zaznamenali u pěti dalších klientů, s kterými nebyl proveden rozhovor. Těmto klientům to tak přineslo **zvýšený pocit self-efficacy** (vnímání vlastní účinnosti), který současně řadíme jako přínos do pozitivních situací majících terapeutický potenciál (viz 3. VO).

Matěj popisoval, že program „*posunul mně hranice, určitě. Posunul mi hranice, že vim, že něco vydržim, aniž bych k tomu potřeboval drogy, co by mě v tom podpořily, nebo co by mi daly víc energie, našel jsem tam svojí, vytvořenou energii, a ne podpůrně třeba drogama vytvořenou.*“

Klára při závěrečném hodnocení programu dobrý pocit ze sebe popsala: „*Dřív jsem bez drog nezvládla ani dojít ráno do koupelny, a teď abstinuju a zvládla jsem puťák.*“

Na zvýšení self-efficacy může mít podíl i emocionální podpora terapeutů (popisovaná ve druhé VO).

Anička popisovala podporu od terapeutů jako motor k sebe-překonání, ale zpětně i snahu dokázat terapeutům, že si ji zaslouží, protože terapeuti jsou: „*někdo na kom mi záleží, co si myslí, tak mě to hnalo dopředu.*“

David popisoval ocenění terapeutů jako důležité k pozdvižení sebedůvěry: „*mě hodně potěšili, /.../ zase dodali nějakou naději, nějakou sebe – sebe, jak to říct? /.../ /terapeut/ Šimon osobně mně řekl, že jsem pro skupinu, /.../ bych moh bejt příklad ostatním i. A pak /terapeut/ Jarda říkal, že jsme byli za pět let nejlepší skupina na zátěžovku. /.../ Takže to mě hodně potěšilo, že nás na závěr takhle to. Pozdvihli (smích).*“

Otázkou je, zda můžeme vnímat zvýšené self-efficacy jako zvýšení obecné kompetence, tzn. že tato zkušenost je přenositelná do dalších oblastí života klientů, nebo jestli je to kompetencí pouze specifickou, zaměřenou na zvládání zátěžových turistických programů v TK.

Podporou pro koncept zvýšené obecné kompetence je vyjádření Aleny v rozhovoru: „*... takže fyzická odolnost i možná, já to mám hodně spojený s psychickou odolností, že člověk nebude pak už tolik na nervy, když ho bude něco čekat.*“

Naopak Dan zdůrazňoval, že tento pocit z programu nedokáže využít k vytvoření pracovních návyků, které z primární rodiny dle svých slov nemá: „*Mi to možná pomohlo v tom, že jsem zjistil, že když nemůžu, tak můžu ještě několikrát, to jsem zjistil, ale tady v komunitě to stejně nezáročím, protože jsem hrozně líný, mám problém s prací. /.../ Ale tady v komunitě, mi to úplně ne to, jako bych si to nedokázal spojit, něco, co by mi ukázalo, že můžu vícrát, a v komunitě mám problém s prací, jsem dneska ráno říkal, že mě to někdy sere, protože mě nebaví ta práce a nesnáším to jebání kolem toho.*“

V rámci rozhovoru vnímal **program** spíše **jako nepřínosný** pro vlastní léčbu jeden klient z této skupiny, Emil.

Emil komentoval, že z programu měl „*takovej nijakej pocit,*“ a dále, že „*možná že v tu dobu jsem byl v pohodě, tak se posouvaly nějaký hranice, že jsem čistej někde chodil, ale jinak, to nedokážu nijak posoudit. Pomohlo to, myslim někteřejm jinejm lidem, ale já zrovna, že by mi to pomohlo, to ne.*“

Co se týče **plánů do budoucna** provozovat obdobné aktivity, dva klienti v rozhovorech uvedli, že vlastní turistické akce rozhodně **neplánují**.

Alena komentuje, že kdyby další takový program musela absolvovat v rámci pobytu v TK, nešla by „*s takovejma nervama,*“ ale „*kdyby za mnou někdo přišel, pojed' jdeme se projít na tři dny na túru, tak ne. To bych nikam nešla.*“

Anička popisuje, že by **šla, kdyby ji někdo** s obdobným turistickým programem **oslovil**.

Bylo by to pro Aničku i přes vlastní „*nechut' a co se namáhat,*“ protože „*asi bych se chtěla překonat.*“ Nad vlastní organizací podobného programu ale zatím nepřemýšlela, „*nechala bych se někým vést (smích).*“

Pro pět klientů v rozhovorech a další dvě klientky na základě výzkumného deníku je program **inspirací realizovat obdobné turistické akce i v budoucnu**, ve svém volném čase. Míra rozpracovanosti a konkrétnosti představ jednotlivých klientů je různá, pravděpodobně částečně daná i terapeutickou fází, ve které se klienti nacházejí – čím jsou ve vyšší fázi, tím je pro ně následný „*život venku*“ aktuálnějším tématem.

Radku zaujalo vyprávění výzkumnice o absolvování části svatojakubské cesty ve Španělsku a v průběhu cesty se ji na to i doptávala. V závěru zmiňovala, že by se na ni v budoucnu také chtěla vydat.

Zbyněk na otázku po konkrétním plánu odpověděl, že „plánování, to je ještě asi brzo, ale když bych měl přítelkyni, nebo rodinu, tak bych šel s rodinou, taky s přáteli, co tady sdílím, tady jsou ty kamarádi, klienti, tak bych se domluvil na nějakým výletu.“

10.INTERPRETACE VO-2: ROLE TERAPEUTŮ V ZÁTĚŽOVÝCH TURISTICKÝCH PROGRAMECH

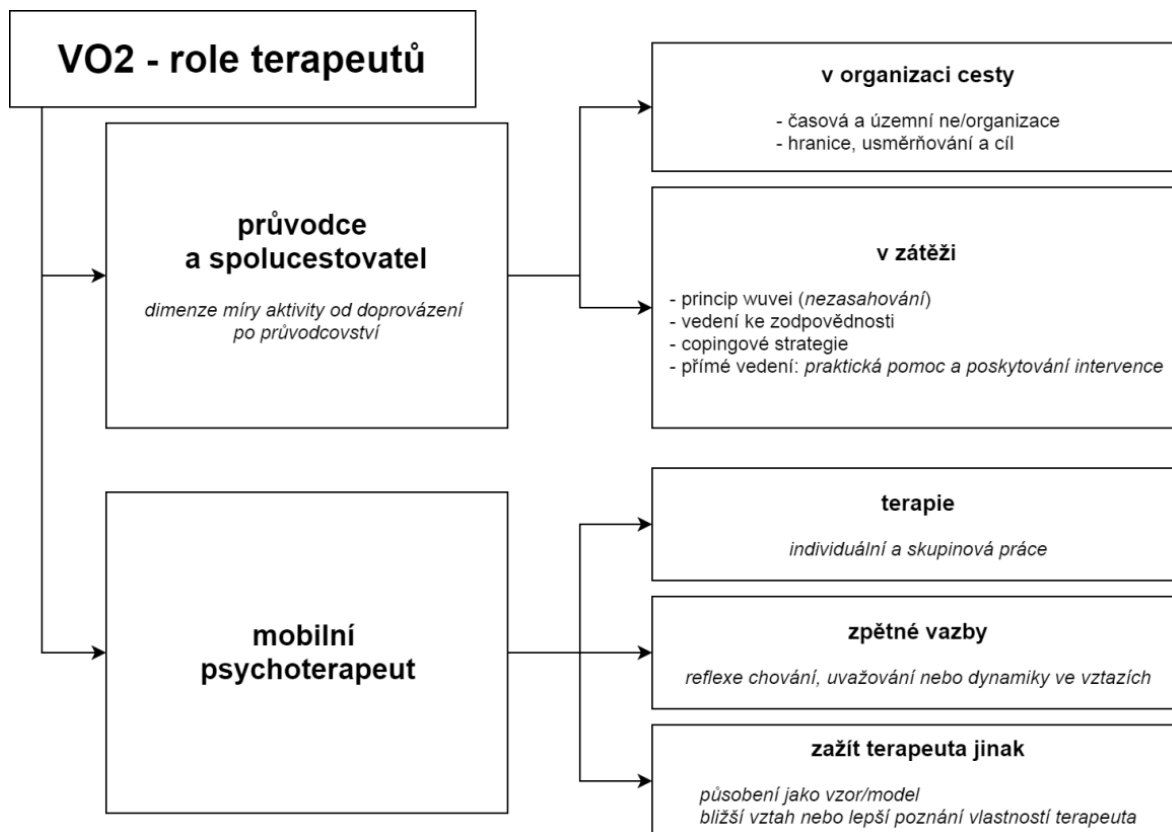
Roli terapeutů TK v zátěžových turistických programech jsme vnímali ve dvou základních okruzích jako:

1. mobilního psychoterapeuta;
2. průvodce a spolucestovatele.

Mobilní psychoterapeut vyjadřuje svou podstatou primární profesní roli terapeutů v TK – psychoterapeutickou, s tím rozdílem, že terapeut na programu v této roli funguje doslova za pochodu. Přidanou hodnotou bytí na programu je možnost využít terapeuticky možný nový typ situací oproti běžnému fungování v TK; a dále zažít terapeuta jinak, méně formálně.

Průvodce a spolucestovatel je okruh, který znázorňuje působení terapeuta přímo ve spojitosti s cestou a situacemi, které za pochodu vznikají. Spojení těchto dvou označení zde vnímáme jako vyjádření pólů ovlivňování-průvodcování a „pouhé“ doprovázení. Tento okruh pro větší přehlednost dělíme do 1. organizace cesty; a 2. situací zátěže.

Než se zaměříme na konkrétní popis, uvádíme přehled působení terapeutů v grafu č. 5.



Graf č. 5: role terapeutů v zátěžovém turistickém programu

10.1. PRŮVODCE A SPOLUCESTOVATEL

Jak jsme popsali v úvodu této kapitoly, kategorii průvodce a spolucestovatel dále rozdělíme do dvou částí: v rámci organizace cesty a v rámci situací zátěže. Dvojím označením se snažíme o vyjádření dimenze míry aktivity působení terapeutů na program od doprovázení klientů po průvodcování, jak ve fyzické, tak i v psychické rovině.

10.1.1. Průvodce a spolucestovatel v organizaci cesty

Z hlediska organizace cesty v následujícím textu popíšeme roli terapeutů 1. v podílu na časové a územní organizaci cesty; 2. v držení hranic, cíle cesty a v usměrňování konfliktů.

Časová a územní ne/organizace

Prvním bodem je podíl na **časové a územní organizaci cesty**. Míra aktivity terapeutů v jednotlivých TK se může lišit, od **aktivního činění**, až po záměrné nezasahování dle východní filosofie popsaného jako **princip wuwei**, a tím pádem přenechání možnosti trénovat organizaci skupině klientů.

V TK-I, jak to nazval terapeut Filip „*my jenom říkáme, kdy kam, ale jinak je to na skupině*.“ Terapeuti z této TK dle tohoto hesla zpravidla popsalí následující úsek trasy a místo, kde na sebe počkáme, a poté mezi prvními vyrazili oba na cestu.

Kreativním přístupem bylo v TK-II zvolit lokalitu, kterou žádný z terapeutů osobně nezná, jak výzkumníci řekl terapeut Jarda, a tudíž explicitně společně s klienty organizovat cestu.

Nebo v TK-III přenechání organizace klientovi ve funkci „šéf akce,“ a působení pouze jako případná pomoc klientovi a na „*krizovky*,“ jak to nazvala terapeutka Jana. Poslední den potom dokonce nechání skupiny vrátit se do TK samotnou, bez doprovodu terapeutek.

Roli terapeutů jako organizátorů popsal v rozhovorech rovněž šest klientů. Matěj a Emil v rozhovoru tuto funkci naopak vyvrátili – zdůraznili tím, že organizaci v TK-III měl na starost klient Ivan.

Hranice, usměrňování a cíl

Ve spojitosti s organizací uvedlo šest klientů v rozhovorech i význam terapeutů **v držení hranic, cíle cesty a v usměrňování konfliktů**.

Jako taková „*pevná ruka nad náma*,“ jak to vyjádřil Emil.

Ve výzkumném deníku byl tento okruh zaznamenán pouze párkrát; možná interpretace tohoto rozdílu je v určité skrytosti či **pohotovostní povaze této funkce**.

V rozhovorech tato pohotovostní funkce byla zdůrazňovaná výrazy: „*kdyby jsme se hádali*“ (Zuzka); nebo „*když není zbytlí, aby tam byly hranice*“ (Jindra). Toto potvrzuje vyjádření Dana k roli terapeutů: „*Ještě jsem myslel, aby nás hlídali, ale oni nás nehlídali, my jsme si mohli dělat, co jsme chtěli*,“ ale i určité překvapení pěti klientů v rozhovorech, že v průběhu akce nevznikaly mezi klienty konflikty.

Se zajímavou teorií, proč probíhají programy mimo TK celkem bezproblémově, přišel v rozhovoru Jindra: **přirovnal fungování komunity k rodině**, která se ve vnějším světě snaží být soudržná.

„Protože nejsme moc v bezpečném prostředí, venku, tak se ani moc nehádáme, abychom se nerozutekli od sebe, abychom měli nějakou podporu.“ popsal. Jindra tenhle poznatek přinesl i na skupinovou terapii, a tam ho zaujal názor, *„že to je jak v rodině, když se stane něco, o čem se nemluví, tak doma rozhádaná rodina, ale když jdou do společnosti, naoko držejí spolu, že všechno dobrý.“*

10.1.2. Průvodce a spolucestovatel v zátěži

Roli terapeutů jako „průvodce a spolucestovatele v zátěži“ dále rozdělíme na: 1. záměrné nezasahování – *wuwei*, a tím pádem přenechávání iniciativy klientům; 2. vedení klientů ke zvyšování zodpovědnosti za prožitky v programu, přeneseně i svůj život; 3. ukazování klientům spektrum adaptivních copingových strategií; 4. přímé vedení klientů.

Princip *wuwei*

V zátěžových situacích se terapeuti snažili **být poblíž**, cíleně se ale místy drželi principu východní filosofie *wuwei*, **tedy nezasahování**. To vytvářelo prostor pro vlastní iniciativu a učení se řešení zátěžových situací klientů samotných.

Podporou pro toto tvrzení byly komentáře polohlasem mezi terapeuty navzájem – např. v TK-I Zbyněk po kamenité cestě špatně šlápl a poprvé mu ten den v kotníku luplo. Kolem něj se shromáždila většina komunity, připravená mu pomoci. Zbyněk se ale rychle rozešel znovu, s hlasitými nadávkami a výrazy „*au*.“ Terapeut Filip směrem k terapeutovi Karlovi tiše poznamenal: *„no, netradiční řešení, ale jak chce.“*

Z klientů tuto oblast v rozhovoru popsal Emil.

„Ani do toho nezasahovali terapeuti moc, ale už jen ten pocit, že tam s náma jsou, tak je lepší,“ řekl v rozhovoru.

Jak ale uvedeme v dalším textu tohoto okruhu, princip *wuwei* jsme ve výzkumném deníku zaznamenávali, pouze pokud klienti sami situace řeší konstruktivně nebo mají v daný moment potenciál se ze situace poučit a situace pro ně **není nadlimitně zahlcující**.

Vedení k zodpovědnosti

Nepřímou metodou pomoci bylo vedení klientů k uvědomování si příčin a následků dopředu místo řešení krizových situací až v dobu, kdy nastanou, a tím pádem **vedení ke zvyšování zodpovědnosti klientů za prožitky v programu**, přeneseně i za svůj život.

Můžeme zde pokračovat kazuistikou se Zbyňkem další den; kotník byl již ovázaný a lehce napuchlý, a po výstupu na horu nás čekal sestup. Terapeut Filip na vrcholu Zbyňkovi radil, že být na jeho místě, vzal by si na cestu dolů klacek a šel by z boku – prudký sestup je těžký pro klouby. Zbyněk klacek nehledal a začal sestupovat zepředu, po cestě před terapeutem Filipem. Po pár metrech začal nadávat, že „*už mě chytaj nervy.*“ Filip jen řekl, „*tak já radši půjdu, ať nechytám tu energii nadávek,*“ a předešel Zbyňka; tomu poté pomohl najít klacek klient Jonáš.

K tomuto okruhu řadíme i situace, kdy terapeuti nahlas komentovali vzniklé situace z hlediska jejich příčin (např. v situaci, kdy klient utratil všechny své finance hned ze začátku); mluvili o vlastních krizových plánech (např. jak se bude řešit, pokud se někdo vážně zraní či dekompenzuje) a vedli klienty k vytvoření svých krizových plánů dopředu (např. co bude dělat dvojice klientů, která si nevzala ke stanu vrchní plachtu, v případě deště).

Copingové strategie

Terapeuti rovněž klientům přímo nabízeli či nepřímo **ukazovali spektrum adaptivních copingových strategií**, které jim mohou pomoci zátěž zvládat. Na základě terénních poznámek jsme analyzovali: práci s časovou perspektivou a nadějí, využití humoru, zdůrazňování svobodné volby, odvedení pozornosti, přerámování situace, paradoxní intenci, nabízení emocionální podpory. Ke každému vyjmenovanému způsobu se nyní v krátkosti vrátíme s konkrétními příklady.

Práce s časovou perspektivou a nadějí – ve výrazu terapeuta Karla směrem k Aleně na začátku cesty „*neboj, každá cesta je jednou naposled,*“ nebo nezdolný optimismus terapeutky Evy, že mraky věštící špatné počasí se rozfoukají nebo silný déšť brzy ustane. Tento přístup pozitivně reflektovala i Zuzka v rozhovoru, že terapeutka Eva „*byla pořád taková optimistická, jako taková v pohodě strašně.*“

Využití humoru – např. rovněž terapeuta Karla k Aleně, kdy ji ujišťoval, že půjdeme pomalu jako medvídci, a vzápětí spolu s druhým terapeutem za odpovídajícího bručení medvědy předváděli. Nebo terapeut Šimon o pauzách v nadsázce terapeutovi Jardovi nahlas stěžoval: „*Ty vole já už nemůžu, nikam*

nepudu, kdo vymyslel tenhle blbej výlet?!“ V rozhovorech přístup s humorem pozitivně hodnotily směrem k terapeutům Karlovi a Filipovi Alena; směrem k terapeutům Jardovi a Šimonovi Zuzka.

Zdůrazňování svobodné volby – příkladem může být stížnost Zbyňka první den, že ho bolí za krkem, nikam už nepůjde a reakce terapeuta Karla: „*No tak nechod', myslí na své zdraví, přece se takhle nenecháš huntovat.*“

Odvedení pozornosti – terapeutka Jana opakovaně iniciovala hraní her po cestě, slovního fotbalu a černých historek. Na jedné z večerních skupin toto pak Emil reflektoval, že když se soustředí na hru, cesta mu rychleji utíká.

Přerámování situace – např. Venda na cestě popisoval, že rád chodí, ale je pro něj těžké přizpůsobit se pomalejšímu tempu skupiny. V průběhu programu mu pomohl rozhovor s terapeutem Jardou, který mu nabídl, ať zkusí cestu vnímat ne jako vytrvalostní, ale výkonnostní sport po úsecích od pauzy - k pauze.

Paradoxní intence – Adam měl dle svých slov diagnostikované OCD a mimo jiné měl v přírodě strach z klíšťat a případné nákazy. Terapeut Filip v této TK vyhlásil soutěž o nejvíce chycených klíšťat, nové nálezy nadšeně chválil a výherci slíbil svou čokoládu, která prý obsahuje „*pražený klíšťata.*“

Nabízení emocionální podpory – terapeut Filip např. Alenu po cestě chválil, že „*dostaneš diplom za statečnost.*“ Terapeutka Jana ocenila klienty za omluvu, když v restauraci omylem vrazili do číšníka; tomu spadla sklenice a rozbila se. Terapeutka Jana klientům řekla, že omluva byla přiměřená a že terapeut z TK vedoucí kurzy asertivity by na ně byl pyšný.

Z tohoto okruhu klienti v rozhovorech nejčastěji zmiňovali právě podporu terapeutů (popsali tři klienti). Emocionální podporu, tak jak ji dále popisujeme, zároveň vnímáme na pomezí s další kategorií – přímým vedením klientů. Zařazujeme ji ale do copingových strategií právě pro její nižší direktivitu a nižší praktický dosah.

Přímé vedení

Terapeuti v některých situacích fungovali i pro **přímé vedení** klientů. Jednak z hlediska praktické pomoci klientům; dále také z hlediska poskytování intervence v případě, že byli klienti ve výrazné nepohodě.

Praktickou pomocí chápeme situace, kdy terapeuti klientům přímo pomáhali řešit provozní nebo vztahové záležitosti; vztahové záležitosti přitom ale zpravidla nedosahovaly rozměrů usměrňování konfliktů (viz 10.1.1. Průvodce a spolucestovatel v organizaci cesty).

Ve dvou komunitách jsme tuto oblast zaznamenávali výjimečně; ve třetí, v TK-II, výrazně častěji: terapeut Jarda to sám po cestě směrem k autorce práce komentoval, že dříve měli přístup ke klientům jiný,

teď se o klienty mnohem více starají, protože se mění charakteristika klientů – nyní mají většinu klientů s duální diagnózou.

Na první pohled se může zdát, že poskytování praktické pomoci je v protikladu k samostatnému či jen podporovanému učení se klientů, jak jsme popsali výše. Díky rozboru těchto situací z výzkumného deníku v TK-II jsme ale zjistili, že praktická pomoc je důležitou **mezistanicí pro klienty**, pro které by **samostatné řešení** dané situace bylo **zahlcující** – zároveň jsou ale tito klienti postupně vedeni k přebírání zodpovědnosti.

Jako příklad předešlého principu můžeme popsat vývoj situace s Mirkem, na programu v roli šéfkuchaře, který měl dle svých slov diagnostikovanou i poruchu osobnosti a po cestě zažíval sluchové halucinace a bludy, na které měl náhled. Mirek měl před programem vymyslet jídelníček a zajistit jídlo. Večer před odjezdem se ho terapeut Jarďa v rámci základní organizace ptal, jestli je vše připravené. Zjistilo se, že není, a že Mirek má nerealistické představy: pro celou komunitu podle něj na 6 dní stačí jako příloha ke chlebu ke všem snídaním a obědům dohromady 3 šišky salámu. Terapeuti mu proto pomohli jak s jídelníčkem, tak s jeho nákupem.

První den cesty jsme vyrazili a Mirkovi se zvenku na krosně houpaly pověšené v pytlí všechny tři kotlíky na vaření. Díky jejich špatnému uchycení a zátěži byla brzy pro Mirka krosna těžká; terapeuti ho motivovali, ať osloví skupinu a kotlíky si rozdělí mezi sebe. Mirek se proto v jedné pauze nesměle tiše zeptal, kdo vezme kotlíky. Nikdo z klientů ale nezareagoval a Mirek se proto hned otočil na terapeuta Jarďu a povídá mu: „*Vidíš, já jsem moc malý pán, nikdo mě neposlouchá, tak to musím brát sám.*“ Terapeut Jarďa mu odpověděl, že ne, „*ty jsi šéfkuchař, možná je v tom případě tvým úkolem naučit se být ‚větším‘*“ a následně mu s organizací rozdělení kotlíků pomohl.

V průběhu programu před snídaněmi a obědy si často někdo z klientů s Mirkem domluvil, co chce mít k jídlu, a toto jídlo následně vyhlásil jako určený pokrm místo Mirka. Třetí den cesty do tohoto zakročili terapeuti, kdy Mirkovi důrazně na začátku obědové pauzy řekli, ať on rozhodne a řekne, co bude k obědu; on je kuchař.

Poskytování intervence probíhalo v případech, kdy byli klienti z jakéhokoliv důvodu výrazně rozhození. Ve **fyzických obtížích** fungovali jako zdravotníci případně jako ti, kteří zavolají další pomoc. Ve smyslu **obtíží s povahou cesty** prováděli terapeuti klienty obtížnými úseky. V případě **psychické a emoční nepohody pomáhali** klientům navrátit se do emoční vyrovnanosti.

V obtížích s povahou cesty např. pomáhala terapeutka Eva Ireně do strmého, deštěm rozbláceného kopce, kde se Irena bála, že upadne.

V psychické nepohodě terapeuti z TK-II zasahovali v situacích, kdy se některým z klientů zhoršovala aktivní psychotická symptomatika. Terapeuti svolávali mimořádné komunity na nalezení způsobů podpory

těchto klientů komunitou. Nebo v situaci z TK-I, kdy byl Jindra nucen čekat na dalšího klienta v blízkosti „vykrouceného fetišáka,“ působil následně terapeut Karel jako první podpora pro práci s vyvaleným bažením.

Kromě námi zaznamenaných situací rolí terapeutů ve smyslu přímého vedení popisovali v rozhovorech 4 klienti.

„V případě, že si nevíme rady, můžou nás nějak nasměrovat, když se necítíme psychicky dobře, tak se dá s nima udělat individuál, si s nima popovídat“ řekl Jonáš.

Matěj jednu z rolí terapeutek popisoval jako „*taková pojistka. Že kdyby už to nešlo, /.../ že by zakročili oni. Rozhodnutím, kdyby se něco stalo, i jako taková záchrana, kdyby se fakt něco stalo, tak oni měli ty telefony.*“

Jak je vidět z některých výše uvedených případů, poskytování intervence můžeme vnímat na rozhraní s psychoterapeutickou prací a tudíž příslušnou i do následující kategorie mobilní psychoterapeut. Toto si uvědomujeme; jasné členění vnímáme jako nápomocné, ale rozhodně ne striktní nebo jednoznačné.

10.2. MOBILNÍ PSYCHOTERAPEUT

Terapeuti po cestě plnili i svou primární profesní roli – psychoterapeutickou. V průběhu cesty byli klientům přístupní ať už „pouhému“ povídání, tak hlubšímu sdílení. Klienti i terapeuti měli rovněž možnost vzájemně se lépe poznat, vidět se v nových situacích, což může být z hlediska léčby rovněž přínosné.

V následující části popíšeme působení terapeutů:

1. v terapii;
2. ve zpětných vazbách a
3. v možnosti zažít terapeuta jinak.

10.2.1. Terapie

Do terapií, nebo možná přiléhavěji konzultací, řadíme situace individuálního a skupinového rozhovoru o klientech a jejich obtížích, tématech či dosavadním životě obecně.

Jako přímo **individuální terapii** po cestě jsme zaznamenali situace, kdy klient vyhledá terapeuta a sdílí s ním potíže či těžkosti ze svého života.

Příkladem v TK-III byly rozhovory klientky Bány s terapeutkou Luckou o Bářiných dětech; ty jsou v pěstounské péči a Bára si s nimi pravidelně volá, cítí ale lítost a vinu, že se o ně nestará sama. Po několika průběžných rozhovorech na toto téma Bára terapeutce Lucce řekla, že přišla na to, že dětství svých dětí už prošvihla a nic s tím nenadělá. A nadšeně dodala, že ale „*Budu ta nejlepší babička na světě.*“

Skupinovou terapeutickou prací bylo vedení večerních skupin ve všech komunitách; a k tomu v TK-III i vedení imaginací (viz 7.1. Popis konkrétních programů programů).

Zvláště imaginace popisovali klienti TK-III v závěrečném hodnocení programu jako významné. V rozhovorech se o nich zmiňují tři klienti ze čtyř, se kterými byl v této TK proveden; Ota je dokonce popisuje jako „*nejdůležitější situace*“ v programu.

Funkci terapeutů na programu pro terapeutickou skupinovou nebo individuální práci popisuje v rozhovorech devět klientů, tzn. dvě třetiny z nich.

Anička mluví o skupinové práci: „*Těšila jsem se na ty terapie. Na ty když jsme občas měli ten kroužek. To mě bavilo, protože si myslím, že Šimon s Jadou jsou dobrý terapeuti, a že mají zkušenosti, a vždycky, když jsou tady, tak se na to těším. Protože mi to vždycky něco dá.*“

David zdůrazňuje individuální práci terapeutů: „*Hlavně jsem si s nima popovídal. O životě, a tak – jsem se s nima bavil normálně, oni mi poradili, takže tam byli i že radili, těm našim problémům.*“

10.2.2. Zpětné vazby

Díky možnosti pozorovat klienty v jiných situacích oproti běžnému chodu komunity mohou terapeuti dávat **zpětnou vazbu či reflektovat jejich chování, uvažování nebo dynamiku ve vztazích**. Terapeuti mohou rovněž dávat prostor k reflexi klientů navzájem a toto mohou dělat všichni přítomní i mezi sebou automaticky (viz následující výzkumná otázka: část 11.2.2. Společenství na cestě).

Námi zaznamenanou zpětnou vazbou na dynamiku vztahu byla např. situace, kdy terapeut Jarďa o večerní skupině přinesl, že zaslechl, jak se po cestě baví Dan, David a Aleš o Danově minulosti: sexuálním zneužívání jeho nevlastním otcem. David s Alešem si z toho v diskusi tropili žerty. Terapeut Jarďa edukoval, že oběti mají tendenci zaplétat se do takových debat, zároveň je to ale pro ně velmi zraňující.

Situací vázanější na konkrétní cestu byl moment, kdy jsme procházeli lesem a po pravé straně stál traktor. Zbyněk, který byl v TK krátce, se začal smát a komentoval: „*Jé, to je docela slušnej traktor, ten by se dal střelit.*“ Terapeut Filip zareagoval: „*No a vidíš, jsou i lidi, který by takhle přemýšlet vůbec nenapadlo.*“

10.2.3. Zažít terapeutu jinak

Z hlediska léčby je jedním z nejdůležitějších faktorů vztah klient-terapeut, jehož rozvoj těžko můžeme vnímat jako určitou profesní roli, ale tato **možnost zažít terapeutu jinak** může být pro následnou léčbu významná.

Terapeuti mohou po cestě **působit** také **jako vzor nebo model**: v řešení vznikajících situací s nadhledem a trpělivostí; v ukazování vlastního způsobu odpočinku a trávení volného času; ve sdílení svých hodnot a postojů (prostřednictvím vyprávění poučného příběhu či přímo situací z osobního života); v ukázce dlouholetého přátelství, v případě dvou terapeutických dvojic; v případě terapeutů ex-userů komplexně i jako „důkaz“ úspěšné léčby.

Ukázkou dlouholetého přátelství byli terapeuti Jarda a Šimon, kteří si ze sebe místy až drsně tropili žerty. Na jejich vztah se stočila diskuze i ke konci programu. Venda potom komentoval, že je mu z toho trochu smutno, chtěl by mít taky takového dlouholetého kamaráda. David v rozhovoru popisoval, že tito terapeuti „ukazovali, jak to chodí, /.../ mezi skupinou kamarádů.“

Ukázkou trávení volného času byla z hlediska zátěžových turistických programů v první řadě vlastní záliba v turistice, kterou popisovala Alena v rozhovoru směrem k terapeutům, že „oba dva choděj, jsou zvyklí a vypadá to, že je to baví.“ Jiným příkladem byla vlastní relaxace, „Bachova aromaterapie v praxi“ terapeuta Karla, jak to sám nazýval, který místy utrl nějaký květ a pokračoval v cestě s nosem zabořeným do něj.

Ohledně postoje k závislosti a mateřství závislých žen považujeme za jednu z přínosných oblastí otevřené vypravování terapeutky Lucky o vlastní adoptované dceři, jejíž biologická matka je náctiletá „feťáčka“. Klára se terapeutky Lucky po cestě ptala, jestli se nebojí, že dcera bude mít sklony také fetovat. Lucka odpověděla, že se nebojí – biologická matka je „chudák holka“ a terapeutka Lucka věří, že závislost je primárně daná sociálně, když si člověk neví rady a špatně to řeší.

Nezávisle na sobě zmiňovali v rozhovoru s výzkumníci po cestě dva terapeuti z různých TK (Filip a Jarda) jako důležité, že terapeuti jezdící na zátěžové programy mají dle nich s klienty **bližší vztah**.

Faktory sblížení mohou být sdílené prožitky všeprostopující všechny další námi analyzované kategorie. Ve dvou TK jsme frekventovaně zaznamenávali na základě terénních poznámek sdílený **humor**.

V TK-I např. oba terapeuti Karel i Filip uměli spolu s většinou klientů věrně napodobit hlasy různých zvířat. Občas to po cestě vypadalo, že přírodou se pohybuje celé stádo beranů, hejno ptactva nebo slepic.

V TK-II o pauze jednou terapeut Jarďa s klientem Vendou začali věrohodně napodobovat a zpívat písně Michala Davida. Honza pak zavzpomínal, jak na to „balil holky.“

Ve TK-III jsme jako významný faktor zaznamenali **oceňování terapeutek za péči s vytvořením zábavy** nad rámec klasického zátěžového programu (viz 7.1. Popis konkrétních programů).

V TK-III při závěrečné hostině vyjadřovali klienti terapeutkám vděčnost, že si cení, co pro ně terapeutky připravily. Obdivovali hlavně terapeutku Janu a její tančení jako čarodějnice; v rozhovoru obdiv popisovali dva klienti ze čtyř; Matěj řekl, že od zátěžového programu vidí terapeutku Janu jako „*strašně vyrovnanou ženskou*.“

Přímo na vztah k terapeutům jsme se ptali i v rozhovorech, otázka byla ale po TK-I pozměněna (viz 6.2. Tvorba dat).

V TK-I vnímali vztah k terapeutům z programu stejně všichni čtyři klienti. Zaměříme-li se na další dvě TK (tedy v rozhovorech celkem osm klientů), tak jako stejný popisovali vztah dvě klientky; čtyři klienti popisovali změnu ve vztahu, kdy se k naprosté většině terapeutů cítili být blíže. Čtyři klienti komentovali určité aspekty jednotlivých terapeutů, které díky zátěžovému programu blíže poznali.

„Takže rozdíl, když vezmu někoho z terapeutů,“ popisoval pocit bližšího vztahu Kryštof, v porovnání *„s /jiným terapeutem z TK/, v podstatě k němu mám blízko, ale nezažil jsem s ním nic jiného, než že s ním sedím u oběda tady v kruhu, hodím s ním pokec dole na téčkárně, ale furt je v tom svém, já kdybych to přirovnal, tak je furt v kanceláři. /.../ Tak já vnímám /terapeutky/ Janu s Luckou trošku jinak. Mám s nima zážitek.“*

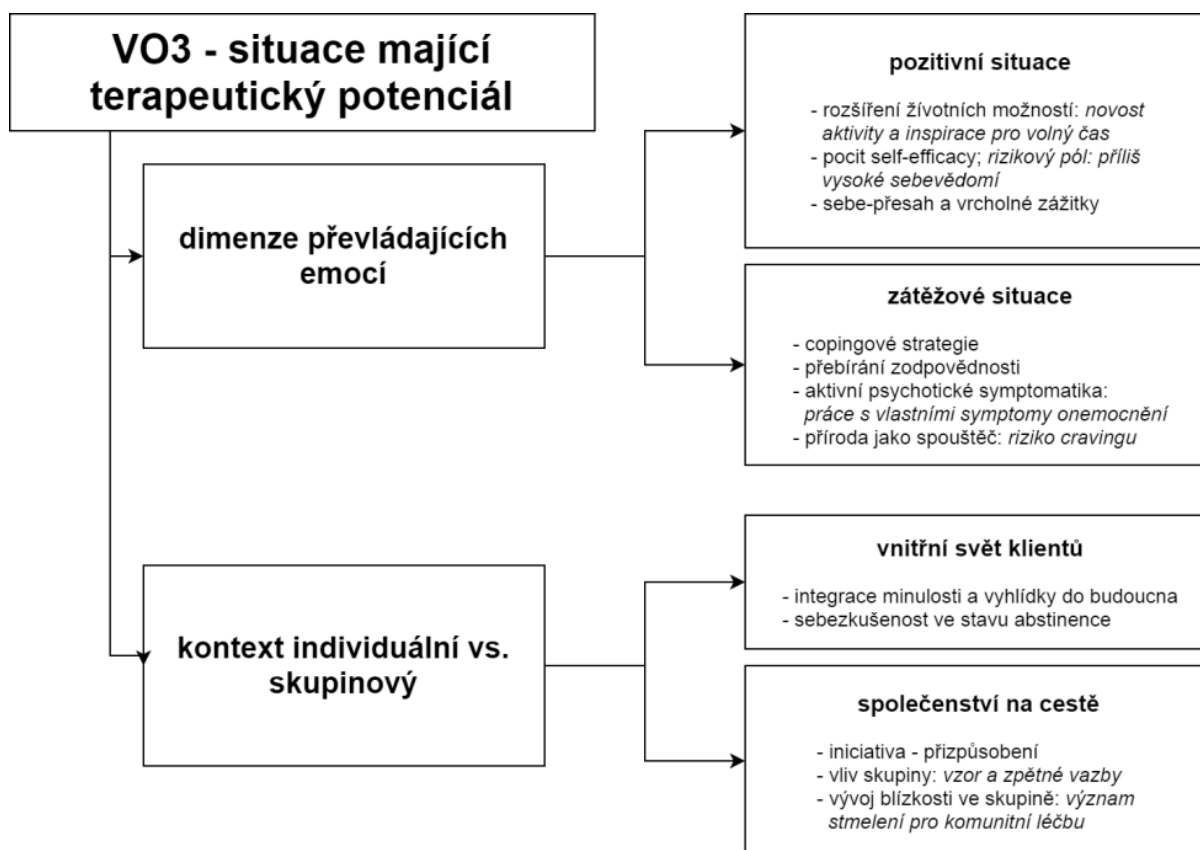
11.INTERPRETACE VO-3: SITUACE MAJÍCÍ TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL V ZÁTĚŽOVÝCH TURISTICKÝCH PROGRAMECH

Situace mající terapeutický potenciál jsme na základě analýzy rozdělili do čtyř skupin:

1. pozitivní situace;
2. zátěžové situace;
3. vnitřní svět klientů;
4. společenství na cestě.

Přitom dvě a dvě kategorie jsou k sobě v podstatě komplementární. Kategorie pozitivních a zátěžových situací jsou k sobě doplňkové z hlediska převahy prožívání pozitivního u pozitivních situací a negativního u těch zátěžových. Kategorie vnitřní svět klientů je pólem zkušenosti individuální, zatímco druhý pól skupinové zkušenosti tvoří společenství na cestě. Jejich jasné rozdělování a určování dimenze tak, jak je popíšeme v textu, je značně zjednodušující; přesto se jej v tomto textu podržíme, protože tak zvýšíme přehlednost textu.

Stručný přehled dalšího popisu poskytne i graf č. 6, který následující oddíl znázorňuje.



Graf č. 6: situace mající terapeutický potenciál v zátěžových turistických programech

11.1. DIMENZE PŘEVLÁDAJÍCÍCH EMOCÍ

Dle převahy emocí nyní popíšeme kategorii pozitivní situace, kde převládají pozitivní emoce, a zátěžové situace, kde je větší podíl i emocí negativních.

11.1.1. Pozitivní situace

Do pozitivních situací řadíme momenty, kdy se klienti baví, dočerpávají energii a zažívají převážně pozitivní emoce: radost, klid, štěstí, spokojenost atp. Jedná se o kategorii, která v sobě implicitně zahrnuje zážitky, jak jsme je popsali v první výzkumné otázce - nyní se tedy k této kategorii vracíme a uchopujeme ji z hlediska terapeutického potenciálu těchto situací.

Jak tedy popíšeme dále, terapeutickým potenciálem pozitivních situací je:

1. rozšíření životních možností;
2. prožívání self-efficacy;
3. prožívání okamžiků sebe-přesahu až vrcholných zážitků.

Rozšíření životních možností

Kategorii rozšíření životních možností vnímáme jako potenciál zátěžového programu ukázat nebo připomenout klientům, jak lze trávit čas.

Pro některé klienty, kteří ve svém životě nezažívali turistické akce, někdy ani výlety nebo tábory v dětství, je zátěžový turistický program něco zcela nového. V rozhovorech takto popisují program 4 klienti.

„Pro mě to jsou nové zážitky, který jsem ani neměl,“ popisuje Zbyněk *„Když jsem naposledy měl takovej zážitek, tak to si pamatuju v dětství. Jo, to je asi v šesti letech. Jinak výlety, výlety na hrady, zámky nebo stanování, to jsem vůbec neprožíval.“*

Podobně popisuje Matěj: *„Já jsem nikdy předtím nikde nestanoval, nebo že jsem nešel s těžkou krosnou na zádech určitě počet kilometrů.“*

Program může být nabídkou klientům **promýšlet vlastní realizaci obdobných aktivit** v budoucnosti. Líbil-li se jim program, mohou jej vnímat jako inspiraci, případně mají-li s turistickými akcemi více zkušeností vlastních, program může být prostorem k detailnímu promýšlení a konkrétnímu plánování. Vyjádření záměru podnikat podobné aktivity v budoucnu uvedlo devět z dvanácti klientů v rozhovorech. (Na tento aspekt v souvislosti s dosavadními turistickými zkušenostmi klientů se zaměřujeme i v první výzkumné otázce.)

Klienti se ale mohou nechat **inspirovat i aktivitami, prožitky či setkáními netvořící jádro programu**, ale pro klienty z jakéhokoliv důvodu významnými.

Inspirovat aktivitou se mohli klienti v TK-I druhý večer, kdy jsme stanovali v obci a Jonáš zařídil vypůjčení míče a inicioval hraní volejbalu, do kterého se zapojila většina komunity.

Důležitým setkáním bylo pro Kryštofa a Jáchyma z TK-III náhodné setkání s Terezou, mladou ženou, která stanovala poslední večer programu na stejném místě a zapojila se do večerního programu (jak jsme jej popsali v části 7.1. Popis konkrétních programů). Kryštofa Tereza inspirovala k tomu, že turistické aktivity by mohl v budoucnu provozovat i sám, jak popisoval zpětně v rozhovoru. Jáchym zase povídání s Terezou vnímal jako setkání s inspirující ženou, dodávající mu naději, že by mohl v budoucnu najít partnerku, s kterou by si rozuměl – Jáchym o setkání následně spontánně vyprávěl. V poslední době, po rozvodu se svou bývalou ženou, byl k tomu značně skeptický. Jako problém popisoval své zájmy, které hodnotil jako netradiční, právě s Terezou ale o jednom z nich živě diskutoval (o historii starověkého Egypta). Další klienti Jáchymovi srdečný rozhovor překvapeně přáli; následně pak historku zaznamenali do deníku z programu s poznámkou *„vůbec jsme se nedivili, že si mají co říct.“*

„Volnočasový“ program může vést k **přemýšlení o koníčcích do budoucna obecně**; navíc klienti, kterým se program spíše nelíbil, se mohou **oproti programu vymezovat vlastními koníčky** a způsobem trávení volného času.

Vymezení se vlastními koníčky jsme zaznamenali v rozhovoru u Emila, když popisoval: *„Já mám jiný zájem, chodím do posilovny, nebo přes švihadlo, sporty, ale takhle chodění ne.“* Ve stejném duchu Adam po cestě výzkumnici popisoval, že turistický program ho nebaví, plánuje si ale koupit kolo a také příští rok využít možnosti jet s novými klienty TK na zátěžový program na běžkách.

Všechny volnočasové aktivity jsou následně **klíčové pro udržení abstinence**; jako spouštěcí faktor myšlenek na drogy popsal Vojta po cestě výzkumnici nudu; Zuzka a David v rozhovorech popisovali inspiraci programem přímo jako posílení motivace abstinovat.

„Dřív jsem měl takový pocit,“ říkal David, *„že nevím, co budu dělat celý život, a že se budu nudit, že budu mít prázdný život, a tohle mi přišlo jako cesta. Že bych moh na výlety někam, chodit, /.../ mi to dodalo taky naději, zjistil jsem, že mě to baví, že mi to dělá dobře.“*

Zuzka popisovala: *„Že jsem si uvědomila, že brání drog je naprd, že lepší se jít projít, takhle někam do přírody, než brát ty drogy,“* protože, jak vysvětluje dále, *„když bereš ty drogy, tak ani nechceš poznávat nové věci, a že chceš jenom – nevím co chceš, ale poznávat nové věci moc ne. A teď kon, když jsem čistá, tak vidím, že bych chtěla poznávat nové věci.“*

Self-efficacy

Vnímají-li klienti náročnost programu jako nadstandardní, zároveň ale zpětně zvládnuté, může tento zážitek vést ke **zvýšenému pocitu self-efficacy** (vnímání vlastní účinnosti). Toto jako přínos reflektovalo v rozhovorech 6 klientů, u dalších 5 klientů, se kterými nebyl proveden rozhovor, jsme zaznamenali takový popis spontánně ke konci programu ve výzkumném deníku (detailněji tento koncept rozpracováváme v první výzkumné otázce – klienti vnímající program jako *zátěžovku*).

Opačným, **rizikovým pólem** self-efficacy je ale získání **příliš vysokého sebevědomí**. Potenciál k této stránce jsme zaznamenali a popsali u dvou klientů, pro které program nadstandardně náročný nebyl (detailněji popisujeme v první výzkumné otázce – klienti vnímající program jako *zážitkovku*).

Sebe-přesah a vrcholné zážitky

Je-li program v kongruenci s klientem, může v přírodě navíc zažívat okamžiky **sebe-přesahu** či **vnímání spirituality**, které mohou být výjimečně až v rozsahu **vrcholných zážitků**, jak je popsal Maslow.

Pocit při kontaktu s přírodou, „*blízko Bohu*“, popisoval výzkumnici Jáchym, když se spolu bavili po cestě. Hanka zase po cestě říkala, že je až překvapená, jak si program užívá, a v přírodě se cítí „*vážně šťastná*.“

Za vrcholný zážitek považujeme prožitek Vendy, který po cestě zpíval několik, z hlediska výzkumnice krásných, spontánně vymyšlených písní o tom, jak on je malý a Bůh je velký. S terapeutem Jardou tuto zkušenost poté sdílel, že mu to najednou šlo samo na jazyk, přišlo to k němu.

11.1.2. Zátěžové situace

Za zátěžové situace považujeme situace vnímané klienty jako náročné či obtížné, primárně související s chůzí se zátěží a nocováním pod stany. Významné jsou ale i nečekané situace, vznikající v rámci pobytu v přírodě, jako je nevlídné počasí a potíže s nalezením či horší kvalitou vody a místa na nocování. Z hlediska klientely programů jsou klíčovými náročnými momenty i situace, kdy dochází k setkání se spouštěči návykového chování.

Nečekané situace v rámci pobytu v přírodě jsme zaznamenávali výrazně častěji v TK-II – program byl takto záměrně plánovaný, respektive neplánovaný, aby ani terapeuti neznali dopředu prostředí. Navíc díky vyšší nadmořské výšce zde byly časté prudké změny počasí, bouřky a silné deště. V TK-I a TK-III terapeuti dopředu znali prostředí, měli jsme i „šťěstí“ na počasí: ani jednou nepršelo. V těchto komunitách ale zase častěji docházelo k setkání se spouštěči návykového chování.

Za určité osobní výzvy považujeme zátěžové momenty pouze z hlediska jednotlivců.

Zařadit sem můžeme Zuzčin strach z výšek v lokalitě Velké Fatry, Adamův strach z klíšťat nebo Aniččinu nespavost na základě vysazení medikace těsně před programem.

V dalším textu detailněji uvedeme námi zanalyzovaný terapeutický potenciál těchto situací:

1. posilování adaptivních copingových strategií a uvědomění podnětů vyvolávajících ty neadaptivní;
2. přebírání zodpovědnosti za události na programu a tím i potažmo za svůj život;
3. příroda jako spouštěč návykového chování;
4. práce s aktivní psychotickou symptomatikou.

Copingové strategie

Terapeutickým potenciálem negativních situací je aktivní posilování a **rozšiřování spektra adaptivních copingových strategií** a možnost postihnout podněty, které pravděpodobněji vyvolávají **tendence k neadaptivním** copingovým strategiím.

Velmi významná je vzájemnost mezi klienty, ať už u adaptivních strategií v pomoci, tak u těch neadaptivních v jejím opaku. Výraznou pomocí může být rovněž nabízení strategií terapeuty, případně jejich přímé vedení (viz předchozí výzkumná otázka). Vzájemnost mezi klienty i terapeuty jsme registrovali napříč jednotlivými kategoriemi; v následujících příkladech bude tento aspekt také patrný.

Z neadaptivních je pro tuto klientelu klíčové umět se **vyhnout užívání návykových látek**, které v nich zároveň ale vyvolávají velké pokušení. Náročné jsou v tomto situace přímého setkání se spouštěči, jak jsme uvedli v úvodu. Dva klienti uvedli, že si na základě programu uvědomili, že pociťují silnější touhu po droze, jsou-li unavení či vyčerpaní; jeden klient zmiňoval jako spouštěcí faktor nudu.

Z **adaptivních** jsme zaznamenali: práci s časovou perspektivou a nadějí, využití humoru, odvedení pozornosti, aktivní činění, přerámování situace, akceptaci nezměnitelného, trénink chování abstinenta a podporu. Poslední kategorie, podpora, je zároveň v rámci copingových strategií nejčastěji přímo pojmenovávanou kategorií klienty v rozhovorech (zmiňuje ji pět klientů), a nejčastěji námi zaznamenávanou ve výzkumném deníku.

Práce s časovou perspektivou a nadějí – Alena se druhý den programu na večerním rituálu děkování TK-I vyjádřila: „*Mě to nepouští, já děkuju zas za to, že jsme blíž úterý.*“ Toto můžeme interpretovat jako přijetí a rozvinutí nabídnutého principu terapeutem Petrem, který Aleně na začátku programu řekl: „*neboj, každá cesta je jednou naposled,*“ (zmiňujeme i v předchozí výzkumné otázce).

Využití humoru – s TK-I jsme přišli k prameni, kde jsme očekávali čistou vodu. Ve vodě ale plavaly různé nečistoty, úlomky jehličí a listí. Po chvilce zaraženého mlčení začali klienti vodu čepovat a s plnými lahvemi sledovat, jak nečistoty plují nahoru a dolů. Komentovali, že je to pravý „ionťák.“

Odvedení pozornosti – s TK-III jsme procházeli kolem rozkvetlého makového pole. Tuto informaci Ivan v roli šéfa akce dopředu avizoval. Nabídl ostatním podporu a Ondru kolem pole doprovázel. Instruoval ho, ať se dívá na zem a říká mu, co tam vidí.

Aktivní činění – klient Jindra byl nucen počkat na dalšího klienta poblíž „feťáka“, což v něm vyvolalo bažení (popsali jsme i v přechozí výzkumné otázce z hlediska poskytování intervence terapie). V průběhu následujícího volného podvečera, jak Jindra popsal v rozhovoru, „*jsem se zapojoval, povídal jsem si s ostatními, zahrál jsem si tam ten volejbal, a zase to přešlo, takže vrátilo mě to na chvíli, ale vim, jak s tím pracovat – ne se v tom utápět jako dřív, a jít si dát třeba – prostě dělat něco, co tě baví.*“

Přerámování situace – snaha zaměřit se na pozitivní stránku něčeho nepříjemného byla patrná u Vojty, kterému se kvůli nahrnutým ponožkám po prvním dnu cesty vytvořily velké puchýře. Vojta toto na jedné z večerních skupin komentoval, že je naštvaný. Dodal ale, že to asi tak má být, aby měl větší zátěž.

Akceptace nezměnitelného – Otu po celé cestě bolelo koleno. Na jedné z večerních skupin řekl, že se mu jde dobře právě až na bolest v koleni. To si ale v minulosti poškodil sám, nemůže za to nikoho obviňovat.

Trénink chování abstinenta – v situacích, kdy je běžné pít alkohol, např. v restauraci či v občerstvení, klienti trénovali nealkoholické varianty. Trénink může být v různé míře v kongruenci s klientem; Jindra např. požádal dalšího klienta, „*vyfoť mě s tou kofolou, to je docela nezvyk.*“ A pak snímek okomentoval, že „*ale jo, jde to.*“ Kryštof popisoval v rozhovoru naštvání, že „*všichni tam chlemtaj vychlazeného zrzka, a já si tam nesu kofolu. Co to je?*“

Z hlediska „dobré“ vůle ostatních je třeba umět nabídku alkoholu asertivně odmítat. To zažily klientky TK-II večer, kdy jsme neplánovaně nocovali u místního pastevece ovcí, a pastevec jim v družném hovoru opakovaně nabízel vlastní pálenku.

Podpora – v jejímž rámci vnímáme ještě další dvě důležité dimenze:

1. Umět požádat o podporu či přijmout nabízenou – a po poskytnutí umět vyjádřit vděčnost či jiným způsobem službu oplatit; umět nabídnout podporu jedincům v daném momentu „slabším.“
2. Podpora způsobem instrumentálním či emocionálním.

Příkladem cyklu nabídnuté – přijmuté – vrácené instrumentální podpory tak, jak jsme popsali výše, byl Jonáš, který místo odpočinku sešel zpět část kopce, aby vzal nahoru Aleně batoh – ta nadšeně děkovala, že je Jonáš její „*princ.*“ Později to odpoledne Alena Jonáše houpala na dětské houpačce, Jonáš měl nohy nahore, smál se a volal: „*Koukejte, já nic nedělám, Alena mě houpe.*“

Emocionální podporu od Aleše v závěru ocenila Irena, když na ní častokrát jen mrkl a povídal, „*Dobrý, Ireno.*“ Klientka Radka zase čekala a doprovázela toho, kdo jde poslední, aby nešel sám.

Přebírání zodpovědnosti

Zátěžových situací a cest k jejich zvládnutí je mnoho. Významné je ale i učení se preventivně předcházet potížím, z hlediska uvědomování si příčin a následků a **přebírání zodpovědnosti za události na programu**, přeneseně i za svůj život. Z tohoto hlediska jsou nápomocní i terapeuti (viz předchozí výzkumná otázka).

Vzhledem k programu v přírodě a nutnosti nést si vše s sebou je tento proces názorně zachytitelný především v kontextu **péče o vlastní majetek a stravu**.

Adam si například nevezal s sebou karimatku, protože usoudil, že je moc velká a do batohu se mu nevejde. První večer si zkusil lehnout na podlažku stanu a potom pro srovnání na karimatku svého spolubydlícího, a komentoval: „*Dobrá karimatka vole, proč jí nemám?*“

Z hlediska stravy byly nejvýraznější momenty v TK-II, kde po opuštění ČR nebylo možné cokoli dokoupit. Přesto Mirek nechal dvě krabice džusu, které si koupil, na autobusovém nádraží; Zuzka v autobusu zapoměla jeden bochník chleba; Anička ještě ten den někde nechala láhev na vodu. Klientovi Alešovi zase v polovině programu došly všechny sušenky a další drobné svačinky – všechny je snědl.

V rámci výzkumného deníku jsme zaznamenali několik situací **reflektování principu příčin a důsledků klienty v průběhu cesty**.

Např. komentář Štěpána k terapeutovi Filipovi: „*Filipe, to je blbý, jdem moc dlouho z kopce. To pak bude zase do kopce, už to znám.*“ A později: „*To mi trvalo na to přijít dva dny.*“ Terapeut Filip reagoval, že: „*Paráda, někdo na to nepřijde za celý život, tos na to přišel rychle.*“

Stejně tak Hanka, když popisovala do deníku komunity své prožitky z cesty, napsala: „*Čím větší námaha, tím větší odměna, když to zvládnou. A myslím, že takhle je to i v životě.*“

V širším pojetí nejde ale jen o to, vnímat situace z hlediska příčin a jejich následků, ale také být **vytrvalý**, umět pro sebe **plánovat přiměřeně velké kroky** a jich se potom držet.

Dan jako nejdůležitější v rozhovoru popisuje vytrvalost a dostání plánu, „*že jsme měli naplánovanou nějakou cestu, měli jsme naplánovaný, kde budem rozbít tábory, a že jsme se snažili splnit, co jsme si naplánovali.*“ Metaforicky přirovnává cestu na program k léčbě, „*protože léčba je taky cesta, kterou jsme se, jako po té cestě vydali, takže to je to, tady je taky nějaká dlouhodobá cesta. /.../ A chceme jí dojít, nechceme někde ztroskotat.*“

Z hlediska plánování přiměřeně velkých kroků můžeme zmínit Matěje, který byl v léčbě teprve tři týdny a před programem se rozhodl, že přestane kouřit a cigarety si s sebou nevezal. Program byl pro Matěje náročný, uvažoval i o ukončení léčby (což uvedl zpětně v rozhovoru s výzkumníci). Terapeutky v jedné z večerních skupin ocenily jeho záměr a snahu nekouřit, ale zároveň mu na konci druhého dne doporučily, kdy opravdu nekouřil, ať s kouřením teď nepřestává – je toho moc najednou.

Aktivní psychotická symptomatika

Specifickou kategorií na pomezí vnitřního světa klientů, jak ho popíšeme dále, a zátěžových situací byly pro tři klienty TK-II **aktivní psychotické symptomy** (sluchové a zrakové halucinace s náhledem), které se na programu zhoršily.

Tito klienti byli v rámci večerních skupin a mimořádných skupin po cestě vedení terapie k tomu, aby si uvědomovali propojení symptomů s událostmi v programu, a aby aktivně hledali, co jim ke zmírnění symptomů pomáhá. Obecně zdůrazňovaným principem bylo uvědomění si vlivu vyšší zátěže a často ustupování hlasů, pokud je klient nerozvádí, a naopak navazuje hovor s dalšími lidmi. Terapeuti klienty vedli rovněž ke vzájemné podpoře ve skupině a umět si o podporu říct.

Ukázkou specifického zátěžového faktoru spouštějícího symptomatiku bylo vedení Hanky terapeutkou Evou k nalezení rozdílu mezi právě absolvovaným zátěžovým programem, kde se hlasy objevily a třídní turistickou akcí, kde hlasy neměla. Hanka nakonec přišla na to, že hlasy mohou souviset s pobytem v horách, protože z výšek má strach.

Hanka a David v rozhovorech popisovali, že rozvoj „hlasů“ je i něčím, v čem jim program uškodil. David ale dál v pozitivním smyslu pokračoval, že *„asi to není dobrý s téma hlasama chodit sám, a začít, lepší být s někým. Protože pak se ti to rozjede a povídáš si. A snažil jsem se tam sblížit se spíš s lidma, a utíkal jsem od toho, samoty a hlasů. A ono se říká, tady jsem se to dozvěděl, že to může být i z té zátěže, tak právě, jsem chodil za lidma, a díky tomu jsem se víc sblížil i.“*

Příroda jako spouštěč

Rizikovým faktorem situací i pozitivních může být paradoxně vyvolání bažení po návykových látkách; u čtyř klientů na základě pozorování i rozhovorů jsme zaznamenali, že **užívání návykových látek bylo spojené s pobytem v přírodě** a sama příroda proto může být asociací, spouštěčem, pro vyvolání těchto zážitků a bažení. Současně je to ale něčím, co je důležité překonat a tuto asociaci nahradit něčím adaptivnějším, pokud mají klienti dále abstinovat.

Výstižným příkladem je popis Kryštofa při rozhovoru, kdy vzpomínal, jak si večer u ohně vybavil zážitky, kdy „v podstatě jsem byl bezdomovec, ve stanu, měli jsme postavenou stanovou osadu, kde jsme vařili drogy, zakopány uprostřed lesa, oheň velké, fakt takový toxický indiáni.“ Kryštof si sám v danou chvíli uvědomoval, že tyto vzpomínky jsou nebezpečné a snažil se je na programu nerozvíjet, zároveň ale v rozhovoru dodával: „i když tohlecko mě třeba bavilo, ten život. Já nebudu říkat, že ne. Mělo to obrovský kouzlo, ta svoboda, nespoutanost, teď ještě když jsme každéj byli zalezlý u sebe, vařili drogy, každéj měl svůj svět v hlavě, fakt démoni, mělo to svý kouzlo. Bylo to hrozně krásný, bezstarostný, žádný povinnosti, jenom jsme si užívali, dělali blbosti v tom lese, třeba jsme organizovali hon na jelena. Vzali jsme si, udělali jsme si oštěpy, a věděli jsme, že v tom lese jsou srnky a jelen, takže tam banda feťáků proháněla jelena.“

11.2. KONTEXT INDIVIUÁLNÍ VS. SKUPINOVÝ

Z hlediska kontextu terapeuticky významných situací jsme zaznamenali takové, pro něž byl významným faktorem skupinový kontext; tyto situace shrneme pod kategorii společenství na cestě. Naopak, pro jiné situace byla klíčovou možností být po cestě sám; tyto situace spadají pod kategorii vnitřní svět klientů.

11.2.1. Vnitřní svět klientů

Vnitřní svět klientů odkazuje na vnitřní prožitkové pochody klientů, které mohou v rámci terapeutických skupin či s jednotlivými terapeuty a klienty sdílet. Je to ale oblast primárně intimní, skrytá.

Na základě výzkumného deníku a rozhovorů jsme zaznamenali vnitřní pochody u 8 klientů. Z jedné strany můžeme namítnout, že probíhají automaticky nezávisle na prostředí, tzn. i v běžném chodu TK a kdekoliv jinde. Z druhé strany polovina těchto klientů reflektovala, že na programu jsou pro ně vnitřní procesy jiné nebo něčím specifické.

„Tady v té uzavřené místnosti moc nepřemýšlíme,“ řekla Hanka, „tam venku se nad tím dá líp přemýšlet, protože jsi venku, tak se ti líp určitě přemýšlí.“

Přímou podporou této oblasti byly večerní skupiny a přístupnost terapeutů k individuálním konzultacím, speciálně v TK-III potom zařazení do programu večerních imaginací (viz výzkumná otázka 2).

V rámci této kategorie jsme registrovali dva okruhy: 1. snahu klientů integrovat svou minulost a případně přemýšlet o vyhlídkách do budoucna; 2. nové prožitky sebe ve stavu abstinence.

Integrace minulosti a vyhlídky do budoucna

V rámci této kategorie jsme nejčastěji registrovali **snahu klientů o integraci minulosti** – její rekapitulaci a vyrovnání se s ní, případně **přemýšlení o vyhlídkách do budoucna**.

Integrace může **vést ke katarzi**, je-li minulost pro klienta přijatelná a zpracovatelná tak, jak je. Toto jsme zaregistrovali u jedné klientky.

„Hodně silný tam pro mě bylo moje přemýšlení si nad svejma věcmi, nad svojí minulostí,“ popisovala Alena, a *„nejednou ze mě spadlo, taková ta tíha z toho, a nadšení, a člověk si nad tím dokáže přemýšlet sám, a dá se to nějak srovnávat v hlavě, a třídit. A nepříjde mi to jako tak velkej problém, jako jsem to viděla předtím.“*

Není-li minulost integrovaná, mohou klienti přemýšlení o minulosti vnímat jako negativní ve smyslu vynořování **nepříjemných myšlenek a prožitků**. To popsali tři klienti v rozhovorech.

Ota v průběhu programu řekl, že je mu smutno, protože program mu připomíná akce, na které chodívali s kamarádem. V rozhovoru se k tomu vyjádřil, že *„stáhnul mě /zátěžový program/ určité zpátky k myšlenkám na zesnulýho kamaráda, se kterým jsme chodili na tyhle poutě.“*

Případně může klient část minulosti vnímat jako **neuzavřený gestalt**, a mít potřebu se k němu ještě vrátit, jak popisoval v rozhovoru jeden klient.

„Otevřela se mi jedna stará rána, protože se mi na puťáku furt zdál sen, já jsem adoptovaný, a zdál se mi sen o dětském domově, celej puťák, a o sourozencích, který nevím kde mám, a prostě se mi to znovu otevřelo, chtěl bych to zjišťovat, a přinést do programu na skupině. Tady to se mi otevře, vždycky když jsme někde pryč /mimo TK/,“ popisoval Jonáš a dodával, že mu to ukázalo, *„že to nemám pořád vyřešený, jak jsem si myslel, jsem si chtěl nalhat, a že je pro mě důležitý to vědět, znát odpovědi na moje otázky, který mám. Proč se to tenkrát stalo – všechny tady ty otázky.“*

Sebezkušenost ve stavu abstinence

Klienti mohou dospět i k **novým prožitkům sebe ve stavu abstinence**, jak zmiňovali dva klienti – David v rozhovoru a Bára v průběhu cesty.

David popisoval, že si místy připadal, „*jak kdyby mě někdo zřetoval, a /.../ to jsem taky tam řešil, a tak jsem přišel na to, s /terapeutkou/ Evou jsem se tam o tom bavil, že to je právě tohle, že jsem se neznal, že jsem si myslel, že to jsou drogy, a přitom jsem to byl já.*“

11.2.2. Společenství na cestě

Jak je zřejmé již z předchozích odstavců, terapeutický potenciál mnoha situací není něco svébytného samo o sobě; je spíše vytvářený či modifikovaný sociálním aspektem. Nyní se právě na něj zaměříme a popíšeme:

1. kontinuum přizpůsobení se – iniciativu;
2. vzájemnou možnost ovlivňování se ve skupině;
3. vývoj pocitu blízkosti v terapeutické skupině klientů v kontextu programu.

Iniciativa – přizpůsobivost

V rámci organizace programu dochází automaticky k situacím, kdy je na klienty kladen požadavek, aby se **uměli přizpůsobit skupině**, i když sami by preferovali něco jiného.

Když se mračna začala stahovat k bouřce, bylo s TK-II domluveno, že postavíme stany na nejbližším vhodném místě – ve výsledku na hrbolaté louce poseté kravinci. Umět se přizpůsobit musela v ten moment Hanka, která zpětně v rozhovoru popisovala, „*jak tam byly ty lejna, tak z toho jsem byla dost hotová, protože se mi to dotklo, vůbec se mi tam dobře nespalo, a museli jsme.*“

Naopak, klienti mají často příležitost nebo jsou k tomu přímo terapeuty motivováni, aby **byli iniciativní**. Přitom míra a zaměření očekávané iniciativy je v jednotlivých programech mírně rozdílná z hlediska jejich základního konceptu (viz 7.1. Popis konkrétních programů).

Iniciativitu zakotvenou v roli jsme vnímali v TK-III u Ivana, který měl organizaci akce na starost; někteří další klienti ale Ivanovi pomáhali s plánováním trasy a držení hranic (např. doby ranního odchodu) – za což byl Ivan zpravidla vděčný a sám si o tuto formu pomoci řekl ve večerní skupině.

Jak jsme zmínili výše, terapeuti místy vybízeli klienty k vyšší iniciativě – příkladem může být situace, kdy se Aleš v obavě, aby se Ireně docházející mezi posledními něco nestalo, zeptal terapeuta Jarde, jestli by poslední neměl chodit vždy někdo z terapeutů. Jarda mu odpověděl, že si cení jeho zájmu o Irenu a potvrdil, že riziko zranění zde opravdu je, nicméně klienti si musí uvědomit, že terapeuti neznají prostředí

lépe než klienti a nemohou být všude: metaforicky jsou zde opravdu všichni na jedné lodi. Je potřeba, aby se všichni o sebe starali navzájem.

Vzájemný vliv skupiny

Klienti se mohou navzájem **ovlivňovat svým chováním**, a to jak žádoucím, tak nežádoucím způsobem.

Žádoucím způsobem na sebe klienti mohou **působit jako vzor** v určitých pozitivních rysech.

David v rozhovoru říkal, že ve srovnání s ním „někdo, Anička třeba, byla – vytrvalejší mi přišla. /.../ Já jsem musel zastavovat, oni to vyšlápli celý.“ Nebo Alena poslední den cesty poprosila Jáchyma, aby jí vzal stan, pak se ale rozmyslela: zkusí stan nést, protože Radka ho nesla celý předchozí den také sama, a s Jáchymem se domluvila, že ho požádá, až když velkou zátěž nebude zvládat.

Nežádoucím způsobem se mohou klienti vzájemně **stahovat** zejména k neadaptivním způsobům chování zažitým z dřívějšíka – potencionálně užíváním, v mírnější formě vyvoláváním **fantazií o užívání návykových látek**.

Vzájemnou podporu v rozvíjení fantazií o návykovém chování jsme zaznamenali v TK-III, kdy skupinka klientů v jednu chvíli po cestě zahájila diskusi. Jeden klient řekl, že by teď hrozně rád šel „na jedno,“ další klienti se přidali popisem chuti piva, v teplém letním dni ještě vychlazeného, a začali jeden přes druhého nadsazovat, že by si piv dali i víc.

Klienti si mohou **poskytovat zpětnou vazbu** a reflektovat své chování, buď opsáním chování verbálně, tak jak jsme to zaznamenali u terapeutů směrem ke klientům, nebo vyjádřením postoje a reaktivním chováním. Tyto reflexe mohou být jak pozitivní, tak negativní.

Anička v rozhovoru popsala, že na zátěžovém programu „se právě ukáže hodně skrytých – věcí, se tam vypíchne hodně vlastností lidí, a člověk si toho všimne, a dá se s tím něco dělat. Buďto – jsou to špatný vlastnosti nebo dobrý. /.../ A, většinou někdo byl, dostanou kouř, /.../ že špatný vlastnosti tam nejsou moc vítány. Že se to vždycky ukáže.“

Vývoj blízkosti ve skupině

Devět klientů (tzn. dvě třetiny) se v rozhovorech vyjádřilo k pocitu **blízkosti k terapeutické skupině klientů** a k jejímu vývoji v souvislosti s absolvováním zátěžového programu.

Jedna klientka popisovala **pocit větší vzdálenosti** od klientů v souvislosti s absolvováním programem a uvedla to pro sebe i jako jeho negativní dopad.

„Mě to tady od té doby tolik nebaví. – Ale dívám se na to jak si nerozumím s těmi lidmi. Jsem z toho docela, možná mě to trošku uzavřelo. Do sebe,“ komentovala Anička. Takový pocit měla i předtím v TK, *„ale tam se mi to víc ukázalo.“*

Osm klientů naopak vnímá ve skupině vyšší úroveň **stmelení, blízkosti, soudržnosti nebo lidskosti**.

„Pro mě byla asi důležitá ta soudržnost, že si dokážeme dát podporu, že si dokážeme pomoci, když chceme. To pro mě bylo asi nejdůležitější,“ popisoval Jáchym.

V rozhovorech uvedli větší blízkost čtyři klienti v souvislosti s poskytováním vzájemné podpory ve skupině, jeden klient jej spojil se společnými volnočasovými aktivitami. Tyto faktory proto považujeme z hlediska skupinové dynamiky za důležité.

Pocit soudržnosti skupiny může být následně významný z hlediska celé komunitní léčby; klienti se mohou celkově v komunitě cítit bezpečněji, mohou prožívat vyšší důvěru ve skupinu a tyto prožitky následně usnadní terapeutickou práci na sobě.

Matěj popisoval větší pocit bezpečí v komunitě, *„jelikož jsem tu byl necelej měsíc, tak jsem se tu necítil moc dobře, a po tom puťáku se to i zlomilo, celkem, že jsem se tady začal víc cejtít dobře. Mezi těma lidma, sblížilo mě to, s někým.“*

Za nejdůležitější považoval Zbyněk pocit důvěry, *„že jsem se měl o koho opřít, to byli třeba terapeuti nebo spoluklienti, když jsem měl opět těžký chvíle, nebo když ve mě běželo něco špatnýho.“*

David komentoval přínos pro léčbu, že se ve skupině více *„stmelili, tak se tady cejtím líp, to mi pomáhá na sobě víc pracovat, a to, že nemusím řešit tolik blbostí kolem, se můžu zaměřit víc na sebe.“*

12.INTERPRETACE VO-4: HODNOCENÍ ZÁTĚŽOVÝCH PROGRAMŮ OBECNĚ KLIENTY V TK

V následující kapitole popíšeme, jak hodnotí klienti TK zátěžové programy obecně: nejen ty turistické. Připomínáme, jak konkrétněji popisujeme v metodologické části, že data použitá pro tuto otázku obsahují pouze rozhovory s klienty a rovněž způsob jejich zpracování je oproti předchozím třem výzkumným otázkám odlišný; použitou metodou je tematická analýza.

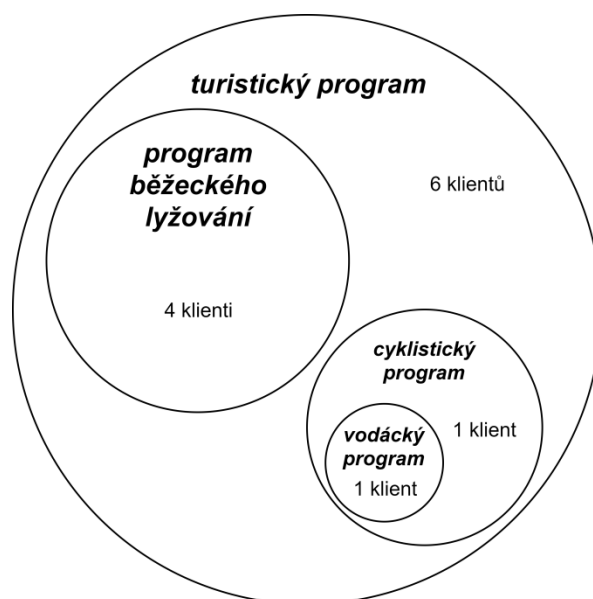
V úvodu nyní popíšeme, jakých typů programů se klienti, se kterými byl proveden rozhovor, zúčastnili. V další části se zaměříme na pozitivní přínosy a rizika nebo nebezpečí programů, jak je vnímali klienti, s explicitní instrukcí hodnotit je z hlediska klientů léčících se pro drogovou závislost v TK. Pozitiva a negativa dále dělíme do několika okruhů, v jejichž kontextu je klienti popisovali.

12.1. TYPY PROGRAMŮ ABSOLVOVANÝCH KLIENTY

Z klientů, se kterými byl proveden rozhovor, zažila z hlediska typu programů polovina pouze **turistický** zátěžový program. Co se týče druhé poloviny klientů, čtyři klienti zažili zátěžový program v **běžeckém lyžování**, dva klienti **cyklistický** zátěžový program a jeden klient **vodácký zátěžový program**.

Specifickým typem turistického zátěžového programu, který zažili tři klienti z rozhovorů v rámci TK-I, byla „*bojovka*.“ Klientům bylo večer znenadání řečeno, ať se připraví „*na ven*“ a po rozdělení do přibližně čtyřčlenných skupinek je terapeuti se zavázanýma očima odvezli mimo TK, dali jim mapu a bez dalších orientačních indicií měli klienti za úkol se vrátit do komunity. Pro většinu ze skupin to znamenalo pochod přes celou noc.

Pro přehlednost uvádíme výše uvedená data v množinovém grafu č.7



Graf 7 – typy programů absolvovaných klienty z rozhovorů (n=12)

12.2. POZITIVA A NEGATIVA PROGRAMŮ

Pozitiva a negativa programů, jak je hodnotí klienti, jsme analyzovali na základě otázek týkajících se potencionálního přínosu programů, jejich rizik a nebezpečí pro klienty léčící se s drogovou závislostí v TK. Výroky klientů dělíme do čtyř významových okruhů z hlediska jejich: 1. fyzické náročnosti; 2. prostředí konání programů mimo TK, resp. v přírodě; 3. zaměření na skupinové procesy; 4. zaměření na vnitřní pochody v klientech v průběhu programu. Přehled našeho dělení uvádíme v tabulce č. 4.

Než přejdeme k popisu jednotlivých okruhů, rádi bychom na základě uvedené tabulky č. 4 vypíchlí, že nejčastěji zmiňovanými tématy klienty jsou téma self-efficacy, potažmo příliš vysokého sebevědomí (6 klientů) a téma nových zážitků (7 klientů). Tyto dva významy zátěžových programů pro klienty podporuje i výpověď klientů, kteří absolvovali více typů programů, ohledně nejpřínosnějšího typu a důvodu jeho volby. Výběr typu programu neuvádíme pro jejich nízkou reprezentativnost (jak vyplývá z grafu č. 7 – klientů je pouze šest). Nicméně z hlediska důvodu jeho volby uvedli tři klienti mezi důvody nejpřínosnějšího programu nejčastěji právě nové zážitky a tři klienti překonanou náročnost, potažmo zvýšení pocitu self-efficacy.

Zuzka při srovnání tří zátěžových programů, kterých se zúčastnila, popisuje překonanou náročnost slovy: „*mi přišly celkem fajn všechny tři, ale asi nejvíc se mi líbila ta třetí, jakože jsem si něco dokázala, že ujdou celých pět dní tolik kilometrů, tak to byl pro mě úplně neskutečný pocit, že bez toho, že bych tam měla, třeba energetický nápoje, a stejně jsem to prostě dala. – Takže to byl pro mě nejhlavnější pocit.*“

„*V těch stanech to bude mít větší význam, protože je to větší takový, víc vrácení do přírody,*“ popisuje Anička o důvodu volbě programu ve smyslu nových zážitků. „*To mi přijde větší změna, a něco nového, a možnost nového dění.*“

Tabulka č. 4: okruhy témat z hlediska hodnocení programů klienty

okruh	témata	počet klientů, kteří se k tématu vztahovali (z celkových 12ti)
FYZICKÁ NÁROČNOST	self-efficacy – vysoké sebevědomí	6
	motivace k léčbě a craving v zátěži	5
	specifika u klientů s přidruženými obtížemi	3
PROSTŘEDÍ MIMO TK, V PŘÍRODĚ	nové zážitky	7
	craving ve venkovním prostředí	3
	rizika ve fyzické rovině	3
	touha po svobodě	1

SKUPINOVÉ PROCESY	vzájemná podpora	2
	poznání členů komunity a zpětná vazba	2
	držení hranic terapeutů	1
VNITŘNÍ POCHODY	nová zkušenost se sebou	1
	reflexe vlastního života	1

12.2.1. Fyzická náročnost

V rámci okruhu fyzická náročnost popíšeme aspekty z rozhovorů s klienty, které souvisí s náročností programů, plynoucí už z pojmenování „zátěžové“ programy. Těmi jsou: kontinuum self-efficacy a příliš vysokého sebevědomí, motivace k léčbě a bažení v kontextu zátěže, a dále specifika náročnosti pro klienty s přidruženými obtížemi – onemocněním psychotického okruhu a trvalými zdravotními obtížemi. K tomuto okruhu se vyjádřilo celkem devět klientů v rozhovorech.

Self-efficacy – vysoké sebevědomí

Fyzickou náročnost programů vnímalo šest klientů **pozitivně ve smyslu self-efficacy**: nalezení své síly ale i jejích hranic, zvýšení sebedůvěry ve vlastní schopnosti nebo trénování vytrvalosti a ověření vlastní soběstačnosti.

Dan popisuje, že zátěžové programy pomáhají ve „zkoušce, že si tam /klienti/ ověřej, že mají sílu na to, to ujit, nebo si můžou vyzkoušet, co v takovém lidském tělu je.“

Ota zdůrazňuje vlastní soběstačnost, „že si člověk zjistí, jestli dokáže přežít jenom sám se sebou, se stanem, a venku.“

Jeden z klientů ale zároveň poukazuje na **riziko příliš vysokého sebevědomí** na základě absolvování programu.

„... už se cejtěj tak silný,“ popisuje Kryštof, „že když zvládli i takovouhle túru, zvládnou i venku obyčejnej život.“

Motivace k léčbě a craving v zátěži

Náročnost ale může být nebezpečná pro klienty, jak čtyři z nich popisují, kteří jsou na začátku léčby nebo celkově mají užívání drogy spojené s fyzickým vyčerpáním.

Program je pro ně potom **příliš velkou výzvou**; vyvolá silné bažení nebo přímo odradí od léčby v TK obecně.

„Někdo snáší tu zátěž líp, někdo míň. Ten, kdo míň, a je čerstvej, ho to může nějak odradit,“ vysvětluje Emil.

Na druhé straně Dan vyjadřuje názor, že náročnost z tohoto hlediska uškodí jenom tomu, kdo **nemá dostatečnou motivaci** k léčbě – učit se zvládat zátěžové situace bez drog považuje právě za jeden z přínosů programů.

„Když se člověk chce léčit, je jasný, že pro to musí něco udělat,“ popisuje. Pokud ale má daný klient nízkou motivaci danou spíše zvnějška – např. kvůli rodičům – tak energii do zátěžového programu investovat nechce a pak *„to může bejt nepříjemný. Myslim si, že to může uškodit těm lidem, prostě uškodí to tomu – kdo se nechce léčit.“*

Specifika u klientů s přidruženými obtížemi

Specifikum dopadu náročnosti je pro klienty s dalším onemocněním či obtížemi. Zátěžové programy v kontextu přidruženého **psychotického okruhu onemocnění** popisuje David.

Jako riziko vnímá celkové fyzické vyčerpání a psychotickou dekompenzaci – z druhé strany popisuje, že klientům s psychotickým okruhem onemocnění může náročnost pomoci *„probrat se trochu,“* protože *„lidi hodně spí, po těch práškách,“* a ukotvit se také více v realitě: *„víc vnímáš ten svět, víc si ho prohlížíš, že tě to dostane zpátky do reality.“*

Dva klienti se pozastavovali nad absolvováním programů klienty, kteří mají **trvalé** (nepsihiatrické) **zdravotní obtíže**.

Tou může být např. poškození kolenního kloubu a jeho bolest při námaze. Z jejich hlediska popisovali Kryštof a Matěj absenci pozitivního dopadu nebo přímo negativní dopad, zúžený na to, aby program tito klienti pouze vydrželi.

12.2.2. Prostředí mimo TK, v přírodě

Do prostředí přírody zahrnujeme oblasti mající přímou souvislost s pobytem klientů mimo chráněné prostředí terapeutické komunity. Jsou jimi nové zážitky, rozvoj cravingu

neboli bažení, rizika ve fyzické rovině a touha po svobodě. K tomuto okruhu se vyjádřilo celkem devět klientů v rozhovorech.

Nové zážitky

Nadpoloviční většina klientů (celkem sedm) popisovala pozitivní dopad zátěžových programů na vznik nových zážitků.

Přitom přeneseně mohou tyto zážitky vytvořit pozitivní zkušenost s nalezením nových koníčků nebo jejich udržením a možností odpočinku. Může to tak vést ke zvýšení motivace k abstinenci, což popisovali dva klienti.

„V tý abstinenci, to pomáhá, nebo mě to pomáhá, si myslím,“ popisuje David, *„že – máš nějakou zábavu, v tom, a můžeš se cejtit dobře i tak. I bez těch drog, když něco děláš. Že ty lidi často neví co dělat, nudí se, a pak začnou brát drogy, a tohle ti třeba ukáže cestu, jakou se vydat.“*

Craving ve venkovním prostředí

Rizikem v prostředí přírody, paradoxně opačným ke zvýšení motivace abstinovat jak jsme popsali v nových zážitcích, může být **rozvoj bažení** v prostředí přírody. To může mít spojitost ať už z hlediska setkání s přímými spouštěči v průběhu programu (makové pole, alkoholické nápoje), tak i z hlediska předchozího spojení přírody, zejména v noci, s užíváním drog. Pro některé klienty, jak uvedl Dan, je zátěžový program i první příležitostí od dětství, kdy zažívají přírodu střízliví.

K možnému rozvoji bažení se vyjadřovali tři klienti; z toho Jindra a Kryštof negativně, Jonáš jej uchopil komplexně i z hlediska možnosti sebepoznání a práce na sobě.

„Můžou bejt nebezpečný v tom, že když jdeme někde v noci, třeba ta bojovka, tak my jsme byli zvyklí fetovat přes noc, jsme nejvíc i pili, můžeme se vracet do vzpomínek, snadněj vrátit do vzpomínek, kdy, vůně nebo teplej vzduch, nebo podnebí zrovna připomene, a můžeme se dostat do nepříjemnýho stavu a úzkosti, a kdybych nebyl upevněnej, tak uteču a začnu,“ popisuje Jonáš riziko. *„No a zároveň je to prospěšný,“* dodává, *„aby si to člověk vyzkoušel, a zároveň je to nebezpečný, ale na druhou stranu, kde jinde to vyzkoušet než tady. – Třeba i zjistíš, jestli budeš moct dělat na noční, nebo ne.“*

Rizika ve fyzické rovině

Dalšími riziky jsou **rizika ve fyzické rovině** plynoucí z povahy programu. Tři klienti vnímali rizika možného zranění nebo jiného přírodního nebezpečí.

Přírodním nebezpečím může být např. výskyt medvědů v dané lokalitě, jak popisuje Zuzka.

Touha po svobodě

Rizikem spojeným s pobytem mimo prostory terapeutické komunity je dle Zbyňka rozvoj touhy po svobodném životě mimo komunitu, což může vést k ukončení léčby.

„Že jsem v léčbě, najednou jsem na svobodě, a začnu dychtit po svobodě. Takže já, sluníčko, my se procházíme venku, a trvá to vrátit se zpátky do komunity, a být zas zavřenej,“ popisuje Zbyněk.

12.2.3. Skupinové procesy

Skupinové procesy jako významný aspekt zátěžových programů popisuje pět klientů. Na základě rozhovorů je dále popisujeme v kontextu vzájemné podpory, poznání členů komunity a možnosti zpětných vazeb, významu držení hranic terapeutů.

Vzájemná podpora

Jako pozitivní dopad popisují dva klienti situace vzájemné podpory, ať už ve smyslu učení se ji poskytovat – jak to v rozhovoru pojmul Jindra, ale i přijímat, jak popisuje Zbyněk.

Prožívaná lidskost může být o to víc v kontrastu s minulými negativními zážitky, jak popisuje Zbyněk, protože *„lidi co třeba žili na ulici, nebo co měli selhání rodiny, co měli špatný dětství, tak si myslím, že prožívaj momenty, který jdou přes srdce, co se týče toho přátelství, spolusouznění, takže určitě to má význam. Dá jim to něco.“*

Poznání členů komunity a zpětné vazby

Další dva klienti zdůrazňují jako přínosné na zátěžových programech poznání vlastností lidí v terapeutické komunitě. Kryštof přitom poznání vlastností spojuje i se sblížením se.

„... sblížit se vzájemně mezi sebou, poznat se z nějaký jiný stránky,“ popisuje Kryštof.

Přitom lepší poznání klientů mezi sebou může poskytnout prostor pro vzájemné zpětné vazby, jak popisuje Anička s Danem. Dan potom dále rozvíjí, že negativní zpětná vazba může být důležitá pro rozvoj sociálních dovedností.

„... když je nějak průser a někdo se tam s někým pošteká, tak si to vyžere ten, kdo je miň v právu. Takže to. Že nás to učí vycházet s lidma, i když to není příjemný,“ vysvětluje Dan.

Držení hranic terapeutů

Pokud by byla komunita jako skupina málo soudržná a byli by zde „zlí klienti,“ jak popisuje Anička, jejich reakce by mohly ublížit méně fyzicky zdatným klientům. Pro skupinu je proto důležité dobré vedení a nastavení hranic terapeutů.

„Zas to závisí na těch lidech, co tam jsou.“ Shrnuje Anička. „A taky na tom vedení. Terapeutech, když už je tam uvolněná morálka, jestli to dokážou ukočírovat, aby to mělo nějaký meze.“

12.2.4. Vnitřní pochody

Do kategorie vnitřní pochody zahrnujeme výroky dvou klientů, pro které je společné vnímání dopadu programu z hlediska práce se sebou samým, rozdělené do nové zkušenosti se sebou a reflexe vlastního života.

Nová zkušenost se sebou

Jindra ukazuje na svém prožitku z bojovky (specifické formy zátěžového turistického programu zmíněného v úvodu této kapitoly), že přínosným může být poznání určitých aspektů sebe ve střízlivém stavu, potažmo jejich srovnání s prožitky „na drogách.“

„Já jsem si zjistil na tý bojovce noční, že jsem byl druhý den unavený tak, /.../ že jsem byl vlastně ve stejném stavu, jako na dojezdech, že to bylo jenom z té fyzický únavy, /.../ házelo mě to do stejných stavů, ta únava. Akorát jeden den mě hodil do stejných stavů jako šest dní na drogách. – Protože na těch drogách vydržíš dýl. A ten stav ti přijde po delší době. Tohle mi přišlo hned druhý den,“ říkal Jindra.

Reflexe vlastního života

Zuzka zase zdůrazňovala možnost na programech přemýšlet o svém životě, protože ve srovnání s běžným chodem v TK mohou být myšlenkové pochody kvalitativně odlišné.

„... nám to hodně pomáhá v tom, abysme si vyvětrali hlavy, a přišli na nějaké věci, nad kterými tady v té uzavřené místnosti moc nepřemýšlíme, tam venku se nad tím dá líp přemýšlet,“ popsala Zuzka.

13.DISKUZE

V této kapitole se zaměříme na několik oblastí v rámci procesu realizace výzkumu, nad nimiž bychom se chtěli kriticky zamyslet: spoluutváření dat, výzkumný vzorek, analýzu dat a jejich interpretaci s ohledem na další výzkumy v dané oblasti. Dále se zaměříme na výstupy výzkumu, které jsou z našeho pohledu nejvýznamnější, a případné náměty k dalšímu zkoumání daného pole.

Vzhledem ke kvalitativní povaze se nejprve zaměříme na význam **spoluutváření dat** našeho výzkumu. Zajisté významnou úlohu v něm má **role a pozice výzkumníka**. V rámci tvorby dat dochází k aktivní interakci výzkumníka s prostředím, tzv. spoluutváření výzkumné situace ovlivněné výzkumníkovým biologickým, kulturně-historickým, sociálním a psychologickým prostředím. (Miovský, 2006).

Účast autorky práce jako výzkumníka v programech byla explicitní (viz kap. 6.4. Etika výzkumu). Můžeme tak očekávat, že práce je do určité míry **ovlivněna působením autorky**, včetně genderového aspektu, kdy v komunitách pro závislé převažují muži (viz studie Mravčíka a Nechanské (2013)), stejně tak jako v našem vzorku.

Bez ohledu na konkrétní vystupování autorky je ale potřeba brát na zřetel i obecný faktor přítomnosti výzkumníka v prostředí, v literatuře popisovaného jako efekt morčete (popsaného např. v práci Junga a Lee (2015)). To by mohlo dokládat pozitivní hodnocení zkoumaných programů některými terapeuty, kteří se v závěru vyjádřili, že program probíhal v porovnání s minulými lety hladce či nad jejich očekávání dobře.

Chtěli bychom zdůraznit, že v první řadě jsou sbíraná data utvářena samozřejmě i výzkumným zaměřením, tedy **volbou výzkumných otázek**. Námi zvolené výzkumné otázky jsou relativně obecné, široké. Výhodou tohoto přístupu, jak jsme popsali již zpočátku praktické části práce, je možnost plošně popsat námi zvolené téma – což je dle našeho názoru přínosné o to víc, že téma je (zatím) málo zkoumané. Nevýhodou je naopak povrchnost zpracování, nemožnost zaměřit se na konkrétní jev či jevy detailně a do hloubky.

V rámci zachycování výzkumných **poznámek k pozorování** chceme zmínit několik **limitů**. Prvním je omezená kapacita autorky práce, daná jednak možností být pouze „v jednu dobu na jednom místě,“ za další i potřebou primárně zvládnout „za sebe“ nároky zátěžového programu. Autorka práce se rovněž snažila využít sebereflexe k aktivnímu zaznamenávání situací, které by ona sama na programu nečekala nebo byly v opozici

vůči vynořujícím se potenciálním konceptům – chtěla předejít tak různým kognitivním zkreslením (ty popisují např. Haselton, Nettle a Andrews (2005)).

V rámci vedení **rozhovorů s klienty** předpokládáme, že byly **ovlivněné společnou zkušeností absolvovaného programu**. V tom vnímáme přínos, daný možnou větší důvěrou ve výzkumníka na základě společného vztahu a pocitu, že výzkumník může zkušenost lépe „chápat“ než někdo zvenčí. Negativem je naopak nižší míra neutrality výzkumnice a tak možná cenzura dat klienty, na základě předpokladu, co autorka práce „chce“ slyšet a co je klient ochotný jí konkrétně sdělit.

Z hlediska **triangulace dat** by byly jistě vhodné i rozhovory s terapeuty. Ty jsme ale nerealizovali jednak z hlediska časového rozsahu práce a dále z hlediska menšího praktického obohacení, protože rozhovory s terapeuty ve své práci realizovala již Romaněnková (2012).

Celkově jsme se zaměřovali na **psychologické aspekty programů**. Toto zaměření je z našeho pohledu logické, neboť v této oblasti jsme kompetentní k vedení výzkumu. Zároveň je ale z hlediska bio-psycho-socio-spirituální jednoty omezující.

Výzkumný vzorek tvořili klienti a terapeuti absolvující konkrétní zátěžový program ze třech TK určených pro léčbu závislých na návykových látkách. V rámci charakteristik vzorku **uvádíme kromě role terapeuta / klienta** pouze pohlaví a fakt, že všichni zúčastnění byli dospělí, tzn. **starší 18ti let**.

Další charakteristiky participantů autorka práce nezjišťovala. Snažili jsme se tak zajistit zúčastněným bezpečí a dále co nejméně vystupovat ve formální roli výzkumníka požadujícího vyplnění množství informací a údajů *a priori*. Autorka práce předpokládala, že by to mohlo narušit její zapojení se do skupiny v přirozeném běhu. Navíc výzkumný vzorek je natolik velký, že jej považujeme za reprezentativní vzhledem k základnímu souboru obecně. Můžeme se proto vztahovat ke screeningovým studiím jeho charakteristik obecně: odkazujeme např. na Mravčíka a Nechanské (2013), kterou zmiňujeme v teoretické části práce v kap. 1.5.

Přes výše uvedené může mít námi zvolený přístup své limity a čtenář tak nemusí získat natolik komplexní obrázek, jaký by měl, kdyby mohl mít bližší představu o konkrétních charakteristikách účastníků programu.

Sporným může být **zařazení do výzkumu celé TK-II**, jež se zaměřuje na klienty s duální diagnózou (teoreticky popisujeme koncept duálních diagnóz v části 1.3.1. Klientela). Přítomnost další diagnózy vytváří v programu svá specifika a snižuje tak

teoretickou porovnatelnost programů navzájem. Z druhé strany věříme, že zachování této rozdílnosti odráží komplexnost praxe a zvyšuje tak praktický přínos práce.

V rámci **analýzy dat** jsme první tři výzkumné otázky zpracovávali dílčí částí metody zakotvené teorie; čtvrtou výzkumnou otázku potom metodou tematické analýzy.

Zaměříme-li se na **první tři VO**, zakotvenou teorii jsme zvolili s ohledem na možnost zachytit procesní aspekty programů, které považujeme za významné. Z druhé strany jsme neaspirovali na užití celé metody, s ohledem na časové možnosti a výzkumné kompetence autorky práce. Vynechali jsme některé podstatné principy metody, jako je otevřenost výzkumu novým datům jak z hlediska kvantity, tak kvality, až do plné saturace výzkumu; nebo triangulace dat, kterou by bylo možné provést např. zařazením rozhovorů s terapeutu. Analýza tak zůstává na úrovni mezi druhým a třetím krokem metody (viz 6.3.1. První tři výzkumné otázky – dílčí část metody zakotvené teorie).

Čtenář při čtení výsledkové části proto může zaznamenat větší množství konceptů a naznačených vztahů. Chybí však jedno spojující jádro, ústřední koncept, který by práci poskytoval větší přehlednost. Nedokončenou analýzu vnímáme jako výzkumnou pokoru, která je ale pro výsledky práce limitující. Z druhé strany může být nabídkou pro čtenáře zapojit kreativitu a hypoteticky se podívat na danou problematiku skrz více úhlů pohledu.

Při analýze dat jsme kriticky zvažovali přínos programů z hlediska nových kompetencí specifických, tzn. odrážejících se pouze v obdobných zátěžových programech, a kompetencí obecných. (Tento aspekt popisujeme ve výsledkové části 8.1.3. Program jako „zátěžovka“). Z tohoto důvodu jsme rozhovory s klienty realizovali s časovým odstupem (viz část 6.2.2. Rozhovory), aby měl prožitek klientů možnost usadit se a zůstalo jen to podstatné, přetrvávající. Nevýhodou našeho postupu je naopak neaktuálnost zážitku a jeho možné překrytí novými situacemi, zvláště prožívá-li klient svou léčbu v daný moment jako náročnou.

Nyní se postupně vyjádříme **k interpretaci výzkumných otázek** a jejich porovnání s dalšími vědeckými pracemi.

První výzkumná otázka se týkala **postoje klientů k zátěžovému turistickému programu**. Postojem klientů k zátěžovým programům obecně (tzn. nejen turistickými) se zabývá ve své práci Romaněnková (2012) a Sedláková (2011).

Ačkoli Romaněnková (2012) vedla rozhovory s terapeutu a Sedláková (2011) přímo s klienty, z obou prací vychází, že klienti zpravidla vnímají ze začátku program spíše

negativně, v průběhu a ke konci se ale vyvíjí pozitivním směrem. Tento trend je v souladu s naší analýzou většinové části klientů, kteří program vnímají jako „zátěžovku“ (viz kapitola 9.2.2. Program jako „zátěžovka“).

Krom toho jsme ale zachytili i **menšinou část klientů**, jejichž vnímání je značně odlišné – klienty **vnímající program jako „zážitkovku“** (viz kapitola 9.2.1. Program jako „zážitkovka“). Obdobu tohoto konceptu jsme v literatuře nenašli; můžeme to proto považovat za **přínos naší práce**.

Dalším aspektem popisovaným Romaněnkovou (2012) je význam pozitivních vzpomínek ze zátěžového programu. Tento popis je dle nás analogický našemu konceptu „zážitky“, který v první výzkumné otázce popisujeme. Zatímco ze strany práce Romaněnkové (2012) jde o výklad terapeutů, z hlediska naší práce jde o syntézu úhlu pohledu pozorovatele a současně klientů. Z hlediska **vnějšího pozorovatele, terapeutů i klientů** proto můžeme hodnotit **vzpomínky či zážitky vznikající v programech jako významné**.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřená na **roli terapeutů v zátěžovém turistickém programu**. Z hlediska literatury se tímto zabývá Rataj (Nevšímal, Ed., 2007), který současně působil jako terapeut v TK a popis tak vyplývá i z jeho osobní zkušenosti.

Rataj (Nevšímal, Ed., 2007) popisuje v zátěžových programech obecně úlohu terapeutů jako organizátorů. Jako klíčové a náročné zdůrazňuje vyvážení pohodové atmosféry s odpovídající mírou zátěže a dobrodružství. V rámci naší práce uvádíme kategorii průvodce a spolucestovatel, kde spojujeme direktivnost vedení ze strany terapeutů s nadlimitně zátěžovými situacemi a přenechávání iniciativy na klientech se situacemi nenáročnými nebo potenciálně rozvojovými pro klienty. V přístupu našem a Rataje (Nevšímal, Ed., 2007) jde o **vyvažování míry rizik**, ačkoli k jeho výkladu přistupujeme částečně odlišně (v našem výzkumu se tímto tématem zabýváme např. z pozice copingových strategií).

Dále ještě v druhé VO rozebíráme roli terapeuta po cestě jako terapeutickou. Rozdíl oproti běžnému fungování v TK je, že turistický zátěžový program má potenciál k rozvoji vztahu klient-terapeut. To může být dále pro terapii přínosné.

V rámci **třetí VO** jsme se zaměřili na **situace v zátěžových turistických programech, které mohou být terapeuticky významné**. Z tohoto pohledu propojíme

naš pohled s výzkumem Romaněnkové (2012) a s popisem Rataje (Nevšímal, Ed., 2007); obojí odrážející pohled terapeutů vedoucích zátěžové programy obecně (tzn. nejen turistické).

Jako první se zaměříme na naši kategorii **pozitivní situace**, kterou porovnáme s Ratajovou (Nevšímal, Ed., 2007) kategorií „zážitek a motivace.“ Jedním z Ratajových charakteristik je vliv sebezpřekonání, který můžeme považovat za analogický ke dvěma konceptům Romaněnkové (2012): zvyšování sebedůvěry a sebevědomí; a překonání sebe sama. My popisujeme v pozitivních situacích zvýšení self-efficacy a tyto koncepty považujeme za odpovídající sobě navzájem. Z hlediska našeho výzkumu dále považujeme za přídatné a komplementární riziko vzniku příliš vysokého sebevědomí. To souvisí s námi vytvořeným konceptem klientů vnímajících program jako „zážitkovku,“ jak jsme popsali výše v rámci první VO.

Druhou z Ratajových kategorií je vybočení ze stereotypu a inspirace k trávení volného času (Nevšímal, Ed., 2007); Romaněnková (2012) mluví o trávení volného času a zážitcích bez drog. Odpovídajícím námi popsaným druhým významem je rozšíření životních možností.

Další Ratajovou (Nevšímal, Ed., 2007) kategorií je „fyzická a psychická zátěž,“ daná právě zátěžovou povahou programu, která dle Rataje umožňuje konfrontaci se sebou samým. Romaněnková (2012) v tomto kontextu popisuje tři body: 1. schopnost zvládat náročné situace bez útěku k drogám; 2. poznání svých hranic a limitů; 3. fyzická síla. My analogicky popisujeme **zátěžové situace**, významově ale oproti dvěma předchozím autorům zdůrazňujeme přínos hlavně z hlediska učení se zodpovědnosti a adaptivních copingových strategií: vnímáme proto náš přístup jako propracování bodu Romaněnkové (2012): zvládat náročné situace bez útěku k drogám.

Dynamika ve skupině a interakce jsou spojeny dvou Ratajových (Nevšímal, Ed., 2007) kategorií, pro které je společný důraz na vliv skupiny: ten vede ke zvýšení soudržnosti, ale i k zachycení specifických vlastností a vztahů v rámci komunity. V obdobné konotaci uvádí Romaněnková (2012): zážitek skupinové koheze; odpovědnost; lepší poznání sebe sama i druhých. Obdobně v rámci našeho výzkumu popisujeme koncept společenství na cestě, za jehož nejvýznamnější složku považujeme rozvoj pocitu blízkosti mezi klienty.

Oproti zpracování Ratajem (Nevšímal, Ed., 2007) jsme zpracovali a vytvořili jednu **oblast nemající ekvivalent**, a tím je **vnitřní svět klientů**. Je to oblast, která odkazuje na vnitřní mentální procesy, které mohou na základě stimulace zátěžovým turistickým

programem probíhat specificky. Z části obdobně popisuje Romaněnková (2012) kategorii lepší poznání sebe sama a druhých (viz i předchozí odstavec).

Naopak my jsme v rámci výzkumu nezpracovali faktor výchovy, tak jak ho popisuje Rataj (Nevšímal, Ed., 2007). Výchovu vnímá Rataj jako učení se nekonzumnímu stylu vzhledem k pobytu přírodě i omezeným zdrojům, jež skupina po cestě má.

V rámci **čtvrté VO** jsme se zaměřili na hodnocení všech zátěžových programů klienty – jak jejich pozitivních, tak negativních stránek. Na přínos programů z hlediska klientů se ve své práci zaměřila rovněž Blažková (2013) a Sedláková (2011); k jejich pracím se tudíž budeme v rámci diskuze rovněž vztahovat.

Jako aspekt popisovaný nadpoloviční většinou klientů vyplývá z našeho výzkumu přínos programů v možnosti **načerpát nové zážitky**. Význam dle našeho názoru dokládá i zpracování obou výše zmíněných autorek. Sedláková (2011) obdobně popisuje přínos programů ve zdroji pozitivních zážitků a dobrodružství; Blažková (2013) hovoří o zábavě a odreagování.

Dalším tématem z naší analýzy je zvýšení pocitu self-efficacy, který jeden z klientů dává do souvislosti s rizikem získání příliš vysokého sebevědomí. V pozitivním smyslu můžeme prvky self-efficacy spojit s bodem Blažkové (2013): překonání a poznání sebe sama a Sedlákové (2011): za dobrým pocitem jinou cestou.

Dalšími tématy na základě našeho výzkumu, v nichž je výraznější negativní složka či potenciální rizika, jsou: **craving v zátěži** a s tím spojená nedostatečná motivace k léčbě; **craving ve venkovním prostředí**, jež může být pro některé klienty spouštěčem návykového chování; a dále **specifika u klientů s přidruženými obtížemi**, jimiž může být onemocnění psychotického okruhu nebo trvalé zdravotní potíže. Craving v zátěži můžeme vnímat jako propojený právě důrazem na zátěž s kategorií Sedlákové (2011): náročnost, která je k naštvání. U dalších témat jsme propojení s autorkami nenašli.

Přínos naší práce, z hlediska této výzkumné otázky, vnímáme proto i ve smyslu **poukázání na negativa nebo rizika** vyjmenovaná v předchozím odstavci, aby jim bylo možno předcházet či s nimi dopředu počítat. Přitom věříme, že dobře zpracované kritické situace mohou být ve výsledku obohacující. Ztotožňujeme se s výrokem jednoho z participantů-terapeutů Romaněnkové (2012, 46), který vyjádřil: *Rizikům se přece není potřeba vyhýbat, ale umět je zvládat. Tady je přímá souvislost s abstinenčním životním stylem.*“

Nyní bychom se rádi vrátili k primárnímu cíli celé naší práce: **vědecké deskripci zátěžových programů**. Jak vyplývá při pozorném čtení všech výstupů našich analýz, můžeme poukázat na koncepty, které existují napříč výzkumnými otázkami. Jsou samy sobě analogické nebo k sobě navzájem doplňkové (Z hlediska prvních tří výzkumných otázek se o tomto jevu zmiňujeme v kapitole 8: Shrnutí: interpretace VO-1, VO-2 a VO-3.)

Opakující se koncepty interpretujeme **jako nejvýznamnější prvky na zátěžových programech**. Věříme, že by mohly tvořit cestu ke klíčovým konceptům v ucelené metodě zakotvené teorie (jejíž jsme použili dílčí část). Jedná se o:

1. **Význam zážitků**. Ty popisujeme ve VO-1 (jako nové zážitky), ve VO-3 (jako dílčí část rozšíření životních možností) a ve VO-4 (jako nové zážitky).

2. **Kontinuum zvýšení self-efficacy – riziko příliš vysokého sebevědomí**. Nejvíce se tímto konceptem dynamicky zabýváme ve VO-1 (jako dopad programu na dvě základní skupiny klientů), jako terapeutický potenciál jej zmiňujeme ale i ve VO-3 a na základě analýzy byl pro klienty významný i v rámci VO-4.

3. **Rozvoj vztahů v TK**. K nim se vyjadřujeme ve VO-3 (z hlediska blízkosti klientů navzájem), ve VO-2 (z hlediska rozvoje blízkosti či bližšího poznání vlastností terapeutů) a ve VO-4 (v kategorii poznání členů komunity a zpětná vazba).

V souvislosti s výše uvedeným se zamýšlíme nad **mírou zobecnění konceptů týkajících se turistických zátěžových programů** (první tři VO) **na všechny zátěžové programy**. Vnímáme koncepty za porovnatelné s VO-4 a dále, jak vyplývá z předchozí části diskuze, i s dalšími autory zabývající se všemi zátěžovými programy (např. Nevšímal, Ed., 2007; Romaněnková, 2012; Blažková, 2013; Sedláková, 2011). **Považujeme proto faktory popisované v turistických zátěžových programech z většiny srovnatelné s faktory všech zátěžových programů obecně.**

Otázkou, kterou si v této souvislosti klademe, zůstává, jaké jsou specifické faktory jednotlivých druhů zátěžových programů. K tomu, aby bylo možné ji vědecky zodpovědět, věříme, že je potřeba dalších výzkumů, které budou zaměřené na užší specifitější oblasti, než jak tomu bylo v našem výzkumu.

V poslední části diskuze se zaměříme na **nezahrnuté náměty**, založené na vyvěrajících otázkách, které jsme si v průběhu kladli a které nebylo v našich silách do výzkumné práce zařadit. Mohou být však podnětné pro další zkoumání dané oblasti a proto je nyní zmíníme.

Prvním z nich je vliv fáze léčby na přínos a celkové prožívání zátěžového programu klienty, vzhledem k tomu, že potřeby a cíle klientů se v různých fázích léčby proměňují obecně (viz část práce 1.4.4. Fáze léčby). Na základě výzkumu nám vyvstává například hypotéza, že pro klienty v první fázi léčby je klíčové zapadnout do léčebného společenství, zažít pocit stmelení. Naopak nepřemýšlí o využitelnosti aktivity do budoucna, protože to je příliš „daleko.“ Pro klienty ve vyšších fázích může být potom přemýšlení o budoucnosti po dokončení léčby, zvláště v kontextu pobytu mimo TK o zátěžových programech, mnohem aktuálnějším tématem. Oповěď na tuto otázku možná přinese aktuálně vznikající projekt Richterové a kol. (2016), který se zabývá zátěžovými programy mimo jiné i v kontextu fáze léčby.

Druhou otázkou je genderový aspekt v programech. Je možné, že ženy mají k programu celkově negativnější postoj a je pro ně fyzicky náročnější. Z druhé strany dostávají od svého okolí více podpory, ať už hmatatelné prostřednictvím nabídky odlehčení batohů, ale i psychické. Muži naopak, zejména ti fyzicky zdatní, mají více prostoru být podporující pro druhé, a být v roli „gentlemana,“ což může být kulturně žádoucí.

Rádi bychom zdůraznili, že obě tyto otázky jsou námi formulované hypotézy, které mohou být námětem pro detailní zkoumání jednotlivých aspektů zátěžových programů v budoucnu; nejedná se o fakta ani výsledky výzkumu.

14. ZÁVĚRY

Na základě kvalitativního výzkumu **zátěžových turistických programů** v terapeutických komunitách zaměřených na léčbu závislých vyvozujeme následující:

1. Postojem k programu dělíme klienty na větší skupinu těch, pro které je program něčím novým nebo náročným a v určitém okamžiku zažívají obavy či ambivalence. Tato skupina má ale zároveň potenciál ke zvýšení pocitu self-efficacy. Druhou skupinou jsou klienti, kteří program vnímají jako spíše nenáročný. Rizikem této skupiny je získání příliš vysokého sebevědomí.
2. Významným aspektem pro klienty jsou získané zážitky, které mohou být něčím novým, netradičním nebo pozitivním.
3. Role terapeutů v organizaci cesty a v situacích zátěže spočívá v dimenzionálním přístupu. Terapeuti jsou nejen těmi, kdo aktivně pomáhají, vedou, ukazují a radí, ale také těmi, kdo záměrně nechávají prostor klientům fungovat samostatně. Míra angažovanosti terapeutů přitom závisí na míře zvládnutí situace klienty tak, aby situace nebyly pro klienty nadlimitně zátěžové.
4. Na základě jejich profese a priori fungují terapeuti i jako mobilní psychoterapeuti. Přidanou hodnotou pro klienty je možnost poznat lépe vlastnosti terapeutů či navázat s nimi bližší vztah.
5. Terapeutický potenciál na programech vzniká v rámci skupinového kontextu, mezi jehož významné aspekty patří rozvoj blízkosti mezi klienty navzájem. Individuální kontext odkazuje na vnitřní procesy, které mohou být kvalitativně odlišné od běžného fungování.
6. Dále dělíme situace vznikající na programech na zátěžové a pozitivní. Zátěžové situace mají potenciál rozvíjet adaptivní copingové strategie a zvyšovat míru zodpovědnosti klientů. Pozitivní situace vedou k rozvoji volnočasových aktivit a mají potenciál rozvíjet self-efficacy.

Na základě hodnocení **všech zátěžových programů** klienty TK vyvozujeme následující:

1. Pozitivním pro klienty terapeutických komunit je zejména možnost získat nové zážitky skrze účast na zátěžových programech.
2. Klienti významně hodnotili nalezení své vlastní síly a zvýšení sebedůvěry – tzn. zvýšení self-efficacy. Rizikovým pólem je rozvoj příliš vysokého sebevědomí.
3. Za rizikový aspekt považují klienti rozvoj bažení na programu. Je daný fyzickým vyčerpáním a zátěží, setkáním s přímými spouštěči návykového chování či spojením prostředí přírody s dřívějším užíváním návykových látek.

15. SOUHRN

Uvedená diplomová práce se zabývá konceptem **zátěžových programů**, s důrazem na turistický typ programů, v kontextu jejich praxe **v terapeutických komunitách pro závislé** na návykových látkách.

Terapeutické komunity (TK) pro závislé jsou metodou léčby, kde jako základní faktor změny působí společenství. Oproti tradičnímu uspořádání je zde kladen důraz na vlastní aktivitu, zodpovědnost a podíl na rozhodování klientů (Hartl, 1997). Z prvních komunit jmenujme americkou Daytop Village a evropskou Emiliehoeve . Významnou osobností v českém prostředí byl Jaroslav Skála.

Klientelu TK spojuje závislost na návykových látkách, stále častější jsou ale i klienti s duální diagnózou, kteří mají kromě závislosti i onemocnění psychotického okruhu (Kopasová & Sobotka, 2008 in Sobotka, 2010). Terapeutický tým tvoří nejen profesionálové „zvenčí“ ale i ex-useři, drogově závislí, kteří prošli sami léčbou v TK (Kooyman et al., 2004).

Struktura programu se opírá o jasná pravidla spolužití. Program supluje pracovní týden a volnočasové víkendové aktivity (Kalina et al, 2015). Léčba prochází fázemi, které pomáhají rozdělit velký cíl do řady dílčích a uchopitelných (Nevšímal, Ed., 2007). Spojujícím prvkem celého fungování je filosofie TK (Sobotka, 2010).

Současnou situaci TK v ČR můžeme charakterizovat vysokou odborností zařízení a dobrou vzájemnou spoluprací (Kooyman et al., 2004) – komunity jsou sdružené pod organizací A.N.O.

Zátěžové programy můžeme považovat za **formu terapie dobrodružstvím** (*adventure therapy*, AT). AT je záměrné propojování venkovní dobrodružné aktivity s terapeutickým procesem. Klíčovými prvky jsou: výzva; nebezpečí; zrcadlení; netradiční umístění a učení založené na zkušenosti (Harper et al., 2014) .

Z historicky významných bodů jejího vývoje jmenujme hnutí Outward Bound a českou Prázdninovou školu Lipnice.

Současná terapie dobrodružstvím má dvě základní formy dle jejího umístění: klasickou ve volné přírodě a novější formu v civilizovaném prostředí (Hátlová & Kirchner, Eds., 2010). Oproti klasické psychoterapii je terapeut v aktivnější a méně formálnější roli a vzniká zde více přirozených interakcí (Gass, et al., 2012).

Dvěma základními principy jsou příroda a dobrodružství. V míře dobrodružství jde dle paradigmatu dobrodružného zážitku o nepřetržité střídání a vyvažování mezi nebezpečím a kompetencí (Martin & Priest, 1986). Pobyt v přírodě může být něčím posvátným, ale zároveň i nezávislým na terapeutovi a klientovi, což může podnítit práci s nejistotami a změnami (Berger, 2003).

Potenciál terapie dobrodružstvím popisujeme ve třech bodech: 1. využít silné stránky klientů a vnímat jejich hranice; 2. zažít přiměřeně velkou výzvu; 3. prožít základní hodnoty, respekt a sounáležitost (Gass et al., 2012).

Terapie dobrodružstvím má velký potenciál, současně ale i svá rizika. Je oblastí mladou, a jako taková je zde proto výrazná potřeba dalších výzkumů a hlubšího uchopení dané oblasti.

Využití terapie dobrodružstvím v léčbě závislých má různou formu: může se jednat o samostatný terapeutický přístup; AT může být zahrnuta jako doplňková metoda, což odpovídá i českým zátěžovým programům; může jít o program, který je nabízen externě jako služba.

V rámci současných výzkumů v poli léčby závislých či zneužívajících návykové látky budeme jmenovat výstupy několika studií. AT může klienty oslovovat těmito tématy: soulad ve skupině; důvěra; interpersonální rozvoj; sebejistota (Clem et al., 2012). Významným prediktorem celkového zlepšení může být naučení nových copingových strategií (Bettmann et al., 2013). Přitom zajímavé je, že AT může mít potenciál snižovat užívání návykových látek a priori, bez explicitního zaměření se na tuto oblast (Russell, 2000).

České zátěžové programy jsou doplňkovou metodou léčby v TK, jak jsme zmínili výše. Zpravidla mají formu několikadenních výjezdů do přírody, založených na turistice, cyklistice či sjíždění řeky (Sobotka, 2010). Program zpravidla vedou dva terapeuti (Nevšímal. Ed., 2007).

Terapeutickými faktory zátěžových programů dle Rataje (Nevšímal, Ed., 2007) mohou být tyto kategorie: fyzická a psychická zátěž; zážitek a motivace; dynamika ve skupině; interakce a výchova. Klienti popisují dle výzkumu Sedlákové (2011) programy v těchto okruzích jako: zdroj pozitivních zážitků a dobrodružství; náročnost, která je k naštvání; stmelení skupiny a poznání lidí v TK jinak; sebe-poznání; možnost využití venku; zlepšení kondice; za dobrým pocitem jinou cestou.

Výzkumným cílem naší práce je **deskripce zátěžových programů**, který jsme pro první tři výzkumné otázky zúžili na typ turistických programů trvajících 3-7 dní. Stanovili jsme si čtyři výzkumné otázky, které se týkají: 1. postoje klientů; 2. role terapeutů; 3. terapeutického potenciálu programů; 4. obecného hodnocení všech programů klienty. Přístup k práci je zvolen **kvalitativní**.

Výběrový vzorek čítal **33 klientů a 7 terapeutů ze tří terapeutických komunit** pro závislé. S komunitami autorka práce absolvovala vybraný turistický program v období května až srpna 2016. S částí z těchto klientů (s 12ti) byl také proveden následný rozhovor.

Metodou sběru dat tedy bylo **zúčastněné přímé pozorování**, což je primární metodou terénního výzkumu (Miovský, 2006). Doplnkově k prvním třem výzkumným otázkám jsme potom použili zpětné **polostrukturované rozhovory** s klienty; pro čtvrtou výzkumnou otázku tvořila část těchto rozhovorů hlavní metodu sběru dat.

Pro analýzu dat byla výchozími transkribovaná data z výzkumného deníku a z rozhovorů s klienty. První tři výzkumné otázky byly analyzovány **dílčí částí metody zakotvené teorie** (GTM). Je to metoda, jejímž cílem je vytvořit teorii v dané oblasti; nejde tedy o pouhé kategorie, ale o zachycení celého procesu či jevu (Řiháček al., 2013). Vzhledem k našemu předem danému výzkumnému rámci jsme neaspirovali na vytvoření celé teorie, zároveň jsme ale chtěli pomocí části GTM zachytit některé procesní aspekty.

Ke zpracování čtvrté výzkumné otázky jsme využili **tematickou analýzu**. To je metoda, která se snaží identifikovat datové vzorce – témata, a v rámci těchto celků je konkrétně popsat (Hendl, 2016).

V celém výzkumu jsme kladli důraz na **dodržení etických principů** dle kodexu EFPA (viz Lindsay et al., 2010) a na získání informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu od všech jeho účastníků v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. Použitá jména respondentů v naší práci byla změněna.

Nyní se krátce vztáhneme k bližšímu **popisu turistických programů**, které autorka práce absolvovala. Terapeutické komunity označujeme římskými čísly v pořadí, v jakém programy probíhaly.

Programy trvaly 4 až 6 dní a byly vedené dvěma, popř. třemi terapeuty. Probíhaly v Lužických horách (TK-I), na Velké Fatře na Slovensku (TK-II) a na Vysočině (TK-III). Trasu určovali buď terapeuti sami (v TK-I) či v dialogu s klienty (v TK-II); v TK-III byl organizací trasy i celého programu pověřen jeden z klientů. Po cestě probíhalo společné

vaření ze zásob, které si účastníci nesli v batozích. Nocovalo se zpravidla ve stanech ve volné přírodě.

V rámci interpretace výsledné analýzy se nyní postupně zaměříme na jednotlivé výzkumné otázky (VO).

VO-1 zní: Jaký je postoj klientů TK k zátěžovým turistickým programům?

V rámci této VO jsme dospěli k závěru, že pro klienty jsou jedním z klíčových prvků nové zážitky, spojené s přírodou nebo s dalšími lidmi a událostmi po cestě. Dále jsme rozdělili klienty do dvou skupin podle toho, jestli vnímají program jako „zátěžovku,“ tzn. něco přednostně náročného, nebo jako „zážitkovku,“ tzn. něco příjemného, odpočinkového. Dynamika těchto skupin je potom rozdílná. Významným přínosem pro skupinu vnímající program jako „zátěžovku“ může být zvýšení pocitu self-efficacy.

VO-2 zní: Jaká je role terapeutů TK v zátěžových turistických programech?

Prvním námi popsaným okruhem je role průvodce a spolucestovatele, jež svým dvojitým názvem vyjadřuje kontinuum aktivního činění k záměrnému nezasahování a přenechávání iniciativy klientům. Druhým okruhem je mobilní psychoterapeut, což je oblast odkazující na primární roli terapeutů v TK. Rozdílem oproti běžnému fungování je zde ale nižší míra formálnosti a tím pádem možnost terapie blíže poznat.

VO-3 zní: Jaké jsou situace mající terapeutický potenciál v zátěžových turistických programech? Vznikající situace v programech dělíme na zátěžové a pozitivní. Přínosem zátěžových situací je možný rozvoj učení se zodpovědnosti a adaptivních copingových strategií. Přínosem pozitivních situací je rozvoj volnočasových aktivit a zvýšení pocitu self-efficacy. Dále rozlišujeme situace dle individuálního či skupinového kontextu; přínos skupinového kontextu je zejména v rozvoji blízkosti mezi klienty navzájem.

VO-4 zní: Jak klienti TK obecně hodnotí zátěžové programy (nejen turistické)?

Pozitivně klienti hodnotí zejména získání nových zážitků na programech, nalezení své vlastní síly a zvýšení sebedůvěry – tzn. zvýšení self-efficacy. Za potenciálně rizikové naopak považují rozvoj bažení vyvolané fyzickým vyčerpáním, přímým setkáním se spouštěči nebo spojením prostředí přírody s dřívějším užíváním návykových látek.

V rámci kapitoly diskuze se kriticky zabýváme průběhem našeho výzkumu a srovnáváme jej s dalšími autory. Chtěli bychom ale zejména zdůraznit naši úvahu o **opakujících se konceptech** napříč jednotlivými výzkumnými otázkami. Jejich význam

by proto mohl být zásadní na cestě ke klíčovým konceptům v ucelené metodě zakotvené teorie. Jedná se o tři kategorie, které jsme zaznamenali ve třech různých výzkumných otázkách, a to: **1. význam zážitků; 2. možné zvýšení self-efficacy; 3. rozvoj vztahů v TK.**

16. LITERATURA

1. Alvarez, A. G., & Stauffer, G. A. (2001). *Musings on Adventure Therapy*. Journal Of Experiential Education, 24(2), 85.
2. Amethyst Recovery (19. srpna 2015). *Adventure therapy for Addiction*. Získáno z <https://www.amethystrecovery.org/adventure-therapy-for-addiction/>
3. Berger, R. (2003). *In the footsteps of nature: nature therapy as an emerging therapeutic - educational model*. Horizons, (22), 27-32.
4. Beringer, A. (2004). *Toward an Ecological Paradigm in Adventure Programming*. Journal Of Experiential Education, 27(1), 51-66.
5. Berman, D., & Davis-Berman, J. (2006). *The promise of wilderness therapy*. In Mitten, D., & Itin, C., Proceedings from the fourth international adventure therapy conference (s. 35-46). USA: Association for experiential education.
6. Bettmann, J., Russell, K., & Parry, K. (2013). *How Substance Abuse Recovery Skills, Readiness to Change and Symptom Reduction Impact Change Processes in Wilderness Therapy Participants*. Journal Of Child & Family Studies, 22(8), 1039-1050. doi:10.1007/s10826-012-9665-2
7. Blažková, K. (2013). *Zážitková pedagogika v práci s drogově závislou mládeží* (Nepublikovaná magisterská práce). Univerzita Karlova v Praze.
8. Clark, C. (2012). „*Chemistry is the new hope:*“ *Therapeutic Communities and Methadone Maintenance, 1965 – 71*. Social history of alcohol and drugs, 26(2), 192-216.
9. Clem, J. M., Smith, T. E., & Richards, K. V. (2012). *Effects of a low-element challenge course on abstinence self-efficacy and group cohesion*. Research On Social Work Practice, 22(2), 151-158. doi:10.1177/1049731511423672
10. Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
11. Davis-Berman, J. & Berman, D. (1994). *Wilderness Therapy: Foundations, Theory and Research*. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
12. De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
13. EPIC Adventures (nedat.). *Substance abuse services*. Získáno 6. srpna 2017 z <http://www.epicadventurestherapy.com/substance-abuse/>
14. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
15. Four Circles Recovery (nedat.). *Adventure Therapy*. Získáno 6. srpna 2017 z <http://www.fourcirclesrecovery.com/adventure-therapy/>
16. Gass, M., Gillis, H., & Russell, K. (2012). *Adventure Therapy: Theory, Research and Practice*. New York: Routledge.
17. Hall, E. E., Smith, C. A., & Nelson, B. (2007). *A descriptive study examining flow experiences to outdoor activities*. Journal Of Sport & Exercise Psychology, 29S166-S167.
18. Harper, N. J., Peeters, L., & Carpenter, C. (2014). *Adventure Therapy*. In R. Black & K. Bricker (Eds). *Adventure Programming and Travel for the 21st Century*. Venture Publishing.

19. Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ.
20. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. vyd.). Praha: Portál.
21. Haselton, M. G.; Nettle, D. & Andrews, P. W. (2005). *The evolution of cognitive bias*. In Buss, D. M. (Ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology*, New York: John Wiley & Sons Inc., 724–746.
22. Hátlová, B., & Kirchner, J. (Eds.) (2010). *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Praha: European Science and Art Publishing: Asociace psychologů sportu.
23. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
24. James, L. M. (1986). *Outdoor Leadership Evaluation Nature and Scope of the Problem* (Abstrakt). Washington: ERIC Clearinghouse. Získáno 24.října 2017 z <https://catalogue.nla.gov.au/Record/5479822>
25. Jung, C. S., & Lee, S. (2015). *The Hawthorne Studies Revisited: Evidence From the U.S. Federal Workforce*. *Administration & Society*, 47(5), 507-531. doi:10.1177/0095399712459731
26. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
27. Kalina, K., Zima, T., Minařík, J., Kmoch, V., Kuchař, M., Šustková, M., ... Gabrhelík, R. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
28. Kirchner, J. (2011). *Zvratová teorie emocí – přehledová studie se zaměřením na aplikaci v oblasti pohybových aktivit v přírodě*. *Psychologie a její kontexty*, 2(1), 11-20.
29. Kirchner, J., Hátlová, B., & Hošek, V. (2012). *ROLE DOBRODRUŽNÉ TERAPIE V PSYCHIATRICKÉ LÉČBĚ*. *Psychologie Pro Praxi*, 1(2), 79-91.
30. Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., ... Vtípil, Z. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Univerzita Palackého v Olomouci.
31. Kooyman, M., De Leon, G., & Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj*. Získáno 24. října z <http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK-vznik-avvoj-1.pdf>
32. Lindsay, G.; Koene, C.; Ovreeide, H., & Lang, F. (2010). *Etika pro evropské psychology*. Praha/Kroměříž: TRITON.
33. Martin, P., & Priest, S. (1986). *Understanding the adventure experience*. *Journal of Adventure Education*, 3, 18-20.
34. Maslow, A. (1961). *Peak experiences as acute identity experiences*. *The American Journal Of Psychoanalysis*, 21, 254-262. doi:10.1007/BF01873126
35. Maslow, A. (1964). *Religions, values, and peak-experiences*. New York: Penguin Books.
36. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
37. Mravčík, V., & Nechanská, B. (2013). *Czech Therapeutic Communities in the 2012 Addiction Treatment Facility Survey*. *Addictology / Adiktologie*, 13(2), 92-105.
38. Nevšimal, P. (Ed.). (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe*. Získáno 24. října 2017 z <http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK--esk-praxe-1.pdf>

39. Outward Bound International (n.d.). *History*. Získáno 26. května 2017 z <https://www.outwardbound.net/history/>
40. Prázdninová škola Lipnice (n.d.). *Prázdninová škola Lipnice – stručný životopis*. Získáno 26. května 2017 z <https://www.psl.cz/o-nas-zivotopis-psl>
41. Priest, S. (1991). *A New Theory For Outdoor Leadership*. Association Of Outdoor Recreation & Education Conference Proceedings, 101-106.
42. Priest, S. (1992). *Factor Exploration and Confirmation for the Dimensions of an Adventure Experience*. *Journal of Leisure Research*, 24(2), 127-139.
43. Priest, S., & Chase, R. (1989). *The Conditional Theory of Outdoor Leadership Style: An Exercise in Flexibility*. *Adventure Education*, 6(2), 10-17.
44. Red Oak Recovery (nedat.) *Experiential and Adventure Therapy*. Získáno 6. srpna 2017 z <https://www.redoakrecovery.com/adventure-therapy>
45. Richterová, B., Slivková, M., Tešnarová, D., & Fešarová, V. (2016). *Kvalitativní analýza názorů na zátěžové aktivity – dílčí výstupy*. *Grant Journal*, 5, 74-78. ISSN 1805-062X.
46. Richterová, B., Takács, O., Pindřáková, J., Slivková, M., Tešnarová, M., Polášková, D., & Fešarová, V. (2015). *Zátěžové aktivity a léčba drogově závislých*. *Grant Journal*, 7, 92-97. ISSN 1805-062X.
47. Ringer, M. (1994). *Leadership competences for outdoor adventure: From recreation to therapy*. In Proceedings of a National One-Day Conference "Adventure-Based Interventions" (22. dubna 1994); Study Weekend "Enabling Troubled Youth" (Ambleside, England, United Kingdom, 22.-24. dubna 1994), 29-52. Získáno 24. října 2017 z <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED378018.pdf>
48. Ringer, M. (1996). *Developing a profession: A preliminary analysis of the need for university based training for adventure therapists in Australia*. In: Spawning New Ideas: A Cycle of Discovery, 218-223.
49. Roberts, S. D., Stroud, D., Hoag, M. J., & Massey, K. E. (2017). *Outdoor Behavioral Health Care: A Longitudinal Assessment of Young Adult Outcomes*. *Journal Of Counseling & Development*, 95(1), 45-55. doi:10.1002/jcad.12116
50. Romaněnková, E. (2012). *Využití terapie dobrodružstvím v terapeutických komunitách v České republice* (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
51. Russell, K. C. (2000). *Exploring How the Wilderness Therapy Process Relates to Outcomes*. *Journal Of Experiential Education*, 23(3), 170-76.
52. Rutko, E. A., & Gillespie, J. (2013). *Where's the Wilderness in Wilderness Therapy?*. *Journal Of Experiential Education*, 36(3), 218-232. doi:10.1177/1053825913489107
53. Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
54. Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., Koutná Kostínková, J., Chalupníčková, L., Chrz, V., ... Petrjánošová, M. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
55. Sedláková, B. (2011). *Význam prožitku v léčbě drogových závislostí* (Nepublikovaná magisterská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
56. Sobotka, J. (2010). *Práce s komunitou*. Praha: PVŠPS. Získáno 26. května 2017 z http://www.pvsps.cz/data/document/20120309/03_Prace_s_komunitou_FINAL.pdf?id=816

57. VandenBos, G. (Ed.). (2006). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
58. Wichmann, T. (1991). *Of Wilderness and Circles: Evaluating a Therapeutic Model for Wilderness Adventure Programs*. *Journal Of Experiential Education*, 14(2), 43-48.

Příloha č. 1: Vzor informovaného souhlasu

Souhlas pro klienty TK:



Univerzita Palackého v Olomouci, Křižíkovského 10, 771 40 Olomouc

Souhlas s účastí ve výzkumu

Souhlasím, že na základě zátěžového programu TK /*název*/ v době od /*datum*/ do /*datum*/, kterého se účastním, poskytnu kvalitativní data/rozhovor o jeho průběhu. Výsledky budou zahrnuty do **výzkumu k diplomové práci „Zátěžové programy v terapeutických komunitách,“** která vzniká na katedře psychologie UPOL pod odborným vedením PhD. Romana Procházky. Výzkum si klade za cíl zmapovat a obecně popsat průběh zátěžových turistických programů v rámci terapeutických komunit v České republice.

Veškerá získaná **data budou anonymní**; v práci **nebudou použity žádné osobní údaje**, které by mne mohly identifikovat. Svůj souhlas s účastí na výzkumu mohu kdykoliv odvolat.

Kontakt:

Markéta Nováková – email: marketa.novakova05@upol.cz

Jméno:.....

V: Dne:

Podpis:

Souhlas pro terapeuty TK:



Univerzita Palackého v Olomouci, Křižíkovského 10, 771 40 Olomouc

Souhlas s účastí ve výzkumu

Souhlasím, že na základě zátěžového programu TK /*název*/ v době od /*datum*/ do /*datum*/, který vedu, poskytnu kvalitativní data o jeho průběhu. Výsledky budou zahrnuty do **výzkumu k diplomové práci „Zátěžové programy v terapeutických komunitách,“** která vzniká na katedře psychologie UPOL pod odborným vedením PhD. Romana Procházky. Výzkum si klade za cíl zmapovat a obecně popsat průběh zátěžových turistických programů v rámci terapeutických komunit v České republice.

Veškerá získaná **data budou anonymní**; v práci **nebudou použity žádné osobní údaje**, které by mne mohly identifikovat. Svůj souhlas s účastí na výzkumu mohu kdykoliv odvolat.

Kontakt:

Markéta Nováková – email: marketa.novakova05@upol.cz

Jméno:.....

V: Dne:

Podpis:

Příloha č. 2: Osnova polostrukturovaných rozhovorů

pozn.: autorka při rozhovorech používala slova „puťák“ ve dvou TK a „zátěžovka“ v jedné TK jako přizpůsobení se hovorovému označení „zátěžového turistického programu“ danou komunitou

Část rozhovorů týkající se prvních tří VO

- Jak sis představoval puťák, než jsme vyrazili?
- Chtělo se Ti do toho? Nebo jsi prostě musel?
- Jaký to pak bylo během puťáku?
 - *případně rozvíjející podnět:* Co bylo tak, jak sis představoval, a co bylo jiný?
- V čem jsou terapeuti důležití během puťáku?
- Vnímáš je v něčem terapeuti jinak, než běžně? > *po rozhovorech v TK-I otázka změněna na:*
Vnímáš teď po puťáku terapeuti, kteří ho vedli, nějak jinak?
 - *případně rozvíjející podnět:* Máš k nim dál nebo blíže? Dozvěděl ses něco o nich? Změnil jsi svůj úhel pohledu na ně?
- Je něco, v čem Ti puťák pomohl v Tvoji léčbě?
 - *případně rozvíjející podnět:* Třeba co důležitého jsi zvládl/a, prožil/a nebo co sis uvědomil/a...
- Je něco, v čem Ti puťák naopak uškodil?
 - *případně rozvíjející podnět:* Nebo stáhl zpět?
- No a z toho co jsme se teď bavili... Co bylo pro Tebe to hlavní?
 - *případně rozvíjející podnět:* Zkus vypíchnout nejdůležitější body, nebo konkrétní situace...
- Šel bys na puťák znovu? Třeba i až odejdeš z komunity?
 - *případně rozvíjející podnět:* Přemýšlel si už, jak bys to konkrétně naplánoval? Kam bys šel, s kým,...

Část rozhovorů týkající se čtvrté VO

- Teď se budu ptát na zátěžovky obecně, co si o nich myslíš... Na jakých typech zátěžovek už jsi byl, kromě puťáku?
- Myslíš si, že zátěžovky pomáhají lidem v léčbě?
 - *případně rozvíjející podnět:* V čem? Nebo proč ne?
- V čem mohou být zátěžovky nebezpečný? V čem mohou uškodit?
- *v případě absolvovaných více typů programů:* Jestli jsi už byl na jiný zátěžovce než na puťáku, v čem jsou jiný? – *tato otázka byla po rozhovorech v TK-I vyřazena*
- *v případě absolvovaných více typů programů:* Který typ zátěžovky si myslíš, že je nejpřínosnější?
 - *případně rozvíjející podnět:* Z jakého důvodu?

Priloha č. 3: Ukazka dat vyzkumneho deniku a prace s nimi

FÁZE TVORBY DAT	FÁZE ANALÝZY DAT
<p>text vyzkumneho deniku</p> <p>číslování řádků (a přepis do pc verze)</p>	<p>zvyraznění textu souvisejícího s konkrétní VO (v tomto případě VO-2)</p> <p>0. fáze: vytváření poznámek k textu odpovídajícímu VO 2</p> <p>1a. fáze: vytváření prozatímních kategorií</p> <p>1b. fáze: shlukování částí se stejnou prozatímní kategorií, kritické porovnávání a modifikace</p> <p>2. fáze: hledání asociací a vztahů mezi koncepty</p> <p>přelom 2.-3. fáze: kritické porovnávání a zobecňování vztahů napříč vyzkumnými daty</p>
<p>Zbyněk – ten s tím krkem</p> <p>83</p>	<p>Zbyněk – ten s tím krkem</p> <p>si vymknul nohu nebo špatně šlapl...</p>
<p>si vymknul nohu nebo špatně šlapl... nadávky, au – skupina se zastavila, čeká (jestli nebude potřebovat pomoc...)</p> <p>84</p>	<p>šlapl...</p> <p>nadávky, au – skupina se zastavila, čeká (jestli nebude potřebovat pomoc...)</p>
<p>Z. hned jde ale dál</p> <p>85</p>	<p>Z. hned jde ale dál</p> <p>čeká (jestli nebude potřebovat pomoc...)</p>
<p><i>terapeut / Filip tiše komentuje, směrem k terapeutovi / Karlovi: „no, netradiční řešení, ale jak chce“</i></p> <p>86</p>	<p><i>terapeut / Filip tiše komentuje, směrem k terapeutovi / Karlovi: „no, netradiční řešení, ale jak chce“</i></p> <p>87: cilené ne-vyšňování se, nechávání klienta řešit svoje potíže sám</p> <p>LF /laissez-faire, princip nezasahování/</p> <p>LF /Kat. ponechána beze změny/</p> <p>LF</p>
<p>Z. za chvíli znovu šlápně blbě – nadává</p> <p>87</p>	<p>> Z. za chvíli znovu šlápně blbě – nadává</p>
<p>terapeut pomáhá pojmenovat. na co je ten vztek -> na sebe, že špatně šlapl</p> <p>88</p>	<p>89-90: 1. aktivní vstupování, podpora/KI /krizová intervence / v situaci, kdy KI sám svou sit. nezvládá; 2. terapeut jako zdravotník</p>
<p>ter uklidňuje, že teď se to namaže, zaváže se a uvidí se</p> <p>89</p>	<p>P /podpora /, CO? /CO - copingové strategie: ? znamená zvažování výzkumnice, či to sedí/</p> <p>KI /změna kategorie z P a CO? na KI = krizová intervence/</p> <p>KI</p> <p>šipka = mezi LF a KI je souvislost/</p>
<p>skupina pomáhá – jeden zavazuje, druhý přinese klacek – „hůl“</p> <p>90</p>	<p>skupina pomáhá – jeden zavazuje, druhý přinese klacek – „hůl“</p>
<p>skupina pomáhá – jeden zavazuje, druhý přinese klacek – „hůl“</p> <p>91</p>	<p>viz. výhledná práce /lenio vztah vyjadřuje jednu z dílčích komponent výhledné kapitoly: 10.1.2. Právode a spolecnostatel v zátěži; ukazuje dimenzionální propojení výhledné kategorie "žánerné nezasahování - wuwei" a "přímé vedení klienta" /</p>

Příloha č. 4: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. NOVÁKOVÁ Markéta	Tylova 753, Šestajovice	F150448

TÉMA ČESKY:

Zátěžové programy v terapeutické komunitě

TÉMA ANGLICKY:

Adventure therapy in therapeutic community

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury z oblasti: adiktologie, psychoterapie, sociální psychologie, psychologie sportu, metodologie, psychologie osobnosti.
2. Zvláštní orientace: Současný přehled výzkumů v oblasti léčby látkových závislostí, zejména zátěžových programů v rámci TK, a terapie dobrodružstvím obecně.
3. DP bude zaměřena na: 1. analýzu průběhu zátěžových programů v TK zaměřených na látkové závislosti na území ČR, a 2. popis vnímání zátěžových programů klienty daných TK. Cílem práce je komplexně přiblížit zátěžové programy TK v ČR a popsat jejich jednotlivé aspekty.
4. Pro zachycení komplexnosti je zvolen kvalitativní design. Pro sběr dat bude využita metoda zúčastněného nestandardizovaného pozorování a metoda polostrukturovaných rozhovorů.
5. Výzkumný soubor: 3 zátěžové programy v různých TK, pro účel práce specifikované jako zaměřené na turistiku, v délce 3 až 7 dnů. Výzkumný vzorek pro pozorování bude tvořen všemi členy zátěžového programu; pro rozhovor přibližně 12ti účastníky programů, klienty TK.
6. Parametry práce: Práce bude vypracována v souladu s metodickými pokyny katedry a Manuálem pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UPOL.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Davis-Berman, J. & Berman, D., S. (1994). Wilderness therapy: foundations, theory and research. Iowa: Kendall/Hunt.
2. Gass, M., A., Gillis, H., L., & Russell, K., C. (2012). Adventure therapy: theory, research and practice. New York: Routledge.
3. Kirchner, J. & Hátlová, B (2011). Teorie dobrodružné terapie. Praha: European science and Art Publishing.
4. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.
5. Nevšimal, P. (Ed.) (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Praha: Středočeský kraj, TK Magdaléna.
6. Romaněnková, E. (2012). Využití terapie dobrodružstvím v terapeutických komunitách v České republice. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.

Příloha č. 5: Abstrakt práce

v českém jazyku

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zátěžové programy v terapeutické komunitě

Autor práce: Bc. Markéta Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Roman Procházka, PhD.

Počet stran a znaků: 135 stran, 249 718 znaků (včetně mezer)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 58

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na zátěžové programy v terapeutických komunitách (TK) pro závislé na návykových látkách. Cíl je deskriptivní, výzkumný vzorek je vybrán metodou příležitostného výběru: tvoří jej 33 klientů a 7 terapeutů ze třech TK.

V rámci terénního výzkumu, kdy autorka absolvovala tři vybrané turistické programy, byly stanoveny první tři výzkumné otázky vztahující se k: postoji klientů; roli terapeutů a terapeutickému potenciálu zátěžových turistických programů. Podkladem pro jejich interpretaci bylo zúčastněné přímé pozorování a polostrukturované rozhovory s klienty. Způsob analýzy dat byla dílčí část metody zakotvené teorie. Čtvrtá výzkumná otázka se týká obecného hodnocení všech zátěžových programů klienty TK. Byla zpracována na základě rozhovorů s klienty metodou tematické analýzy.

Díky kvalitativní povaze práce ve výsledné interpretaci uvádíme řadu konceptů. Za nejvýznamnější z nich považujeme: nové zážitky; možné zvýšení self-efficacy; rozvoj vztahů v komunitě. Tyto koncepty byly analyzované jak z hlediska turistických zátěžových programů, tak z hlediska zátěžových programů obecně při jejich evaluaci klienty.

Klíčová slova: zátěžový program, terapeutická komunita, terapie dobrodružstvím

ABSTRACT OF THESIS

Title: Adventure Therapy in Therapeutic Community

Author: Bc. Markéta Nováková

Supervisor: PhDr. Roman Procházka, PhD.

Number of pages and characters: 135 pages, 249 718 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 58

Abstract: The master's thesis focuses on a Czech form of adventure therapy in therapeutic communities (TC) for clients struggling with addiction. The goal is descriptive, the research sample was chosen using the convenience sample technique: there is 33 clients and 7 therapists belonging to three TC.

The author participated in three touristic programs of adventure therapy. During the field study the first three research questions were determined, concerning the following: attitude of clients; role of therapists and therapeutic potential of the touristic programs. Data were collected through direct observation and semi-structured interviews with clients. It was analysed by a part of grounded theory method. The fourth research question focused on general evaluation of all types of adventure therapy in TC. Data included interviews with clients and was processed using thematic analysis.

Because of qualitative type of the thesis we interpret a number of concepts. As the most important ones we consider: the importance of new experiences; the possible raise of self-efficacy; the relationship development in TC. These concepts were analysed both from the point of view of the touristic programs as well as by the clients' evaluation of the adventure therapy in general.

Key words: adventure therapy, therapeutic community