

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



Autor: Martin Zim

**Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I.  
očíma klientů**

**Process of treatment in therapeutic community WHITE  
LIGHT I. through clients eyes.**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

**Praha, 2013**

## **Poděkování**

Děkuji panu PhDr. Josefu Radimeckému, Ph.D., MSc. za cenné rady a odborné vedení mé práce. Za vstřícnost a ochotu podělit se o své zkušenosti a za čas, který mi věnovali, děkuji terapeutům a klientům terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Chci také zmínit svou partnerku Lenku a syna Kryštofa, kteří mě neúnavně podporovali. Také děkuji, paní Mgr. Lence Reichelové za oponenturu.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. dubna 2013

Martin Zim

Podpis:

**Identifikační záznam:**

ZIM, Martin. *Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. očima klientů [The process of treatment in a therapeutic community WHITE LIGHT I. through clients eyes.]*. Praha, 2013. 60 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Radimecký, Josef.

## Obsah

Úvod.....	8
<b>1. Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
1.2 Charakteristiky terapeutické komunity pro drogově závislé.....	10
1.3 Proces léčby v terapeutické komunitě.....	11
1.3.1 Proces zaměřený na osobu a vztahy .....	11
1.3.2 Skupinový proces.....	12
1.3.3 Přijetí léčby.....	12
1.3.4 Podrobení se léčbě .....	13
1.4 Cíle léčby .....	15
1.5 Účinné faktory léčby.....	16
1.6 Fáze léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé.....	18
1.7 Terapeutická komunita WHITE LIGHT I.....	21
1.7.1 Historie TK WL I.....	22
1.7.2 Cíle léčby TK WL I.....	23
1.7.3 Fáze léčby TK WL I.....	24
1.8 Vymezení pojmu prožívání.....	27
<b>2. Praktická část .....</b>	<b>30</b>
2.1 Výzkum procesu léčby v terapeutických komunitách .....	30
2.2 Cíl výzkumu.....	31
2.3 Výzkumné otázky .....	32
2.4 Metody získávání dat. ....	33
2.5 Zdroje dat.....	35
2.5.1 Výzkumný soubor-primární data. ....	35
2.5.2 Sekundární data.....	36
2.5.3 Triangulace dat. ....	37
2.6 Prostředí výzkumu .....	37
2.7 Můj vztah ke zkoumanému vzorku, prostředí. ....	38
2.8 Etická stránka výzkumu.....	39

2.9 Metody a postup zpracování dat. ....	39
2.9.1 Postup zpracování dat.....	39
2.9.2 Metody zpracování dat. ....	41
<b>3. Výsledky</b> .....	<b>43</b>
3.1 Výsledky a výstupy k výzkumným otázkám.....	43
3.2 Doporučení pro budoucnost.....	51
3.3 Diskuze a interpretace.....	52
3.4 Závěr.....	54
<b>Literatura</b> .....	<b>56</b>

## **Abstrakt**

Proces pobytové léčby v terapeutické komunitě je formálně rozdělen do 4 fází. V každé z nich jsou na klienty kladeny různé nároky, podle nichž jsou klienti skupinou a personálem hodnoceni. Naplnění požadavků v jednotlivých fázích je indikátorem posunu klientů v procesu léčby. Tyto fáze jsou definovány pracovníky služby.

Cílem práce je zachytit a popsat zmíněný proces léčby a společné prvky s ohledem na to, jak je vnímají a prožívají klienti během léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Jde tedy o to, pokusit se s využitím rozhovorů se souborem klientů tento proces rozdělit dle společných prvků do „fází“ procesu léčby, jak je vnímají sami klienti a porovnat je s formálně stanovenými fázemi léčby.

Práce je založena na kvalitativním přístupu. Sběr dat probíhal formou individuálních semistrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor je institucionální, tvoří jej klienti terapeutické komunity WHITE LIGHT I, kteří byli v období sběru dat v závěrečné fázi léčby, nebo absolvovali alespoň 6 měsíců léčby.

Výsledky práce ukazují, že lze pomocí analýzy dat od klientů definovat fáze/období z pohledu klientů. Podařilo se pojmenovat fáze dle časové posloupnosti a podle nejvýznamnějších prožívaných charakteristik. Při porovnání fází formálně definovaných a fází podle klientů se podařilo zjistit některé významné rozdíly. Ty se týkaly hlavně úvodní a závěrečné fáze programu. Zjištěné poznatky přinášejí do praxe podněty pro terapeutické týmy v péči o drogově závislé v procesu rezidentní léčby v terapeutických komunitách.

**Klíčová slova:** léčba závislosti, terapeutická komunita, klient, proces léčby

**Abstract:**

The process of residential treatment in a therapeutic community is formally divided into 4 phases. In each of them there are different requirements placed on clients according to which they are evaluated by a group of clients and staff. Meeting the requirements in each phase is an indicator of clients' progress in the process of treatment. These phases are defined by staff on duty.

The goal is to capture and describe the above mentioned process of treatment and common elements with regard to how it is perceived and experienced by clients during treatment in a therapeutic community WHITE LIGHT I. Therefore, the focus is to try to use a set of interviews with a group of clients and differ this process according to common elements into „phases" of the treatment process, as perceived by the clients themselves and compare them with formally established phases of treatment.

The work is based on a qualitative approach. Data were collected through individual semi-structured interviews. The research group is institutional, consists of clients from the therapeutic community WHITE LIGHT I who were in the final phase of treatment in the period of data collection, or completed at least six months of treatment.

The results show that it is possible through the client's data analysis to define the phase / period from the clients' perspective. It was managed to identify phases according to chronology and major experience characteristics. When comparing the phases and stages of formally defined and defined by clients, it was managed to find some significant differences. These mainly concerned the initial and final phases of the program. The findings bring into practice the suggestions for therapeutic teams in care of drug addicts in the process of residential treatment in therapeutic communities.

**Key words:** addiction treatment, therapeutic community, client, process of treatment

## Úvod

Terapeutická komunita (dále v jen TK) jako nástroj léčby duševních poruch je dnes velice populárním tématem a to nejen v adiktologii. Když jsem dělal rešerši k tomuto tématu, našel jsem mnoho prací věnujících se terapeutickým komunitám. Oblast zájmu různých autorů směřuje jak k léčbě, účinným faktorům, motivaci klientů tak i komunikaci. Výše zmíněné okruhy jsou preferované nejčastěji.

Ve své práci se zabývám subjektivní zkušeností klientů během procesu léčby v terapeutické komunitě. Předmětem mého zájmu je tedy to, co a jak klienti vnímají jak ve skupinové psychoterapii, tak i ve chvílích, kdy terapie není na programu dne. Tento pohled do prožívání klientů je podle mého názoru pro terapii nezbytný, terapeuti potřebují ke své práci vědět, co klienti prožívají a co potřebují.

Při rešerši k tématu jsem našel práci Kotasové (2011), která se věnuje léčbě závislosti v terapeutické komunitě Fénix v Bílé Vodě očima klientů. Jejím cílem bylo zmapovat, jak klienti vnímají léčbu závislosti, respektive jak vnímají účinné faktory užívané v TK Fénix a jaký má z pohledu klientů léčebná intervence vliv na udržení abstinence po léčbě. Pro svůj výzkum použila podobný přístup, který jsem použil pro svoji práci i já, ale zaměřila se na jiné téma. Z jejích závěrů vyplývá, že klienti TK Fénix hodnotí léčbu jako účinnou, považují vliv terapeutických faktorů v léčbě jako zásadní pro svoji abstinenci a zdravý životní styl. V této práci jsem nenašel nic k tématu, kterému se chci věnovat ve své výzkumné části.

Také Klimas (2012) zkoumal pohled a prožívání klientů v TK. Jeho práce je ale zaměřená na interpersonální vztahy v rodině, v práci, mezi vrstevníky a kamarády v průběhu užívání drog a léčby. Cílem bylo porozumět změnám ve vztazích v různých fázích užívání i léčení, tedy předpokládá, že klienti si období člení do určitých fází.

Výzkum pro tuto práci jsem provedl v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. v Mukařově, kde pracuji od roku 2004 jako terapeut. Věnuji se přímo klientům, vedu skupiny a pracuji s klienty individuálně jako osobní terapeut. Proces pobytové léčby v terapeutické komunitě je formálně rozdělen do 4 fází. V každé z nich jsou na klienty kladeny různé nároky, podle nichž jsou skupinou a personálem



hodnocení. Naplnění požadavků v jednotlivých fázích je indikátorem posunu/neposunu klientů v procesu léčby. Tyto fáze jsou definovány pracovníky služby.

Cílem práce je zachytit a popsat proces léčby závislých uživatelů návykových látek v TK a jeho společné prvky tak, jak je vnímají a prožívají klienti. Pokouším se tedy porovnat proces léčby, jak ho vnímají klienti s formálně stanovenými fázemi léčby. Práce by měla přispět k porozumění tomu, jak klienti svoji léčbu v různých fázích prožívají, zda shodně s těmi personálem stanovenými nebo jinak. Poznatky z výzkumu by měly sloužit jako užitečná zpětná vazba pro terapeuty a případně pro klienty terapeutických komunit.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Cílem teoretické části je poskytnout informace potřebné k porozumění provedenému výzkumu, zejména popis základních údajů o fázích léčby v terapeutických komunitách.

Obsahem druhé části je vlastní výzkumné šetření v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Představuji zde cíl výzkumu, výzkumné otázky, prostředí výzkumu a především použitou metodologii. Největší prostor věnuji analýze dat a dále diskuzi a interpretaci získaných výsledků.

# 1. Teoretická část

## 1.2 Charakteristiky terapeutické komunity

Pro běžného člověka slovo „komunita“ asociuje něco tajemného, něco co obnáší strukturu nebo určitý řád či pospolitost. Odborné definice jsou mnohem pečlivější a proto vybrat typickou charakteristiku je vcelku obtížné.

Schulte et al. (2010) definuje terapeutickou komunitu jako službu vycházející z přístupu pobytové léčby s původem v USA, založenou na demokratických a neinstitucionalizovaných principech, usilující o abstinenci.

Jedna z nejcitovanějších definic říká, že terapeutická komunita je léčebné společenství, které cíleně podporuje spoluúčast klientů/pacientů na plánovaných společných aktivitách v léčbě. Klienti se dokonce stávají spoluterapeuty, podílejí se na chodu společenství, a tím nesou také část spoluodpovědnosti, která je na ně úmyslně přenášena. Účinnost systému je v pevném plánu, závaznosti a řádu, v němž si nikdo nemůže moc vybírat. Systém má určité nepohodlí a „řeholi“, to ale zvyšuje účinnost a přitažlivost (Kratochvíl, 1997).

Těmínová, Kalina a Adameček (2008) uvádějí, že jedinečné prvky jsou pro terapeutickou komunitu typické. Klienti musí dodržovat stejná pravidla a souhlasit s hierarchií. Rozhodovací pravomoce jsou určeny podle funkcí, terapeutický tým v čele s vedoucím má právo veta. Další hierarchie je dána funkcí ve skupině klientů a také zařazením do fází léčby. Podíl klientů na chodu komunity je celkem značný a respektovaný. Systém je tedy značně složitý, proto je kladen důraz na odpovědnost týmu ale i klientů vůči celému zařízení. Pokud je tato odpovědnost sdílena a přítomna, stává se celý systém funkční.

Kooyman (2004) přináší pohled na terapeutickou komunitu jako na náhradu rodiny. Prostředí komunity nahrazuje podpůrné rodinné prostředí, které většina z nich nikdy nepoznala, nebo měla na své členy negativní vliv. V úvodu léčby je kontakt a spolupráce s původní rodinou klienta omezen. V dalších fázích léčby je ale spolupráce rodiny naopak nezbytná.

Rodinné prostředí dle mých zkušeností je velmi silný fenomén komunity. Klienti absolvují doslova proces „znovuzrození“, jak někteří zmiňují. Tento proces absolvovaný s jinou „rodinou“, tj. komunitou, je vskutku něco jedinečného a neopakovatelného. Tam, kde se podaří propojit rodinu komunity s původní rodinou klienta a zapojit ji do procesu léčby, existuje velká naděje na změnu. Tato změna se nedotkne jen klienta ale i celé původní rodiny.

Pohled Chvály a Trapkové (2008) na terapii jako výzkumné laboratoře, kde všichni účastníci komunity mají možnost vidět nejrůznější řešení lidských trablů, hledání souvislostí a hypotéz je poměrně zajímavý a ve své podstatě odlišný.

Celé společenství skutečně vidí denně paletu různého chování, zvyků a způsobů a vyhodnocuje i tvrdě hodnotí, aby nakonec podpořilo a přijalo. V tomto pohledu do života komunity je cítit velmi silný potenciál, který klienti mohou využít.

### **1.3 Proces léčby v terapeutické komunitě**

Pohledů na proces léčby v terapeutické komunitě je mnoho, nyní bych chtěl vymezit ty podstatné. Kalina (2007) popisuje základní rozdělení terapeutického procesu na dvě oblasti:

- Zaměření na osobu a vztahy
- Zaměření na skupinový proces

Proces léčby lze také rozdělit dle Rotgerse et. al (1999) do dvou fází:

- Přijetí
- Podrobení se

#### **1.3.1 Proces zaměřený na osobu a vztahy**

Zaměření na osobu a vztahy je základním prvkem pro proces osobního dozrávání v terapeutické komunitě. Prostředí komunity je místo pro sekundární emoční vývoj. Klienti vstupují do léčby osobnostně nezralí, mají problémy spojené se sebepojetím. Hodnotový a charakterový rozměr jejich osobnosti čeká na posun dopředu. To vše má důsledky v oblasti interpersonálních vztahů, potenciál těchto klientů čeká na objevení a rozvinutí dle jejich vývojového stupně. Komunita tak

může svými příznivými podmínkami umožnit a usnadnit sekundární emoční vývoj. Poškozené vývojové situace z minulosti mohou být znovuprožité a zpracované během procesu léčby. Touto zkušeností se klienti mohou více orientovat ve svém prožívání a odcházet do života silnější s pocitem, že se v sobě lépe vyznají (Kalina, 2007).

Klienti velmi často po nástupu do zařízení zjišťují, jak hodně prostoru je věnováno vztahům a jejich řešení. Jejich představa o léčbě byla zcela jiná, než je nová zkušenost. Bývá to pro ně často šok, že vztahy a závislost jsou takto silně propojené. Toto období bývá doprovázeno myšlenkami na odchod a útěk. Mám zkušenost že klientovo dosažení náhledu na závislost jako na jeden z důsledků vztahových problémů je důležitým momentem v procesu léčby.

### **1.3.2 Skupinový proces**

Ve skupinovém procesu zažívají klienti podstatnou část vztahových zkušeností. Víra ve skupinu a v její potenciál se buduje u každého jedince jinak dlouho.

Podle De Leona a Melnicka (1993) se léčba v komunitě netýká drogy, ale člověka a jeho vztahu s vlastním sebepojetím. Asi nejdůležitějším úkolem v TK je, aby se klienti naučili vytvářet uspokojivé vztahy, které dokážou udržet.

Jiný pohled na proces v komunitě charakterizuje tento systém jako „*sociální mikrosvět*“. Tento model naznačuje, že klienti si přinášejí navyklé vzorce chování a prožívání. Změna, kterou klient absolvuje, je s konkrétními lidmi a v konkrétních vztazích, ale v dočasné sociální realitě. V tomto prostředí se klienti snaží bezpečně ukotvit, skupina poskytuje přijetí, důvěru a pocit sounáležitosti, aby proces učení měl pevné základy (Kalina, 2007).

### **1.3.3 Přijetí léčby**

Ve fázi přijetí je klient vystaven tlaku okolí, aby si přiznal, že je závislý a že dosavadní způsob života nezvládal. Setkávám se s různými způsoby, jakým tento proces probíhá. Často je to tlak skupiny, ale také rodiny či partnera, často je to tlakem represivním, hrozbou vězení, ztrátou dítěte či exekucí.

Proces přijetí léčby je překonávání „*popření*“, neboli důvěry, že klient dokáže kontrolovaně užívat, nebo silou vůle dosáhnout abstinence. Přijetí léčby je

dosažení náhledu, že ztratil kontrolu nad užíváním. Jedinec si uvědomí neschopnost řídit svůj život s užíváním drog či alkoholu, že na vůli samotnou se nemůže spolehnout. Jedinou alternativou klienta je obrátit svou důvěru k „vyšší síle“ (odborné péči), přijetí cesty abstinence, jako jediné možnosti změny dosavadního chaotického života (Rotgers, 1999).

Fromm (1994) mluví o rozhodnutí, doslova „*chtít jednu věc*“ a vytknout si jeden cíl. Umět se rozhodnout a nebát se vytknout jeden důležitý cíl, být tomuto oddán a soustředit na to veškerou svou energii. Což je podmínka úspěchu v budoucnosti.

Setkávám se s řešením tohoto těžkého úkolu téměř u každého klienta v TK. Mnohdy je to poprvé, co se vůči sobě a okolí rozhodují zodpovědně. Je to moment nejvyšší důležitosti a je pro vývoj léčby stěžejní a může trvat u každého jinak dlouho. Citlivou podporou ze strany týmu a klientů lze tento proces urychlit nebo udělat snesitelnějším.

#### **1.3.4 Podrobení se léčbě**

Po přijetí následuje fáze podrobení se, což představuje závazek vůči sobě změnit životní styl. To vyžaduje dodržování programu a režimu komunity, aktivitu na skupinách ale i při běžných činnostech. Také vzdání se drogových „přátel“ a všeho, co je ohrožující. Budování vztahů na úplně jiných základech než doposud. Novým přístupem a kvalitou v tomto období je pokora a přijetí pomoci (Rotgers, 1999).

Dokázat říct si o pomoc pokládám za vůbec nejpodstatnější ukazatel změny. Tento přístup nebyl klienty v jejich životě praktikován. Musí podstoupit velikou změnu v procesu řešení běžných, ale i závažných situací v životě, naučit se říct o pomoc.

Podle Millerové (2011) jsou v procesu léčby důležité čtyři aspekty adiktologického poradenství:

- Krizová intervence
- Individuální terapie
- Skupinová terapie
- Rodinná terapie

Klienti v léčbě mají možnost využít výše uvedenou nabídku. Individuální a skupinová terapie se od ostatních liší tím, že je to povinná součást programu a klient se jí musí účastnit, k čemuž se zavazuje ve smlouvě o poskytnutí služby. Krizovou intervencí je možno využít ve chvíli, kdy se jedinec nachází v krizi. Není tudíž povinná, ale může být určitým signálem o motivaci klienta v léčbě. Nabídka rodinné terapie je v rukou klienta a je to rovněž znak jeho motivace a odhodlanosti. Jelikož klient rozhoduje, zda a koho z rodiny pozve, má právo účast rodiny také odmítnout.

Krize je situace, kdy klient nemá k dispozici řešení. Krizová situace je příležitost odnést si negativní nebo pozitivní zkušenost. Prostřednictvím těchto situací má jedinec možnost naučit se nové poznatky a dovednosti k zvládnutí krize v budoucnu. Krize si vyvíjejí dle délky léčby, čím kratší je, tím je krizových situací více. Pro závislého je definování krize problémem, předchází tomu učení se rozpoznávat, v čem krizová situace spočívá.

V rámci individuálních sezení může klient řešit velmi citlivé a osobní problémy. Terapeut pro něho může představovat pevný bod. Spolu mohou analyzovat a určovat proces změny, v němž se klient nachází (prekontemplace, kontemplace, příprava, akce a udržování – Miller a Rollnick, 2004). K tomu je potřeba, aby terapeutický vztah byl dostatečně silný.

Skupinová terapie nabízí interakce s druhými lidmi, čímž se klient může o sobě mnoho dozvědět. A to prostřednictvím podpory, zpětné vazby a naděje na změnu. Ve skupině se vždy projeví, jak se závislý choval ve skutečném světě. To umožňuje pracovat s aktuálními tématy a problémy.

V rodinné terapii se mohou projevit hyperprotektivní postoje, kodependentní chování či jiné vzorce, které se mohly podepsat na vzniku závislosti. Závislost v rodině plní dvě funkce: působí problémy v rodině nebo je znakem nenaplněných potřeb či nedostatkem dovedností (Millerová, 2011).

Rodinná sezení představují pro celý systém možnost pohnout se vývojově dál. Setkávám se s aktivním zapojením rodičů, ale i s přístupem, který představuje řadu výmluv a důvodů proč se neúčastnit. Podpora a vysvětlení ze strany týmu,

k čemu slouží rodinná sezení v rámci rodinné terapie, je na místě a může rodinné příslušníky motivovat změnit postoj, případně podpořit rozhodnutí účastnit se. Naše zkušenost z více než padesáti víkendů pro rodinné příslušníky klientů ukazuje, jak velmi může účast rodiny závislému člověku na jeho cestě ke změně životního stylu pomoci.

## 1.4 Cíle léčby

Odpověď, co je cílem léčby, není možno uzavřít do jednoho dlouhodobě neměnného tvaru. Neustále se vyvíjející diskuze o tom, co je a co má být cílem léčby, je ovlivněna vědou ale i vývojem společnosti ve smyslu potřeb člověka.

V období před sametovou revolucí byl jediný možný cíl abstinence. Po roce 1989 se obor adiktologie začal rozvíjet a s ním i mnoho otázek, včetně těch, co je cílem léčby. Během mého působení v oboru jsem si často kladl otázku, co je cílem léčby závislých, co pro to mohu udělat, jaké jsou moje limity a proč neustále pochybuji o výsledku. Období pochybnosti se střídá podle nějakého harmonogramu, který neznám. Ponaučení z těchto období mně upevnilo v přesvědčení, že méně je někdy více a že každý pokus o změnu má smysl. Že se obor i můj život neustále vyvíjí a je potřeba neustále na sobě pracovat.

Těmínová-Richterová (2007) dokonce mluví k tomuto tématu o přesahu filozofickém a teologickém. Komunita má dle jejích slov úlohu „*být dobrým průvodcem*“. Toto doprovázení klienta léčbou by mělo:

1. Přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života
2. Přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti
3. Přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů
4. Přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe
5. Přispět k nalezení svého místa v běžném lidském společenství
6. Přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu
7. Přispět k spokojenému a radostnému životu
8. Přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout

Cíle léčby jsou ovlivněny terapeutickým týmem a zakladatelem. To může přinášet řadu možností i úskalí. Jak podceňování, tak velké nároky, nerespektování individuality, mohou vést k brzdění vývoje.

Kdo je úspěšným klientem, lze shrnout do těchto bodů:

- Člověk, který udělal a dělá maximum pro své sebepoznání
- Stále se rozvíjí a jde vpřed
- Usiluje o kvalitní život ve společnosti – kde dává i bere
- Má schopnost radovat se, i když občas klopýtne, ale ví, jak vstát, i třeba s pomocí druhých (Těmínová-Richterová, 2007)

Zdá se, že důležitým cílem je samotné dokončení léčby, protože tento faktor zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobé úspěšnosti jejich absolventů. Po dokončení plánované léčby se úspěch projeví u 70-90% klientů. Nedokončení léčby vede u 60-90% klientů k pravděpodobnému návratu k užívání drog (Kalina, 2008).

## 1.5 Účinné faktory léčby

Účinné prvky v léčbě lze rozdělit na faktory skupinové terapie a faktory terapeutické komunity jako celku.

Aby skupinový proces byl účinný, musí obsahovat určité kvality. Yalom a Leszcz (2007, p. 21) definují jedenáct základních faktorů, které utvářejí změnu a které mají být přítomny ve skupinovém procesu:

1. Dodávání naděje
2. Univerzalita
3. Poskytování informací
4. Altruismus
5. Korektivní rekapitulace primární rodiny
6. Rozvoj socializačních technik
7. Napodobující chování
8. Interpersonální učení
9. Skupinová soudružnost



10. Katarze

11. Existenciální faktory

Není jasná hranice mezi výše zmíněnými faktory. Ale je potřeba zdůraznit, že jsou na sobě závislé a proto nemůžou fungovat samostatně. Také klienti mají různou potřebu využití těchto prvků. Co pomáhá jednomu, nemusí ve stejném čase potřebovat ostatní. Yalom a Leszcz (2007, p. 23) dále uvádějí, že: *„Terapeutické faktory ceněné klienty se velmi liší od těch, které zmiňují terapeuti i pozorovatelé, což je známo i z individuální psychoterapie.“*

Tento rozpor často vnímám během práce s klienty i já a vždy je překvapující, dává mi však možnost vrátit se nohama na zem. V každodenní terapii se soustředím na techniky a aktuální situaci ve skupině. Propadám pocitům, že musím být iniciátor změn a беру si často zodpovědnost na sebe. Uniká mi, kolik zkušeností a důležitých momentů pro klienty jde mimo mne. Jak v podstatě pro okolí nedůležitá situace může pro někoho znamenat významnou zkušenost a třeba i zásadní obrat ve vývoji. Tato zkušenost mi umožňuje brát vážně mimoskupinové dění i podpůrné aktivity mezi klienty, nenechat se unést všespasitelským syndromem a tendencemi být u všeho a za každou cenu první.

Léčivé prvky a co je v terapeutické komunitě účinné, definuje Kooyman (2004, p. 33) v patnácti bodech následovně:

1. Náhradní rodina
2. Ucelená filozofie
3. Terapeutická struktura
4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií
5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce
6. Učení prostřednictvím krizí
7. Terapeutický účinek všech aktivit komunity
8. Odpovědnost klienta za jeho chování
9. Zvýšení sebevědomí díky úspěchům
10. Internalizace pozitivního hodnotového systému
11. Konfrontace

12. Pozitivní tlak vrstevníků
13. Učení se rozumět emocím vyjadřovat je
14. Změna negativního přístupu k životu na pozitivní
15. Zlepšení vztahů v původní rodině

Autor zároveň zdůrazňuje, že pokud některý z těchto faktorů chybí, je léčba méně účinná. Hlavní důraz klade na strukturu a filozofii terapeutické komunity.

Podrobněji se výše zmíněným faktorům nevěnuji, přesáhlo by to rámec této práce, i když připouštím, že je to téma lákavé. Zmíněné faktory se v čase prolínají, absolutní rovnováha je přítomna zcela výjimečně. Jsou to momenty, které někdy prožívám, a jež mají velice silný vliv na celou komunitu. Znakem těchto momentů je určitý spirituální přesah, např. po těžkém období, ve kterém se skupina nacházela a které s pomocí terapeutického týmu zvládla překonat, nebo vánoce a sváteční chvíle v TK, či odchod klienta se závěrečným rituálem plným emocí a dojetí. Chtěl bych zdůraznit, že tento spirituální přesah je rovněž pro společenství komunity důležitý. Komunita bez této zkušenosti je pouze statickým souborem pravidel a bude působit vždy neosobně.

## **1.6 Fáze léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé**

Adameček, Těmínová-Richterová a Kalina (2003) definují léčbu v terapeutické komunitě jako proces strukturovaný do fází dle pravidel, zodpovědností a povinností. Klient prochází fázemi, což je ukazatelem odpovědnosti, postupu a práce na vlastní změně. Jednotlivé fáze sledují následující cíle:

- Vytvoření struktury
- Pozitivní i negativní hodnocení
- Trénink odpovědnosti
- Uvědomění si možností a limitů, které nám přinášejí jednotlivá životní období a různé situace
- Vytváření takového prostoru, který před klienta staví přiměřené nároky, které mu umožňují růst a při tom respektují fázi jeho vývoje

Vycházejí ze zavedeného konceptu, který se praktikuje ve většině komunit. Ten rozděluje léčbu do čtyř fází: nultá, první, druhé a třetí.

V ČR je obvyklé, že nultá, první a poslední fáze zabírá cca 50 % délky léčby, druhá fáze také 50 % léčby a to platí jak pro roční léčby tak i pro střednědobé v délce šesti až osmi měsíců (Kalina, 2008).

Adameček (2007) pokládá rozdělení programu do fází za důležité pro terapeutický tým, ale také pro klienty samotné, což není podloženo výzkumem, který by byl realizován v České republice. Proto se ve výzkumné části zaměřuji na to, zda rozdělení léčby do fází klienti TK WL I. skutečně považují za důležité.

Klienti mají možnost v jednotlivých fázích pracovat na krátkodobých úkolech a nepropadnout pocitu, „že všechno musí změnit co nejdříve“. Chtít rychle a brzy dát vše do pořádku je pro klienty typické, bezprostředně po nástupu do léčby.

Adameček (2007) uvádí hlavní kritéria pro postup do další fáze:

1. Čas strávený v programu
2. Splnění všech povinností spojených s jednotlivými fázemi
3. Zřetelné pokroky v osobním růstu

#### **0. fáze:**

Označuje se jako diagnostická, orientační, úvodní, poznávací apod. Typická je izolovanost od vnějšího světa a zákaz telefonování a písemného kontaktu. Další charakteristikou je častější krizová intervence, podpůrné individuální konzultace, hájení a mírnější sankce. Klient se učí znát pravidla a režim, je rozhodnutý zůstat v TK a navazuje vztah se svým osobním garantem/terapeutem.

#### **1. fáze:**

V této fázi se klienti stávají právoplatnými členy komunity s hlasovacím právem, v procesu své léčby se zabývají sami sebou, stabilizují se. Určitá míra izolovanosti trvá, TK opouštějí pouze v doprovodu, vykonávají méně zodpovědné a náročné funkce ve spolusprávě, tvoří individuální plán a začínají plnit jednotlivé úkoly. Přijímají zodpovědnost za sebe, začínají chápat podstatu závislosti a požadavky na uzdravení. Připouštějí si závažnost problémů, přerušili kontakt s drogovou

subkulturou. Vykazují vůli v procesu změny pokračovat. Úskalím této fáze je předčasný odchod vlivem stagnace nebo náročnosti programu.

## **2. fáze:**

Klienti přijímají zodpovědnost za sebe, ale i za druhé a za chod komunity. Mají částečný samostatný kontakt s vnějším světem – vycházky, výjezdy. Využívají větší svobodu, zastávají nejvyšší zodpovědné funkce, doprovázejí klienty v nižších fázích a zastávají funkce tzv. „*starších sourozenců*“. Vedou komunitní aktivity a někdy disponují značnými pravomocemi. Fungují jako vzor. Jsou nositeli řádu a pravidel, obnovují vztahy s rodinou. Uvažují o své budoucnosti, mají představu o svém doléčování a působení. Jsou aktivní ve skupinové terapii, projevují velkou otevřenost, roste jim sebeúcta, přijímají autority. Klienti zvládají své negativní myšlenky a emoce, přijímají plnou zodpovědnost za své chování, své problémy a jejich řešení. Znají filozofii TK a rozumí jejím metodám. Chtějí pokračovat v práci na sobě. Úskalím je přesvědčení, že už jsou „*vyléčení*“, a tím i možný předčasný odchod.

## **3. fáze:**

V této fázi jsou klienti samostatní, ale žijí v TK. Pohybují se mnohem více ve vnějším světě, kde se připravují na budoucí život (práce, bydlení, následná péče). Nemusí se účastnit celého programu, někdy žijí odděleně od části komunity. Stále se podílejí na chodu komunity, obvykle zodpovídají za přípravu a průběh některých aktivit. Klienti si zvědomují, kam odcházejí, možnosti ohrožení, připomínají si své priority, znají své silné/slabé stránky. Předcházejí nebezpečným situacím, dovedou je rozpoznat, nehazardují, netestují. Vyvarují se dlouhodobému stresu, umějí pracovat i odpočívat. Zajišťují si bydlení, připouštějí si, že odcházejí a sdílí to s komunitou. Úskalím je dojem, že jsou „*vyléčení*“, že už nepotřebují pomoc a tím ani následnou péči (Adameček, 2007).

Model čtyř fází léčby je využíván všemi terapeutickými komunitami v ČR. Existují ale rozdíly v tom, jak jednotlivé TK tyto fáze pojmenovávají, jak ilustruje tabulka č. 1. Roli v tom může hrát zaměření komunit, jejich zkušenosti z

terapeutického procesu nebo rozdílná očekávání ve vztahu ke klientům:

**Tab. 1 - Rozdílné názvy fází v různých terapeutických komunitách v ČR**

Zařízení	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
TK Magdaléna	diagnostická	adaptační	iniciativní	stabilizační
TK Sejřek	ochranná, motivačně-plánovací	adaptační	odpovědnostní	přechodová, odpoutání
TK Renarkon	fáze přijetí léčebného programu	fáze hledání sebe sama	fáze hledání nového stylu života	fáze návratu do normálního života
TK Podcestný Mlýn	adaptační	motivační	zodpovědnost	odpoutávání
TK Salebra	přípravná	motivační	individuální	odpoutávání
TK WHITE LIGHT I.	rozhodovací	adaptační	nácviková	odpoutávací

(s použitím internetových zdrojů)

Kratochvíl (2005) také popisuje čtyři stádia vývoje uzavřené skupiny, které jako kontrast k otevřené skupině v TK, mám potřebu zmínit:

- První stadium: orientace a závislost (účast členů je váhavá, znepokojivá, nejistá a současně závislá)
- Druhé stadium: konflikty a protest (sebeprosazení členů, rivalita, soupeření o moc, vznikají vzpoury proti autoritě)
- Třetí stadium: vývoj koheze a kooperace (vědomí „my“, snížení napětí, přijímání společných norem a hodnot, společná práce)
- Čtvrté stadium: cílevědomá činnost (skupina funguje jako integrovaná pracovní skupina, dosahování náhledu a změn postojů)

Rozčlenění do fází se používá i v poradenském procesu a psychoterapii. Například Culley a Bond (2008) používají teoretický rámec fází pro svou terapii, aby měla strukturu a činnost nebyla chaotická a náhodná. Fáze nazývají: počáteční, prostřední a závěrečná. Terapeutickému procesu dávají směr a cíl. Jmenované fáze jsou jako v komunitách v základních cílech totožné a dokládají,

jak je struktura v terapii pro klienty velmi důležitá.

## **1.7 Terapeutická komunita WHITE LIGHT I.**

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I. je forma pobytové léčby pro uživatele návykových látek v délce 6-8 měsíců, v níž se musí aktivně podílet na dosažení změny svého závislého chování prostřednictvím naplňování cílů.

Zařízení leží v obci Mukařov (600 m.n.m.) v blízkosti města Ústěk, v Ústeckém regionu. Nabízí bezdrogové prostředí pro skupinu 15 klientů z celé ČR. V zařízení se pracuje i s klienty ve věku 15-ti let, bez omezení horní věkové hranice. Služba je určena ženám i mužům, u nichž byla diagnostikována závislost na užívání návykových látek nebo jim jejich užívání působí vážné sociální nebo zdravotní problémy.

Zařízení klade velký důraz na práci nejenom s klienty, ale také s rodinou. Délka léčby je kratší, než je v ČR obvyklé, přesto jsou výsledky srovnatelné. V posledním roce prošlo komunitou 37 klientů, z toho řádně dokončilo léčbu 16 klientů (46%). Do současnosti prošlo komunitou téměř 450 klientů.

Služba je certifikovaná, poslední šetření proběhlo 12. prosince 2011. Terapeutický tým se skládá z devíti zaměstnanců na pozicích: vedoucí TK, adiktolog, pedagog, sociální pracovník, psycholog, pracovní terapeut. TK WL I. je klinickým pracovištěm Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze, místem pro stáže studentů adiktologie, případně jiných humanitních oborů (WHITE LIGHT I., 2013).

### **1.7.1 Historie TK WL1**

Terapeutickou komunitu s původním názvem White Light založil PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc., společně se dvěma kolegy v roce 1993 v obci Verneřice. Ze strany českých úřadů nebyl o její služby v té době zájem, a proto pro ni chyběla finanční podpora.

Po zkušenostech ze studijního pobytu ve Švýcarsku (terapeutická komunita Jugendheim Platanenhof Oberuzwil v kantonu St. Gallen) navázal spolupráci s tamními úřady a do roku 1996 poskytovala komunita své služby Švýcarům.

Klienti byli mladiství (15 – 21 let) drogově závislí pouze ze Švýcarska a přicházeli v rámci projektu tzv. sociálního překořenění k nucené léčbě s výměrem od soudu. Jejich pobyt byl hrazen přímými platbami za smluvní ceny. Model léčby byl výchovný a vzdělávací a psychoterapie byla pouze okrajová. V roce 1996 Švýcarsko změnilo model protidrogové politiky a omezilo dosud používaný přístup sociálního překořenění, čímž zanikla potřeba využívat podobná zařízení mimo Švýcarsko a došlo k ukončení spolupráce se švýcarskými úřady. Mezitím se ale zvýšila poptávka po možnostech léčby drogově závislých v České Republice a vznikly dotační programy ústředních státních orgánů pro tyto typy služeb. Tehdy začal Josef Radimecký sestavovat a připravovat nový tým a přejmenoval terapeutickou komunitu na White Light I.

První český klient nastoupil do zařízení 4. listopadu 1997. Terapeutická komunita White Light I (dále jen TK WL I.) se jako první v České republice zaměřila na mladistvé klienty ve věku od 15 let, pro něž v tu dobu podobný program neexistoval. V roce 1998 se celá komunita přestěhovala do vlastního objektu v obci Mukařov u Úštěka.

Po dvou letech týmové práce a získávání zkušeností byl vytvořen nový operační manuál pro práci s klienty. Koncept TK WL I. se pravidelně vyhodnocuje, reviduje a přizpůsobuje aktuálním potřebám. Poslední revize operačního manuálu byla provedena 22. 8. 2012 (WHITE LIGHT I., 2013).

### **1.7.2 Cíle léčby v TK WL1**

Úsilím pracovníků programů léčby a resocializace obecně, je podpora závislých lidí v tom, aby změnili své rizikové a/nebo problémové chování ve vztahu k užívání návykových látek či jiných forem závislostního chování a zvolili zdravější způsoby života.

V rámci bio-psycho-socio-spirituálního pojetí drogové závislosti není očekávaným výsledkem léčby a resocializace „pouze“ abstinence nebo snížení fyzických, psychických či sociálních rizik a poškození vyplývajících z užívání drog v krátkodobém horizontu. Jde především o to, podporovat uživatele návykových látek - klienty – v procesu jejich osobnostního růstu, zejména ve vztahu k přebírání osobní odpovědnosti a rozvoje jejich samostatnosti a dovedností zvládat

každodenní problémy. Osobnostní růst respektive „dozrání“ klientů je vnímáno jako základní předpoklad pro dosažení komplexních změn ve způsobu jejich chování, jež se může mj. pozitivně promítnout i do chování ve vztahu k užívání návykových látek.

Základním cílem práce s klienty v TK WL I. je podporovat jejich osobnostní růst, čehož je dosahováno prostřednictvím dílčích cílů, jež se však v závislosti na individuální situaci a potřebách našich klientů mohou lišit:

#### Podpora při změnách chování vedoucích ke zvyšování osobní spokojenosti:

- Dosažení a udržení optimálního zdravotního stavu
- Diagnostika a léčba psychiatrických symptomů a nemocí
- Osvojování dovedností a znalostí potřebných pro každodenní život
- Zprostředkování porozumění a/nebo řešení vztahových a rodinných problémů
- Řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací
- Řešení otázek spojených s bydlením
- Uspokojování duchovních potřeb a modifikace hodnotového systému v souladu se společensky uznávanými hodnotami

#### Změna chování ve vztahu k užívání OPL:

- Dosažení a posilování motivace k abstinenci a/nebo jiné změně chování ve vztahu k užívání návykových látek
- Podpora a udržení životního stylu bez užívání návykových látek a/nebo jiné změně chování ve vztahu k užívání návykových látek

#### Prevence relapsu:

- Relapsu lze předcházet prostřednictvím odpovídajících metod, které zvyšují efektivitu léčebných programů (WHITE LIGHT I., 2012)

### **1.7.3 Fáze léčby v TK WL1**

V průběhu let se vývoj fází léčby dle zkušeností týmu i klientů vypracoval do současné podoby. Systém je členěn do čtyř fází, jak ilustruje tabulka č. 2, ty jsou



označeny dle zaměření klienta, tedy do nejaktuálnějšího tématu tohoto období:

**Tab. 2 - Pojmenování fází v TK WHITE LIGHT I.**

Zařízení	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
TK WHITE LIGHT I.	rozhodovací	adaptační	nácviková	odpoutávací

### **0. fáze - rozhodovací**

Tato fáze má maximální délku trvání 1-4 týdny, během nichž se klient má rozhodnout, zda hodlá v programu léčby a resocializace – poté, kdy jej má možnost na vlastní kůži poznat - pokračovat. Prvních 7 dní 0. fáze je tzv. „dobou hájením“ (tj. klient není sankcionován), v 0. fázi klienta provází jeho „starší bratr/sestra“, klient má zakázán kontakt s osobami vně komunity jak osobní, tak telefonický či písemný (s výjimkou jednání s úřady či lékaři) a zákaz poslechu své hudby. Klient nesmí v tomto období opustit prostředí TK s výjimkou situací schválených skupinou a/nebo týmem (např. návštěva lékaře či úřadu), případně při skupinových akcích. Klienti 0. fáze nedostávají náročné rajóny typu starost o zvířata, kuchyň či topič.

- Klient se musí v tomto období rozhodnout a své rozhodnutí oznámit na velké komunitě. Podmínkou, aby mu byl vstup do 1. fáze umožněn, je zvládnutí režimu TK, jeho rozhodnutí setrvat v programu a prezentace „Řeky života I.“ ve skupině. V případě, že se rozhodne setrvat, musí pro vstup do 1. fáze absolvovat přípravný pobyt na myslivně (klauzuře). Je to místnost, kde není nikým rušen, zde musí zpracovat odpovědi na uložené otázky a připravit se k obhajobě svého vstupu do 1. fáze na velké komunitě.

### **1. fáze - adaptační**

Tato fáze probíhá nejvýše 2 - 3 měsíce od nástupu klienta do TK. Klient v tomto období pracuje s těmito okruhy témat:

- Zvládnutí režimu, zvládnutí práce s deníkem

- Přijetí skupinových norem (komunikace, chování, vztahy, respekt k druhým)
- Unést kritiku od druhých
- Přemýšlet o sobě, uvědomovat si své přednosti a chyby a přijmout je
- Hledat chyby i u sebe, nejenom u druhých
- Pravidelné setkávání s osobním terapeutem nad terapeutickou smlouvou nebo individuálními tématy (v intervalu nejméně 1x za 14 dní) a plnění ujednání individuální terapeutické smlouvy

Do 14 dnů po vstupu do 1. fáze by měl klient navázat písemný kontakt s rodiči nebo jinými, pro něj významnými blízkými osobami. V průběhu 1. fáze klient projde základními zodpovědnostmi ve skupině (šéfkuchař, starost o zvířata) a připraví, respektive absolvuje tyto druhy skupinových aktivit:

- Dvě skupiny na témata, která si zvolí sám nebo mu je doporučí skupina či terapeutický tým (např. rodina, postoj k drogám...), klub nebo vzdělávání
- Před koncem 1. fáze by klient měl absolvovat „prvovýjezd“ domů

## **2. fáze - nácviková**

Tato fáze programu probíhá v intervalu 1 - 3 měsíce. Vyznačuje se zejména prací s realitou klienta, tj. klient řeší ve skupině problémy z minula ve vztahu k budoucnu (např. práce, bydlení, vztahy apod.). Toto období by mělo u klienta být obdobím jeho vnitřní změny, klient by měl zejména:

- Stát se garantem (prosazuje a hlídá) skupinové normy
- Budovat si reálnou představu o své budoucnosti (tematické skupiny)
- Měl by získat náhled na svoji minulost a současnou situaci a na svoji závislost
- Umět si rozvrhnout svůj čas, plánovat práci, zodpovídat za ni
- Nést zodpovědnost za sebe i za druhé
- Pomáhat ostatním členům skupiny
- Neunikat z krizových situací

### **3. fáze - odpoutávací**

Je závěrečnou fází programu léčby a resocializace. Před ukončením programu by měl mít zajištěno bydlení a zaměstnání a program následné péče. Interval 3. fáze je určen mezi 1 - 2 měsíci. Konkrétní průběh této fáze je stanoven individuální terapeutickou smlouvou. Snahou klienta ve 3. fázi by mělo být:

- Být pozitivním vzorem ostatním členům skupiny
- Samostatně plnit své úkoly
- Dodržovat skupinové normy a pravidla a být schopen upozornit na jejich nedodržování druhé
- Pomoci ostatním členům skupiny, zejména těm, kteří to nejvíce potřebují, na základě doporučení týmu
- Hlídat a předávat ostatním členům skupiny tradice TK WL I.
- Mít jasně formulovaný svůj postoj k drogám
- Být otevřený a upřímný na skupině, dokázat mluvit o svých problémech
- Být schopen samostatného rozhodování o sobě a svém dalším životě
- Zvládnout vedoucí role, být schopen řídit chod komunity, plánovat program skupiny
- Uvědomovat si své silné a slabé stránky, pracovat s nimi
- Mít vyřešené nebo vyjasněné vztahy se svými blízkými
- Zařídít si práci a bydlení vně komunity, mít jasné představy o své nejbližší budoucnosti
- Umět si říci o pomoc (WHITE LIGHT I., 2012)

### **1.8 Vymezení pojmu prožívání**

Vymezit pojem prožívání je kupodivu celkem obtížné. Přitom se s touto kvalitou setkáváme jak v práci, tak v běžném životě. Mnoho publikací se zabývá emocemi, jejich druhem a fenomenologií. Velice podrobně definují kvalitu různých emocí, ale pojem prožívání jsem nenacházel často. Mnohdy během této práce mě napadala myšlenka, že prožívání je souhrn základních emocí: úzkost, radost, smutek, strach a hněv na úrovni vědomé a nevědomé v různém poměru, který se neustále

obměňuje podle subjektu, ale také vlivem vnějších okolností.

Šiffelová (2003) popisuje absenci prožívání u člověka jako, neúčast situace teď a tady. Aby jedinec něco prožíval, musí vstoupit do nějakého děje, poslechnout si svůj osobní názor a uvědomit si svůj pocit. Odpoutat se od vnějšku a zacílit pohled do nitra. Proto je také potřeba určitého ukotvení a smysluplného směřování, protože existence jen v prožívání pocitů, je velmi vratká a ovlivnitelná.

Vymětal et. al (1997, p. 36) pojem prožívání definuje: „*Jako proces interakce mysli a tělesného pociťování.*“ Tělo a mysl se vzájemně ovlivňují za účasti psychických procesů. Mysl, jako všechny duševní děje a tělo, jako dynamický somatický celek.

Projevy prožívání můžeme pozorovat u druhých jen na povrchu, nikoliv přímo prožívání druhého. Prožívané pocity jsou probíhající vnější nebo vnitřní situace. Ty si v mysli reálně představujeme, promýšlíme nebo na ně vzpomínáme. Subjekt považuje tyto situace za skutečné, i když často může být prožívání intenzivnější než objektivní skutečnost.

Mysl dává možnost rozlišení na smyslné a nesmyslné podněty, pod jednotlivými významy ve formě obrazů a představ. Významy tělesného prožívání, často nepovšimnuty, pociťujeme jako emoce, kterým nemusíme rozumět. Prožívání lze také vymezit jako ovlivňující se procesy tělesného pociťování na úrovni cítění - příjemný/nepříjemný, představování a myšlení. Proces prožívání v terapeutické komunitě lze dle Vymětala et. al (1997, p. 37) rozdělit do čtyř úrovní:

- Bezprostřední prožívání reálných událostí, procesů a stavů na tělesné úrovni v daný okamžik (jak tělesně pociťujeme v konkrétních situacích)
- Prožívané významy vzpomínaných proběhlých událostí, situací, vztahů a scén doprovázené cítěním i představou smyslových vjemů, které vedly k současnému pociťování (jak tělesně pociťujeme znovuprožívané)
- Myšlení a představování vztažené k bezprostřednímu toku tělesně pociťovaných významů (jak rozumíme významům tělesného prožívání)

- Myšlení a představování, které se odtrhlo od současného reálného pociťovaného stavu a které se řetězí do myšlenkových asociací nebo proudu imaginací a představ (logické řešení, plánování, když si představujeme coby kdyby, když se učíme, čteme). Takové myšlení a prožívání nevychází z tělesného pociťování, ale může ovlivnit a navodit tělesné pociťování, které neodpovídá vnější reálné situaci, ale vnitřní-myšlené a představované situaci

Teoretickou část ukončuji kapitolou, ve které se věnuji vymezení pojmu prožívání. To považuji za klíčové, protože ve výzkumné části se v rozhovorech s klienty zaměřuji zejména na tuto kvalitu. Pomocí tohoto zaměření se pokusím zorientovat v tom, jak prožívají proces léčby klienti v TK WL I. Jak se jejich prožívání léčby vztahuje k formálně definovaným fázím léčby, jestli vnímají fáze své léčby rozdílně a pokud ano, tak jak.

Celou léčbu lze chápat jako sled navzájem propojených momentů, kterou každý klient vnímá podle nějakého svého klíče. Během léčby se naučí a přijme „jazyk“ komunity, kterým se jeho vnímání sebe ale i událostí okolo něho ovlivní. Výsledkem tohoto procesu je jedinečnost prožitku každého klienta. To, jestli se navzájem shodnou v některých charakteristikách či prvcích, je otázkou které se v následující části věnuji. Dále se chci pokusit odvodit a pojmenovat fáze, které budou mít vypovídající hodnotu a porovnat je s formálně definovanými fázemi léčby, dle operačního manuálu TK WL I.

Jak klienti vnímají a prožívají léčbu, se snažím zjistit s využitím kvalitativního přístupu, který je podle Zábranského a Miovského (2008) na výzkumná témata zaměřující se na prožívání procesu vhodný.

## 2. Praktická část

### 2.1 Výzkum procesu léčby v terapeutických komunitách

Výzkum orientovaný na poznání toho, jak vnímají proces své léčby klienti, se liší svým zaměřením od častých výzkumů orientovaných na efekt či účinnost terapie/psychoterapie. Nekladu si otázku, zda proces nebo terapie funguje, ale otázku, jak tento proces vnímají a prožívají klienti. Předpokládám, že proces pobytové léčby v terapeutické komunitě je funkční, což naznačují zahraniční výzkumy (viz níže).

Základní výzkumy v terapeutických komunitách popsal důkladně De Leon (2004) v 90. letech. Jeho shrnutí sahají cca 30 let do minulosti a obsahují zkušenosti v Severní Americe, která měla ve výzkumech před Evropou předstih. Zabývají se především účinností léčby, retencí, léčebným procesem a účinností TK. Zejména výzkumy orientované na léčebný proces poskytly popisy základních prvků přístupu v TK, koncepce léčebného procesu, stadia úzdravy a některé aktivní součásti léčebného procesu.

Evropské výzkumy dle Kaliny (2008) stojí rovněž za pozornost. Jsou méně rozsáhlé, ale zaměřují se více do hloubky ohledně metod TK a jejich účinných faktorů. Dále autor zmiňuje mýtus „*nezkoumatelnosti*“ TK, který se vztahuje k obsahu léčby a k jeho ojedinělým výzkumným pokusům na tomto poli. Nejdůležitější závěry z výzkumů v TK dle Kaliny (2008) lze shrnout do následujících bodů:

- Léčba v TK pro drogově závislé má prokazatelný účinek na snížení užívání drog, snížení kriminality, zlepšení psychických problémů a lepší sociální integraci
- Klientela v TK se vyznačuje závažností drogových psychologických a sociálních problémů
- Osobní charakteristika klienta není zásadní pro prospěch z léčby, s výjimkou vysoké míry psychopatologie a kriminálního chování
- Pozitivní prediktor úspěchu léčby je motivace klienta
- Přínos léčby zvyšuje práce s rodinou, více skupinových terapií, výchova

k práci a návaznost systematického doléčování

- Léčba kratší než tři měsíce se nepokládá za účinnou, pro interval 3-12 měsíců platí přímá úměrnost mezi přínosem léčby a dobou strávenou v léčbě, význam má i postup klienta do vyšší fáze (Kalina, 2008)

Dále autor uvádí, že řada údajů je shromažďována v zařízeních. V komunitách je také shromažďována spousta dat čekajících na vyhodnocení. Tím narážím na dnešní možnosti personálu v porovnání s 90. léty a současný trend snižování počtu pracovníků v důsledku podfinancování. Prezentující se data mají v převážné míře povahu statistickou pro orgány veřejné zprávy a finanční donory. Proto je také téma, kterému se věnuji, z tohoto úhlu pohledu nezajímavé. Přináší subjektivní pohled klientů na proces léčby, pro jehož poznání byl použit kvalitativní výzkumný přístup.

Metody používané v kvalitativním výzkumu dle Zábranského (2003) představují rovnocenného partnera metodám kvantitativním. Jejich zaměření směřuje ke zkoumání skrytých jevů, kde použití kvantitativní metody je v zásadě nemožné.

Obdobným tématem se například zabývala Doležalová (2006) s cílem zmapovat subjektivní vnímání kvality života drogově závislých mužů a žen v terapeutických komunitách v České republice. Analyzovala rozdíly mezi kontrolní skupinou, kterou tvořili studenti a pracující. Výsledky ukázaly, že obě skupiny se výrazně neliší v kvalitě života. U dotazovaných respondentů byly zjištěny rozdíly ve smyslu nižší spokojenosti v jednotlivých oblastech kvality života klientů TK.

Všechny zmíněné práce poukazují na potřebu zabývat se podněty pro praxi v péči o drogově závislé klienty. Poznatky umožňují pohledy na specifické potřeby klientů, bez hlubšího zájmu není možnost se k tomuto poznání dobrat. Samotná intenzivní léčba a výstupy věnované každému klientovi týmem pracovníků nemusí tyto kvality a potřeby postřehnout.

## **2.2 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumné části je porozumět prožívání klientů ve vztahu k fázím léčby, tedy to, co vnímají a prožívají během léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Pochopení toho, co klienti prožívají, považuji za významné ve vztahu k fázím

léčby, ale i k samotnému programu, který je tvořen terapeutickým týmem. Zajímá mne, jestli neexistují nějaké překážky, které neumožňují poznat subjektivní zkušenost klientů v jednotlivých fázích, které by měl tým znát. Práce by měla dojít k takovým poznatkům, na základě kterých bude možné zjistit, zda nároky a podmínky fází definované personálem odpovídají možnostem klientů. Leckdy u přestupů do jednotlivých fází dochází k různým nedorozuměním mezi týmem a klienty v názoru na to, co by klienti v jednotlivých fázích měli splňovat. Tým může použít právo veta, a tím prosadit svůj názor. To ale není pro zlepšování kvality programu vždy efektivní, proto se vydávám cestou konfrontační nebo spíše porovnávací.

K provedení výzkumu jsem zvolil kvalitativní design, protože cílem výzkumu není kvantifikace dat ani ověřování hypotéz, ale snaha porozumět pohledu klientů a terapeutů, současně ověřit, zda vybrané metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat.

## **2.3 Výzkumné otázky**

Pro dosažení cíle výzkumu jsem formuloval následující výzkumné otázky:

- 1. Jak vnímají a prožívají klienti terapeutické komunity WL I. proces své léčby?*
- 2. Lze z toho, jak klienti proces léčby vnímají a prožívají, popsat a pojmenovat jeho jednotlivé fáze odlišně od těch formálně definovaných?*
- 3. Jsou mezi formálně stanovenými fázemi léčby a těmi, které vnímají klienti, nějaké rozdíly?*

První otázkou chci zjistit, jak vnímají a prožívají klienti celý proces léčby, od nástupu až po výstup z ní. Vnímají proces léčby kontinuálně, nebo si jej subjektivně člení do různých období/fází, podle svého individuálního klíče? Jaké jsou nejčastější pocity a emoce v různých obdobích léčby? Jak se jejich prožívání vyvíjí na úrovních příjemné/nepříjemné, ve vztahu k sobě a okolí?



Druhou otázkou chci zjistit, zda lze z výše zmíněných informací pojmenovat a definovat fáze, vycházející z toho, co klienti vnímají a prožívají nejčastěji. Jde mi o to, najít společné faktory či kvality, a z toho odvodit adekvátní pojmenování fáze, které by vyjadřovalo nejvýznamnější proces či kvalitu konkrétní fáze tak, jak je vnímají klienti.

Třetí otázkou bych chtěl porovnat formálně stanovené fáze TK s fázemi definovanými odpověďmi na otázku číslo dvě. Jde mi tedy o to, identifikovat možné odlišnosti či spojitosti a případně poskytnout korekce či návrhy pro opatření do budoucna.

## 2.4 Metody získávání dat

Ve výzkumné části jsem použil 2 metody sběru dat: **semistrukturovaný rozhovor** s klienty a **textovou analýzu dokumentace** TK vedené o klientech (kniha hlášení, deníky). Metody se vzájemně doplňují: semistrukturované rozhovory a deníky, jak uvádí Hendl (2005), jsou vhodné, když se zajímáme o to, co si lidé myslí nebo cítí, či v co věří a co dělají v soukromí. Kdežto pozorování a zaznamenávání toho, co lidé říkají a jak se chovají, na veřejnosti, přinášejí zápisy v knize hlášení, ve které jsou tyto postřehy zaznamenávány členy terapeutického týmu.

**Semistrukturovaný rozhovor** vyžaduje náročnější přípravu, protože si vytváříme určité schéma (okruh otázek) pro výzkumníka závazné. Vyžadujeme upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, jak danou věc myslí. Neustále si ověřujeme, zda jsme to správně pochopili a případně interpretovali, klademe doplňující otázky, s tématem jdeme do hloubky vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám. Často pokračujeme do té doby, dokud účastník dává smysluplné a pro výzkum relevantní odpovědi. Z tohoto typu rozhovoru máme definované minimum témat a otázek, které chceme probrat. Často se na základní otázky nabaluje množství doplňujících témat a otázek, které se v tu chvíli jeví jako smysluplné.

Výhodou semistrukturovaného rozhovoru je, že dokáže eliminovat nevýhody metod nestrukturovaných a strukturovaných, vytěžit současně maximum jejich výhod. Tento typ interview nemá příliš nevýhod (Miovský, 2009).

Pro semistrukturovaný rozhovor jsem měl připravené schéma základních otázek:

- Můžeme spolu projít celou tvou léčbou a zaměřit se na to, jak jsi ji prožíval od počátku až do současnosti?
- Můžeš se zaměřit hlavně na své pocity a emoce v jednotlivých obdobích léčby a popsat je?

Údaje jsem zaznamenával na papírový arch, který jsem měl předem připravený. Zároveň jsem si data od účastníka členil do časové osy léčby (1-8 měsíc). Jak bylo výše uvedeno, často jsem používal doplňující či upřesňující otázky a ověřoval si, jestli věc dobře chápu. Rozhovor trval 60 minut, což byla hranice, kterou jsem nechtěl překračovat. Jednalo se o intenzivní a celkem vyčerpávající práci, u které jsem z výpovědí účastníků zjistil, že hranice 60 minut je stěžejní pro soustředění, a tím i kvalitu odpovědí, jak na straně účastníků, tak na straně výzkumníka.

**Textová (obsahová) analýza** je metoda, která se soustřeďuje podle Ferjenčíka (2000) na rozbor písemných sdělení textu. Použitím této metody můžeme ověřovat hypotézy například „*o čem to vypovídá*“ nebo „*kdy se stala událost nebo děj, o němž se píše*“.

Dle Miovského (2009) můžeme touto metodou, objasnit význam jakéhokoli textového dokumentu s cílem hledat souvislosti k určenému tématu. Často se tato metoda kombinuje s interview, pozorováním nebo jinou metodou. Analýza se zaměřuje na obsah a formu, jejichž prostřednictvím výzkumník pomocí klasifikace a kategorizace získává jednotky analýzy, které může zpracovat a poté interpretovat. Každý text jde interpretovat z různých úhlů pohledu, což neznamená, že ten či onen pohled je chybný nebo správný.

## 2.5 Zdroje dat

Data pro analýzu byla sbírána z několika zdrojů tak, aby poskytla komplexní obraz procesu léčby v TK WL I. Zdroj dat jsem rozčlenil na primární a sekundární a pomocí datové triangulace minimalizuji různá zkreslení. Denzin (1989) označuje použití různých datových zdrojů jako vhodné a doporučuje zkoumat v různých časových momentech u různých osob. Níže uvedu celkový přehled všech zdrojů dat, které byly použity.

### 2.5.1 Výzkumný soubor – primární data

Výzkumný soubor tvoří klienti terapeutické komunity WHITE LIGHT I., kteří absolvovali resocializační pobyt v roce 2012-2013. Důležitým kritériem pro vstup do výzkumu byl pobyt v délce minimálně 6 měsíců a dosažení 2. nebo 3. fáze programu. Rozhovory jsem uskutečňoval 2-3 týdny před ukončením pobytu klientů. V období 06/2012 – 01/2013 se výzkumu účastnilo sedm klientů, čtyři ženy a tři muži s věkovým průměrem 25,1 roku. Věkový průměr žen byl 23,2 roku, mužů 27,6 roku. Nejmladší účastník měl 17 let a nejstarší 30 let. Základní údaje shrnuje tabulka č. 3.

**Tab. 3 - Přehled základních údajů o výzkumném souboru**

	počet klientů	věkový průměr klientů	věkový průměr klientů	primární droga pervitin	primární droga heroin	3. fáze	2. fáze	délka léčby v měsících
ženy	4	23,2	25,1	4	-	3	1	8,1
muži	3	27,6		2	1	3	-	

S účastí ve výzkumu souhlasili všichni účastníci. Výběr účastníků neměl jiná kritéria, než jaká jsem uvedl v úvodu této kapitoly, tzn. chronologická posloupnost odcházejících klientů z léčby v období 06/2012 – 01/2013. Podrobnou ani zevrubnou osobní, rodinnou či drogovou anamnézu nepovažuji vzhledem k cílům práce za důležitou uvádět. Rovněž psychiatrickou diagnózu dle MKN-10 považuji za nedůležitou blíže specifikovat či zmiňovat, je to hlavní kritérium pro přijetí do

léčby. Ve snaze zachovat anonymitu každého účastníka a s respektem k jejich výpovědím jsou v této práci veškeré osobní údaje či údaje umožňující identifikaci zúčastněných osob změněny či vynechány tak, aby tato identifikace nebyla možná.

## 2.5.2 Sekundární data

Maršálová a Mikšík (1990) popisují metodu analýzy dokumentů jako velmi populární metodu, s jejímž využitím lze efektivně získat množství cenných údajů, ukrytých v různých dokumentacích, denících a zápisech.

V rámci mého výzkumu měly významnou roli sekundární data (dokumenty), zejména **zápisy v knize hlášení** o klientech vedených terapeutu a **zápisy v denících klientů**. Oba typy dokumentů, se kterými jsem pracoval, vznikly před zahájením výzkumu bez mého přispění. Zápisy v knize hlášení, které jsem vypracoval ve službě během méj pracovní doby/služby, jsem při textové analýze dokumentů vynechal.

**Kniha hlášení** je interní materiál TK WL I. Slouží ke stručnému záznamu z průběhu léčebného programu. Službu konající terapeut do knihy hlášení zaznamenává to, jak se klient během dne choval k sobě i ostatním, co ten den řešil na skupině či individuálním sezení, jiná důležitá fakta z jeho života v komunitě, ale i na výjezdech mimo TK. Kniha hlášení se píše denně a je uložena ve složce klienta.

Zvláštní formou získávání dat je dle Miovského (2009) metoda **deníků** ve skupině. Metodu řadíme mezi zdroje kvalitativních dat, označované jako soukromé textové dokumenty. Metoda se velice dobře kombinuje s interview. Tato forma neumožňuje ovlivnit podobu těchto dat. Možnost zkreslení je omezena, každý, kdo by s daty pracoval, má stejné možnosti. Předností deníků je jejich otevřenost a také volnost pro autora. V TK WL I. je psaní deníků pro klienty povinné, měli by do nich zaznamenávat své osobní pocity a myšlenky z uplynulého dne. Také to, co se jim v uplynulém dni líbilo/nelíbilo, jak na ně působili ostatní ve skupině, co je napadá během dne, jejich úvahy apod. Deník rovněž slouží k zaznamenávání

toho, co je pro klienta obtížné říct na skupině (WHITE LIGHT I., 2013).

### 2.5.3 Triangulace dat

Uvedené jednotlivé metody sběru dat mají svá omezení, proto mohou vést k nepřesným výsledkům. V kvalitativním výzkumu je vhodné vycházet z různých zdrojů, a proto získávat data více výzkumnými nástroji. Triangulace dat získaných různými metodami umožňuje minimalizovat různá zkreslení, vzniklá při získávání údajů. Také můžeme zjistit, zda se získané údaje liší nebo doplňují, překrývají nebo naopak si odporují. Miovský (2009, p. 265) dále tvrdí, že: *„Čím bohatší jsou zdroje dat, tím bohatší možnosti máme pro následnou analýzu a interpretaci.“* Důležitým kritériem je také vazba mezi jednotlivými údaji. Menší vazba nabízí větší naději na odhalení zkreslení (Miovský, 2009).

Určit reliabilitu a validitu v kvalitativním výzkumu je poměrně složité, triangulace to umožňuje. Přístup si lze představit jako měření jednoho bodu v prostoru, ze tří různých míst. To ve výzkumné praxi znamená, využít co nejvíce různých nástrojů, kterými budeme nějakou informaci zjišťovat a ověřovat (Ferjenčík, 2000).

Proto jsem zvolil jako zdroje získávání dat semistrukturované rozhovory, deníky a knihu hlášení. Celkem tedy tři zdroje různého charakteru, první zdroj je rozhovor za přítomnosti výzkumníka, další zdroj měl charakter soukromého dokumentu a poslední zmiňovaný zdroj zahrnuje zejména záznamy z pozorování a naslouchání jiného terapeuta.

## 2.6 Prostředí výzkumu

Výzkum proběhl v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. v Mukařově, v období od června 2012 do ledna 2013. Zařízení je koedukované a má kapacitu 15 klientů. Poskytuje odbornou systematickou péči s individuální a skupinovou terapií, režimovým a bodovacím systémem, kde klienti ve věku od 15 let se podílejí na chodu celé komunity. Dalšími léčebnými aktivitami je pracovní terapie, volnočasové aktivity a zátěžové programy. Týden má pevný harmonogram tzv. *„týdenní plán“*, kopírující běžný život *„venku“*. Rozhovory s klienty jsem prováděl v pracovních terapeutického týmu, které jsou vybaveny celkem příjemným

interiérem. Během pohovorů nebyl nikdo mimo mne a klienta přítomen, rovněž byl zajištěn ničím nerušený prostor, bez možnosti odposlechu.

## **2.7 Můj vztah ke zkoumanému vzorku, prostředí**

Nyní se chci věnovat potencionálním zdrojům zkreslení a jejich popisu. Podle Miovského (2006) žije ten, kdo provádí výzkum, a jeho účastníci v určité vztahové a významové síti. Tato síť je značně složitá a výzkumník by měl mít schopnost jí porozumět. Být schopen si uvědomovat, že při své práci je ovlivněn emocemi, prožíváním a vztahy s blízkými osobami. Čím lépe rozumí těmto procesům, tím menší je možnost zkreslení výsledků. Vztah výzkumníka ke zkoumanému vzorku je často vztah mocenský, on je držitelem určité moci, protože je osoba zodpovědná za výzkum. Proto se chci věnovat také mému možnému vlivu na získané výsledky, jelikož ve zkoumaném prostředí pracuji, účastním se a vedu terapie a skupiny, jsem osobním terapeutem některých klientů. Také s nimi sdílím svátky, rituály ale i sportovní, turistické a zátěžové akce.

Tím chci vyjádřit, že moje přítomnost v roli terapeuta měla zásadní vliv. Klienty, kteří se účastnili rozhovorů, jsem v té době velice dobře znal a také oni mně. Atmosféra během těchto rozhovorů byla důvěrná a vcelku příjemná. Chyběly rozpaky a nedůvěra, které by v případě výzkumu v cizím prostředí s účastníky, které výzkumník nezná, pravděpodobně byly přítomny.

Další zkreslení může mít podobnost zkoumaného s některým klientem v minulosti. Terapeutická zkušenost s klienty a množství nejrůznějších situací mohlo také zanechat vliv na získané výsledky. Během rozhovorů jsem měl snahu kriticky přistupovat zejména k sobě, abych nemanipuloval jak klienty, tak výsledky. Snažil jsem se o rovnocenný a partnerský přístup k účastníkům výzkumu s vlivem, jak doporučuje Miovský (2001) humanistické psychologie a filozofie. Dále autor zmiňuje, že participantovi může být ve svém důsledku samotná výzkumná činnost prospěšná a užitečná, že tenhle rozměr nelze zanedbat. Klienti si mohli během rozhovoru podrobně zreflektovat svou léčbu, přijít si na důležité poznatky a to si odnést jako cennou zkušenost do života. Často jsem měl pocit, že tomu tak bylo.

## **2.8 Etická stránka výzkumu**

Dle Miovského (2009) představuje výzkum z etického hlediska velké množství problémů. Nad etickými pravidly lze uvažovat ve třech různých rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění, ochrana účastníků výzkumu a ochrana výzkumníka.

Etická stránka výzkumu byla s klienty ošetřena několika způsoby. Na počátku jsem jim představil účel práce a podmínky jejich účasti ve výzkumu. Tyto informace byly zopakovány a upřesněny písemnou formou. Před rozhovorem byl klientům předložen informovaný souhlas shrnující informace o zacházení se získanými údaji, o zachování anonymity a o možnosti odstoupení z výzkumu.

Termín a čas rozhovoru s klienty byl dopředu dohodnutý podle jejich časových možností. Stejně tak místo uskutečnění rozhovoru jsem přizpůsobil jejich požadavkům a možnostem. Během rozhovorů jsem se snažil o maximální respekt, vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí. Po skončení rozhovoru jsem se otázkou ujistil, že se klient cítí dobře, případně jsem se věnoval diskuzi a rozhovoru o pocitech klienta již bez výzkumného záměru. Pro zachování anonymity byly všechny údaje, podle kterých by bylo možno klienty identifikovat, změněny nebo vynechány. Na závěr jsem všechna data na záznamových arších a v souborech Word skartoval a vymazal.

## **2.9 Metody a postup zpracování dat**

### **2.9.1 Postup zpracování dat**

Zpracování kvalitativních dat dle Miovského (2009) obnáší několik po sobě jdoucích kroků, na kterých závisí výsledek. Technicky je potřeba zpracovávat data pro následnou analýzu. Je třeba provést úpravy a členění do menších částí, práce s těmito daty je charakterizována cyklickým opakováním jednotlivých fází. Nepracuje se pouze lineárně, ale podle výstupů se vracíme zpět a naopak.

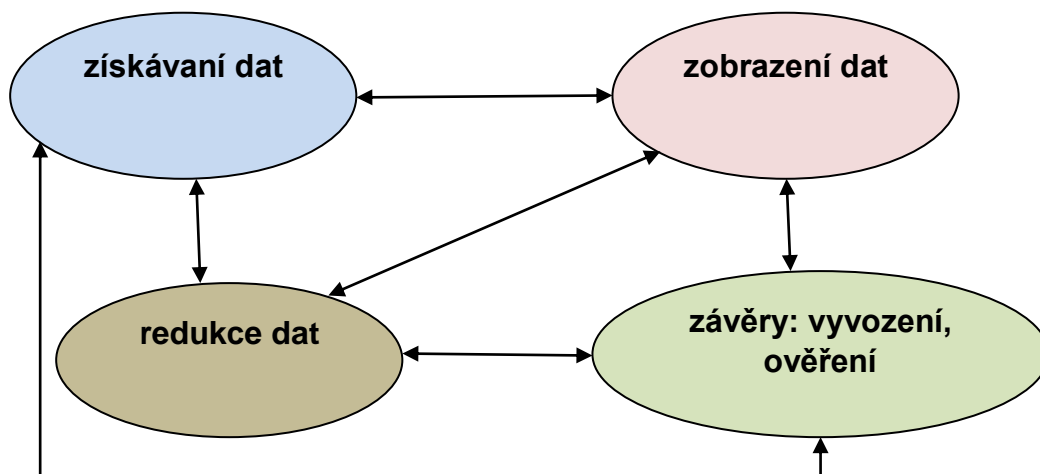
Rozhovory jsem zapisoval na záznamový arch a poté doslovně přepsal do textové podoby aplikace Word. Během rozhovorů jsem prováděl určitou redukci, účastníci měli občas tendenci hovořit o událostech v léčbě, které nesouvisely s tématem. Jelikož pracuji v zařízení, měl jsem velkou výhodu, protože jsem se

mohl kdykoliv při nejasnostech při přepisu či analýze obrátit na účastníky výzkumu a požádat je o vysvětlení/doplnění. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 50-60 minutami a jejich přepisem jsem získal 15 stran A4 textu. Ten jsem následně zpracoval a redukcí prvního řádu jsem získal 4 strany A4 formátu podrobného textu.

Data z deníků a z knihy hlášení jsem přepisoval rovněž do textového dokumentu Word. K tomu už jsem zároveň přistupoval redukcí první řádu, jelikož objem těchto dat činil u knihy hlášení cca 150 stran A4 podrobného textu. Deníky obnášely u každého klienty 2-3 sešity A5 formátu se 124 stranami textu. Při zápisech jsem prováděl různé doporučené technické úkony jako např. redukci, třídění, popisování, doplňování poznámkami, systematizování (Miovský, 2009 p. 196).

Při následné analýze dat jsem se získanými informacemi pracoval bez ohledu na to, z jakého zdroje pocházely. Informace z rozhovorů měly povahu určitého souhrnu nebo rekapitulace léčby, deníky a kniha hlášení mi často sloužily k ověřování a potvrzování získaných informací.

Huberman a Miles (1998) znázorňují „*model interaktivní práce s daty*“ (viz. obrázek č. 1), ve kterém rozlišují různé fáze práce s daty: získávání dat, zobrazení dat, redukce dat a vytváření závěrů. Tento model jsem praktikoval ve svém výzkumu.



**Obr. 1** - Interaktivní model práce s daty (Huberman, Miles, 1998)



## 2.9.2 Metody zpracování dat

Základním krokem, jak už jsem uvedl, bylo převedení dat z textové psané formy do textové podoby aplikace Word a úprava dat do podoby vhodné k zahájení kvalitativní analýzy. Zvolil jsem metodu kvalitativní obsahové analýzy, jelikož je vhodná pro analýzu dat v textové podobě a zkoumá významy, myšlenky a výroky zjevné nebo skryté v textu. Potom následoval proces utřídění, zpracování, klasifikace, redukce prvního řádu a deskripce, což se pokládá za deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze. To se dá v širším pojetí chápat jako první stupeň analytické práce (Miovský, 2008).

Dalším krokem analýzy bylo kódování a editorování dat. Jde o proces, kdy jsem data převáděl a doplňoval do segmentů, dle názvů či charakteristik. Také jsem použil metodu barvení textu, která mi umožnila přehlednost. Práce s časovou osou mi umožnila identifikovat časové jednotky a v nich důležité události. Celý proces zpracování byl náročný a to jak časově, tak z pohledu porozumění jednotlivým segmentům, hledáním vztahů a podobných struktur.

Schwandt (2008, p. 210) definuje tři způsoby, které se dají využít při kódování dat, které jsem použil:

- a) A priori, obsahově specifické schéma je nejdříve vytvořeno z důkladného zkoumání problému nebo tématu. Způsob kódování je pak odvozen přímo výzkumníkem z jazyka dané tematické oblasti. Data tak jsou výzkumníkem zhodnocena a přiřazena do takového schématu
- b) A priori, neobsahově specifické schéma je vytvořeno a data jsou vkládána do tohoto schématu. Neobsahově specifická schémata jsou způsoby popisu dat vhodných pro třídění a vytváření typologie. Typologie může být zakotvena běžnou zdravou úvahou nebo může být odvozena od základního rámce prováděné studie
- c) Zakotvená a posteriori, induktivně, kontextově vázané schéma. Z takového schématu může vzniknout typologie, ale výzkumník zde 1. využívá jazyka účastníků výzkumu, z něhož generuje kódy nebo

kategorie, 2. jde následně zpět a porovnává segmenty, kódy a kategorie a pročišťuje významy prostupujících z dat

Závěrečným krokem analýzy kvalitativních dat bylo propojování, komentování a doplňování dat, vyvozování závěrů a verifikace, grafické mapování (Miovský, 2008, p. 220).

- 1) Propojováním dat jsem hledal spojitosti v datech a vzájemně jsem propojoval části ve větší celky, kategorie či trsy
- 2) Komentováním a doplňováním dat jsem pomocí komentářů a poznámek citlivě rozšiřoval existující data a ta jsem uváděl do vztahů vzhledem ke kontextu, čímž jsem zpřesňoval analýzu
- 3) Vyvozováním závěrů jsem interpretoval údaje a ověřoval jejich platnost podložením více zdrojů. Verifikace by měla mít oporu v interpretačním rámci, hledáním alternativ, výhod a nevýhod (omezení)
- 4) Grafickým mapováním pomocí přehledných tabulek jsem chtěl čtenářům usnadnit orientaci a umožnit porovnání výsledků

Během celého procesu jsem pečlivě četl texty a získaná data. Několikrát jsem se v různých časových odstupech vracel k materiálům a tento proces jsem opakoval. Pomocí induktivního a deduktivního uvažování jsem postupně utvářel výsledek pro závěrečnou fázi – interpretaci závěrů a porovnání.

## 3. Výsledky

### 3.1 Výsledky a výstupy k výzkumným otázkám

Výsledky a výstupy k výzkumné otázce č. 1: *Jak vnímají a prožívají klienti terapeutické komunity WL I. proces své léčby?*

Účastníci výzkumu měli během rozhovoru tendenci členit léčbu do určitých období podle měsíců. Vliv na to měla nejspíše formální struktura léčby, která je rozčleněna do 4 fází a její vědomé/něvědomé vnímání účastníky/výzkumníkem. Účastníci rovněž členili proces léčby do 4 období na úseky: **0.-2. měsíc, 3.-4. měsíc, 5.-6. měsíc, 7.-8. měsíc** (viz. tabulka č. 4).

Nyní uvedu výsledky, dle výše zmíněných období. Účastníky výzkumu (klienty) budu značit způsobem **K1 – K7** (klient 1, klient 2....), terapeuty označením (**T**).

**Období 0.-2. měsíce:** Klienti v tomto období zmiňovali **tři časté** charakteristiky, které prožívali.

**1) Pocity a prožívání nejistoty, nedůvěry v sebe a vnitřního zmatku vztahujícímu se k sobě:**

**K1:** „*Neuvědomovala jsem si své chování, nechápala jsem, co to je, řešit sama sebe.*“

**T:** „*Byla na sebe naštvaná, měla dobré vstupy na skupině, ale působí hodně nejistě.*“

**K2:** „*Neuměla jsem mluvit o sobě.*“

**T:** „*Celý den byla unavená, působí, že neví co se s ní děje.*“

**K3:** „*Neuměl jsem mluvit o sobě, neříkal jsem jak to mám, ale jak by to mělo být, což jsem měl naučené z léčebny.*“

**K4:** „*Nevyznal jsem se v sobě, nevěděl jsem, co mám řešit v sobě, než jsem si zvyknul, neměl jsem se rád.*“

**K6:** „*Nevěřila jsem si, potřebovala jsem oporu-muže.*“

**T:** „*Nic neřeší, neví co, neví co se s ní děje, má smíšené pocity, ze skupin je zmatená.*“

**K7:** „*Nebyla jsem si sebou vůbec jistá.*“

## **2) Prožívání nedůvěry a obav k druhým:**

**K1:** „Uvažuji nad sebou, jak se chovám, jak působím na ostatní.“

**K2:** „Nechtěla jsem komunikovat a otevírat se a říkat co prožívám, měla jsem snahu upnout se na klientku ve skupině.“

**T:** „Na skupině nervózní, špatně se jí mluví.“

**K3:** „Nevěřil jsem terapii, chyběla mi důvěra v terapii.“

**T:** „Nechce nic říkat na reflexích, uzavřená do sebe.“

**K4:** „Nedůvěřoval jsem si až do 3 měsíce.“

**T:** „Rozkoukává se, necítí se zatím ve skupině, cítí se líp, když je tu méně lidí.“

**K5:** „Zažíval jsem stud a utápění se v úzkostných stavech.“

**K6:** „Měl jsem strach z navazování vztahů, z ublížení pocházející ze zkušenosti z venku, proto jsem měla potřebu se zaštitit oporou-mužem.“

**T:** „Nechtěla z PL do TK, je jí tu divně, nikoho tu nezná a nikdo ji nezná, klient jí připadá jako pasák.“

**K7:** „Bál jsem se otevřít lidem, měl jsem strach.“

## **3) Zabývání se odchodem / útekem z léčby:**

**K1:** „Ve fantazii jsem se zabýval útekem a odchodem, protože nic nemělo smysl.“

**T:** „Večer jí bylo smutno, chtěla by být doma, myslí na to hodně.“

**K2:** „Vážně jsem chtěla odejít, měla jsem časté odchodové myšlenky.“

**K4:** „Nechtěl jsem tu být, první 2-3 měsíce jsem měla intenzivní odchodové myšlenky.“

**T:** „Má časté chutě na marihuanu, nechává si otevřená vrátka, silné sny o tom.“

**K5:** „Měl jsem velké chutě na drogy a rozhodoval jsem se tu zůstat a myšlenky na sebevraždu z bezmocnosti.“

**T:** „Vzpomíná na drogy, není rozhodnutý, zda chce s užíváním drog přestat.“

**Období 3.-4. měsíce:** Klienti v tomto období zmiňovali **dvě polarity jejich prožívání, něco nového příjemného a nepříjemného a vzájemné střídání těchto kvalit:**

**K1:** „Více jsem začal věřit a radovat se z maličností co se mi podařily, měl jsem radost, že jsem to zvládnul – všiml jsem si střídání nálad a těchto výkyvů, ob

*týden, měl jsem nepříjemné krize, toxí sny a chutě.“*

**T:** *„Výkyvy nálad, veselá a rozjařená – smutná zoufalá.“*

**K2:** *„Začala jsem se cítit dobře ve společnosti ostatních, měla jsem méně strachu se projevit a to se mi střídalo s odporem ke skupině a druhým.“*

**T:** *„Celý den měla dobrou náladu, hlavně při sportu – celý den má špatnou náladu, dva dny má chutě.“*

**K3:** *„První větší krize, myšlenky na útěk a odchod, protože nic nemá smysl – cítila jsem se mnohdy lépe, sama pro sebe jsem měla větší význam, uvědomovala jsem si, že jsem spokojenější.“*

**T:** *„Do oběda měla dobrou náladu, potom strach z rad starších, kritiky ostatních.“*

**K4:** *„Prožívala jsem velké zvraty, jednou jsem něco řešila, pak jsem se uzavřela a to se několikrát opakovalo – byla jsem konečně sama za sebe, více jsem začala věřit skupině a projevovat emoce.“*

**K5:** *„Bylo mi dobře, že zmizely všechny negativní pocity úzkosti a strachu a pochopil jsem že, můžu být pro lidi důležitý-nové silné pocity agrese, výbušnosti, křivdy.“*

**K6:** *„Začala jsem cítit, že se dávám dohromady, více jsem si začala věřit, věřit že mám něco svého-pevný základ-pohled na svět a na vztahy-hodnoty, že jsem silná osobnost, která může stát pevně na svých nohou – zkoušela jsem experimentování k lidem a hlavně k chlapům, cítila jsem nedůvěru k chlapům.“*

**T:** *„Na prvovýjezd se hodně těší – zároveň má velké obavy.“*

**K7:** *„Začala jsem věřit ve změnu, že to půjde, viděla jsem první výsledky, začala jsem se více v sobě orientovat/vyznávat, otevírat terapeutům/skupině a důvěřovat jim – chutě na drogy, útěk k psychiatrovi a k lékům, necítit emoce díky lékům.“*

**Období 5.-6. měsíce:** Klienti v tomto období zmiňovali **dvě časté** charakteristiky, které prožívali:

**1) Uvědomění si a zpevnování svých nových kvalit:**

**K1:** *„Měl jsem ze sebe jiný pocit než na začátku, obtížně definovatelný-něco nového, vybudovaný obraz o sobě je pevný, kritiku ostatních a nabourávání sebe-více jsem si věřila, že to ustojím.“*

**T:** *„Přišla si na to, že by chtěla být dokonalá, komentovala to slovy, jsem*

normální?“

**K2:** „Bylo pro mě moc důležité zjištění, že se nechávám vláčet a manipulovat, více jsem mluvila a měla více skupin, více jsem se věnovala sama sobě a své samostatnosti, věci jsem nevzdávala když se mi nepovedly.“

**K3:** „Na výjezdech jsem zažíval důležité konfrontace.“

**K4:** „Více jsem začal projevovat své emoce a to důrazně, hlavně rozčilení a kritiku, zažíval jsem sebedůvěru a sebepoznání, pocity spokojenosti se sebou.“

**K5:** „Poznávám se ve vztahu vůči ženám, poprvé jsem ukončil vztah normálním způsobem, objevil jsem spoustu nových témat k řešení a získal náhled na své chování, nové odpovědi a docvaknutí mezer z minulosti, poznal jsem svobodu.“

**T:** „Uvědomil si, že chce opět řešit moc témat najednou, měl by se zklidnit.“

**K6:** „Zažívala jsem uklidnění v léčbě, zjistila jsem, že jsem přirozeně vůdčí typ, byla jsem více empatická, klid pro mě znamenal něco nového, na co jsem si zvykala a měla z toho strach, ve vztazích jsem neutíkala, ale dovolila jsem si jít hlouběji a riskovat něco nového.“

**T:** „Cítí, že se uvolňuje na skupinách, že si věří.“

**K7:** „Zkoušela jsem nové chování, vybočovala jsem ze starých vzorců, zažívala jsem první neúspěchy a touhu s tím bojovat, poznala jsem svůj strach z blízkosti a ze zranění, zažívala jsem probuzení.“

## **2) Přebírání zodpovědnosti za sebe i druhé:**

**K1:** „Přebíral jsem odpovědnost za chod TK-šéf domu, měl jsem z toho dobrý pocit a snažil jsem o udržení pravidel a chodu, měl jsem tendenci k pedantství a příkazům, začal jsem si uvědomovat, že musím ubrat plyn a důraz.“

**T:** „Zdůrazňuje, že když přišla do TK, dodržovala se tu pravidla, teď je to úplně jiné.“

**K3:** „Dobře jsem znal pravidla a normy TK, měl jsem pocit, že musím a chci něco vracet skupině, chtěl jsem být důležitý a prospěšný.“

**T:** „Baví ho jistit druhého, být zodpovědný za ostatní, měl strach při první cestě, že ji nedoveze.“

**K6:** „Přebírala jsem odpovědnost v TK a ve skupině, klienti ze mě měli respekt.“

**T:** „Byla ve stresu z účasti na poradě týmu i z organizace VK, aby na něco

*nezapomněla, skupinou hodnocena velmi dobře, je zodpovědná.“*

**K7:** *„Cítila jsem více zodpovědnosti.“*

**Období 7.-8. měsíce:** Klienti v tomto období zmiňovali **dvě oblasti**, které prožívali:

**1) Rekapitulace a sebeoceňování:**

**K1:** *„Mám dobrý pocit z práce na sobě, za celý absolvovaný pobyt.“*

**T:** *„Má pocit, že snaha se vyplatí, přestup vnímá jako ocenění své snahy, ale je ráda že to zvládla, je v dobrém rozpoložení ze sebe.“*

**K2:** *„Zabývám se hodnocením sebe, vracením se do minulosti v léčbě, sebehodnocením a vzpomínáním, opakuji si probraná témata.“*

**K3:** *„Mám se o 50% více rád než na začátku, více si důvěřuji, mám dobrý pocit, že jsem něco dotáhnul do konce.“*

**K4:** *„Jsme spokojená z toho, co jsem tu dokázala, jsem více zodpovědnější, mohlo toho být více, ale i tak jsem ráda, nejdůležitější je, že se umím ozvat, když se mi něco nelíbí a že umím projevit emoce a vztek.“*

**T:** *„Uvědomil si po skupině, že má jasněji v náhledu na své užívání drog a důvody, proč už drogy neužívat, ví, že drogy neřeší problémy, spíše je způsobují.“*

**K5:** *„Přiznávám si věci a smíruji se s tím, že už nebudu brát, což mě bolí, je mi dobře a mám dobré nálady, uklidnil jsem se a nespěchám.“*

**T:** *„Bylo zvláštní povídat si o svém pobytu a hodnotit, připadá mu to jako sen, dosti pohádkové, uvolněný, klidný.“*

**K6:** *„Mám tendenci být více sama se sebou, je mi v tom dobře, jsem se sebou spokojená, nečekala jsem takový výsledek, jedno z nejhezčích období v životě, našla jsem se, řeším více sama se sebou dle hodnot svědomí.“*

**T:** *„Hodně si odsud odnáší i když se tu ocitla v podstatě omylem, loučila se dojatá a plakala.“*

**K7:** *„Cítím obrovskou změnu, mám pocit, že jsem někde jinde, velký posun, učím se věřit sama sobě, jsem svobodnější, mám pocit, že já řídím, co bude a co nastane.“*

**T:** *„Vždy si myslela jak je samostatná, ale uvědomila si, že se o ní vždy někdo staral.“*

## **2) Odpoutávání se a obavy z nově přicházejícího:**

**K1:** „Jsem jednou nohou venku a jsem z toho rozpolcený.“

**K2:** „Těším se na ven, ale zároveň mám velké otázky, jak budu žít normální život.“

**T:** „Hodně se jí střídají nálady, měla skupinu o budoucnosti, při psaní poselství si uvědomila, že má velký strach z odchodu a zodpovědnosti, kterou bude mít.“

**K3:** „Věnuji se budoucnosti a ukončení pobytu, cítím z toho nervozitu.“

**T:** „Má strach, že ho to venku nebude bavit a bojí se volného času.“

**K4:** „Více se odpoutávám, raději jsem sama na pokoji.“

**T:** „Cítí se tu dobře, řešil průběh léčby, cítí napětí z konce.“

**K5:** „Chtěl jsem ukončit co nejdříve, ale to se otočilo, zabývám se hodně sebou, proč dělám, to co dělám, proč mám chutě na drogy.“

**T:** „Má obavy z budoucnosti, jestli zvládne běžný život, bojí se nových situací.“

**K6:** „Snažím se odpoutávat od vztahů, od fixování, mám obavy ze samoty venku a blížícího se konce, obavy ze silných emocí loučení poslední den, strach a obavy z venku jsou reálné a zvládnutelné.“

**K7:** „Cítím velkou zodpovědnost ze sebe, tlak a strach z toho, co bude.“

**Výsledky a výstupy k výzkumné otázce č. 2: Lze z toho, jak klienti proces léčby vnímají a prožívají, popsat a pojmenovat jeho jednotlivé fáze odlišně od těch formálně definovaných?**

Při popisování a pojmenovávání fází jsem vycházel z toho, co klienti vnímají a prožívají, co se s nimi v těchto obdobích/fázích děje. Zvolené termíny mají vyjadřovat nejvýznamnější charakteristiku, která konkrétní fázi co nejlépe vystihuje (viz. tabulka č. 4). První a čtvrté období bylo obtížné vystihnout jedním termínem, proto jsem pro fázi volil složený výraz. Mou snahou nebylo za každou cenu najít jiný termín, který se bude lišit od formálně definovaných fází, ale vycházet ze skutečných informací získaných od klientů.



**Tab. 4 - Přehled charakteristik a pojmenování fází dle období**

období:	výsledky a výstupy:			fáze:
<b>0-2 měsíc</b>	pocity a prožívání nejistoty, nedůvěry v sebe a vnitřního zmatku vztahujícímu se k sobě	prožívání nedůvěry a obav k druhým	zabývání se odchodem a útekem z léčby	<b>hledání a nejistoty</b>
<b>3-4 měsíc</b>	dvě polarity jejich prožívání, něco nového příjemného a nepříjemného a vzájemné střídání těchto poloh			<b>ambivalence</b>
<b>5-6 měsíc</b>	uvědomění si a zpevňování svých nových kvalit	přebírání zodpovědnosti za sebe i druhé		<b>zodpovědnosti</b>
<b>7-8 měsíc</b>	rekapitulace a sebeoceňování	odpoutávání se a obavy z nově přicházejícího		<b>bilanční a odpoutávací</b>

Období **0.-2. měsíce = fáze hledání a nejistoty**: termín vyjadřuje hledání důvěry v sebe a v druhé (skupinu), prožívání vnitřní nejistoty a nerozhodnosti, což svádí k myšlenkám na odchod/úteku.

Období **3.-4. měsíce = fáze ambivalence**: ambivalence ve vlastním prožívání, polarita pocitů pozitivních / negativních a střídání těchto období.

Období **5.-6. měsíce = fáze zodpovědnosti**: termín vyjadřuje zodpovědné chování k sobě a k ostatním, uvědomování si tohoto rozměru.

Období **7.-8. měsíce = fáze bilanční a odpoutávací**: pojmenování vyjadřuje odpoutávání od skupiny a TK, s tím spojené bilancování a sebereflexi dosažených výsledků ve své léčbě/životě.

Výsledky a výstupy k výzkumné otázce č. 3: Jsou mezi formálně stanovenými fázemi léčby a těmi, které vnímají klienti, nějaké rozdíly?

**0. fáze:** V této fázi klienti často zmiňovali, že rozhodnutí už přicházejí do léčby. Potom tedy termín „**rozhodovací**“ dle operačního manuálu neodpovídá úplně tomu, co oni prožívají v tomto období. Rozhodování nevnímají v prožívání tohoto období jako významné, ale uvádějí pocity a prožívání nejistoty, nedůvěry v sebe a vnitřního zmatku vztahujícího se k sobě, prožívání nedůvěry a obav k druhým, zabývání se odchodem a útekem z léčby, což může o procesu rozhodování také vypovídat.

„**Rozhodovací**“ fáze trvá dle manuálu 1-4 týdny, klienti vnímali, že tato fáze „**hledání a nejistoty**“, jak ji vnímají oni, dle nich trvá 0-2 měsíce, někteří zmiňovali i třetí měsíc. Tudíž je patrný celkem velký rozdíl v délce vnímání této fáze.

**1. fáze:** V této fázi jsem nenašel významné rozdíly. Pojmenování „**adaptační**“ terapeutů a „**ambivalentní**“ klienty vypovídá, že adaptace v prožívání klientů vyvolává nejspíš časté střídání negativních a pozitivních pocitů.

Fáze dle manuálu „**adaptační**“ se liší svou délkou (2-3 měsíce) od fáze dle klientů „**ambivalentní**“, kteří uváděli o jeden měsíc méně, na 2 měsíce, tzn. že klienti vnímají tuto fázi o jeden měsíc kratší.

**2. fáze:** Tato fáze dle manuálu „**nácviková**“ dle klientů „**zodpovědnosti**“ se zaměřením neliší s tím, co klienti vnímají v procesu léčby. Probíhá nácvik zodpovědnosti např. v roli „**šéfa domu**“, doprovodu klientů na výjezdech apod.

Délka fáze dle manuálu (1-3 měsíce) se liší od délky fáze uváděné klienty (2 měsíce) o jeden měsíc, tzn. že klienti vnímají tuto fázi kratší o jeden měsíc.

**4. fáze:** Jednoznačná shoda byla u této fáze, klienti vnímají a prožívají to, co definuje operační manuál pod termínem fáze „**odpoutávací**“ (viz. tabulka č. 5). Klienti také často uváděli ještě rozměr bilanční, ohlédnutí za léčbou a dosaženými výsledky. Délka fáze dle manuálu (1-2 měsíce) se významně neliší od délky fáze

uváděné klienty (2 měsíce). Ti délku dvou měsíců uváděli jako maximum.

**Tab. 5 - Porovnání formálně definovaných fází s fázemi dle klientů**

WHITE LIGHT I.	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
<b>formálně definované fáze</b>	rozhodovací	adaptační	nácviková	odpoutávací
<b>délka formálně definovaných fází</b>	1-4 týdny	2-3 měsíce	1-3 měsíce	1-2 měsíce
<b>délka fází očima klientů</b>	2-3 měsíce	2 měsíce	2 měsíce	2 měsíce
<b>definované fáze očima klientů</b>	hledání a nejistoty	ambivalence	zodpovědnosti	bilanční a odpoutávací

### 3.2 Doporučení pro budoucnost

Výsledky a výstupy výzkumu nabízejí do budoucna několik doporučení pro práci s klienty. Tato doporučení by mohla přispět ke snížení celkového počtu drop-outů, hlavně v úvodních fázích programu.

Výsledky ukázaly, že v úvodní fázi, která dle klientů může trvat až 0-3 měsíců, je na místě větší podpora klientům ze strany týmu, jak také uvádí Adameček (2007, p. 96) v definici 0. fáze. Klienti jsou dle výstupů v tomto období více nejistí, nedůvěřiví k sobě a ostatním, někteří mají tendenci tyto situace řešit útekem nebo odchodem z léčby. Nabízí se možnost zvýšit frekvenci v individuálních sezeních s osobním terapeutem na frekvenci minimálně 1x za týden. Také je vhodná intervence ke klientovi způsobem, který nabízí určitý náhled na jeho situaci, a tím pro něho zklidnění. Tato interpretace jeho situace by mohla znít následovně: *„Dle našich zkušeností je možné, že v současnosti nebo během následující doby můžeš prožívat nepříjemné pocity zmatku a obav, nejistoty a nedůvěry k sobě i ostatním, chuť to tady ukončit a odejít, je dobré vědět, že tyto pocity patří k tomuto období, že to prožívali i „všichni“ před tebou a že tyto stavy ustoupí a přijde zlepšení, pokud setrváš a využiješ možnosti o tom, co se v tobě děje, mluvit.“*

Další doporučení vychází s potřeby klientů v poslední fázi programu. Zmiňovali

potřebu bilancování a rekapitulace léčby a dosavadního života. Tuto reflexi mají zahrnutou v povinnostech 3. fáze (skupiny „řeka pobytu“ a „řeka života II“), kde shrnují a reflektují svůj pobyt v TK a svůj dosavadní život). Oni ale zmiňovali ještě větší potřebu určitého uzavření procesu léčby a změny. Hledání a případná volba konkrétních způsobů či technik, které by umožňovaly toto uzavření a bilancování, je na delší diskuzi v terapeutickém týmu. Otázkou je, jestli je klienty možnost ohlédnutí se za léčbou, uzavření a rekapitulace procesu, dostatečně využívána technikami a metodami práce, používanými v TK v současnosti.

Ke zkvalitnění práce s klienty v budoucnosti je potřeba brát v úvahu, co skutečně prožívají během léčby. Proto se nabízí uvažovat o možnosti opakovat podobně orientovaný výzkum i do budoucna a následně porovnat získané poznatky s těmi, prezentovanými v této práci. Myslím si, že cestou komunikace s klienty a vnímáním jejich potřeb a situace, se zaručí terapeutické a zvládnutelné podmínky pro jejich růst a práci na sobě. Pochopení a zachycení důležitých momentů v léčbě pro zlepšení kvality programu v TK je nezbytné.

### **3.3 Diskuze a interpretace**

Ve výzkumné části práce, jejíž hlavní náplní byla analýza toho, co klienti prožívají a vnímají během procesu léčby, se nabízí několik zajímavých bodů k diskuzi a k případnému dalšímu zkoumání.

Zajímavé bylo zjištění, že klienti přicházejí do léčby už rozhodnutí, tj. že se nepotřebují v úvodní fázi rozhodovat, zda setrvávají v léčbě. Tento problém přináší zkreslení mých výsledků, protože jsem mluvil pouze s těmi, co léčbu dokončují a nikoli s těmi, kteří předčasně vypadli. Ti by možná měli na otázku rozhodnutí pro léčbu jinou odpověď. Někteří v této fázi odcházejí, nejspíš proto, že nejsou rozhodnutí změnu podstoupit. Nad tímto problémem jsem déle uvažoval a napadají mě k tomu tyto interpretace. Je možné, že v úvodní fázi probíhá další rozhodování klientů o setrvání v léčbě. A to zejména tehdy, kdy klienti poznají nové prostředí a zjišťují, co léčba bude obnášet, jaká úskalí je čekají. Pak přichází proces rozhodování, což definuje operační manuál jako fázi „rozhodovací“. Klient se rozhoduje zůstat nebo odejít, proto mu je tato možnost terapeutickým týmem dána. Otázkou je, proč to klienti neuváděli a nezmiňovali, zda si to vůbec

vybavovali. Je to možná proto, že toto období úspěšně přestáli.

Při porovnávání fází formálně definovaných s fázemi, jak je vnímají klienti, se nabízí určité zkreslení pohledů. Na jedné straně racionální pohled profesionálního terapeutického týmu, který na podobě fází dlouhodobě pracoval a pak subjektivní pohled klientů. Nabízí se otázka, lze toto porovnávat? Lze se nechat subjektivní výpovědi klientů ovlivňovat a z toho dělat závěry? Tyto otázky mě napadaly během mé práce a nutily mě k intenzivnímu přemýšlení. Vyvodil jsem z toho to, že lze se nechat ovlivňovat subjektivní výpovědi klientů, protože tým má schopnost objektivního rozhodování při definování fází v operačním manuálu. To znamená, že pro zkvalitnění podmínek léčby, jsou výsledky od klientů velmi důležité a tým dokáže objektivně a citlivě posoudit, co zohlednit při definování fází.

Ve výsledcích jsem uvedl rozdělení fází dle časové posloupnosti. To se celkem často shodovalo, s časovým obdobím fází formálně definovaných, dle operačního manuálu. Nekopírovali tím klienti tuto skutečnost? Významnější rozdíl byl pouze v délce úvodní fáze, kterou klienti vnímají delší. Proč jí vnímají delší, je celkem složitá otázka, kterou se lze podrobně zabývat v budoucnu, nebo v diskusi týmu s klienty.

Nyní se chci věnovat tomu, co vše mohlo ovlivnit výsledky a jejich zkreslení. Myslím si, že omezením celého výzkumu mohl být zvolený výzkumný soubor. Vliv mohlo mít složení a také zvolené období pro výzkum. Vzorek byl svým počtem malý a byl z jedné terapeutické komunity, navíc šlo o klienty, kteří léčbu úspěšně ukončovali. Ti, kteří z ní vypadli předčasně, do něj nebyli a ani nemohli být zapojeni. Proto doporučuji v budoucnu výzkum zopakovat s větším souborem a pak následně výsledky porovnat. Napadá mě také otázka, pokud bych výzkum prováděl v jiné komunitě, jaké by byly výsledky? Potvrdily by se mé závěry, nebo by se podstatně lišily?

Sugg (2004) ve své disertační práci uvedla proces osmi fází pobytu dle klientů v terapeutické komunitě. Zabývala se tímto tématem opravdu důkladně. Její výsledky v porovnání s mými svědčí o tom, že členění do více fází je možné. Přitom prováděla výzkum v TK, kde byla maximální délka léčby pouhých 6 měsíců.

Také je důležité se zamyslet nad tím, jestli účastníci výzkumu říkali pravdu a

jestli to, že s nimi pracuji, nemělo vliv na zkeslení výsledků. Byla možná snaha na straně klientů se mi nějak zavděčit? Fakt, že mezi mnou a účastníky výzkumu vznikl za dobu jejich léčby důvěrný vztah, hrál nepochybně roli. Obávám se, že toto nemohu úplně objektivně zhodnotit. Zároveň vím, že jsem si toho byl plně vědom, bral jsem na to zřetel a měl to neustále na paměti.

V neposlední řadě vidím omezení mé práce v subjektivní analýze získaných dat. Subjektivní analýza nabízí prostor k mnoha chybám a jiný zkušenější výzkumník by ze stejných dat mohl vyvodit jiné závěry či poznatky. Tím chci naznačit skutečnost, že toto byla moje první práce tohoto druhu. Na místě je uvažování, že má nezkušenost se ve výsledcích zcela jistě projevila.

### **3.4 Závěr**

Ve své bakalářské práci se zabývám pohledem klientů na proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. V práci jsem se zejména zaměřil na prvek prožívání a vnímání procesu léčby klienty. Dále jsem se pokusil z výsledků definovat fáze léčby, jak je vnímají klienti. Šlo mi o to, zjistit nejvýznamnější charakteristiky v prožívání klientů v TK. Cílem bylo také ověření, zda fáze formálně definované operačním manuálem se shodnou/neshodnou s fázemi léčby, jak je vnímají klienti.

Výzkumný soubor tvořilo sedm klientů TK WL I. Práce byla založena na kvalitativním přístupu, sběr dat probíhal formou semistrukturovaných rozhovorů a analýzou dokumentů (deníky, kniha hlášení).

Ve výzkumné části se podařilo pojmenovat charakteristické prvky v prožívání klientů během léčby. Z těchto podkladů jsem definoval časová období a následně charakteristické fáze: 0. fáze - „hledání a nejistoty“, 1. fáze - „ambivalence“, 2. fáze - „zodpovědnosti“, 3. fáze - „bilanční a odpoutávací.“

Následně jsem hledal významné rozdíly mezi klienty a formálně definovanými fázemi. Výsledky ukázaly, že určité rozdíly ve vnímání procesu léčby v TK terapeutů a klienty jsou v úvodních a závěrečných fázích programu. Z toho jsem vyvodil některá doporučení. V úvodní dle klientů 0. fázi - „hledání a nejistoty“ je na místě ještě větší podpora klienta ze strany terapeutického týmu, tím by se mohl snížit počet drop-outů. V závěrečné dle klientů 3. fázi - „bilanční a odpoutávací“ je

vhodné ještě více se zaměřit na uzavření léčebného procesu, bilanci a zhodnocení dosažených výsledků, a tím by se rovněž mohl snížit počet drop-outů.

Nakonec se také podařilo ověřit, zda vybrané výzkumné metody a postupy přinesly očekávanou kvalitu dat. Ukázalo se, že použití rozhovorů v kombinaci s analýzou knihy hlášení a deníků je vhodná metoda. To ale vyžadovalo pečlivou přípravu a mravenčí práci, aby bylo možné získat konkrétní a věrohodná data. Průběh výzkumu potvrdil, že použití semistrukturovaných rozhovorů je výhodné jak pro klienty (rekapitulace), tak pro výzkumníka. Kromě odpovědí na výzkumné otázky byla práce také obohacující pro mě samotného. Získal jsem cenné zkušenosti v oblasti kvalitativního výzkumu.

S odstupem času se jako vhodné jeví opakování výzkumu na větším souboru a porovnání získaných výsledků. Možnost provedení výzkumu v jiné terapeutické komunitě by také mohlo přinést zajímavá zjištění. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako inspirace pro další studie v oblasti procesu léčby v terapeutických komunitách.

Na závěr bych chtěl připomenout a zdůraznit, že výsledky mohou přispět ke zkvalitnění léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I., ale i v dalších zařízeních stejného zaměření.

## Literatura:

Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 91-96.

Adameček, D., Těmínová-Richterová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup*. Praha: NMC/Úřad vlády ČR, p. 201.

Culley, S. Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, p. 22.

Denzin, N. K., (2005). Triangulace. In Hendl, J. (Ed.), *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, p. 149-150.

De Leon, G. (2004). Terapeutické komunity pro drogově závislosti: vývoj v Severní Americe. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., p. 146-151.

De Leon, G., Melnick, G. (1993). Skupinový proces v terapeutické komunitě. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 179.

Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie* (6)1,13-25.

Fromm, E. (1999). *Umění být*. Praha: Naše vojsko, p. 33.



Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, p. 184-190, 246-247.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, p. 161.

Huberman, A. M., Miles, M. B. (1998). Metody zpracování kvalitativních dat. In Miovský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 196

Chvála, V., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, p. 59.

Kalina, K. (2007). Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě. In Nevšimal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 177-190.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, p. 192, 265-266, 252.

Klimas, J. (2012). *Interpersonální vztahy v průběhu užívání drog a léčby závislostí z pohledu klientů/tek v terapeutické komunitě*. *Adiktologie*, (12)1, p. 36-45.

Kooyman, M. (2004). Terapeutické komunity pro závislé. In Nevšimal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., p. 33, 64.

Kotasová, S. (2011). *Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Centrum adiktologie.

- Kratochvíl, S. (2005). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, p. 26-29.
- Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, p. 258, 313.
- Maršalová, L., Mikšík, O. (2009). Textové dokumenty jako zdroj kvalitativních dat. In Miovský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 189-190.
- Miller, R. W., Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN, p. 175-184.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, p. 119-155.
- Mioviský, M. (2001). *Kvalitativní přístup ve výzkumu závislostí: teoretická východiska a aplikační možnosti*. *Adiktologie*, (01)1, p. 71-83.
- Mioviský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 159-162, 275-292, 98-103, 189-190, 264-266, 219-246.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., Haasen, Ch. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Úřad vlády České republiky, p. 97.
- Schwandt, T. A. (2008). Systematizace dat pro kvalitativní analýzu. In Mioviský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 210-211.
- Sugg, (2004). Fáze pobytu v terapeutické komunitě očima klientů. In Radimecký, J. (2006). Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie* (6)1,43-53.

Šiffelová, D. (2003). *Cesta prožívání – co jsem se naučila o terapii*. Konfrontace, (03) 2, p. 74-77.

*Operační manuál terapeutické komunity WHITE LIGHT I.* (2012). Interní materiál o.s. WHITE LIGHT I.

Rotgers, F., et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, p. 35-57.

Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s. (2013, February 26). *Rezidenční program v terapeutické komunitě-léčebný program-struktura*. Retrieved from <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?rIng=cz&c=file&id=184>

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn (2013, Marz 12). *Dopis zájemci o léčbu v TK Podcestný Mlýn*. Retrieved from <http://www.podaneruce.cz/data/public/6-Dopis-zajemci-o-lecbu.pdf>

Terapeutická komunita Salebra (2013, Marz 12). *Průběh léčby v terapeutické komunitě Salebra*. Retrieved from <http://www.salebra-znojmo.cz/sluzby/prubeh-lecby/>

Terapeutická komunita Sejřek. (2013, February 26). *Program TK*. Retrieved from <http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=3>

Terapeutická komunita Renarkon (2013, February 26). *Jak to u nás funguje*. Retrieved from <http://www.renarkon.cz/cs/jak-to-u-nas-funguje/leve-menu/jak-to-u-nas-funguje>

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I. (2013, February 28). *Co je terapeutická komunita?* Retrieved from <http://www.wl1.cz/terapeuticka-komunita.html>

Těmínová-Richterová, M. (2007). Cíle léčby. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy, p. 35-37.

Těmínová-Richterová M., Kalina K., Adameček D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 199-214.

Vymětal, J. et al. (1997). *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, p. 36-37.

Yalom, D. I., Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, p. 21-36.

Zábranský T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Ostrava: vydala Univerzita Palackého v Olomouci, p. 45.

Zábranský T., Miovský M. (2008). Výzkum v adiktologii. In Kalina K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 317-331.