

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Alexandr Debnar

**„Je v léčbě závislosti nutný tvrdý přístup?
-kvalitativní výzkum“**

**„ Is tough approach necessary in the treatment of addiction?
– qualitative research“**

Bakalářská práce

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

Praha, 2014

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, 22 .7. 2014

Alexandr Debnar

.....

Identifikační záznam:

DEBNAR, Alexandr. *Je v léčbě závislosti nutný tvrdý přístup? – kvalitativní výzkum. [Is tough approach necessary in the treatment of addiction?- qualitative research]*. Praha, 2014. 59 s., 60 s. příl., 3 tabulky. Bakalářská práce (BC.) Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2014. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

Poděkování

Chtěl bych poděkovat zejména vedoucímu své práce PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc. za jeho laskavý, chápající přístup a skvělé připomínky a dále MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, který mi poskytl užitečné rady a tipy k tématu. Dále bych pak rád poděkoval všem osloveným terapeutům, za jejich ochotu poskytnout mi rozhovory, které byly stěžejní pro tuto bakalářskou práci.

Abstrakt

V léčbě závislostí se neustále setkáváme s názorem, že terapie má být tvrdá, a to i přesto, že evidentně ne každému takový přístup prospívá. Odkud vlastně tento postoj rozšířený mezi odborníky pramení? Žádný postup léčby nelze považovat za univerzálně vhodný pro každého a ne každý, kdo projde rukama terapeuta se skálovským přístupem po léčbě dokáže abstinovat a hlavně plnohodnotně žít. V pobytové léčbě se obvykle setkáváme s využitím specifických pravidel, označovaných jako kardinální. Porušení některého z těchto pravidel je obecně vnímáno jako neslučitelné se setrváním pacienta/klienta v léčbě. Právě problematika přístupu k dodržování kardinálních pravidel a způsobu jejich prosazování terapeuty je tedy v této práci klíčová.

Cílem této práce je popsat, jak některá z těchto kontroverzních témat vnímají odborníci a odkrýt, odkud zmíněné postoje vůči tvrdému přístupu v léčbě pramení.

Metodologie bakalářské práce sestává z využití semistrukturovaných rozhovorů a analýzy materiálu za pomoci technik kódování, barvení textu a segmentace umožňujících konečný rozbor a vyhodnocení výzkumných poznatků. Výzkumný vzorek byl sestaven výběrem šesti terapeutů. Všichni tito odborníci pracují v přímém kontaktu s klienty, z toho tři z nich působí v anonymních terapeutických komunitách (TK), a tři další v anonymní psychiatrické léčebně (PL), resp. nemocnici. V obou případech, tedy jak v případě PL, tak v případě TK, byla oslovena vždy jedna terapeutka a dva terapeuti.

V teoretické části práce je rozpracováno samotné pojetí tvrdého přístupu, jeho možné interpretace a případná úskalí jeho výkladu či korelace s příbuznými koncepty a tématy. Tvrdý přístup je zde diskutován v kontextu vybrané literatury vztahující se k této problematice. V praktické části jsou následně diskutovány metody a postupy využité ve výzkumu spolu s definicí konkrétních kategorií, které byly identifikovány na základě takto formulovaných strategií. Nakonec je přistoupeno k stěžejní analýze získaných dat a jejich interpretaci. Takto zpracovaný výzkum poskytl několik zásadních zjištění.

Pokud jde o výsledky výzkumu, pojem tvrdý přístup je většinou respondenty vnímán jako určitá míra důslednosti. Tvrdý přístup je spojován s přehnaným vyžadováním pravidel a byl vnímán spíše negativně, jeho vnímání je silně ovlivněno představou dogmatu a striktně

vymezených pravidel. Jeden z respondentů vnímá prvek důslednosti jako formu pozitivně orientované tvrdosti.

Využití tvrdého přístupu při léčbě závislostí bylo často u respondentů spojováno s různými příklady aplikace tvrdého přístupu na výchovu dětí. Je zde shoda v nezbytnosti nastolení řádu a pravidel. Důležitost pravidel byla také zmíněna v souvislosti s upevněním postavení a autority terapeuta. Velká důležitost byla přisuzována správnému vysvětlování a následně pochopení všech pravidel.

Pokud jde o zdroj postoje terapeutů k tvrdému přístupu, všichni se shodují na ovlivnění více zdrojů. U většiny se potvrzuje teorie, že jde o přebíraný model. To může mít neblahý vliv na jejich práci s klienty. Ideální se tedy v tomto případě jeví přijetí vyšší míry reflektivity, vyjetí ze zajetých kolejí a dialog, kdy je klient přijímán jako individualita.

Využití striktních pravidel v léčbě bylo popisováno tak, že rigidní výklad pravidel není ku prospěchu, ani nepřispívá jejich bezpečí. Spíše se jedná o nástroj, který slouží terapeutům k usnadnění jejich práce. Na druhou stranu při volbě vstřícného přístupu dochází hned ke dvojí konfrontaci. Terapeut si své rozhodnutí musí obhájit před komunitou i před některými členy týmu.

U využití odlišné míry direktivity u jednotlivých pacientů z výpovědí respondentů vyplývá, že je při uplatňování direktivity třeba zvažovat momentální potřeby, individualitu a problémy klienta a dále zkoumat jeho osobní a rodinnou historii.

Poslední a také hlavním výzkumnou otázkou bylo, jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu v léčbě závislostí. Většinou respondenti odpovídali v tom smyslu, že chápou tvrdý přístup především jako přehnané lpění na dodržování stanovených pravidel bez možnosti diskuze. Pro většinu z nich je tento nástroj využíván při léčbě závislosti spíše zastaralý a přiklání se k jiným přístupům. Pouze jeden z respondentů je toho názoru, že tvrdý přístup je při léčbě závislosti nezbytný. Ostatní respondenti se vyjadřovali v tom smyslu, že při své praxi raději s pacienty/klienty vedou diskuzi a snaží se je k dodržování stanovených pravidel přivést jiným způsobem – např. vysvětlováním a diskuzí.

Vzhledem k malému vzorku respondentů a ke skutečnosti, že v této práci vyvstala témata, která by bylo vhodné dále analyzovat a podrobit dalšímu výzkumu, bych rád na tyto podněty navázal a hlouběji je rozpracoval v diplomové práci. Bakalářskou práci je v tomto

ohledu proto možné chápat jako první pokus o vyhodnocení situace v dané oblasti a zejména o pochopení, jakým způsobem pracovníci pobytových zařízení o problematice tvrdosti v léčbě závislých přemýšlejí. Poznatky zde získané tedy mohou poskytnout určitá vodítka pro podrobnější a specificky zacílenou analýzu dané problematiky v budoucím výzkumu.

Klíčová slova:

terapeutická komunita - léčba závislostí - tvrdý přístup - pravidla - terapeutický přístup

Abstract

In the therapy of addiction we constantly come across the opinion that the therapy should be tough, even though such an approach is obviously not suitable for everyone. Where does this general idea among professionals come from then? No single treatment is appropriate for everyone and not all the patients/clients are able to continue to abstain or even lead a fully-fledged life after completing their therapy. In the residential rehabilitation we usually encounter the usage of a specific set of rules, called cardinal. Violation of these rules is generally perceived as incompatible with patient's remaining in the rehab. Therefore the matter of approach towards adhering to the cardinal rules and their enforcement by a therapist remains a key in this research.

The core issue of the thesis is to describe and discuss how professionals in the field perceive some of these controversial topics and to reveal the origin and causation of their attitude towards the „tough approach“ in therapy.

The methodology used in the thesis consist in the following: semi - structured interviews, survey set analysis using interpretive techniques such as data coding, colour coding, segmentation, and finally analysis of survey results. The research sample was formed by selection of six therapists. All of these professionals work in a direct contact with patients/clients, while three of them are based in anonymous therapeutic communities and three in mental hospitals. In both cases (both in the therapeutic community and mental hospital) were selected two males and one female.

The theoretic part of the thesis deals with the basic definition of the tough approach, its diverse interpretations and possible pitfalls of its interpretation or correlation with other concepts. The tough approach is being discussed in context and with regard to selected sources. The practical part then provides a discussion of the methods and procedure used in the research accompanied with the definition of specific categories, which have been identified on the grounds of so formulated strategies. The final section provides the essential analysis of the data and their interpretation.

Regarding the research results, the concept of the tough approach in therapy tends to be perceived by respondents as certain measure of consistency. The „tough approach“ is being put in relation with excessive adherence to the rules and it was perceived in a rather negative way. This perception shows to be strongly influenced by certain idea of dogmatism and strictness.

One of the respondents expressed the idea that presents the element of consistency as a form of positively oriented toughness.

The usage of the tough approach in therapy respondents often put in connection with diverse examples of such an approach in parenthood and upbringing of children. There is apparent consensus on the set up of certain order and rules. The significance of rules was also mentioned in relation with the necessity to consolidate position of the therapist. Importance was also assigned to correct explanation of the meaning and further understanding of the rules

In case of the source of the therapeutic approach, all the respondents agreed on influence coming from multiple sources. The majority confirms that this model is adopted from the environment. This fact may prove detrimental to their work with clients. Therefore it appears to be beneficial to enhance reflexivity and mutual dialogue which would emphasize client's individuality.

The application of strict rules in therapy was discussed in such a way, that the rigid interpretation of the rules does not prove beneficial for the patient/client and does not offer any comfort in their safety either. According to the respondents, it reflects rather a tool designed to make the work of a therapist easier. On the contrary, in case of more liberal or „client-friendly“ approach we may expect a dual confrontation right away. The therapist needs to defend his decisions both in front of the community and members of the therapeutic team.

As far as the variable measure of applied directivity is concerned, respondents stated that it is vital to evaluate the specific needs, individuality and personal history of the patient/client as well as the nature of his/her diagnose.

The last but also fundamental research question consisted in how respondents perceive the employment of the tough approach in therapy. We mostly get responses depicting this approach in terms of excessive adhering to rules and their enforcement, leaving no space for mutual dialogue. Majority of respondents evaluated this attitude in therapy as outdated and expressed their preference for another approach. Only one respondent expressed the opinion that application of the tough approach is necessary. The rest of respondents mentioned that they prefer to encourage an open dialogue with patients/clients and they choose other methods, such as explanation and discussion, in order to make patients/clients understand the meaning of the rules and their contribution to an individual.

Taking into consideration the relatively small sample of respondents and the fact, that the thesis revealed certain issues which call for further research and analysis, I would like to follow up on these thoughts in order to present an in-depth analysis in the diploma thesis. Bachelor thesis can be therefore seen as a primary attempt to evaluate general situation in the field and in particular to understand how the therapists think about this issue. Data collected in this research thus may serve as a valuable guidance for more detailed and targeted analysis in the future research.

Key words:

therapeutic community - addiction treatment - tough approach - rules - therapeutic approach

Obsah

Úvod.....	1
<u>1. Teoretická část.....</u>	<u>2</u>
<u>1 Vymezení vybraných pojmů</u>	<u>2</u>
1.1 Závislost	3
1.2 Terapeutická komunita	4
1.3 Autorita, moc, autoritářství, direktivita, dogma	5
<u>2 Historie a vývoj léčby závislosti v České republice a ve světě.....</u>	<u>6</u>
2.1 Historie a vývoj psychoterapie při léčbě závislostí ve světě	6
2.2 Historie a vývoj léčby závislostí v České republice	8
<u>3 Strukturovaná léčba závislosti</u>	<u>11</u>
3.1 Fáze komunitního programu.....	12
3.2 Denní program.....	15
<u>4 Pravidla</u>	<u>16</u>
4.1 Bodovací systém.....	17
<u>5 Terapeut a terapeutický vztah</u>	<u>20</u>
5.1 Terapeutický vztah	20
5.2 Profesní vývoj.....	22
5.3 Problémy spojené s profesí terapeuta	23
<u>2. Praktická část.....</u>	<u>26</u>
<u>6 Cíl práce a metodika</u>	<u>26</u>
6.1 Cíl práce	26
6.2 Metodika.....	27
6.3 Sběr dat.....	27
6.4 Metody analýzy	28
6.5 Výzkumný soubor	29
6.6 Etické principy	30

6.7	Limity poznatků z výzkumu	30
<u>7</u>	<u>Výsledky výzkumu</u>	<u>31</u>
7.1	Pojem tvrdý přístup	31
7.2	Využití tvrdého přístupu při léčbě závislosti	34
7.3	Zdroj postoje terapeutů k tvrdému přístupu	38
7.4	Využití striktních pravidel při léčbě závislosti	40
7.5	Využití odlišné míry direktivity u jednotlivých pacientů/klientů	44
7.6	Jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/ klientům v léčbě závislosti	50
<u>8</u>	<u>Diskuze a závěr</u>	<u>50</u>
8.1	Seznam použité literatury	57
8.2	Internetové zdroje	59
<u>9</u>	<u>Seznam příloh</u>	<u>1</u>
9.1	Rozhovory	1

Úvod

Díky oboru Adiktologie, který vznikl v roce 2005 na 1. LF UK v Praze, se jaksi odděluje pohled na závislost z teoretického a výzkumného hlediska a pohled, který je bližší druhému táboru adiktologických pracovníků, a to terapeutů, kteří denně pracují s klienty. Tato práce se věnuje pouze pracovníkům pobytové léčby, pracujícími speciálně s klienty TK a pacienty v ústavní léčbě. Ideální by zřejmě bylo tyto dva pohledy spojit, což v praxi úplně neplatí. Přesto, že přibývá vzdělaných lidí v oboru, základní kostra léčby v psychiatrických léčebnách i TK zůstala zachována a zdá se, že to, co se traduje jako již osvědčené a fungující, má velkou šanci přetrvávat v podstatě ve stejné podobě. Režimová léčba jako pevný základ systému, který je orámován velmi propracovaným souborem pravidel. Přesto systém, který evidentně není univerzální nadále odolává některým inovacím a řekněme liberálnějšími přístupům. Pokud má TK nahrazovat původní rodinu (Kalina, 2008), která nefungovala, nevytvářela žádné hranice a neměla žádná pravidla, je jasné, že jsou pravidla a režim pro napravení nežádoucích vzorců myšlení a chování důležitá. Bohužel se stále setkáváme s klienty, kteří odcházejí (ať již z řádně dokončené nebo i nedokončené) léčby s tím, že prostředí léčebny na ně působí silou tvrdé instituce.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/klientům v léčbě závislostí.

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsou nejprve vymezeny některé pojmy, dále je stručně popsána historie vývoje léčby závislostí ve světě a v našich podmínkách, průběh léčby s jeho pravidly, některými zvláštnostmi jako je bodovací systém používaný v PL, terapeutický vztah a také osoba terapeuta. V praktické části jsou objasněny metody prováděného výzkumu, prezentace výsledků, diskuze a závěr.

1. Teoretická část

1 Vymezení vybraných pojmů

Cílem této kapitoly je čtenáři přiblížit nejdůležitější pojmy, se kterými se v dalších částech bakalářské práce pracuje.

Centrálním tématem práce je **koncept tvrdého přístupu v léčbě závislostí**, jedná se však o pojem, který není úplně jednoduché definovat. Samotná problematika pojetí tohoto konceptu však úzce souvisí s výzkumným cílem této práce. Pojem tvrdého přístupu nebývá v odborné literatuře jednoznačně vymezen. Jedním z přístupů k tomuto pojmu může být například tzv. skálovský model. (Skálova publikace (1970), kterou cituje Kubička (1975), kde je alkoholismus "naučeným chováním" uvádí, že *„měkký a tolerantní režim je pro léčbu alkoholiků nejen nevhodný, ale přímo kontraindikován“*. Vystavení pacientů dlouhému období kontrolovaného stresu a konflikty mezi pacienty jsou vždy konstruktivně využívány).

Koncept tvrdého přístupu je proto třeba nazírat jako komplexní problematiku, která se prolíná širokým spektrem terapeutických přístupů a jednotlivé projevy „tvrdého přístupu“ mohou být mnohdy skryty nebo bývají často interpretovány různými způsoby. Pro účely vymezení pojmu bude proto tvrdý přístup nahlížen především skrze osobnost terapeuta a nástroje, které jsou využívány k jeho uplatnění.

Mezi sledované projevy tvrdého přístupu zde byly začleněny následující charakteristiky – striktní uplatňování pravidel, uplatňování moci, direktivita, dogmatizmus a negativistický postoj, autoritářství, tresty a postihy. Tyto aspekty byly pro účely této práce vybrány ze širšího spektra a nejedná se proto o odborné vymezení daného pojmu.

V rámci aspektu uplatňování pravidel práce vychází z klíčových neboli tzv. kardinálních pravidel – tedy absence drog, alkoholu a jiných látek ovlivňujících vědomí, zákazu hrubé agrese a zákazu intimních vztahů mezi členy skupiny. V souvislosti s tím bude pozornost věnována především principu zachování bezpečí, dodržování hranic a kvality vztahů ve společenství, jakým je terapeutická komunita, případně psychiatrická léčebna, která využívá model terapeutické komunity. Jak uvádí Broža, *„každé definované pravidlo by mělo mít svůj jasný důvod, záměr a smysl“* (in Nevšimal, 2004, str. 83).

V neposlední řadě by měla být věnována zvláštní pozornost odlišení pojmů tvrdého přístupu a direktivity, které mohou v určitém kontextu zdánlivě významově splývat. Jak vyplývá z výše uvedeného, direktivita je zde nazírána pouze jako součást tvrdého přístupu, nikoli jako jeho ekvivalent.

1.1 Závislost

Zjednodušená definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí zní takto:

*„Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák. K diagnóze závislosti se obvykle vyžaduje, aby během posledních 12 měsíců došlo **ke třem nebo více z následujících jevů:***

- *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.*
- *Potíže v sebeovládání ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky.*
- *Tělesný odvykací stav. Postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky.*
- *Roste tolerance, to se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolanými nižšími dávkami.*
- *Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky. Zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;*
- *Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků“ (Nešpor a Csémy, 2003: s.23).*

Jako závislost lze označit takový psychický a fyzický stav jedince, kdy člověk dává *„užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku nebo látky (drogy včetně alkoholu, tabáku a někdy i třeba relativně bezpečně vnímané kávy).“¹* Nutno podotknout, že v širším smyslu závislost není jen o užívání určité látky, ale člověk si ji může vypěstovat i na nějakou činnost (např. gambling). Je třeba ji chápat komplexně – tedy jako bio-psycho-sociální onemocnění (Kalina a kol., 2003).

¹ <http://www.nicm.cz/definice-zavislosti> (cit. 1. 6. 2014).

1.2 Terapeutická komunita

Terapeutickou komunitu nelze chápat jen jako instituci, ale také jako terapeutický systém či metodu. V širším smyslu je terapeutická komunita chápána jako systém, ve kterém je organizováno celé léčebné oddělení, v němž je podporována otevřená komunikace a společné rozhodování jak terapeutů, tak klientů. Podstatné je pořádání společných schůzek, jejichž cílem je pochopit interpersonální vztahy a reakce personálu i klientů na proces léčby. V užším slova smyslu je terapeutická komunita psychoterapeutickou metodou, při níž jsou využívány modelové situace, které jsou realizovány v malé terapeutické skupině. Každodenní soužití klientů poskytuje zpětnou vazbu v jejich chování a pomáhá k uvědomění vlastní role i chování pomocí vzájemné interakce. Klienti si vlastně zkouší "nanečisto" řešit běžné životní situace (Kalina, 2008).

Kratochvíl (1979) například chápe terapeutickou komunitu jako specifickou metodu intenzivní skupinové psychoterapie. Zde se setkávají klienti obvykle s různým vzděláním, pohlavím a věkem. Tito lidé spolu určitou dobu žijí a mají společný program. Život v komunitě jim umožňuje, aby v této malé sociální skupině mohli řešit problémy z vlastního života. A to především vztahy k lidem. Terapeutický přínos komunity spočívá v tom, že si klient může zpětně uvědomit chyby ve svém dřívějším jednání a tím je podporován nácvik vhodnějšího způsobu chování.

Dle De Leona (2002, str. 134) je terapeutická komunita „*bezdrogovou modalitou využívající jedinečný sociálně psychologický přístup k léčbě drogové závislosti; jejím charakteristickým prostředím je společné komunitní bydlení.*“ Toto zařízení může nabízet mnoho dalších služeb, které mohou klientům pomoci v boji s jejich závislostmi. A to nejen lékařské, ale také sociálněprávní, vzdělávací, psychologické, právní či sociální. V praxi to znamená, že klient se v terapeutické komunitě nejen léčí, ale nalezne zde i pomoc s přípravou na život mimo komunitu (např. pomoc s vyřízením sociálních dávek či právní rady). Hartl (1997) pak kupříkladu chápe terapeutickou komunitu buď jako formu organizace, kdy je v systému řízení léčebného oddělení plně podporována otevřená komunikace a spoluúčast všech členů, anebo psychoterapeutickou metodu.

Vytvoření fungující terapeutické komunity je obtížným procesem, neboť vyžaduje spoluúčast klientů, jejich ochotu k soužití s ostatními členy komunity, vzájemnou komunikaci všemi směry, pospolitost, permisivnost (vyhýbání se kritice dalších osob) a také rovnoprávnost v rozhodování.

1.3 Autorita, moc, autoritářství, direktivita, dogma

Moc je možné definovat jako „*schopnost aktéra A přinutit aktéra B, aby vykonával určitou činnost, kterou by jinak nebyl ochoten provádět*“ (Flanderová, 2013). Autoritou v tomto kontextu lze rozumět legitimizovanou moc. Obvykle se rozlišuje **autorita charismatická** (na základě schopností či víry ve výjimečné schopnosti jedince), **autorita tradiční** (již z názvu vyplývá, že autorita vyplývá z tradice – např. děděný královský titul) a **autorita legální neboli racionální**. Posledně jmenovaný typ autority bývá často v různých zdrojích označována jako neosobní forma autority, která vzniká ze získané pozice.²

V léčbě závislostí by proto bylo ideální uplatňování legální autority a na osobnosti terapeuta pak záleží, zda ho klienti budou vnímat i jako autoritu charizmatickou. Již ve vývoji prvních komunit (Synnon) je jedním z hlavních terapeutických prvků charismatický vůdce (Nevšimal, 2004).

Různé výklady uvedeného pojmu dále uvádějí, že v případě uplatňování přílišné míry autority s důrazem na autoritu formální, lze hovořit o jisté formě **autoritářství**.³ Terapeutické komunity svou podstatou nejsou předurčeny k uplatňování autoritářství, neboť je v nich sice snaha o zachování řádu, ovšem při přílišném uplatňování autority není možné vytvořit fungující komunitní společnost.

Slovník cizích slov kupříkladu vykládá **direktivitu** jako přímé usměřňování chování a jednání určitými pokyny.⁴ Protože klienti při léčbě závislosti musí dodržovat určitá pravidla a řád, je direktivita jedním ze základních prostředků, jak dosáhnout potřebné disciplíny. Je ovšem třeba najít takovou míru direktivity, která by nede stabilizovala komunitní klima. Direktivita může tedy mít určitý výchovný charakter (s relativně pozitivními či negativními důsledky), avšak povětšinou s potlačením osobnosti klienta. Její aplikace proto zároveň nabírá různého významu v různých fázích léčebného procesu. Z těchto důvodů je rovněž v práci přisuzována důležitost osobnosti terapeuta a míře a způsobu, kterým direktivitu uplatňuje.

Přestože je léčba závislosti v dnešní době chápána komplexně a jsou při ní využívány poznatky z oblasti medicíny, psychologie, psychiatrie či sociologie, je třeba zacházet velice opatrně s dogmaty, která přetrvávají. **Dogmatismem** je v kontextu této bakalářské práce nekritické lpění na jistém názoru nebo nauce, popř. vnucování tohoto názoru druhým lidem bez

² http://sociologie.topsid.com/index.php?war=moc_a_autorita (cit. 15.6.2014)

³ <http://www.online-slovník.cz/slovník-cizich-slov/autoritarstvi>

⁴ http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=direktivita

argumentů nebo dokonce s použitím různých forem nátlaku (Diderot, 1999). Některé z vysvětlovaných tezí mají ovšem bezesporu své opodstatněné využití i v dnešní době, i když mohou být využívány třeba jen částečně. (viz. tzv. Skálův přístup).

2 Historie a vývoj léčby závislosti v České republice a ve světě

Tato část práce je nezbytná k pochopení některých dějů, které souvisí s vývojem terapeutického přístupu jak ve světě, tak také v našem prostředí. V tom, jak probíhal vývoj americké komunity Synanon a posléze jejích následovníků, jsou možná některé kořeny současného tvrdého přístupu také v České republice (před rokem 1989 v Československu). Zde vznikl nezávisle na amerických přístupech tzv. léčebný systém Jaroslava Skály, který má do dnešních dnů vliv na práci se závislými lidmi.

2.1 Historie a vývoj psychoterapie při léčbě závislosti ve světě

S rozvojem sociálního citění a nastolení určitých sociálních hodnot se objevila potřeba začlenit či izolovat od společnosti jedince, kteří vykazovali společensky nebezpečné chování. Mezi takové chování patřilo i zneužívání návykových látek. Církev, které stanovily určitý společenský kodex, patřily k organizacím, které se v rámci služby Bohu snažily o napravení či izolaci "závislých hříšníků". Druhým proudem, který položil základy terapeutických komunit, byl tzv. terapeutický proud. Ten se věnoval dětem i dospělým s určitými potížemi – výchovnými, psychiatrickými či sociálními.

Mezi **svépomocné náboženské organizace**, které podle Nevšimala (2004) můžeme chápat jako předchůdce terapeutických komunit, mimo jiné, patřili:

- **Metodisté** - náboženská skupina, ve které každý člen mohl členům sdělit své chyby i pokušení a následně přijmout možnou kritiku, což by se dalo označit jako touha po získání duševní rovnováhy. V tomto chování a jednání lze pozorovat počátky skupinové psychoterapie.
- **Oxfordská skupina** – religiózní organizace, která chtěla u svých členů dosáhnout konverze, resp. osvícení prostřednictvím vyznání z jejich hříchů a také odčiněním těchto hříchů. Opět je zde možné nalézt pokus o skupinovou terapii.
- **Hnutí Anonymních alkoholiků** – vznik tohoto hnutí se datuje do roku 1935. Počáteční principy Anonymních alkoholiků vycházely z principů Oxfordské skupiny – sebezpytování, přiznání charakterových chyb, odškodnění za předchozí ublížení, práci

pro druhé. V současné době je toto hnutí celosvětově rozšířené a jeho zásady jsou shrnuty do 12 kroků.

Nevšímal (2004) ve své práci na několika místech uvádí, že prakticky všechny terapeutické komunity ve Spojených státech amerických jsou nějakým způsobem následovnicí jedné organizace, která vznikla v roce 1958 v Kalifornii. U jejího zrodu stál Charles Dederich. Zpočátku byl tento směr velice úzce spjat s hnutím Anonymních alkoholiků. Postupem času došlo k odklonu směrem k drogově závislým. Zásadním počínem byl rok 1958, kdy většina alkoholiků ze Synanonu odešla. Oproti AA byl hlavní změnou odklon od ambulantního programu k ústavnímu a ústup od náboženské ideologie k světské orientaci. Prostřednictvím frustrace a konfrontace bylo dosahováno modifikace chování klientů. Při vstupu nových členů Dederich vyžadoval u nich velkou míru pokory, až pokoření v úvodní zpovědi. Velký finanční příspěvek (minimum bylo 500 amerických dolarů) byl podmínkou vstupu, a neustálé vystavování konfrontaci a kritice či ztrátě postavení nebo určitých výhod patřilo neodmyslitelně k léčbě. Synanonská „hra“ byla nejznámější technikou a spočívala v tom, že se na člena sedícího na tzv. horké židli uprostřed kruhu ostatních klientů snesla smršť kritiky za jeho chování. V průběhu času získávaly tyto techniky stále více agresivní zabarvení. Nechránit člena skupiny bylo normou. Minulé zážitky měly podřadný význam a další technikou bylo tzv. „mytí hlavy“, což byla ostrá konfrontace dotyčného za jeho přestupek vůči nejbližším členům skupiny. Extrémní forma skupinové konfrontace byl tzv. „výlet“, kdy skupina se stejnými členy trvala strukturovaně 48 hodin nebo permanentně probíhající skupina po dobu 24 hodin sedm dní v týdnu. V této době bylo déle členem Synanonu pouze asi dvacet procent příchozích (Nevšímal, 2004). Tzv. „lekce“ (learning experience) používané v Synanonu uvádí Nevšímal (2004), také v TK Němčice, a to v podobě nošení placky s nápisem „kyselá prdel“ či týdenní nepřetržité nošení nápisu „jsem zloděj“.

Další typický obraz Synanonu bylo charisma vůdce. Dederichovi jeho přesvědčivost získávala skoro „na smrt“ oddané pomocníky, kteří byli schopni v rámci společné ideologie všeho, nebo byli ochotni jít do vězení místo něho. Ochota k oběti pro společný cíl ukazuje na téměř náboženský rozměr Synanonu. To vedlo ke ztrátě možnosti se s Dederichem konfrontovat či jej nějakým způsobem kritizovat. Dostupnost jiných názorů slábla a normální podněty okolní společnosti ochably. Jeho odpůrci byli postupně vyloučeni, v poslední fázi byly povoleny fyzické tresty (takto si poradil Dederich s příslušníky hnutí punk). V roce 1978 byl

Dederich uvězněn za účast na pokusu o vraždu, kdy již rok předtím po smrti manželky u něho propukla recidiva na alkoholu. V této souvislosti je třeba poukázat na nebezpečí proměny komunity v sektu (Ottenberg, 1982), která je pro mladé lidi často alternativou k léčbě, které dávají přednost. Dále příběh Synanonu nutí k důrazu na vnitřní i vnější kontrolu každého léčebného zařízení.

V TK Daytop Village bylo na rozdíl od Synanonu, který poskytoval klientům dlouhodobou životní alternativu bezdrogového prostředí zásadním cílem navrátit klienta do původního prostředí. I v této komunitě byla jako adekvátní nástroj uvolnění a zvládnání emocí používána „synanonská hra“.

Nevšímal (2004) říká, že do českého prostředí TK je z amerického modelu přejato jen málo a většina je českého původu. Přesto na počátku vzniku prvních TK u nás v 90. letech prošli přední čeští odborníci na léčbu drogových závislostí školením „International European Drug Abuse Treatment Training Project, které koordinoval D. Deitch, absolvent amerického Synanonu. *„To byl ale teoretický výcvik, kde jsme se neučili technikám „hry“ nebo horké židle. Deitch jako ex-user už byl profesorem, který svůj názor na léčbu respektive přístup v ní změnil a o TK to moc nebylo, bylo to obecně o léčbě závislosti. Jenom jsme měli ranní komunity, ty byly ale vedeny v přátelské a netrestající atmosféře. Navíc naše TK vznikaly tak trochu pod inspirací okolních zemí, např. kolega z Němcic jel na sebezkušenostní pobyt do německé TK, který absolvoval v roli klienta a to byla komunita toho tvrdšího typu. Já jsem byl v roli koterapeuta ve Švýcarsku 4 měsíce a modifikoval jsem jejich model práce v TK do českých podmínek. Pokud vím, v USA nikdo, kdo by na základě této zkušenosti založil TK, nebyl“* (Radimecký, 2014).

2.2 Historie a vývoj léčby závislostí v České republice

Jak jsem nastínil již na začátku kapitoly, především vývoj u nás, který předznamenal samostatnou a ve světě specifickou formu léčby závislosti (historicky především závislosti na alkoholu) má význam pro léčbu v České republice až do současnosti.

První svépomocné organizace vznikaly v České republice již v 19. století – tzv. **spolky střízlivosti**. Pomoc pro sedláky, propíjející své grunty po zrušení nevolnictví. První protialkoholní léčebna byla založena v roce 1909 ve Velkých Kunčicích. V období válek došlo ke stagnaci vývoje (Nevšímal, 2004).

K zásadnímu posunu v oblasti protialkoholní léčby došlo díky **doc. MUDr. Jaroslavu Skálovi, CSc.**, charismatické osobnosti v léčbě alkoholismu. Díky němu byl vytvořen systém péče o závislé u nás a první léčebny pro alkoholiky na komunitních principech. Skála byl ovlivněn poněkud jiným modelem léčby, než komunity vznikající v Anglii. Inspiraci spatřoval v A. S. Makarenkovi, ruském učiteli, který organizoval pracovní kolonie pro mladistvé provinilce a dále komunitu pro výchovu bezprizorních dětí. V obou institucích vládla vojenská organizace, kde byli žáci řazeni do oddílů. Makarenko zdůrazňoval řídicí úlohu vychovatele – jeho autoritu, zásadovost, práci a kladný vztah k žákům. Odmítal autoritu založenou na útlaku, pedantismu a namyšlenosti. Pozorný byl k režimu a varoval před "řešením mezi čtyřma očima". Zastával tedy názor, že vše je třeba řešit na společném shromáždění. Cílem bylo, aby se každý za rozhodnutí, která učiní, cítil odpovědný. (Nevšímal, 2004, str. 167). Podle Nevšímala (2004) je zřejmá podobnost mezi Jonesovými teoriemi a Makarenkovým přístupem.

Jako hlavní prvky léčby byly postupně definovány - pevný režim a bodovací systém, který nepřetržitě a tvrdě pacienty konfrontoval a kontroloval. Byla vyžadována striktní konformita vůči pravidlům, porušení těchto pravidel mělo za následek sankce. Do jeho léčebného programu byla od počátku zařazena tzv. averzivní terapie, kde šlo o 4 složky – apomorfín jako biologická složka (tzv. blinkačky) a další tři – psychologické, tzn. služba na záchytcce, pobyt na uzavřeném oddělení pro chronické alkoholiky a návštěva na oddělení pro nedobrovolnou léčbu. Psychoterapie byla také rozdělena na skupinovou terapii (behaviorální terapie), rodinné terapie pro ženaté pacienty, komunitní psychoterapie, bodovací systém, ranní komunity, které byly založeny na direktivním přístupu, bodovém systému, pracovní i pohybové terapie či různá tělesná vyšetření. V celém tomto systému léčby byly tvrdě uplatňovány autoritářství a direktivita. Režim apolinářského oddělení měl pacienty naučit snášet stres a překonávat zážitky frustrace.

Skálova publikace (1970), kterou cituje Kubička (1975), kde je alkoholismus "naučeným chováním" uvádí, že „*měkký a tolerantní režim je pro léčbu alkoholiků nejen nevhodný, ale přímo kontraindikován*“. Vystavení pacientů dlouhému období kontrolovaného stresu a konflikty mezi pacienty jsou vždy konstruktivně využívány. Tento systém vykazoval dobré výsledky a byl úspěšný, proto začaly vznikat další pobočky, a byly otevírány léčebny s touto koncepcí po celé České republice, např. 1958 Lojovice – péče o recidivující a nedobrovolné pacienty, 1962 Dobronice – intenzivní léčebné a doléčovací pobyty, dále Skálův kolega Rubeš založil oddělení pro léčbu závislostí v PL Bohnice, dále AT oddělení Brno. V PL

Červený Dvůr, pevně zachovával tzv. skálovský systém MUDr. Kubíček (bývalý Skálův pacient), léčebny vznikly také v Plzni, Liberci, Šternberku, Opavě, Jihlavě Horních Holčovicích.

Z uvedeného výčtu je vidět, že ovlivnění modelem léčby docenta Skály je více než zřejmé. Ještě pro účely této práce je důležité zmínit systém sebezkušenostního vzdělávání psychoterapeutů „SUR“. Stovky profesionálů prošly tímto programem a nemalý počet z nich pracuje právě s cílovou skupinou závislých na alkoholu a drogách. Název SUR je zkratka začátečních písmen příjmení zakladatelů programu – Skála, Urban a Rubeš. Systém léčby závislých do roku 1989, kdy došlo k pádu komunistického režimu, byl tedy ovlivněn touto více než čtyřicetiletou tradicí.

V období vlády komunistického režimu se rozvíjela především léčba alkoholismu, ostatní typy závislostí byly v pozadí. Přesto se závislí na ilegálních drogách léčili pouze v psychiatrických AT ambulancích nebo léčebnách spolu s se závislími na alkoholu.

Po roce 1989, vlivem velkých politických a společenských změn došlo k otevření hranic a přílivu drog do ČR. Tak se u nás postupně začala vytvářet nová specifická cílová skupina, která masivně zneužívala tvrdé ilegální drogy. Jak uvádí Kalina (2008) v roce 1991 vznikla první TK pro drogově závislé v Němčicích u Volyně v jižních Čechách jako reakce na nové potřeby klientů. Skálův model převzatý většinou léčeben nebyl schopen nabídnout mladým drogově závislým lidem s nevyzrálou osobností účinnou léčbu a bylo potřeba tuto mezeru v systému péče pro závislé vyplnit. TK Němčice byla vytvořena na nezdravotnické půdě jako zařízení sociálně rehabilitačního a výchovného typu s psychoterapeutickou složkou, kdy zakladatelé byli inspirováni hierarchickými komunitami TK Daytop Village a Phoenix House, přičemž se hlásili k domácí tradici a těžili z ní (Lobeč, Palata, Kratochvíl, SUR) (Kalina, 2008).

Po vzoru TK Němčice vznikaly postupně v 90. letech další TK pro závislé na nelegálních drogách a celkem jich v systému léčebné péče vzniklo 15. (Kalina, 2008). Až na dvě výjimky jde o nestátní neziskové organizace. Většinou se jedná o smíšené komunity s léčbou mužů i žen.

V r. 1993 vznikla TK White Light v Severních Čechách, kde se nejprve léčili mladiství a mladí dospělí (tj. do 26 let věku) klienti ze Švýcarska a až v r. 1997 se klientela změnila na české uživatele návykových látek. Radimecký (2014) uvádí: „*Navíc, naše TK vznikla na základě inspirace švýcarského modelu TK, a o TK Němčice jsme v době vzniku neměli ani*

ponětí. Takže jsme po jejich vzoru nevznikly a mám pocit, že jen málo komunit ano – Renarkon se původně inspiroval polským Monarem“. Dále to byly TK Fides Bílá Voda na Javornicku na hranicích s Polskem, kde je léčba zřízena a zčásti provázána s psychiatrickou léčebnou (jako jedinou v ČR). Další byly TK Nová Ves na Liberecku, TK Podcestný mlýn u Dačic, která zpočátku měla, ale již nemá křesťanský akcent. V dosahu pražské příměstské dopravy to je dále TK Magdaléna v Mníšku pod Brdy. Další komunity vznikaly následně vlivem nových potřeb klientů – jako např. matek s dětmi či naopak dlouhodobí uživatelé s kriminální kariérou nebo klienti s duálními diagnózami.

3 Strukturovaná léčba závislosti

Pokud jde o léčbu závislosti, je důležité zde zmínit, že se v rámci této bakalářské práce zabýváme pouze ústavní a rezidenční léčbou, což jsou dva typy pobytové léčby používané v ČR. V úvodu této kapitoly je nutné zmínit, že terapeutická komunita je celistvým systémem, jehož prvky jsou využívány i v léčbě ústavní (střednědobé, která trvá od 3 do 6 měsíců), především však v léčbě rezidenční (dlouhodobé, trvající 6 až 18 měsíců), (Kalina a kol., 2008). V České republice je ústavní léčba vedena v psychiatrických léčebnách dnes povětšinou nemocnicích s výjimkou PL Červený Dvůr – tedy v institucích typu státního zdravotnického zařízení s jasnou hierarchií. Léčba rezidenční probíhá v terapeutických komunitách, což jsou většinou nestátní neziskové organizace, kde jsou klienti i terapeuti takřkájící na jedné lodi, přičemž personál není tak výrazně hierarchicky vyhraněný. Společným znakem je strukturovaný program s jasně danými pravidly.

Oprávněným požadavkem v psychiatrických zařízeních typu psychiatrické léčebny s programem léčby závislosti by mělo být zaměnění magické autority tzv. „bílého pláště“ za autentickou autoritu osobnosti (Řehan, 1994). Zaměření některých lůžkových zařízení je spíše psychoterapeutické a v jejich strukturovaném programu je také více skupinové terapie, jiná naopak v daleko větší míře prosazují dodržování režimu, bodovací systém a pracovní terapii. Některé psychiatrické léčebny prvky TK využívají pouze zanedbatelně – jiné se k tomuto modelu hlásí a naopak mají snahu jej rozvíjet. Pokud jde o výše zmíněné „bílé pláště“, udávají určitým způsobem hierarchii v léčebnách, které jsou zdravotnickou institucí, a díky tomu je postavení pacienta v léčbě na jiné úrovni, než v TK. Jedná se např. v osobním kontaktu o vykání, větší část personálu jsou zdravotníci (lékaři, sestry a sanitáři) atd. (viz. Tabulka 1)

Tabulka 1 - Srovnání terapeutické komunity a psychiatrické léčebny

	Terapeutická komunita	Psychiatrická léčebna
Vztah	Tykání	Vykání
Tým	Terapeuti, soc. pracovníci	Lékaři, zdr. personál, soc. pracovníci
Doba, kdy může klient něco řešit	Nepřetržitá (terapeut je přítomen i v noci)	Cca. 7 – 15:30 hod (potom pouze sestra na oddělení, popř. sloužící lékař)
Skupinový program	Každý den, na různé téma, možnost mimořádné skupiny v případě potřeby okamžitého řešení.	Jednou, popř. 2x týdně
Zátěžové akce typu běžky, turistika, kola apod.	Několikrát v roce cca týden mimo komunitu. S omezeními danými nedostatkem finančních prostředků nestátních organizací závislých na dotacích	Jednou měsíčně pouze jednodenní výlet s omezeními týkajícími se dostupnosti dopravního spojení.
Filosofie Cíle léčby	Klient může dělat chyby Změna způsobu a kvality života, kdy abstinence je prostředkem	Pacient většinou nesmí udělat chybu Celoživotní abstinence
Hierarchie	Jsmo na jedné lodi (velký podíl klientů na rozhodování, funkce a role)	Terapeut je výš než pacient (podíl klientů na rozhodování omezený, funkce a role)

Zdroj: Vlastní grafické zpracování autora

V terapeutických komunitách je léčba rozdělena do několika fází, které mají klientovi i terapeutovi usnadnit orientaci v tom, jak se klient s léčbou vyrovnává a jakých pokroků dosahuje. Zásadním způsobem přispívá k léčbě i denní režim. Je nutné zdůraznit, že míra adaptace v léčbě, ať již v psychiatrické léčebně, či v terapeutické komunitě je dána mnoha faktory – osobností, věkem a pohlavím klienta, jeho drogovou i sociální minulostí, mírou adaptability, atd. Pro někoho, kdo je schopen se relativně snadno režimu a léčbě přizpůsobit, je adaptace mnohem snadnější. V opačném případě adaptace vyžaduje mnohem větší úsilí jak ze strany klienta, tak ze strany terapeuta a dalších klientů. Délka jednotlivých fází je tedy individuální záležitostí.

3.1 Fáze komunitního programu

Fáze komunitního programu jsou jasným a srozumitelným způsobem popsány Adamečkem (in Nevšimal, 2004). Obvykle jsou fáze komunitního programu rozděleny do tří fází, přičemž těmto třem fázím předchází tzv. nultá fáze.

Nultá fáze

V této fázi klient přichází do nového prostředí, na které se musí adaptovat. Musí přijmout všechna pravidla, seznámit se s terapeutem, dalšími klienty, je mu nastíněn proces léčby. Pro toto období je typické, že je klientovi omezena komunikace s vnějším prostředím terapeutické komunity, s jeho členy rodiny či přáteli. Tato fáze je v několika TK velmi tvrdá – přichozí musí absolvovat nějaký přijímací rituál, který má každá komunita jiný (např. v TK Němčice koupání v rybníce v každém ročním období, TK Sejrek – klient musí vlézt do studny apod.). V ostatních komunitách bývá přijímací rituál přátelštějšího charakteru. Klient musí odevzdat telefon, nesmí psát ani přijímat dopisy, telefonovat, mít návštěvy atd. Tato omezení mají na druhou stranu své opodstatnění. Kontakt s „venkem“ není povolen 2 – 4 týdny (TK White Light 1). Smyslem omezení kontaktu je nerozptylovat klienta starostmi z „venku“, aby se co nejdříve začlenil do skupiny. Dostává se velké individuální podpory i od pracovníků, prvních 14 dní není bodován, pouze upozorňován, za co by mohl ztratit body atd.

Hned při příchodu jsou mu důkladně prohledány osobní věci (tzv. filcování – kdy je mu každý kousek prádla podroben zkoumání, jestli s sebou nemá drogu atd). Klientovi je poskytována podpora v podobě zkušenějšího člena komunity (průvodce), sankční systém by měl být uplatňován velice uvážlivě, je poskytována krizová intervence či podpurná osobní konzultace. V praxi někdy tato fáze bohužel probíhá jinak a klient je prakticky "hozen do vody a musí začít hned plavat".

Nultá fáze komunitního programu patří pro klienta k nejobtížnějším, neboť po počáteční radosti z toho, že abstínuje, se musí vyrovnat se svou minulostí, vzpomínky na ni se vynořují s různou intenzitou, objevují se pocity viny, selhání či ztráty sebeúcty. Právě v tomto období existuje velké riziko, že klient terapeutickou komunitu opustí a léčbu ukončí. V tom aby tato fáze byla úspěšně ukončena – tedy aby se klient rozhodl v léčbě pokračovat, osvojil si pravidla i režim v terapeutické komunitě a navázal vztah s ostatními klienty i terapeutem, hraje nezastupitelnou a klíčovou podporu klientova skupina.

První fáze

Po úspěšně absolvované nulté fázi se klient z větší části aklimatizoval, začíná se více zapojovat do chodu terapeutické komunity. Jsou mu svěřovány méně důležité úkoly v komunitní samosprávě, se svým garantem si vytvoří individuální plán léčby, tento plán

začínají dodržovat a plnit jeho jednotlivé body. Nadále trvá izolovanost od vnějšího prostředí, komunitu klienti obvykle opouštějí jen v doprovodu dalších členů a terapeutů.

Po ukončení první fáze by měl klient přijmout za sebe zodpovědnost, uvědomovat si závažnost závislosti a s ní související problémy, pochopit požadavky na uzdravení. A hlavně chtít se závislosti bojovat – tedy mít vůli k léčbě. I v této fázi může klient léčbu ukončit. Obvykle proto, že v léčbě stagnuje (důvodem může být např. to, že mu dojde, že nechce s užíváním drog – což znamená kompletně změnit svůj dosavadní životní styl), izolovanost od vnějšího světa mu přijde již příliš dlouhá nebo požadavky na něho jsou příliš velké.

Druhá fáze

„V druhé fázi přijímají klienti zodpovědnost za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé i za chod komunity. Naplno žijí v komunitě a pro komunitu.“ (Nevšimal, 2004, str. 94). Tato fáze se vyznačuje tím, že se klient plně adaptoval na život v terapeutické komunitě. Již není izolován od vnějšího světa, ale je mu dána určitá míra osobní svobody. Může chodit na krátké vycházky a pravidelně vyjíždět na víkendy domů, podílí se na chodu komunity – stává se patronem klientů z nižších fází, může vést některé aktivity – je mu svěřena odpovědnost za ostatní. Může mu být svěřena i velká míra důvěry a disponuje značnými pravomocemi, což je podmíněno zodpovědností k sobě i druhým.

Po absolvování této fáze je klient spjat s komunitou, získává sebedůvěru a sebeúctu, je schopen zvládat své pocity a emoce a chce na sobě dále pracovat. Pokud je to možné, navazuje znovu vztahy se svoji rodinou a získává zpět její důvěru. Začíná také uvažovat o své budoucnosti, o životě mimo komunitu. Problémem může být klientovo přesvědčení, že již ve svém životě vše zvládá a předčasně tak ukončí léčbu.

Třetí fáze

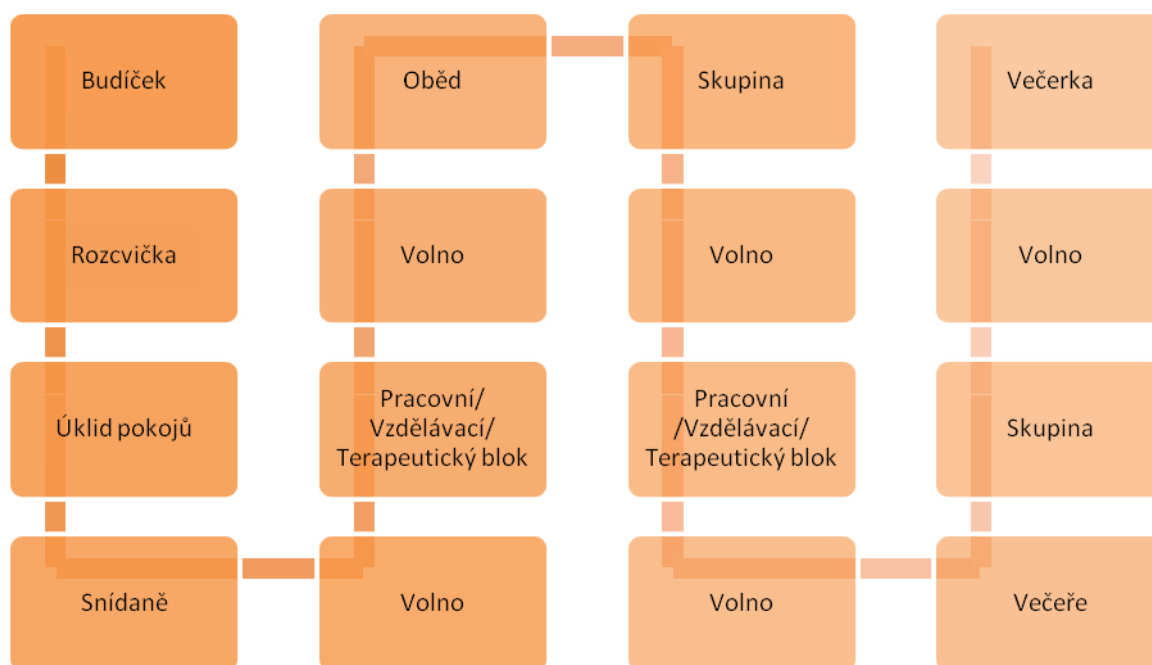
V této fázi je klient již plně zodpovědný za své jednání, ale stále žije v komunitě. Již o svém budoucím životě mimo komunitu jen nepřemýšlí, ale plně se na něj připravuje. Shání si práci a bydlení. Může se pohybovat s větší volností i ve vnějším prostředí komunity, aby si zajistil vše potřebné pro nový život. Stále se podílí na chodu komunity, ovšem vybraných aktivit se nemusí zúčastnit. Klient může bydlet odděleně, pokud terapeutická komunita takovými prostory disponuje.

Po ukončení třetí fáze je klient schopen si uvědomit, kam směřuje a že opouští komunitu, nezapomíná na drogovou kariéru, možnost ohrožení a předchází rizikovým známostem i situacím, zná svoje silné a slabé stránky. Rizikem je přecenění klientových možností a schopností a vynechání následné léčby. Třetí fáze nemusí být absolvována v terapeutické komunitě – v některých komunitách tato fáze nemusí být zařazena do léčebného programu.

3.2 Denní program

V terapeutické komunitě jako v uměle vytvořeném sociálním prostoru, jehož cílem je léčba závislosti, je správně sestavený denní režim nedílnou součástí léčby. Klient získává pevný řád a nemusí se obávat, co ho čeká. Mnozí z klientů měli svůj denní režim při drogové kariéře naprosto neuspořádaný. Jistota, co přijde, eliminuje stresové situace a usnadňuje léčbu, klient zároveň získává pracovní návyky.

Obrázek 1 - Ukázkové schéma denního programu



Zdroj: Vlastní grafické zpracování autora

Všechny činnosti v denním programu jsou přesně definovány a časově ohraničeny. Mělo by se dbát na jejich přesné dodržování. Obecný model denního programu je zobrazen na Obrázku 2.

Denní program je členěn na jednotlivé aktivity, kterých se musí klient - podle fáze léčby, v níž je - povinně účastnit. Obsahem programu je také systém odměn a sankcí, které se mohou lišit dle daného zařízení. V rámci většiny PL se používá tzv. bodovací systém. Psán by měl být jednoduchým jazykem, aby mu bylo možné dobře porozumět a nepřipouštěl možnost dvojího výkladu.

Výše popsaný model ilustruje v zásadě spíše léčbu v terapeutické komunitě. Struktura programu v psychiatrických léčebnách je různá, ale ty, které využívají model TK, mají strukturu podobnou, včetně jednotlivých fází léčby, i když opět s určitými specifiky. Do jisté míry je uplatňování tohoto modelu omezováno statutem PL jako zdravotnického zařízení (Dvořáček, 2003).

4 Pravidla

Pro pobytovou léčbu, ať již v zařízení typu psychiatrické léčebny nebo terapeutické komunity je typický strukturovaný program, který je propojený s určitými pravidly. V jednotlivých zařízeních se mohou tato pravidla mírně lišit, avšak pokud jde o ta zásadní, většina zmíněných zařízení používá jejich stejnou podobu.

Broža in Nevšímal (2004) rozděluje pravidla na čtyři typy, a to na pravidla klíčová, další psaná pravidla, dále na nepsaná pravidla a pravidla nevědomá. Pro účely této práce jsou nejdůležitější pravidla klíčová nebo také kardinální. V léčbě platí několik klíčových pravidel, mezi které patří zákaz používání drog a manipulace s nimi, zákaz agresivního chování jak verbálního, tak fyzického, závazek podřídit se rozhodnutí celé komunity a zákaz sexuálních a erotických vztahů (Richterová-Těmínová, Kalina a Adameček, 2008).

Kardinální pravidla se týkají především oblasti bezpečí a jejich přestoupení je obvykle neslučitelné se setrváním v léčbě (Kalina, 2008). Především porušení pravidla abstinence, manipulace s drogou a také projevy agrese bývají důvodem k disciplinárnímu propuštění. U dalších výše uvedených kardinálních pravidel se dá do určité míry diskutovat o tom, zda bylo porušení určitého pravidla ještě přijatelné nebo je rovněž důvodem k vyloučení z léčby.

Pokud jde o zákaz sexuálních a erotických vztahů, je to asi nejvíce diskutované a kontroverzní pravidlo (Broža in Nevšímal, 2004).

Pokud jde o další pravidla, má každá terapeutická komunita soubor oficiálních pravidel, která by měla být jasně formulována a v průběhu času by tým měl jejich znění a podobu revidovat. Kromě toho, že pravidla mají být srozumitelná klientům, tak také členům terapeutickému týmu, kteří by měli pravidla dobře chápat a věřit jejich smyslu.

Další pravidla, tedy nepsaná, neoficiální, která vznikají snad v každé společnosti a jak dále uvádí Broža (2004), mohou mít také destruktivní charakter. Mohou vést k otevřenému nebo skrytému komunitnímu konfliktu, který není v souladu s otevřeností v komunitě.

Často diskutovanou problematikou, která se týká porušení kardinálních pravidel je nejen prostředí terapeutických komunit, ale rovněž prostředí psychiatrických léčeben, které využívají model TK.

Pokud jde o uplatňování kardinálních, ale i dalších pravidel v léčbě závislostí, souvisí toto téma s tvrdým přístupem. Pokud jsou totiž pravidla využívána dogmaticky, bez přemýšlení a patřičné diskuse, může být jejich využívání v léčbě. Kalina (2008) uvádí, že demokratické komunity uplatňují „měkký přístup“, který se pravidly zabývá až v konkrétní situaci, ponechává sankce pouze na skupinové dynamice a má snahu o toleranci a porozumění klientovu jednání. Oproti tomuto pojetí stojí koncept hierarchických terapeutických komunit, který je typický svým „tvrdým přístupem“, jenž používá explicitní pravidla, která nemají místo pro diskusi, dále konfrontaci a přímý postih.

Z výše uvedeného vyplývá, že právě tzv. „tvrdý přístup“ hierarchických komunit je mocným nástrojem, se kterým je nutné zacházet velmi opatrně.

4.1 Bodovací systém

Tato kapitola seznamuje čtenáře se systémem využívaným v téměř všech psychiatrických léčebnách v naší zemi. V některých terapeutických komunitách se používá určitá obdoba bodového systému, a nebo se tento systém vůbec neuplatňuje. „TK WL I bodovací systém používá, ale jiný a jinak, než PL. Klienti mají k dispozici každý den 3 body za chování a dodržování programu a režimu, plnění pracovních povinností v pracovní terapii a úklid a péči o sebe a svoje věci. Při ranní komunitě se sami hodnotí a navrhnou si případné snížení počtu bodů, ostatní klienti se k tomu mohou vyjádřit a navrhnout bodovou úpravu, o návrzích skupina hlasuje. Klienti se tak mají učit reálnému sebehodnocení“ (Radimecký, 2014).

Vzhledem k tomu, že bodovací systém vznikl již v počátcích léčby u Apolináře a udržel se i přes některé dílčí změny, a také jeho kritiku, je pro tuto práci velmi zásadní.

V České Republice je nejznámější aplikací operantní metody tzv. bodovací systém na odděleních pro léčbu závislostí v institucích typu psychiatrických léčeben, které využívají tzv. Skálův či apolinářský model. Tento systém se v terapii často používá jako nástroj pro hodnocení léčby a jejího průběhu (Kalina a Miovský, 2008) a je v ústavní léčbě závislostí v naší zemi silně zakotvený. Díky tomu je mu připisován vysoký terapeutický význam (Kalina, 2013). Pevný režim spojený s bodovacím systémem je základem léčby a má reflektovat přístup pacienta k léčbě. To se děje buď kladným nebo negativním přístupem. Bodovací systém by měl posilovat žádoucí chování a oslabovat chování nežádoucí, přičemž nežádoucím chováním se myslí takové chování, které by v běžném životě zvyšovalo riziko relapsu či takové, které opakuje stereotypy chování, utvořené během drogové kariéry. Udělováním záporných bodů se symbolicky oslabuje. Podle počtu nasbíraných záporných bodů a také podle jejich hierarchie závažnosti, bývají konkrétní sankce. Kladné body naopak slouží k posilování chování žádoucího. Konkrétními projevy kladných bodů jsou praktické výhody a nepřítomnost nevýhod. Pokud jde o přestupky a sankce za porušování pravidel, jsou odstupňované v určité posloupnosti, přičemž nejtvrdějším postihem je disciplinární ukončení léčby za porušení některých pravidel kardinálních. Existuje však celá řada disciplinárních manipulací s léčebným schématem, např. zkrácení, prodloužení, a také dočasné vyloučení z léčby nebo např. překlad na jiné oddělení (Kalina, 2013). Cíl používání bodovacího systému v léčbě závislostí je jednoduchý. Poskytnout pacientovi jednoduchou informaci o tom, „jak si stojí“ a udržet v léčebně spořádané prostředí (Dvořáček, 2003). Účelem systému je také rozpoznat motivaci pacienta k přijímání zodpovědnosti za svou skupinu, či léčby účelové nebo jinak méně smysluplné (Kalina, 2013). Určitým způsobem je to i potvrzení drogové závislosti, jejíž jsou chaotický životní styl, nespolehlivost atd. symptomem. Do bodování je promítnuta prakticky každá terapeutická aktivita a činnost v léčebně a udělování bodů se řídí pevně stanovenými pravidly. Ta mají vyšší autoritu než terapeut, přičemž vyšší autoritou než tato pravidla je týmová porada (Dvořáček, 2003). Schémata systému hodnocení jsou velice komplikovaná a podrobná. Existuje riziko chybného vyhodnocování, protože se do bodování promítá téměř každá činnost či nečinnost a boduje se každá drobnost (Kalina, 2013).

Výše zmíněný bodovací systém bývá častěji a více nastavený na sankce vůči nežádoucímu

chování, než na posilování chování žádoucího (oproti původní „token economy“, z které na počátku Skála vycházel). „Jestliže citované zahraniční aplikace kupónového či bodovacího systému se soustřeďovaly především až výhradně na pozitivní projevy chování, apolinářský režim i bodovací systém jde dále a je důsledný jak v odměnách, tak i v trestech. Domnívám se, že požadavkem odpovědnosti anticipuje ve svých pacientech občany prvního řádu a požadavkem důslednosti je připravuje na nároky důsledné a trvalé abstinence“ (Skála a kol., 1973, str. 39). Tento výrok částečně odpovídal době a platil především pro alkoholiky. V dnešní době zní poněkud propagandisticky.

Bodování zápornými body může v pacientovi vyvolávat negativní pocity a odvetné reakce, což může být překážkou ve snaze změnit jeho chování (Kalina a Miovský, 2008). V počátku léčby se bodovací systém podílí na autoselekcí pacientů. To může vést k návratu k závislostnímu chování, takže se tento způsob přístupu stává kontraproduktivním (Kalina, 2013). Programy založené více na trestání v léčbě vykazují větší počet vypadnutí, tak způsobují překážku úspěšné léčby (Kalina a Miovský, 2008).

V původní podobě pravidla bodovacího systému platila prvoplánově nejen pro jednotlivce, ale pro celé světnice, tzn. devítičlenné skupiny a vlivem jejich vzájemné soutěže i pro celý kolektiv pacientů. Kromě toho byl bodovací systém v zásadě a v podstatě (nikoli v podrobnostech), platný i pro terapeuty. Jeho platnost tedy postihovala celé terapeutické společenství pacientů a terapeutů.

Podle Pecinovské (2011) kvalitní práce s bodovacím systémem závisí na osobních kvalitách a zkušenostech terapeuta jinak se může bodovací systém stát „klackem v ruce“. Podle Skály (1965) by měl pacient pochopit, že zásah není namířen proti němu samotnému, ale proti jeho chování či jednání a že všichni členové týmu postupují jednotně. Jaroslav Skála mluví sám o tom, že režim vyžaduje i stálých změn tak, aby se nestal neživým schématem neblaze působícím především na terapeutický tým. „*Zkušenosti minulých let nás poučily, že skladbu i chod režimu je stále možno zlepšovat, ať po stránce teoretické, metodické či organizační. Režim nemá být nikdy rigidní ani dogmatický, nýbrž musí stále usilovat o rovnováhu tradičních i nových prvků*“ (Skála, 1965, str. 4).

„*Neschopnost měnit systém by svědčila o systémové patologii a mluvila proti bodovacímu systému, jeho autorům a jeho uplatňovatelům*“ (Skála a kol., 1973, str. 40).

Pokud jde o bodovací systém jako nástroj, který může chválit, ale také trestat, je nasnadě, že může být velmi dobře zneužíván, jak je možné vyčíst z výše uvedeného textu. Terapeut, který strávil v léčebně několik let je na systém tak navyklý, že když se pouze začne hovořit o tom, že by se bodování zrušilo, je to pro takového člena týmu nepředstavitelné. Systém existuje již od počátku léčby ve většině PL. Zřejmě proto je těžké z něho ustoupit a měnit takovým razantním zásahem systém léčby.

5 Terapeut a terapeutický vztah

V následující kapitole je vysvětlena terapeutická vazba, která vzniká mezi klientem a terapeutem. V další části je také popsán profesní vývoj terapeuta, který se zpočátku tak jako v každé jiné profesi učí, jak s klientem pracovat a popsána jsou také rizika, spojená s tímto povoláním, která se za určitých okolností mohou obrátit v neprospěch klienta přicházejícího do léčby závislostí.

5.1 Terapeutický vztah

U závislého člověka, který se rozhodl pro léčbu a do léčby již vstoupil, hraje velice důležitou roli terapeut. Mezi klientem v léčbě a terapeutem tak vzniká vztah, který může být pro klienta již sám o sobě zážitkem (Bartošíková a kol., 2003). Tento vztah nevzniká za normálních okolností, ale v situaci, kdy klient potřebuje pomoc. To znamená, že má určitá pravidla a i když může mít některé společné prvky jako vztah přátelský, např. to, že se v něm oba cítí rovnoprávně a volně, kde se nepovyšuje jeden nad druhého apod., tento vztah si ani jeden z nich nevybral. Tím se liší od vztahu přátelského (přátele si v životě vybíráme). Kromě toho má vztah mezi klientem a terapeutem ještě další rovinu a to vztah matka – dítě, kdy je klient terapeutem akceptován se všemi jeho zvláštnostmi, patologií, stejně jako matka akceptuje svého nepříliš povedeného syna (Bartošíková a kol., 2003)

Klient je tedy přijímán a terapeut vždy stojí na jeho straně. Vztah otec – dítě, který je také obsažen v terapeutickém vztahu pro klienta znamená vztah k autoritě, kterou představuje terapeut pro klienta. Mělo by jít o autoritu ochraňující, spolehlivou a důvěryhodnou, která se může stát vzorem (Vymětal, 1997). Ve skupinové terapii je výhodné, když jsou v týmu terapeuti obou pohlaví, kteří tyto role klientovi lépe zprostředkují. Na počátku léčby může být klient na terapeutovi dost závislý, což by se mělo v průběhu léčby měnit. Mělo by docházet k postupnému odpoutávání. Terapeut se má přiblížit klientovi, ale měl by dobře reflektovat co

se ve vztahu děje, a to nejen ze strany klienta, ale také z jeho strany. Neměl by se vytvářet tzv. duální vztah, kdy by mohl terapeut klienta využívat k uspokojení svých vlastních hmotných, sexuálních, emočních, mocenských potřeb (což nečiní ani se členy vlastní rodiny (Kalina, 2013), viz. vztah matka či otec – dítě).

Kromě výčtu vlastností, které by měl mít každý terapeut, tzn. schopnost přijímat a ocenit, být empatický, autentický a kongruentní, by měl být také o něco duševně zdravější a zralejší než jeho klient, který má právo na to, aby se terapeut zabýval především jeho problémy a příliš jej nezatahoval do svých vlastních⁵ (Kalina, 2013).

Jak uvádí Broža (in Nevšimal, 2004), aby bylo dosaženo co největší účinnosti terapeutického týmu v komunitní léčbě, „*je velmi důležitá ochota se dále rozvíjet, a to nejen po stránce vědomostní, ale také po stránce osobnostní, a tím zkvalitňovat to nejmocnější, co při práci s klienty máme – sami sebe. Na tom závisí i motivace klientů k práci na sobě a péče o funkčnost systému, ve kterém se tým i klienti pohybují*“.

Terapeut by měl dávat také pozor, aby jeho zařazení a hodnocení klienta nesklouzlo k nálepkování. **Teorie nálepkování** (nebo také **etiketizační teorie** či **teorie labellingu**) se řadí mezi konstruktivistické teorie. Zabývá se procesem interakce mezi jedinci, kteří porušují společenské normy a mezi osobami, které je hodnotí (dávají jim určitou nálepku). Anthony Giddens definuje teorii etiketizace jako teorii deviance, podle které se určití jedinci stávají deviantními proto, že byli takto označeni jinými lidmi. (Giddens, 1999).

Ve své praxi v psychiatrické léčebně se s tímto přístupem setkávám zejména u terapeutů starších ročníků. Pacient je označován jako doživotní alkoholik a jedinou možností, jak se „vyléčit“ je celoživotní abstinence, a to od všech návykových látek. Vzhledem k tomu, že toto pojetí léčby je tradiční, dost těžko se z něho ustupuje s ohledem na pacienty, kteří se vrací s recidivou. Pokud by terapeuti tento přístup chtěli měnit, museli by vysvětlovat nové pojetí léčby komunitě, což je zřejmě také určité omezení pro terapeutů mladších ročníků. Proto se v tomto modelu, který funguje od počátku léčebny Červený Dvůr, pokračuje. Radimecký (2006) uvádí, že „*Výzkumem podložené poznatky o tom, že uživatelé návykových látek jsou schopni se naučit i látku, jejíž užívání jim působilo problémy, užívat kontrolovaně jsou dostatečným argumentem pro změnu v tomto pojetí.*“ Není tudíž nutné, aby od jejího užívání

⁵ V PL Červený dvůr pracovala na jednom z oddělení staniční sestra, která byla na pacienty tvrdá. Jak jsem se záhy dověděl, měla otce alkoholika a tento problém se u ní evidentně přenášel do její práce. Tvrdila, že s alkoholiky se nesmíme mazat.

doživotně abstinovali (Cohen a kol. [1971] in Radimecký [2006]). Důležitý je však individuální přístup ke každému klientovi a nebrat tento názor jako obecně platný. Tato problematika je však velké téma, které by se nemělo zjednodušovat a měla by mu být jistě věnována náležitá pozornost.

5.2 Profesní vývoj

Studie Ronnestada a Skovholta (2003), kteří pomocí metody zakotvené teorie analyzovali rozhovory se stovkou terapeutů v různých stádiích vývoje, pojmenovává ve výsledku 8 (po pozdější redukci 6) **stádií** profesního vývoje před zahájením, v průběhu i po ukončení procesu jejich vzdělávání. Ve výčtu popsaných stádií se z terapeuta v určité fázi stává **profesionál začátečník**, což je stádium po dokončení vzdělávání. Přístup bývá různý a toto období se vyznačuje hledáním svého osobního stylu (nejprve snaha utvrdit se v tom, co se naučil a po konfrontaci se zkušenostmi, které ústí ve zklamání, terapeuti hledají svůj osobní styl).

Stádium **zkušeného profesionála** se vyznačuje integrací poměrně dobrých zkušeností a budováním fungujícího, profesionálního a především autentického pracovního stylu. Učí se ze vztahů s klienty a jsou konfrontováni s množstvím případů, na které neexistuje jasná odpověď a jejichž řešení sami neznají.

Castonaguay a kol. (2003) popisuje individuální a profesní vývoj psychoterapeutů v rámci **tří fází**, které jsou paralelou vývoje psychoterapeutických přístupů. První fází je **fáze vzrušení** ale i **zklamání**, kdy o sobě v počátcích profesního vývoje často pochybují - paralela střídání vln radosti a boje s obtížemi v raných stádiích vývoje psychoterapeutických modalit.

Druhou fází je období **sebedůvěry a rigidity**, která utváří určité fungující vzorce a styly na základě svých již dlouhodobých zkušeností, přemýšlejí v rámci ustálených osvědčených modelů a **odmítají kritiku svého přístupu**. Paralelou je tentokrát KBT, která v jisté době odmítala práci s pudovými tématy a osobní historií.

Třetí fází je **pokora a otevřenost** jež učí pracovat s pacienty dle různých metod. V jistém okamžiku terapeuti zjišťují, že na všechny pacienty to nestačí (jsou typy, se kterými neumějí úspěšně pracovat). Ideálním stavem je pokud tuto skutečnost akceptují a otevrou se přínosům jiných lidí, resp. jiných terapeutických škol. Vhodným vyústěním vývoje psychoterapeutů, kteří úspěšně prošli všemi popsány vývojovými fázemi se zdá být integrativní perspektiva (Castonguay a kol., 2003). Může být odpovědí na otázku, jak být v terapeutické praxi otevřený a užitečný.

Třetí pohled na vývoj psychoterapeutů, který dva předešlé pohledy propojuje může být přes stěžejní **témata** ve vývoji terapeutů opět ve studii Ronnestada a Skovholta (2003), kteří jich nalézají celkem 14. Pro účely této práce není nutné je vyjmenovávat, ale z výše uvedeného vyplývá, jak důležité může být pro terapeuta a především jeho klienta, v jaké fázi vývoje se terapeut právě nachází.

5.3 Problémy spojené s profesí terapeuta

Vhodné vzdělání (pregraduální – tzn. zdravotnické, psychologické, pedagogické, sociální) a dále specializované – výcviky, zkušenosti a praktické dovednosti (zaměřenost na osobní vlohy) ještě není zárukou funkčního terapeutického týmu (Broža in Nevšimal, 2004).

I u osoby terapeuta mohou nastat různé komplikace a kontraindikace k práci s klienty. Narcistické zranění v primárním emočním vývoji může vytvořit osobnost tíhnoucí k povolání pomáhající profese (Kalina, 2013 str. 82). Tento tzv. „syndrom pomocníka“ představuje nebezpečí, kterému jsou vystaveni lidé pracující v pomáhajících profesích. Mohou podléhat potřebě pomáhat, která je nevědomou obranou, kompenzující jejich neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. Podle Schmidbauera, (2000) mnozí lidé z pomáhajících profesí utíkají ke své práci před vlastními problémy a používají své klienty k posilování svého narcismu. Tato strategie však může fungovat jen dočasně a u dotyčných pak dochází ke zhroucení (tzv. syndrom vyhoření). Jak uvádí Kalina (2013), důsledkem vnitřních dispozic a vnějších faktorů může být, že osobní vývoj a růst bývá nahrazen profesní kultivací tzv. falešného já. Provázen je příznaky jako je prázdnota, deprese, psychosomatické komplikace

apod. Tento stav může předznamenávat osobní krizi či dokonce syndrom vyhoření. Patří sem tedy celá řada projevů: z oblasti emocí (sklíčenost, popudlivost, bezmocnost), postojů (nechuť, cynismus, zapomínání, nesoustředěnost) a mezilidských vztahů (snížená ochota pracovat s lidmi, stažení se, soukromé konflikty). Pokud jde o profesní záležitosti – jde o zabřednutí do rutiny, lhostejnost, cynismus, snížená akceptace klienta, vnímání individuálních problémů a používání empatie, bagatelizace problémů nebo naopak přílišná direktivita. Jde o kolaps schématu „falešného já“ (Kalina, 2013). Takový problém se potom promítá do chování a přístupu ke klientům v rámci jeho etiky.

V léčbě závislých, především v pobytové léčbě, může být klient poškozován například nevhodným používáním pravidel, mechanickým používáním bodového systému či jiných sankcí, či naopak nadřzováním a příliš liberálním přístupem (Kalina, 2013). Také nejednotností týmu či přílišnou direktivitou a autoritářstvím může docházet k poškození klienta. V neposlední řadě také zásah do skupinového či komunitního rozhodnutí (právo veta, které má terapeut) může být ať již pozitivem, tak také negativem terapeutovy role.

Lpění na dogmatech a již zaběhlých způsobech pojetí léčby z pohledu přístupu terapeuta ke klientovi může být rovněž problémem, který klienta neposunuje kupředu. Domnívám se, že těchto témat bychom jistě našli více, ale pro účely této práce snad postačuje následující příklad.

Současné pojetí léčby v psychiatrických léčebnách stále klade důraz na celoživotní abstinenci, jako jedinou možnou cestu k uzdravení. S tímto pojetím, které má souvislost s konceptem závislosti jako nemoci, souvisí některá témata, která jsou propojena do terapie i do života klientů po léčbě, kteří jsou instruováni k tomu, jakým způsobem zacházet se spouštěči, jak odolávat tzv. cravingu. Prevence relapsu, která je součástí léčby ve většině pobytových, ale i jiných zařízeních, např. doléčovacích center souvisí s pojmem **syndrom porušení abstinence**, což je popis reakce na úrovni myšlení a prožívání u jedince, který porušil abstinenci (Kuda in Kalina a kol. 2008). V praxi se setkáváme s často silnými pocity viny a selhání u těchto klientů, přičemž tradiční pojetí léčby právě tento vzorec paradoxně podporuje, jak uvádějí Marlatt a Gordon (1985). Jak uvádí dále Kuda, je to problém nejen pro klienta, ale často i pro terapeuta. Selhání klienta může terapeut brát jako své vlastní selhání a je otázkou pro koho je potom relaps větším tabu. Přitom je z výzkumů potvrzeno, že pouhé jednorázové porušení abstinence vůbec nemusí znamenat návrat k původnímu způsobu života. Tzv.

černobílé pojetí abstinence vychází z modelu celoživotní abstinence jako jediné možné volby. Je dán dvěma pojmy: ABSTINENCE – RECIDIVA, kdy i pouhé jednorázové užití znamená obnovení nemoci. Tento původní trend nahrazuje termín „uklouznutí“ (laps), kdy právě uvědomění si vlastní chyby nemusí nutně vést k recidivě a je jejím mezistupněm. Tzn. ABSTINENCE - LAPS – RELAPS. Jak uvádí Marlatt a Barrett, (1994) v prevenci relapsu je „uklouznutí“ křižovatkou se dvěma směry, kdy jeden je přímou cestou zpět k závislému chování a druhý vede k pozitivním změnám.

Z výše uvedeného si lze udělat jeden závěr, který souvisí s dogmatickým lpěním na starých způsobech a metodách léčby. Ve své praxi jsem častým svědkem toho, jak jsou pacienti, přicházející na tzv. posilovací léčbu (ta je indikována při porušení abstinence) stresováni tím, jaká bude reakce toho a onoho terapeuta na jejich uklouznutí. Často také slýchám od některých pacientů, že „někdo z bývalých klientů se venku napil, ale bojí se přijet na posilovačku, tak to raději neřeší“.

2.Praktická část

6 Cíl práce a metodika

6.1 Cíl práce

V praktické části bakalářské práce by měla být zodpovězena tato hlavní výzkumná otázka: „**Jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/ klientům v léčbě závislosti?**“ Odpověď na výzkumnou otázku samozřejmě nelze zevšeobecňovat a brát jako standard v praxi, neboť výzkumný vzorek je příliš malý. Rozhodně však může přinést alespoň náhled na to, jak oslovení odborníci v současné době vnímají a případně, zda využívají tvrdý přístup v praxi. Byl bych rád, kdyby tato práce byla impulzem minimálně k zamyšlení odborníků nad současnou praxí při využití tvrdého přístupu.

Výzkumné podotázky:

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny tyto výzkumné podotázky:

1. jak jednotliví oslovení terapeuti chápou direktivní přístup?
2. ve kterých oblastech léčby by podle jejich názoru měl být „tvrdý přístup“ uplatňován především?
3. odkud terapeuti získali svůj postoj k využívání „tvrdého přístupu“ vůči pacientům/ klientům při léčbě závislosti?
4. jaký je názor oslovených terapeutů na používání striktních pravidel, případně na jejich striktní výklad a uplatňování při léčbě závislosti?
5. zda by měla být používána různá míra direktivity u jednotlivých pacientů a z jakého důvodu?

6.2 Metodika

Ve výzkumné části bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkum, který probíhal v několika fázích. Ve fázi přípravy byl nejprve stanoven cíl i způsob jeho dosažení. Po naformulování výzkumných otázek bylo přistoupeno k sestavení základního rámce a samotné struktury celého rozhovoru. Po vymezení této struktury byli kontaktováni respondenti s prosbou o spolupráci. Poté následoval samotný sběr dat, který měl formu polostrukturovaného rozhovoru. V další fázi proběhlo zpracování dat a zodpovězení výzkumných podotázek a hlavní výzkumné otázky. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v jednotlivých subkapitolách, které jsou věnovány jednotlivým výzkumným podotázkám a hlavní výzkumné otázce. Mnou zjištěné poznatky jsou doplněny o citace z vybraných pasáží z rozhovorů, neboť dle mého názoru, jsou cennými a zajímavými informačními zdroji o názorech a uvažování jednotlivých terapeutů o tvrdém přístupu v praxi, které názorně ilustrují. To, že byly citovány v nezměněné podobě a tedy i v nespisovné češtině, přidává rozměr autentičnosti. V závěru je provedeno shrnutí práce a diskuze nad výsledky výzkumu.

6.3 Sběr dat

Ke sběru dat byl využit **polostrukturovaný rozhovor**, který má v kvalitativním výzkumu tu výhodu, že je možné v průběhu rozhovoru reagovat na momentální situaci, pokládat další upřesňující podotázky a respondenti mohou rozvinout své odpovědi v několika větách. V rozhovorech byly pokládány doplňující otázky především ve vztahu k různým nuancím ve vnímání dané problematiky a rozdílnému výkladu konkrétních pojmů, které se objevily u jednotlivých respondentů tak aby bylo dosaženo co nejvyšší možné míry objektivity. Před samotným zahájením dotazování byl aplikován testovací set otázek, který odhalil slabá místa v jejich nadefinování a případné možnosti zkreslení. Na základě vyhodnocení této zkušební verze bylo přikročeno k přeformulování problematických úseků, které byly následně aplikovány v samotném výzkumu. Jako zásadní se projevilo jasné vymezení samotného konceptu tvrdého přístupu ze strany tazatele a dostatečující porozumění na straně respondenta. Základní schéma otázek však bylo pro všechny respondenty shodné.

V polostrukturovaném rozhovoru byly položeny následující otázky:

1. Nakolik podle Vás vyžaduje léčba závislostí tvrdý přístup a jak tento pojem vnímáte?
2. Ve kterých oblastech, podle vašeho názoru, ta přísnost případně má být? (abstinence, denní program, pravidla, průběh terapie, výběr dalších témat, vztahy atd....)
3. Kdy je podle Vás vhodné být u konkrétního pacienta direktivní?
4. Co Vy sám si představujete pod pojmem direktivita?
5. Proč je podle Vás potřeba v léčbě závislostí striktních pravidel?
6. Odkud tento Váš názor pramení?
7. Je podle Vás osobnost závislého člověka v některém směru odlišná od člověka nezávislého? Vysvětlete prosím.
8. Uměl byste najít nějaký odborný zdroj, kde je idea direktivity vysvětlena?

6.4 Metody analýzy

Rozhovory s jednotlivými respondenty byly nahrány na diktafon a poté doslovně přepsány. Přepisy rozhovorů jsou dostupné v přílohách práce. K analýze získaných dat bylo využito metody kódování, která umožňuje další rozkrývání klíčových témat. Neredukovaný přepis textu byl následně segmentován a byly vymezeny jednotlivé úseky spojující významové jednotky. Dále byl vytvořen set kódů označujících sledované jevy, které byly seskupeny do kategorií a subkategorií. Rovněž bylo využito metody tzv. barevného textu. V přepisu byla zachována naprostá autentičnost, díky níž bylo možné sledovat specifické projevy a postoje vůči danému tématu.

Získané materiály byly nahlíženy v rámci neustálého dialogu vzhledem k provázanosti jednotlivých témat a postupnému odhalování souvislostí mezi jednotlivými subkategoriemi. Mezi sledovanými kategoriemi bylo vnímání konceptu tvrdého přístupu, provázanost přístupu ve výchově a terapii, profesní vývoj terapeuta (viz teoretická část) a nazírání osobnosti závislého člověka.

6.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor lze co do jeho složení označit za institucionální, protože je zaměřen na pracovníky pobytových léčebných programů. Tvoří jej terapeuti, kteří pracují jednak v terapeutických komunitách a jednak v psychiatrických léčebnách poskytujících léčbu závislostí. V Tabulce 1 je provedeno shrnutí základních údajů o jednotlivých respondentech. Uvedeny jsou jejich pohlaví, věk, praxe v letech a typ zařízení, ve kterém respondenti v době výzkumu pracovali.

Tabulka 2 - Základní údaje o respondentech

Respondent	Pohlaví	Věk	Praxe (v letech)	Typ zařízení
R1	Muž	65	18	PL
R2	Muž	61	20	PL
R3	Žena	38	15	PL
R4	Žena	31	3	TK
R5	Muž	29	4	TK
R6	Muž	44	10	TK

Osloveni byli 3 respondenti působící v psychiatrických léčebnách a 3 respondenti pracující v terapeutických komunitách. Rozhovor byli ochotni poskytnout 4 muži a 2 ženy. Věk terapeutů se pohybuje od 29 (respondent R5) do 65 let (respondent R1). Nejkratší praxi měl respondent R4 (praxe 3 roky), nejdelší praxi (20 let) vykazoval respondent R2. Výzkumný vzorek je tedy relativně pestrý.

6.6 Etické principy

Výzkumný cíl práce byl realizován za účasti lidských subjektů a z tohoto důvodu byla přijata určitá opatření pro zachování etických norem, především v rámci poskytnutí informovaného souhlasu a zajištění ochrany osobních a citlivých údajů. Vzhledem k vybranému výzkumnému vzorku nebylo nutné řešit souhlas vedení jednotlivých zařízení jako je tomu v případě dotazování klientů. Jednotliví respondenti byli obeznámeni s cílem výzkumu a bylo jim sděleno, že jejich účast a zodpovězení otázek je dobrovolná a naprosto anonymní. Zároveň byla zdůrazněna potřeba uvedení pravdivé a relevantní výpovědi. V rámci zachování anonymity byla respondentům přiřazena pouze značka pod kterou byly jejich výpovědi nadále vedeny. Dalšími dostupnými údaji jsou pouze věk, pohlaví, délka praxe v letech a typ zařízení v němž dotazování působí.

Výzkum byl financován částečně z vlastních zdrojů a částečně s podporou projektu NETAD, díky němuž mohla být absolvována jedna ze stáží v terapeutické komunitě. Veškeré zde uvedené informace jsou výhradním výstupem autorova vlastního výzkumu doplněného o poznatky z dostupné odborné literatury citované dle platných norem.

6.7 Limity poznatků z výzkumu

Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně malý vzorek respondentů, je třeba v rámci kvalitativního výzkumu věnovat pozornost zejména hloubkové analýze jednotlivých výpovědí. Jelikož zde připadá v úvahu riziko zobecnování ze strany respondentů, je třeba rozšířit výzkum o doplňující otázky, vysledovat a označit specifické prvky jednotlivých výpovědí a rozkrytí vzájemných souvislostí. Zároveň se jako problematická v tomto ohledu může jevit volba polostrukturovaných rozhovorů, v rámci kterých je pozornost zaměřena pouze na určitá témata, zatímco jiná zůstávají nezodpovězena. Proto je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost sestavování rozhovoru a jeho přípravě obecně. Z tohoto důvodu je takovýto výzkum časově náročnější, nicméně tento přístup skýtá odlišné možnosti a výpovědní hodnotu než například studium většího vzorku v rámci kvantitativního výzkumu. Některé z těchto limitů byly eliminovány na základě výše uvedeného testovacího rozhovoru, kde se podařilo vyhodnotit potenciální úskalí výzkumu. Vzhledem k profesnímu působení autora v dané oblasti byl

umožněn přístup ke skupině respondentů, který by se mohl rovněž jevit jako limitující. Dalším limitujícím faktorem však může být například i faktor zkreslující sebeinterpretace respondenta plynoucí v rozpor s tím jak je vnímán okolím, zejména v souvislosti s hodnocením míry vlastního tvrdého přístupu. Takto vyvstalé poznatky by následně bylo vhodné podrobit dalšímu výzkumu a analýze.

7 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu byly shrnuty do jednotlivých subkapitol, které odpovídají položeným výzkumným podotázkám.

7.1 Pojem tvrdý přístup

V úvodu výzkumu bylo nejprve nutné zjistit, jak oslovení terapeuti vnímají tvrdý přístup. Z rozhovorů vyplývá, že téměř všichni **respondenti tvrdý přístup chápou jako určitou míru důslednosti, s níž je po pacientech/klientech vyžadováno dodržování stanovených pravidel**. A právě důslednost byla v souvislosti s tvrdým přístupem zmiňována nejčastěji. Zajímavé je však zjištění, že **většina tvrdý přístup spojovala s přehnaným vyžadováním dodržování stanovených pravidel** a jejich názor na tvrdý přístup byl negativně zabarvený. Jedná se tedy o širší spektrum postojů vůči pojetí konceptu tvrdosti a to na ose od neutrálního vnímání důslednosti až po negativně hodnocené prosazování pravidel a dogmatizmus.

Respondent R1 uvedl, že chápe tvrdost jako razantní prosazování pravidel a její míra by měla být všeobecně nastavena, aby bylo možné určit hranici, za kterou by už prosazování pravidel bylo možno označit za tvrdé. Především ale zohlednil cíl léčby. *„Jestliže je cílem nějaká změna – uvažování, chování, něčeho, tak k tomu, aby se té změny dosáhlo, je zapotřebí, řekl bysem spíš důslednost.“*

Respondent R2 v počátku rozhovoru nevěděl, co si má pod pojmem tvrdý přístup přesně vybavit. Po krátkém uvedení do problematiky vyjádřil svůj názor takto: *„Pokud bych*

měl použít nějaký výraz pro to, co jsi říkal, tak bych tam dal slovo důslednost. Protože my máme pacienty nějakým způsobem nechat dojít k tomu, aby něco špatného a nezdravého změnili a k tomu je potřeba nějakých hranic a vytyčení něčeho, nějakého prostoru, času, lidí atd.“

U **respondenta R3** nebyla odpověď tak jednoznačná a především byla vyjádřena spíše popisem názoru na své jednání, chování, samotnou léčbu a popisem pocitů spojených s tématem léčby z jeho praxe. Proto bylo poněkud obtížnější nalézt jeho názor na chápání tvrdého přístupu. Tento terapeut chápe závislé osoby v jistém smyslu jako děti, kterým se musí ukázat hranice chování, určitou tvrdost a míru dodržování pravidel připouští. *„Takže já si myslím, že to tam patří, že to je rozumné v nějaké formě, takovýho nějakýho, ano, direktivního, můžeme to nazvat tvrdýho přístupu.“* Zároveň však uvádí, že není možné uplatňovat jen tento tvrdý přístup. *„Vždycky tam musí být ta složka toho, jako jsi dobrý člověk, to znamená ten opačný přístup, ne ten tvrdý.“*

Z uvedeného vyplývá, že respondent připouští určitou míru tvrdosti v rámci polarity pozitivní motivace a negace ve formě trestu. Jistou míru rovnováhy v tomto přístupu reprezentuje vždy uvedený významový element „toho dobrého“. Lze tedy vyvodit, že i jistá míra tvrdosti může být tolerována či ospravedlněna skutečností, že se jedná o součást terapie, která vychází z obecně uvolněnějšího či nedirektivního přístupu. Využití tvrdosti tak může být svým způsobem limitováno kontextem a aplikováno pokud funguje v rámci terapeutického přístupu, který se svou povahou vůči tvrdosti vymezuje. Jinými slovy lze tvrdost paradoxně tolerovat snáze a možná i častěji v prostředí, které je svou povahou nedirektivní a reprezentuje tak protipól a složku rovnováhy pro přijetí tvrdého přístupu, tzn. tvrdost je svým způsobem zaobalena či zastřena kontextuální uvolněností.

Respondent R4 také neuváděl jednoznačné odpovědi. Vyjádření vlastního názoru na chápání tvrdého přístupu opět bylo relativně obsáhlé a vyjádřené vlastními pocity z praxe. Přesto se dá z rozhovoru vyrozumět, že terapeut R4 chápe tvrdý přístup jako policejní systém s pevnými hranicemi a striktním dodržováním stanovených pravidel, který ve své praxi ovšem

uplatňovat příliš nechce. „Prostě taková jako policajtská role, tak mu budu pouze reprezentovat svět, ze kterýho on přišel a nějak tam nevidím nic moc terapeutickýho. Mě přijde mnohem důležitější nějak mu zrcadlit jeho chování a třeba mu říkat, jako co to se mnou jako dělá, co to dělá se skupinou, a ukázat mu, že to jde i jinak. Ale nehrát si jako na policajta, vlastně kterej ho pro to sekýruje.“

Respondent R5 uvedl, že se mu nelíbí pojem tvrdý přístup. „Víš, si myslím, že, bysem podle sebe bych si tam dosadil spíš asi jako důslednost. Takže přece jenom, nějak je to pro mě tak nějak jako emočně zabarvený, negativně, jakože bych tam měl být nějaký bachař, který je bude výtka nějak jako usměrňovat, a to si myslím, že ne. Že to jako je trošku jinak.“

Důslednost je, dle jeho názoru, při léčbě závislosti nezbytná. „Proč? Tak asi jako ti závislí, často když přichází do té léčby, tak si myslím, že jsou v takovém divokým jako chaosu, víš, jako pocitově, nebo vůbec jako ztracení v tom světě a myslím si, že právě ta důslednost, důsledný přístup mu pomůže jako z toho chaosu najít se, jako zorientovat, prostě dát jim nějaký řád a režim. Takže myslím si, že podle mě jako je nezbytný.“

Šestý **respondent R6** se domnívá, že direktivní přístup je založen na stanovení určitých pravidel a vyžadování jejich dodržování. Uvádí také, že tvrdý přístup chápe jako rigidní systém, který je ovšem z dlouhodobého hlediska nefunkční. „Tvrdej přístup pro mne znamená nějaký jako jasně, striktně vymezený pravidla. To znamená jako tuhej rigidní systém, kterej se nechce měnit a nechce slyšet názory, nechce slyšet, že bysme se dohodli na nějakým.. a dlouhodobě bych řekl, že je jako nefunkční. Tím, že je jednotvárněj, že stojí na nějakých jako neotřesitelnostech, jako dogmatech a pravidlech a hlavně postrádá diskuzi. Že může takhle působit a může bejt hodně tvrdej nebo přísněj.“

Z výše uvedených výpovědí vyplývá, že vnímání tvrdého přístupu je silně ovlivněno představou dogmatu a striktně vymezených pravidel. Zároveň v uvedených výpovědích opět osciluje míra vnímané direktivity a důslednosti. Rozdílné vnímání daného konceptu je patrné

z výpovědi respondentů R5, který zmiňuje prvek důslednosti jako určitou formu pozitivně orientované tvrdosti a tvrdost přístupu jako takovou naopak odmítá. Je tedy zřejmé, že v praxi je uplatňování tvrdého přístupu jak byl charakterizován v úvodu práce, mnohdy realizováno skrze konkrétní aspekt, který však ve svém důsledku natolik tvrdý být nemusí a odkazuje spíše k jistému projevu direktivního řízení. Společně uznávaným prvkem však zůstává potřeba určitého rámce a vymezení pravidel.

7.2 Využití tvrdého přístupu při léčbě závislosti

V návaznosti na zjištění plynoucí z uvedených výpovědí se stává klíčovým cílem této podkapitoly objasnění názoru terapeutů na to, ve kterých oblastech léčby závislosti by měl být uplatňován tvrdý přístup, v jaké podobě a jakou formou. Z výpovědí uvedených v předchozí kapitole vyvstává množství podnětů s ohledem na to, jakým způsobem jednotliví respondenti zvýznamňují různé aspekty tvrdého přístupu a které konkrétní projevy shledávají jako relevantní. Zajímavým zjištěním je, že někteří terapeuti shodně uvádějí příklady aplikace tvrdého přístupu, důslednosti a dodržování pravidel při léčbě závislosti na výchovu dětí. S ohledem na rozkrytí těchto souvislostí se jeví analýza přístupu k výchově dětí jako vhodný nástroj porozumění rozdílného přístupu a zvýznamňování různých aspektů tvrdého přístupu.

Všichni terapeuti uznávají důležitost dodržování stanovených pravidel při léčbě závislosti, jejich názor na to, jak pacienti/klienty k tomuto dodržování přimět, se různí. Někteří respondenti tvrdý přístup nezavrhují a to především při dodržování základních pravidel. Vyskytl se zde ovšem i názor, že tvrdý přístup by neměl být uplatňován a klientům je třeba důležitost dodržování určitých pravidel vysvětlit i za cenu neustálého opakování – tento názor převládá zejména u respondentek.

Respondent R1 je toho názoru, že určitý řád, by měl být přítomen v každém systému, aby mohl systém správně fungovat. (např. dodržování povinností v pracovním poměru). Při léčbě závislosti by mělo být dodržování řádu pravidlem.

„Koneckonců ten systém, to je to, co, čemu, v čem si prostě nedokážou ty lidé, kteří jsou závislí na alkoholu nebo na drogách, tak že si nedokážou říct dost. Jo? Protože ta touha po uspokojení nějakým svým jim je větší než dodržování nějakého systému, nějakého řádu. Takže

je-li léčba zároveň přeucením dosavadního způsobu existence, zase návrat do jakýhosi systému, do řádu, tak prostě když se řekne, že ve dvě hodiny je oběd, tak by měl bejt ve dvě hodiny, a ne ve dvě hodiny dvacet.“

Respondent uvádí, že v případě, kdy klient/pacient nastavená pravidla poruší, by měl být sankcionován. „*Jestliže nastavím nějaký pravidla, tak bych byl teda pěkněj vůl, kdybych je, když jsem si je nastavil, kdybych je rušil. Jo? To pak jsem nedůvěryhodnej. Protože já musím být pro toho klienta, nebo pro toho pacienta, musím být neotřesitelnej v tom, že já jsem to nastavil takhle a vím asi proč.*“

Z této výpovědi vyplývá, že respondent slučuje úlohu terapeuta s nezpochybnitelnou pozicí či autoritou. Tento projev se může jevit v určitém ohledu jako zástupné přebírání již existujícího modelu, aniž by tento byl podroben vlastní analýze či ztotožněn s vlastním přesvědčením. Ovšem za předpokladu, že takto nastavená pravidla mají své opodstatnění a platnost v daném kontextu, nemusí být nutně důvěra založena na neomylnosti či neotřesitelnosti pracovníka.

Dle názoru **respondenta R2** by měl být tvrdý přístup uplatňován především při striktním dodržování pravidel, jakým je např. abstinence, která vytváří v léčebně/terapeutické komunitě bezdrogové prostředí. Jako je např. abstinence, která vytváří v léčebně/terapeutické komunitě bezdrogové prostředí. „*Pokud by tam to pravidlo nebylo, tak by to bylo ohrožující pro lidi, jak pacienty, tak terapeuty.*“ Dle jeho názoru to funguje i v rodinách s dětmi. Dětem se nastaví určité striktní hranice, které se nemění, a hranice, které se s vývojem dítěte posouvají.

V tomto ohledu je třeba zvážit, zda je smyslem léčby trestat nebo poskytnout prostor k poučení z chyb, zejména s ohledem na skutečnost, že relaps je nedílnou součástí procesu změny závislého chování. Jako obzvlášť problematická se jeví tabuizace porušení abstinence v průběhu léčby a následně vyvinutí tlaku na pacienta, který pak takové porušení zamlčí z obavy před vyloučením z komunity. Obdobně lze nazírat vztah rodiče s dítětem, které lže ze strachu nebo aby se vyhnulo trestu.

Respondent R3 kupříkladu uznává dodržování určitých vytýčených pravidel („*Já si prostě neumím představit, že bych měla vykonávat nějakou práci, pracovní činnost, to znamená být někde zaměstnána, aniž by z toho nebyly nějaký pravidla. To přece ve společnosti neexistuje.*“), přesto není zastáncem tvrdého přístupu. Respondent R3 tedy uznává dodržování vytýčených pravidel, nicméně z uvedeného nevyplývá jakým způsobem jsou tato pravidla

vykládána a uplatňována v souvislosti s tvrdým přístupem. Také uvádí, že dodržování určitých pravidel by nemělo být rozlišováno podle oblastí, ale mělo by být pojímáno komplexně. Terapeut by tedy neměl uplatňovat tvrdý přístup, ale vést klienta k otevřenému prozkoumávání možností, které klient má. „Myslím, že ho spíš jako vedeme, k takovému otevřenému prozkoumávání těch možností, jaký vlastně v životě má. A může si je vybrat, jo? A není to direktivnost v tom, že tohle musíš a tohle jediný je správný. Že těch voleb máš samozřejmě množství, jo?“ Z uvedeného vyplývá, že je nezbytné poskytnout určitý rámec a nabídnout alternativy, ze kterých si sám klient může zvolit vhodnou strategii podle svých osobních preferencí.

Respondent R4 se domnívá, že pro trvalou abstinenci je třeba osobní sebezapření, dodržování určitého řádu a někdy také lpění na maličkostech. Tvrdý přístup by neměl být striktně uplatňován, spíše by terapeut měl dosáhnout toho, aby klient pochopil, proč je vyžadováno dodržení stanovených pravidel a to ve všech oblastech léčby závislosti. „*V momentě, kdy jim (klientům/pacientům, pozn. autora) to převedeš na to, že se učí dodržovat nějaký pravidla, který budou potřebovat pro to vnější fungování, tak si myslím, že jakmile oni to pochopí, smysl těch pravidel, a k tomu si myslí, že nepotřebuješ být nějaký despota, nebo direktivní, ale prostě předávat, aby to přijali za své.*“

Tento respondent tedy zastává názor, že je vhodné tvrdý přístup spíše neuplatňovat, lépe je dosáhnout dodržování pravidel vysvětlováním jejich důležitosti i za cenu neustálého vyčerpávající opakování. „*A proto je důležitý nesklouznout do té role nějakýho buzerujícího vychovatele. Že je to hodně vyčerpávající tam furt přinášet to terapeutický a ten smysl, je to donekonečna jakoby opakování smyslů těch pravidel.*“

Respondent R5 je příznivcem důslednosti v oblasti dodržování klíčových pravidel. Tedy v oblasti abstinence, v průběhu terapie i dodržování denního režimu z důvodu vytvoření správných návyků pro život mimo léčebnu/komunitu. Na základě jeho zkušeností by mělo být striktní dodržování pravidel uplatňováno i v oblasti intimních vztahů mezi klienty, neboť tyto vztahy většinou vedou k narušení léčby.

Respondent R6 by uplatňoval tvrdý přístup při takové hrozbě porušení pravidel, která by ohrožovala chod léčebny/komunity. Konkrétně v pravidle bezdrogového, neagresivního prostředí bez šikany. „*Jak jsem řekl, asi přísnost v tom, když něco ohrožuje barák a já nevím, co prostě, že sem někdo prostě přinesl nějakou drogu. A pak měl prostě potřebu nějak to tady*

prostě potají šířit. To je asi to nejvíc ohrožující, ten barák, případně nějaký násilí fyzický, nějaký fakt jako velký šikany, tak tady u toho jako jasně říct ne, no a dávat víc šancí někomu, kdo to tady praktikuje, je nesmysl.“ V partnerských vztazích je, dle respondenta, možná jistá benevolence. Ale pouze tehdy, pokud vztah negativně nezasahuje do chodu léčebného zařízení a léčby jednotlivých pacientů/klientů.

Výpovědi respondentů tedy odráží shodu v tom ohledu, že nastolení určitého řádu a nastavení pravidel pro fungování komunity je nezbytností. Objevily se zde různé názory na smysl a funkci, kterou tato pravidla v léčbě zastávají. Důležitost pravidel byla zmíněna v souvislosti s upevněním autority terapeuta, dále mohou být pravidla spojována s eliminací možných hrozeb nebo vnímána jako „výchovný“ nástroj umožňující posun klienta a změnu jeho návyků. Jako zásadní se jeví výpověď, v níž respondent R4 vysvětluje hlubší význam těchto pravidel a jejich uplatňování. Jako hlavní smysl pravidel je spatřováno samotné pochopení jejich významu pacientem, které v důsledku představuje liberálnější přístup v jejich prosazování.

Z poslední zmiňované výpovědi lze usoudit, že stanovení pravidel a jejich naplňování není samo o sobě natolik důležité jako samotné porozumění a efektivní komunikace mezi terapeutem a pacientem. Zásadní je proto ne tak otázka striktního dodržování pravidel a postihů spojených s jejich vynucováním, ale chápání pravidel jako nástroje umožňujícího porozumění tomu, co tato pravidla reprezentují a jak mohou být individuálně přijata konkrétními jedinci. Nabízí se tak samozřejmě i podnět ke zvážení vhodnosti aplikace takto nazíraných pravidel v různém kontextu či v určité fázi léčebného procesu. Kupříkladu striktní dodržování kardinálních pravidel je nezbytností zejména v počátečních fázích léčby, kdy je třeba zaměřit se především na určitou stabilizaci stavu pacienta a tedy i nastolení pevného řádu. Nicméně v dalších fázích procesu se jeví jako přínosné přenesení větší míry odpovědnosti a sebereflexe na osobu pacienta, kdy pravidla přestávají plnit úlohu vnější kontroly a přecházejí v ideálním případě ve vnitřní ztotožnění se s jejich smyslem.

7.3 Zdroj postoje terapeutů k tvrdému přístupu

Kde oslovení terapeuti získali svůj názor na uplatňování tvrdého přístupu v praxi? V poskytnutých výpovědích respondentů byly uváděny následující zdroje:

- **Vlastní zkušenost** – tento zdroj je podle všech respondentů jejich nejdůležitějším zdrojem, neboť vlastní zkušenost je neocenitelným poučením. Přenesená informace již obvykle takovou sílu nemá. Tyto zkušenosti načerpali při své terapeutické praxi (Terapeut R2 „*Já pacientům říkám, že když jsem sem měl nastoupit, tak jsem přečet všechno o závislejch a jak s nima, a když jsem sem přišel, tak jsem zjistil, že je to úplně všechno jinak. Takže hodně z práce tady, kdy člověk se učí na vlastních chybách.*“) či v osobním životě (Terapeut R3 „*Když vnímám, že prostě sama narážím, samotnou mě to přináší nějaký jako nevýhody v životě, když jsem třeba výrazně direktivní, třeba řekněme vůči dětem, a zkusím to jinak a vidím, že to jinak třeba jde*“) či na stážích v jiných léčebnách/terapeutických komunitách.
- **Převzetí od kolegů** – zde byly zavedené postupy přejaty např. při nástupu do konkrétního zařízení nebo postoje byly ovlivněny postoji a názory kolegů, které mohou být inspirací k zamyšlení ať v pozitivním či negativním smyslu.
- **Literatura** - oslovení terapeuti samozřejmě v rámci svého vzdělávání nastudovali odbornou literaturu. Z autorů uváděli Kalinu, Yaloma, Frankla, Nevšimala nebo např. Kratochvíla.
- **Studium** – inspirativní a přínosná výuka může terapeutům přinést zkušenosti, které mohou úspěšně aplikovat v praxi. (Terapeut R2 „*Já jsem jednak absolvoval postgraduál metody aplikovaný sociální psychologie, kdy jsme to vyzkoušeli na sobě a to je výborná věc, to tady uplatňuju nejvíc.*“)

Všichni terapeuti se shodli na tom, že jejich postoj k tvrdému přístupu je ovlivněn více než jedním zdrojem. Část respondentů uvedla vlastní reflexivitu a skutečnost, že terapeutická praxe vyžaduje neustálé přehodnocování vlastních potojů a postupů v závislosti na získané zkušenosti. Zároveň se u většiny respondentů potvrzuje teorie, že se jedná o přejatý model. V první fázi svého vývoje terapeut vychází z poznatků, které získal studiem a výcvikem, po konfrontaci s vlastním působením v praxi se však dostavuje zjištění, že mnohé teoretické znalosti v praxi nefungují nebo fungují odlišným způsobem. Reakcí na takto vzniklý rozkol

tedy bývá přijetí již existujícího modelu, který je v dané oblasti považován za platný. Přejmutí takového modelu od kolegů se tak pro terapeuta stává jedinou relevantní možností a potlačí tak všechny dosud uznávané teoretické znalosti.

Nicméně takto převzatý a v dané instituci legitimní model se může v jisté fázi terapie či specifickém kontextu projevit jako nefunkční. Zkušenost týmu a zajatá praxe či systém tedy zásadním způsobem ovlivňuje nově příchozího terapeuta a to jak pozitivním tak negativním způsobem. Na jedné straně nelze opomenout pozitivní přínos předávání zkušeností staršími kolegy spočívající v existenci určitého zázemí a obohacení o konkrétní znalosti a dovednosti. Na straně druhé je však třeba zmínit i riziko přílišného tlaku, který zajatý systém může na osobnost terapeuta vyvíjet (patrného především v rámci striktního dodržování pravidel).

Skutečnost, že se terapeut podvolí danému modelu může mít dopad na kvalitu či omezení jeho vlastních výstupů v práci s klienty. Terapeut se tak dostává do konfrontace se zavedenou strukturou a v případě přistoupení na kupříkladu striktní dodržování pravidel a sankcí v případě jejich porušení, nemůže ve specifických situacích postupovat tak jak by sám uznal za vhodné a má tímto modelem svým způsobem svázané ruce. Neblahým dopadem může být kontraproduktivní vliv na klienta, který je v důsledku trestán proto, že systém je takto nastaven a nikoli proto, že jeho individuální situace takový trest vyžaduje (tento jev lze pozorovat např. při nedostatečně opodstatněném udělování tzv. trestných bodů, které se nakonec pro klienty stává demotivujícím činitelem namísto toho, aby se stalo podnětem ke změně stávajícího chování).

Jako optimální přístup pracovníků ke klientům se proto jeví zejména uplatnění vyšší míry reflexivity, zpětné vazby, vzájemného dialogu, proaktivity ve vztahu ke klientům a individuálního přístupu. Jako klíčový se jeví především rozvoj schopnosti vytvářet nové postupy v reakci na vznikající situace a proměnné v praxi, z čehož vyplývá nutnost určité míry vymanění se z dogmatického pojetí nastavených postupů a eliminace nepružných či již nefunkčních strategií.

7.4 Využití striktních pravidel při léčbě závislosti

Cílem této podkapitoly je zjistit, jaký mají oslovení terapeuti názor na užívání pravidel, zejména na jejich striktní výklad a uplatňování při léčbě závislosti v konkrétních případech.

Jak vyplývá z předchozích subkapitol výzkumné části, všichni terapeuti uznávají klíčovou roli dodržování stanovených pravidel při léčbě závislosti. Neboť se při dodržování pravidel v léčebně/terapeutické komunitě učí pacienti/klienti dodržovat určitý řád a připravují se tak na samostatný život mimo léčebné zařízení. S kardinálními pravidly, jak jsou charakterizována v teoretické části této práce, jsou srozuměni a uznávají jejich význam pro správnou funkci léčebny/terapeutické komunity.

Respondent R1 se domnívá, že dodržování těchto pravidel je základní věcí, kterou pacient/klient musí přijmout. *„No, jinak je z toho takovej hezkej tábor. V první řadě se nepereme, v druhý řadě nejsme sprostý, ve třetí řadě sem netaháme drogu, ve čtvrtý řadě, nevim, prostě nějaký takový tyhlety základní věci, já nevim, který patří k civilizovaný společnosti – chodím na záchod, meu si ruce, čistím si zuby a tak dál, žejo. Takovýhlety základní věci. A mezi to patří i takový základní věci společenskýho chování.“* Pokud klient chce absolvovat léčbu závislosti, musí počítat s tím, že za tuto léčbu určitým způsobem "zaplatí" – a to i specifickými omezeními v průběhu léčby. Dodržování výše jmenovaných pravidel je zároveň přenositelné do běžného života a umožňuje tak efektivnější adaptaci po skončení léčby.

Respondent R2 zastává názor, že pacient/klient přichází do léčebného zařízení s narušeným smyslem pro povinnost a dodržování řádu. Pobyt v léčebně ho má naučit dodržovat řád, aby se po absolvování mohl úspěšně zapojit do společnosti. Zároveň se kardinálními pravidly a jejich striktním dodržováním vytváří jasně určené hranice přijatelnosti a nepřijatelnosti určitého chování, čímž je vytvořen bezpečný prostor pro stabilizaci klienta bez přítomnosti drog, agrese a dalších ohrožujících vlivů. Proto je potřeba základní pravidla dodržovat. *„Lidi, kteří se k nám dostanou, mají ten vnitřní řád proměněnej často v chaos a my*

jím tím řádem a pravidlami nějak znovu na nějaký čas vytvoříme v podstatě bezpečnou formu nějakých hranic (hranic přijatelného chování, pozn. autora).“ Respondent R2 dodává, že je nutné pacientovi/klientovi tato pravidla řádně vysvětlit a seznámit ho s důsledky při jejich porušení. *„Ale mělo by to být jasně dané řádně vysvětlené a aby obě strany věděly co to obnáší, pokud ty pravidla někdo nedodrží. Pak jsou taky věci, který jsou mimořádný pro celou komunitu, kdy jim něco zasahuje ze strany toho zařízení do života, který tráví v léčbě.“*

Respondent R4 uvedl v souvislosti s dodržováním kardinálních pravidel příklad z filmu Osada havranů – kdy za porušení základního pravidla byl viník vyloučen z kmene. A tedy od prvopočátků lidské společnosti tato pravidla byla přítomna v každodenním životě. *„Já jsem si vzpomněla jako na Osadu havranů... Tam je taková dramatická scéna, kdy on je z toho... Společenství vyloučenej. To je asi od pradávna, kde ty kardinální pravidla fungovaly. Byly. Je to největší míra trestu, jako pro jedince, když je vyloučen ze společnosti, ve který žije.“* Uvedený příklad lze do jisté míry vztáhnout na situaci kdy jeden člen skupiny poruší kupříkladu pravidlo abstinence, k tomuto porušení se přizná a následně je z léčby vyloučen. Ačkoli tento jedinec neohrozil zásadním způsobem ostatní pacienty na životě jako je tomu v uvedeném příkladu, jeho selhání může být interpretováno jako zásadní narušení fungování dané skupiny a ohrožení kontinuity léčebného procesu ostatních členů. Na druhou stranu samotné přijetí do léčebny lze nazírat svým způsobem jako nastoupení trestu kdy je jedinec již ze společnosti do jisté míry vyloučen. Z toho vyplývá určité dogma ve vztahu k úloze terapeuta jako ochránce celého společenství a jeho závazku k eliminaci potenciálních hrozeb. Tato úloha terapeuta se proto jeví být v nastaveném systému velmi nesnadnou.

V institucích typu psychiatrické léčebny stále přetrvává myšlenka, že porušení abstinence je třeba vyhodnotit jako ohrožení celé skupiny. Na druhou stranu, v návaznosti na vlastní zkušenost autora se zařízeními typu terapeutické komunity, nelze pominout zjevnou snahu některých těchto zařízení o liberálnější přístup a umožnění poučení se z dané chyby, které je přínosem pro jedince i pro celou skupinu. Takový přístup je však nezbytné podrobit analýze v dané situaci a vyhodnocení případných rizik či prospěšnosti pro skupinu tak aby nebyl ohrožen její další vývoj. Tento postup se proto jeví jako efektivní s ohledem na eliminaci nežádoucích důsledků jakými je například tabuizace a v konečném důsledku i vyloučení pacienta, případně znesnadnění kontaktu s pacientem a popření vzniklého problému.

Respondent uznává, že základní pravidla jsou potřeba, terapeut by se za tato pravidla neměl schovávat a měl by klientovi umožnit pravidla pochopit. *„Bud' ho teda budu provázet a stejně se něco jako stane, on bude muset nějaký důsledek jako absolvovat, anebo budu ten terapeut, kterej bude jen soudce, mravokárce a aplikovatel toho pravidla, a tím je to pro mě vlastně jako lehčí, v tu chvíli já se nemusím ničím víc z jeho příběhu zabývat. Nerespektuješ, odchod. Jo? Je to rychlejší, méně pracné, dá se za to schovat, víceméně, jo?“*

Tato výpověď odráží, že rigidní výklad pravidel v konečném důsledku není ku prospěchu klientů ani nepřispívá tak jejich bezpečí, ale jedná se spíše o nástroj sloužící terapeutům pro usnadnění jejich práce. Za tato pravidla se lze snadno schovat, využití existujících pravidel je jednodušší, pravidla jsou jasná a představují určitou rovinu legitimizace stanoveného postupu. Při volbě vstřícného přístupu dochází naopak hned ke dvojí konfrontaci, své rozhodnutí si terapeut musí obhájit jak před komunitou, tak před ostatními členy týmu, kteří s jeho postupem nemusejí vždy souhlasit.

Potřebu vymezení hranic a tedy stanovení kardinálních pravidel uznává i **respondent R4**. Nezávisle na ostatních respondentech vyslovila názor, že pacient/klient přichází s narušeným nebo absentujícím smyslem pro řád a povinnost. *„Já si myslím, že to nějaká taková zajatá věc, prostě jako zkušenost, právě jako ten skálovskej styl toho výcviku a myslím, že je to pak samotná praxe tady. S čím konkrétně ty klienti mají problémy, jak zkouší trochu překračovat něco. Kdybys jim vlastně dal volnej den, tak oni jsou schopný ho jako proválet u televize, žejo, celej den.“* Jako předchozí respondent zdůrazňuje, aby terapeut nebyl jen v roli přísného dozorce, ale spíše v roli průvodce, který pomůže klientovi/pacientovi řád a pravidla nejen dodržovat, ale i pochopit jejich důležitost. *„Ono potom se nám taky stane, že odejde za nějakých divných podmínek klient, ukončí léčbu a odejde a najednou přicházíme na věci, že jsme prostě najeli taky na nějakou věc, že v podstatě jsme selhali v té terapii, že jsme měli naopak ho přivést, aby si na to přišel sám, naopak jsme najeli na tu jeho hru, jo.“*

Z uvedeného názoru je zřejmé přesvědčení respondenta o tom, že pacienti by měli být neustále začleňováni do celodenního programu, který vyžaduje soustavnou aktivitu jedince. Takový přístup však neodráží rytmus běžného života mimo léčebnu a jedná se o uměle vytvořené podmínky v rámci léčebny a určité vakuum, což se může v důsledku projevit jako kontraproduktivní při konfrontaci s realitou. Klient, který ukončil léčbu a vrací se do běžného života bude nejspíše náhle konfrontován se skutečností, že mimo léčebnu nemá stanovenou

denní strukturu programu, žádný režim, pravidla ani neustálou kontrolu a zdroj zpětné vazby v osobě terapeuta.

Respondent R5 se vyjádřil stručně v tom smyslu, že kardinální pravidla jsou pro léčebnu/terapeutickou komunitu nezbytná. „*U těch striktních pravidel si myslím, že jsou jako nezbytný, krom teda toho čtvrtého, ale ty tři, to by pak nebylo léčivé, ale kontraproduktivní, kdyby byl povolenější sex, neřešila se abstinence a agrese. Mělo by to tam být vidět jasně a zřetelně – prostě není možný, aby Ti někdo dotáh drogy na komunitu...*“ Zajímavý byl také postřeh z praxe při dodržování pravidla abstinence a bezdrogového prostředí.

Respondent R6 aplikaci striktních pravidel v praxi také uznává. „*No, tak asi ten důvod je, že klienti chtějí nějaký jasné hranice, k něčemu se vztahovat. Některé principy.... Takže jako potřebují nějaký jistoty v tadytom procesu, kterým procházejí, v sebepoznání a sebeobjevování.*“ Respondent vyslovil i názor, že striktní pravidla pomáhají nejen pacientům/klientům, ale i terapeutům. „*No, ale jako i lidi z týmu tohle potřebují. Určitě, no. Tak by to mělo být trochu v takový jako rovnováze, že i ten tým by se měl držet nějakých hranic.*“

Navzdory apriornímu vnímání pravidel jako neměnných veličin se ukazuje že pravidla mohou rovněž představovat poměrně dynamický koncept, se kterým je nutno neustále pracovat a přizpůsobovat jej aktuálním podmínkám. Z tohoto hlediska může být soubor pravidel vnímán jako živý organismus, který může fungovat odlišně v různém kontextu a mění se na základě potřeby řešení dané situace vzniklé v komunitě. Proto by i nastavení těchto pravidel mělo vyhovovat aktuálnímu týmu, jehož jednotliví členové by měli mít možnost přizpůsobit je svým potřebám a rovněž potřebám klienta v zájmu umožnění co nejefektivnějšího postupu léčby. Důležitým se proto jeví i úloha vzájemného dialogu a účasti pacienta na rozhodovacím procesu, Tento dialog by bylo vhodné aplikovat zejména v situacích vyžadujících řešení vyvstalých problémů a vytvořit tak prostor k tomu, aby obě strany měly možnost se k problému vyjádřit a vyhodnotit tak případná úskalí léčby.

7.5 Využití odlišné míry direktivity u jednotlivých pacientů/klientů

Domnívají se respondenti, že osobnost pacienta/klienta, který je závislý na návykových látkách, je odlišná od osobnosti člověka bez této diagnózy? Všichni respondenti se shodli, že osobnost závislého člověka se neliší, resp. neliší se nějakým významným způsobem. Zahájení drogové kariéry spíše přisuzují příležitosti se k droze dostat či rodinnému a společenskému prostředí ze kterého pacienti/klienti pocházejí.

Respondent R1 si myslí, že pacienti/klienti se příliš neliší od člověka bez závislosti. Ve své výpovědi poukazuje na obecně platnou skutečnost, že rodiče a rodinné prostředí se významně podílí na tom, jak se pacient/klient naučí řešit problémy, jak se odměňovat, jak najít štěstí. A pokud se to nenaučili, tak utíkají k něčemu, co jim štěstí alespoň připomíná. *„Takže já si nemyslím, že by byli nějak příliš odlišní, ale je to opravdu o tom, nakolik se naučili od svých rodičů, hlavně od svých rodičů, jak se naučili obvyčejný problémy, se kterými se každé setkává, jak se naučili je řešit. Jak se naučili se odměňovat. Jak se naučili být šťastní. A když se to nenaučili, tak holt na chvíli vždycky utečou, no a pak utíkají furt a pak jsou mimo a jsou jakoby šťastní. A když se z toho jakoby štěstí proberou, tak zjistí, že jsou nešťastný, jo, a honem zase zpátky utečou do toho jakoby štěstí, aby nemuseli prožívat ten pocit bezútěšnosti a zkaženého života.“*

Obecně lze předpokládat, že v případě léčby klienta s nevyzrálou osobností je třeba aplikovat výrazněji direktivní přístup, je však potřeba správně vyhodnotit míru a způsob uplatnění této direktivity. Direktivita tady tedy může být nazírána v souvislosti s přejímáním určitého rodičovského vzoru a případně projekce osobnosti rodiče do role terapeuta. Příkladem může být pacient, který spatřuje v užívání drog východisko z neuspokojivé rodinné situace kdy je nucen se konfrontovat s osobností autoritářsky založeného otce. Direktivní přístup v léčbě by byl v tomto případě tedy zjevně kontraproduktivní a pro konkrétního jedince s uvedenou zkušeností by představoval spíše brzdu například v podobě popření či odmítnutí celé léčby v důsledku identifikace zvoleného postupu či uložení pravidel s modelem autoritativního rodiče. Jako vhodné řešení této problematiky se jeví terapeutické působení týmu, kdy se intenzita vlivu jednoho osobnostního modelu rozmělní mezi více terapeutických osobností. Je tedy zjevné, že v závislosti na kontextu je třeba využívat odlišné míry direktivity u jednotlivých pacientů. Samotné vyhodnocení těchto předpokladů a individuálních potřeb jedince je vhodné

realizovat co nejdříve, ideálně již při samotném příjmu pacienta k léčbě. Nicméně tento postup není možné vždy realizovat s ohledem na stav a připravenost pacienta při příjmu, obvykle se tedy stává předmětem dalších skupinových sezení.

Respondent R2 také neshledává významnou odlišnost osobnosti závislého člověka. Největší rozdíl spatřuje v tom, že závislý člověk se špatně vyrovnává s určitými situacemi a zátěžemi. *„No, jako že by to bylo úplně odlišný, to v žádném případě. Akorát normální člověk, nebo člověk, kterej neprošel závislostí, nebo není závislej, tak je schopen prožívat ty věci a vyrovnat se s nima. Kdežto ten závislej, ten tohleto neumí. A i v podstatě, i po tej léčbě dlouho trvá, než se ta jeho snížená citlivost na stres, na pocity křivdy a neuznání, než jako se dostane trošku dál.“* Problém spatřuje při léčbě pacientů/ klientů, kteří začali se svojí drogovou kariérou jako mladiství. Pak je velice těžké vybudovat u takového klienta odolnost vůči stresovým situacím a naučit ho vyrovnávat se s běžnými problémy v životě. *„Problém další, kterej vidím v tomhleto, je u těch mladejch, kde v podstatě není na co navázat. Když začli ve třinácti čtrnácti, tyhleto děti, tam, když nám sem přijde dvacetiletý kluk, kterej opravdu uvažuje jako třináctiletý, tak tohleto když srovnáš, tam ten rozdíl je obrovský.“*

Z uvedeného vyplývá, že terapeut vůči pacientovi zaujímá postoj jako k dítěti charakterizovaný určitou nadřazeností a zlehčováním projevu pacienta. Pokud terapeut vůči pacientovi projeví takovýto postoj, je to možné opět vyhodnotit jako riziko kontraproduktivního efektu, kdy je v pacientovi evokována situace, v níž se nacházel před začátkem své drogové kariéry a to na vědomé či nevědomé úrovni.

Respondent R3 je stejného názoru jako předchozí respondenti. Osobnost závislého člověka není odlišná od člověka, který závislý není. Závislost může přijít kdykoliv a osobnost člověka není klíčovým faktorem pro vznik závislosti. *„Takže si myslím, že jde prostě o možnosti těch zdrojů. O to, jak je to prostě blízko kolem toho člověka. To načasování, v jaké životní situaci teď je, co se jako tím vývojem prošel a v jakým je věku. A že jako osobnostně, tomu bych nekladla nějakou jako rozhodující, nějakou jako klíčovou důraz. Že jako závislí jsou osobnostně ryze taková a taková. Já bych dneska sama za sebe ruku do ohně nedala. Já bych, já se bojím o svoje vlastní děti, že v tomhle, dneska už jsou teda dospělí, ale může se stát cokoliv.“*

Dle výpovědi respondenta hraje zásadní úlohu životní zkušenost, kterou jedinec prochází a která se v určitém okamžiku může jevit jako neřešitelná a stává se tak spouštěčem pro vznik závislosti. Pokud vezmeme v úvahu, že vyhledání návykových látek je spatřováno

jako možné řešení jinak bezvýchodné či nezvladatelné situace, může být dobře cílená direktivita nahlížena jako velmi efektivní nástroj pro řešení této situac, jelikož jedinci nabízí vedení a pevný řád v situaci, ve které není schopen se sám orientovat. Takto cílená direktivita samozřejmě předpokládá jistou míru důvěry a ochoty pacienta podílet se na řešení problému s terapeutem.

Osobnost člověka, dle **respondenta R4**, hraje určitou roli při vzniku závislosti, není ovšem jediným faktorem. Osobnostní rozdíly závislého a "zdravého" člověka nejsou velké. Mohou se např. lišit v touze vyzkoušet něco nového. Tento respondent si také myslí, že každý člověk se snaží ulevit si pocitu diskomfortu nebo stresu. Návykové látky jsou jedním ze způsobů, jak opět získat dobrý pocit, bohužel vedou k závislosti. *„Ale že každé je osobnostně nějak jako disponovanéj k tomu, že si uleví pro ten pocit něčím jiným. A ty drogy jsou takový dlouhodobý, žejo. Ty jsou návykový...“*

Tato výpověď poukazuje na příčiny vzniku závislosti. V tomto případě je třeba rozlišovat příčiny vedoucí k užívání návykových látek a zda se jedná pouze o zvyk a formu zábavy či řešení jiného hlubšího problému. Direktivita by se dala takto uplatnit opět pozitivním způsobem ve smyslu motivace klienta k nalezení jiné formy zábavy či náplně volného času. Naopak pokud se v případě užívání návykových látek jedná o zástupné řešení konkrétního problému, je třeba direktivitu vnímat jako výrazněji rizikový faktor a přistupovat k jejímu uplatňování s rozvahou. Další postup je pak nezbytné odvíjet od vyhodnocení individuální situace.

Jak oslovení terapeuti vnímají využití odlišné míry direktivity u jednotlivých pacientů/klientů? Jak vlastně direktivitu chápou? Je při léčbě závislosti nutné, dle jejich názoru, přistupovat ke každému pacientovi s různou mírou direktivity?

Respondent R1 chápe direktivitu jako jednání, kdy terapeut nepřipouští diskuzi, drží se striktně všech pravidel, jedná odtažitě a byrokraticky. *„Podle mého je to takhle, bude to napsaný, bude to tak, tak takhle jsem to chtěl, takhle to bude a basta a v podstatě bez nějakýho emočního souznění s tím klientem nebo s tím pacientem. Ale také si umím představit a párkrát jsem to viděl na vlastní oči, až buranské, hloupé, župácké jednání – prostě bude to, protože já jsem bůh.“*

Direktivita však, dle názoru **respondenta R1**, má v terapii nezastupitelnou úlohu. Respondent uvádí názor, že ve skupinové terapii by terapeut měl přistupovat ke všem pacientům/klientům stejným způsobem a vyžadovat dodržování stanovených pravidel vzájemné spolupráce/terapie. Při individuální terapii by terapeut měl brát v úvahu pacientovu/klientovu osobnost, další psychické problémy (duální diagnózy), životní scénář. *„...v té skupině bysme neměli rozlišovat, tam ty pravidla platí pro všechny stejně, a nebo pracujeme individuálně a zohledňujeme takové věci, jako jsou duální diagnózy, nějaký ten životní scénář toho člověka, jeho charakter a tak dále. Čili tam lze nějak lavírovat. Ale myslím si, že jenom při individuální práci. Při skupinový ne. To se strašně nevyplatí.“*

Myšlenku jednotného přístupu ve skupinové terapii lze jistě obecně aplikovat co do rovnosti a respektování individuálních práv všech členů skupiny. Nicméně je třeba polemizovat, že i při skupinové terapii je třeba brát v potaz osobnost každého pacienta/klienta. S ohledem na skutečnost, že individuální problémy, historie a zkušenosti jednotlivých pacientů není možné jakkoli marginalizovat, zobecňovat či srovnávat individuální prožitky, není ani vhodné přistupovat ke všem pacientům stejným způsobem. Naopak je třeba podpořit individualitu jedince v rámci skupiny a jeho aktivní zapojení.

Respondent R2 není zastáncem přílišného využití direktivity při terapii, i když v některých případech je její využití nezbytné *„Já tu direktivitu vlastně používám taky. Hlavně v tom, jak někteří z pacientů mají najetej styl, kterej souvisí s jejich drogovou minulostí.“* Při své terapeutické praxi spíše vede pacienty/klienty k tomu, aby problém našli sami a pak tento problém řešili s pomocí terapeuta nebo skupinové terapie. Tedy spíše neupozorňovat na problém a využít terapeutických přístupů tak, aby byl terapeut spíše jakýmsi mentorem než direktivním vůdcem. *Pacient, pokud má nějaký problém, tak by si na něj pokud možno měl přijít sám a ne, aby mu člověk strkal všechno pod nos. Proto je občas tak různě popichuju a rejpu do nich, v tej neformální rovině a za určitých okolností se zvidavej pacient, zapšklej, ale taky přemýšlivec k něčemu dopracuje, samozřejmě taky díky skupině a komunitě. Je samozřejmě hodně způsobů, jak učit pacienta přemýšlet o věcech jinak, než byl zvyklý, ale dělat to tak, aby si na to přišel sám, je podle mě to nejlepší. Je už právě na terapeutovi, jakým způsobem tohle umí udělat.“*

Respondent R3 chápe direktivitu jako jeden z nástrojů při léčbě závislosti, který je vlastně využíván neustále, aby pacient/klient získal např. správné společenské návyky. „*To je každodenní drobnost. Ať sebekázeň, ať sebedisciplína, je to v každodenních věcech. Já můžu direktivností nazvat to, vraťte se, zaklepejte na ty dveře, prosím vás slušně, a tu sestřičku požádejte normálním způsobem. Vraťte si ty přezůvky a přezujte se. Protože tak se to má dělat.*“ Přehnanou direktivitu ovšem odsuzuje. „*A neznamená to, že půjdu proti němu. Já ho prostě přijímám, tak jak je. Ale nedávám zase extrémní důraz na to, že je to jediná samospásná záležitost.*“

Co se týká různé míry direktivity u jednotlivých pacientů, dá se říci, že **respondent R3** uznává různou osobnost jednotlivých pacientů a snaží se jejich životní příběh zohlednit. „... v tom terapeutickém přístupu jde jenom o to vysvětlit, že to není zákon, kterej by lámal osobnost toho člověka. Nic víc. (To znamená fakt nějaký individuální přístup k tomu, aby se s tím člověk jako?...⁶) *A každej z nich je na ty rány nějak jinak citlivej. Protože si prošel jiným životním příběhem, žejo.*“ Pak je přínosné pacientovi/klientovi vysvětlit, proč jsou pravidla takto nastavená „*Jakože to není zákon danej takovej, že ho musí nutně jako zlomit a musí se nutně přizpůsobit. Má volbu. Má. A já nejsem ten, kdo by mu tu volbu chtěl sebrat. Já jsem jenom prostředník, kterej mu ukazuje, jakou může mít výhodu.*“

Respondent R4 využívá direktivitu spíše individuálně podle osobnosti pacienta/klienta a také v počátcích léčby, kdy je nutné pro klienta vymezit mantinely. Přesto je tomuto respondentovi mnohem bližší důvěra ve schopnost klienta dojít k poznání správné cesty a není zastáncem udělování příkazů a slepé poslušnosti. „*Pokud je člověk direktivní, tak už má nějakou představu o tom, co pro toho klienta je dobrý, že jak by měl postupovat a co by měl dělat. Mě je mnohem bližší nějaký jako ty postmodernější přístupy, kdy spíš důvěřuju jako v toho klienta a v to, že on sám je schopnej přijít na to, kterou cestou má jít a já opravdu mám být spíš někým, kdo ho podporuje, kdo prostě přijímá věci, který dělá, nějak mu to jako reflektuju. Ale rozhodně tam do toho vztahu nevstupuju s tím, že aby ses vyléčil, tak musíš fungovat takhle. A pokud tak nejsi schopnej fungovat, tak vodsad' vypadni. A nemáš prostě*

⁶ doplňující otázka tazatele, pozn. autora

šanci.“ Z polostrukturovaného rozhovoru také vyplývá, že direktivitu chápe respondent R4 jako příkazy a nařizování, v podstatě bez možnosti diskuze s pacientem/klientem.

Respondent R5 ve své praxi direktivitu využívá a domnívá se, že je nedílnou součástí terapie. Má za to, že direktivita představuje nepřehlížení negativního chování a jednání pacienta/klienta. Vyslovil také názor, že někteří klienti by bez určité míry direktivního vedení nebyly schopni se léčebnému programu přizpůsobit a respektovat ho. Příliš velká direktivita však může spíše uškodit. „...*ty věci nedělá podle sebe ale podle očekávání toho terapeuta. Pak vyleze ven a najednou zjistí, že se nic nenaučil, že dělal všechno podle někoho.*“

„*Mám takovou zkušenost, že přišel klient, který měl přiděleného garanta a s tím pracoval na individuálním plánu. Na tom, kdy pojedete k zubaři, k lékaři, jak si zařídí chybějící doklady, taky pak co s volným časem, jak si ho plánovat, protože v tom čase byl problém, že klienti jenom seděli na kuřárně a kouřili, pili kafe a flákali se, místo aby se zajímali o nějakou opravdovou náplň, toho co mě baví.*“ **Respondent R5** ještě uvedl, že direktivitu spojuje i s výukou finančního plánování u pacientů/klientů. „*Stává se, že jedeme s klienty na zátěžovou akci a klient si dá dvě večere. Oni jsou fakt jak malý děcka na výletě, protože pak se mu snažíš vysvětlit. Hele ty máš tisíc korun hmotné nouze na měsíc a máš taky platit alimenty a tady jedeš na výlet a dopráváš si věci, který ani nepotřebuješ. Takže jsem pro takovou důslednost, aby si to ti lidi uvědomili.*“

Všichni oslovení respondenti ve své praxi alespoň částečně direktivitu používají, i když někteří z nich dávají přednost jiným terapeutickým nástrojům. Také se snaží zohlednit individualitu pacientů/klientů a míru direktivity jim přizpůsobit. Zazněla také kontroverzní myšlenka, že ve skupinové terapii by měla být míra direktivity stejná a v individuální terapii ji lze měnit dle osobnosti pacienta/klienta. Tento názor však lze považovat za víceméně ojedinělý a v praxi nepříliš efektivní, jelikož i ve skupinové terapii je zřejmá potřeba individuálního přístupu. Právě skupinová terapie se jeví být pro léčbu závislostí jako nejvíce přínosnou, a to zejména z důvodu možnosti vzájemné konfrontace jednotlivých pacientů. Takto je umožněno aktivní zapojení se všech jedinců kdy každý z nich je nepostradatelným článkem skupiny a právě jeho individualita představuje v procesu interakce a léčebného procesu nezastupitelnou úlohu. Z výše uvedeného vyplývá, že používání různé míry direktivity u jednotlivých pacientů je v rámci efektivního léčebného procesu nezbytné.

7.6 Jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/ klientům v léčbě závislosti

V této subkapitole je cílem nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku bakalářské práce. Jak tedy odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/klientům v léčbě závislosti?

Na základě rozboru polostrukturovaných rozhovorů a zodpovězení výzkumných podotázek lze říci, že oslovení terapeuti většinou chápou tvrdý přístup především jako přehnané lpění na dodržování stanovených pravidel bez možnosti diskuze. Pro většinu z nich je tento nástroj využívaný při léčbě závislosti spíše zastaralý a příklání se k jiným přístupům. Pouze jeden z respondentů je toho názoru, že tvrdý přístup je při léčbě závislosti nezbytný. Ostatní respondenti se vyjadřovali v tom smyslu, že při své praxi raději s pacienty/klienty vedou diskuzi a snaží se je k dodržování stanovených pravidel přivést jiným způsobem – např. vysvětlováním a diskuzí. Zajímavé je zjištění, že na tento názor nemělo vliv to, zda respondent působí jako terapeut v psychiatrické léčebně nebo v terapeutické komunitě či délka terapeutické praxe.

Pokud by respondenti využili tvrdý přístup, bylo by to především k zajištění prostředí, které poskytuje fungující zázemí pro léčbu. Obvykle jsou v léčebnách/komunitách stanovená již zmiňovaná kardinální pravidla, která byla přiblížena v teoretické části této práce. Právě tato pravidla mají za úkol fungování zázemí zajistit. Dodržování těchto základních pravidel by tedy mělo být zachováno i za cenu využití tvrdého přístupu.

8 Diskuze a závěr

Závěrem se jeví jako vhodné zhodnotit samotný postup a zejména výběr souboru s ohledem na otázku nakolik mohl způsob výběru terapeutů k rozhovoru ovlivnit dosažené výsledky. Navzdory tomu, že se jedná o poměrně malý soubor, dosažené výsledky výzkumu poukazují na značnou zajímavost tématu a na množství dalších podnětů pro další výzkum a studium dané problematiky. Do budoucna by proto bylo zajímavé oslovit větší soubor respondentů a pokusit se případně vztah k direktivnímu přístupu vyhodnotit i kvantitativně. Zajímavé by mohlo být rovněž zacílení výzkumu na komparaci různých skupin respondentů a oslovit například ve shodném zastoupení muže a ženy, mladé terapeuty a zkušené terapeuty,

zdravotnické instituce typu léčebny a sociální služby typu terapeutické komunity či například zařízení hlásící se k liberálnímu přístupu a zařízení tzv. Skálovská a porovnat například lékaře s adiktology či jinak vzdělanými psychoterapeuty. Z takto nastíněného srovnání uvedených podskupin by bylo možné vytvořit hypotézu sledující odkud se tedy skutečně vztah k direktivnosti bere.

Dalšímu zhodnocení je třeba podrobit i využitou metodiku. Jak je patrné z výše uvedeného, primárním zájmem tohoto výzkumu nebylo vyhodnocení kvantitativních veličin či statické rozvrstvení odpovědí, ale naopak nastínění možných témat, která souvisí s vnímáním tvrdého přístupu tak aby bylo možné s těmito poznatky nadále pracovat v rámci dalšího výzkumu. Jistou nevýhodu či potenciální riziko lze spatřovat v samotné povaze strukturovaných rozhovorů, které mají obecnou nevýhodu v tom, že pozornost respondenta je upoutána na určitá témata a ostatní témata mohou zůstat opomenuta. Tato nevýhoda byla ve výzkumu částečně eliminována tím, že byl respondentům poskytnut prostor pro vlastní vyjádření.

V rámci vyhodnocení samotných výsledků výzkumu je možné uvést dvě zásadní zjištění, a to zabarvení terapeutického přístupu k pacientům jako k dětem a dále potvrzení předpokladu, že se v případě uplatňování tvrdého přístupu v léčbě jedná zejména o přejímání již existujícího přístupu stávajícího terapeutického týmu.

V souvislosti s tvrdým přístupem zmiňovali respondenti často i důslednost při kontrole nebo prosazování dodržování pravidel, která je, dle jejich názoru, při léčbě závislosti zásadní. Z uvedeného rovněž vyplývá, že respondenti direktivitu vnímají svým způsobem jako důslednost. Proto by bylo vhodné pokračovat dále a objasnit, jak vlatně terapeuti chápou slovo „důslednost“. Často přirovnávali pacienty/klienty k dětem, kterým je třeba vymezit jasné hranice a zároveň je přimět k tomu, aby pochopili, proč jsou tyto hranice takto nastaveny a jaký přínos pro ně mají. Tento poznatek by bylo vhodné dále rozpracovat a zaměřit se především na objasnění toho, proč terapeut vnímá klienta jako dítě a jaké motivy ho k tomuto postoji přivádí.

Přirovnání terapeutického procesu k výchově dětí a klientů k dětem je rozpracované například v transakční analýze, kde je role terapeuta jako rodiče vnímána jako neideální a neproduktivní. Mezi závislostními terapeuty se jedná zjevně o častý postoj a tak by bylo vhodné tomuto jevu věnovat adekvátní pozornost.

Vnímání tvrdého přístupu je zde silně ovlivněno představou dogmatu a striktně vymezených pravidel. Rozdílné vnímání daného konceptu je patrné z výpovědi respondenta R5, který zmiňuje prvek důslednosti jako určitou formu pozitivně orientované tvrdosti a tvrdost přístupu jako takovou naopak odmítá. Je tedy zřejmé, že v praxi je uplatňování tvrdého přístupu jak byl charakterizován v úvodu práce, mnohdy realizováno skrze konkrétní aspekt, který však ve svém důsledku natolik tvrdý být nemusí a odkazuje spíše k jistému projevu direktivního řízení. Společně uznávaným prvkem však zůstává potřeba určitého rámce a vymezení pravidel.

S tvrdým přístupem se může a nemusí pojit direktivita, což byli respondenti většinou schopni rozlišit. Direktivitu uznávají v opodstatněných případech jako nezbytnou, neboť pacient/klient se někdy nedokáže zbavit svých špatných návyků jiným způsobem a ani si jinak nedokáže uvědomit, že jedná či se chová nesprávným způsobem. Přehnanou direktivitu ovšem všichni respondenti odsoudili a uvedli, že není nezbytné ji prosazovat v takové míře. Zároveň bylo zmíněno, že ve vztahu pacient/klient a terapeut se může direktivita projevit jako silně destabilizující faktor.

Zajímavým výsledkem je, že někteří respondenti (R3,R4) nebyli schopni precizně formulovat potřebu direktivního přístupu. Toto zjištění by mohlo být interpretováno například tak, že o věci dosud příliš nepřemýšleli a také, že mohou být v určité nouzi, když mají tento přístup vysvětlit klientům, na kterých je aplikován. U některých respondentů je zřejmé, že aplikují direktivní přístup, aniž by jim byl vlastní a toto může generovat celou řadu problémů, kterým by bylo zajímavé se věnovat samostatně.

Jednotliví respondenti jsou tedy ve shodě v tom ohledu, že nastolení určitého řádu a nastavení pravidel pro fungování komunity je nezbytností. Objevily se zde různé názory na smysl a funkci, kterou tato pravidla v léčbě zastávají. Důležitost pravidel byla zmíněna v souvislosti s upevněním autority terapeuta, dále mohou být pravidla spojována s eliminací možných hrozeb nebo vnímána jako „výchovný“ nástroj umožňující posun klienta a změnu jeho návyků. Jako zásadní se jeví výpověď, v níž respondent R4 vysvětluje hlubší význam těchto pravidel a jejich uplatňování. Velký smysl má pro přijetí některých kardinálních pravidel jejich vysvětlování a následně správné pochopení jejich významu pacientem, což v důsledku představuje liberálnější přístup v jejich prosazování.

Z poslední zmiňované výpovědi lze usoudit, že stanovení pravidel a jejich naplňování není samo o sobě natolik důležité jako samotné porozumění a efektivní komunikace mezi terapeutem a pacientem. Zásadní je proto ne tak otázka striktního dodržování pravidel a postihů spojených s jejich vynucováním, ale chápání pravidel jako nástroje umožňujícího porozumění tomu, co tato pravidla reprezentují a jak mohou být individuálně přijata konkrétními jedinci. Nabízí se tak samozřejmě i podnět ke zvážení vhodnosti aplikace takto nazíraných pravidel v různém kontextu či v určité fázi léčebného procesu. Kupříkladu striktní dodržování kardinálních pravidel je nezbytností zejména v počátečních fázích léčby, kdy je třeba zaměřit se především na určitou stabilizaci stavu pacienta a tedy i nastolení pevného řádu. Nicméně v dalších fázích procesu se jeví jako přínosné přenesení větší míry odpovědnosti a sebereflexe na osobu pacienta, kdy pravidla přestávají plnit úlohu vnější kontroly a přecházejí v ideálním případě ve vnitřní ztotožnění se s jejich smyslem.

Respondenti se domnívají, že osobnost závislého člověka se nijak zásadně neliší od osobnosti člověka bez závislosti, ovšem při léčbě by zohlednili využití direktivity a osobnost každého pacienta/klienta a to minimálně v individuální terapii. Bylo by zajímavé se věnovat proklamované potřebě terapeutů mít jasná pravidla a jasnou strukturu a tomu, zda nemluví spíše o své vnitřní potřebě než o objektivní potřebě klienta v terapii.

V podstatě všichni terapeuti se shodli na tom, že jejich postoj k tvrdému přístupu je ovlivněn více než jedním zdrojem. Část respondentů uvedla vlastní reflexivitu a skutečnost, že terapeutická praxe vyžaduje neustálé přehodnocování vlastních potojů a postupů v závislosti na získané zkušenosti. V první fázi svého vývoje terapeut vychází z poznatků, které získal studiem a výcvikem, po konfrontaci s vlastním působením v praxi se však dostavuje zjištění, že mnohé teoretické znalosti v praxi nefungují nebo fungují odlišným způsobem. Reakcí na takto vzniklý rozkol tedy bývá přijetí již existujícího modelu, který je v dané oblasti považován za platný. Přejmutí takového modelu od kolegů se tak pro terapeuta stává jedinou relevantní možností a potlačí tak všechny dosud uznávané teoretické znalosti. Jedná se tedy o přejetý model.

Nicméně takto převzatý a v dané instituci legitimní model se může v jisté fázi terapie či specifickém kontextu projevit jako nefunkční. Zkušenost týmu a zajatá praxe či systém tedy zásadním způsobem ovlivňuje nově příchozího terapeuta a to jak pozitivním tak negativním způsobem. Na jedné straně nelze opomenout pozitivní přínos předávání zkušeností staršími

kolegy spočívající v existenci určitého zázemí a obohacení o konkrétní znalosti a dovednosti. Na straně druhé je však třeba zmínit i riziko přílišného tlaku, který zajatý systém může na osobnost terapeuta vyvíjet (patrného především v rámci striktního dodržování pravidel).

Skutečnost, že se terapeut podvolí danému modelu může mít dopad na kvalitu či omezení jeho vlastních výstupů v práci s klienty. Terapeut se tak dostává do konfrontace se zavedenou strukturou a v případě přistoupení na například striktní dodržování pravidel a sankcí v případě jejich porušení, nemůže ve specifických situacích postupovat tak jak by sám uznal za vhodné a má tímto modelem svým způsobem svázané ruce. Neblahým dopadem může být kontraproduktivní vliv na klienta, který je v důsledku trestán proto, že systém je takto nastaven a nikoli proto, že jeho individuální situace takový trest vyžaduje (tento jev lze pozorovat např. při nedostatečně opodstatněném udělování tzv. trestných bodů, které se nakonec pro klienty stává demotivujícím činitelem namísto toho, aby se stalo podnětem ke změně stávajícího chování).

Jako optimální přístup pracovníků ke klientům se proto jeví zejména uplatnění vyšší míry reflexivity, zpětné vazby, vzájemného dialogu, proaktivity ve vztahu ke klientům a individuálního přístupu. Jako klíčový se jeví především rozvoj schopnosti vytvářet nové postupy v reakci na vznikající situace a proměnné v praxi, z čehož vyplývá nutnost určité míry vymanění se z dogmatického pojetí nastavených postupů a eliminace nepružných či již nefunkčních strategií.

Při léčbě závislosti využívají většinou terapeuti jiné nástroje než je tvrdý přístup, přesto tento nástroj dobře znali. Svůj postoj k němu, ať již pozitivní či negativní, zaujali na základě využití několika zdrojů. Většinou uváděli vlastní zkušenosti, studium, literaturu či je přejali od svých kolegů. Takto vymezený direktivní přístup tedy stojí u respondentů na poněkud nejistých zdrojích s ohledem na to, že vlastní zkušenost může být velmi zavádějící a může udržovat i nefunkční modely. Obdobně pak může působit i převzetí modelu podle vlastního uvážení od kolegy atp.

Respondenti se shodují na potřebě obhajoby kardinálních pravidel, která jsou proklamována jako určité vytýčení bezpečí, ať již v otázce vztahů, agrese či bezdrogového prostředí (Nevšímal, 2004). V tomto ohledu by bylo velmi zajímavé zahájit debatu o tom, které pravidlo kardinální je a které nutně být kardinálním nemusí. Vezmeme-li např. v úvahu otázku vztahů a kardinálního pravidla, které se týká této problematiky, může se jevit, jako určité

pokrytectví. Na druhou stranu i sami klienti často vidí, že pokud je některý z jejich skupinových kolegů příliš ponořen do vztahu, nemá šanci na sobě něco měnit.

Uvedený příklad lze do jisté míry vztáhnout i na situaci, kdy jeden člen skupiny poruší kupříkladu pravidlo abstinence, k tomuto porušení se přizná a následně je z léčby vyloučen. Ačkoli tento jedinec neohrozil zásadním způsobem ostatní pacienty, jeho selhání může být interpretováno jako zásadní narušení fungování skupiny a ohrožení kontinuity léčebného procesu ostatních členů. Z toho vyplývá určité dogma ve vztahu k úloze terapeuta jako ochránce celého společenství a jeho závazku k eliminaci potenciálních hrozeb. Tato úloha terapeuta se proto jeví být v nastaveném systému velmi nesnadnou.

V institucích typu psychiatrické léčebny stále přetrvává myšlenka, že porušení abstinence je třeba vyhodnotit jako ohrožení celé skupiny. Na druhou stranu, v návaznosti na vlastní zkušenost autora se zařízeními typu terapeutické komunity, nelze pominout zjevnou snahu některých těchto zařízení o liberálnější přístup a umožnění poučení se z dané chyby, které je přínosem pro jedince i pro celou skupinu. Takový přístup je však nezbytné podrobit analýze v dané situaci a vyhodnocení případných rizik či prospěšnosti pro skupinu tak aby nebyl ohrožen její další vývoj. Tento postup se proto jeví jako efektivní s ohledem na eliminaci nežádoucích důsledků jakými je například tabuizace a v konečném důsledku i vyloučení pacienta, případně znesnadnění kontaktu s pacientem a popření vzniklého problému.

Poskytnuté výpovědi respondentů rovněž umožnily pochopení využití tvrdého přístupu s ohledem na jeho funkci. Jeden z respondentů uznává, že základní pravidla jsou potřeba, terapeut by se za tato pravidla neměl schovávat a měl by klientovi umožnit pravidla pochopit. *„Bud' ho teda budu provázet a stejně se něco jako stane, on bude muset nějakej důsledek jako absolvovat, anebo budu ten terapeut, kterej bude jen soudce, mravokárce a aplikovatel toho pravidla, a tím je to pro mě vlastně jako lehčí, v tu chvíli já se nemusím ničím víc z jeho příběhu zabývat. Nerespektuješ, odchod. Jo? Je to rychlejší, méně pracné, dá se za to schovat, víceméně, jo?“*

Tato výpověď odráží, že rigidní výklad pravidel v konečném důsledku není ku prospěchu klientů, ani tolik nepřispívá jejich bezpečí, ale jedná se spíše o nástroj sloužící terapeutům pro usnadnění jejich práce. Za tato pravidla se lze snadno schovat, využití existujících pravidel je jednodušší, pravidla jsou jasná a představují určitou rovinu legitimizace stanoveného postupu. Při volbě vstřícného přístupu dochází naopak hned ke dvojí konfrontaci,

své rozhodnutí si terapeut musí obhájit jak před komunitou, tak před ostatními členy týmu, kteří s jeho postupem nemusejí vždy souhlasit.

Hlavní výzkumnou otázkou bakalářské práce bylo, jak odborníci vnímají využití tzv. tvrdého přístupu vůči pacientům/klientům v léčbě závislosti. Na základě rozboru polostrukturovaných rozhovorů a zodpovězení výzkumných podotázek lze říci, že oslovení terapeuti většinou chápou tvrdý přístup především jako přehnané lpění na dodržování stanovených pravidel bez možnosti diskuze. Pro většinu z nich je tento nástroj využíván při léčbě závislosti spíše zastaralý a přiklání se k jiným přístupům. Na druhou stranu tato pravidla sami dodržují, protože systém je tak již nastavený. Jeden z respondentů je toho názoru, že tvrdý přístup je při léčbě závislosti nezbytný. Ostatní respondenti se vyjadřovali v tom smyslu, že při své praxi raději s pacienty/klienty vedou diskuzi a snaží se je k dodržování stanovených pravidel přivést jiným způsobem – např. vysvětlováním a diskuzí. Zajímavé je zjištění, že na tento názor nemělo vliv to, zda respondent působí jako terapeut v psychiatrické léčebně nebo v terapeutické komunitě či délka terapeutické praxe.

Pokud by respondenti využili tvrdý přístup, bylo by to především k zajištění prostředí, které poskytuje fungující zázemí pro léčbu. Obvykle jsou v léčebnách/komunitách stanovená již zmiňovaná kardinální pravidla, která byla přiblížena v teoretické části této práce. Ta se týkají určité bezpečnosti v oblasti prostředí léčby, a to prostřednictvím zákazu jakékoliv manipulace s drogou. Zásadní úloha těchto pravidel zároveň spočívá v usnadnění práce terapeuta. Stanovení určitého rámce má tak nezanedbatelný význam pro terapeuta, který je následně schopen svou práci lépe organizovat. Právě tato pravidla mají za úkol fungování zázemí zajistit. Jejich dodržování by tedy mělo být zachováno i za cenu využití tvrdého přístupu. Nicméně jak již bylo nastíněno výše, je třeba danou problematiku podrobit další analýze, která již bude součástí zmíněné diplomové práce.

Na úplný závěr bych rád připomněl, že k určité rigiditě, která je v přístupu k závislým klientům v pobytové léčbě, zřejmě také přispívá nedostatek literatury, týkající se tohoto tématu. Popisovaná problematika je záležitostí několika autorů a i při psaní této práce bylo někdy obtížné vhodné zdroje najít. Odborné zdroje využité v této práci tak mohou být v jistém ohledu považovány za již překonané, nicméně jejich volba koresponduje se samotným zacílením výzkumu na pochopení vlastního zázemí terapeutů a konkrétních podnětů, které k prosazování sledovaného terapeutického přístupu přispívají.

8.1 Seznam použité literatury

Bartošíková, I. (2003). *Práce v multidisciplinárním týmu*. Kap. 7/6. IN Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: NMS – Úřad vlády ČR.

Broža, J. (2004). *Kardinální pravidla*. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna

Broža, J. (2007). *Klíčová pravidla a režim*. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Castonguay, L. G., Reid, J. J., Halperin, G. S., & Goldfried, M. R. (2003). *Psychotherapy Integration*. In G. S. Stricker, & T. A. Widiger, *Comprehensive Handbook of Psychology, Vol. 8*. New York: Wiley.

Cohen, J. (1971) *Operant Behavior and Operant Conditioning*. Eyewitness Series in Psychology. Chicago: Rand McNally. ASIN B009YDSZQAQ.

DeLeon, G. (2002) „*Residential Therapeutic Communities in the Mainstream: Diversity and Issues*.” *Journal of Psychoactive Drugs*.

Dvořáček, J. (2003). *Střednědobá ústavní léčba*. Kapitola 8/7, in: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Giddens, A. (1999) *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 8072031244. Giddens, A. (1999) *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 8072031244.

Hartl, Pavel. (1997) *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. Vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, Studijní texty; sv. 14. ISBN 80-85850-45-1.

Kalina, a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. Vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.

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

Kalina, K., Mioviský, M. (2008). *Psychoterapie v léčbě závislosti*. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kratochvíl, Stanislav. (1979) *Terapeutická komunita*. 1. Vyd. Praha: Academia, 12[1] s. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: vznik a vývoj*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 239 s. ISBN 80-239-4814-8.

- Kubička, L. (1975). *Ústavní léčba alkoholismu*, Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
- Kuda, A. (2008). *Prevence zvládnutí relapsu*. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Marlatt, G., Barrett, K. (1994). *Relapse Prevention*. In Galanter, M., Kleber, H. (Eds.): *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington: The American Psychiatric Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
- Nevšimal, P. (2004). *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
- Nešpor K., Csémy L. (2003). *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat* (5. Revidované vydání), Praha: Sportpropag.
- Ottenberg, D.J. (1982) *Therapeutic Community and The Danger of The Cult Phenomenon*. Marriage and Family Review.
- Radimecký, J. (2014). Nепublikovaný rozhovor.
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). *The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development*. *Journal of Career Development*, 30 (5) , s. 5-44.
- Řehan, V. (1994) *Psychologica*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 8070673273.
- Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.
- Skála, J., Mařová, A., Homolková, J., Hrotková, I. (1973). *Bodovací systém a terapeutická komunita*. In: Skála, J. a kol., *Zápisy z Apolináře – léčebná pomůcka*, 22 (5-6).
- Skála, J. (1965). *Teoretické základy některých specifických i nespecifických znaků apolinářského léčebného režimu*. In: Skála, J. a kol., *Zápisy z Apolináře – léčebná pomůcka*, 15(1-5).
- Velká všeobecná encyklopedie Diderot*; (2000) [Sv.] 1. a-bag ; [Odp. red. Vít Štěpánek]. - Vyd. 1. - Praha : Diderot, 631 s.: fot., obr., tab., grafy, mapy; 25 cm
ISBN 80-902723-3-9. - ISBN (soubor) 80-902723-2-0v
- Vymětal, J. a kol. (1997). *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Kocourek.

8.2 Internetové zdroje

<http://www.nicm.cz/definice-zavislosti> (cit. 1. 6. 2014)

http://sociologie.topsid.com/index.php?war=moc_a_autorita (cit. 15.6.2014)

<http://www.online-slovník.cz/slovník-cizích-slov/autoritarství> (cit. 15.6.2014)

http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=direktivita
(cit. 15.6.2014)

9 Seznam příloh

Příloha č. 1

9.1 Rozhovory

RESPONDENT R1

Na kolik podle vás vyžaduje léčba závislosti podle Vás tvrdý přístup? (Otázka č.1)

R1: No, já se domnívám, že ano, ale trochu bysem jaksí měl pochybnosti v tom, co je cílem té léčby. Jestliže je cílem nějaká změna – uvažování, chování, něčeho, tak k tomu, aby se té změny dosáhlo, je zapotřebí, řekl bysem spíš důslednost.

To znamená nějak jako ošetřit to slůvko tvrdost.

R1: Tak tak tak. Tvrdost si myslím není ten správněj výraz.

Mně jde o to, že vlastně pokud ta tvrdost, jestliže ta tvrdost jsou já nevím jsou třeba pravidla, že se prosazují razantně...

R1: No, to bysme museli právě nejdřív definovat, co si vlastně pod tím pojmem tvrdost představujeme. Moje představa o tvrdosti se může lišit od představy tvrdosti nějakýho úplně jinýho terapeuta nebo terapeutky a hranice toho, kde je to ještě normální a kde už je to tvrdé, může být úplně někde jinde. Čili nejdřív by se musela postavit ta, ten obsah toho pojmu tvrdost.

No a když to vezmeme teda obecně, tak jak se to vlastně jakoby dělá, žejo, tak... Vy jste mluvil o tý důslednosti, tak jestli Vám jako přijde, jo, taková ta běžná praxe v Čechách, jestli Vám přijde jako tvrdá?

R1: Já co jsem kde byl na různých stážích a certifikacích, tak jsem se s žádnou jako tvrdostí, v tom slova smyslu jakože řád a dodržování a já nevím, co všechno, s tím jsem se prakticky skoro nesetkal. Jediný, co snad jako funguje, doufám že i v těch zařízeních, kde jsem nebyl, že pokavad se prostě překročí nějaký hranice, třeba já nevím fyzický násilí nebo zanesení alkoholu nebo drogy prostě do léčebny, tak už je vyhazov. Ale jinak, k čemu by to bylo dobré?

Ono to vlastně souvisí s tou druhou otázkou, takže já vám jí rovnou řeknu. V kterých oblastech ta přísnost, nebo ta tvrdost, nebo jak to nazvem teda, případně má být, jo, (Otázka č.2) a teď je tam možný, jsou tam možný nějaký vaše témata. Třeba žejo abstinence, denní program, průběh terapie, výběr nějakých jiných témat, vztahy a podobně..

R1: No, já si skutečně nejsem jistý, jestli je to vůbec takhle uchopitelný. Protože samozřejmě nějaký systém, nějaký řád, musí fungovat už jenom proto, že je jedná třeba o nemocnici, takže tam musí fungovat nějaký hygienický řád, jo? Například. A ten se musí striktně dodržovat. Nebo já nevím, lidi musí chodit do práce, čili musej tam bejt, nesmí se někde flákat, čili tam musí být taky nějaký systém. A koneckonců ten systém, to je to, co, čemu, v čem si prostě nedokážou ty lidé, kteří jsou závislí na alkoholu nebo na drogách, tak že si nedokážou říct dost. Jo? Protože ta touha po uspokojení nějakým svým jim je větší než dodržování nějakého systému, nějakého řádu. Takže je-li léčba zároveň přeucením dosavadního způsobu existence, zase návrat do jakýhosi systému, do řádu, tak prostě když se řekne, že ve dvě hodiny je oběd, tak by měl bejt ve dvě hodiny, a ne ve dvě hodiny dvacet, žejo.

Znamená to teda jakože vlastně, že pokud teda někdo něco poruší, tak by měl za to zaplatit nějakou sankcí, tím...

R1: Ehm, takhle. Od malička, když se dítě narodí do takřikajíc normální, nepatologický rodiny, tak už tam dostává od malička nějaký systém. Už jenom kojení, jo? Nedostane napít pokaždý, když si vzpomene, ale prostě v tolik, v tolik, v tolik, žejo. Pak jako se chodí koupat v tolik a v tolik, chodí spát v tolik a v tolik, pak musí vstávat do školy. Čili se tam už nějaký ten systém vcucne do charakteru toho člověka a pokavad není závislý, tak s tím nemá problémy. Pokavad se stane závislým, tak se mu celý tenhle systém jaksi rozboří a pak se musí znova, tak jako malý dítě, prostě učit to, že v tolik a v tolik je tam a tam a od malička to dítě ví, že když prostě něco, nebo alespoň by mělo vědět, že když něco prostě poruší, tak za to nedostane odměnu, ale při nejmenším o něco přijde. Ne-li, že dostane pohlavek, žejo. Známa věta, že jako sáhnout si na žhavou plotnu je prostě velmi nepříjemné. A to, že mně tatínek říká, tohle nedělej, to ještě neznamená, že to nezkusím. Ale pak jako okamžitě dostanu ten trest.

Mne to zajímalo ještě z toho důvodu, že třeba máme, žejo jako když, jako když se budu ptát konkrétně, třeba máme pacienta, kterej teda je nějak trošku na hraně, a teď já nevím jede na vycházku, nikdy si to předtím nevyzkoušel a teď na tej vycházce si dá pivo. A přijede z tý vycházky a prostě to tady jako řekne a prostě se jako ke všemu přizná, jo? A teďka žejo máme možnost podle našich pravidel ho buď vyhodíme, žejo, pak jsem se setkal se zařízením, kde se to prostě řeší, kde se to vopravdu bere jako nějaká chyba, o kterej se dá mluvit, která se dá nějak řešit, a která, možná se z toho člověk může i poučit. Tak jo, jestli třeba i v tomhle má bejt teda vopravdu člověk tak striktní nebo důslednej jako terapeut a má ho...

R1: No takhle. Já se domnívám, že člověk má být, teda terapeut má být důsledný v tom, jaká, jak se nastaví pravidla. Jestliže se v tom zařízení, nebo v té terapeutický práci s klientem nasadí, že jestliže poruší abstinenci jakýmkoli způsobem, konec spolupráce a návrat třeba za dva měsíce, za rok, anebo přejít k někomu jinému, kdo je tolerantnější. Ale jestliže nastavím nějaký pravidla, tak bych byl teda pěkněj vůl, kdybych je, když jsem si je nastavil, kdybych je rušil. Jo? To pak jsem nedůvěryhodnej. Protože já musím být pro toho klienta, nebo pro toho pacienta, musím být neotřesitelnej v tom, že já jsem to nastavil takhle a vím asi proč. A je pravda, že jsou dokonce lékaři, kteří .. nic proti marihuaně. No, já se domnívám, že třeba třicetiletý člověk, když si zapálí jednou za měsíc jointa, tak se patrně nezničí. Ale horší je, když to toleruje u osmiletýho nebo šestiletýho dítěte, jo? Protože to je pak katastrofa. To toho člověka zničí. Morálně, zdravotně, prostě zničí.

Hm. Tak fajn. Trojka. Kdy podle vás je vhodné být direktivní u konkrétního pacienta? (Otázka č.3)

R1: Kdy? To se vztahuje k tomu, co jsem říkal před chvílí. Pokavád tak nastavím pravidla vzájemný spolupráce, pravidla teda terapie, tak jako člověk musí být direktivní stále, jo? V tomhle. V těch pravidlech, který jsem si nastavil. A ty pravidla můžou bejt volnější, nebo můžou bejt hodně tvrdý. A domnívám se, že to jednak závisí na osobnosti toho terapeuta, ale taky, obzvláště v individuální terapii, na osobnosti toho, toho klienta, toho pacienta. Protože buďto pracujeme komunitním způsobem, což je v podstatě Červeňák, jo, čili je to skupina a v té skupině bysme neměli rozlišovat, tam ty pravidla platí pro všechny stejně, a nebo pracujeme individuálně a zohledňujeme takový věci, jako jsou duální diagnózy, nějaký ten životní scénář toho člověka, jeho charakter a tak dále. Čili tam lze nějak lavírovat. Ale myslím si, že jenom při individuální práci. Při skupinový ne. To se strašně nevyplatí.

To znamená, taková ta usměrňující direktivita, která je jako použitá za určitým záměrem a zneužívá se prostě jo..

R1: No samozřejmě. Já mohu, a nevidím žádný důvod, proč toho pacienta nebo klienta neinformovat, já můžu použít až přehnanou direktivitu s tím, že to má takový a takový cíl. Jo? A seznámím s tím klidně toho klienta. Já na vás budu tak tvrdě, protože vy potřebujete takovej a takovej přístup. Podle mého názoru. Taky může ten klient nebo pacient říct ne, já s váma nesouhlasím a já asi přejdu k jinému terapeutovi. Což je plně jeho právo. Protože ani ten terapeut není neomylný. Taky se může seknout.

Ještě vlastně potom s tím teda souvisí, co si vlastně pod pojmem direktivita lze představit, podle vašeho názoru? (Otázka č.4)

R1: No, já se domnívám, že si pod pojmem, teď nemyslím jako můj názor, ale pod pojmem direktivita si lze představit velmi odtahitou, takovou až byrokratickou, byrokratickej způsob jednání – je to takhle, bude to napsaný, bude to tak, tak takhle jsem to chtěl, takhle to bude a basta a v podstatě bez nějakýho emočního souznění s tím klientem nebo s tím pacientem. Ale také si umím představit a párkrát jsem to viděl na vlastní oči, až buranské, hloupé, župácké jednání – prostě bude to podle mého, protože já jsem bůh. Jo? A já mám teď ty klíče a to právo a teda můžu dělat, co chci. A tím to dávám najevo. Já mám moc a když se vám to nelíbí, tak dostanete za uši, v uvozovkách, či podobně.

Takže se to vlastně jako, v podstatě taková hra s mocí, jakože...

R1: Tak tak tak. Dá se to udělat, zase, buďto je to terapeutický vztah, kdy já chci pomoci, já terapeut chci pomoci tomu klientovi pacientovi, jo, a jsem ochoten kvůli tomu ustoupit ve svém ego až za hranici, kterou si sám teda určuju. Anebo je to naopak potřeba si na tom pacientovi to svoje ego připálit a ukázat mu, kdo je tady pánem.

Jojo, jo, jednoduchý. Tak, co tam máme dál? Pátá otázka. Proč je podle vás v léčbě závislosti potřeba striktních pravidel? (Otázka č.5) To znamená, striktní pravidla, to jsou taková ta kardinální, kdy, žejo...

R1: No, jinak je z toho takovej hezkej tábor. V první řadě se nepereme, v druhý řadě nejsme sprostý, ve třetí řadě sem netaháme drogu, ve čtvrtý řadě, nevím, prostě nějaký takový tyhlety

základní věci, já nevím, který patří k civilizované společnosti – chodím na záchod, meu si ruce, čistím si zuby a tak dál, žejo. Takovýchleto základní věci. A mezi to patří i takový základní věci společenského chování. Čili tam si myslím, že buďto jsme jaksi normální, jo? Pořád ještě normální lidi, takže se normálně chováme anebo už ne, nenormální a to je už teda zase jinej ústav. To jsou Bohnice se vším všady, žejo.

No a když teda, když teda byste to rozved nějak, jo, mně by zajímalo třeba, konkrétně třeba na ty vztahy, ty jsou takový diskutovaný, žejo, ať už jde teda o ty koaliční vztahy mezi klukama holčkama nebo i sexuální, tak třeba jestli s tím jde nějak polemizovat, žejo, teďka už se o tom vede velká diskuze docela, tady v léčebně už jsme to i zrušili, žejo, to vyhazování za to, že se o tom, že se s tím prostě dá pracovat, tak jestli byste k tomu ještě něco..

R1: No, já k tomu mám zásadní jako připomínku, a sice – všechno to odvisí od toho, co je vlastně ten zá...., co je to vlastně za pacienta. Jestli je tady proto, že se skutečně dostal do té fáze s drogou být nemůžu, bez drogy taky ne a potřebuju odbornou pomoc. A obvykle ten člověk sem sice přichází s tím, že tohle sice deklaruje, ale my mu nevidíme do hlavy a my netušíme, co je na tom pravdy. Čili jaká je skutečná motivace toho člověka. A já se přikláním spíš k tomu, že jestliže se někdo rozhodne dobrovolně jít do léčení, měl by vědět, měl by tušit, že za to něco musí zaplatit. Tady ke všemu neplatí nic, to je akorát ten poplatek takovej, ten nemocniční, kterej je ve všech nemocnicích. Ale mně je o to, že když se člověk třeba rozhodne, že vystoupí na Mont Everest, tak ho to bude stát šiléný prachy a dost pěkný utrpení, než se tam vyhrabe, jestli se tam teda vůbec vyhrabe. Čili jestliže něco chci, musím vědět, že za to něco musím zaplatit. A při léčbě závislosti, pokud ten člověk skutečně chce se toho zbavit, tak by měl být ochoten něco za to zaplatit. Tím nemyslím, jakože jsou to nějaký drastický věci, ale už to, že, já nevím, bude třeba tři měsíce odloučen od rodiny, nebo dva měsíce, nebo měsíc, že bude mít zpřetrhaný vazby se svými kamarády, z nichž většina jsou samozřejmě feťáci, jo? Že se nedostane já nevím jak dlouho takříkajíc na svobodu, že bude na nějakým uzavřeným oddělení, že bude zase muset plnit nějaký ty direktivní zvyky nebo záležitosti, který jsou v tom kterým ústavu, tak prostě to vědomí, že já za to musím něco zaplatit, já se něčeho musím odříct, to považuju za velmi důležitý a je to prostě, takovému člověku se pak dá věřit, že prostě chce se léčit. Bohužel pokavad se nevzdá alespoň některých věcí, tak ty jiný ..., kterýma je svázaný tou svojí minulostí, budou tak silný, že celá ta záležitost bude tak trošku na vodě. Moje zkušenost z té terapeutický práce je teda taková, že jakmile vznikají nějaké ty koaliční partičky, jako dvojičky trojičky, vždycky je to na úkor terapie, psychoterapie, a vždycky jsem se to snažil rozbít nějakým způsobem. A co se týče vztahů, jako mezi pohlavími, pravda je, že většina těch lidí je emočně oploštělá. Během toho období závislosti, to je všechno jenom takový na povrchu, a když se já nevím po měsíci po dvou abstinence tady, v ústavu, dávají jaksi emočně dohromady, tak je cekem logické, že tady vzniknou nějaké citové až sexuální vztahy. Což je zase na jednu stranu zcela normální a v běžný společnosti by to nebyl žádný problém, spíš jako morální, nebo já nevím podle toho s kým kdo jak kam a tak dále, ale tady to

zase odvádí toho člověka od práce na sobě a na té síle závislosti a dává ho z té terapeutický práce úplně mimo. Je sice pravda, že je to normální a že by si s tím terapeut měl nějakým způsobem poradit, ale v žádném případě to není normální stav pro toho pacienta, protože on tomuhle odvykl. Je to prostě nová situace a ten je takříkajíc na nebi v tu chvíli a všechno ostatní je mu naprosto buřt. Žádná terapie se ho vůbec netkne, on se zabývá tím vztahem. Protože je to pro něj nový, úplně jiný, nežli předtím. Takže si myslím, že ty terapii, že to nepomáhá.

Ještě, já jsem se chtěl ještě zeptat, předtím u té otázky s těma striktníma pravidlami, jestli byste teda byl jako, vy jste předtím říkal, že pokud byste teda společnost, nebo nějaký spolek, kterej se něčemu věnuje, tak by měl mít nějaký ty společný pravidla, žejo, stejně tak ta terapie, jak jestli je možný v nějakým případě jako uhnout z těch pravidel. Jestli byste prostě nějaký precedens, kdy opravdu víte, že tomu člověku by to pomohlo, když teda prostě ty pravidla jednou teda prostě nepoužijem a jednou prostě to uděláme jinak, jo, jako se to prostě dělá i v tej výchově doma, žejo, taky prostě nejsme nikdy až úplně striktní.

R1: jistě jistě. Takhle. Pravidla se mají dodržovat. Jako dohody, jako manželství a tak dále. Ale. Žejo. Pak se musíme jaksi sami nad sebou zamyslet a říct, nono, pozor, takhle doslova to prostě nemůžeme brát, jsme jenom lidi a myslím si, že ty chyby, selhání a takovýchle ty věci k tomuhle patří. A zase. Je to na osobnosti jak toho terapeuta, tak teda toho konkrétního člověka. Je třeba na sebe vzít v některou chvíli zodpovědnost se vším všady, i s tím rizikem, že možná dělám chybu.

Jo?

R1: No.

Odtud tento váš názor pramení? (Otázka č.6) A ted' tam mám...

R1: Ze zkušenosti.

...z literatury, ze studia...

R1: Z literatury, ze studia, z praxe, ze všeho.

Něco jste i převzal možná, žejo?

R1: Tak.

Takže je to taková směs, v podstatě, toho, co jste nabyt...

R1: Ano ano. Vzdělání, zkušenosti a taky z běžného života, žejo. Taky člověk leccos prožije.

Jasně. Ono jako výchova dětí je v leccems podobná, žejo..

R1: Jistě. Ano.

Asi by měla nějak trošku v tomhleto bejt nějakým zrcadlem, no. Ještě tam mám teda sedmičku, je podle vás osobnost závislého člověka v některém směru odlišná od člověka nezávislého? (Otázka č.7)

R1: Nevím, jestli je to přímo osobnost, já jsem se, dokonce jsem měl nějakou literaturu, že kriminalisti vypracovali něco jak, jaká je osobnost závislého pachatele, jo? Závislého. Čili narkomani, že jsou pro ně prostě nějaký a teď se tam popisuje co je, co všechno a tak dále. A jak se, jaký mají charaktery, jak se projevují a tak dále, na rozdíl od normálních lupičů. Takže asi asi asi by se dalo nějakým způsobem charakterizovat, ale to je spíš takový jako po povrchu. Moje zkušenost je taková, že to obvykle u těch nealkoholovejch, u těch nealkoholovejch, tak jsou to obvykle lidi s nějakým zvýšeným prahem citlivosti. Mírně. Není to vyloženě nějak obr sup, ale jsou na něco citlivější. Nejspíš na nějaké chování, jednání, už v té základní rodině. Jo? A pak se cítí poranění, s tím poraněním neumějí zacházet tak jako většina lidí, který se přes to nějakým způsobem přenesou. Žere je to a kompenzují si to právě tím svým potěšením u drogy. Já se v té své knížce, se odkazuju na pojem štěstí, jo? Všichni chceme bejt šťastný, všichni chceme mít právo na štěstí a když se někde objeví, tak si ho chceme udržet. Nojo, jenže každé si to štěstí spravujeme trošku jinak. Obecně, 90 procent pacientů a pacientek chce mít hezkou ženu, věrnou, dobrou práci, barák a hodně dětí, no. To je sice hezký, ale jak se k tomu dostat, žejo?

To jo, no, to je těžký.

R1: Takže já si nemyslím, že by byli nějak příliš odlišní, ale je to opravdu o tom, nakolik se naučili od svých rodičů, hlavně od svých rodičů, jak se naučili obyčejný problémy, se kterými se každé setkává, jak se naučili je řešit. Jak se naučili se odměňovat. Jak se naučili být šťastní. A když se to nenaučili, tak holt na chvíli vždycky utečou, no a pak utíkají furt a pak jsou mimo a jsou jakoby šťastní. A když se z toho jakoby štěstí proberou, tak zjistí, že jsou nešťastný, jo, a honem zase zpátky utečou do toho jakoby štěstí, aby nemuseli prožívat ten pocit bezútěšnosti a zkaženého života.

No. Ještě jsem tam měl teda jednu otázku, která se teda týká, jestli byste měl nějakéj odbornéj zdroj, kde je idea, direktivita vysvětlená. (Otázka č. 8)

R1: Nevzpomínám si na nic. Jestli se v takovejch těch chytrejch knížkách od Jeloma až já nevím po Frankla a tak dále, když se mluví o vztahu terapeut a pacient, tak tyhle ty chytrý lidi, jako, vždycky znova a znova se vrací k tomu, že záleží na empatii a takovejch těch normálních lidskejch věcech a že ta direktivita jako není všemocná. To akorát dává najevo, jak už jsem řekl, buďto ten terapeut že je vládcem a že si teda, že si to svoje ego takhle přihřívá a svým způsobem vlastně škodí tomu pacientovi, anebo ten pacient si celou dobu dělá srandu z toho terapeuta a chodí za ním z důvodu xy a ne proto, aby se léčil.

Ono vlastně ta, ten prvopočátek těch komunit, ten americkéj Sinanom, tak tam právě žejo ten Charles Dederick, kterej to založil, to hnutí, tak ten potom byl tak megalomanskéj, že právě ta direktivita ho pak sešoupla ke dnu, no, že teda.. tam teda, tam je zajímavý, že on, ten počátek všeho byl výbornej, dokonce si ho pak vzali za vzor žejo všechny ty ostatní komunity, akorát že on opravdu osobnostně selhal, protože pak už byl, pak z něj byl opravdu autoritativní..nějakej.. jo? Že on pak dokonce, dokonce byl i ve vězení nebo nějak byl stíhanéj teda jenom snad, protože nějak měl právníka, s kterým se soudil, takže ho nechal jedním z klientů zabít. To se teda nepovedlo nakonec, ale... dal mu chřestýše do poštovní schránky... no, a on naštěstí teda neumřel, no, ale

R1: No, v podstatě všichni v dějinách, kteří za sebou táhli lid, tak to bylo nejdřív, protože chtěli zachraňovat lidstvo, a skončili tím, že je popravovali. Ono asi ta moc, ten pocit, že můžu ovládat skupinu lidí, jako to z člověka udělá blbce.

To je hrozný. No, ono v tom Synanonu dělalo asi tisíc registrovaných členů, který tam byl nějak jako furt, a ještě k tomu asi dva tisíce, který se tam na ty akce nějak jako sjížděli, takže celkem asi tři tisíce lidí...

R1: To je dost.

...a on už je pak jako zaměstnával, oni prej v tý organizaci furt jako byli. Takže to nebylo, jakože by se zařazovali do normálního života, což právě pak bylo podrobený kritice, jo, že...

R1: No, právě já si vzpomínám, že tohle Knobloch nám vysvětloval taky, že malér je, že některý ty komunity, který takovýmhle způsobem, nebo dokonce výcvik a tyhle ty záležitosti, tak se to zalíbí, těm který, těm lektorům a tady, tak se to zalíbí, že si prostě vypěstujou na těch svých klientech, pacientech...

Nějakou závislost.

R1: ...a studentech, jo, závislost, a že je prostě hrozně důležitý, během třeba toho pětiletého výcviku včas se začít odtrhávat od tý skupiny, jinak tam, jinak ta závislost prostě furt, trvá ještě deset let poté, jo? A bez tý, ta skupina je nejen jako náhradní rodina pro výcvik, ale pak je pro něj vůbec náhradní rodinou, žejo.

To jo, jo, určitě, no. Oni tam tráví potom veškerej čas, žejo, to prej dokonce primář Kubíček, žejo, ten tady prej byl furt. Na druhou stranu zase, když lidi dělají nějakou práci srdcem, jak se říká, tak jí dělaj opravdu, jo.. já si myslím, že tohleto je takový ošemetný téma, jo? Že v tý terapii je to blbý, že fakt se dělá s lidma a že se to možná dá takhle jak odsouvat i tohle, ale jako když si vezmete takový ty workoholiky, který dělají na svém, jakoby, žejo, tak taky tam jsou, žejo, x hodin denně pomalu, no, asi pak ve všem má být nějaká rovnováha..

RESPONDENT R2

Nakolik podle Vás vyžaduje léčba závislostí tvrdý přístup? (Otázka č.1)

R2: No, mě se moc nelíbí ten výraz tvrdý. To znamená co? Nevím přesně, co si pod tím mám představit.

No, pod tím pojmem tvrdý jsem měl na mysli nějaký režim, strukturu, pravidla, atd. Nebo si tam můžeš v podstatě dosadit něco svého.

R2: No, já pokud bych měl použít nějaký výraz pro to co jsi říkal, tak bych tam dal slovo důslednost. Protože my máme pacienty nějakým způsobem nechat dojít k tomu, aby něco špatného a nezdravého změnili a k tomu je potřeba nějakých hranic a vytyčení něčeho, nějakého prostoru, času, lidí atd. Skupiny lidí bývají nějakým způsobem organizovány, tzn. nějaké zájmové kluby, spolky, sportovní kluby nebo prostě společnost jako takovou. Už i ty nejprimitivnější společnosti měly svoje pravidla. Při jejich porušení byl ten dotyčný nějakým způsobem potrestán... stejně jako se to uplatňuje v našem programu. Ty lidi se v tom pak daleko líp orientují – mám na mysli když přijdou do léčby a přečtou si pravidla, vědí, že sem to ještě jako jde a tamto už je přes čáru...

Ve kterých oblastech ta přísnost má případně být? abstinence, denní program, průběh terapie, výběr dalších témat, vztahy atd. (Otázka č.2)

R2: Myslím, že je jasný, že pokud je léčebna zařízení na léčbu závislostí, musí se tam dodržovat čistý prostředí. Tzn, bez drog. Jo, že pokud by tam to pravidlo nebylo, tak by to bylo ohrožující pro lidi, jak pacienty, tak terapeuty. Stejně jako to máš u řízení auta – prostě přes to nejede vlak. Jakmile jsi pod vlivem tak přijde sankce, pokuta, odebrání řidičáku atd. Pokud jde o agresi, což je další problém, protože často ty lidi museli v tom životě na ulici si obstarat něco k jídlu, taky je stál peníze fet a museli se nějak protloukat. Když je pak zavřou, tak docela snadno přeberou chování, který je v kriminále běžný už jenom proto, aby přežili. No, jenže když přijdou sem, tak tady si to dovolit nemůžou. To narazí. Jakmile se v tomhle směru někdo příliš projevuje, tak je to ohrožující pro celou komunitu. Pokud jde o mě a můj názor na tohle

téma, to pravidlo je na místě. Souvisí to vlastně taky s nějakou normou a pravidly chování ve společnosti.

Pokud jde o vztahy mezi pacienty, tak je to nějak logický z toho, co ten konkrétní pacient dělá. Pro mě je důležitý, když funguje v léčbě, to znamená, že mluví na komunitách, řeší věci na skupinách a stará se o to, co bude po léčbě. Jestliže se ale zaměří na vztah s pacientkou a začne ho to v tomhle ohledu brzdit, tak říkám, buď se přišel léčit, nebo něco jinýho. Máme pak dvě možnosti. Buď to pochopí, nějak to přijme a začne se věnovat sobě nebo si vybere druhou možnost. A taková spolupráce už není z jeho strany spolupráce. On po nás chce něco, ale ty věci k řešení do toho musí vkládat on.

Takže se podle Tebe s tím ale dá pracovat? Myslím tím teď třeba striktní přístup k pravidlům.

R2: Takhle. Je to podobný jako doma. Když jsme měli holky mladý a šly někam ven, tak když řekly že přijdou v jedenáct, tak prostě musely přijít v jedenáct a to prostě platilo. Když se dělala nějaká práce, třeba jsme malovali byt, tak byli u toho všichni a museli pomáhat. Když ale zase potřebovali podpořit ve studiu nebo jsem chodil makat o víkendech na stavbu, když mladší dcera se zeťem stavěli. Jinými slovy, to samý se uplatňuje nějakým způsobem v rodině. Měl by být nějaký řád a pravidla, která obecně platí a o výjimkách se dá diskutovat, ale to záleží...

Kdy podle Vás je vhodné být direktivní u konkrétního pacienta? (Otázka č.3)

R2: Já tohle nemám moc rád. Direktivita je způsob, kterej mi neseď. Já pracuju jinak a vlastně celej tým. Pacient, pokud má nějaký problém, tak by si na něj pokud možno měl přijít sám a ne, aby mu člověk strkal všechno pod nos. Proto je občas tak různě popichuju a rejpu do nich, v tej neformální rovině a za určitých okolností se zívávej pacient, zapšklej, ale taky přemýšlivce něčemu dopracuje, samozřejmě taky díky skupině a komunitě. Je samozřejmě hodně způsobů, jak učit pacienta přemýšlet o věcech jinak, než byl zvyklý, ale dělat to tak, aby si na to přišel sám je podle mě to nejlepší. Je už právě na terapeutovi, jakým způsobem tohle umí udělat.

Myslíš tím, že direktivita by se neměla užívat?

R2: To neříkám. Já tu direktivitu vlastně používám taky. Hlavně v tom, jak někteří z pacientů mají najetej styl, kterej souvisí s jejich drogovou minulostí. To znamená dredy, náušnice a podobný věci, kterýma jsou označeni. A já je pak vedu k tomu, aby se ostříhali atd. Pro toho

člověka je v tom taky vlastně kus překonání sama sebe. Když shodí image feťáka, je to pro něj dobřej způsob, jak na sobě pracovat – často je to spojený s dlouholetou drogovou kariérou a oni se tohozbavujou neradi. Vyvolává to v nich potom emoce, často vztek nebo lítost a s tím se dá nějak pracovat.

Co Vy sám si představujete pod pojmem direktivita?(Otázka č.4)

R2: Tak já myslím, že pokud někoho vedeš tak, aby Tě poslouchal a dělal přesně to, co po něm chceš Ty, a vlastně bez ohledu na to, jestli je to v jeho nebo proti jeho zájmu. To znamená jak z toho kladnýho, tak i negativního. Je to vlastně hra s mocí, kdy ten terapeut by měl nějak rozeznávat, co vlastně jako s tím pacientem dělá. Aby si přes něj nějak nepřehrával nějaký svoje vlastní nevyřešený věci, který by měl řešit někde sám. Takže je to o neustálý kontrole sama sebe, ale na druhou stranu ta direktivita taky může být užitečná, protože jestliže ten pacient cítí, že v určitých věcech jsi neústupnej a že přes tuhle hranici už se jít nedá, tak to může být pro něj užitečný. Tou direktivitou, která nám nějak pomáhá vytvářet hranice pro to, coje vhodný a co je jako už nevhodný můžeme pacientovi ukázat, jakej vlastně je.

To znamená, že...

R2: No, prostě chci tím říct, že dobře nastavená direktivita je užitečná a naopak pokud se jí používá moc, tak už to může být naopak. Je to taky záležitost, kdy musíš rozlišovat, jestli jí použít nebo ne. Protože třeba na ranní komunitě nebo volné tribuně je míra direktivity větší než při skupině, kde se například pacient představuje a jde do hloubky svezich problémů.

Proč je podle Vás potřeba v léčbě závislostí striktních pravidel? (Otázka č.5)

R2: Tak já myslím, že už jsme na to narazili, ale je to fakt teda o tom, že ten řád, ty základní nejdůležitější pravidla jaksi podtrhujou. Jo, že vlastně když se podíváš kamkoliv jinam než do tý terapie, tak taky existuje nějaký systém, kterej má pravidla – třeba děti a škola, že jo. Prostě děti když začnou chodit do školy, tak se nějak tou důsledností, tím tlakem vytvoří nějaký návyk, kterej se musí neustále ...no víš co myslím... jo, že pokud to dítě pozná, že každý odpoledne si musí udělat domácí úkol a že jinak nemůže jít ven, jo.... To mě napadlo jako příklad. Prostě začíná to od mala a když si to ten človíček nějak zvnitřní, tak mu to přijde normální a po určitéj době už to dělá automaticky. To samý platí naopak a s tím my tady pracujeme. Lidi, kteří se k nám dostanou, mají ten vnitřní řád proměněnej často v chaos a my

jim tím řádem a pravidlami nějak znovu na nějaký čas vytvoříme v podstatě bezpečnou formu nějakých hranic.

Takže by se to vlastně mělo používat tak jako ve výchově?

R2: Jo, rozumíš. Jako, to jsou věci, kdy, já nevím, třeba se dělalo, dělala rekonstrukce oddělení a řeklo se dopředu, co bude následovat, jak dlouho to bude trvat a oni to brali. Ty podmínky, když jim teklo do postele a tak dál. Nebyla stížnost třeba. Na druhé straně se to dělalo a pacienti si stěžovali, protože nikdo s nima nemluvil. Myslím si, že jako je důležitý, aby ty lidi, nebo ty pacienti cítili, že jsou lidi a že s nima jako s lidmi sobě rovnými jednáš.

No, že by to prostě mělo být jako férová...

R2: Fér. Férová hra. Hra v uvozovkách.

Hmm. Já myslím, že to jako, že to jako naplňuje tu odpověď dobře tohleto. Ještě tam mám takovou: Odkud tyhle tvoje názory pramení, (Otázka č.6) jo, teda ohledně toho tématu. A mám tam napsáno z literatury nebo ze studia, z výcviku, nebo z praxe, nebo jestli's to přebral od svých kolegů třeba? Tak jestli...

R2: Já jsem jednak absolvoval postgraduál metody aplikované sociální psychologie, kdy jsme se (?) vyzkoušeli na sobě a to je výborná věc, to tady uplatňuju nejvíc. Řadu věcí mám z toho dřívějšího působiště, kdy jsem taky lidi musel ukecat, byť jsem byl v zeleném. Rozkaz tak nefungoval. Jo? Takže, no, životní zkušenost. Za chvíli mi bude dvaasedesát, jo?

Jojo, určitě.

R2: Já pacientům říkám, že když jsem sem měl nastoupit, tak jsem přečet všechno o závislejích a jak s nima, a když jsem sem přišel, tak jsem zjistil, že je to úplně všechno jinak. Takže hodně z práce tady, kdy člověk se učí na vlastních chybách.

No.

R2: Stačí ti to?

Jo. Jo ještě, to je takový podle mne docela zajímavý: (Otázka č.7) Je podle vás osobnost závislého člověka v některém směru odlišná od člověka nezávislého? Jako jestli v tom vidíš nějaký rozdíl, jo. Jestli tam je fakt něco, vyloženě odlišného.

R2: No, jako že by to bylo úplně odlišný, to v žádném případě. Akorát normální člověk, nebo člověk, kterej neprošel závislostí, nebo není závislej, tak je schopen prožívat ty věci a vyrovnat se s nima. Kdežto ten závislej, ten tohleto neumí. A i v podstatě, i po tej léčbě dlouho trvá, než se ta jeho snížená citlivost na stres, na pocity křivdy a neuznání, než jako se dostane trošku dál.

No.

R2: To je jedinej rozdíl, kterej asi vidím, ale po určitéj době abstinence je to, se dostane na tu úroveň toho člověka, kterej závislostí neprošel. Problém další, kterej vidím v tomhleto, je u těch mladejch, kde v podstatě není na co navázat. Když začli ve třinácti čtrnácti, tyhlety děti, tam, když nám sem přijde dvacetiletý kluk, kterej opravdu uvažuje jako třináctiletý, tak tohleto když srovnáš, tam ten rozdíl je obrovskej.

A když by jsi ještě, když bych se zeptal ještě na někoho, kdo má teda nějakou duální diagnózu, jestli se teda tam to potom už samozřejmě dává ta diagnóza...

R2: To víš, tam to dává ta diagnóza. Tam ta odlišnost je jasná. Ten člověk je, to je sinusoida. Jednou nahoře, jednou dole a je úplně jedno, jestli má diagnostikovanou schizofrenii, nebo jestli je to nějaká bipolární porucha, to už je fuk.

Tak jo. A ještě tam mám: jestli by jsi, no, to už je jenom taková vsuvka. (Otázka č. 8) Jestli by jsi uměl nějak, najít nějaký zdroj, kde je idea direktivity vysvětlena. Tak jestli si na něco vzpomeneš, nějakou literaturu třeba nebo něco takovýho?

R2: Můžu ti říct, že asi ne. Jo, traduje se akorát skálovskéj systém, že je těžce direktivní. Já si myslím, že v současný době to už je, ne že je to překonaný, ale že ta direktivita už je daleko rozmělněná. Když vzpomenu, co se vykládá, jak tady všichni museli dělat to či ono a nebyl rozdíl mezi terapeutem a pacientem..

Že vlastně se uplatňoval ten systém i na ty therapy.

R2: I na ty therapy. Ale v podstatě tam je, jestliže něco po těch pacientech chci, tak to musím taky umět.

No. No, já myslím, že to takhle stačí asi. Že jsi mi to zodpověděl všechno. Ono je to tak, jakože se to prolíná stejně, jo, ty otázky, takže, no, takže, jo fajn. Tak díky moc teda. Perfekt.

RESPONDENT R3

Takže, otázka číslo jedna. Na kolik podle vás vyžaduje léčba závislosti tvrdý přístup? Ono možná teda na vysvětlenou, pod tím tvrdým přístupem jsou myšlený teda nějaký pravidla, nějaký striktní, nějaký režim, žejo. Můžeš si tam teda dosadit, možná teda podle sebe taky a nějaká direktivita právě, jo, tyhle věci, jo? Jestli... (Otázka č.1)

R3: Jde o to, na kolik, to se ptáš, to myslíš na procenta?

Spiš jde o to, jakej máš na to názor. Třeba, já nemíním jako srovnávat přístup k závislejím a nějakým jiným diagnózám, ale prostě že tadyto je nějaký specifický, nějaká specifická cílová skupina, žejo, ty závislí a tak na kolik teda podle tebe vyžadujou nějaký tvrdý přístup? Jestli je tomu takhle rozumět.

R3: No. Těžko řeknu nějak konkrétně, na kolik, jo? Z mého pohledu. Já u sebe pracuju hodně s jakousi jako citlivostí a vnímavostí, nechci říkat intuicí. Ale ty tu mluvíš o cílové skupině závislých lidí, kterou já považuju, nebo jako podobných diagnóz, ale já je považuju za skupinu mladých, nezralých dětí, který mají jako intenzivní způsob vyhubavého chování, úlevového chování. A v tomhle směru to přirovnávám k běžným věcem, který máme jako z praxe jako rodiče, a já si myslím, že taková ta jako bezmezná benevolence, spoléhání se na to, že sami si dojdou, sami si utvoří názor, sami se z něho poučí, dost dobře nejde. Jo? Ten čas je tady omezený a je potřeba prostě k některým věcem toho klienta nebo pacienta přivést, i k poznání skrze pravidla, skrze normy a skrze to, co vlastně společnost jako nastavuje, s tím, co je dobré a co je špatné. Protože oni tohle, tenhle pohled mají jako zkrácený. Mají ho jinak, žejo. A to si neumím představit, že by to bylo skrze pravidla a skrze něco jiného, nějaký normy, nevím, jak jinak bys to chtěl v životě jako aplikovat, jo. A teď už myslím i jako jak na děti, na výchovu, tak vlastně na závislí. Protože co tady vlastně máme jinýho? Takže já si myslím, že to tam patří, že to je rozumné v nějaké formě, takovýho nějakýho, ano, direktivního, můžeme to nazvat tvrdýho přístup. Ale ruku v ruce vždycky je to o tom, že to je v pořádku a to není v pořádku a rozlišujeme a zároveň vždycky tam musí být ta věc, jako jsi přijímán, jsi respektován jako člověk a v tomto ohledu děláš prostě chybu, děláš chyby, nebo chybuješ a je třeba něco změnit. Jo? Vždycky tam musí být ta složka toho jako jsi dobrý člověk, to znamená ten opačný přístup, ne ten tvrdý. A to už jim možná je jedno, jestli si to doplňujeme ve dvojici,

jestli je jeden člověk jako terapeut schopen to ustát nebo ne.. Já myslím, že to jde ruku v ruce. Nejde to jako oddělit, že jen jedno je dobrý a jedno ne. Myslím, že to k sobě patří.

Já ještě, protože ta dvojka s tím vlastně souvisí, tak pokud by šlo teda o tu přísnost v tom, jak jsi říkala, že by to mělo být vždycky obojí, jako, i to, že by měl být jako přijatej, a zase na druhou stranu, když pracujeme s nějakým klientem, kterej má zase bohužel deset let kriminální činnosti a prostě má najetý prostě nějaký svoje věci v chování, takže asi hladit ho po hlavě nemůžem. Takže v kterejch těch oblastech by mohla ta přísnost podle tebe být, jo? (Otázka č.2) Tady mám vypsaný nějaký – abstinence, denní program, průběh terapie, výběr nějakých svých témat, třeba vztahy, jo? Třeba. A tak dále. Ta přísnost může být žejo v leccems, takže jestli tě k tomuhle něco napadá?

R3: Mně to úplně nesedí, ta otázka, v tom smyslu, že v čem jí máme jako aplikovat, jo? Zatěžko říct, že v tomhle jo a v tomhle ne, protože každej z těch lidí, kteří tady jsou, i každej z nás, jsme sám vůči sobě nějakým způsobem v určité oblasti disciplinovaný a v určité oblasti nám to třeba nejde, jo? Tak taky děláme jako blbosti, životní. A můžeme si někdy říct, že kdybysme trošku byli jako tvrdší, nebo disciplinovanější, tak by se nám to třeba nestalo, jo? Takže nemůžu říct, jako metrem, že v týhle oblasti, vztahový, pracovní, ano nebo ne. Já jsem za sebe nějak strukturovaná, nějak jsem vyrostla, mám k tomu nějak jako, inklinuju k tomu, mám k tomu dispozice, protože je mám zažitý a přijde mi to smysluplný, že ty věci mají nějaký rytmus a režim a že jistá pravidla, a jako i morální pravidla, ten rytmus udržují. Ale to, do jaký míry to ten bude pacient ochoten, ten rytmus, který my mu tady nějak zprostředkujem a nabídnem, převzít a do těch svých vlastních oblastí si ho vložit, to si myslím, že je jenom na tý nabídce a na tom, jak on si to uchopí. Nemůžeme to tisknout. To rozhodně už ne. Můžeme prostě, kde ano a kde ne. Já bych to jako nerozlišovala úplně, jakože v který oblasti, jestli v práci. No tak, já si prostě neumím představit, že bych měla vykonávat nějakou práci, pracovní činnost, to znamená být někde zaměstnán, aniž by z toho nebyly nějaký pravidla. To přece ve společnosti neexistuje. Jo? Když to budu přirovnávat k tomu, jak vypadá společnost, tak pokud máme toho pacienta nebo klienta nějak připravit, tak musí vědět, že tam ty pravidla jsou. A musí se rozhodnout, jestli vůči nim bude revoltovat, jestli je bude přijímat a co to s ním bude dělat. Anebo jestli se do týhle oblasti zapojit vůbec nechce a jaký to bude mít výhody a nevýhody. Myslím, že ho spíš jako vedeme, k takovému otevřenému prozkoumávání těch možností, jaký vlastně v životě má. A může si je vybrat, jo? A není to direktivnost v tom, že tohle musíš a tohle jediný je správný. Že těch voleb máš samozřejmě množství, jo? Ale součástí normálního života venku mimo léčebnu jsou jistá společenská pravidla a regule, normy a my je tady tím řádem vlastně jako napodobujeme a můžeme si povídat o tom, co to s tebou dělá, jak jsi na to připraven, jak ti to vyhovuje, nevyhovuje a to, jak v tom funguješ, jaké výhody ti to přináší a jaké nevýhody ti to přináší a co s tím teda jako do budoucna budeme dělat, jo? Nebo ty budeš dělat, žejo. Tak nějak. Já bych to nerozlišovala, jestli jako přímo na tuhle oblast, tuhle oblast nebo tuhle oblast.

Mně spíš šlo o to, žejo já nevím, že jsou témata, který jsou kontroverzní, jo? Jako třeba abstinence, žejo. Jestliže my tady máme pravidlo, že prostě když poruší abstinenci, například na vycházce, tak že je okamžitě vyloučen z léčby, žejo. A jestli teda existují, žejo, to je jenom jeden příklad...

R3: Ale to je jenom...

No právě...

R3: To pravidlo můžem vytvořit vůči abstinenci jakýkoli

A to samý, žejo, s těma vztahama, žejo. Donedávna se ty lidi vyhazovali, dneska už se to nějak trošku, žejo, posunulo, našťěstí někam jinam. No a tak, protože, jo, já vim, že ono se to třeba dá blbě uchopit, ale jestli teda jako z tvýho pohledu jsou nějaký témata, který jsem teďka uvedl jako příklad, který by opravdu měly bejt striktní a jo, nebo jestli je to opravdu vždycky záležitost nějaký individuality, jak k tomu člověku budem přistupovat, nebo...

R3: hele podívej. Ty jako myslíš tady v tý léčebně nebo čistě...

Myslím tady. Myslím tady.

R3: Tak tady, tady ty pravidla neřešíme, nebo netvoříme my. Tady jsou nám daný. Jako když jedeš do lázní nebo do hotelu, tak musíš...

No právě...

R3: ...musíš si přečíst hotelový řád a tomu se musíš přizpůsobit...

No a s tím jako terapeut musíš nějak pracovat, žejo.

R3: No ale já je jako respektuju. Já je nevymyslela, pracuju s nima, protože v nich žiju, a do jisté míry vnímám jako i tu jejich smysluplnost. Protože já jsem třeba komunistický dítě a byla jsem takhle vychovaná. A dává mi to nějak jako vnímat, jo? a jediný, co v tý terapii pak můžu jakoby udělat, je říct, mně se to v životě osvědčuje tímto způsobem a mám s tím takovouhle zkušenost a jak si naložíte s vaším životem, to už je na vás, jo? A pokud prostě jako v těch pravidlech, které vytvořilo vlastně toto zařízení, to vedení tady toho zařízení, nebo historie tady toho zařízení. Prostě neobstáváte, protože nechce a nechcete přejít na ty pravidla, tak to se nedá nic dělat. My je ale nemůžeme měnit. Stejně jako kvůli mně hotel nezmění pravidla. Řekne mi, budete se muset odstěhovat a vybrat si jiný hotel. Tak to chodí v životě, to se nedá nic dělat.

Jo, ale jako když si vezmeš, že v republice máme, já nevím, 17 léčeben, který uplatňují vlastně úplně stejnej model, přibližně, jo, 15 komunit, který jsou taky nastavený v podstatě úplně stejně, víš, tak jakože u nás vlastně nelze vyměnit ten hotel, v podstatě. Že je to právě ten terapeutický přístup spíš, kterej může tam nějak s tímhletem hejbat.

R3: Já si myslím...

A o to mi jde právě.

R3: ...že v tom terapeutickém přístupu jde jenom o to vysvětlit, že to není zákon, kterej by lámal osobnost toho člověka. Nic víc.

To znamená fakt nějaký individuální přístup k tomu, aby se s tím člověk jako...

R3: A každej z nich je na ty rány nějak jinak citlivej. Protože si prošel jiným životním příběhem, žejo.

Jasně. No...

R3: Ale nic víc s tím neumím. Já je taky musím akceptovat, i ten člověk je musí akceptovat. A když ne, tak se prostě v tu chvíli, která nám zbývá, než odejdete, můžeme popovídat o tom, co

za nevýhody v tomhleto rozhodnutí vlastně způsobuje a co se vlastně může stát, jo? A to je vklad do toho člověka. Jakože to není zákon danej takovej, že ho musí nutně jako zlomit a musí se nutně přizpůsobit. Má volbu. Má. A já nejsem ten, kdo by mu tu volbu chtěl sebrat. Já jsem jenom prostředník, kterej mu ukazuje, jakou může mít výhodu.

Hmm, jo dobrý. Takhle mi to stačí. Super. Ohledně tý direktivity, ta trojka. Kdy je podle vás vhodné být direktivní u konkrétního pacienta? (Otázka č.3)

R3: U jakýho? A v jaké situaci?

No, to je právě ono zase. No, tak kdyžtak o tom zase něco řekni. Mně spíš jde zas o to jako, abych z toho vytáh potom to, jak se s těma lidma jakoby pracuje, no. Jako styl práce. Aby bylo jasný, že někdo opravdu jede striktně podle pravidel a někdo si prostě vytvořil nějaký svůj systém a ty pravidla používá spíš jako, aby tam prokličkoval, ale nějak jako spíš bere tu individualitu. Tak o to mi jde, abych tohle v tý práci nějak jako zhodnotil.

R3: Hele. Já se nesnažím ty pravidla nějak jako obcházet. Respektuju je a pacient a pacienti to vědí. To znamená, že když se jim nebude dařit je nějakým způsobem zvládat, tak, jak bych to řekla, tak to povede k jednoznačným důsledkům. A osobně nejsem člověk, kterej by se snažil prokličkovat mezi těmi důsledky. Já si prostě myslím, že jak jsem třeba vychovávala i své děti, že se musí naučit nést důsledky za svoje činy. Musí. Jo? A ve svém životě mnohdy (?). to nemluvím jenom o toxikomanech, jo, to tak není. Oni je nenesou, protože je nenechají dolehnout jejich rodiče, babičky, tatínkové a tak dále, jo? A tady to nějakým způsobem zprostředkováváme, jako tím režimem. Já ho neobcházím. Já ho беру tak, jak je a s ním pracuju. A oni vědí, že to mám prostě jasně nastavenou mez. A přes tu mez to prostě nepůjde.

A když bys, když by sis měla nějakou situaci, jo, protože ta otázka byla, kdy teda je vhodné být direktivní u nějakýho pacienta, tak jestli by jsi, já nevím, třeba nějaký příklad, jo, kdybys měla z paměti vytáhnout. Nebo...

R3: Hele, to je, to jsou, to je každodenní drobnost. Ať sebekázeň, ať sebedisciplína, je to v každodenních věcech. Já můžu direktivností nazvat to, vraťte se, zaklepejte na ty dveře, prosím vás slušně, a tu sestřičku požádejte normálním způsobem. Vraťte si ty přezůvky a přezujte se. Protože tak se to má dělat. To může bejt prostě ono, tohle, jo? Já jenom prostě, součástí těch pravidel jsou nějaký ty naše nějaký tydlimydlí pravidla, ale jsou tu. A nezavírám

před nima oči. Takže ta direktivnost je v každé chvíli. Ta direktivnost nějakým svým způsobem jako, to, že akceptujeme jako terapeuti ten léčebnej řád, z nás je cítit od chvíle, kdy vstoupíme do tý práce a jsme tu. Jako s nima. To není jenom jakože jedna chvíle jo a jedna chvíle ne. A jeden pacient jeden jo a jeden ne. To je prostě o tom postoji. Buďto pacienti ví, že já to s tím řádem mám tak, jakože přese mě to jakože projde, ale to si musím unést a obhájit sám, jako prostě, taky mám nějaký, jo, někomu se zpovídám. Jako zodpovídám se svojí prací. Ale já tu práci dělám (?) tohohle zařízení. Dělán ji prostě s těma nástrojema, který můžu, a ty nástroje jsou daný tím režimem a já ho musím používat, jo? A neznamená to, že půjdu proti němu. Já ho prostě přijímám, tak jak je. Ale nedávám zase extrémní důraz na to, že je to jediná samospásná záležitost. Ale když si všimnu toho, že (?) se dělají prostě špatně, že si někdo vezme cizí věc, protože prostě zrovna chce a protože se mu nechce udělat deset kroků dál, a nevezme si tu svojí a vezme si já nevím prostě cizí oblečení, (?), tak já nad tím prostě nezamhouřím oči. Jo? Když tam bude, tak já ho na to prostě upozorním. Takový věci jsou tu prostě na denním pořádku. To nemusí být nějaký ohromný tragédie, nebo ohromný zásadní porušení nějakých denních pravidel. To jsou denní věci.

No.

R3: Drobnosti prostě.

Mně to takhle stačí. No, já prostě, mně jde o to, vlastně zjistit, víš co, jo? Že vlastně jako komunita versus léčebna, žejo, že vlastně ta léčebně je tak nějak jako léčebná instituce, žejo. Že už jenom to, že si lidi tykaj s terapeutama v komunitách a tady si vykáme, jo? Že je tam ten level trochu fakt postavenej jinak. A že tam tu direktivitu ty terapeuti taky používají úplně jiným způsobem než u nás a, jo? Tak mně jde právě tady o to nějak rozlišit ten přístup, jakej je v léčebně a jak je to tam.

R3: Nejsem zastáncem toho, že je léčebna jako jediná, nejlepší, tedy aktivita, režim, řád, pravidla a funguj. A není dobrý se za ní jenom schovávat, jo? Znovu opakuju, že tam vždycky musí být ten lidskej, přijímající přístup. Ale ten může být jenom do té míry, do jaké fungujeme v těch pravidlech všichni. (?).

Potom co vy sami si představujete pod tím pojmem direktivita, právě. (Otázka č.4)

R3: Z takový obecný roviny tý otázky?

Tak ono vlastně ty už to v podstatě jsi takovým nějakým způsobem řekla, ale jenom jestli...

R3: Já si pod tím představuju to, že druhý člověk je, je pro něj čitelné a možná i bezpečné, jaké má, jaké jsou hranice, které já teda nějak nastavuju nebo je vytvářím tím, jak pracuju s nima. Že ví, kde jsou hranice. Že se naučí rozeznat, kdy vstupuje už za mez snesitelnou pro druhou osobu, nebo pro druhé, nebo pro zařízení.

No, a když to...

R3: Co to pro mně znamená?

Myslím jako, když to otočíš do té negativní nějaký polohy, žejo, direktivita může bejt v zájmu klienta a direktivita může bejt taky v zájmu terapeuta, co si budem povídat. Jo? Že je to těžce zneužitelný nástroj, žejo, direktivita. Víš? Tak jako, co teda si představuješ pod pojmem direktivita, jako opravdu pod tím pojmem, no. Jestli je to teda opravdu teda takovej nástroj, kterej ti dává moc, žejo, dává ti...

R3: Dává moc?

No a...

R3: Jako nechci říct dává. Moc dává nejenom direktivita, ale samo o sobě to postavení, v jakým tady jsem. To je postavený mocí vůči tomu pacientovi. Já to vím. To musí vědět.

No.

R3: No.

To znamená, prostě, moc je nástroj, kterým se dá...

R3: Pomocť i ublížit.

Pomocť i ublížit. No, dobrý. Ta pětka, to s tím vlastně taky tak nějak souvisí. Proč je podle vás potřeba v léčbě závislostí striktních pravidel, jo? (Otázka č.5) Striktních, to znamená takový ty kardinální, žejo, pravidla, který, který máme vyjmenovaný asi čtyři nebo pět, žejo, včetně toho sexu, ktereť tady byl donedávna a teď už teda neplatí. Tak proč teda je podle toho, podle vás potřeba striktní pravidla. Pak je tam, žejo, to pravidlo abstinence, pravidlo agresivity nějaký, a žejo, co tam ještě je?

R3: myslíš ty pravidla, za který jsou vyloučený, žejo.

Takový ty kardinální opravdu.

R3: Já jsem si vzpomněla jako na Osadu havranů...

No.

R3: ..., kde ty, kde to, tam je taková dramatická scéna, kdy on je z toho...

Vyloučeneť.

R3: ...společensť vyloučeneť. To je asi od pradávna, kde ty kardinální pravidla fungovaly. Byly. Je to největší míra trestu, jako pro jedince, když je vyloučen ze společnosť, ve který žije.

No. To je dobreť příklad, no.

R3: Ale proč to tam od pradávna je?

No, když bys to teda přenesla do té roviny ty léčeny, nebo těch zařízení, který se zabývají léčbou teda, tak, žejo, vlastně to striktní pravidlo, nejdůležitější je ta abstinence, nebo to čistý prostředí, bezdrogový, žejo, tak jestli k tomu bys něco měla?

R3: Jako uvnitř toho zařízení?

Hmm.

R3: Ta čistota toho prostředí, jo?

A vůbec jako obecně. Celá ta, jako, ty čtyři pravidla nebo kolik jich je, no, že jsou opravdu nějak asi důležitý teda. To Skála vymyslel už někdy po válce nebo kdy. Já třeba jsem si četl o vývoji komunit po válce právě, a tam polemizovali nad tím, jestli teda můžou mít ty lidi v komunitě sex nebo nemůžou, jo? Tam byl fakt jako zajímavěj asi desetiletěj vývoj v tej jedne komunitě, tam nakonec přišli na to, že ne, jo? Víš? A tak by mě zajímalo, jakěj máš na to jako názor ze svý zkušenosti, jo, spíš. Seš tady přece jenom jedna ze služebně nejstarších, pokud vím teda.

R3: No, jenomže proto možná ten můj názor nebude úplně vlastně objektivně srovnávající jiný možnosti. Protože jsem tady vlastně...

No, ale právě...

R3: ...od začátku těch pravidel. Já vlastně jiný...

Já vím. Ale jako že...

R3: ...jsem nezažila, jo?

...že je dobrý právě možná, že by to, že už teď pracuješ zase v něčem jiným, žejo. Ten sex se tady už nezakazuje, žejo, a nějak se s tím už dělá, a jestli třeba právě tu odlišnost je vidět, jo? Jestli je to třeba podle tebe dobrý, že se s tím nějak může pracovat, nebo jestli to bylo dobrý, když jsme ty klienty jako prostě vykopli a nikdo se s nima nebavil, jo?

R3: Hele, já nevím, jestli dobrý nebo špatný. Možná takovejhle výzkum, kterej nás povede k nějakému dlouhodobějšímu jako výsledku srovnání, jestli to teda je přínosné nebo není přínosné. Přínosné, to je obložnosti, co si budem povídat, jo? Prostě je, je to tak. A je to takovej top jako teďka, kterej jako když se setkáš s lidma, odborníkama v praxi, jo, vy tam máte tohle? U vás se smí. To samý klienti, jo? Jo, oni už můžou (?), oni, to je věc, která se rozjede prostě mezi nima, je to informace, která je pro ně lákavá, nějakou nabídkou, jako zpestření, a je to prostě jako naše součást. A co my s tím? No. Ta stará, ta přílišná taková ta striktní a absolutně mocenská direktivnost, to prosazování tvrdých pravidel dávalo, jakoby vnášelo pocit strachu jak do patientských linií, tak do personálních linií, jo? No a pod vlivem toho strachu, způsobovali zkrat, jako buď se ti lidé přizpůsobili nebo se odfiltrovali. Tak se to vytvořilo, jakýsi (?). A zůstali jenom ti, kteří se chtěli přizpůsobit a s kterými se tedy pracovalo lépe. V uvozovkách lépe. Protože nemůžeme říct, jaké byly výsledky. Výběr do těch prvních léčebných zařízení, nebo prvních léčebných skupin, když chci zmiňovat pana docenta Skálu, byl filtrován velmi významně. On nebyl přijímanej každěj alkoholik jako je to teď, jo? A tak ty výsledky taky byly jiný, žejo. To, co je nevýhodou v současné době je to, že se jakoby nemůžeš, jako člověk, který tady jako ty pravidla a ty normy nějak jako reprezentuje, za ně absolutně jako schovat, nekompromisně je uplatnit v tom smyslu, že to je jako ten zákon, nebo nemůžeš. Někdo to tak chce, někdo nechce. Já to tak třeba nemám úplně – a tak to je. Čím, kdybych tohle dělala, tak se za to pravidlo jakoby schovám a to pravidlo mi slouží k tomu, že se tomu víc nemusím věnovat. Když to pravidlo, já ho sice jakoby vnímám, ale mám zájem se ještě věnovat té oblasti toho chování toho člověka kolem a poznat ty okolnosti, důvody, a třeba mu je i pochopit, i když k tomu v důsledku musí dojít, on to musí snést, ten důsledek ten pacient nakonec, ale můžeme ho tím provázet. A já si můžu vybrat. Buď ho teda budu provázet a stejně se něco jako stane, on bude muset nějakěj důsledek jako absolvovat, anebo budu ten terapeut, kterej bude jen soudce, mravokárce a aplikovatel toho pravidla, a tím je to pro mě vlastně jako lehčí, v tu chvíli já se nemusím ničím víc z jeho příběhu zabývat. Nerespektuješ, odchod. Jo? Je to rychlejší, méně pracné, dá se za to schovat, víceméně, jo? Ale jde jenom o to, nejde jako o to pravidlo samotné jako takové. Jde o dynamiku toho člověka, si myslím, který s tím pravidlem pracuje. Buď to jsou typy, který se jako chtějí za to pravidlo schovat a brát ho jako zákon, kterej je mocensky uplatňovatelný, anebo je to člověk, kterej řekne je to důležitá věc, pravidla jsou důležitá věc a pojďme se o tom pobavit, jo? A oba dva jako v tu chvíli akceptuju to pravidlo, jo? Ale v jiné dynamice, v jiné intenzitě. jako, to je něco, co já jsem třeba hledala v tu chvíli, když jsem šla dělat to další studium, kdy jsem začal dělat to další studium, ten další výcvik, že jsem vnímala, že to není dobrý. To schovat se jenom za tu striktnost. Tu dramatickou striktnost. Jako to ne, jo? Že to pak ztrácí to vnímání a tu možnost přijmout toho člověka jako člověka, který je s chybama a mylnýma rozhodnutíma. Osobnost nějakým směrem, jo? To potom nejde. Když já jsem jenom ten soudce, jo? A to si myslím, že

je jenom jako o tom lehce poustoupit a nějak najít cestu, jako smířlivou, že to nemusí být nutně takhle.

No, to je fakt jako výbornej postřeh tohle. To je přesně to, co...

R3: A ještě chci říct, že ten nověj postoj, to znamená, že jako třeba já přijímám ty pravidla, já je vlastně jako zastávám, ale přijímám i Tebe, jo? V těch pravidlech. A musíme se teďka pobavit jako o tom, jak se ti v tom žilo a tak. Teď je to náročnější a mnohdy to je takový, jakože i ten terapeut prožívá takovou jakousi beznaděj. Protože vidí, že ten člověk tím, že se jako nepřizpůsobuje tomu pravidlu úplně jako otrok, tak ještě furt dělá ty chyby a vlastně se těma chybama, vždycky udělá krok dopředu, vrací se, krok dopředu. A provází se těma chybama. A je to takový jako, že s ním odžíváš ty chvíle nádechu a chvíle propadu, jo? Je to o té investici do toho člověka. A je to i energeticky náročný pro toho terapeuta a prožíváš s tím člověkem i tu beznaděj, když to prostě opravdu třeba vzdá, jo?

Já tam mám ještě k tomuhle tomu otázku. Odkud tento váš názor pramení? (Otázka č.6) A teď tam mám jako nějaký body, jo? Literatura, výcvik nebo studium, potom z praxe a přejal jsem to od starších kolegů. Tak ty jsi mluvila o tom výcviku, že vlastně nějakým způsobem tě určitě ovlivnil a že, že jako...

R3: No, já...

Jo? Že...

R3: Hele, já když jsem sem nastoupila, tak jsem se musela, shrbit záda a přizpůsobit se. A byla jsem mladý tele, který nevědělo, jak jinak to může fungovat. Takže jsem prostě musela fungovat v něčem, co bylo daný. Bylo to to mocenský, bylo to to těžký, tvrdý, i ponižující. A včetně pacientů, včetně personálu. My jsme byli úplně ve stejných rolích. A někde ještě doznívají v různých zařízeních, možná i tady, tady ty starý systémy. Ale mluvím o tom, že já za sebe, dneska, když už jsem pobrala trochu rozumu v životě, hledám umírněnost v přístupu. To znamená, pravidla ano. Dávají životu, aspoň z mého pohledu, rytmus, ohraničení, pocit bezpečí. Ale aplikovaná v takové míře, aby byla přijatelná. To znamená, že jako odstupuju z toho, co jsem, čím jsem tady byla vychovávána, dá se říct, a hledám něco k propojení. Já se toho nechci úplně vzdát, ale propojení s něčím novým, jo? A to není něco, co by mi někdo řekl, hele tady to je, tady to se nauč a tohle bude takhle fungovat. To, je to takový, jakože zkoušíš,

jo? Není to, že jeden nějaký přístup, jeden nějaký výcvik ti to nějak nabídne. Všude jsou nějaký systémy pravidel.

Ono v každém případě, ale žejo, když si člověk čuchne po letech k nějakému jako vzdělání, nebo k nějakým informacím, který se týkají třeba takový fakt jako specifický práce s klientama, tak je to nějak asi mohlo ovlivnit, teď po pěti letech.

R3: Já si myslím, že v tomhle zase úplně extrémně jako asi ne.

Ne?

R3: Víš...

Takže spíš ta osobní zkušenost nějaká.

R3: Srovnávání s běžnými vlastními životními zkušenostma. S tím, jak prostě vnímám životně výhodnost nebo nevýhodnost takového postavení nebo takového chování, jo? To je, když vnímám, že prostě sama narážím, samotnou mě to přináší nějaký jako nevýhody v životě, když jsem třeba výrazně direktivní, třeba řekněme vůči dětem, a zkusím to jinak a vidím, že to jinak třeba jde. Ale nějaká pravidla samozřejmě zachováváme v té rodině, tak jako v tom sama se vyvíjím pořád nějak, jo? Takže se učím vlastními chybama, dá se říct. Vlastními jako pokusy. A odkoukávám. Odkoukávám od, já poslouchám věci, který se dějou kolem, poslouchám věci z literatury, ale takový ty nádechy na to, že najednou se to bude dělat úplně jinak a že najednou bude jen demokratickej přístup výchovy, tak na to já moc nejsem. Jakože to je to pravý, do toho jdem. Já si jakoby odposlechnu, ale v každé té věci si vezmu to, co mně dává smysl. A to si myslím, že je aplikovatelný i do běžného života, to znamená i jako sem, jo?

Jo. Jasný.

R3: A ze životních zkušeností.

No.

R3: Takže to není, u mne to není o jedné konkrétní knize, o jednom konkrétním výcviku, o jedné konkrétní osobě, jo? Je to takový, že člověk je takový jak houba.

Že vstřebáváš toho víc prostě.

R3: No.

Potom ještě tam mám: je podle vás osobnost závislého člověka v některém směru odlišná od nezávislého? (Otázka č. 7) A jestli bys k tomu jako uměla něco říct. Jestli je tam nějaký rozdíl prostě podle tebe. Nemusíš jako používat nějaký psychologický rozlišování, spíš jako...

R3: Já bych řekla, že v zásadě, když bych vzala nějakou jako vzorek ze společnosti současné, tak bych řekla, že v zásadě ani ne. Že jde o načasování, zdroj, vlivy a prostě (?). Já dneska v tuhle chvíli bych třeba sama za sebe, když bych byla ve věku třinácti čtrnácti let a procházela životně těma samýma věcmi a byla obklopená tím, čím jsou obklopení oni v současné době, tím množstvím těch úlev, možností, kdy teda tohle nebylo, já nevím, jestli bych dala ruku do ohně. Za nás bylo jenom (?). Jako já jsem kolem sebe nikdy nic jiného nezaznamenala a to období jsem si zkusila. Takže si myslím, že jde prostě o možnosti těch zdrojů. O to, jak je to prostě blízko kolem toho člověka. To načasování, v jaké životní situaci teď je, co se jako tím vývojem prošel a v jakém je věku. A že jako osobnostně, tomu bych nekladla nějakou jako rozhodující, nějakou jako klíčovou důraz. Že jako závislí jsou osobnostně ryze takoví a takoví. Já bych dneska sama za sebe ruku do ohně nedala. Já bych, já se bojím o svoje vlastní děti, že v tomhle, dneska už jsou teda dospělí, ale může se stát cokoliv.

Jo, je podle mě přesný. To jsi úplně sedla na můj názor. A ještě poslední otázka teda. Uměl byste najít, nebo uměla byste najít nějaký odborný zdroj, kde je vysvětlena idea direktivity? (Otázka č. 8)

R3: Ne.

Ono toho o ní moc není, no. Dobrý.

R3: Možná nějaký polovojenský...

Vojenský řád. No, to tam bylo jenom taková vsuvka. Tak jo, tak super, díky moc.

RESPONDENT R4

Na kolik teda podle tebe vyžaduje léčba závislosti tvrděj přístup, jo? A ted'ka teda ten tvrděj přístup, tím myslím nějakou direktivitu, nějaký jako striktní pravidla, nějaký omezení, jo. Můžeš v tom mít ještě třeba i něco svýho, žejo, nějaký hranice...(Otázka č.1)

R4: Chtěl bys to vyjádřit nějak procentuelně, jo? Nebo?

Ne, to ne. Spíš jako, možná nějak jako vlastníma slovama popsat, co to pro tebe jako znamená, v čem by to teda mělo bejt tvrdý, no..

R4: Já vlastně pracuju jako tři roky s těma závislýma a (?) vlastní, že kdybych měla nějakou představu, nebo já jsem byla na několika stážích, byla jsem v Červeňáku, v Havlíčkově Brodě, v Bohnicích, jako kde jsem byla přímo na těch odděleních se závislostí, takže jsem jako věděla, jakýma způsobama většinou ty terapeuti s nima pracujou. Třeba jako od vás Vlniešku, žejo, a Dejmka, kdy mi to přijde takový jako napůl sarkastický, napůl.. někdy je ten přístup takovej ironickéj a takový hodně konfrontační. I teda direktivní. A abych pravdu řekla, tak jako sama v tom nemám úplně jasno, jestli chci táhnout tenhle styl nebo nechci. Já osobně si myslím, že diagnóza závislosti není u těch lidí většinou jako primární diagnóza, je to prostě nějakej další jev jejich třeba narušený osobnosti a patologie a potom ta závislost se tak jako přidružuje. Ne že by to byly přímo duální diagnózy, ale jako psychologovi, když s nima dělám vyšetření, tak se mi objevuje jako osobnostní úchytky, jako poruchy osobnosti a vlastně nějaký jako dysharmonická rodina a podobně. Takže já to neberu, že by to byla primární diagnóza, tohleto. A co se týče potom toho přístupu, jako terapeutickýho, tak mě to není nějak vlastní, jakože... Já tady nastoupila.. jako tady jsou pevný pravidla a nějak jako se dodržujou. Ale přijde mi, že v tý komunitě a nevím, do jaký míry v tý léčebně, že je to takovej jako terapeutickéj eintopf, jo. Že vlastně ty seš v roli terapeuta a zároveň s nima sdílíš věci, který jsou hodně blízky až rodinný. A zároveň seš v takový roli jako vychovatele trochu. A třeba já s tím mám problém tyhle dvě věci nějak oddělit a snažím se být spíš v tý terapeutický a psychologický roli. A třeba s nima dělám nějaký zátěžovky, jakože tady je dělám s nima já, a i tam se do toho snažím přenýst nějakej jako víc terapeutickéj prvek, než nějakej jakoby musíte a že tohle pocítíte na kůži.. a tohle jsou prostě takový prvky, že se někde válej po zemi a brečí a tak. Takže to přenýst do tý terapeutický roviny. Takže pro mě potom, že bych je nějak jako kontrolovala, nebo s nima chodim na ty kontroly velmi omezeně. A třeba snažím se to přenýst do tý roviny, že jsou za to zodpovědný a že dodržovat nějaký pravidla a má to ten a ten smysl. Spíš se snažím jim ten smysl opakovat a zdůrazňovat, jako proč jim nastavujeme tak pevný hranice, proč potřebujou.. ten direktivní příkaz je kolikrát tak uplatňovanej, právě protože oni maj ty hranice hodně povolený, žejo. Ale nemyslím si, že to je potřeba toho docílit pomocí

direktivního stylu v terapii. Myslím si, že víc je to tak jako přijetí, nějaký doprovázení nebo jako ukazování, že ty hranice mají povolený, než to, že je budu prostě sekýrovat..

To znamená, že třeba pacient, kterej by měl hodně jako povolený hranice, tak to neznamená automaticky to, že zrovna potřebuje direktivitu, ale že zrovna on může třeba mít, nebo že k němu můžeš uplatňovat přístup, kdy on přenesse tu zodpovědnost za svý chování jako sám a třeba dojde k lepšímu výsledku než tou direktivitou jo?

R4: No, mě třeba to přijde, klasický, k nám sem přijde klient, kterej má problémy vztahový, nebo má problémy s tím, že jako obelhává, žejo, klasika prostě u drogově závislých.. a mám pocit, že v momentě, kdyby my jsme nastoupili do role, nebo já osobně, kdybych nastoupila do role jako nějaký direktivní..

Saně?

R4: No, saně, hydry. Prostě taková jako policajtská role, tak mu budu pouze reprezentovat svět, ze kterýho on přišel a nějak tam nevidím nic moc terapeutickýho. Mě přijde mnohem důležitější nějak mu zrcadlit jeho chování a třeba mu říkat, jako co to se mnou jako dělá, co to dělá se skupinou, a ukázat mu, že to jde i jinak. Ale nehrát si jako na policajta, vlastně kterej ho pro to sekýruje. Měli jsme tady spoustu klientů právě, u kterých jsme zjistili, že nás jako obelhávali, žejo, že potom odešli odsad', a ve většině případů jsem to brala spíš jako selhání týmu, že jsme nebyli schopni jako vystoupit, že jsme mu vlastně naskočili na tu roli toho, že on dělá průsery a my jako střežíme a snažíme se mu, ho konfrontovat s tím, že dělá průsery. Já si myslím, že on to ví jako moc dobře, žejo, že nás obelhává. Ale ukázat mu nějakou jako druhou stránku věci, to, že to jako víme, že ho takhle přijímáme, a zkusíme to předělat jinak, společně.

Jo. No, to je zajímavý. No, ono se to možná jako prolíná. Tadydle je třeba v tej druhej otázce, v kterých oblastech ta přísnost případně by měla být, jo? (Otázka č.2) Tady jsou nějaký oblasti teda, který můžou bejt pro tebe... Tady mám napsanou abstinenci, denní program, průběh terapie, výběr nějakěj svejch témat, vztahy, jo, a tak dále. Tak teda jestli máš nějaký představy o tom, kde by měla být..

R4: Jakoby že v něčem, jako v sobě, zároveň jako takový hodně osobní? Jakože naše komunita teda je taková, že v číslech se ti ukazuje, že spousta našich klientů jako dokončí léčbu, vedení je z toho nadšený, že dokončí léčbu, a zároveň v tý jiný komunitě jsou třeba mnohem striktnější

v tom, že třeba když někdo naváže vztah, nedej bože když se obejmou ty lidi, nebo si dají pusku nebo já nevím, tak okamžitě letěj. Mě se třeba líbí i ten přístup v tom, že máš jako vedení, jako pepa?, je hodně liberální v tomhle, že jsou tu terapeuti (?) a přijde mi, že je pravda, že oni tu jsou kvůli tomu, že oni ty hranice narušují stále. V momentě, kdy je vyrazíš za první narušení hranic, tak to mám pocit, že klienti jsou něco víc než Pavlovi psi, který když (?) nebo já nevím křisy, jako nějaký ty, že když to nastavíš a dostanou elektřinu, tak se to možná nebude opakovat, ale nevím, jestli dojde k nějakému pochopení. Řekla bych, že je to hlubší, jako než... Takže dávat šanci, to je zase otázka, kolikrát dávat šanci. ale přijde mi, že i na to jde udělat nějaký faux pas, nebo že se tu lehce zamilují a jsou tady zamilovaný, nebo mají vztah, tak se na tom dá spousta věcí naučit, že třeba jako zjistí, že si toho člověka idealizují, že se najednou chovají tak, jako se chovali venku, že to jsou jako důležité momenty, který tady projdou v té terapii.

Jo, to je dobrý. Protože ono jako přesně jak říkáš. tadydle to bylo donedávna i na tom Červeňáku a Dvořáček to tam pak jako seknul, jakože v podstatě, jo, že stačilo já nevím o víkendu, když si dva tam lehli jako na deku, žejo, když bylo jako hezky, opalovali se tam spolu, nic tam spolu fakt neměli, ale žejo to pravidlo jasně říkalo to a to, takže letíte, no. Co to jako, k čemu to je, žejo? Takový pravidlo.

R4: Na druhou stranu, oni to ví, že oni jakoby..

Jo, to jo, to je jasný...

R4: Já myslím, že v momentě, kdyby se to nechalo plavat, jo, řeklo by se oukej, tak nic, tak mi to přijde jakože bezúčelný. Ale když se to jakože vezme do té terapie, i ta tendence jako ty pravidla porušovat, i když to jako vím, tak tady jsou takový pravidla...

No to je právě ono, žejo. Já si myslím, že jako třeba že porušování pravidel je lákavý už jenom z toho, že to je to zakázaný ovoce. že oni to často, žejo, zkoušejí. Možná i kvůli tomuhle právě.

R4: A vzhledem k tomu, že jako pro trvalou abstinenci potřebuješ hodně sebezapření, hodně dodržování věcí, který ti přijdou jako nesmyslný, hodně lpění na maličkostech, žejo, tak i takový blbý pravidla, jako pokud vstoupíš do kuchyně, nebo já nevím, do pokoje opačného pohlaví, překročíš práh byť jen o dva centimetry, tak jsi za to prostě nějak sankcionován. A samozřejmě že oni se brání, že je to prostě blběj práh. Ale v momentě, kdy jim to převedeš na

to, že se učí dodržovat nějaký pravidla, který budou potřebovat pro to vnější fungování, tak si myslím, že jakmile oni to pochopí, smysl těch pravidel, a k tomu si myslím že nepotřebuješ být nějaký despota, nebo direktivní, ale prostě předávat, aby to přijali za svý. Takže je to mnohem jednodušší potom.

Takže se to potom stýká skoro v každý tý oblasti, žejo. V podstatě, když si na to přijdou sami, že by to jako mohlo fungovat.

R4: A proto je důležitý nesklouznout do tý role nějakýho buzerujícího vychovatele. Že je to hodně vyčerpávající tam furt přinášet to terapeutický a ten smysl, je to donekonečna jakoby opakování smyslů těch pravidel.

Ono je to někdy únavný, no. Ale zase na druhou stranu. Tady je fakt docela dobrý teda, když to srovnávám, tak že vlastně, jak to předávají, ty normy, tadyty lidi, který vlastně žejo, šéf baráku a šéf dílen a to, že už opravdu máte s nima opravdu daleko míň práce. V tej péelce tam se furt prostě řeší takový ty režimový věci, furt tam někdo dělá nějaký bordel, víš, a že jako to strašně zatěžuje potom lidi, který jsou fakt motivovaný a chtěli by se sebou něco dělat, jo, takže někdy normálně jako i podepisují revers kvůli tomu, že fakt jako mají pocit, že se tam neděje, to co chtějí. A samozřejmě je to zase jako spojený s tím, že oni zase na všechno chvátají, že chtějí všechno hned. Ale ...

R4: ... že je to vlastně i důležitým prvkem. Že my jim vlastně dáváme tu moc toho, že si to řídí sami.

Jojo, to je fakt super.

R4: A že je ta skupina jako opravdu rozhodná skupina. My máme nějaký právo veta a to jako dneska si ho třeba, jako tak trošku maskovaně použili v tý skupině. Mě zase to přišlo jako důležitý, co vlastně ta Míša, co se děje, že tu Míšu nikdo neposlouchá.

To jsem taky jako zaregistroval.

R4: Ale jinak si to všechno jako rozhoduje skupina a to mi přijde, že jim to taky dává nějakou důležitost v tom. Že to jako snižuje jako tu, i když je toho hodně, protože stejně je ta struktura v tý skupině nebo komunitě, nebo v léčbě závislých, když je to o tý direktivitě.....

Že se to aspoň jako pomalu přesouvá na ně.

No, tady je to fakt jako hrozně markantní jo. Já to úplně jako vidím, jak je v tom rozdíl, mezi komunitou a léčebnou. Ještě tadyhle potom, kdy je teda podle vás vhodné být direktivní u konkrétního pacienta? (Otázka č.3) Jestli bys třeba něco, nějaký příklad, nebo, vytáhla. Jestli bys byla v nějakém případě direktivní?

R4: Něco konkrétního... Já přemýšlím nad těma zátěžovkami, když jsme je tak jako zmiňovali, o tom vztahu, kdy já jsem tam fakt téměř v roli takového cvičitele tygrů, třeba na těch kolech a křičím za nima hlášky typu představte si, že tenhle kopec je vaše závislost a tak, a to mi přijde, že oni nemají moc na výběr v tom. Že to je takový, že si říkám, nechat to opravdu jenom na nich a nevložit tam zpočátku nějakou strukturu pevnější. Zpočátku jako terapie každého klienta, jo, každého závislého, tak že oni by se v tom trochu ztráceli. Takže já myslím, že u každého toho klienta, na začátku té léčby, dát mu pevnou půdu pod nohama, říct mu, co se tady s ním bude tak trošku dít a potom budeš prostě pracovat s tou terapeutickou smlouvou a pak to a to. Tak myslím, že jo, že na začátku, možná na začátku jsem jako spíš pro, trochu.

Já to teda беру taky takhle, jak jsi říkala. Protože já s nima dělám taky sportovní akce různé, a úplně přesně mi mluvíš z duše. Třeba když jdeme někam na Šumavu, já nevím třeba na Plechý, žejo, nebo na Plešný jezero, tak tam jsou vždycky krpály a oni by kouřili prostě každých dvacet minut, ne, a každých dvacet minut je zastavovat ne. Takže tam člověk musí bejt trošku tvrdý, na ně. Ale zase jako, říkám, no, když se pak jde jako na vejlet, tak to trošku zase, aby si to užili, no, aby to nebylo úplně jako zase tvrdý. Vždycky se prostě musí nastavit nějaký harmonogram, že se musí udělat do té a té doby, jinak že nám ujede vlak, nebo já nevím. Takže to je fakt docela důležitý. No, tak dobrý, to by byla asi ta trojka. Jo, co vy sami si představujete pod pojmem direktivita a tvrdý přístup? (Otázka č.4) Tak to už je vlastně, ono se to tak jako prolíná. Já myslím, že jsi mi v podstatě asi řekla v tom předešlým.

R4: Jestli ještě můžu k tomu, tak to mi připadá jako důležitý, to, že pokud je člověk direktivní, tak už má nějakou představu o tom, co pro toho klienta je dobrý, že jak by měl postupovat a co by měl dělat. Mě je mnohem bližší nějaký jako ty postmodernější přístupy, kdy spíš důvěřuju jako v toho klienta a v to, že on sám je schopnej přijít na to, kterou cestou má jít a já opravdu mám být spíš někým, kdo ho podporuje, kdo prostě přijímá věci, který dělá, nějak mu to jako reflektuju. Ale rozhodně tam do toho vztahu nevstupuju s tím, že aby ses vyléčil, tak musíš

fungovat takhle. A pokud tak nejsi schopnej fungovat, tak vodsad' vypadni. A nemáš prostě šanci.

To znamená, že by vlastně měla být ta individualita u každého braná trošku jinak, žejo. Že se nedá plošně jako přistupovat ke každému jako stejně. Proč je podle tebe potřeba v léčbě závislosti striktních pravidel? (Otázka č.5) To znamená, nějakých těch kardinálních a tak dále, Což s tím tak nějak zase souvisí.

R4: No, jak jsem říkala. Myslím si, že ty otázky...

Třeba otázku teda sexuálních vztahů, jo, dejme tomu. Tam jsou ty pravidla asi čtyři ty pravidla, alkohol nebo drogy, prostředí léčebny nebo komunity, tak tadydle to, víš, jako proč...

R4: Tak zrovna, my tady teď řešíme ty vztahy, asi jako v každý tý léčbě, nějak izolovaně. A jak jim to vysvětlujeme, nebo jak to vysvětluju i já sama sobě, tak je to právě proto, že oni se musí naučit nějaký zdrženlivosti, se naučit zdrženlivosti od drogy, žejo, nebo nějaký látky, na který jsou závislí, a tohleto, jednak je to dobrej trénink, protože pokud nejsou schopní ovládnout nějakou sexuální chtíč, tak nemůžou zvládnout abstinenci příznaky třeba. A protože se taky ověřuje, nebo osvědčuje se, se stále ukazuje, že ty lidi, kteří sem přichází se závislostí, tak mají hrozně jako uvolněný pravidla, hranice, nejsou schopni v podstatě fungovat v nějakým zajištěným režimu. I když je pravda, že někteří zrovna tady jsou, kteří si udrželi práci, ale je to stále jako výjimečný. A potřebujou prostě naučit se nějak jakoby přemáhat. Svoji lenost, svoje chutě, svoji nezdrženlivost, svoji impulzivitu, jo, prostě devadesát procent těch lidí, když děláme psychologický vyšetření, tak mají problémy s impulzivitou, prostě jsou impulzivní, a to si myslím, že nějaký to pomalý dodržování i jako zbytečných pravidel jim pomůže dodržovat ty důležité prostě. Aby si udrželi abstinenci, žejo.

A když to vezmu třeba, takhle jo. U nás třeba v léčbě mě osobně štve, že jsou, že je tam pravidlo porušení abstinence třeba na vycházce, žejo, prostě jako, okamžitě za vyhazov, jo. A teď jsem právě, když jsem si čet váš manuál, tak jsem na to samozřejmě narazil, že samozřejmě při těch výjezdech, kdy jezdějí sami a přijedou a přiznají se k relapsu, tak mě to tam zaujalo, že s tím tady pracujete. To se mi zdá taky, jo, že to je prostě fakt důležitý, protože, žejo, oni ty chyby dělají a zrovna jako relaps, nějakou jednorázovou třeba při vánoční vycházce, vy teda prej nemáte ty vánoční, u nás teda zrovna teda vylítli prostě asi čtyři nebo pět pacientů při vánoční vycházce, že jak to mají najetý, víš, tak vylezli prostě na autobusáku ven, byla zima, tak zalezli do hospody a hned si jich tam pět dalo pivo. No, takže. A všichni teda po tý vycházce vyhučeli

ven. A sice, některý z nich samozřejmě ty byli takoví jako nezralí k tomu, aby abstinovali. Ale fakt jsem tam jako párkrát zažil, kdy se někdo přiznal, aniž by musel, vůbec by se na to nepřišlo, a on řek udělal jsem chybu, prostě jsem si dal, měl jsem krizi, jo, nějak to ta mjako vysvětlil a to, no jenomže vzhledem k tomu pravidlu, no, zase se nesmí dělat precedens, jak by to vypadalo, no takže už to v tomhle případě bejvá, no, víš, že se to potom takhle...

R4: To je věčný téma, těch precedensů. To je.. Znáš to, furt to řešíme. A samozřejmě když pak ti klienti vědí, že tenhleten nevyletěl, když to pravidlo porušuje, (?) do cesty. Já si myslím hodně o nějakým jednak individuálním přístupu a takový intuici, kdy toho člověka znáš, jeho fungování dosavadního, jestli je to prostě hajzlík, kterej na tebe čekal, a pak doufá, že mu to projde, nebo je to fakt nějakej zmatkař prostě, kterej prostě nedokáže fungovat tak a tak...

Jo jasně, mě spíš šlo jako o to, jako víš, jestli teda i v tomhle tom případě mělo být to pojetí jako striktní, anebo jestli když uznáš teda opravdu za vhodný to, že by se s tím ten člověk možná mohl naučit pracovat právě díky tomu relapsu, když se to probere ty důvody, ke kterým, nebo který k tomu vlastně vedly, víš, tak jestli jako s tím teda jako pracovat, nebo to striktně utnout a říct, ne, hele, ty jsi selhal, prostě jdi a příště to zkusíš zas, jo.

R4: Ono je to takový ošemetnější, protože je v tom nějaká věc, kvůli který oni jsou v tý léčbě, žejo, není to řešit průsery, k zametání, nebo navazování vztahů. Jako po pravdě, co jsem tady já, tak jsme tady neměli někoho, kdo by zrelapsoval na pervitinu, nebo se k tomu minimálně nepřiznal. Třeba tuší, že by to mohl být nějaký problém. Takže jako moc nevím. Já k tomu nemám takovej nějak jako striktní přístup, že by okamžitě letěl. Jako jiná věc je třeba droga na baráku. To kdyby se stalo, tak by vyletěl okamžitě.

To si myslím taky, jako že v tom by se teda neměl brát ohled. No, víš, jakože tohle je třeba pro mě hodně zajímavý teda. Že mě osobně to občas, samozřejmě jakože ten případ toho hromadnýho chlastání v tej hospodě, to je něco jinýho, ale když tam někdo prostě udělá fakt nějaký takovej dle kiks.. Jo, takhle ještě, ty pravidla. Odkud, nebo takhle. Proč je podle vás potřeba v léčbě závislosti striktních pravidel a navazuje teda otázka, odkud tento váš názor pramení? (Otázka č.6) A ted'ka tady mám z literatury, ze studia, z výcviku, z praxe, přejal jsem to od starších kolegů?

R4: Dodržování striktních pravidel, jo? Já si myslím, že já jsem sem tak nějak šla s tím, že...

Vlastně jako i toho tvrdýho přístupu jako takovýho, no...

R4: No právě. Já si myslím, že to nějaká taková zajatá věc, prostě jako zkušenost, právě jako ten skálovskoj styl toho výcviku a myslím, že je to pak samotná praxe tady. S čím konkrétně ty klienti mají problémy, jak zkouší trochu překračovat něco. Kdybys jim vlastně dal volnej den, tak oni jsou schopný ho jako proválet u televize, žejo, celej den. Takže si myslím, že spíš... Jako já jsem taky v SURu a tam máme lidi přímo jako od Skály, který to tam občas tak trochu tak nějak jako zkoušeli, že se jako nebude pít a tak, a moc jim to jako nevycházelo. Ono se to trochu uvolňuje, ale to možná z toho výcviku velmi jemně. Ale spíš je to tady nějak nastavený, co já jsem přišla, (?) možná jako hledání si vlastní cesty (?) kolegové nejsou až tak direktivní.

Jako myslíš, že na tom výcviku teda ty lektory, který těm...

R4: No no, jsou to lektori, který byli přímo u Skály. A který tam na začátku dali, že teda...

Se nebude pít, žejo..

R4: No., rozcvička žejo ráno a večer jenom jedno pivo anebo (?) to se jako zbláznili ne, já nejsem žádněj závislák. Jako na rozcvičce jsem byla asi tak dvakrát a takže nějaká jako revolta, kterou si umím jako sama obhájit vůči nesmyslným pravidlům (?) Což v tom výcviku možná fakt malinko, ale spíš je to podle mě nastavený tady, co jsem přišla.

Jo, no, já si právě trošku myslím, že fakt tohleto může mít vliv, jo. Že jak prostě on tady tomu udával v podstatě směr, ty léčebny se zakládaly podle apolinářskýho modelu, pak z toho vznikaly ty komunity. Sice ty to převzali nějak támhle, žejo, Radimecký se nechal inspirovat v Daytopu, nebo já nevím z těch.. Ale jakože určitě to byla nějaká kombinace i toho českýho přístupu, že to tam má vliv, no.

R4: (?) bodování. Kde to (?)

Já mám dojem, že v Beřkovicích.

R4: No, buď v Beř.. A mám dojem ,že v nějaký komunitě taky. V tý komunitě, jak je pro poruchy osobnosti..

V Sejšku?

R4: Ne, to není pro drogově závislý.

Jo takhle.

R4: A ještě někde to zrušili, to bodování. Že by to vlastně jako bylo motivací. To je taky takový, žejo, kolem těch bodů. (?)

No, ono je tam to téma, že to je vlastně jako, že ten bodovej systém. Já jsem právě teďka čet, nebo ještě jsem jí celou nedočet, ale nějaká holka na ty bodový systémy napsala diplomku a vlastně zmapovala celej ten skálovo bodovej systém, jo? A pak ještě jako porovnávala ten jeho systém s těma, který jsou v těch léčebnách. Nechala formou mejlů a dopisů a víš, jako obeslala všechny léčebny a oni jí teda potom posílali ty jejich verze. Protože ten skálovskéj původní už zase oni si přizpůsobili nějak k obrazu svému. No a některý teda prej dokonce dneska už používají jenom ten trest, některý třeba zase jenom odměnu, některý mají teda jako obojí, jako třeba Červeňák, ten má obojí, s tím ,že už se to třeba zase nějak přizpůsobilo. A on dokonce i Skála tvrdil, že vlastně terapeut a tým terapeutickéj, že by měl mít systém bodovací upravenej tak, aby vyhovoval těm místním podmínkám. Takže v podstatě jako asi je to dobře, že každá ta léčebna má ten systém utvořenej nějak jinak, ale spíš, žejo, ono se tam nějak jako o tom hodně mluví, že ty, nebo ten bodovej systém, že tam je nějaký ten efekt toho odčiňování u těch pacientů, jo, že oni vlastně tím, jak dostávají ty trestný body, a ty odměny a to, takže se jakoby odčiňují tu, nějaký prohřešky, jo, a že by to mělo bejt v tý terapii odbouraný, takhle jsem to čet v tý diplomce. Nevím, kde ona ty zdroje brala vůbec, já jsem se tím ještě jako nezabýval nějak do hloubky. Ale přišlo mi to docela zajímavý.

R4: To je zajímavý, no. Když se na to podíváš jako zdálky, ten systém cukr a bič.

No právě.

R4: Tak máš jako jenom bič. Nebo že mají odměny, když vyhrajou bodování, tak (?)

Přitom to taková odměna není, vid'?

R4: (?) Je to takový zvláštní. Já třeba pár klientů vezla do Prahy, myslím třeba, když neměli prachy a já tam měla cestu, tak jsem je prostě vztala a zase, dostaneš se do nějakýho toho kontextu tý terapie, do jinýho kontaktu, a oni si vlastně nevím, jestli je to nějak zdravý pro ten terapeutický vztah. Někdo to bere jako velkou výhodu těch komunit, že k sobě máme blízko. Někdo třeba před měsícem vedl na supervizi velkou polemiku o tom, jestli, nebo mě třeba osobně velmi štve, když mi tykaj, nebo si tykáme s rodičema, s klienty? A nějaký kolegové zase, konkrétně jeden, který byli (?) Ale to je celkem jedno, v tom neviděli problém, a dneska se to vzdaluje v tom terapeutickým vztahu. Prostě ten trend si myslím, že je v léčebnách mnohem zdravější. Terapeut jako někdo, kdo prostě přichází do toho celku tý skupiny a nemusí prostě dělat všechno, od kontroly toho, jak mají ustláno.. V momentě, kdy ty jim kontroluješ rajony, nebo jim prostě dáváš sankce za něco, a oni tě vlastně povolávají jako nějakou vyšší instanci, prostě jsi někdo, kdo rozhoduje o tom, jak to je. Si říkám, jaký je pak řešit důvěrný terapeutický vztah, že to je prostě jako zvláštní v těch komunitách.

No, ono je to vlastně i v tej léčebně. Oni tam dělají takový ty dvojky čistoty, jako je to tady, když děláte kontroly těch pokojů, jo, tak tam třeba, nebo chodí tam terapeut, nebo tam chodí staniční jo? Nebo sestra a vždycky někdo z pacientů. No, ale kolikrát tam jde třeba vedoucí oddělení, třeba Dejmek, jo, dejme tomu na céčku, no a teď on je potom ještě jako oboduje za to, žejo, protože oni potřebujou trošku jako zpražit a to, podle toho jeho přístupu...

R4: A tím se právě dostáváš do role direktivního nadace..

Přesně. To je prostě někdo, kdo je jako mezi nima a oni jsou úplně někde jinde.

R4: A to mi přijde, že tenhle moment tam opravdu jako funguje, že ten klient nebo pacient funguje jako syn, trochu zlobivej, kdy teda otec dává rady a už to teda není důvěrný terapeutický vztah, z kterýho plynou podle mě nějaký plodný věci. Že je to opravdu.. pak se tam zase může stát, že ty klienti odejdou. Oni fungujou, oni se tady naučí fungovat podle pravidel, to jim jde, žejo, a potom jako vypadnou z toho režimu, když nemaj za prdelí, za zádama někoho..

Toho boha..

R4: Ano, Dejmkka nebo nás, který ho budou prostě zprádat za neustlanou postel a najednou se to úplně rozpadne tohleto. To si myslím, že to je jako velkej problém, v momentě, kdy ty děláš právě toho nadotce nebo někoho, a sprdáváš je za všechno, tak..

To jo, no. Hele a tohleto je zajímavý, protože zrovna ted'ka tam je nějakej chlapík, ten se jmenuje XXX a je to nějakej, on má snad 16 milionů dluh, protože hraje a chlastá a já nevím co. A on měl nějakou stavební firmu, nebo víš, jako nějakej podnikatel. A on to jako propařil, jo? Prostě strašný. To nemůže v životě splatit, podle mě. No, a on je takovej jako strašně chytřej, víš, na všechno má odpověď jako. A tudle tam právě jako povídali na poradě, protože Dejmkek nebyl v práci, on měl nák dovolenou, a ted' si tam jako stěžovali, už aby přišel ten Bohouš, že opravdu potřebuje někoho, aby ho tam zpražil, a že on i sám už se těší na toho Bohouše, že potřebuje, víš jako. Tak by mě jako zajímalo, víš, Dvořáček tam pak jako říkal. No, jenomže právě tenhleto člověk by potřeboval pravej opak a ne Bohouše, žejo. Protože on potřebuje prostě pravej opak. on si na to musí dojít sám. A to je přesně co říkáš asi, že.. ale zase, ono je opravdu těžký takovýho nějakýho trubkoně, kterej tam zase jako vlastně i ty mladase, víš, on tam zase jako, v podstatě jako je drzej, žejo, oproti těm mladejm, který teda sklopí uši a ted'ka on si tam tak jako frajeří a nikdo ho vlastně nezkontrolí kromě toho Dejmkka, víš, takže je to jakoby těžký to tam jakoby uřídit. Když tam seš pak jako tváří v tvář tomu problému, ono se pak tomu Dvořáčkovi na tej poradě řekne hezky, jo, ale fakt s tímhleto já mám taky docela problém, jak teda takovýho člověka uřídit.

R4: To je jako pěkná teorie, žejo ,ono potom se nám taky stane, že odejde za nějakých divných podmínek klient, ukončí léčbu a odejde a najednou přicházíme na věci, že jsme prostě najeli taky na nějakou věc, že v podstatě jsme selhali v tý terapii, že jsme měli naopak ho přivít, aby si na to přišel sám, naopak jsme najeli na tu jeho hru, jo. Jako pravděpodobně tomuhle týpkovi z toho Červeňáku, taky možná měl nějakýho takovýho fotra, kterej ho celej život buzeroval...

No, asi jo..

R4: A potom ale fotr už není, tak bude Dejmkek občas, a on pak vypadne z léčebny...

Přesně. No, ale jakože, víš, já si myslím, že tam vždycky hraje roli to, že třeba tohle má Dejmkek najetý kvůli celku tý komunity, aby se to tam nerozházelo, protože ono je jich tam hodně, tak

tam potřebuje ten režim, žejo, mít to tam tak jako v cajku, aby tam nikdo nedělal bordel, jakmile ho tam někdo moc narušuje, tu rovnováhu, tak ho vykopne, víš? Tam je to trochu taková mašinerie. Když jenom vezmeš, že jich je tam, já nevím, třeba třiatřicet, když je narváno, když je plná ta komunita, tak je to fakt už hodně lidí, no. A že se to tam jako, víš, když ti to pak tam najednou přijde z detoxu, já nevím, v pondělí tři, ve středu dva, takže tam máš najednou do pátku sedm lidí nově, jo, třeba fakt se stane někdy, a nějak takovejhle jim to tam začne rozto, jo? Že je to celkově blbě nastavený, si myslím, v těch léčebnách, no, ten počet. Takže ono potom možná někdy, ať ono se to dělá, jak se to dělá, tak možná jako potom je těžký nějak to zhodnotit, co je vlastně dobře, no, mi přijde, víš? No a, že ono potom, když se to vezme jenom čistě o ten terapeutický přístup pro toho konkrétního člověka, tak je jasný, že by to bylo dobře takhle, ale v rámci celého toho společenství jako léčebného, je otázka, jak to tam potom s ním dělat.

R4: To jo, no. To určitě. Je něco jinýho pracovat s ním jenom v individuálu, žejo, víš co a jak ukočírovat.

Takže tohle, no. Tak. Ještě co tam mám? Jestli je podle tebe osobnost závislýho člověka v některém směru odlišná od člověka nezávislého. (Otázka č. 7) Jestli bys to vysvětlila. Ty, jako psycholog, to vysvětlíš. Ještě tam mám pak jednu a to je (?). jenom takovou poznámku k tomu. Jakože, já třeba, v tejhle otázce mi to napadlo kvůli tomu, že třeba když si představím sebe, že by mě zavřeli do léčebny nebo do komunity, tak, a začne svítit sluníčko, žejo, a teď tam budou nějaký mladý holky, tak se asi budu chovat úplně stejně jako ty klienti a že se jako opravdu někdy chováme strašně jako, víš, že to je vůči nim někdy jako nefér bych řekl, jo? Že..

R4: Tak potom jako figuruje otázka, co si jako nezávislej můžeš dovolit, a co si můžou dovolit oni, žejo.

Jo, to jo, to určitě.

R4: Oni si nemůžou dovolit zablblnout si a zajít si na pivo. To si prostě závislí dovolit nemůžou.

Nemůžou, no. Ale jo, to je otázka, žejo, třeba takový ty teorie teďka Pepy Radimeckýho, napadaný modely, medicínskej model závislosti, žejo, a naučený nějaký chování blbý a tohleto, že jak to teda vlastně je, jo? A to samý je třeba s tou doživotní abstinencí, kdy vlasně snad

podle nějakých výzkumů třeba nějakých závislejších vojáků z Vietnamu, který byli na heráku, tak když potom s nima dělali nějakou terapii a zbavili se posttraumatického syndromu, tak pak normálně abstinovali, mohli chlastat a nic se s nima nedělo...

R4: To jsem vlastně říkala, že vlastně ten, že chápu tu drogovou závislost fakt jako vynahrazování vlastně něčeho jiného, jo? Že můžem se bavit o nějakým (?), rodinným systémem, z jakýho ten člověk pochází, když se díváš do nějakých jako stran generačních věcí. Opravdu si myslím, že ta závislost je projev něčeho, co v tom systému dlouho zraje. Ať už teda s nějakou vyšší pravděpodobností chlastaj i jejich další rodinný příslušníci, ať už je to táta, děda nebo příslušníci ženského pohlaví. Ale jsou to i děti úspěšných lidí, který na první pohled můžou fungovat a můžou bejt považovaný za užitečný normální rodiny, kdy se potom z blízka ukazuje, při té rodinné terapii, že jsou to jako dysfunkční rodiny, kdy ty děti jsou posledním článkem, kterej se nějak jako rozpadá a kterej završil dlouhodobě rozpad celý té rodiny. Ale jako co se týče té osobnosti, tak mi přijde, že v nějakých věcech jo. Že opravdu třeba osobnostně nebo temperamentově tam pravděpodobně bude nějaká souvislost s právě tou impulzivitou, nebo sklonem k náchylnosti k té impulzivitě. K nějaký potřebě, jako, na to jsou testy, který používáme, to se jmenuje Cloningerův biologický ... dotazník osobnosti (?) a je to, jednak to vlastně rozdělujou na nějaký temperamenty, charakter a jedna ta sestava temperamentů se jmenuje Novel Peking, jako vyhledání nového a u tadytěch klientů, kteří sem chodí, mají opravdu extrémně vysoký skóre. To znamená jsou jako nezdrženliví, že mají potřebu hrnout se do všeho nového, dřív jednaj, než přemejšlej. Že mají takový, takovou jako sníženou nějakou obavu ze světa. A další komponenta toho dotazníku se jmenuje Hard evidence... (?), to jsou jako vysoko otevřený právě nový zkušenosti, s tím si to vyzkoušet, jo? A to taky souvisí s tím, jak dřív jednaj než přemejšlej. Takže si myslím, že nějaký osobnostní odchylky tam jsou. Určitě. Ale potom taky ještě důvěřuju modelu, kdy si myslím, že funguje, že někdo má dispozice osobnostní, takovej závislej, a vlastně ulehčovat si tím třeba něco, a někdo nemá, no. Já třeba jako vím ze své rodiny, tam mám taky závislí lidi a jsou to i geneticky. A vím, že třeba moje ségra s bráchou, ty ví o sobě dokonce, brácha třeba kouří, ale ví, že si musí dávat třeba problému alkoholu. A já vím, že já nikdy nebudu závislá třeba ani na alkoholu, drog jsem zkusila taky spoustu, kouření, cigáro si zapálím třeba jednou za tři tejdny, ale vůbec jako ty dispozici prostě nemám k tomu.

Ono tam hraje roli hrozně faktorů.

R4: Spousta. Já si myslím, že trochu jako osobnostně jo, ale k té kompenzaci pro to, aby se ten člověk jako měl dobře, tak zrovna ta droga je nějak prostě, buď se naskytne anebo prostě zrovna vyhovuje nějak tomu člověku, že každej. Víš, klienti třeba tady říkaj: no tak já jsem měl dětství takový a takový a vlastně jsem se necejtíl dobře, tak jsem se chytil tady té party a začal jsem fetovat. Jo a řeknou si, jo, takže já jsem z té rozvedené rodiny- z rozvedené rodiny je 50

procent, 50 procent všech lidí celkově. Jo a stejně tak mi přijde, že někdo může rozvodový krize řešit depresí. Nebo pocitem viny vůči jiným, jo?

Jasně.

R4: Ale že každé je osobnostně nějak jako disponované k tomu, že si uleví pro ten (?) něčím jiným. A ty drogy jsou takový dlouhodobý, žejo. Ty jsou návykový...

No právě, no, to je blbý. No, to je dobrý. A jestli by si našla nějaký, nebo uměla najít nějaký odborný zdroj, kde je pojem direktivita vysvětlena. (Otázka č. 8)

R4: Jako z něčeho, co si pamatuju, jo?

No, jestli bys z hlavy něco ještě, jestli si třeba pamatuješ.

R4: No hele, tyjo, určitě co si pamatuju jako ze studií ještě, Základy psychoterapie, žejo, Kratochvíl a podobně. Ale potom já jsem se právě zajímala, zajímám se i o ty postmoderní přístupy a narativní psychoterapie a tyhle směry, což je jako takový jako absolutně nedirektivní a já vstupuju do toho kontaktu s klientem právě absolutně bez hypotéz, to je taková opozice k té direktivitě. Takže to si myslím, že tam možná, to jsou autoři jako (?) a to si myslím, že právě možná použili termín direktivita, možná ho jakoby vysvětlili proto, aby mohli popsat ten opoziční...

Jo.

R4: ...jako opoziční styl. (?)

V pohodě.

R4: Možná, že nějaké Kalina, nějaký tyhlety.

No, tam myslím něco je.

R4: Ale že bych četla literaturu právě takhle orientovanou, to si nepamatuju teda.

No, to je jedno.

R4: Co třeba? Ty to víš? Nevíš?

Já jsem se jako, myslím si, že tam je, že v tom Kalinovi, jak jsou takový ty dva svazky, ty Drogy a drogové závislosti, jak byl takovej ten, víš, komplex...

R4: Jo jo jo.

...myslím, že to bylo i vydaný pro...

R4: No. Ono je to i na netu.

Na netu je to taky.

R4: Já to mám stažený.

Tak tam že to je, myslím, a nevím, jestli je to v tej jeho Adiktologii..

R4: Teďka vydal, já to ještě neměla v ruce teda...

Psychosystémy. No. Tak tam by to mělo být určitě taky.

R4: Tam to musí bejt taky, žejo. A to se mi teda, přiznám se, ještě nedostalo do ruky.

Já jsem si to objednal k Ježíšku a ještě jsem se do toho ani nekoukl. Protože jsem teďka vůbec nestíhal.

R4: No ona je to pěkná bichle.

Je, docela. A já si myslím, že to bude dobrá knížka, no, že... je právě zajímavý, já nevím, neznáš Oldu, teda Honzu, co to melu, Honzu Sklenáře?

R4: Ee.

Ten právě, on je se mnou ve výcviku, on dělá předsedu tý asociace adiktologů. A on, jeho manželka, tak ona taky nějak dělá v oboru, ona dělala právě Kalinovi, vlastně jako rozbila teorii, o co, protože druhy závislosti, nebo já nevím přístupu v terapii k drogově závislejím, že nelze právě používat ty humanitní teorie, ty humanitní přístupy, jako humanitní psychoterapeutický směry, jo?

R4: A s tím jako Kalina nesouhlasil, jo?

No, že nějak jako, on měl snad na to nějaký článek někde, nebo já už nevím. Jo? Ale takovýty vyložené přístupy, asi on tím myslel asi spíš jakože to nejde je uplatňovat jako nějak plošně, jo, že by tam právě měla bejt asi, tak myslím, že tam v tom, v tomhleto, že tam zrovna bylo u něj zmíněný, ta direktivita.

R4: On sám je takovej, ne?

Je, no. já si taky myslím.

R4: Víš, člověk, kterej je jako sám o sobě direktivní, tak si myslím, že...

No no no. On je hroznej teda, jako já si myslím, že on je jako těžce arogantní taky...

R4: Nějaký známý u něj teďka byli v Bohnicích na supervizi právě a říkali, že to je teda diagnóza. Že se jako (?) pochválit, ne? A teďka na druhou: vy jste úplně stejná jako ta klientka. No prostě.

Ty brďo.

R4: Tadyhle ten přístup prostě mně jako není blízkej, jo, že bych řekla, že bych se na něj podívala a řekla: hm ty seš takovej a takovej, takovej a takovej. A potom se vyléčil a dělal to a to. Tak to si myslím, že je takový...

Jo, to je diagnosticky...

R4: Jako jak to můžeš vědět? A nefunguje to, co?

No a to je právě ono. Já tyhle ty lidi teda taky, my jsme teďka měli, jestli neznáš Libru.

R4: Hm.

Znáš ho? Tak on jako na hodně lidí působí docela fajn. My jsme s ním měli přednášku o case managementu. On je to vlastně předmět, kterej on přednáší. On nějak jako do toho i dělal a byl v Anglii na nějakých stážích.

R4: (?)

No, já nevím. On je takovej prostě, ale víš co, on prostě, mně na něm hrozně vadilo, že při tej přednášce, on si nás tam všechny jako zanalyzoval, jo? Tyjo a normálně a mě tak sral, že už, víš, bylo asi vidět, že to zrcadlím nějak, jo, že, a pak jsem mu tam něco, jo a on nesnáší, když se mu tam někdo odváží zkritizovat ten jeho case management. Takže já jsem tam jako něco řekl, jako že si myslím, že v našich podmínkách tyhle ty přístupy nějak, jak asi fungují v tej Anglii, že si to nějak nedovedu představit. Protože ty služby u nás jsou prostě nastavený tak, že každě si hrabe na vlastním písečku a že stejně ty organizace spolu nespolupracujou. No a on úplně se rozčilil, víš, a jako že: tak to je přesně ono, vidíte tu nedůvěru a pak se tady má s něčím jako novým začínat! A takhle. A já říkám, to přece není žádná nedůvěra. Já mluvím o realitě, ne? Jako jak to funguje, to víme, jak to funguje v Český Republice. No, já si spíš myslím, že to je právě...

R4: On nám tady dělal certifikaci totiž. On přišel a: vy dva (?), on tady nastoupil před třema rokama, a vybral si mně samozřejmě jako na pohovor. (?) to bylo fakt takový..

On má takový jako, on má takový charisma docela, ten chlap, myslím, že je docela vlivnej možná. No a já když jsem tam byl u něj potom na tej zkoušce, tak tam byli před náma, my jsme tam byli vždycky tři. Nebo dva teda, kecám. A před náma tam šli tři, oni se s ním domluvili, že budou moct tři, protože jim jel nějak autobus nebo co. A to byli zrovna takový jako prudiči, víš? Který jako furt do něho rejpu a hlavně, jak tam šli první, tak on prostě je tam, ne, nevyhodil je teda, ale normálně byli z něj zpruzený, protože oni jsou vždycky tak hrdý na to, že vždycky mají ke všemu něco, víš, a tentokrát jako on je tam smáznul. Jim řekl prostě, že takhle, že takhle jako, že ani ty denňáci a že on jakože předpokládal, že když oni jsou z tý kombinovaný formy, víš? Takže jako, že jsou z tý praxe, tak že budou o tom něco vědět a tak... No, tak my jsme potom byli jako opatrný...

R4: A on sám je teda adiktolog, jo?

No, on dokonce na tom, na tej adiktologickej klinice nějak dělá něco. Nevím přesně co.

R4: My jsme se zrovna upsali na ten projekt jejich, na to ADHD.

Jo? Fakt? Hmm.

R4: Tak to jsem zvědavá.

A o co tam jde teda?

R4: Hele, to je, já se tomu moc jako, já jsem k tomu taková skeptická, ale je to, Miovský prostě dostal nějaký velký grant na výzkum výskytu poruchy pozornosti nebo prostě tohoto syndromu jako ADHD u klientů v terapeutických komunitách, nebo drogově závislých, léčící se v terapeutických komunitách. A k tomu prostě dodal obrovský soubor dalších jako testů psychologických a v podstatě bude ty lidi testovat nějak jako 3x nebo snad 4x za tu léčbu a zjišťovat posun. Jo a zjistí se teda procentuálně, kolik teda lidí to ADHD má, potom jak vlastně to souvisí s dalšíma jako kognitivníma a psychickýma funkcema, plus, to je takovej výzkum na nějaký tři roky, že vlastně průběh toho sběru dat jednoho toho klienta, pokud zůstane v léčbě na nějakých osm devět měsíců...

Jo.

R4: Tady všichni jsou osm. Plus za další, vlastně po těch třech letech, už na základě tohoto výzkumu, by chtěli udělat nějaký konkrétní terapeutický intervence, který by se využívaly pro tyto klienty.

Aha.

R4: No a je to, je to jako docela zajímavý. Bude to vlastně jako dost náročný, já jsem do toho šla vlastně jako za naši komunitu a je to že ty vlastně musíš, ses upsal k tomu, že my budeme každého toho klienta vlastně 4,5 hodiny testovat. Je to hodinu a půl, hodinu a půl a hodinu a půl.

S nějakýma pauzama.

R4: No, jako s dvoutříměsíčníma pauzama. Jo, ale je to stejně dost jakoby náročný. (?) Ono je to docela dobrý, protože to psychologický vyšetření obsahuje i to, co třeba zkoumám já.

Jo, že to můžeš využít jako...

R4: Jo jako, ale ne všechno. Ale je toho hodně, no. (?) To půjde, ne?

Jo, to víš že jo. Hm. To je zajímavý teda.

R4: Ono jako spousta lidí, na to dostane diplomku, na tom dělá, tak jako v tý adiktologii na tom nějak participují, přes teda s povolení Miovskýho, kterej tomu šéfuje.

To jo.

R4: Musí to bejt docela těžký, ale přijde mi to jako docela zajímavý.

Tojo. Hmm. No.

RESPONDENT R5

Nakolik podle Vás vyžaduje léčba závislosti tvrdý přístup? (Otázka č.1)

R5: Jako, osobně, z mého pohledu si myslím, že, jako moc se neztotožňuju s tím slovíčkem tvrdý, víš?

Jasně.

R5: Víš, si myslím, že, bysem podle sebe bych si tam dosadil spíš asi jako důslednost. Takže přece jenom, nějak je to pro mě tak nějak jako emočně zabarvený, negativně, jakože bych tam měl být nějaký bachař, který je bude výtkama nějak jako usměřňovat, a to si myslím, že ne. Že to jako je trochu jinak. Takže spíš jako na kolik podle vás vyžaduje léčba závislosti důsledný přístup? Tak podle mě jako je důsledný přístup jako nezbytný v té léčbě závislosti.

Proč? Tak asi jako ti závislí, často když přichází do té léčby, tak si myslím, že jsou v takovém divokém jako chaosu, víš, jako pocitově, nebo vůbec jako ztracení v tom světě a myslím si, že právě ta důslednost, důsledný přístup mu pomůže jako z toho chaosu najít, se jako zorientovat, prostě dát jim nějaký řád a režim. Takže myslím si, že podle mě jako je nezbytný.

V kterých oblastech přísnost případně má být? Abstinence, denní program, průběh terapie, výběr témat, vztahy. (Otázka č.2)

R5: Tak, v kterých oblastech. Tak v abstinenci, tam jako jednoznačně, je to základní, nebo vlastně kardinální pravidlo, pokud někdo poruší abstinenci, je propuštěný. Co se týče denního programu, tak tam taky jako určitě je nezbytný, si myslím, protože jako naučit je v kolik hodin mají vstávat, v kolik mají nachystat snídani pro ostatní atd.

Průběh terapie – některý napravujou svý sebevědomí špatným směrem, takový to falešný sebevědomí. Tam si myslím, že to je taky hodně důležité, někdy ten klient ty ostatní třeba i zastrašoval, víš kriminálník a ti klienti ho pak už nebrali v té komunitě, takže splasknul jak balon. Takže o tom přemýšlím, že je potřeba být důsledný, aby ten člověk tam jako dozrával a měl nějaký směr. U vztahů jako taky, tam si myslím, že by to mělo být v pravidlech a nemuselo jít jen o sex. Říká se tomu koutkování, kdy spolu drželi basu ti dva, ať už teda holka s klukem i

sem zažil že dva kluci po sobě pokukovali, občas to komunita kryla, ve většině případů se o tom jako mluvilo. Aby tomu nějak ti dva porozuměli, proč jako se vyčleňují a občas to samozřejmě dopadlo tak, že nebyla jiná možnost. Občas to bylo tak, že podepsali terapeutickou podmínku, že budou komunitu průběžně informovat. Myslím si že by ta důslednost u těch vztahů měla být.

Takže se ty lidi mají nebo nemají řešit striktně, podle toho pravidla?

R5: No, striktně ne, já myslím že je tam potřeba ten cit. To zdravý z toho vytáhnout. Pokud bych je načapal že spolu souloží při krmení prasat, tak by to bylo přes čáru, ale pokud spolu jsou, je tam nějaká intimita, často si ti lidi v tom páru došli na to, že jim nějaká vlastnost na tom druhém imponuje, pak se ten názor nějak měnil.

Kdy je podle Vás vhodné být direktivní u konkrétního pacienta? (Otázka č.3)

R5: Podle mého vždycky, ale nějak rozumně, s citem, vést ho a rozumě dávkovat. Mám takovou zkušenost, že přišel klient, který měl přiděleného garanta a s tím pracoval na individuálním plánu. Na tom, kdy pojedou k zubaři, k lékaři, jak si zařídí chybějící doklady, taky pak co s volným časem, jak si ho plánovat, protože v tom čase byl problém, že klienti jenom seděli na kuřárně a kouřili, pili kafe a flákali se, místo aby se zajímali o nějakou opravdovou náplň, toho co mě baví. My sme vždycky dělali to, že se to v tom jeho individuálním plánu jako koncem týdne hodnotilo. A když ten klient povolí, tak je dobrý se ho ptát proč, často se stává že z klienta pak vypadne, že to dělá jen kvůli Tobě a je dobrý to rozebrat aby se nad tím mohl zamyslet. Takže abych mu to tam nějak lajnoval a diktoval, aby to dělal jenom pro mě je blbost. Na druhou stranu se stává, že klient má nějakým způsobem zkreslený obraz svých schopností. Vzpomínám si na jednoho, který měl z doby před drogovou kariérou zkušenost s fotbalem a v průběhu léčby začal tvrdit, že se tím po léčbě bude živit. Tak jsme se ho ptali jak si to představuje a ostatní klienti se mu snažili říct taky, že to je blbost, a pak se odkrývaly i další věci, jako že po fotbale chodil i na pivo.

Pokud jde o tu direktivou, tak jí mám ještě spojenou s finančním plánem. Stává se že jedeme s klienty na zátěžovou akci a klient si dá dvě večeře. Oni jsou fakt jak malý děcka na výletě, protože pak se mu snažíš vysvětlit. Hele ty máš tisíc korun hmotné nouze na měsíc a máš taky platit alimenty a tady jedeš na výlet a dopráváš si věci, který ani nepotřebuješ. Takže jsem pro takovou důslednost, aby si to ti lidi uvědomili.

Co vy sami si představujete pod pojmem direktivita? Tvrdý přístup? (Otázka č.4)

R5: Tak já tam mám tu důslednost u toho terapeuta, že ty věci nepřehlídí, že je řeší, nebo třeba když tam někdo sedí a ani nepromluví, tak ho nějak zaktivizovat.

A když to teda otočím, v čem by klientovi ta direktivita mohla uškodit?

R5: Třeba právě v tom, že ty věci nedělá podle sebe ale podle očekávání toho terapeuta. Pak vyleze ven a najednou zjistí, že se nic nenaučil, že dělal všechno podle někoho. Takže v tomhle ohledu. Taky se stává, vid' že ta komunita, když mu umývala hlavu tomu klientovi a pětadvacet lidí tam do něj šlo a dost ostře, tak zase jsi do toho musel vstoupit s nějakým citem. Jestli si mu ještě z pozice terapeuta naložil nebo sis na tu židli uprostřed sedl místo něj.... Oni mají hodně černobílé vidění světa. Takže musíš hlídat ty hranice, je to potřeba umět rozpoznat, jestli máš ještě přikládat pod kotel nebo nějaký to poleno vyndat....

Proč je podle Vás potřeba v léčbě závislostí striktních pravidel? (Otázka č.5)

R5: Tak ty jsou čtyři, pokud vím tak ta abstinence, vztahy, potom agrese a to čtvrté pravidlo je otevřenost upřímnost a to je takový pravidlo, kterému jsem já sám pořádně nerozumněl a nebyl jsem s ním kolikrát úplně ztotožněnej, ale tak pokud by tam jen ten klient seděl a nebyl by otevřeněj, dalo by se to použít. U těch striktních pravidel si myslím, že jsou jako nezbytný, krom teda toho čtvrtého, ale ty tři, to by pak nebylo léčivé, ale kontraproduktivní, kdyby byl povolenej sex, neřešila se abstinence a agrese. Mělo by to tam být vidět jasně a zřetelně – prostě není možný, aby Ti někdo dotáh drogy na komunitu... Vedle těch striktních pravidel jsou pak ještě nějaký další pravidla...

Myslíš nepsaný?...

R5: Ne psaný, myslím, že by neměly být pro ty klienty bičem, ale měli by mít možnost se o ně opřít. Aby to ty lidi viděli ... jo, tak tady ještě můžu, tady taky ...ale tady už je to moc, tady za to dostanu nějakou sankci. Třeba budíček, nebo nejdou často pro léky.. rozumíš..takže dostat za to potom sankci, našťípat dříví dvě hodiny v dvacetistupňovém mrazu, to není zrovna fajn a můžou se z toho nějak jako poučit. A vlastně to i nějak jako pustit. Tak jsem to pohnojil, dostal jsem sankci, tak jsem si to odpracoval a teď už jdu dál. Jako by se u toho člověk očistil...

U té abstinence je důležitější ten první záchyt. Na tom detoxu ten pracovník s tím klientem tu tašku zkontroluje a mělo by to být a pak když z Detvu přechází na komunitu, tak se může stát, že tam má nějaké zbytky třeba trávy, nebo tričko s obrázkem konopí a tam ten terapeut mu říká hele tak to tady jako nejde tohle. A většinou mu to vlastně jako dojde. A když se to pak probírá na té komunitě probírá, tak mu třeba je nabídnuto, že to může rituálně spálit. Protože to se stane že jo, oni to mají třeba v hadrech a ani o tom neví...

Odkud tento Váš názor pramení?

- *Z literatury (které?)*
- *Ze studia, výcviku (kterého?)*
- *Z praxe*
- *Přejal jsem to od starších kolegů (Otázka č.6)*

R5: No tak dost jsem vyčetl z té knížky Nevšimala Terapeutická komunita pro drogově závislé, jinak asi z té praxe a od starších kolegů... Asi tyhle dva body jsou podle mě nejuvědoměnější...

Je podle Vás osobnostzávislého člověka v některém směru odlišná od člověka nezávislého? (Otázka č.7)

R5: Tak jak říkám, ty lidi jsou často v takovém životním debaklu a nemají ten vhled do normálního života, tak ten nezávislý člověk prostě ví, že by měl nějak neustále pokračovat ve svojí existenci, umět se o sebe postarat, oni to taky umí, ale špatně že jo, často kradou a lžou, myslím, že i ten terapeut tam často působí jako nějaký pozitivní vzor, má nějakou školu, nelže a nekrade, měl by být k sobě důsledný – já osobně bych si před klientem v krámu nekoupil láhev vína v krámu nebo jít po oslavě do práce.. oni mají dokonalé senzory a dokonalý čich a to bych sám sebe asi zavrhnul... Ten terapeut by u gemblingu a tvrdých drog měl abstinovat stoprocentně, no a u toho alkoholu zase nějak zdravě, je prostě důležitý, taky aby ho ta práce úplně nepohltila jo? Abych věděl že nevyhořím. Abych si mohl říct, já s tím problémem nemám.

Jinak u toho rozdílu mezi závislým a nezávislým – já měl vždycky jako takový měřítko to, jestli dokáže ten člověk fungovat ve společnosti jo... na těch výročních setkáních se Ti kolikrát svěří, že měli jednorázový užití marihuany nebo alkoholu a pak se z toho zase dostali, dodělali si školu a pak třeba mi přijde zajímavý, že začnou dělat se závislími. Jako by potřebovali mít tu drogu nablízku. A zažil jsem terapeuta, který říkal že na těch drogách, že byl skvělejší a teď bez drog, že to jsou pořád samy těžkosti. Ale co se týká nějakých rozdílů, v podstatě ani není šance je nějak rozeznat... Jako on je furt nemocný, že jo a měl by abstinovat, a zůstane už mu to až nadosmrti, nejde říct, že je jako nezávislý – v tomhle ohledu asi rozdíl je.

Uměl byste najít nějaký odborný zdroj, kde je idea direktivita vysvětlena? (Otázka č. 8)

R5: No tak tam bych viděl tu knížku Drogy a drogové závislosti, Kalina, tam něco o tom je, ale jinak nevím...

RESPONDENT R6

Takže nakolik vyžaduje podle vás léčba závislosti tvrdý přístup? Jo a teď jako ta tvrdost je myšlená tak, že to znamená nějaký pravidla, jo, striktní pravidla, direktivita, takový to skálovský třeba, dejme tomu, to co bejvalo, jo, tak na kolik podle tebe tohleto ty klienti potřebují? (Otázka č.1)

R6: To je těžký najít nějaký měřítko kolik, protože kolik je nějaký číslo, žejo. Tak asi podle mne jako nějaký individuální přístup. Pravidla nějak jsou pojmenovaný, ale potom zohlednit individuálně. Protože (?), že klient má právo dělat chyby a teď kolik těch chyb jako on může udělat, jestli nekonečně mnoho, nebo to ohraničíme nějakým číslem. To direktivní, to je, že můžeš udělat jednu a když jí uděláš, tak tohle, tohleto, tvrdý přístup, tohle já teda příliš neuznávám. A zas to porušení, zase v čem, žejo. Pokud by sem někdo přitáhl, nebo přivezl nějakou látku, chtěl udělat mejdan, to pochybuju že bysme tolerovali, nebo chtěli s tím aspoň pracovat, to by potom ohrozil celej barák. To je braný asi jinak, než když někdo třeba užije alkohol na výletě a řekne to potom. Takže direktivita je dobrá pomůcka, ale neměl by to bejt jako můj pán, (?).

Jasně. To znamená prostě, že individuálně ke každému nějak jako, brát to podle těch potřeb, který on zrovna momentálně potřebuje.

R6: Direktivita by měla bejt ve výbavě každého terapeuta, ale když už jí použije, tak s rozvahou a nějak jako promyšleně, než aby to byl princip. kterým se bude rozvíjet od začátku do konce služby. Takže můžu ji uplatnit, někdy je potřeba ji uplatnit, když potřebuju vymezit nějak jasně třeba směr, nebo nějaký důležitý pravidlo. Ale v podstatě by to neměl bejt nějaký princip, že to hlavní, je direktivní přístup, prostě jedna šance, přísnost, trest, ve smyslu toho starýho skálovskýho. Ale, zase ale, možná že bysme taky konstatovali, že Skála taky byl přísněj, ale taky dával šance.

Jasně, no. Spíš...

R6: Taková ta vojenská přísnost, která se mi nabízí, že je asi to téma, bývá u těch závislostí dost nafouklá, jako kde dělal chyby a bude je dělat znova, tady, a když se udělaj, tak je třeba spíš ptát se jako proč. Co s tím, aby se pokusil to do budoucna změnit prostě, aby se to neopakovalo zbytečně dlouho.

Hm. Já myslím, že takhle mi to stačí k tej jedničce. V kterejch oblastech ta přísnost by případně měla bejt? (Otázka č.2) Jestli máš nějaký jako téma? Já jsem si tady vypsal abstinence, nějakkej denní program...

R6: Už jsem to zmínil.

...průběh terapie, výběr jinejch témat, vztahy dejme tomu, jo, třeba. Vztahy byly vždycky, žejo, v těch komunitách, vždycky jsou a budou, tak jestli v tomhleto by mělo bejt nějak jako přísnost taky? jestli máš třeba vyloženě nějaký téma sám?

R6: Jak jsem řekl, asi přísnost v tom, když něco ohrožuje barák a já nevím, co prostě, že sem někdo prostě přinesl nějakou drogu. A pak měl prostě potřebu nějak to tady prostě potají šířit. To je asi to nejvíc ohrožující, ten barák, případně nějaký násilí fyzický, nějaký fakt jako velký šikany, tak tady u toho jako jasně říct ne, no a dávat víc šancí někomu, kdo to tady praktikuje, je nesmysl. No a co se týká vztahů, tak tam s tou přísností – no celkem, žejo, ta šikana se jasně toho týká, to znamená kdyby se někdo něco takovýho se pokusil praktikovat a bylo to fakt jako tvrdou formou, tak je ten přístup jako z naší strany taky tvrdej.

To znamená, to je vlastně jedno z těch kardinálních pravidel, vid'?

R6: A co se týká vztahů, jako partnerskejch, tak tady nevyklučujeme za nějaký porušení tohohle, snažíme se s tím dělat, pokud ty lidi chtěj. Ale pokud nechtěj, může někdo odmítnut, je to jako v režimu utajení, tak potom bude asi lepší se ho prostě asi zbavit, prostě jeden musí odejít. Anebo pokud by jako ten vztah nějak zaměstnával intenzivně skupinu, dlouhodobě a bylo to hlavní téma tý skupiny, potom je to pro tu skupinu neproduktivní. Potom by se dalo nějaký direktivní pravidlo, že bude lepší, když ten pár se rozdělí.

Ale to znamená, já nevím, třeba když na Červeňáku kdysi to bylo tak, že já nevím, dva si o víkendu lehli na deku spolu a okamžitě to znamenalo pro někoho z nich třeba vyházov, žejo. Protože to bylo jasný pravidlo, bylo to tak a tak, nalajnovaný a už se s tím prostě nijak nepracovalo. Takže to je kravina podle tebe. No jasně. Jsme se o tom vlastně bavili, když jsem sem přijel, žejo. Dobrý, takže to je dvojka. Ono to tak jako všechno souvisí, ty otázky. Kdy je podle vás vhodné být direktivní u konkrétního klienta nebo pacienta? (Otázka č.3) Tak to už jsi mi v podstatě i řekl.

R6: No, řekl, to bysem se opakoval.

Co vy si sám představujete pod pojmem direktivita a tvrdý přístup? (Otázka č.4) No, to se zas jako prolíná. Jestli tě k tomu ještě něco napadá?

R6: Tvrdý přístup pro mne znamená nějaký jako jasně, striktně vymezený pravidla. To znamená jako tuhej rigidní systém, kterej se nechce měnit a nechce slyšet názory, nechce slyšet, že bysme se dohodli na nějakým.. a dlouhodobě bych řekl, že je jako nefunkční. Tím, že je jednotvárněj, že stojí na nějakých jako neotřesitelnostech, jako dogmatech a pravidlech a hlavně postrádá diskuzi. Že může takhle působit a může bejt hodně tvrděj nebo přísněj.

Takovej skoro jako totalitní, vid'?

R6: Nadřazenost, kdy klienti nemají právo mluvit do chodu, což není jako dobrý třeba. Nemají možnost se vyjádřit. Samozřejmě ten tým pak má slovo jako veta, že jako může slovo přehlasovat. To dělá vlastně ten základní princip.

To znamená, ale jako na druhou stranu by jsi nebyl pro to, aby to bylo takový jakoby uvolněný tak, aby oni v podstatě jako vládli všemu tady a tak to bylo jako úplně...

R6: Tak v minulosti byl takovej přístup v jedny komunitě, myslím, že v Holandsku, kde klienta přehlasovali

Hmm. Takovej ten demokratickej přístup jako.

R6: No no. Liberální.

No. To znamená prostě dodržování nějakých hranic furt by tam mělo bejt. Dobrý. Jo a teď je tady vlastně: Proč je podle vás v léčbě závislosti potřeba těch striktních pravidel? (Otázka č.5) Nebo těch kardinálních. Asi zřejmě spíš. Protože striktní, žejo. To jsou asi takový ty, jaký jsi vyjmenovával. Tak jako jekeje je tam vlastně ten důvod, no.

R6: No, tak asi ten důvod je, že klienti chtějí nějaký jasné hranice, k něčemu se vztahovat. Některé principy. Že jsou věci, co lidi přijímali třeba z církve, že je nějakých sedm přikázání, nějaký jako nějaké normy a každý společenství má nějaký jako pravidla. A tenhle princip vlastně komunita kopíruje, jako že se učí tak jako vést a pro klienty to může být, že má nějakou vyšší autoritu. A s touto potřebou bych řekl, že na jednu stranu chtějí být svobodní, ale na druhou stranu i tohleto je pro ně nějak jako důležité. V něčem, k čemu se můžou vztahovat. Ten jejich život byl bez pravidel, tak nevím. Spíš fakt žádná pravidla neměli. Takže jako potřebují nějakou jistotu v tomto procesu, kterým procházejí, v sebepoznání a sebeobjevování.

No, to je pěkně řečený, si myslím. No, teďka...

R6: No, ale jako i lidi z týmu tohle potřebují.

Určitě, no. Tak by to mělo být trochu v takový jako rovnováze, že i ten tým by se měl držet nějakých hranic jo?

R6: No, jo přesně.

Odkud tento Váš názor pramení? (Otázka č.6) Z literatury, ze studia, výcviku, z praxe, případně přejal jsem to od starších kolegů.

R6: Tak určitě z literatury, z praxe, protože prožívám práci, z diskuze v týmu, z nějakého uvažování, když jsem třeba sám, ale i z nějakých konfrontací, kdy se kolikrát třeba v týmu neshodnem, a jeden kolega je podobnej jako já, druhý je třeba volnějš, přístupnějš a naopak další kolega je právě ten direktivnějš, přísnějš, u kterého se mi právě tohleto téma nejvíc objevuje. U tohoto kolegy na to nejvíc narážím a přes něj to vlastně nějak porovnávám a můžu vidět, jak to mám vlastně já. Přes něho to vidím čitelnějš, protože on je pro mě reprezentace něčeho, kterou jsem nepojmenoval jenom já, ale i ostatní. Takže nebýt jeho, tak mám pocit, že jsem přísnějš, ale díky němu mám pocit, že naopak nejsem. On jako někdy je přísnějš tak, že až neoliticky na tom lpí, protože to má jako nějakou jistotu a když to není, tak je hrozně znejistěnějš. Co je teda pravda? Co platí?

7. Osobnost – odlišnost (Otázka č.7)

R6: Myslím, že ne, nějaký velký rozdíl tam nejsou. Citlivost k vnějším věcem, ale jinak ne. Ne myslím, že to je asi jediný rozdíl.

8. Odbor. zdroj, kde je direktivita vysvětlena (Otázka č. 8)

R6: Nějaké věci jsou v publikaci od Magdalény, v Kalinovi, možná Kratochvíl, Základy psychoterapie.

