

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě

Petr Mach

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie, magisterský, prezenční

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2018

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Motivation of drug addicts for treatment in therapeutic
community**

Petr Mach

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor:: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2018

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze, dne: 31. 7. 2018

Petr Mach

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, Mgr. Johaně Růžičkové, za vedení této práce, za poskytnutí cenných rad a za veškerou ochotu.

Děkuji.

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě. V prvních třech kapitolách je teoreticky pojednáno o tématu drog, drogového užívání, terapeutické komunity a motivace k léčbě a abstinenci. Empirická část diplomové práce popisuje výstupy kvalitativního šetření. Výzkum prezentuje tematickou analýzu šesti rozhovorů s rezidenty terapeutické komunity.

Klíčová slova

Drogy, uživatelé drog, drogová závislost, léčba, terapeutická komunita, motivace

Abstract

The diploma thesis is focused on the theme of motivation of drug addicts for treatment in therapeutic community. First three chapters theoretically describes theme of drugs, drug abuse, therapeutic community and motivation for treatment. Empirical part shows the results of the qualitative research. The research presents thematic analysis of interviews with residents in the therapeutic community.

Key words

Drugs, drug addicts, drug addiction, therapy, therapeutic community, motivation

OBSAH

Úvod	8
1 DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	9
1.1 Drogy a užívání drog	9
1.2 Drogová závislost	12
1.3 Léčba drogové závislosti	14
1.4. Prevence užívání drog	16
2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	19
2.1 Vznik a vývoj terapeutických komunit	19
2.2 Základní principy terapeutických komunit	21
2.3 Léčebné faktory v TK	23
2.4 Výzkumy léčby v TK	26
3 MOTIVACE UŽIVATELŮ DROG K LÉČBĚ A ABSTINENCI	28
3.1 Motivace, vymezení pojmů souvisejících s motivací	28
3.2 Motivace k užívání návykových látek	29
3.3 Motivační rozhovory	32
3.4 Motivace uživatelů návykových látek k léčbě a abstinenci	33
4 EMPIRICKÁ ČÁST	37
4.1 Metodologie výzkumu	37
4.2 Výzkumné okruhy	39
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	39

4.4 Analýza dat	40
4.5 Výstupy výzkumného šetření	40
4.6 Shrnutí výpovědí respondentů	64
4.7 Závěr	66
5 DISKUZE	67
Závěr	70
POUŽITÉ ZDROJE	71

Úvod

Užívání drog je rozšířeným fenoménem, který negativně ovlivňuje společnost. Drogová závislost je závažná diagnóza a této problematice je třeba věnovat pozornost. Jako každé onemocnění i závislost na drogách vyžaduje řádnou odbornou intervenci. Problémem však je, že uživatelé drog ne vždy pomoc vyhledají a je otázkou, jestli o změnu stojí.

Lze jen těžko tvrdit, že tuto problematiku můžeme přehlédnout. Společenský dopad závislostního chování je zřejmý. Nejen, že následkem užívání drog dochází k sociálně patologickým jevům, ale uživatelé drog rovněž často nepracují, pobírají podpory a nepřispívají do státního rozpočtu daněmi. Vystává tedy otázka po motivaci uživatelů drog ke změně jejich životního stylu. Léčba drogové závislosti je složitý proces a v průběhu abstinence vždy existuje riziko recidivy. Vystává tedy rovněž otázka, jak by měl vypadat proces léčby, aby se zvýšila pravděpodobnost, že závislý bude dlouhodobě žít bez drog.

Ve své diplomové práci se zabývám právě fenoménem motivace uživatelů drog k léčbě. Ve třech teoretických kapitolách popíši základní poznatky o problematice drog a drogových závislostí, budu se věnovat popisu terapeutických komunit, které nabízejí dlouhodobý intenzivní protidrogový program a zaměřím se na rozbor problematiky motivace k léčbě a abstinenci.

V empirické části diplomové práce se budu věnovat popisu výstupů mého kvalitativního šetření. Analyzoval jsem šest rozhovorů s rezidenty terapeutické komunity, kteří byli v počáteční fázi léčby. Zajímalo mě, jak budou vypovídat o svém rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity.

Tato diplomová práce teoreticky navazuje na mou bakalářskou práci s názvem: Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci. V této práci jsem se rovněž zabýval fenoménem motivace ke změně závislostního jednání. Pro potřeby diplomové práce jsem s drobnými úpravami použil ze zmíněné bakalářské práce kapitoly 1 a 3. Z kapitoly dvě bakalářské práce jsem ještě využil do kapitoly jedna diplomové práce teoretické pojednání o prevenci drog. Teoretická kapitola dvě této diplomové práce, která popisuje terapeutické komunity, je nová. Rovněž celá empirická část je nová. Všechny podmínky pro využití předchozí bakalářské práce jsem splnil.

1 DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Ve své diplomové práci se věnuji problematice užívání drog, zaměřuji se na dlouhodobou komunitní léčbu drogově závislých a fenomén motivace k léčbě a abstinenci. V rámci první kapitoly vymezím stručně základní pojmy spjaté s problematikou drogového užívání, zaměřím se na prevalenci užívání drog v ČR, problematiku drogové závislosti, její léčbu a prevenci užívání drog.

1.1 Drogy a užívání drog

Nejprve vymezím termín droga. Fischer nabízí tvrzení, že: „*Nelegálně šířená a zneužívaná psychoaktivní látka vyvolávající závislost se často označuje jako droga*“ (FISCHER a ŠKODA, 2009, s. 88).

Kalina uvádí toto rozdělení psychoaktivních látek dle účinku na psychiku:

„1. Tlumivé látky (narkotika) zpomalují psychické tempo. Malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí.

2. Psychomotorická stimulancia zbaví člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku.

3. Halucinogeny vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii“ (KALINA a kol., 2015, s. 50).

Ve své bakalářské práci jsem zmiňoval výzkum prevalence užívání drog v populaci v ČR 2014, který ilustruje jaké psychoaktivní látky, jsou mezi uživateli drog v ČR nejrozšířenější. Výzkum uvádí, že ve věkové skupině 15-64 let užilo někdy v životě nelegální psychoaktivní látku 31,1% dotázaných. Nejčastěji užitou drogou byly konopné látky (28,7%), následně pak extáze, halucinogenní houby a pervitin. U konopných látek dále studie poukazuje na prevalenci užití v posledních třiceti dnech, která je výrazně vyšší u skupiny ve věku 15-34 let (8,5%). Ve výsledcích se také ukázal nárůst užívání konopných drog ve věku 15-19 let. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2014 dále uvádí, že míra zkušenosti s konopnými drogami u žáků ZŠ ve věku 14-15 let je 26 – 33%, u studentů SŠ ve věku 16 let je pak 42 – 47% (MRAVČÍK, 2015, s. 44-46).

Ve dvou následujících letech byly prováděny další screeniny mapující problémové užívání drog, uvádím zde výsledky z roku 2016. V tomto roce bylo dle odhadu v České

republice 46,8 tisíc problémových uživatelů drog, z toho 34,3 tisíc užívali pervitin, 3,4 tisíce heroin, 7,3 tisíce buprenorfin a 1,7 tisíce užívali jiné opioidy. Počet osob aplikující si drogu nitrožilně byl 42,8 tisíc. Celkový počet pravidelných uživatelů drog v roce 2016 byl 0,67% obyvatel ve věku mezi 15 a 64 lety, což je nižší procento než v předchozích dvou letech (MRAVČÍK, 2017, s. 95).

Studie ale také uvádí, že: *se zvýšil podíl uživatelů konopí v obecné populaci v riziku z 2,7 % na 4,4 %, nárůst je patrný zejména u mužů a ve věkové skupině 25–34 let, nicméně k nárůstu došlo v podstatě u všech věkových skupin* (MRAVČÍK, 2017, s. 108).

Uvedu ještě statistiky, které se týkají užívání drog ve školní populaci v ČR, které byly publikovány v rámci studie ESPAD. Zkušenost s jednorázovým užitím drogy uvedlo 43,7% šestnáctiletých studentů, kteří se studie účastnili (výběrový soubor byl 3913 respondentů vybraný v odpovídajícím poměru ze základních a středních škol). Nejčastěji zneužívanými drogami byly konopné látky (42.3%), poté halucinogeny, LSD a extáze. 18 procent dotázaných uvedlo opakované užívání návykových látek. Zhruba 8% dotázaných studentů uvedlo první zkušenost s ilegální drogou do 13 let. Studie na základě těchto výsledků udává odhad celkového počtu dospívajících, kteří mají zkušenost s užitím ilegální drogy. Jednorázovou zkušenost má zhruba 234 tisíc adolescentů ve věku 15-19 let, častější užívání ilegálních návykových látek pak studie odhaduje u 101 tisíc dospívajících. Tento stav zjišťovaný k roku 2011 vykazuje pozitivní pokles užívání drog v cílové populaci (CHOMYNOVÁ, 2014).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2016 uvádí, že: *„V 10 terapeutických komunitách byli léčeni převážně muži (59 %), primární drogou byl v 78 % pervitin, uživatelé opioidů tvořili 10 % léčených, 82 % léčených byli injekční uživatelé drog. Uživatelé alkoholu a konopných látek tvořili malou část klientely (5 %, resp. 3%). Pro patologické hráčství byli léčeni 3 klienti“* (MRAVČÍK, 2017, s. 138).

Také dle mé osobní zkušenosti z Dětského a dorostové detoxikačního centra, kde přes dva roky působím a z terapeutické komunity, kde jsem nahrával rozhovory s respondenty, je nejčastěji zneužívanou drogou pervitin, jehož užívání zpravidla předchází určité období užívání marihuany a sekundárně i jiných drog v menší míře. Uvedu tedy některé informace o stimulancích a konopných drogách.

Psychostimulancia jsou drogy, které mají excitační vliv na nervovou soustavu. Obecně tyto látky způsobují zvýšený přenos signálů v mozku a urychlují psychomotorické tempo. Podporují pocit energie a vyvolávají pocity štěstí. Mohou však také působit úzkostně a vyvolávat agresivní chování. Po odeznění účinné látky často nastává stav zvaný dojezd, charakteristický únavou a vyčerpáním. Dlouhodobé užívání způsobuje somatické komplikace, jako jsou kardiovaskulární příhody či chorobné úbytky na váze. Hrozí nebezpečí rozvoje toxické psychózy (KALINA a kol., 2003, s. 164- 165).

Další vysoce pravděpodobný důsledek užívání psychomotorických stimulancií lze dle mého názoru velmi výstižně popsat takto:

„Dlouhodobým účinkem užívání stimulancií je vznik závislosti. Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „jen“ závislost psychickou, která se vyznačuje především carvingem (dychtěním po látce, resp. jejím účinku). Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů“ (KALINA a kol., 2003, s. 164).

Konopné drogy jsou psychoaktivní látky, které mohou vyvolat psychickou závislost, pravděpodobnost je zhruba 8 – 10% u dlouhodobých uživatelů. Ačkoli může marihuana působit jako vstupní droga k jiným psychoaktivním látkám, je toto riziko zkreslováno. Při častém užívání však mohou vznikat poruchy zejména krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Taktéž vzniká za určitých podmínek riziko paranoidních stavů. U predisponovaných osob hrozí rovněž nebezpečí rozvoje depresí, stavů úzkosti, ve výjimečnějších případech až stavů psychotických. Užívání konopných drog je z tohoto důvodu velmi nebezpečné, protože nelze odhadnout, u koho mohou závažné psychické stavy nastat (KALINA a kol., 2003, s. 174 - 175).

Studie otištěna v časopise Lancet poukazuje na míru rizika jednotlivých drog. Článek nazvaný Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis dokládá výstup z výzkumu jednotlivých psychoaktivních látek, kterým je dle různých kritérií přisouzena míra škodlivosti. Psychomotorická stimulancia jsou dle výstupu vysoce škodlivé návykové látky a to zejména pro uživatele samotného, nikoli pro jeho okolí. Kanabis se pak pohybuje zhruba uprostřed rozložení škodlivosti (NUTT, 2010).

Nešpor ve svém článku rovněž uvádí, že rizika marihuany jsou obecně podceňována. Existují však závažná tělesná i duševní rizika, která jsou spojena s užíváním konopných látek. Poukazuje také na to, že od roku 1970 se výrazně zvýšil obsah THC v konopných látkách, což může vést ke zvýšenému riziku při užívání těchto drog. I při jednom užití konopných látek existuje riziko vzniku panických stavů a úzkostí, dokonce i psychotických projevů, či rozvoje latentního psychotického onemocnění. Existují i výzkumy o subklinických psychotických projevech u všech uživatelů konopí. Dlouhodobé užívání pak může způsobovat poruchy paměti, psychomotorického tempa i exekutivních funkcí, zejména schopnosti plánování a organizování. Při akutní intoxikaci dále vznikají rizika poruch kardiovaskulárního systému, zejména riziko infarktu myokardu nebo iktu. Kouření marihuany má rovněž závažné dopady na dýchací systém. Orální užívání konopných látek je vysoce kancerogenní a to více než kouření cigaret. Vznikají mimo jiné rizika rakovin a zánětů dýchacích cest (NEŠPOR, 2012).

1.2 Drogová závislost

Nejprve vymezím pojem syndrom závislosti: „*Syndrom závislosti je charakteristický silnou až palčivou touhou nebo puzením brát opakovaně danou látku, problematickou kontrolou a problematickým až nemožným zastavením jejího užívání, nárůstem tolerance (s požadavkem zvyšujících se dávek). Jasným průkazem závislosti je odvykací stav, který se objevuje, pokud látka není dodána. Závislý jedinec zanedbává postupně dřívější zájmy i vztahy a pokračuje v užívání psychoaktivní látky přes jasné a zjevné projevy negativních důsledků*“ (OREL, 2012, s. 108).

Křivohlavý ještě rozděluje závislost na substanční a procesuální. Substanční, která bývá označována také jako ingestivní, je závislost na různých látkách, které ovlivňují psychické chování a prožívání. Patří sem tedy i káva, drogy, nikotin, apod. Procesuální závislost se týká určité činnosti. Patří sem hazardní hraní, ale i workoholismus, hazardní chování apod., (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 204).

Abych přehledně vymezil základní znaky závislosti, uvedu jejich výčet, který uvádí Nešpor:

„1. znak: *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (carving, bažení)*

2. znak: *Zhoršené sebeovládání*

3. znak: *Somatický (tělesný) odvykací stav*

4. znak: *Růst tolerance*

5. znak: *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*

6. znak: *Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*“ (NEŠPOR, 2011, s. 12 – 21).

Bažení neboli craving je stav, který je spojen s chutí znovu prožívat dopad psychoaktivní látky. Bažení lze rozdělit na somatické a psychické. Somatické je přímo spojeno s odezníváním účinku drogy, zatímco psychické je dlouhodobější. V průběhu psychického bažení lze pozorovat určité projevy jako je např. aktivace určitých částí mozku, zvýšení tepu, oslabení paměti, které jsou obdobné jako při stresu. Většinou je bažení spojeno se zvýšeným rizikem opětovného užití drogy, k čemuž může vést i samotný stav bažení, který je doprovázen sníženou schopností se rozhodovat (NEŠPOR, 2011, s. 12-13).

Pro odvykací stav je charakteristický vznik tělesných a duševních symptomů, které jsou následkem výrazného snížení nebo vysazení psychoaktivní látky. Může se projevovat i silnými spasmy těla. Zvláštním stavem je odvykací stav s deliriem. Delirium je kvalitativní porucha vědomí, při které dochází k neklidu a třesu, zmatení a poruchám vnímání reality (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 58).

Během akutní intoxikace návykovou látkou nebo krátce po ní může dojít až k psychotické poruše s obdobnými příznaky jako např. u schizofrenie nebo afektivní poruchy. Další závažnou poruchou může být reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. Mezi tyto stavy můžeme řadit přetrvávající psychické poruchy nebo tzv. flashbaky. Ty jsou charakteristické prožíváním stavu intoxikace v době, kdy účinek psychoaktivní látka již zjevně odezněl (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 58 - 59).

Citace z Křivohlavého vymezuje závislost pregnantně: *„Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost také znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu i zničen“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 203/204).

Výstižnost této citace dokládá následující údaj: *„V r. 2016 bylo zjištěno 94 přímých drogových úmrtí (104 v r. 2015), tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými*

látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevražedná, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu“ (MRAVČÍK, 2017, s. 168).

1. 3 Léčba drogové závislosti

„V r. 2016 bylo evidováno 15 538 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9489 (61 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 6048 (39 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami a 1 osoba byla hospitalizována pro závislost na tabáku. Téměř třetinu hospitalizovaných tvořily ženy a necelá 4 % děti a mladiství do 19 let včetně. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, více než čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (53 % všech případů hospitalizace pro nealkoholové drogy), dále užívání stimulantů mimo kokain (30 %). Sedativa a hypnotika, opioidy a konopné látky se na hospitalizacích pro nelegální drogy podílely v 6 %, resp. 5 % a 5 %“ (MRAVČÍK, 2017, s. 137).

Nevšímal vymezuje tři hlavní přístupy k drogově závislým. Postupně se vyvíjel přístup zaměřený na předepisování substitučních látek, dále se rozvíjel systém léčby zaměřený na abstinenci závislého, který obsahuje prvky detoxifikace, dlouhodobé léčby, farmakoterapie a psychoterapie. Poslední přístup se obvykle označuje jako harm reduction a je zaměřený na snížení rizik, které jsou spojeny s rizikovým chováním, není však primárně zaměřen na léčbu a abstinenci (NEVŠÍMAL, ed., 2007, s. 13 – 14).

Farmakologie využívaná v léčbě závislostí se opírá o řadu různě působících chemických látek. Jsou to protijedy, které se nejčastěji používají při otravě návykovou látkou. Dále léky užívané na léčbu odvykacích stavů, které jsou často chemicky obdobného složení jako užívaná látka. Při akutní intervenci toxické psychózy se využívají různé druhy antipsychotik. Farmakoterapie se využívá při léčbě duálních diagnóz, kdy pacient trpí i jinou psychickou poruchou, v tomto případě je medikace zaměřena na léčbu např. deprese apod. Závislý, který se léčí v odvykacím programu, může dostat i léky proti somatickým obtížím. Lékař by měl však zvážit možnosti terapie a chemické složení podávaného medikamentu, například u léků proti bolesti. Dále používanými léky jsou medikamenty, které zhoršují snášenlivost užívané drogy. Typickým příkladem v léčbě alkoholismu je takzvaný antabus, který má primárně pomoci závislému vyhnout se návykové látce (nikoli vytvořit tvrdou averzní zkušenost). Důležitou součástí farmakoterapie je substituční léčba, která se snaží nahradit užívanou drogu jinou látkou stejné skupiny. Významnou součástí této substituce je

spolupráce uživatele drogy, který by měl být schopen do značné míry omezit užívání drog během užívání substituční látky. Další skupinou farmak jsou anticravingové léky, které snižují bažení po užívané látce (NEŠPOR, 2011, s. 97 – 100).

Významnou roli v léčbě závislosti hraje psychoterapie. Lze ji uplatnit v každém typu péče o závislé, od streetworku po následnou péči. Při užití psychoterapeutických prostředků je třeba brát v úvahu cíle jednotlivých forem léčby a s tím spojenou fázi léčby, ve které se pacient nachází. Nevhodně načasovaná psychoterapeutická intervence může mít za následek i ukončení léčby pacientem. Psychoterapii lze v nejširším pojetí užít v každém kontaktu s drogově závislým, například při terénní práci. Systematická skupinová a individuální terapie by však již měla být prováděna odborným psychoterapeutem. Terapeut si v procesu léčby vytváří s pacientem důvěrný vztah, musí však být schopen také spolupracovat s týmem. Jeho schopnost vnímat situaci pacienta v kontextu jeho léčby je zásadní pro diagnostiku a rozvoj strategie léčby. Během diagnostiky je důležité věnovat zvýšenou pozornost vztahovým tématům a otázkám rozvoje užívání drog. Cílem je vytvořit si představu o smyslu drog v životě pacienta. Zásadní je také takzvaná diferenciatní diagnostika, neboť u závislých existuje velké riziko duální diagnózy. Významné je posoudit, zdali pacient opravdu chce nastoupit do léčby a zdali je v jeho možnostech ji absolvovat (KALINA a kol., 2003, s. 26 - 27).

Rotgers poukazuje na to, že přestože mají psychoterapeutické školy, které se zaměřují na léčbu závislosti, různá teoretická východiska, zabývají se v podstatě řešením stejných úkolů a otázek. Dále pak uvádí některé základní úkoly, které se v psychoterapii závislých pacientů objevují. Jsou to: Příprava rozhodnutí skončit se závislostí, nácvik dovedností zvládání různých situací, změna situací, které poskytují posílení odměnou, podpora zvládání nepříjemných afektů a zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory (ROTGERS a kol., 1999, s. 229 - 233).

Rotgers dále popisuje výhody, které nabízí kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Obecně tvrdí, že kombinace těchto dvou forem léčby vykazuje lepší výsledky. Důvodem je postižení většího okruhu symptomů, možnost výběru nejefektivnější léčby pro závislého a fakt, že jednotlivé způsoby léčby mohou doplňovat nedostatky jiné (ROTGERS a kol., 1999, s. 235 – 236).

Pro přehlednost uvádím možnosti léčby a síť služeb pro drogově závislé:

- Terénní programy
- Nízkoprahová kontaktní centra
- Lékařská ambulantní péče o závislé
- Denní stacionáře
- Detoxifikační jednotky
- Střednědobá ústavní léčba
- Rezidenční léčba v terapeutických komunitách
- Následná péče, doléčovací programy
- Chráněné bydlení a chráněná práce
- Programy metadonové a jiné substituce (KALINA a kol., 2003, s. 159 – 227).

V rámci této kapitoly považuji za významné ještě definovat termín Harm Reduction: „*Termínem Harm reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivním látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s tímto užíváním přestat. Určujícím rysem je spíše důraz na prevenci rizik či škod a zaměření na osoby, které v užívání drog pokračují, než na prevenci užívání drog jako takového*“ (IHRA, 2010).

1. 4. Prevence užívání drog

Kalina uvádí, že prevenci je možno rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevenci lze dále dělit na specifickou a nespecifickou. Specifická primární prevence může mít podobu všeobecné, selektivní nebo indikované primární prevence (KALINA a kol., 2015, s. 261).

Je zajímavé, že McGrath uvádí, že: „*Ústav pro lékařství americké akademie věd (Institute of Medicine) přišel s návrhem rámcové klasifikace prevence na tři kategorie:*

všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tímto systémem se nahrazuje tradiční kategorizace na primární, sekundární a terciální“ (MCGRATH, 2007, s. 14).

Ve své diplomové vycházím z toho, že prevence všeobecná, selektivní a indikovaná je ekvivalentní termínům primární, sekundární a terciální. Vycházím rovněž z definice, kterou uvádí Hartl: *„Prevence je předcházení jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj.; rozlišuje se prevence a) primární – předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci; je buď nespecifická, která podporuje žádoucí formy chování obecně nebo specifická, zaměřená proti konkrétnímu riziku; např.: předcházení kontaktu jedince s drogou; zdravotní výchova ve školách, např. pomocí besed, peer-programů, příruček, plakátů apod.; b) sekundární – zaměřuje se na rizikovou skupinu zvláště ohroženou negativním jevem, např. prevence AIDS mezi prostitutkami a prostitutky; c) prevence terciální, zaměřená na jedince, u nichž se už negativní jev projevil, snaha o zmírnění následků problémového jevu“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 450).*

Stejně tak uvádí o všeobecné, selektivní a indikované prevenci McGrath, že všeobecná je zaměřena na celou populaci, selektivní na určité často rizikové skupiny obyvatelstva a indikovaná na jedince, u kterých se předpokládá možnost dalšího patologického chování. K indikované prevenci uvádí McGrath konkrétně k problematice závislosti to, že u jedinců, na které je zacílena, není ještě většinou možnost diagnostikovat syndrom závislosti, ale lze ho v budoucnu pravděpodobně očekávat (bude-li např. dospívající v tomto chování nadále pokračovat), (MCGRATH, 2007, s. 14 - 15).

V dalším textu se budu věnovat prevenci primární. Kalina uvádí, že v primární prevenci je třeba mít na zřeteli biopsychosociální model užívání drog a v rámci něj uvažovat o faktorech rizikových a ochranných. V biopsychosociálním modelu užívání se bere v potaz droga, člověk a prostředí. Každá droga má tedy své účinky a vlastnosti, lidé mají odlišnou osobnost a odlišnou afinitu k užívání drog a žijeme v prostředí určité společnosti, rodiny a vrstevníků (KALINA, 2003 a kol., s. 275).

Vlastní smysl primární prevence je tento: *„Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí“ (KALINA a kol., 2003, s. 275).*

Základní faktory v primární prevenci jsou: *„Snížení poptávky po drogách, drogové uvědomění, denormalizace, morální aspekty ve společenství, negace a pozitivní alternativy*

užívání drog, neobviňování oběti a problém pozitivní diskriminace a porozumění motivace“ (KALINA a kol., 2003, s. 276 - 278).

Snížování poptávky, ale i nabídky drogy je v primární prevenci významné z hlediska ovlivňování chování možného kupce i prodejce drogy tak, aby drogový trh nevyužíval. Uvědomění o drogách není jen informativní, preventivní program se různým způsobem snaží o změnu chování a postojů. Denormalizace drog spočívá v širší edukaci a zapojení veřejnosti do náhledu na problematiku drogového užívání a na její nebezpečí. Užívání drog by pak ideálně mělo být pro co nejširší okruh populace nežádoucí sociální jev. Preventivní programy by měly rovněž oslovovat morální hodnoty a upozorňovat na zodpovědnost a životní cíle. Významné jsou dále prvky, které učí adolescenty negativní možnosti odmítat a citlivě poukazují na pozitivní příklad lidského rozvoje. V rámci prevence uživatelů drog je třeba věnovat pozornost otázce jejich diskriminace. V podstatě jakékoli formy krajního přístupu od zavrhování až po omlouvání a pozitivní diskriminaci nejsou příliš vhodné. Doporučuje se otevřený postoj, že užívání drog je špatné, ale neznamená to, že uživatel je špatný. Bude-li chtít, bude mu pomoheno se návyku zbavit. Pro realizaci komplexního systému prevence je také třeba věnovat pozornost různým důvodům, proč lidé drogy začínají užívat, tedy jejich motivaci k tomu, aby drogy třeba jen vyzkoušeli“ (KALINA a kol., 2003, s. 276 - 278).

Jeden z klíčových preventivních programů, který je významný u dětí i adolescentů, je zaměřen na rozvoj rodičovských schopností. Tyto programy jsou zaměřené na rodiče a na jejich vztah k dětem. Rodiče vytváří s dětmi ideálně silný a otevřený citový vztah. Nastavují pravidla, jsou schopni reflektovat svět dítěte včetně jeho vrstevnického okolí, umožňují dítěti vytvářet vlastní rozhodnutí a ukazují mu správný životní styl vlastním příkladem (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 24 - 25).

Významná je rovněž výchova zaměřená na rozvoj osobních a sociálních dovedností. Podstatné je, že tyto preventivní programy, které pochopitelně provádějí řádně proškolení a zkušenější pracovníci, nejsou vedeny formou přednášek nebo výkladu. Jedná se o aktivní sezení, která se zaměřují na možnost získat nové kompetence při zvládnání zátěžových situací, na schopnost udržet se v psychické pohodě a zabývají se společenskými normami a pravidly. V adolescenci je rovněž významné zaměřit se na dospívající s určitými rysy osobnosti, které jsou rizikové pro rozvoj škodlivého užívání a nabídnout jim odbornou intervenci, zaměřenou na zvládnání určitých emocí a psychických stavů, které by jinak mohli řešit nebo již řeší užíváním návykových látek (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 25 - 33).

2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

V druhé kapitole své diplomové práce se zaměřím na detailnější popis terapeutických komunit. Krátce pojednám o historii terapeutických komunit, budu se věnovat základním principům terapeutické komunity a zaměřím se na léčebné faktory této formy terapie.

2.1 Vznik a vývoj terapeutických komunit

Terapeutická komunita může být vnímána jako celková organizace léčebného procesu nebo úžeji jako psychoterapeutický přístup. Lze ji tedy vnímat ve dvou rozměrech: jako společenství a jako terapeutickou metodu. Dimenze strukturovaného společenství je sama o sobě významná pro navození změny. Jedná se o bezpečné sociální prostředí s jasně vymezenými pravidly, která jsou kontrolována celým společenství. Nemusí se nutně jednat o zcela demokratické prostředí, které se vymezuje vůči institucionalizované psychiatrické péči. V některých případech vzniká i jasná hierarchie, která může být dána například růstem jednotlivce v komunitě. Pobyt v tomto sociálním prostředí je poté podkladem pro terapii. Dochází k setkáním komunity, kdy se každodenní procesy probírají, členové společenství si dávají zpětné vazby, hovoří o svých vztazích a reflektují sami sebe ve společenství, což vede k pozitivním změnám na úrovni jedince. V komunitě jsou rovněž využívány psychoterapeutické skupiny. Celý takto popsany systém vystihuje v podstatě rozměr terapeutické metody. (KALINA, 2008, s. 17 – 20).

Kalina dále uvádí, že ve světě lze pozorovat dva hlavní proudy terapeutických komunit – demokratické a hierarchické. Hierarchické komunity jsou v tomto smyslu chápány jako léčebné komunity pro drogově závislé (KALINA, 2008, s. 21).

Pojem terapeutická komunita začal být používán po druhé světové válce a první terapeutická komunitní činnost byla spojena s armádní psychiatrií. Klíčovým aspektem bylo definování společného problému, který má kompetenci řešit celé společenství. Vznik prvních demokratických komunit je spojen se jménem Maxwella Jonese. V padesátých letech docházelo k reformě hierarchie léčebných oddělení, pohovor s lékařem nebyl jediným zdrojem terapie, ale byly vedeny společné přednášky a zejména pak následné skupinové diskuse. Tento sociální rozměr ovlivňoval průběh léčby. M. Jones posléze vymezil pět základních principů terapeutické komunity: „*Oboustranná komunikace na všech úrovních, proces rozhodování na všech úrovních, společné vedení, konsensus v přijímání rozhodnutí a sociální učení v interakci tady a teď*“ (NEVŠÍMAL, 2004, s. 168 - 174).

Hierarchické terapeutické komunity na rozdíl od demokratických nevznikaly v prostředí psychiatrie, ale vznikly jako lokální svépomocné skupiny, jejichž zakladatelé byli často neprofesionálové a bývalí uživatelé alkoholu nebo drog. Demokratické komunity ve svých začátcích usilovaly o zúžení hranice mezi personálem a pacienty, hierarchické komunity naproti tomu paradoxně usilovaly o strukturovaný systém pravidel a hranic. Počátek hierarchických komunit je spjat se vznikem komunitního centra Synanon v roce 1958, které založil člen Anonymních alkoholiků Ch. E. Dederich. Toto uskupení se však postupem času změnilo ve společenství takřka sektářského charakteru a v devadesátých letech se po trestním obvinění zakládajícího člena definitivně rozpadlo. Na základě jeho vlivu však vznikla v USA v 60. letech další centra jako Daytop Village a Phoenix House, která již byla postupně zakládána a vedena odborným personálem. Významnými prvky nově vznikajících komunit byly konfrontace a frustrace, konformita, svépomoc, pravidla atd. V Evropě se začaly hierarchické terapeutické komunity rozvíjet koncem 60. let ve Velké Británii (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 18 – 23).

Vývoj terapeutických komunit v ČR byl ovlivněn socialistickým režimem, kdy odborná veřejnost nebyla příliš v kontaktu se západním vývojem. Jaroslav Skála založil v roce 1948 lůžkové oddělení dodnes známé jako Apolinář, kde vytvořil svébytný systém léčby závislých, který se však v určité míře shodoval s principy demokratických a částečně i hierarchických terapeutických komunit. V padesátých letech následovalo založení „léčebného kolektivu“ v Lobči a v šedesátých a sedmdesátých letech vznikala další oddělení s prvky terapeutických komunit jako například terapeutická komunita pro neurózy při psychiatrické léčbě v Kroměříži. Na rozvoj komunitní terapie mělo také velký vliv založení československého systému výcviků v psychoterapii SUR. V roce 1991 vznikla v Čechách první komunita pro drogově závislé a posléze vznikaly další. V české podobě došlo ke spojení zahraničního modelu hierarchických komunit a české tradice komunitní léčby, včetně prvků z výcvikového programu SUR. Jedná se tak o svébytný systém, který není pouhou aplikací hierarchického modelu (RŮŽIČKA, ed., 2011, s. 35 – 41).

Terapeutické komunity prošly ve světě v 60. až 90. letech dalším vývojem, který byl spojen s určitými úskalími. Rozvoj farmakoterapie vedl obecně ke sníženému zájmu o psychoterapii. Na poli drogové léčby zaznamenala značný ohlas substituční léčba jako alternativa zdoluhavé hierarchické komunitní léčby. V šedesátých letech bylo vlivné antipsychiatrické hnutí a posléze hnutí Mental Health, které komunitní léčbu vnímalo jako příliš manipulativní a neuznávalo ji. Avšak paradoxně i následné negativní reakce na reformní

hnutí z řad odborníků obsahovaly určitou skepsi vůči komunitní léčbě. V rámci úspor veřejných zdrojů vyvstala také otázka financování dlouhodobých pobytů v komunitách. V osmdesátých a devadesátých letech nastal také velký rozvoj kognitivně behaviorální léčby, která se v té době spíše soustředila na pokud možno efektivní krátkodobé intervence kombinované s farmakoterapií, popřípadě substituční léčbou. Rovněž celá filosofie moderní společnosti té doby, propagující individualismus a vyžadující „evidence-based“ výstupy, nebyla příliš v souladu s tradičním dlouhodobým programem terapeutických komunit (KALINA, 2008, s. 45 – 52).

V dnešní době mají terapeutické komunity široké pole působnosti a jejich význam je zřejmý. Komunity pro drogově závislé rozšiřují svou působnost, neboť užívání drog je fenomén, který leckdy úzce souvisí s jinými psychickými a sociálními problémy. Terapeutické komunity jsou začleněny do sítě služeb, řídí se standardy péče, zaměřují se na profesionalitu svého týmu a jsou otevřené výzkumné činnosti (KALINA, 2008, s. 52 – 57).

„Nebezpečím terapeutické komunity je vznik „pseudodemokratické manipulace“, kde personál „dovoluje“ pacientům o něčem rozhodovat. Fungující terapeutické komunity lze rozpoznat podle pružnosti a vývoje, který umožňuje zdokonalovat se, měnit pravidla, diskutovat o provozu, komunita začne fungovat jako autopoetický systém, který sám sebe neustále přetváří“ (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015, s. 371).

2.2 Základní principy terapeutických komunit

De Leon popisuje čtyři základní aspekty, které jsou významné pro vnímání závislosti v rámci terapeutických komunit. Je to pohled na poruchu, která je vnímána jako problém celé osoby, nikoli pouze jako problém zneužívání látky. Je to tedy jakási drogová závislost člověka, která postihuje celou jeho osobnost po stránce kognitivní, emocionální, behaviorální, sociální, morální apod. Dalším aspektem je pohled na závislého, který není vnímán jen dle vzorců svého drogového chování, ale spíše dle svých osobnostních vlastností, které jsou často charakterizované určitými společnými psychologickými deficitem a sociálními problémy. Pohled na léčbu je pak tedy takový, že dochází k celkové proměně osobnosti, chování a životního stylu uživatele drog. Posledním aspektem je náhled na správný život. Jde o vytváření morálních zásad a o náhled na pravidla správného života, která si závislý uvědomuje a osvojuje (DE LEON, 1997, s. 4 – 5) [překlad dle autora této práce].

De Leon dále uvádí, že komunitu je třeba chápat jako metodu (*community as method*). Z tohoto pohledu je třeba terapeutickou komunitu vnímat jako prostředí, kde se na základě vlivu společenství odehrává změna na úrovni jedince, ale také jako prostředí, kde se každý člen společenství podílí na spoluvytváření hodnot a podporuje tak proces změny. Všichni členové komunity jsou tak aktivními činiteli v procesu své změny i změny dalších členů komunity. Společenství musí kooperovat v denních povinnostech, které jsou nutné k chodu komunity. Na základě interakcí v každodenních činnostech pak vznikají témata, která je možné otevřeně rozebírat na setkáních komunity, a která mají význam pro proces změny (DE LEON, 1997, s. 5 – 6) [překlad dle autora této práce].

Také Kalina uvádí, že filosofie terapeutických komunit je založena na procesu změny v rámci společenství. Jedním z pilířů změny je tedy práce na mezilidských vztazích v rámci komunity. Změna se odehrává jako proměna celé osoby a má pro jedince v komunitě často velmi silný význam. Jedná se v podstatě o konverzi, při které jedince opouští své staré atributy a stává se někým jiným, člověkem s novými hodnotami a novým životním směrem (KALINA, 2008, s. 85 – 86).

Velmi významná jsou v terapeutických komunitách pravidelná setkání komunity a týmu, při kterých by se měly vyjasňovat jednotlivé aktivity, a mělo by docházet k plánování dalšího chodu komunity. Samotný tým komunity by měl mít rovněž pravidelná setkání. Zásadní je význam pracovních rolí, které se v rámci komunitního pobytu plní, a které mohou být materiálem pro další terapii (NEŠPOR A SCÉMY, 1996).

Rovněž Kalina uvádí, že setkání komunity jsou vzhledem k okolnostem jejího vzniku zcela zásadní součástí strukturovaného režimu. Dále k pevnému řádu uvádí, že je to něco, co nevzniká v komunitě postupným vývojem, ale nově vstupující člen řád okamžitě musí respektovat. To může způsobit tenzi, která nemůže být kompenzována drogou a stává se tak v podstatě terapeutickým materiálem. Zároveň mají pravidla pochopitelně i význam jako hranice, které vytváří jakési bezpečí a ukotvení komunity. Do pevného řádu komunity také patří jasně strukturovaný čas. V rámci programu v komunitě také probíhají různé skupiny, včetně psychoterapeutických. Součástí léčby je rovněž práce. V hierarchických komunitách jsou pracovní role zpravidla určeny fází léčby. Klienti se tak nejen učí pracovním návykům, ale zároveň se dostávají do situací, které mohou mít významný terapeutický potenciál. Neopomenutelné místo v programu komunit mají volnočasové aktivity, včetně zátěžových,

sportovních a dalších programů, které mimo jiné mohou klientům zprostředkovat novou korektivní zkušenost (KALINA, 2008, s. 111 – 118).

Základní pravidla vytvářená v komunitách by se měla opírat o zkušenost a měla by být profesionálně korigována. Přesto je tvorba pravidel neustálým procesem a souvisí s vývojem komunity. V určitých obměnách lze pozorovat tři základní kardinální pravidla. Prvním je pravidlo úplné abstinence, druhým zákaz agrese a třetím zákaz erotických vztahů mezi členy komunity. Pravidlo abstinence pochopitelně ochraňuje „čistý“ prostor komunity, je však také terapeutickým prvkem v tom smyslu, že klient se bez možnosti kompenzovat své psychické stavy drogou dostává do nové situace, kterou musí třeba i po dlouhé době užívání řešit. K zákazu agrese je třeba podotknout, že toto pravidlo by nemělo být vnímáno jako naprostý zákaz agresivních popudů. Ty do léčby pochopitelně patří, ale musí být zpracovávány v bezpečném prostředí skupiny. Poslední pravidlo zákazu erotických kontaktů je významné mimo jiné proto, že intimní vztahy by mohly narušit terapeutický proces, zejména skupinovou psychoterapii (NEVŠÍMAL, ed., 2007, s. 83 – 86).

Terapeutická komunita je ve své podstatě rovněž vysoce rituálním prostředím. V určitém smyslu zde dochází k přechodu na nový bezdrogový život závislého. Rituály tedy mají v komunitě své nezastupitelné místo, stejně jako komunitní symboly. Základním symbolem je komunitní kruh, většina komunitních setkání se odehrává ve velké místnosti, kde mohou všichni členové vytvořit tento kruh. Dalším je jistá forma rituálního ohně, například v podobě svíček, který se využívá jako symbol spojení s komunitou. Symbolem bývají i společné prostory k jídlu, respektive jeden jídelní stůl. Rituály se využívají různým způsobem při přijímání nových členů, při přechodových rituálech v léčbě závislostí, kdy klient přechází do další fáze léčby, většinou charakterizované větší zodpovědností a kompetencemi a při ukončovacích rituálech, které mají zpravidla velký emoční náboj, a které jsou charakteristické důrazem na přechod do nového života (RŮŽIČKA, ed., 2011, s. 56 – 60).

2.3 Léčebné faktory v TK

Kooyman na základě zohlednění odlišných teoretických rámců uvádí patnáct faktorů, které jsou léčebně významné v terapeutické komunitě. Jsou to: náhradní rodina; shodná filosofie; terapeutická struktura; vyváženost mezi demokracií, terapií a autonomií; sociální učení prostřednictvím sociální interakce; učení prostřednictvím krize; terapeutický dopad všech aktivit v komunitě; zodpovědnost člena komunity za své chování; zvýšení sebehodnocení díky úspěchu; internalizace pozitivního hodnotového systému; konfrontace;

pozitivní tlak ostatních členů komunity, naučení se porozumění a vyjádření svých emocí; změna negativního přístupu k životu v pozitivní; zlepšení vztahů s původní rodinou (KOOYMAN, 1992, s. 43 – 46) [překlad dle autora této práce].

Jestliže jeden z těchto faktorů chybí, pak je léčba dle Kooymana méně účinná. Náhradní rodina nabízí v podstatě klientovi komunity bezpečné prostředí pro růst. V rámci terapeutické struktury je zásadní vyváženost mezi pravidly a mezi přespřílišnou organizovaností. Demokracie v terapeutické komunitě musí mít své meze, klienti nemohou mít možnost přehlasovat tým a účast v terapii musí být povinná. Autonomie jedince je tak omezena zájmy celku. Předpokladem zdárného sociálního učení v komunitě je pochopitelně zapojení člena komunity do sociálního dění, izolace není z hlediska léčby žádoucí. Krize je potenciálem pro růst a každá role nebo aktivita v komunitě má terapeutický potenciál (KOOYMAN, 1992, s. 43 – 44) [překlad dle autora této práce].

Kooyman dále uvádí, že závislý v terapeutické komunitě je odpovědný za své chování a to jak současné, tak minulé. Neplatí zde, že by byl pacientem, který za svůj stav nemůže. Je třeba, aby si uvědomil, že jeho chování bylo chybné, a aby se aktivně snažil svou situaci změnit. Klient také překonává svůj strach z neúspěchu a postupně zvyšuje své sebevědomí. Pozitivní hodnotový systém směřuje ke kompetenci řešit problémy a k negativnímu postoji vůči destruktivnímu chování. S konfrontací v terapeutické komunitě je třeba zacházet opatrně. Vstup do komunitního prostředí je pro nového člena náročný a teprve postupně si uvědomuje, že může odložit své obrany a více se otevřít. Potom je teprve schopen oddělit kritiku svého chování od kritiky sebe a vyhýbá se maladaptivním obranným strategiím. Vzájemný tlak členů komunity pomáhá bořit staré vzorce manipulací, členové komunity si navzájem otevřeně reflektují své chování. Závislí se také postupně učí ve skupinovém prostředí projevit své emoce, nejprve nejčastěji negativní, postupně i pozitivní, je to vlastně nová zkušenost, která zamezuje fenoménu „acting out“. Pozitivní přístup k životu v podstatě znamená zejména změnu pevných negativních přesvědčení, často vzniklých v dětství, které má závislý o sobě, druhých nebo světě. Součástí léčby v terapeutické komunitě je také práce s rodinnými vztahy. Je žádoucí, aby závislý na svých rodinných problémech pracoval, může využít komunitní skupiny v rámci setkání s rodinou v komunitě (KOOYMAN, 1992, s. 44 - 46) [překlad dle autora této práce].

Kalina uvádí, že terapeutické komunity představují v podstatě integraci psychoterapeutických směrů. Zejména vlivné jsou psychodynamické a kognitivně-

behaviorální. Přístup v komunitě je založen na pravidlech a jasné struktuře, ale reflektuje i hlubší stránky lidské mysli (KALINA, 2013).

Kalina rovněž uvádí, že lze předpokládat, že terapeutické faktory v terapeutické komunitě jsou blízké k terapeutickým faktorům v rámci skupinové psychoterapie (KALINA, 2008, s. 137). V dalším textu tedy stručně pojednám o významných faktorech v rámci skupinové terapie.

Ve skupinové psychoterapii je podstatné, že klient není se svým problémem sám, nýbrž je součástí společenství, které má rovněž obdobné obtíže. Významné je, že klient v průběhu terapie také pomáhá ostatním ve skupině, čímž roste pocit jeho vlastní kompetence a zároveň je odvedena pozornost od jeho přílišného zaměření na sebe a své problémy. Ve skupině dochází k procesu učení, vlastnosti, které jsou pozitivně hodnocené skupinou, se u klienta vyskytují častěji a dochází tak k pozitivnímu interpersonálnímu učení, v kterém hraje nedílnou součást i osobnost terapeuta. Ve skupině se postupně vytváří prostředí, které je bezpečné a umožňuje otevřené vyjádření emocí, vzniká postupně skupinová koheze. V takto bezpečném prostředí může dojít i ke konfrontaci, ale vždy je významným prvkem emocionální podpora jednotlivých členů skupiny navzájem. Ostatní členové skupiny mohou také poskytnout členovi skupiny významné rady a v neposlední řadě i samotný růst každého člena skupiny je pro ostatní motivující (VYMĚTAL, 2004, s. 123 – 124).

Pro ilustraci uvedu ještě výčet základních léčebných faktorů ve skupinové psychoterapii dle Yaloma: *„Dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializačních technik, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudružnost, katarze a existenciální faktory* (YALOM, 2007, s. 21 – 22).

V původní podobě terapeutických komunit nebyl kladen důraz na individuální terapii, respektive nebyla ani součástí programu. Dnes je již však individuální terapie rovněž součástí terapeutických komunit. Význam individuálních pohovorů je široký. Je výhodné otevřít některá závažná témata nejprve v individuálním pohovoru. Klientela komunit je také divergentní a je třeba věnovat zvýšenou pozornost potřebám „náročnějších“ pacientů. Souběžná individuální terapie může také vést k vyšší efektivitě léčby. Individuální terapie v rámci terapeutických komunit v ČR obsahuje zejména rozhovory o individuálních plánech jednotlivých klientů. Pro tuto potřebu má klient terapeutické komunity svého garanta, který se pravidelně zabývá jeho činností v komunitě a pomáhá mu vytvářet pravidelný plán jeho

dalšího působení v komunitě. Důležitá je také individuální práce s deníkem, do kterého terapeuti klientům pravidelně vkládají krátké reflexe k aktuálnímu zápisu ((NEVŠÍMAL, ed., 2007, s. 130 - 133).

2.4 Výzkumy léčby v TK

V USA bylo provedeno několik významných studií prokazující účinnost léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Jednou z nich je longitudinální studie The Drug Abuse Reporting Program (DARP), která byla zahájena v roce 1969 a zahrnovala 57 léčebných zařízení (metadonové substituce, terapeutické komunity, ambulantní abstinční programy, ambulantní detoxifikační programy), (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 65).

Byla sbírána data pomocí follow-up rozhovorů v oblasti užívání drog a alkoholu před zahájením léčby a po jejím předčasném ukončení či absolvování, dále v oblasti kriminality, zaměstnanosti, bydlení a opětovného využití léčebných služeb. Autoři uvádějí výsledky rok po ukončení léčby. Tuto dobu považují za ideální pro výzkum, protože lze sledovat účinnost pobytu v terapeutické komunitě. V dalších letech již více zasahují ostatní významné vlivy (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 65).

Po roce od ukončení kleslo užívání opiátů ze 100% na 39%. Mírně ovšem narostlo užívání alkoholu a marihuany. Dle autorů je významným prediktorem pro úspěch délka pobytu v terapeutické komunitě. Šefrānek píše: „*Doba pobytu v léčbě byla potvrzena jako prediktor příznivých výsledků. Klienti, kteří setrvali v terapeutické komunitě více než 90 dní, dosáhli signifikantně lepších výsledků ve srovnání s těmi, kteří odešli z léčby dříve*“ (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 67).

Podobnou hypotézu potvrzuje i několik následujících výzkumů. Collier v roce 1974 provedl výzkum v komunitě Daytop Village, do něhož bylo zapojeno 225 absolventů komunity a 280 klientů, kteří ukončili svou léčbu předčasně. Collier se podobně zaměřil na užívání drog po skončení léčby, zatčení a zaměstnanost či školní docházku. U klientů s řádně ukončenou léčbou vyšly z 84% velmi příznivé výsledky, kdežto u předčasně ukončení jen 46% (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 67, 68).

DeLeon prováděl studii v terapeutické komunitě Phoenix house, s velmi vysokými nároky na jmenování absolventem. Do výzkumu zahrnul 237 bývalých klientů a opakovaně zkoumal jejich životy až do pěti let od skončení léčby, především frekvenci užívání drog (index drog) a problémy se zákonem (index kriminality). Pro tyto účely vytvořil čtyřbodový

index úspěchu, a to nejvíce příznivý výsledek (žádný výskyt drog ani kriminálního chování), příznivý výsledek (v anamnéze potíže s kriminalitou, ale bez drog), nepříznivý výsledek (žádná kriminalita, ale pravidelné užívání drog) a nejvíce nepříznivý výsledek (výskyt kriminality i užívání drog). U klientů, kteří ukončili léčbu předčasně, se kriminalita vyskytovala u 29,2% klientů a užívání drog u 32,3%. Během pěti let se tato procenta zvýšila. U absolventů se u 90% vyskytoval nejvíce příznivý index, po pěti letech kleslo procento na 81,7% (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 69 - 75).

Podobné výsledky ukazují i závěry evropských studií. V Německu se v rámci The Munich Multicentre Treatment Evaluation Study výzkumníci zaměřili mimo jiné i na úspěšnost léčby v kombinaci s duševním zdravím. Bylo zjištěno, že od začátku léčby u žen soustavně klesá deprese, kdežto u mužů byl pozorován opětovný mírný nárůst po skončení léčby. Díky tomuto výzkumu bylo také poukázáno na nepříznivou situaci v zaměstnávání bývalých závislých na drogách, jelikož po devíti měsících po skončení léčby stále nebylo zaměstnaných 38% z 302 účastníků výzkumu (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 81 - 83). *„Závěry MTE-Study ukazují, že nejpříznivější výsledky byly zjištěny u klientů, kteří léčbu dokončili, absolvovali dlouhodobou léčbu, v průběhu léčby u nich došlo ke zlepšení a bezprostředně po léčbě byli v kontaktu s programy následné péče“* (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 83).

V Norsku výzkumníci provedli studii v komunitě Phoenix house (stejný koncept převzatý z USA), kde bylo zapojeno 200 klientů, které po ukončení léčby rozdělili výzkumníci do tří kategorií: mírné užívání (užití drogy maximálně třikrát do roka), střední užívání (méně časté užívání nebo zhruba několikrát do měsíce) a častí uživatelé drog (užívání několikrát do týdne). Po pěti letech od skončení léčby bylo v pásmu mírného užívání 20% participantů, 25% ve středním a 56% bylo zařazeno do častých uživatelů nebo zemřeli v důsledku užívání drog. Stejně jako v německé studii se i zde zaměřili také na duševní zdraví: *„Studie nepotvrdila, že klienti s poruchou osobnosti/psychopatií dosahují významně horších výsledků v užívání drog a sociální integraci po léčbě. 12,4% klientů po léčbě zemřelo, narcistická a antisociální porucha osobnosti byly potvrzeny jako prediktor smrti po léčbě“* (ŠEFRÁNEK, 2014, s. 87).

3 MOTIVACE UŽIVATELŮ DROG K LÉČBĚ A ABSTINENCI

Rotgers k problematice motivace u závislých uvádí následující: „Přestože je všeobecně považována za extrémně významnou, podstatně méně názorů se shoduje v tom, jaká je vlastně její povaha. Jako ilustraci lze uvést, že na nedávném kurzu poradců v oblasti závislosti, vedeném jedním z autorů (B. Saundersem), bylo zhruba 50 účastníků požádáno, aby zhodnotili motivaci z hlediska její důležitosti a jejího vlivu na léčbu problémových uživatelů drog. V souladu se zjištěním Sterneho a Pittmana došli k závěru, že motivace je „velmi“ nebo „extrémně“ důležitá. Když však byli účastníci požádáni, aby motivaci definovali, vyšla na světlo problematická povaha tohoto pojmu. Nemohli se shodnout. Mezi definicemi se objevily výrazy jako „silné vnitřní hnací síly; „moment, kdy si člověk uvědomí existenci problémů“; „zjištění, že změna je nutná“; a dále odkazy na hluboce zakořeněné, ale nejasné „nevědomé síly“ (ROTGERS a kol., 1999, s. 195).

V této kapitole, která se věnuje motivaci a jejímu významu při léčbě drogových závislostí, vymezím nejprve tedy pojem motivace a popíši teorie o motivaci k užívání drog. Budu se věnovat využití motivace v rámci motivačních rozhovorů v intervenci pro drogově závislé a popíši poznatky o motivaci uživatelů drog ke změně.

3.1 Motivace, vymezení pojmů souvisejících s motivací

Nakonečný uvádí tuto definici motivace: „Motivace je intrapsychicky probíhající proces, vycházející z nějaké potřeby a vyústující ve výsledný žádoucí vnitřní stav, proces, který je iniciován endogenně (vnitřní pohnutka k odpočinku vycházející z pocitu únavy) nebo exogenně (finanční pobídka k splnění nějakého úkolu). V obou případech předpokládá interakci vnitřních a vnějších činitelů“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 15).

Plháková vymezuje motivaci takto: „Souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 319).

Plháková dále uvádí, že v oblasti motivace, která je úzce propojena s emocemi, se v současné době uvažuje o velkém množství faktorů, které ji utvářejí, jako jsou vrozené a získané popřípadě nevědomé. Nelze poukázat na jediný motiv a vytvářet zjednodušené koncepty, které by jednoznačně lidské chování vysvětlovaly. Je třeba brát v úvahu velké

množství motivů lidského jednání, které se vzájemně mohou dostávat do konfliktu. Obecně lze vymezit čtyři hlavní oblasti lidských motivů: Sebezáchovné, stimulační, sociální a individuální psychické motivy (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 320).

Důležité je ke koncepci motivace dodat ještě následující: „*Vnější objekty nejsou nikdy motivy, nýbrž jen prostředky jejich realizace. Proto se motivy neodvozují z objektů nebo činností, k nimž chování směřuje, ale z tzv. „dovršujících reakcí“: v tomto smyslu např. motivem jedení není jídlo, ale nasycení, resp. prožitek z jedení, jídlo je jen prostředkem k dosažení této „dovršující reakce“. Vnitřní (intrapyschickou) podstatu motivace vyjadřují pojmy jako přání, snaha, chtění, úsilí, touha*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 16/17).

K rozlišení pojmů motivace a motiv Nakonečný uvádí: „*Zásadní rozlišení, které tu již bylo naznačeno, vychází z rozdělování psychologických jevů na procesy a dispozice, a spočívá v tom, že motivace je chápána jako v čase probíhající proces, kdežto motiv jako vnitřní psychologická příčina tohoto procesu, jež je vyabstrahována z jeho zaměřenosti, kterou tvoří dovršující reakce, a tedy obsah uspokojení*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 22).

K vyjasnění problematiky motivace vymezím ještě pojem potřeba: „*Motivace je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Tento výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem lze označit jako potřebu*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 161).

Od pojmu potřeba je třeba ještě odlišit pojem incentiva neboli pobídka. „*Incentiva je pohnutka, popud, pobídka vyvolávající nebo zesilující již existující motivaci, např. potrava (pozitivní incentiva), bolest (negativní incentiva); přitažlivost určité vlastnosti objektu nebo objektu vůbec*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 227).

Uvedl jsem základní pojmy, které se vztahují k motivaci zejména z toho důvodu, že ve své empirické části budu zpracovávat výpovědi, které by měly směřovat k porozumění motivace k léčbě v terapeutické komunitě. Jak je však z uvedených definic zjevné, jednotlivé výpovědi budou odrážet zejména jednotlivé potřeby a motivy závislých k léčbě.

3.2 Motivace k užívání návykových látek

V rámci vymezení hlavních oblastí lidských motivů je možné pokládat si otázku o vzniku látkové závislosti, resp. po motivaci ke škodlivému užívání. Plháková uvádí, že

v současné době můžeme pozorovat poptávku po zdravém životním stylu, která koresponduje se sebezáchovnými motivy člověka. Plháková si pokládá otázku, proč se někteří lidé chovají naopak proti těmto motivům a užívají návykové látky jako alkohol, cigarety nebo drogy (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 321).

K otázce motivace k drogovému užívání uvedu nejprve neurobiologickou teorii, kterou lze označit jako: „*Koncepci motivace k droze založené na principech podmiňovacího posilování, na podnětové motivaci, na vytvoření motivační významnosti*“ (KALINA a kol., 2015, s. 146).

Tato koncepce se zabývá neurobiologickým působením drog na lidský organismus. Každá návyková droga vyvolává při první aplikaci velké vyplavení dopaminu v mozku ve struktuře nucleus accumbens. Tato reakce má konkrétně v této struktuře a následně našem prožívání významné následky, zejména ve spojení této odměny s motivací k tomu jí chtít. Reakce řetězí i další struktury v limbickém systému, frontální a prefrontální kůře a dalších strukturách a s užíváním drogy se spojuje učení, paměť, emoce a vzniká obsesivní pozornost a kompulzivní jednání vůči droze. Samotná opakovaná aplikace posléze vyvolává princip tolerance, tedy snižování vyplaveného dopaminu, ovšem samotné očekávání aplikace, může samo o sobě vést k dopaminové excitaci, což je zřejmě princip bažení po droze. V celém dopaminergním systému pak během užívání látky paradoxně dochází ke snížení aktivity, což však jen přispívá k pozornosti ke droze a motivaci užít ji. Takto velmi zjednodušeně popsany systém může být neuroanatomickým podkladem motivace ke kompulzivnímu závislostnímu užívání drogy (KALINA a kol., 2015, s. 146 - 167).

Jednotlivé pohledy na závislost vystihuje popis jednotlivých paradigmat, která uvádí Kalina (KALINA a kol., 2015, s. 101 – 104):

Morální paradigma uvažuje o závislosti jako o nemorálním chování, které je v rozporu s normami společnosti. Jeho zastánci vyžadují tvrdý přístup k léčbě a naznačují, že vinu na onemocnění nese zejména závislý sám. Toto paradigma je však třeba také částečně akceptovat, neboť vyjadřuje téma osobní zodpovědnosti a obnovy morálky závislého.

Veřejnozdravotní paradigma se soustředí na ochranu zdraví celé společnosti. Snaží se omezit šíření závislosti, ale samotnou problematiku závislého jedince příliš neřeší. Tento koncept se odlišuje od dnes rozšířeného přístupu harm reduction, o kterém jsem již pojednal.

„*Psychologické paradigma obecně předpokládá, že závislost je výsledkem procesu učení a adaptace v určitém kontextu*“ (KALINA a kol., s. 102). Jednotlivé školy se liší dle pojetí těchto procesů a kontextu, lze sem řadit mimo jiné přístupy behaviorální, kognitivní a psychodynamické.

Sociální paradigma uvádí, že příčinou problému nemusí být závislý, ale jeho sociální prostředí, které na něj klade nepřiměřené požadavky. Cílem nápravy by tedy byla rekonstrukce vztahů člověka a prostředí, popřípadě práce se sociálně rizikovým prostředím.

Z uvedených dvou paradigmat vyplývá paradigma psychologicko-sociální, na jehož základě vznikla abstinenční komunitní terapie.

Neurobiologické paradigma udává význam neurobiologických korelátů mechanismu závislosti, které jsem popsal v předchozím textu, zahrnuje rovněž faktory genetické. Toto paradigma významně přispívá k pochopení fenoménu závislosti, je však otázka nakolik se dají jeho zjištění úspěšně aplikovat v terapii.

Multifaktoriální paradigma říká, že: „*Fenomén závislosti, jeho vznik, vývoj a udržování jsou výsledkem interakce mnoha faktorů.*“ (KALINA a kol., 2015, s. 104). Multifaktoriální paradigma se snaží navrátit k bio-psycho-sociálnímu (popřípadě spirituálnímu a existenciálnímu) paradigmatu v současném pojetí závislosti.

Bio-psycho-sociální paradigma vzniklo díky WHO a respektuje člověka jako bio-psycho-sociální bytost ve zdraví, v nemoci, i v léčbě. Je však třeba upozornit, že tento celistvý přístup ustupoval procesu specializace a není zcela samozřejmé, že je snaha se k tomuto paradigmatu integrace a interdisciplinarity navracet.

Kalina dále upozorňuje na význam integrativních teorií, které se snaží přibližovat bio-psycho-sociálnímu paradigmatu. Tyto teorie uvažují více o cirkulární kauzalitě závislostních jevů, tedy o široké souvislosti a propojenosti jednotlivých faktorů a vyzdvihují koncept motivace. Cirkulární kauzalita je však komplikovaná a cesta logické lineární kauzality příčiny a důsledku je jasnější a snadněji uchopitelnější (tak je tomu například v paradigmatech morálních, sociálních a neurobiologických). Příkladem integrativního přístupu by mohl být COM-B model, který bere v potaz schopnost, motivaci, příležitost a chování a nebere tedy v potaz jen současnou situaci, ale snaží se o komplexní rozbor interakcí vnějších a vnitřních činitelů, fenoménu drog a závislostního chování (KALINA a kol., 2015, s. 107 – 109).

Bio-psycho-sociální paradigma závislosti lze ještě obohatit o rozměr morální, spirituální a existenciální. Kalina o něm uvádí toto: „*K úzdravě tak nezbytně patří i remoralizace, obnova morálních hodnot, jimž život v závislosti příliš nepřeje, i pokus o překonání trvalého dilematu existenciální osamělosti versus existenciálního spojení smysluplnosti jednotlivého života s druhými lidmi ve společném světě a s tím, co nás přesahuje* (KALINA a kol., 2015, s. 124).

Z uvedeného popisu lze vysoudit určité závěry. Předně je třeba podotknout, že komplexní přístup ke vzniku a léčbě závislosti není zdaleka samozřejmý. Zachycení komplexního bio-psycho-socio-spirituálního paradigmatu je obtížné a určitá paradigmata mají tendenci přisuzovat svým teoriím zásadní význam. Tak tomu může být u neurobiologického paradigmatu, jehož závěry etiologii závislosti skutečně významně objasňují. Jak je však z uvedeného textu zřejmé, nelze redukovat pohled na závislost tímto způsobem a je potřeba uvažovat o jeho multifaktoriální povaze. Bio-psycho-socio-spirituální paradigma v přístupu k závislosti není tedy zavedeným standardem a jeho rozvoj je otázkou dalšího úsilí o komplexní porozumění problematice závislosti.

3.3 Motivační rozhovory

„*Motivační rozhovory jsou na klienta orientovaným poradenským přístupem, zaměřeným na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a podpořit vnitřní motivaci ke změně chování*“ (KALINA a kol., 2015, s. 316).

„*Změna je velmi pestrý a složitý proces dotýkající se celé osobnosti člověka, jeho emocí, myšlení, sebeprožívání, a zahrnující – a to je podstatné – i složku interpersonální*“ (SOUKUP, 2014, s. 21).

Miller a Rollnick uvádějí následující definici: „*Motivační rozhovory jsou spolupracující na cíl orientovaný styl komunikace se zvláštním důrazem na řeč změny. Byly navrženy, aby posílily osobní motivaci a závazky k dosažení specifických cílů, které vyplynou a ukáží se jako klientovi vlastní důvody pro změnu v atmosféře přijetí a porozumění*“ (MILLER and ROLLNICK, 2013, s. 29) [překlad dle autora této práce].

Soukup uvádí základní poznatky o procesech změny v průběhu motivačních rozhovorů. Ambivalence patří do procesu změny a je možné s ní pracovat. Pro chování lidí lze vždy najít určité důvody a je třeba se vyhnout tendenci patologické projevy chování napravit (napravovací reflex). Významným poznatkem je, že když lidé hovoří o tom, že

změnit nic nechtějí, budou tomu po čase věřit, naopak když hovoří o důvodech ke změně a o alternativách svého chování, existuje pravděpodobnost, že změnu uskuteční. Z toho vyplývá, že jejich motivaci k uskutečnění změny je možné vhodnou intervencí interpersonálně ovlivnit. Klient si ve vhodném prostředí může postupně uvědomit rozpory ve svém chování, objevuje své motivy ke změně a časem je schopen vyvíjet aktivitu, která ke změně vede. Klient tedy své zdroje ke změně již většinou má, jen je potřeba je vhodně rozvíjet. To je také základním principem motivačních rozhovorů, které, jak vyplývá z definice, vytváří důvěrné a empatické prostředí a pomáhají klientovi rozvíjet jeho vnitřní zdroje pro změnu (SOUKUP, 2014, s. 21 - 29).

Miller a Rollnick uvádějí, že opustili dřívější koncepci fází motivačního rozhovoru. Spíše se jedná o společný průběh čtyř hlavních pilířů. V anglickém jazyce se označují jako: Engaging, Focusing, Evoking, Planning. Jednotlivá paradigmat, která lze přeložit jako navazování vztahu, stanovování cílů, hledání vlastní (klientovi) motivace a plánování (projevující se zejména v klientových výpovědích o postupu, kterým dosáhne změny), na sebe navzájem navazují a probíhají pospolu. Předpokladem je navázání vztahu, aby se mohlo přistoupit k stanovování cílů, tím však vztah nekončí, ale je nutným podkladem pro další postup atd. Autoři přirovnávají tyto základy ke schodům, které na sobě navzájem stojí (MILLER and ROLLNICK, 2013, s. 25 - 30) [překlad dle autora této práce].

3.4 Motivace uživatelů návykových látek k léčbě a abstinenci

Rotgers uvádí přehled vývoje pohledů na motivaci závislých pacientů k abstinenci, který dokládá jednotlivými výzkumy, které tyto koncepce podporovaly. Popisuje tradiční přístup, který chápal motivaci pacienta jako ochotu nastoupit a plně se zapojit do léčby. Předpokladem byla nejen motivace k abstinenci, ale i k jiným nutným změnám, které terapeut nařídí. Do terapie pak začala vstupovat i koncepce obranných nevědomých mechanismů, které je třeba si přiznat, aby léčba mohla začít. Některé výzkumy poukazují rovněž na to, že psychiatři často také operovali s pojmy nemotivovaný klient a vytvářeli tak vlastně koncepci žádné motivace (ROTGERS a kol., 1999, s. 203).

K problematice „žádné motivace“ Soukup uvádí: „že každý z nás lidí má nějaké potřeby, hodnoty, obavy, dobré důvody – jinými slovy motivaci – pro to, co zrovna dělá“ (SOUKUP, 2014, s. 85).

Rotgers dále uvádí, že některé koncepty závislosti předpokládaly, že pacienti nemluví pravdu a ani toho ve vztahu k užívání nejsou schopni. Rovněž byla pacientova motivace posuzována zpětně, dle jeho úspěchu v léčbě. Neúspěch znamenal vlastně nemotivovanost (ROTGERS a kol., 1999, s. 203 – 204).

Pozdější koncepce ovlivněné teorií kognitivně-behaviorální začaly brát v potaz přítomnost jak motivace k léčbě a abstinenci, tak motivace k užívání. U uživatelů návykových látek lze pozorovat postupný vývoj ve vztahu k psychoaktivním látkám. V podstatě jde o bilancování pro a proti užívání. V případě převážení negativ by pak při nástupu do léčby byli v tradičním duchu označeni za motivované. (ROTGERS a kol., 1999, 204 – 205).

Kalina v tomto duchu uvádí, že: „*tendence zapojit klienta do léčby dřív, než se dostane „na dno“, implikuje nutnost fenoménu motivace více rozumět*“ (KALINA a kol., 2015, s. 609).

Jednotlivá stadia motivace popisuje koncept cyklického modelu, který vytvořili autoři Prochaska a DiClemente. Tento koncept popisuje takzvané kolo změny. Poukazuje na vstupní stadium prekontemplace a následný cyklus kontemplace, rozhodování, akce, udržování a trvalé změny nebo zpětného zacyklení přes relaps (cit. dle KALINA a kol., 2015, s. 609).

Tento koncept poukazuje na to, že každý závislý může být zapojen do intervenčního programu. Je třeba zvolit vhodné cíle a strukturu, dle stadia, ve kterém se pacient nachází. Přílišný tlak na pokrok může být jen přáním terapeuta, nereflektuje však dostatečně aktuální fázi rozhodování závislého. Je třeba mít na paměti, že celý cyklus, včetně relapsu se může opakovat (KALINA a kol., 2015, s. 609 – 610).

O potřebě porozumět stadiu motivace ke změně hovoří i Wenzel. Na základě fáze v procesu změny je třeba zvolit vhodnou terapeutickou strategii (WENZEL, 2012, s. 49).

Rotgers k tomuto konceptu dále uvádí, že uživatelé nacházející se v prvním stadiu prekontemplace nechtějí své chování měnit. Klienty v této fázi lze dle Di Clementeho dělit na další čtyři typy – neochotný, vzpurný, rezignovaný a racionalizující (cit. dle ROTGERS a kol., 1999, s. 205).

Závislí v prvním případě tedy nemají náhled na svou závislost nebo si ji odmítají připustit. V druhém případě přisuzují svému chování vyšší hodnotu. Rezignovaní uživatelé mají pocit, že nemohou nic dělat a změna je pro ně těžká. Poslední možností v tomto

konceptu je kvazi náhled na svůj problém, který dle závislých není dle jejich bilance příliš závažný. V souvislosti s drogami uvádí Rotgers, že některé výzkumy poukazují i na to, že ve fázi prekontemplace jsou někteří jedince spíše jen šťastnými uživateli látek a nemusí vykazovat výše uvedené známky chování. Celý proces změny v dalších fázích kontemplace a připravenosti k akci je vlastně posuzováním negativ a pozitiv užívání, které klienta postupně dovedou k rozhodnutí se léčit, popřípadě k trvalé změně (ROTGERS a kol., 1999, s. 205 – 206).

Kalina uvádí k motivaci k abstinenci a léčbě následující: „*De Leon vidí motivaci k léčbě jako součást komplexu esencial treatment-related perceptions, k němuž patří vnější okolnosti, vnitřní motivace, připravenost k léčbě a vhodné párování určitého typu léčby s potřebami jednotlivce (škála CRMS)*“ (KALINA a kol., 2015, s. 610).

De Leon popisuje, že v průběhu léčby jsou na straně klientů významné faktory motivace a připravenosti k léčbě a významná je rovněž jejich schopnost učinit závazek vůči léčbě. Hovoří o externích a interních faktorech na straně klienta a o jejich odlišnosti. Vnější tlak jako je rodina, zaměstnání, risk nemoci nebo problémy se zákonem není sám o sobě zcela dostačující. Vnitřním interním faktorem je pak emocionální a psychické vyčerpání z drogového života a touha po změně. Ten je v procesu změny velmi významný a částečně predikuje úspěch v léčbě. Je tedy důležité zaměřit se na tuto oblast vnitřní motivace, v které je klient frustrován ze své minulosti a je ochoten vytvářet pozitivnější budoucnost. Připravenost je pak myšlena jako ochota nastoupit do léčebného procesu. Je rovněž velice významná a naznačuje, že závislý již neuvažuje o jiných mechanismech, jak se závislosti pracovat a je ochoten podstoupit léčebný proces a aktivně se v něm zapojit (DE LEON, 2000, s. 68 - 69) [překlad dle autora této práce].

Považuji za vhodné zmínit v této podkapitole ještě jedno z paradigmat motivačních rozhovorů, kterým je řeč změny: „*Vyjádření klienta, které směřuje ke změně, o niž se pracovník a klient společně snaží, budeme nazývat řečí změny (angl. change talk)*“ (SOUKUP, 2014, s. 55).

Soukup dále popisuje, jak rozpoznat řeč změny u klienta a co je jejím obsahem. Lze popsat „řeč přípravy ke změně“, která vyjadřuje touhu po změně, zaměřuje se na negativa současného stavu a na pozitivní aspekty změny a vykazuje jistou důvěru v klientovi kompetence. Příklady mohou být tvrzení: „*Chci s tím něco udělat.*“ „*Takhle už to dále nejde.*“ „*Vždycky jsem měla nějaké plány, bavila mě keramika, malování. Kdybych se*

vyléčila, mohla bych se k tomu vrátit.“ „Když se na to tak dívám, myslím, že bych to mohla zkusit.“ (SOUKUP, 2014, s. 56 – 57).

V řeči změny lze rovněž pozorovat i „řeč akce“, kterou Soukup popisuje následovně: „Řeč akce je vyjádření závazku, záměru uskutečnit nějaký krok. Klient sděluje, co a jak udělá, používá slov, která vyjadřují záměr či závazek, jako např. „udělám, „budu“, „plánuji“ (na rozdíl od pasivnějšího vyjádření přání – „přál bych si“, „měl bych“ apod.), (SOUKUP, 2014, s. 57).

Kalina uvádí ještě několik myšlenek ohledně abstinence drogově závislých. Významným faktorem je dokončení řádné léčby a neúspěch v léčbě a její předčasné ukončení mohou poukazovat na rizikové faktory, které ovlivňují relaps či recidivu. S úspěchem v abstinenci souvisí anamnéza závislého. Doba, po kterou drogy užívá, prostředí, ze kterého pochází, jeho kriminální minulost a jeho osobnostní dispozice. Důležitá je jeho schopnost fungovat ve vztazích a také jeho erotické a milostné vztahy. Vztah s partnerem, který nepochází s drogového prostředí, může být významný pro abstinenci, jelikož je kontaktem se „zdravým“ sociálním prostředím. Abstinence je úzce spojena se životním stylem a hodnotami závislého. Rigidita v postojích a nedůvěra v terapeutické prostředí mohou být faktory, které snižují možnost abstinence a změny. Je třeba mít na paměti propojení drogového užívání s problémy se sebezpojetím klienta a jeho pocity a emocemi. V procesu změny hrají roli faktory větší sebedůvěry, schopnosti vycházet s autoritami, schopnosti vnímat vlastní pocity a i schopnosti plánování a organizování. V neposlední řadě je třeba mít na paměti význam rodinného prostředí závislého. Nejde jen o nápravu často narušených vztahů, ale také o vytvoření bezpečného rodinného prostředí, které bude abstinenci podporovat. Tento faktor je velmi významný u mladých závislých (KALINA a kol., 2015, s. 611 - 615).

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Metodologie výzkumu

V empirické části své diplomové práce se budu věnovat popisu svého kvalitativního výzkumu, ve kterém se zaměřil na prozkoumání toho, jak uživatelé drog hovoří o svém rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity pro drogově závislé.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 18).

Miovský zároveň uvádí, že kontextuálnost vyjadřuje v podstatě to, že povahu fenoménu lze jen těžko vystihnout na základě obecných pravidel. Jako příklad takového fenoménu uvádí právě motivaci (MIOVSKÝ, 2006, s. 17).

Vedl jsem rozhovory s uživateli drog, kteří nastoupili do terapeutické komunity. Zajímaly mě jejich individuální výpovědi o tom, jak vypadal jejich život v poslední době a jak vnímají své rozhodnutí nastoupit do léčby. Chtěl jsem prozkoumat individuální výpovědi jednotlivých participantů výzkumu o jejich životě v průběhu užívání drog a pátral jsem po jedinečných prožitcích, které mohly potenciálně vést k jejich rozhodnutí nastoupit do léčby. Zajímalo mě, jaký mají participanté vztah k drogám, a chtěl jsem prozkoumat, co v jejich rozhodování o léčbě hrálo roli. Nechtěl jsem hledat společné souvislosti, cílem výzkumu není najít určitou univerzální platnost. Jednotlivé výpovědi byly velmi individuální.

Ve svém výzkumném projektu jsem chtěl porozumět tomu, co vedlo uživatele drog k nástupu do terapeutické komunity. Pro potřeby výzkumu jsem zvolil kvalitativní přístup formou polostrukturovaného rozhovoru. Výhodou tohoto přístupu byla možnost více se zaměřit na fenomén motivace, kdy jsem doplňujícími otázkami mohl zpřesnit výpovědi participantů. O této výhodě při použití této metody vedení rozhovoru hovoří také Miovský ((MIOVSKÝ, 2006, s. 160). Výstupy výzkumu jsou přepsané rozhovory, kvalitativně zpracovaná data, interpretace dat a odpovědi na výzkumné okruhy.

Pro potřeby tohoto výzkumu bylo třeba zajistit personální podmínky, spolupracoval jsem s týmem terapeutické komunity v Bílé Vodě a jejími rezidenty. Věcnými požadavky bylo nahrávací zařízení, klidné zázemí pro rozhovor na půdě komunity a informovaný souhlas, který účastníci podepsali.

Pro potřeby výzkumu jsem vedl šest rozhovorů, které se pohybovaly v rozmezí čtyřiceti pěti minut až jedné hodiny. Participantů se výzkumu účastnili dobrovolně na základě svého vlastního rozhodnutí. Bylo jim podáno vysvětlení o účelu a okolnostech výzkumu a byli informováni o anonymitě kvalitativního šetření. Participantům byl také předán a vysvětlen informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, jednu kopii jsem si ponechal jako přílohu k výzkumu. Jako podklad pro polostrukturované interview jsem postupně vytvořil následující seznam otázek, s participandy výzkumu jsem si na základě oboustranného konsensu vždy tykal:

- 1) Zkus mi popsat, jak vypadal tvůj život v poslední době před nástupem do terapeutické komunity.
- 2) V jaké souvislosti tě poprvé napadlo, že nastoupíš do terapeutické komunity?
- 3) Co jsi od terapeutické komunity chtěl? Co jsi potřeboval?
- 4) Kdo ještě hrál při tvém rozhodování roli?
- 5) Zkus popsat nejsilnější momenty, které vedly k tvému rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity
- 6) Zažil jsi před nástupem do terapeutické komunity nějaké zážitky na drogách, které hodně ovlivnily tvoje rozhodnutí?
- 7) Jak vnímáš svůj život před nástupem do terapeutické komunity teď?
- 8) Když jsou těžké chvíle, co ti dává sílu vydržet v terapeutické komunitě? O co se opřeš v těžkých chvílích?
- 9) Jak si představuješ svou budoucnost, co bys chtěl?
- 10) Jaký bys chtěl být ty? Co bys chtěl změnit?
- 11) Chtěl bys něco důležitého dodat?

4.2 Výzkumné okruhy

V rámci svého kvalitativního šetření jsem vypracoval několik výzkumných okruhů, na které budu odpovídat v rámci interpretace dat:

Otázka č. 1: Jak vypadal proces rozhodování uživatelů drog o nástupu do terapeutické komunity?

Otázka č. 2: Z jakého důvodu chtějí uživatelé drog, kteří nastoupili do terapeutické komunity, abstinovat?

Otázka č. 3: Jak si uživatelé drog, kteří nastoupili do terapeutické komunity, představují svůj budoucí život?

Otázka č. 4: Jaké jsou motivy a pobídky uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě?

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participantů do mého výzkumného projektu byli vybráni metodou „záměrného výběru přes instituce“. Všichni účastníci výzkumu byli v první fázi léčby v terapeutické komunitě Fides v Bílé Vodě. Tato terapeutická komunita funguje v České Republice od roku 1996. Léčba je rozdělena do třech fází: červená, žlutá a zelená. Všichni účastníci výzkumu se v době rozhovoru nacházeli v červené fázi léčby, která zpravidla trvá první čtyři týdny od nástupu do této terapeutické komunity. Participantů výzkumu byli muži a byli v počátku své léčby v terapeutické komunitě. Tvoří tak homogenní vzorek účastníků výzkumu. Stručnou charakteristiku jednotlivých participantů udává následující tabulka:

Účastníci výzkumu	Věk	Délka pobytu v TK	Primárně užívané drogy	Délka užívání primární drogy
Participant 1	31 let	19 dní	Pervitin, opiáty	14 let
Participant 2	28 let	16 dní	Pervitin	10 let
Participant 3	29 let	9 dní	Pervitin	15 let
Participant 4	25 let	1 den	Pervitin	4 roky
Participant 5	31 let	18 dní	Pervitin	14 let
Participant 6	32 let	16 dní	Pervitin, opiáty	16 let

4.4 Analýza dat

Pro analýzu a interpretaci dat jsem vyžil kvalitativní metodu tematické analýzy. Tuto metodu je výhodné využít ve chvíli, kdy je potřeba získat například informace o lidských zkušenostech. Jednotlivé významné fragmenty z rozhovorů jsem zpracovával do kódů. Tyto kódy jsem dále postupně sdružoval do možných významových celků, z kterých jsem postupně vygeneroval základní témata, která reflektují mé výzkumné okruhy ((HENDL, 2005, s. 275 – 264).

4.5 Výstupy výzkumného šetření

Participant 1

První participant mého výzkumného šetření, s kterým jsem vedl rozhovor v terapeutické komunitě, byl muž ve věku 31 let. Od třinácti let užíval marihuanu a příležitostně jiné drogy. Od sedmnácti let začal pravidelně užívat pervitin. Ve 21 letech začal s užíváním opiátů, které v současné době považuje za svou hlavní drogu: „*U mě se to zlomilo až u těch opiátů, to mi úplně převrátilo myšlení*“. V terapeutické komunitě pobýval v době rozhovoru čtrnáct dní a byl v první fázi léčby stejně jako ostatní účastníci výzkumu.

Z rozhovoru vyšlo několik hlavních témat, která jsou pro respondenta významná, Vyjmenovaným tématům se budu dále blíže věnovat:

1. NÁHLED NA OBDOBÍ UŽÍVÁNÍ DROG
2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA
3. TOUHA PO ZMĚNĚ ŽIVOTA
4. VĚZENÍ
5. PROTIDROGOVÝ PROGRAM VE VĚZENÍ
6. PŘEDSTAVA BUDOUCNOSTI
7. VZTAHY

1. NÁHLED NA OBDOBÍ UŽÍVÁNÍ DROG

Z rozhovoru vyplývá, že respondent je frustrován z dlouhodobého užívání drog, udává: „*Šílený, jak jsem to mohl tak dlouho zvládat...*“. V jeho výpovědi se objevuje téma promarněného času: „*Uletí deset let a nemáš nic*“. Participant negativně vnímá své chování na drogách a ve většině případů vzpomíná na drogy ve zlém, i když připouští, že zpočátku pro něj byly drogy zdrojem zábavy. V přímé souvislosti s užíváním drog mu vznikly dluhy značné výše. Participant si uvědomuje, že jeho přátelé dnes již mají rodiny a on zatím jen užíval drogy. Popisuje také, že se mu rozpadly blízké rodinné i přátelské vztahy: „*No nechoval jsem se...lhal jsem, nechoval jsem se dobře, peníze jsem si půjčil, třeba blbý dvě stovky, nevrátil jsem a pak mě viděli vyfetovanýho a ten kolektiv mě tam už nevzal*“. Ze svých vztahů na drogách je frustrován. Uvědomuje si rovněž, že z důvodu nitrožilní aplikace mu hrozilo nebezpečí přenosu různých nemocí, což během užívání zřejmě příliš nerefletoval.

2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Participant nejprve popisuje, že nevěděl přesně, co má od terapeutické komunity čekat: „*Spíš jsem šel do neznáma*“. Měl jen málo informací a významnější roli při rozhodování o léčbě informace o průběhu léčby v terapeutické komunitě zjevně nehrály. Pozitivně však reflektuje svůj dosavadní pobyt, zejména význam toho, že ho společenství umí ocenit: „*Dává mi to sílu, abych nepolevoval*“. To, že tě někdo ocenil? „*Jo, to mi hrozně pomohlo*“.

3. TOUHA PO ZMĚNĚ ŽIVOTA

Toto téma je v rozhovoru významné. V rozhovoru se objevují výpovědi, které směřují k touze po začlenění zpět do společnosti: „*Chci to vlastně zpět získat a nějak se začlenit*. Objevuje se také přání žít normální život: „*Chci žít*“. Participant není spokojen se svým dosavadním životem a touží po změně: „*Všechno se to odvíjelo od drog a to žiješ a přitom nežiješ, když bereš drogy*“. Uvědomuje si, že chce na sobě pracovat: „*Ted'ka musím fakt zabrat a postavit se na ty nohy*“. Za velmi podstatnou část tohoto tématu považují výpověď respondenta, že chce změnu kvůli sobě: „*Já to dělám hlavně kvůli sobě*“, „*...že si to i dlužím*“. Opakovaně vypovídá, že se léčí zejména kvůli sobě, a že si uvědomil, že jiná motivace by pro něj neměla smysl: „*Když sám to nechceš, jo, to je zbytečný úplně, ztráta času*“.

4. VĚZENÍ

Uvěznění bylo pro respondenta jistě velkou hybnou silou ke změně: „*Strášný fakt, do breku mi bylo*“. Udává, že ve vězení se poprvé rozhodl, že změní svůj život. Toto téma se prolíná s tématem touhy po změně života. O prvním uvědomění, že svůj život už nechce takto žít, vypovídá respondent právě v souvislosti s nástupem do vazby: „*Prostě jsem si řekl, že ne takhle, že s tím něco musím udělat prostě*“. Respondent také zajímavě reflektuje: „*Splnilo to svůj účel*“ ... „*venku bych se asi takhle nedokopal*“.

5. PROTIDROGOVÝ PROGRAM VE VĚZENÍ

Participant absolvoval protidrogový program ve vězení. Tam mu také doporučili, aby pokračovat v léčbě. V rámci tohoto programu absolvovat respondent řadu aktivit. Některé na něj pozitivně zapůsobily. Více se rozmluvil o zážitku, kdy přednášel základní škole o svém životě, za což byl oceněn ředitelem školy i pedagogy ve vězení: „*Jsem pověděl ten můj příběh a jedna holčička se rozbrečela*“. Participant si uvědomuje, že zejména pod vlivem tohoto programu se rozhodl pokračovat v léčbě: „*Mě doporučil ten pedagog, že buď půjdeš do léčby na půl roku, na rok anebo za čtyři měsíce půjdeš sedět na pět let, že se to prostě stává takhle a může si každé říkat co chce, ale je to tak prostě*“.

6. PŘEDSTAVA BUDOUCNOSTI

Podstatná je pro respondenta jeho představa budoucnosti. Chtěl by založit rodinu a mít děti: „*Hlavně to děcko, pro mě to bude pak mít velkej smysl*“. Ale uvědomuje si, že je to spíše dlouhodobý cíl. V nejbližší době považuje za důležité věnovat se zejména práci: „*Fakt ta práce je důležitá*“. Uvědomuje si také rizika, která mu hrozí. Participant má tři roky podmínku a uvědomuje si, že kdyby se vrátil k drogám, existovalo by podstatné riziko, že se dostane zpět do vězení: „*Pak ti proměň zbytek a ještě uděláš nějakou trestnou činnost, jo a pak už jsi recidivista a to už nejdeš jenom na půlku a už začínáš na vyšších hranicích trestu*“. Reflektuje také s obavou riziko návratu k drogám: „*Zrelapsuješ ani nevíš*“. Zmiňuje rovněž sportovní aktivity, na které se těší: „*Jo, sportu bych se chtěl věnovat, dřív jsem i běhal hodně*“.

7. VZTAHY

Vztahy jsou pro respondenta velmi podstatné. V rámci rodinných vztahů je pro něj zejména významný vztah se setrou, která ho kontaktovala při pobytu ve vězení: „*Nějak jsme se sblížili k sobě a je to taky jeden z těch motorů, jako jeden z těch nejdůležitějších*“. Hovoří také o svém vztahu s babičkou: „*Nikdy nade mnou nezlomila hůl*“. Podstatný je vztah k jeho

přátelům. Participant chce být opět přijat v partě ze svého bydliště: „*Je to super a je to motivace, že když se tam vrátím, že to bude super*“. Jeden kamarád se za něj postavil, když ho přátelé zavrhli a to respondent velmi oceňuje: „*Jim řek, já mu prostě šanci dám, vy byste taky měli, má prostě poslední šanci, je takovej, bral tohle, ale dává se do kupy, takže mu dejte taky šanci*.“ Velmi významný je také vzor kamaráda, který absolvoval terapeutickou komunitu: „*Je čistej a super, dívám se na jeho fotku, mám na nástěnce, svíčku jsem našel už jeho. Je to hodně velká motivace, když ho tam vidím, pomohlo mu to tady, je to takový pozitivní*“.

SHRNUTÍ:

Participant je ve vysoké míře motivován k absolvování léčby v terapeutické komunitě. Před nástupem do léčby byl ve výkonu trestu, kde si uvědomil, že chce změnit svůj dosavadní život. V rámci pobytu ve vězení absolvoval protidrogový program, který bezpochyby výrazně ovlivnil jeho rozhodnutí nastoupit do léčby. Má dobrý náhled na frustrující období dlouhodobého užívání drog a je rozhodnut, že takto žít dále nechce. Podstatným prvkem je jeho rozhodnutí, že změnu chce zejména kvůli sobě, ale významná je i role jeho vztahů, zejména vztahu s přáteli, kteří neberou drogy a vztahu se sestrou. Participant má rovněž plány do budoucna, chce mít rodinu a pevný vztah a dobře reflektuje, že ho čeká hodně práce a úsilí a lze soudit, že je odhodlán na své abstinenci pracovat.

Participant 2

Druhý participant mého výzkumného šetření byl muž ve věku 28 let. Drogy užívá od šestnácti let. Od osmnácti let užívá intenzivně pervitin, poslední rok nitrožilně. Před nástupem do terapeutické komunity absolvoval dvakrát pobyt v psychiatrické nemocnici, jednou šlo o detoxikaci a po druhé o tříměsíční léčebný pobyt. V době našeho rozhovoru pobýval v terapeutické komunitě zhruba čtrnáct dní, byl v první fázi léčby.

Na základě tematické analýzy textu rozhovoru jsem dospěl k šesti hlavním tématům, která byla významná při rozhodnutí participanta nastoupit do terapeutické komunity:

1. NÁHLED NA NEGATIVNÍ ŽIVOT NA DROGÁCH
2. FRUSTRACE Z DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ
3. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA
4. ROZHODNUTÍ ZMĚNIT SVŮJ DOSAVADNÍ ŽIVOT
5. RODINA
6. PŘEDSTAVA BUDOUCNOSTI

1. NÁHLED NA NEGATIVNÍ ŽIVOT NA DROGÁCH

Z rozhovoru vyplývá, že participant negativně nahlíží na svůj dosavadní život na drogách: „*Ten život byl takovej divnej*“. Udává, že nejdůležitější pro něj bylo užití drog: „*Když jsem ráno vstal, tak jsem hned myslel na to, že si dám*“. Uvědomuje si, že jeho život v období užívání nebyl dobrý a hovoří o nepříjemných pocitech, které prožíval: „*Ty nálady byly takový, člověk nepříjemnej, protivnej prostě*“. „*Člověk prostě na těch drogách není moc veselej*“. Udává, že i jeho okolí mu dávalo najevo, že jeho chování není v pořádku. Postupně přišel o své přátele: „*Hodně i kamarádů jsem ztratil*“. Popisuje také, že jeho vztahy v té době nebyly dobré: „*Se na mě dívali s trochu nějakým odstupem*“. Významným prvkem je přechod respondentem na nitrožilní aplikaci drogy: „*Jsem na jednu stranu rád, že jsem přešel na tu jehlu, protože já bych s tím asi nepřestal*“. IV aplikaci zpětně hodnotí velmi negativně: „*Je to to nejhorší co může vlastně být*“. Hovoří také o zdravotních komplikacích, které se u něj

projevily v důsledku užívání: „Začali se mi ucpávat žíly...se tak vyztuží, že tam ta jehla ani nepronikne“.

2. FRUSTRACE Z DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ

Toto téma je propojené s předchozím. Respondent si uvědomuje, že drogy užívá dlouhou dobu: „Po těch deseti letech...“. Participant také nahlíží na svůj život v průběhu užívání drog a reflektuje, že drogy již pro něj nebyly zdrojem potěšení nebo zážitků: „Zjistil jsem, že už mě to ani postupem času ty stavy nějak extra nebaví“. Naopak udává, že drogy již pro něj byly nutností: „Už to bylo spíš jenom na tu energii nebo takovou nutnost“. Nahlíží na svůj život a uvědomuje si, že se pohyboval v bludném kruhu: „...že už neřeším skoro nic jiného než drogy, práce a spánek“. Zároveň dodává: „Bylo to takový zoufalství“. Participant v době užívání chodil do práce, reflektuje však, že ani tam nepůsobil dobře: „Výkon byl takovej nerovnoměrnej“. „Co nemuselo být, to se jako nedělalo“.

3. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Participant se zajímal o možnosti léčby: „Zjišťoval jsem si o tom, jaký léčby se nabízí kde, kde co mají, vybíral jsem si...“. Terapeutickou komunitu si vybral: „Tohle jsem si vybral tu Bílou Vodu“. Rozhodoval se na základě vyhledaných informací a usoudil, že po absolvování programu existuje vysoká pravděpodobnost úspěchu: „Měla nejlepší recenze na Moravě“. Roli také hrál známý, který mu o průběhu léčby řekl. Opakovaně se ukazuje, že participant má důvěru v to, že mu léčba pomůže: „Pro mě je to taková záchrana od drog“. Za podstatnou součást tohoto tématu považují respondentovy aktuální pocity v léčbě. Začátek léčby je pro něj náročný a z rozhovoru vyplývá, že již myslel na odchod: „Napadla mě varianta, že bych šel nějak jinam, ale to bych akorát utíkal sám před sebou“. Udává, že je však rozhodnut vytrvat a překážky překonat. Zdůrazňuje, že se rozhodl pro léčbu, že chce abstinovat, a že se nevzdá. „Ten pocit toho, že se toho můžeš zbavit. Tohle mě tam drží, že ten půl rok není zas tak dlouhá doba, když ten život by se měl takhle rapidně zlepšit. Hlavně mě drží to, že s tím chci úplně přestat.“

4. ROZHODNUTÍ ZMĚNIT SVŮJ DOSAVADNÍ ŽIVOT

Participant postupně docházel k rozhodnutí, že už nechce dál žít jako dosud: „Když už jsem potom bral tu zodpovědnost sám za sebe, tak jsem si uvědomil, že to není dobrá cesta“. Postupně si připustil svou závislost na drogách: „Že už si nechci nalhávat, že už nejsem závislej“. Z rozhovoru je zjevné, že se chce pokusit o abstinenci: „Já s tím chci skoncovat“.

Opakovaně zdůrazňuje, že ho k léčbě nikdo nenutil, a že k rozhodnutí dospěl sám: „Bylo to takový, že mě nikdo do ničeho nenutil“. „Přišel jsem si na to sám.“ Pokoušel se různými cestami abstinovat bez dlouhodobé léčby, ale nakonec dospěl k rozhodnutí se léčit: „Došlo mi, že žádnéj zázrak se nekoná“. Z jeho výpovědi je patrná touha žít život bez drog: „Chci začít ten nověj život“. Participant hovoří o uvědomění, že změna je možná: „Že jsem přestal mít takovej ten strach, že už to mám jako navždy“. Zároveň si také uvědomuje, že nebude mít „na furt, nalepenou tu nálepkou“, ale že rozhodnutí pro léčbu je pro něj cestou zpět do normálního života: „Došel jsem k tomu názoru, že když s tím skončím a tu kapitolu uzavřu, tak že ty lidi mě zase přijmou zpátky“. Participant také prožil příjemný zážitek, když cestoval s partou známých, kteří neberou drogy, na kolech: „To bylo poprvé po nějakých letech, co jsem se dostal do nějaké skupiny lidí, kde nebrali drogy“. Toto byla pro participanta silná korektivní zkušenost: „Že jsem někde ve skupině, kde nepotřebujou k tomu štěstí prostě nic, než prostě sami sebe“. „Umí se radovat i z normálních věcí. K tomuto zážitku výstižně dodává: „Byl pro mě takovej moment, že to prostě jde, a že ty lidi normálně žijou normálně.“

5. RODINA

Velkým tématem je pro participanta rodina. Zdůrazňuje, že ho rodiče na rozdíl od minulosti do léčby netlačili: „Do ničeho mě netlačili, do ničeho mě nenutili“. Podstatné pro participanta bylo jakési vyčerpání rodičů z jeho stavu: „Už si toho zažili se mnou dost.“ „Mi říkali, že už jsem jim toho nasliboval, za život hrozně moc.“ Významné však také bylo, že se mu stále snažili pomoci: „Že se na mě nevykašlali“. Participant v rozhovoru popsal jeden velmi silný moment: „Když jsem viděl otce brečet“. Tento okamžik byl bezpochyby velmi významný: „To bylo jako asi nejsilnější.“ Participant popisuje, že tento zážitek byl pro rozhodování o léčbě klíčový: „Kdyby to byl jako ten moment, co jsem se rozhodl s tím skončit...“. K tomuto zážitku dodává velmi zajímavý komentář: „Když na člověka někdo řve nebo tak, tak si většinou udělá takovou obranu vnitřní a vlastně všechno se to od něj odráží pryč.“ „Když takhle jsem viděl, že byl schovenej, vlastně ani nechtěl, abych ho viděl, tak to jakoby najednou proběhlo tou obranou, jako kdyby se vypla a najednou jsem ty informace od něj jako přijal“. Participant také popisuje vztah se svými dvěma sestrami. Jedna z jeho sester má již dítě, participant udává: „Bych chtěl bejt dobrej strejda.“ „Dobrej brácha“. S druhou sestrou žil v době užívání, popisuje: „Bylo na ní vidět, že jí to trápí, jako, že má bráchu prostě, co je furt na drogách“. Dále uvádí, že se mu sestra snažila pomoci ve výběru léčby.

6. PŘEDSTAVA BUDOUCNOSTI

Participant má také představu o tom, co by chtěl v budoucnosti: „Zařídít svoje bydlení, najít nějakou partnerku, děti bych chtěl mít, kariéru“. Pro participanta je nepříjemná představa, že by nadále užíval drogy a měl děti: „Nedokážu představit, že bych vychovával děcka a přitom sám bral drogy“. Má také představu o tom, jaký by chtěl být. Uvědomuje si některé své negativní vlastnosti na drogách a do budoucna stojí o změnu: „Držím svý slovo, když něco řeknu, tak to udělám“. Baví ho sport a chtěl bych zlepšit svou životosprávu: „Bych chtěl prostě žít jako zdravě“. Jedinou obavou, o které hovořil, je strach z nedokončení léčby.

SHRNUTÍ

Participant je motivovaný k léčbě v terapeutické komunitě. O možnosti léčby se zajímal a terapeutickou komunitu si vybral na základě úvahy o možném úspěchu léčby, což svědčí o touze abstinovat. Participant reflektuje, že život na drogách přinášel spoustu negativ. Popisuje nepříjemné stavy, které prožíval. Velmi negativně rovněž nahlíží na přechod na nitrožilní užívání. Považuje to za velký poklesek a je znatelné, že nahlédl na závažnost situace. V souvislosti s intenzivním užíváním participant rovněž čelil zdravotním problémům. Svůj život na drogách nyní označuje za zoufalství a je zjevné, že pociťuje frustraci ze svého života na drogách. Významným tématem je pro participanta rozhodnutí, že chce změnit život. Podstatné je, že respondent se rozhodl léčit na základě vlastního rozhodnutí, nikdo ho do léčby netlačil. Participant si připouští svou závislost a touží po normálním životě. Věří, že změna je možná, a že se může vrátit do normálního života. Ačkoli tvrdí, že ho do léčby nikdo nenutil, je zjevné, že v jeho rozhodování sehrál významnou roli vztah s rodinou. Zážitek, kdy viděl otce plakat, označuje v podstatě za bod zlomu. Participant chce do budoucnosti založit rodinu a věnovat se zdravějšímu životnímu stylu. Obává se, aby neopustil léčbu předčasně, je to vlastně obava o abstinenci, pro kterou se rozhodl.

Participant 3

Třetí participant mého výzkumného šetření, s kterým jsem v komunitě vedl rozhovor, byl muž ve věku 29 let. Drogy začal užívat v patnácti letech. V současné době užívá pervitin, během celé doby užívání neměl významnější období abstinence. Jeho pobyt v terapeutické komunitě je první léčebná intervence. V době našeho rozhovoru byl v komunitě týden a byl v první fázi léčby.

Z rozhovoru vyšlo několik hlavních témat, která jsou pro respondenta významná, Vyjmenovaným tématům se budu dále blíže věnovat:

1. PŘÍTELKYNĚ

2. MATKA

3. TOXICKÁ PSYCHÓZA

4. DROGOVÁ MINULOST

5. PRÁCE

6. ABSTINENCE

1. PŘÍTELKYNĚ

Toto téma je pro participanta zjevně velmi významné, ke svému rozhodnutí se jít léčit uvádí: „*Poprvý mě to napadlo právě v souvislosti s tou přítelkyní*“. Participant hovoří o vztahu s dívkou, s kterou nejprve užívali drogy. Jeho přítelkyně s užíváním přestala a chtěla, aby i on abstinovat: „*Mi chtěla pomoc tím, že jsme docházeli do ambulantní léčby*“. Ambulantní léčba nepomáhala, přítelkyně na participanta tlačila, aby přestal s užíváním pervitinu a řekla, že jeho užívání už nebude akceptovat: „*Jsem to udělal znova a ona mi řekla, že jestli to udělám ještě jednou, tak se prostě odstěhuje*“. Participant abstinenci porušil a přítelkyně ho opustila. To vedlo k velké emocionální reakci, participant o této situaci hovoří v rozhovoru velmi jadrným jazykem: „*No ty vole, byl jsem úplně v prdeli, jsem se postavil na hlavu a říkám: co já jsem to za kreténa*“. Dále k tomu uvádí: „*Přišel jsem o to nejlepší, co mám, úplně se mi chce brečet zase*“. Participant si uvědomil, že vztah ztratil kvůli drogám a chtěl ho získat zpět: „*Tak jsem chtěl udělat všechno proto, aby se ke mně vrátila*“. Toto téma

je v rozhovoru klíčové, participant je z přítelkyní v kontaktu a doufá, že po léčbě bude vztah opět fungovat. K tomuto tématu ještě uvádí: „*Asi o mě stojí, protože tady ta holka, ona mě chtěla změnit jo a já jsem řek, že to nedokáže a myslím si, že to jediná dokázala...*“.

2. MATKA

Pro participanta je také velmi významný vztah s matkou, v rozhovoru o ní často hovoří jako o mamince, udává: „*Tak prostě, ta máma pro mě znamená všechno*“. Myslí si, že jeho matka o užívání pervitinu nevěděla: „*Myslím, že to moje máma neví, že jsem bral*“. Participant měl v plánu léčbu dokončit a pak jí teprve vše sdělit: „*Nechtěl jsem jí prostě zklamat, když by se třeba něco pokazilo*“. Komunita mu však doporučila jí napsat dopis, protože bude vhodné, aby měl v průběhu léčby vztahovou skupinu, to je pro něj zjevným motivem k tomu, aby v léčbě vydržel: „*Ano, ano, to mi právě dává tu sílu*“. Obává se, aby matce informací o svém užívání neublížil: „*Zároveň si myslím, že jsem zároveň mámě hodně ublížil*“. V dopise jí ještě napsal: „*že jsem tady proto, že s tím chci něco dělat*“.

3. TOXICKÁ PSYCHÓZA

V rozhovoru se objevilo významné téma strachu z toxické psychózy. Participant nikdy toxickou psychózu neměl, ale několikrát tento stav viděl u svých kamarádů: „*Že ty kámoši měli tu toxickou psychózu a já to zažít nechci a prostě chci se vyléčit*“. Participant krátce před léčbou bydlel s kamarádem, který toxickou psychózu měl, v rozhovoru vzpomínal: „*Měl jsem o něj hroznej strach jako, protože kdyby se mu něco stalo, tak bych za to mohl já*.“ Tato vzpomínka byla velmi intenzivní: „*Je to síla, jakoby hrozně velká, nechtěl bych to nikdy zažít, to teda nikdy jako a už to teda ani nezažiju...*“ Participant si v rozhovoru uvědomuje, že tyto zážitky jsou pro něj vlastně také pobídkou k abstinenci a léčbě: „*Ted' jsem na to přišel, jo, ted' jsem si na to sám přišel a jsem rád, že jsem na to přišel, konečně, protože to není asi jen kvůli těm patnácti rokům*.“

4. DROGOVÁ MINULOST

Respondent ze začátku rozhovoru ke svému rozhodnutí nastoupit do léčby často opakuje: „*Patnáct let je patnáct let*“. Ke svému životu v poslední době udává: „*Nic moc hele, abych ti pravdu řek, nic moc, nic moc*“. Je zřetelné, že má náhled na to, že takto dlouhodobé intenzivní užívání drog není v pořádku: „*Já to mám tak, že jsem fetoval fakt dlouho a už to hraničilo*“. Reflektuje také, že mu život na drogách nepřinesl příliš dobrého: „*Myslím, že mi to víc sebralo ty drogy, než ty zážitky jako...*“. Během užívání byl v podmínce, k představě

vězení udává: „*Fakt si to nedokážu představit, fakt ne, vůbec, jak by to tam probíhalo, jak bych se začlenil, prostě vůbec, nechci o tom ani mluvit...*“. Participant také vzpomíná na předchozí vztah, který byl hodně ovlivněn drogami, a který dopadl špatně. Z jeho výpovědi o vztahu je zřetelná frustrace: „*A po těch osmi letech, co jsme spolu byli, tak prostě vždycky čtyři roky z toho, jsem prostě přišel domů z práce a prostě jsem viděl ten debilní ksicht: jako, tak co, jdem pro ty drogy nebo co?*“ Ačkoli se téma negativních pocitů a zážitků z minulosti v rozhovoru objevuje, není v tomto případě ústředním tématem.

5. PRÁCE

Participant má pozitivní vztah ke své práci. Pracuje ve stavebnictví a práce ho baví: „*Když večer odcházím z práce, tak prostě vím, že to tam zůstane stát, jak to tam dám*“. Práce však s drogami nešla zcela dobře dohromady, udává: „*No fungovalo to špatně*“. V rozhovoru hovoří o vlivu svého vedoucího, který věděl, že užívá drogy: „*Je to fakt prostě dobrý člověk a nechtěl jsem ho zklamat*“. Tato postava je však pro participanta ambivalentní, udává, že se také hádali, a že mu jeho vedoucí nabízel marihuanu místo platu. Participant však v rozhovoru nereflektuje, že je zvláštní, že mu léčbu doporučovala osoba, která mu nabízela drogy. Práci ve stavebnictví by se chtěl participant věnovat i v budoucnosti, jeho entuziasmus je z rozhovoru zřetelný: „*Je to super odtamtud takhle odcházet a postavíš to od základů po střechu, je to supr pocit*“.

6. ABSTINENCE

V tomto tématu se prolíná několik kategorií, které participant v rozhovoru zmínil, ale nepřisuzoval jim příliš velký význam. Participant několikrát udává, že se léčí kvůli sobě: „*Na druhou stranu jsem uvážil za vhodný, že to nemůžu dělat kvůli přítelkyni, ale musím to dělat kvůli sobě*“. Měl důvěru v léčbu v terapeutické komunitě, kterou mu doporučil ambulantní terapeut: „*Že prostě 7 lidí z 10 tady zůstane, prostě jdou odsud vyléčený*“. Významným tématem je také potřeba participanta ukázat přátelům, že léčbu zvládne. Jeho známí mu při odjezdu říkali, že léčbu nezvládne, participant hovoří o představě: „*Že tam přijedu zpátky do toho svého města a budu nad všema*“. Fantazii dále rozvíjí: „*Chci přijít a říct jim haha a teď co, teď se směješ nebo nesměješ*“. Obdobně respondent hovoří o svém bratrovi, s kterým nemá patrně nejlepší vztah: „*Třeba můj brácha, ten se mi smál...*“. Bratr respondenta je rovněž uživatel drog a participant touží mu dokázat, že se mýlil. Participant má také plány do budoucna, které jsou hodně spjaté s představou rehabilitace jeho vztahu, ale také by rád více cvičil a věnoval se matce a práci.

SHRNUTÍ:

Rozhovor s participantem se postupně rozvíjel. Na začátku rozhovoru udával respondent nejčastěji, že užívá patnáct let drogy a blíže nebyl schopen k tématu rozhovořit. Postupně se rozhovořil o svém vztahu s matkou, který je pro něj velmi významný. Zajímavé je, že jeho matka nejspíše nevěděla o jeho užívání drog. Participant jí to sdělil v dopise, který jí napsal z komunity. Nyní zjevně považuje za velmi významné, aby v léčbě vydržel, když už matku informoval, že se léčí se závislostí na pervitinu. Pro participanta je velmi významný vztah s dívkou, která se s ním krátce před léčbou rozešla. Tento rozchod byl pravděpodobně velmi významnou pobídkou pro nástup do léčby. Participant věří, že vztah může rehabilitovat a i to je pro něj nejspíše silným motivem k tomu, aby v léčbě vydržel. V průběhu rozhovoru si také participant vzpomněl na zážitky s toxickou psychózou, kterou prožili jeho přátelé. Tyto vzpomínky u něj vyvolávají silnou averzi vůči drogám. Participant také hovoří o své práci, které by se chtěl do budoucna věnovat. Práce ho naplňuje. V rozhovoru také respondent líčí, že by chtěl dokázat svým známým, že léčbu zvládl. U participanta je zajímavé, že některé jeho pobídky k abstinenci jsou zároveň ohrožující.

Participant 4

Čtvrtý participant mého výzkumného šetření byl muž ve věku 25 let. Drogy užíval od čtrnácti let, nejprve marihuanu, LSD a kokain. Poslední čtyři roky užíval pervitin, krátce před nástupem do léčby nitrožilně. Absolvoval třikrát pobyt v psychiatrické léčebně, poslední trval měsíc a půl a navazoval na léčbu v terapeutické komunitě. V době našeho rozhovoru byl v terapeutické komunitě jeden den, pochopitelně byl v první fázi léčby.

Z rozhovoru vyvstalo šest hlavních témat, která jsou pro respondenta významná, Vyjmenovaným tématům se budu dále blíže věnovat:

1. FRUSTRACE Z OBDOBÍ UŽÍVÁNÍ DROG
2. RELAPS PO LÉČBĚ
3. RODINNÉ VZTAHY
4. ROZHODNUTÍ O LÉČBĚ
5. NÁHLED NA ZÁVISLOST
6. PŘEDSTAVY O BUDOUCNOSTI

1. FRUSTRACE Z OBDOBÍ UŽÍVÁNÍ DROG

Participant vzpomíná na svůj život na drogách a pociťuje frustraci z promarněného času: „Ztratil jsem čtyři roky života a v podstatě si nemůžu vzpomenout na nějakou smysluplnou činnost“. Uvědomuje si, že se nevěnoval svým zájmům a soustředil se jen na drogy: „Člověk si na těch drogách říká, že by to chtěl, ale to je tak všechno, co proto udělá“. Hovoří o svých dluzích a o tom, že ačkoli vydělával peníze, nic pořádného si za ně nekoupil: „Hmotná věc ani jedna“. Participant s drogami obchodoval: „Dva a půl roku jsem se podílel na výrobě a distribuci a vlastně ve velkém množství“. Uvědomuje si, že mu hrozilo riziko konfliktu se zákonem, do teď nemá zcela jistotu, že je kauza ohledně distribuce drog uzavřená: „Postupně šlo do vězení asi šestnáct lidí.“. Participant také negativně nahlíží na sociální prostředí uživatelů drog: „Mě úplně zaráželo, co jsou schopný ty lidi pro ten perník udělat.“. Na své spoluživitele nahlíží s despektem: „Nelíbí se mi, jak se chovaj, nedá se jim věřit“. Participant také popisuje svůj vztah s přítelkyní před nástupem do léčby. Jeho

přítelkyně byla rovněž uživatelka drog a díky němu se dostala k velkému množství pervitinu, participant k tomu uvádí: „*Vůbec mi nedocházelo, že jí tím zlikviduju život*“. To, že nechal mladou přítelkyni záměrně intenzivně užívat drogy, ho mrzí: „*Věřím to, že bude zase hezká, plná optimismu do života, ale...mrzí mě to*“.

2. RECIDIVA PO LÉČBĚ

Participant absolvoval několikaměsíční léčbu a krátce po návratu opět začal užívat drogy. Tato recidiva také významně ovlivnila jeho rozhodnutí nastoupit do dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě. Toto téma se hodně prolíná s tématem rodinných vztahů. Participant bydlel v bytě, který mu propůjčila babička. Užíval drogy, což jeho rodina nevěděla. V rozhovoru popisuje, že byl na jedné akci, kde intenzivně užíval drogy: „*Bych typoval, že nezbývalo moc k tomu, abych se předávkoval*“. Posléze přišel se známými domů, kam nečekaně dorazila také jeho matka s babičkou: „*Ve futrech se objevila máma s babičkou*“. V ten moment matce došlo, že opět užívá drogy: „*Na mě se podívala a viděla, že jsem zfetovanej*“. Rodina se od participanta odklonila: „*Nikdo z nich se se mnou nechtěl bavit*“. Participant si situaci vyčítal: „*I když jsem nebyl zfetovanej, tak jsem nemohl spát, furt mi letělo v hlavě, že jsem tý rodině hrozně ublížil*“. Jeho emocionální stav byl velmi špatný: „*Začal jsem přemýšlet nad sebevraždou*“. Bydlel u kamarádky, která kontaktovala jeho rodinu s prosbou o pomoc. Participant byl rozhodnut nastoupit do léčby, což také jeho kamarádka sdělila rodině. Krátce na to ho kontaktoval otec: „*Sešel se se mnou, řekl mi, že mi dává poslední šanci*“. Participant posléze vyhledal léčebnu, kam mohl ihned nastoupit a z té zhruba po měsíci odjel do terapeutické komunity.

3. RODINNÉ VZTAHY

Participant v rozhovoru hodně hovoří o rodinných vztazích, které v době jeho užívání byly špatné: „*Dlouhá léta jsem se nebavil se svojí rodinou*“. Participant hovoří o tom, jak rehabilitoval rodinné vztahy po první léčbě a popisuje, jakým zklamáním byla pro členy rodiny jeho recidiva. U matky uvádí: „*Bylo vidět, jak se jí rozplynula ta vize toho, že by mohla mít normálního syna*“. K sestře dodává: „*Ségra, která mi domluvila práci, byl jsem s ní na kafi, tak najednou, že se se mnou nechce bavit, že mě nechce vidět*“. Popisuje také reakci nevlastní matky, s kterou měl dobrý vztah: „*Ona celý Vánoce probřečela*“. Významný je pro participanta vztah s otcem, který mu opakovaně pomáhal, uvádí: „*Takže motivací pro mě je ten vztah s tátou*“. Participant také hovoří o svém vztahu k desetiletému nevlastnímu bratrovi. Udává, že s ní byl rád ve styku, a že se mu líbilo, že ho mladší bratr v jisté míře obdivuje. Po

jeho recidivě mu otec kontakt s ním zakázal. Před odjezdem do léčby se však rodina rozhodla o situaci mladšímu bratrovi říct, aby věděl, co se děje, participant popisuje následující situaci: „*Takže když za mnou šel ten den, když jsem odjížděl z léčebny, tak vyběhnul z baráku, přiběhl k tomu autu, úplně se na mě podíval, poprosil mě, abych s tím přestal, tak to bylo...to mě úplně rozštípalo*“.

4. ROZHODNUTÍ O LÉČBĚ V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

K rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity dospěl participant po nástupu do psychiatrické nemocnice po již zmiňované recidivě. Participant popisuje, že si uvědomil, že skutečně stojí o změnu dosavadního života: „*Začal jsem teda pracovat s tím, že chci na sobě něco opravdu změnit*“. Jeho otec komunikoval s terapeutky a byla mu doporučena terapeutická komunita: „*Jestli chce, aby se se mnou něco stalo, tak ať mě směřuje sem*“. Participant hovoří o tom, že léčbou nemůže nic ztratit: „*Léčba je fajn, protože léčba nikdy nic člověku nevezme*“. Participant si uvědomuje, že v jeho situaci je východiskem dlouhodobá léčba, a že kratší pobyty v jeho případě neměly zatím efekt: „*Já jsem si vybral tu dlouhodobou, protože mi přijde, že těch šest měsíců je prostě málo*“. Participant si také uvědomuje, že další užívání drog by vedlo k výraznému zhoršení jeho stavu: „*Já to chci nějakým způsobem změnit, dokavad si nezlikviduju ten život na totál*“.

5. NÁHLED NA ZÁVISLOST

Participant v rozhovoru uvádí, že významným prvkem při jeho rozhodování o léčbě bylo také to, že si uvědomil svou závislost na drogách: „*Myslím si, že hodně velké bod zlomu nastal ve chvíli, kdy jsem si taky přiznal, že jsem závislej*“. Velmi negativně také vnímá injekční užívání. Uvědomuje si intenzitu své závislosti: „*Uvědomil jsem si jaká je ta závislost na té jehle*“. Ještě dodává: „*Což je ve finále silnější než ta droga sama*“. Participant v rozhovoru hovoří o tom, že se vždy cítil být jiný, než ostatní lidé na drogách. V poslední době však nahlédl na to, že jeho vlastnosti se také mění: „*To užívání injekčně mění charakter*“. V rozhovoru popisoval, že měl v průběhu užívání drog vždy své zásady, v poslední době však došlo ke změně: „*Ztratil jsem tu osobnost v tom, že jsem dodržoval nějaký zásady a najednou jsem ty zásady nedodržoval*“. Uvědomuje si, jak ho drogy změnil: „*To nejsem já*“. Participant také popisuje svou toxickou psychózu. Byl to pro něj silný negativní zážitek, kdy ztratil kontrolu nad svým chováním: „*Vytáhnul jsem nůž v tramvaji a chtěl jsem pobodat dva kluky*“. Participant hovoří o náhledu na svou závislost a své chování

na drogách: „*Já jsem si připustil, že jsem závislej, uvědomil jsem si, že všechny tyhle věci jsem dělal*“.

6. PŘEDSTAVY O BUDOUCNOSTI

Participant hovoří v rozhovoru o tom, že nemá rád představu stereotypního života: „*Mám problém s tím jít s davem*“. Tvrdí o sobě: „*Já jsem takovej dobrodruh, rád vlastně překonávám svoje limity, svoje hranice*“. Do budoucna by se chtěl věnovat adrenalinovým aktivitám a tato představa je pro něj významná: „*Nějaký šílenosti, bláznovství, to je taková věc, která mě úplně žene dopředu*“. Nejedná se však o vzdálené sny, participant věří, že by své představy mohl zrealizovat: „*Chtěl bych natáčet třeba nějaký dokumenty.*“ „*Sjet na čtyřkolce nejhorší silnice světa*“. Pro participanta je touha realizovat své sny významnou pobídkou ke změně dosavadního života, k představě o své budoucnosti dodává: „*Hrozně rád bych chtěl každý ráno vstát a říkat si, dneska zažiju nový dobrodružství*“.

SHRNUTÍ:

Participant v rozhovoru hovoří o frustraci, kterou pociťuje, když nahlíží na svůj život na drogách. Uvědomuje si, že se nevěnoval svým zájmům a jediné, co ho zajímalo, byly drogy. Negativně rovněž nahlíží na sociální prostředí uživatelů drog. V poslední době si připustil svou závislost a zjišťuje, že jeho vlastnosti se přiblížily tomu, co vždy odsuzoval. Uvědomil si, že je člen komunity intravenózních uživatelů drog, kteří udělají vše pro to, aby se dostali k droze. Participant prošel léčbou, po které recidivoval. Opětovné užívání drog výrazně narušilo jeho rodinné vztahy. Tato situace pro něj byla impulzem k rozhodnutí o změně a k nástupu do léčby. Rodinné vztahy jsou pro participanta významné. Často hovoří o vztahu s otcem, který je jeho dlouhodobým užíváním frustrován a hovoří také o vztahu s mladším nevlastním bratrem, který ví o jeho rozhodnutí nastoupit do terapeutické komunity. Participant také hovoří o svých snech do budoucna, kterým by se chtěl po absolvování terapeutické komunity věnovat.

Participant 5

Pátý participant mého výzkumného šetření, s kterým jsem vedl rozhovor, byl muž ve věku 31 let. Od patnácti let užíval marihuanu, čtrnáct let užívá pervitin. Před šesti lety absolvoval půlroční pobyt v terapeutické komunitě a před rokem byl jeden měsíc v komunitě, kde jsme vedli rozhovor. Participant byl opakovaně ve vězení, jednou na šest let a jednou na dva roky. V době našeho rozhovoru byl v komunitě tři týdny a byl v první fázi léčby.

Tematickou analýzou rozhovoru jsem dospěl k šesti tématům, které jsou pro participanta významné:

1. ZKLAMÁNÍ Z DOSAVADNÍHO ŽIVOTA
2. NEGATIVNÍ POCITY
3. TOXICKÁ PSYCHÓZA
4. DCERA
5. VZTAH S RODIČI
6. TOUHA PO ZMĚNĚ DOSAVADNÍHO ŽIVOTA

1. ZKLAMÁNÍ Z DOSAVADNÍHO ŽIVOTA

Participant se k pervitinu dostal během prvního pobytu ve vězení a takřka ihned přešel na injekční aplikaci. Z jeho výpovědi je zřetelné, že je frustrován náhledem na svůj dosavadní život, udává: *„To mám hozeny, že jsem furt seděl nebo fetoval“*. Života na drogách vnímá negativně, nehovoří skoro o žádných pozitivních momentech: *„Pamatuju si fakt pár malejch radostí“*. V poslední době užíval drogy intenzivně: *„Už jsem si pak nedával trošky, já už jsem to jel docela“*. Období před nástupem do terapeutické komunity hodnotí slovy: *„Já už jsem jel bez zábran“*. Vše, co ho zajímalo, byly drogy. Zanedbával základní potřeby a veškeré prostředky utrácel za pervitin: *„Já jsem třeba jel a jak jsem měl hlad, tak jsem neměl ani to jídlo“*. V období před nástupem do terapeutické komunity byl drogami tak zdevastovaný, že opakovaně přemýšlel nad sebevraždou, tomuto tématu se budu dále ještě věnovat. Poslední týdny ho u sebe nechal bydlet známý, participant uvádí: *„Kdybych neměl kde být, tak jsem skončil v base, nebo mrtvej“*.

2. NEGATIVNÍ POCITY

Participant vnímá současnou léčbu jako poslední šanci: „*To je pro mě poslední hranice*“. V poslední době zažíval na drogách velmi negativní pocity. Hovoří o agresi, toxických psychózách a sebevražedných myšlenkách. Takto popisuje své pocity před nástupem do léčby: „*Tak jsem to chtěl se sebou skončit, ale neměl jsem na to, nevím proč, neměl jsem na to sílu*“. Jeho agrese se v poslední době stupňovala: „*Byl jsem hrozně agresivní*“. S agresí neumí zacházet, v komunitě na tom začíná pracovat, uvědomuje si, že ho jeho agresivní impulzy velmi ovlivňují v životě: „*Agrese mě venku ničí*“. Participant si také uvědomuje své chutě na drogy: „*Ten pervitin mě furt volá*“. Vnímá však své chutě velmi negativně, představa užití drogy není spojena s příjemným prožitkem, ale je spojena s představou naprostého konce: „*Když už si dám, tak se zabiju*“. Tento děsivý vnitřní konflikt intenzivní chutě na drogu s vědomím, že další užití může znamenat konec, vystihuje následující výrok: „*Mám sto chutí se jít zfetovat a zabít se*“.

3. TOXICKÁ PSYCHÓZA

Samostatným tématem jsou pro participanta toxické psychózy, o kterých v průběhu rozhovoru často hovoří: „*Vím, jaký to je, když člověk upadne do psychózy takového stylu, že to, co neexistuje, tak je jakoby živý*“. V poslední době se participant do psychotických stavů následkem masivního užívání a naprosté absence životosprávy dostával často. Zkušenost s těmito opakovanými stavy ho vede k myšlence: „*Já už psychózu mám celkově*“. Participant popisuje negativní prožitky, které má v živé paměti: „*Se mi tam objevovaly siluety lidí, masakr prostě, skočil jsem dolů a šli proti mně, to si vybavuju úplně živě tyhle vzpomínky*“. Popisuje, jak slyšel hlasy a dostával se do paranoidních stavů: „*Já jsem si zafixoval jednu značku a přísahám, že jsem jí viděl všude, kam jsem jel*“. Jeho chování v poslední době bylo silně ovlivněno paranoidními myšlenkami: „*Jsem se schovával s dalekohledem*“. „*Nosil jsem u sebe nůž*“. Prožitky z toxických psychóz a jejich návraty měly zjevný vliv na participantovy emoce, k tomuto tématu ještě udává: „*Toxická psychóza vyčnívá v tom, že už jsem si chtěl šáhnout na život*“.

4. DCERA

Participant často hovoří o své dceři, uvádí, že vzpomínky na ni jsou pro něj pozitivní: „*Mám dobrý vzpomínky jenom na to, že se mi narodila dcera*“. Narodila se mu ve vztahu s partnerkou, s kterou byli společně v léčbě. Vztah se po čase rozpadl: „*Náš vztah skončil po*

roce a půl, protože ona donesla drogy dom...“. Dceru má v péči matka, participant k tomu udává: *„Platím alimenty a ona fetuje“.* Dcera nyní nejspíše nežije v dobrých podmínkách, což participanta trápí, uvádí: *„Když se něco stane mé holce, balím se a jdu a jdu přes mrtvoly a jdu si sednout na doživotí“.* Pro participanta je vztah k dceři významným motivem v léčbě: *„Mám tu motivaci kvůli holce“.* Jeho cílem je absolvovat léčbu, abstinovat a získat dceru k sobě do péče: *„Osamostatním se, budu mít zázemí, budu mít papíry, budu čistej a můžu si tu holku vzít“.* Participant zjevně touží po změně dosavadního stavu, chtěl by s dcerou být a věnovat se jí, v rozhovoru ještě uvádí: *„Chtěl bych bejt...milující táta“.*

5. VZTAH S RODIČI

Participant v rozhovoru hovoří o vztahu s matkou a otcem. Uvědomuje si, že jeho rodiče stárnou: *„Táta stárne. Máma stárne“.* Náhled na stárnutí rodičů je významným prvkem, neboť participant má zřejmě obavu, aby nezemřeli s tím, že on bude stále jen užívat drogy a žít život na dně. Vzpomíná totiž na své prarodiče, kterým ani nemohl jít na pohřeb: *„Zemřeli, když jsem byl ve výkonu trestu“.* Obává se, aby byl jeho otec ještě ochotný obnovit jejich vztah a důvěru, udává: *„Zaplatil za mě dluhy, právníka zaplatil a furt jsem zklamával“.* Otec je pro něj zároveň vzorem, participant hovoří o tom, že jeho otec v životě něco dokázal, dodává: *„Mám k němu respekt“.* S matkou byl v poslední době více v kontaktu. Viděl, jak se z jeho současného stavu trápí: *„Ona furt tak brečí“.* Participant také hovoří o tom, že jeho matka má pozitivní vztah k jeho dceři, kterou ale nevidá: *„Moje máma je babička a za celou dobu viděla svojí vnučku dvakrát“.*

6. TOUHA PO ZMĚNĚ DOSAVADNÍHO ŽIVOTA

Participant chce změnit svůj dosavadní život: *„Tentokrát to chci udělat tak, že za tím půjdu“.* Chce žít normální život: *„Normální život je, že si jdu do obchodu a můžu si koupit, co chci“.* Je patrné, že je silně odhodlán k tomu léčbu zvládnout: *„Se tady držím zuby nehty, i když tady jsou někdy takový vypjatý situace“.* Současnou léčbu považuje za svou šanci ke změně, kterou nechce zahodit: *„Já už odsud nesmím odejít“.* Důležitý je participantův vztah ke komunitě a důvěra v léčbu. Motivující je pro něj touha stát se absolventem komunity: *„Hlavně chci být na té nástěnce, protože to mám tady hodně srdcový“.* *„To je pro mě hodně moc motivující“.* Participant také pozitivně vnímá jakékoli ocenění od týmu v komunitě. Terapeuti reflektovali jeho změnu v přístupu: *„Že jsem fakt na úrovni už někde jinde. Plácnu, že o 15% jsem na tom líp, než předtím půl rokem“.* Kromě touhy získat dceru do výchovy uvádí participant i některé další cíle do budoucna: *„Chci mít nový kamarády, který nefetujou.“*

Chci hrát fotbal, kterej prostě jsem hrál dvacet let“. Hovoří také o touze napsat knihu o svém příběhu.

SHRNUTÍ:

Participant pocítuje silnou frustraci ze svého dosavadního života. Uvědomuje si, že jeho život se zatím skládá z pobytů ve vězení a z období užívání drog na svobodě. V poslední době drogy užíval intenzivně a jeho chování směřovalo pouze k touze získat drogu. Participant hovoří o negativních myšlenkách, které se mu v poslední době honily hlavou. Opakovaně uvažoval o sebevraždě a současnou léčbu vnímá jako svojí poslední naději na změnu. V průběhu užívání zažíval participant opakovaně toxické psychózy a prožil velké množství averzních zážitků, na které velmi negativně vzpomíná. Významným motivem pro změnu je pro participanta vztah k dceři. Chtěl by ji získat do péče, neboť jeho dcera v současnosti žije u matky, která intravenózně užívá drogy. Pro participanta je také významný vztah k rodičům. Chtěl by napravit vztah s otcem i matkou a získat jejich důvěru, obává se představy, že jeho rodiče zemřou a on bude stále žít na dně, bez toho, že by vztah s nimi napravil. Z rozhovoru je také patrné vnitřní odhodlání participanta pro změnu. Touží po změně života a chce se v léčbě udržet za každou cenu.

Participant 6

Šestý participant mého výzkumného šetření byl muž ve věku 32 let. Od patnácti let užíval drogy. Participant užíval pervitin a heroin. V poslední době zneužíval subutex. Před sedmi lety absolvoval krátkou detoxikaci. Posléze strávil tři měsíce v psychiatrické léčebně. Po tomto pobytu přestal užívat heroin a za krátkou dobu přešel na užívání subutexu. V době našeho rozhovoru byl v komunitě přes dva týdny a byl v první fázi léčby.

Z analýzy rozhovoru vyplynulo postupně několik témat, která jsou pro participanta významná:

1. UŽÍVÁNÍ HEROINU A SUBUTEXU
2. PRACOVNÍ ŽIVOT
3. ŽLOUTENKA
4. KOKTÁNÍ A OBAVA Z LIDÍ
5. OTEC
6. MOTIVACE K LÉČBĚ V KOMUNITĚ
7. RODINA
8. PŘÁNÍ DO BUDOUCNA

1. UŽÍVÁNÍ HEROINU A SUBUTEXU

Participant od svých čtrnácti let užíval heroin. Při zdravotních komplikacích, které mu užívání způsobilo, se snažil tyto komplikace utlumit užitím jiných drog, příkladem je pervitin nebo ketamin. *„dřív jsem to dělal tak, že když jsem se chtěl dostat z heráku, tak jsem přešel na perník chvílku a ty stavy jakoby přebiješ prostě“*. Po detoxifikační léčbě abstinovat skoro dva roky. *„po tom detoxu to jsem byl skoro dva roky čistej“*. Po relapsu, se kterým se svěřil svému otci, se rozhodl pro substituční léčbu pomocí látky subutex. Při užívání této látky ovšem nastaly podobné zdravotní komplikace jako při užívání drog, ne-li horší, dle popisu participanta: *„normálně jsem si namlouval, že když jsem jenom na tom subutexu, tak to bude lepší, nebo že ten stav nebude takovej, načež to trvalo pět dní, ale bylo to mnohem silnější. To*

bylo fakt peklo. Ono přece jenom je to skoro čistej mofrin v tom subutexu, to není žádný šestiprocentní heráček, prostě to bylo mnohem horší“. Prožívání nepříjemných stavů a konkrétních subjektivně negativně vnímaných situací bylo pro respondenta jedním ze zdrojů motivace k léčbě v terapeutické komunitě. *„Což mě vedlo k tomu, že tohle už opravdu ne. Tohle nikdo nechce zažít“.* Participant uvedl dva konkrétní silné zážitky spojené s užíváním drog, a to zdraví ohrožující gastroenterologické potíže a událost, kdy ho v autobuse cestou do práce přepadla nesnesitelná migréna. *„Ale já jsem nemohl vstát ani na nohy, ne. Jsem byl úplně zoufalej. A lidi tam na mě koukali úplně, co mi je“.*

2. PRACOVNÍ ŽIVOT

Participant i přes užívání drog a substituce docházel každý den do práce, kde podával dobrý výkon, za který byl i oceňován. *„do práce jsem chodil celou dobu a delší dobu se mi to dařilo držet na určitý hladině, hlavně aby mi nebylo špatně“.* Dle participanta nikdo z kolegů nepoznal, že by byl závislý, což uvedl i jako jednu výhodu užívání opioidů. *„Na tom heráku, nebo na opiátech, je dobrý, že to na tobě nikdo nepozná aspoň, že jo, protože přijít tam vysmaženej, tak to je jasný“.* Náplní jeho práce byla administrativa a především komunikace s lidmi. Z toho důvodu ovšem docházel do práce pod vlivem drog. Participant má totiž již od dětství problém s vyjadřováním a koktáním a vlivem drogy tento problém ustupoval. Pokud tedy nebyl pod vlivem drog, do práce ani nešel. *„jako tam, prostě když jsem si nedal, tak jsem do té práce ani nešel víceméně“.*

3. ŽLOUTENKA

Participant uvedl, že se léčí se žloutenkou typu B a C. V současné době podstupuje experimentální léčbu: *„tam mají experimentální léčbu, nějaký léky nový z Ameriky, už to není přes interferon, už to jsou léky, no a vlastně teďka to jsou léky, kdy mi léčí zároveň to béčko i céčko“.* Se žloutenkou typu C se pojí jedna ze silných životních událostí, kdy málem zemřela participantova bývalá přítelkyně právě na komplikace spojené s tímto typem žloutenky. *„z ničeho nic jí začalo bejt špatně, měla teploty, nemohla vstát z postele, úplně strašná nemohoucnost“.* Událost byla pro participanta o to těžší, že jí provázely pomluvy ze strany jeho sousedů, což participant vnímá intenzivněji díky svým obavám z komunikace s lidmi. *„No a když jsem jí tohle udělal.. ty vole, to bylo prostě strašný“.* Žloutenkou typu B se pravděpodobně nakazil od svého bývalého spolubydliče. *„Protože on neměl vůbec nic a splácal prostě strašný dluhy, exekuce a tohle, že neměl skoro vůbec peníze, bych řekl, že si půjčoval strojek na holení, ale to nevím, on se mi nepřiznal“.*

4. KOKTÁNÍ A OBAVA Z LIDÍ

Participant od dětství trpí řečovou poruchou projevující se koktáním, zadržáváním v řeči a problémem se vyjádřit. Díky tomu zažíval šikanu, posměšky a upadal do depresí. *„já jsem od malička jsem koktal, jsem zadržával strašně moc, takže kvůli tomu nějaká šikana ve škole a i to posmívání, tak už tenkrát jsem inklinoval k samotě a mě to strašně trápilo“*. Tato porucha ho trápí i v dospělosti a je také jedním z důvodů jeho závislosti. Účinek drog totiž údajně snižuje participantův ostych před lidmi a on dokáže lépe mluvit: *„Jsem zjišťoval, že mám furt něco zaťatýho, že jsem v křeči pořád. To mi dělalo strašnej problém a kvůli tomu jsem se nemohl správně nadechnout“*. *„Tak jsem zjistil, že mi to strašně pomáhá, protože jak jsem byl uvolněnej, tak jsem na to nemyslel, víceméně jsem to měl jako berličku a kdykoliv jsem si nedal, tak to podpořilo“*. S koktáním je také spojen strach z komunikace s lidmi, což uvedl jako jediný důvod pro případné myšlenky na odchod z komunity. *„ono je to spojený s těma mejma depkama, kvůli tomu mluvení, že jediný vlastně co jsem měl, že jsem přemýšlel, jak se zase ztrapním při čtení, při přestupu a tak“*.

5. OTEC

Participant se během rozhovoru často vracel k tématu svého otce, kterého si váží a je pro něj autoritou. Jeho otec byl jedním z důvodů k nástupu do terapeutické komunity. *„Ale ted' ty poslední dva roky už na mě, sám mi říkal, že prostě jde vidět, že hubnu, že už se se mnou nedá tolik bavit, jsem úplně mrtvola, taková zombie“*. Participanta mrzí, že svému otci svou závislostí ubližoval, zklamával ho a že měl jeho otec o něj strach. *„Že mu dělám starosti, že on se trápí, že nemůže spát, že nezvednu telefon a přijedu jenom na Vánoce jednou za rok. Jenom se najím a vypadnu. Se dlouho trápil kvůli tomu“*. Ke svému otci vzhlíží, váží si ho za jeho zásah do výchovy a byl vděčný za jejich vzájemný vztah. *„Jsem mu vděčnej za to, že nademnou nikdy nezlomil hůl. Věděl, že ve mně něco je a doufal, že se to probere, ještě než umře“*. Jako jednu z prvků motivace participant uvádí to, aby byl na něj jeho otec hrdý. *„Chtěl bych, aby na mě byl táta hrdej, aby mi řekl, že je hrdej, že si váží toho, co jsem ve finále dokázal“*.

6. MOTIVACE K LÉČBĚ V KOMUNITĚ

Konečné rozhodnutí o nástupu do terapeutické komunity pocházelo přímo od participanta v důsledku dozrání sledu událostí, kdy nebylo jiného východiska. „*víceméně se to změnilo po tý třicítce, kdy jsem začal přemýšlet úplně jinak, nebo jsem tak trochu dospěl si myslím*“. Svou roli hrála touha participanta žít normální život. Motivací byly také návštěvy podpůrné skupiny, kde se setkával s dlouhodobě abstinujícími, se kterými se chtěl ztotožnit. „*ono prostě když vidíš lidi, co abstinují těch deset patnáct let a vyprávěj tam o tom, tak s tím se dá prostě ztotožnit*“. Jako silnou pohnutku uvedl již zmíněnou nepříjemnou událost v autobuse cestou do práce. „*A vlastně pak když jsem se ráno vzbudil, tak jsem si říkal, že tohle ne. Že takhle by to nešlo*“.

7. RODINA

Participant má sestru a matku na Slovensku. I když se od něj distancovaly, pravidelně za nimi jezdil dvakrát do roka. Bylo prý nepříjemné vědět, že si sestra i matka všímají jeho závislosti a vlivu drog. „*I věděli, že si šlehám na hajzlu, prostě to věděli. Ale byli rádi, že jsem přijel, no. Že se aspoň nějak chovám, že jakoby ty děcka mě maj rádi*“. Při výchově byla participantova matka velice hrubá a nekompromisní, na rozdíl od jeho otce, se kterým se díky jeho pobytu v Rusku setkal až v sedmi letech. Matka prý byla závislá na léku tramal. „*Když to třeba srovnám s matkou, tak ta mě řezala kabelem od rádia, kopřivama, klečel jsem na hrachu kvůli sebemenší kravině*“. Nicméně je participant nyní vděčný za podporu ze strany rodiny a její členové jsou součástí jeho motivace k léčbě. „*Hlavně je to můj dluh vůči nim. Chtěl bych jim ukázat, že je mám opravdu rád*“.

8. PŘÁNÍ DO BUDOUCNA

Do budoucna participant touží po, dle jeho slov, normálním životě. Chce se také naučit vnímat své emoce a správně jich využívat, v čemž mu bránilo užívání drog. „*Mě nikdy nic neříkalo prostě objetí, přitom vím, že pro ně jsou to úplně ty nejsilnější věci*“. Chtěl by také vystudovat VOŠ, naučit se disciplíně, soustředění, chce být rozumnější. „*Všechno v klidu hlavně, chtěl bych mít klidnej život. Chtěl bych prostě být klidný, disciplinovaný, rozumný, soustředěný*“. Také si přeje založit rodinu. Tyto motivy jsou součástí jeho motivace k léčbě v terapeutické komunitě. „*Třeba že je to nějaký znamení, že bys už prostě mohl mít děti*“.

SHRNUTÍ:

Participant před nástupem do terapeutické komunity užíval především heroin a subutex. Hlavními tématy, objevujícími se v rozhovoru, byly zdravotní komplikace související s užíváním drog, graduující v určitých konkrétních situacích, které měly velký vliv při rozhodnutí podstoupit léčbu, dále potíže s koktáním a obavy z komunikace s lidmi, participantův vztah k otci a jeho představy o budoucnosti bez drog. Hlavními motivy pro podstoupení léčby v terapeutické komunitě jsou zde podněty od otce, podpora rodiny, touha po klidném životě a participantovo zralé zhodnocení situace, kdy došel k závěru, že v rámci zachování zdraví a života musí udělat změnu.

4.6 Shrnutí výpovědí respondentů

Na začátku výzkumné části své diplomové práce jsem uvedl, že můj kvalitativní výzkum zachycuje individuální výpovědi účastníků výzkumu o jejich motivaci k léčbě. Při analýze jednotlivých rozhovorů jsem témata neporovnával s předchozími výstupy a snažil jsem se zachytit individuální svéráz každé výpovědi.

Po analýze všech rozhovorů jsem zjistil, že některá témata v rozhovorech jsou podobná. Individuální příběhy, které participanti uváděli, jsou neztotožnitelné, obecnější povaha témat rozhovorů je však někdy obdobná.

Rozhodování participanta jedna o léčbě v terapeutické komunitě bylo významně ovlivněno nástupem do vězení a posléze protidrogovým programem ve vězení. Dalo by se tedy soudit, že vězení bylo velkou pobídkou ke změně jeho života. Participant však také hovoří o frustraci z období užívání drog. Je zajímavé, že v rozhovoru takřka vůbec nevzpomíná na dobré chvíle, ale období užívání drog vnímá veskrze negativně. Dalo by se soudit, že má dobrý náhled na svůj předchozí život. Zároveň s tímto náhledem se ve výpovědích často objevuje vnitřní rozhodnutí o tom, že chce změnit svůj život. Dokáže hovořit o svých cílech v budoucnosti, chce založit rodinu. Z rozhovoru je také zřetelná vztahová tematika, participant hovoří o své sestře a přátelích.

V druhém rozhovoru se některá témata opakují. Participant nahlíží na svůj dosavadní život a pociťuje frustraci. Nehovoří o příjemných zážitcích, drogy vnímá negativně. Když hovoří o drogách, popisuje negativní zkušenosti. I v jeho výpovědích se objevuje téma touhy po změně. Participant chce žít normální život, chce se těšit z běžných událostí, nechce být otrokem závislosti. Opakovaně také zdůrazňuje, že léčba byla jeho rozhodnutím, opakuje se

zde téma vnitřního rozhodnutí změnit dosavadní život kvůli sobě. Participant reflektuje své cíle do budoucna, chce založit rodinu, chce mít kariéru. Objevuje se zde také vztahová tematika, zejména téma rodinných vztahů, participant hovoří o velmi silném zážitku s otcem, který je pro něj významnou pobídkou k léčbě.

Pro participanta tři je velmi významné téma vztahu s jeho bývalou přítelkyní. Z rozhovoru se dá soudit, že okolnosti rozchodu byly velkým motivem k léčbě. Shodně jako participant dvě si vybavuje konkrétní silný okamžik, který významně ovlivnil jeho rozhodnutí. Participant hovoří o tom, že si postupně uvědomil, že chce změnu zejména kvůli sobě, v tomto případě je však jeho rozhodnutí pravděpodobně skutečně velmi ovlivněno vztahem k bývalé přítelkyni. Participant také hovoří o svém silném vztahu k matce. Nahlíží na negativní život na drogách, v jeho případě se objevuje téma strachu z toxické psychózy. Tento rozhovor byl zajímavý tím, že v jeho průběhu si participant postupně uvědomoval okolnosti svého rozhodování, na začátku rozhovoru jen opakovaně uváděl, že užívá již delší dobu, a že to je jediný důvod jeho rozhodnutí, ukázalo se však, že měl i jiné silné motivy.

Pro participanta čtyři je také významné téma frustrace z náhledu na jeho život na drogách. Na začátku rozhovoru sice popisuje, že se v drogovém prostředí uměl pohybovat, postupně však popisuje silné negativní prožitky během života na drogách a hovoří o tom, že nahlédl na svou závislost. I u tohoto participanta je významné téma rodinných vztahů. Participant má velmi silný vztah k svému otci, který chce rehabilitovat. Participant také hovoří o představě o své budoucnosti, na rozdíl od ostatních participantů však vyjadřuje touhu po dobrodružném životě.

U participanta pět je zřetelná silná frustrace z užívání drog. Participant na svůj život nahlíží velmi negativně. Byl dvakrát ve vězení a na svobodě vždy intenzivně užíval drogy. V jeho případě je potřeba změnit život velmi silná. Participant vnímá léčbu jako svou poslední šanci, hovoří o sebevražedných myšlenkách. Shodně s participantem tři a čtyři hovoří o toxických psychózách. V jeho případě je strach z toxické psychózy, kterou opakovaně prožíval, velmi silný. I zde se vyskytuje vztahová tematika, participant hovoří o vztahu s dcerou a rodiči.

Participant šest také hovoří o zklamání ze svého dosavadního života, na svůj dosavadní život nahlíží negativně a shodně s participanty jedna a dva explicitně hovoří o svém vnitřním rozhodnutí, že změní svůj život. I v jeho případě je patrná vztahová tematika. Participant hovoří o svém vztahu s otcem, který je pro něj velmi významný. Participant má

představu o své budoucnosti bez drog. Hovoří o tom, že by chtěl změnit své vlastnosti a přistoupit k životu s větší odpovědností.

U participantů se shodně vyskytuje téma důvěry v komunitu, hovoří o představě, že jim dlouhodobý program pomůže k abstinenci. Participant 1, 2, 3, 4 a 6 zmiňují, že jim komunita byla doporučena jako efektivní způsob léčby. Všichni participant hovoří o frustraci ze svého života, žádný z nich v podstatě nehovoří o pozitivních aspektech drog. U participantů 3, 4 a 5 se objevuje téma strachu z toxických psychóz. U všech participantů se rovněž objevuje téma touhy po změně, participant 1 a 2 explicitně uvádějí, že si uvědomili, že změnu chtějí zejména kvůli sobě. Obecně je tedy u participantů patrná vnitřní motivace ke změně života.

Participant 1, 2, 3, 4 a 6 popisují silný moment, který je vedl k rozhodnutí změnit svůj život. Shodně popisují stav, kdy prožívali velmi silnou frustraci a kdy došli k náhledu na svůj dosavadní život. Pro participanta 1 to bylo umístění do vazby, pro participanta 2 to byla situace, kdy viděl otce plakat, pro participanta 3 to byly okolnosti rozchodu s partnerkou, pro participanta 4 to bylo nenadále setkání s matkou ve chvíli, kdy byl silně pod vlivem drog, pro participanta 6 to byla cesta autobusem do práce, kdy se v ranní špičce pozvracel a nemohl se zvednout. Při popisu těchto událostí bylo v rozhovoru patrné, že tyto zážitky v sobě nesou velmi silný emocionální náboj.

V každém rozhovoru se také objevuje vztahová tematika. Participant 1 hovoří o své sestře a přátelích. Participant 2 o vztahu s rodinou a zejména s otcem. Participant 3 popisuje vztah k bývalé přítelkyni a matce. Participant 4 hovoří o vztahu s rodinou, významná je opět postava otce. Participant 5 hovoří o vztahu k dceři a rodičům. Participant 6 zdůrazňuje význam vztahu s otcem.

4.7 Závěr

Všichni participant mého výzkumu jsou motivováni ke změně svého života. Terapeutickou komunitu si vybrali kvůli dlouhodobému léčebnému programu a představě o úspěšnosti léčby, i to svědčí o jejich touze změnit současný stav a o jejich motivaci k abstinenci. Žádný s participantů nehovoří o pozitivních aspektech drog, participant vnímají drogy negativně. Participant popisují touhu změnit svůj život, je u nich patrná vnitřní motivace ke změně. U všech participantů se objevuje vztahová tematika. Účastníci výzkumu mají většinou narušené vztahy a touží po jejich rehabilitaci.

5 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem teoreticky pojednal o užívání drog, o terapeutických komunitách a o motivaci závislých k léčbě a abstinenci. Propojením těchto témat jsem se dostal k fenoménu motivace k léčbě v terapeutické komunitě, což bylo také téma mého výzkumného šetření. Vycházel jsem z uvedených teoretických poznatků a snažil jsem se zachytit individuální výpovědi drogově závislých, kteří nastupují do terapeutické komunity, o jejich motivaci k tomuto rozhodnutí.

Fenomén motivace je složité zachytit a nelze ho zjednodušeně popsat. Jednotlivé motivy pro lidské chování se utvářejí pod vlivem mnoha okolností a mohou být jen zčásti vědomé (PLHÁKOVÁ, 2003).

Zvolil jsem tedy metodu kvalitativní analýzy dat rozhovorů se závislými, kteří nastoupili do terapeutické komunity. Tento postup mi umožnil blížeji nahlédnout na proces a kontext rozhodování závislých o změně, což je výhodou a podstatou kvalitativního výzkumu (MIOVSKÝ, 2006).

Participanty do svého výzkumu jsem vybíral metodou záměrného výběru přes instituce. Vybral jsem účastníky, kteří čerstvě nastoupili do terapeutické komunity, chtěl jsem, aby jejich vzpomínky na okolnosti nástupu do léčby nebyly vzdálené. Všichni participanty byli rezidenti terapeutické komunity Fides v Bílé Vodě. Je otázkou, jestli by se výpovědi o motivaci k léčbě lišily u rezidentů jiných komunit a jak by se proměnili v průběhu léčby, popřípadě po ní.

Někteří participanty také udávají, že si již prošli prostředím jiných léčeben. Zdá se však, že k terapeutické komunitě přistupují s větším odhodláním a důvěrou, že jim skutečně pomůže k trvalé abstinenci. Kalina uvádí: „*Pozitivní očekávání souvisí s motivací ke změně*“ (KALINA, 2008, s. 130).

Z výzkumného šetření je patrné, že vztah uživatelů drog k návykovým látkám a jejich náhled na jejich život se postupně vyvíjel. V době rozhovoru se všichni nacházeli ve fázi akce, jestliže budeme jejich stav hodnotit dle cyklického modelu závislosti DiClementeho a Prochasky (cit. dle KALINA a kol., 2015).

Rozhovory zachycují proces rozhodování závislých o léčbě v terapeutické komunitě. Je zjevné, že participanty bilancovali svůj život, hodnotili jednotlivá negativa a pozitiva svého

užívání a postupně se pevně rozhodli, že svůj dosavadní život změni. Obdobně o tomto procesu od fáze prekontempce po akci a rozhodnutí o změně píše Rotgers ((ROTGERS a kol., 1999).

Ve všech analyzovaných rozhovorech je možné nalézt výpovědi o vnitřním rozhodnutí změnit svůj dosavadní život. To svědčí o velké připravenosti participantům k léčbě. De Leon popisuje, že právě tyto vnitřní faktory jsou klíčové pro úspěch v léčbě. Jedná se o frustraci z dosavadního života, pro kterou je charakteristické emocionální vyčerpání z užívání drog (DE LEON, 2000). Rozhovory do diplomové práce jsem nahrával ve dvou návštěvách, které od sebe byly vzdáleny 4 měsíce. Při druhém pobytu jsem se setkal se všemi čtyřmi participanty, kteří se účastnili rozhovorů.

V rozhovorech je také možné vysledovat řeč změny (SOUKUP, 2014). Respondenti hovoří o svých plánech do budoucna, převládá pozitivní představa o jejich dalším životě bez drog.

Připravenost ke změně a touha po ní je pro léčbu v terapeutické komunitě významná. V některých rozhovorech se objevuje i touha po změně vlastností participantů. Objevuje se touha po větší zodpovědnosti k životu a po změně životního stylu. Samotná filosofie léčby v terapeutické komunitě je založena na představě proměny závislého v jiného člověka (KALINA, 2008). Z mého výzkumného šetření lze uvažovat o tom, že filosofie léčby v terapeutické komunitě v podstatě koresponduje s tím, co závislí očekávají a chtějí.

Soukup ještě k procesu změny uvádí: „*Změna je velmi pestrý a složitý proces dotýkající se celé osobnosti člověka, jeho emocí, myšlení, sebeprožívání, a zahrnující – a to je podstatné – i složku interpersonální*“ (SOUKUP, 2014, s. 21).

Participantí výzkumu často hovoří o svých vztazích. Objevují se témata rodiny, partnerských a přátelských vztahů. Účastníci výzkumu vypovídají o touze rehabilitovat poškozené vztahy. Náprava vztahů s původní rodinou je rovněž léčebným prvkem terapeutické komunity (KOOYMAN, 1992).

Považuji za významné, fenoménu motivace více porozumět. Závislí nastupují do léčby často po dlouhé době užívání drog, což je zjevné i z charakteristiky mého výzkumného souboru. Jejich život na drogách je zdrojem sociálně patologických jevů, závislí během užívání drog často nerespektují společenské normy a dostávají se do konfliktu se zákonem.

Výstupy mého šetření ukazují, jaká témata by potenciálně mohla být pro uživatele drog významná. S fenoménem motivace se pracuje v rámci motivačních rozhovorů. Ty se soustředí na posílení motivace ke změně (MILLER and ROLLNICK, 2013). Motivovat uživatele drog ke změně by mělo být cílem terapeutické intervence na všech úrovních péče o závislé. Tomuto fenoménu je důležité porozumět. Není třeba čekat na to, až závislý dopadne na úplné dno (KALINA a kol., 2015).

Představa, že závislý musí dojít k léčbě zcela pokořený je dnes již překonaná (ROTGERS a kol., 1999). Je otázkou, nakolik je paradigma „tvrdého“ přístupu k závislým, které je stále v terapeutických komunitách pro drogově závislé často platné, správné. Poznatky z oblasti motivačních rozhovorů dokládají, že motivaci ke změně je možné ovlivnit (SOUKUP, 2014). Proč tedy čekat až drogový uživatel ztratí patnáct let života. Jeho závislost nelze vnímat jen jako jeho problém, je to problém celé společnosti.

Ve své diplomové práci jsem částečně teoreticky navazoval na svou bakalářskou práci z roku 2016. V rámci výzkumného šetření jsem se zabýval motivací mladistvých uživatelů drog k abstinenci. Z výzkumného šetření vyšlo, že větší část respondentů má dobré důvody k abstinenci. Už v tomto věku by měly pro tuto cílovou skupinu tedy existovat dostupné terapeutické intervence, klidně komunitního typu, těch je ovšem velmi málo.

Z rozhovorů, které jsem vedl, je patrné, že participanti pocítují frustraci z promarněného života. Je zajímavé, že některá témata se významně shodují s tématy z mé bakalářské práce, odlišná je však délka užívání drog. Respondenti v mém současném výzkumu přišli o hodně, věřím, že je možné takovému vývoji předcházet prostřednictvím cílené motivační terapie.

Závěr:

Ve své diplomové práci jsem se věnoval tématu motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě. Propojil jsem tak fenomén motivace s problematikou užívání drog a s tématem léčby v terapeutické komunitě.

V prvních třech kapitolách diplomové práce jsem teoreticky pojednal o dané problematice. V první kapitole jsem se věnoval popisu drog a drogových závislostí. Vyjasnil jsem základní pojmy a snažil jsem se reflektovat současný stav v České Republice.

Druhá kapitola pojednává o terapeutických komunitách. Popsal jsem okolnosti vzniku terapeutických komunit a zaměřil jsem se na zachycení faktorů, které jsou při léčbě v terapeutické komunitě významné. Reflektoval jsem také výzkumy o léčbě v terapeutických komunitách

V třetí kapitole jsem se věnoval problematice motivace k léčbě a abstinenci. Popsal jsem základní teoretická východiska a reflektoval jsem možnosti práce s motivací uživatelů drog.

V empirické části jsem prezentoval výstupy svého kvalitativního šetření. Popsal jsem výstupy tematické analýzy šesti rozhovorů s rezidenty terapeutické komunity. Zjištěné poznatky jsem propojil ve shrnutí výpovědí participantů výzkumu.

Teoretickou a empirickou část jsem propojil v diskuzi. Uvedl jsem, jak výstupy mého šetření korespondují s teoretickými poznatky o dané problematice. Tato diplomová práce může být významná pro pracovníky, kteří se zabývají problematikou závislosti.

Ve své diplomové práci jsem využil možnost navazovat na svou bakalářskou práci Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci. Z bakalářské práce jsem s malými úpravami použil kapitolu 1 a 3, tyto kapitoly jsou v obou pracích takřka shodné. Z bakalářské práce jsem také využil kapitolu 2.3 o prevenci užívání drog. Tuto podkapitolu jsem ve své diplomové práci zařadil pod kapitolu 1. Ostatní text je nový.

POUŽITÉ ZDROJE:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 227, 450. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

CHOMYNOVÁ, Pavla. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-101-5.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Přeložili Martin HAJNÝ, David ADAMEČEK a Petr NEVŠÍMAL. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

KOOYMAN, Martinus. *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. [S.l.: s.n.], 1992. ISBN 9090053077.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3 vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

LEON, George de. *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, Conn.: Praeger, 1997. ISBN 0-275-94818-8.

LEON, George de. *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer, 2000. ISBN 0-8261-1349-4.

MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Přeložil Jiří BAREŠ. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-16-1.

- Mezinárodní standardy prevence užívání drog.* Přeložil Jiří BAREŠ. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost - Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-097-1.
- MILLER, William R a Stephen ROLLNICK. *Motivational interviewing: helping people change.* 3rd ed. London: Guilford Press, 2013. Applications of motivational interviewing. ISBN 978-1-60918-227-4.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování.* 3. přeprac. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-830-6.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi.* Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* 4. aktual. vyd.. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel. Problémy působené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie.* 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 261 – 281. ISBN 80-247-1049-8.
- NEVŠÍMAL, Petr, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe.* Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 978-80-254-3331-7.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAVLOVSKÝ, Pavel. Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F 10 – F19). In: RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi.* 5. vyd. Praha: Triton, 2012, s. 56 – 76. ISBN 978-80-7387-582-4.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí.* Přeložili Martin HAJNÝ a Magdalena SLÁČALOVÁ. Praha: Grada, 1999. Psyché. ISBN 80-7169-836-9.
- RŮŽIČKA, Jiří, ed. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě.* Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-467-4.
- SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.
- ŠEFRÁNEK, Martin. *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby.* Praha: Úřad vlády České republiky, c2014. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-103-9.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika. Praha: Úřad vlády ČR, 2016. ISBN 978-80-7440-200-5.

WENZEL, Amy. *Group cognitive therapy for addictions*. New York: Guilford Press, c2012. ISBN 978-1-4625-0549-4.

YALOM, Irvin D. a Molyn LESZCZ. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vyd. 2. Přeložili Hana DRÁBKOVÁ a Martin HAJNÝ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.

Elektronické zdroje:

Co je "harm reduction"? Stanovisko mezinárodní organizace pro harm reduction (IHRA). In: *International Harm Reduction Association* [online]. London: Phoenix Media Group, 2010 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

NEŠPOR, Karel. Zdravotní rizika kanabis. *Revue České lékařské akademie* [online]. 2012, 8 (8), 21-23 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

NUTT, David J., Leslie A. KING a Lawrence D. PHILLIPS. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* [online]. 2010, 376 (9745), 1558-1565 [cit. 2016-04-20]. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6. Dostupné z: http://www.sg.unimaas.nl/_old/oudelezingen/dddsd.pdf

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Petr Mach

Studijní program: Psychologie, magisterský, prezenční

Název práce: Motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Rok dokončení práce: 2018

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 11 668

Ostatní text: 134 734

Celkový počet znaků: 149 741

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: Motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc. Petr Mach
Obor studia: Psychologie
Název práce:
Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 74
Počet stránek příloh:
Počet titulů v seznamu literatury: 34

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

	1			
--	---	--	--	--

výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Na straně 21 píšete, (resp. parafrázujete De Leona): „*Posledním aspektem je náhled na správný život. Jde o vytváření morálních zásad a o náhled na pravidla správného života, která si závislý uvědomuje a osvojuje.*“ Vysvětlete pojem “správný život“ v kontextu De Leonovy práce.

2. Sám v oblasti léčby drogových závislostí pracujete. Objevilo se ve Vašem výzkumu něco, co by mohlo být pro pracovníky v drogových službách inspirativní, něco, co by mohlo najít praktické využití?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor navazuje v diplomové práci na téma své práce bakalářské. Na rozdíl od ní se zde však nezabývá motivací k abstinenci mladistvým v samých počátcích léčby (na detoxu), ale dospělými klienty, kteří již nastoupili dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě.

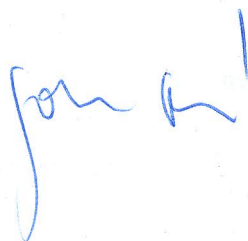
V teoretické části práce tak přebírá některé kapitoly z práce diplomové, zcela nová je kapitola věnující se terapeutické komunitě. Text je fundovaný, založený na odborné literatuře i poznacích z výzkumů. Jazyková stránka práce je v pořádku, text je prost stylistických i gramatických chyb.

Ve svém výzkumu autor zkoumá motivaci čerstvých klientů terapeutické komunity k léčbě a abstinenci. Domnívám se, že byl ve svém dotazování úspěšný a skutečně zachytil motivy participantů i kontext jejich rozhodování o životě bez drog. Kvituji zachycení výsledků analýzy pro každý rozhovor zvlášť, což umožnilo nezploštit paletu jednotlivých příběhů, v jejichž rámci dochází k rozhodnutí o nástupu do léčby jakožto počátku abstinence. Z mého pohledu byly splněny všechny náležitosti při samotném provádění výzkumné sondy i při její prezentaci. Doporučuji tedy práci k obhajobě a hodnotím ji známkou výborně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Petr Mach

Obor studia: Psychologie

Název práce: Motivace uživatelů drog k léčbě v terapeutické komunitě

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 73

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 37

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

x

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x	x	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je něco, co Vás překvapilo při provádění výzkumu?
Napadli Vás na základě Vaší práce nějaká doporučení pro pracovníky terapeutických komunit ohledně práce s motivací klientů?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice závislosti, terapeutických komunit a motivace pacientů k léčbě. Jako problematické se jeví extenzivní používání přímých citací, které často slouží jako náhrada vlastního textu autora, i na místech, které by šlo lehce popsat vlastními slovy (např. kapitoly 1.3, 3.1, 3.3).

Praktickou část tvoří analýza rozhovorů s 6 participanty o jejich motivaci k léčbě v terapeutické komunitě. Rozhovory (přepisy autor dodal na vyžádání oponenta) jsou hloubkové, je vidět, že autorovi se povedlo dostat s participanty k citlivějším tématům. Tematická analýza je zpracovaná kvalitně, výsledná témata jsou prezentována za každého participanta zvlášť a následně je autor shrnuje a porovnává za celou skupinu. Výsledky jsou zajímavé a jejich prezentace je přesvědčivá. Diskuse je přiměřená.

Silné stránky:

- přesvědčivá a zajímavá analýza
- kvalitní, hloubkové rozhovory

Slabé stránky

- extenzivní užívání přímých citací v teoretické části

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNÝ až VELMI DOBRÝ, dle obhajoby

Datum, podpis: 14.9.2018



*

nehodící se, škrtněte