

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Lidé s vlastní zkušeností se závislostí jako terapeuti

Bc. Kateřina Slámová

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



People with their own experience of addiction as therapists

Bc. Kateřina Slámová

Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha 2018

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala 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:

.....

Bc. Kateřina Slámová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Ing. Evě Dubovské za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady a věnovaný čas. Nemalý dík patří rovněž všem participantům, kteří se účastnili mého výzkumného šetření a tím mi jej umožnili realizovat.

Anotace

Téma diplomové práce zní „Lidé s vlastní zkušeností se závislostí jako terapeuti“. Tato práce se zabývá problematikou závislostí a pohledem na práci se závislými jedinci očima člověka, který měl sám zkušenost se závislostí – exusera, který se v současné době věnuje psychoterapii. Osobní zkušenost se závislostí v tomto případě zahrnuje užívání návykových látek nebo patologické hráčství, které vedlo ke vzniku závislosti. Pro tuto práci je neméně důležitá i osobní zkušenost s léčbou závislostního chování, kterou exuseři absolvovali. Hlavním cílem této práce byla snaha zjistit, co vedlo bývalé uživatele k rozhodnutí stát se terapeutem. Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je věnována problematice závislosti, modelům závislosti, její léčbě a samostatná kapitola je věnována vývoji terapeuta, profesnímu vývoji terapeuta, kompetencím terapeuta a osobnosti terapeuta. Praktická část práce obsahuje tematickou analýzu polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty a pracovníky pomáhajících profesí, kteří měli osobní zkušenost se závislostí a s její léčbou a nyní se věnují terapeutické činnosti se závislými klienty. Práce podrobně mapuje vnímání dotazovaných terapeutů a prožitky, které se nejčastěji u terapeutů objevovaly po absolvování léčby se závislostí, v začátcích jejich terapeutické praxe a v současné době, kdy již pracují se závislými klienty jako odborníci.

Klíčová slova: Terapeut, exuser, závislost, léčba závislosti, psychoterapie, zkušenost, vývoj terapeuta

Annotation

The theme of this diploma thesis is "People with their own experience of addiction as therapists". This diploma thesis deals with the problem of addiction and the point of view on the work with addicts by persons who had their own experience with addiction. These persons are exusers who are currently working as psychotherapists. Personal experience with addiction in this case involves the use of addictive substances or pathological gambling that has led to the emergence of addiction. For this work, the personal experience with the treatment of addictive behavior which exusers absolved is of no less importance. The main aim of this work was to find out what leads former users to decide to become a therapist. The diploma thesis is divided into two parts, theoretical and practical part.

The theoretical part is mainly devoted to problems of addiction, models of addictions and its treatment. Whole chapter is focusing on therapist's development, the therapist's professional development, the therapist's competencies and the therapist's personality.

The practical part of this thesis includes thematic analysis of semi-structured interviews with psychotherapists and people who work in supportive professions who have a personal experience of addiction and treatment and is now engaged in therapeutic activities with devoted clients. This thesis details the perception of interviewed therapists and the experience that most often appeared in therapists after completing the treatment of addiction, at the beginning of their therapeutic practice and at present, when they are already working with dependent clients as experts.

Key words: Therapist, exuser, addiction, treatment of addiction, psychotherapy, experience, therapist development

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÉ KONCEPTY ZÁVISLOSTI	12
1.1 Problematika závislosti.....	12
1.2 Definice syndromu závislosti.....	13
1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	15
1.3.1 Biologická úroveň.....	16
1.3.2 Psychologická úroveň.....	17
1.3.3 Sociální úroveň.....	19
1.3.4 Spirituální úroveň.....	20
2 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ	21
2.1 Historie léčby v ČR.....	21
2.2 Současná léčba v ČR.....	22
2.2.1 Kontaktní centra.....	24
2.2.2 Terénní programy.....	26
2.2.3 Substituční léčba	28
2.2.4 Ambulantní léčba	30
2.2.5 Denní stacionář	32
2.2.6 Terapeutické komunity	34
2.2.7 Detoxikace.....	36
2.2.8 Střednědobá ústavní léčba.....	38
2.2.9 Následná péče a doléčovací programy	41
2.3 Ostatní zařízení a služby.....	44
3 VÝVOJ TERAPEUTA	45
3.1 Profesní vývoj terapeuta	45
3.1.2 Faktory podílející se na vývoji terapeuta	49
3.1.2.1 Osobní život a zkušenosti.....	50
3.1.2.2 Psychoterapeutický výcvik	51
3.1.2.3 Klientem v psychoterapii.....	51
3.1.2.4 Supervize	52

3.1.2.5	Vlastní psychoterapeutická praxe	53
3.2	Kompetence terapeuta	54
3.3	Osobnost terapeuta	57
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	62
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	62
4.1	Cíl výzkumného šetření a formulace výzkumných otázek	62
4.2	Výzkumný plán a metoda zpracování	63
4.3	Výzkumný soubor a jeho charakteristiky	64
4.3.1	Způsob výběru výzkumného vzorku.....	65
4.3.2	Představení a popis výzkumného vzorku	65
4.3.2.1	David	66
4.3.2.2	Jakub	67
4.3.2.3	Lubor	67
4.3.2.4	Michal.....	68
4.3.2.5	Slávek	68
4.3.2.6	Filip.....	69
4.4	Kladení otázek	70
4.4.1	Osnova rozhovoru	70
4.5	Etické aspekty výzkumu	72
4.6	Metoda zpracování a analýza dat	73
4.7	Vlastní předporozumění.....	75
4.8	Výsledky výzkumného šetření.....	76
4.9	Závěr a shrnutí výzkumného šetření.....	105
5	DISKUZE.....	111
	ZÁVĚR.....	115
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	118
	CITOVANÁ LITERATURA	118
	Příloha č. 1 - informovaný souhlas	1
	Příloha č. 2 – pan David.....	3
	Příloha č. 3 – pan Jakub	16

Příloha č. 4 – pan Lubor	33
Příloha č. 5 – pan Michal.....	45
Příloha č. 6 – pan Slávek.....	59
Příloha č. 7 – pan Filip.....	72
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	210
EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY	211

ÚVOD

Ve své diplomové práci se věnuji problematice závislostí a zabývám se pohledem na práci se závislými jedinci očima člověka, který měl sám zkušenost se závislostí a který se v současné době věnuje terapeutické činnosti se závislými klienty. Zaměřuji se především na to, co vedlo bývalé uživatele k rozhodnutí stát se terapeuty. V souvislosti s tímto tématem jsem považovala za důležité zaměřit se na osobní zkušenost terapeutů s léčbou závislostního chování, kterou v minulosti absolvovali, jelikož je mohla ve volbě budoucího povolání léčba ovlivňovat. Další významné období terapeutů, na které jsem se při výzkumném šetření zaměřovala, bylo období, kdy se rozhodli věnovat se profesi psychoterapeutů. Zde jsem se zabývala jejich prožíváním a tím, jak se na toto období dívají. V diplomové práci mě také zajímalo, jak zpětně vnímají terapeuti změnu, která se týká nové profese psychoterapeuta a života bez závislosti. Ve výzkumné části této práce jsem se rozhodla pomocí výzkumné sondy alespoň částečně zmapovat procesy provázející jejich prožívání a více jim porozumět.

Abych čtenáře uvedla do kontextu problematiky, charakterizuji v první kapitole teoretické části problematiku závislostí a paradigma bio-psycho-sociálního modelu závislosti, jelikož příčiny vzniku závislosti jsou velice komplexní a na jejím vzniku se podílejí nejen somatické, ale i psychické vlastnosti jedince a vlivy sociálního prostředí.

V druhé kapitole popisují léčbu závislostí, její historii a současnou léčbu v ČR, která je zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb. Léčba závislostí není klíčovým tématem mé diplomové práce, tudíž uvádím pouze základní přehled jednotlivých složek v systému péče o závislé v ČR. V kapitole popisují některá základní zařízení a centra, jež se zabývají léčbou závislostí, ale i některá specifická zařízení a služby, které se řadí mezi další možnosti léčby závislostí.

V poslední kapitole se věnuji tématu vývoje terapeuta. Kapitola pojednává o profesním vývoji terapeuta a klíčových faktorech, které mají vliv na profesní vývoj, rozvoj a růst psychoterapeutů. Toto téma se v ČR ještě tolik nezkoumalo, tudíž jsem čerpala ze zahraniční literatury a z výzkumů zahraničních autorů. Dále se v poslední

kapitole zabývám kompetencemi terapeuta, jež jsou významným faktorem a ovlivňují kvalitu a efektivitu poskytované terapeutické péče. V neposlední řadě ještě poukazují na osobnost terapeuta a popisují jeho klíčové vlastnosti, jelikož by psychoterapeut měl disponovat některými základními nezbytnými vlastnostmi, aby mohl efektivně vykonávat terapeutickou činnost.

Praktická část je zaměřena na analýzu dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty, kteří pracují se závislými klienty. Data jsou zpracována metodou tematické analýzy, která přináší množství témat důležitých pro zodpovězení výzkumných otázek a dokreslení problematiky z pohledu terapeutů, kteří dlouhodobě pracují s lidmi se závislostí a sami mají zkušenost se závislostí v podobě látkové závislosti, či patologického hráčství. Shrnutí výsledků výzkumného šetření a odpovědi na výzkumné otázky lze nalézt v závěru výzkumné části.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÉ KONCEPTY ZÁVISLOSTI

1.1 Problematika závislosti

Závislost je celosvětovým problémem, který si každoročně vyžádá miliony životů a způsobuje utrpení závislým lidem a jejich okolí. Mezi závislosti se řadí tradiční formy závislosti - užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek (např. alkohol, opioidy, léky, steroidy, stimulancia) a jiné druhy činnosti, jako jsou například nefarmakologické nelátkové závislosti. Mezi ně řadíme gambling či závislosti na internetu a online hrách (West, 2016).

Definice závislosti se různí, avšak základem všech definicí je silná a opakovaná motivace k určité činnosti, bez ohledu na újmy a jiné důsledky. *„Závislostí se v adiktologii rozumí především závislost na psychoaktivních látkách nebo na procesech. Psychoaktivní látka ovlivňuje systém mozkové odměny a její opakovaný účinek vede k rozvoji závislosti. Závislosti na procesech jsou etiopatogeneticky blízké s ohledem na podobné ovlivnění systému mozkové odměny, přestože zevním stimulantem zde není substance, ale podnětově silný zevní děj, resp. soubor dějů“* (Kalina a kol., 2015, s. 190).

Na problém závislosti se musíme podívat z více perspektiv a úhlů. Nelze ji vysvětlit pouze jedním jednotným výkladem. Schéma závislosti rozlišuje jeho dynamiku, neurobiologické a genetické koreláty, psychopatologii komplikací a duálních diagnóz (Kalina a kol., 2008).

Vědní obor adiktologie, který se zabývá závislostmi, se zaměřuje na původ, prevenci a léčbu závislostí a závislostních poruch. Věnuje se výzkumu užívání návykových látek, formám závislostního chování a jejich dopadů na závislého jedince a na společnost (Kalina a kol., 2008).

1.2 Definice syndromu závislosti

Syndrom závislosti je chápán jako onemocnění, které je definováno v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Odborníci ze Světové zdravotnické organizace formulují definici závislosti tímto způsobem (Ocisková a Praško, 2015): Je to skupina somatických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které jsou důsledkem po opakovaném a dlouhodobém užívání nějaké psychoaktivní látky nebo třídy látek. Tento stav se neustále opakuje a zahrnuje silné přání užít drogu či jinou návykovou látku. Výše uvedené jednání má vždy přednost před aktivitami, kterých si člověk dříve cenil více. Klíčovou charakteristikou pro syndrom závislosti je silná a často přemáhající touha po užití psychoaktivních látek, alkoholu nebo tabáku. Člověk se při užívání těchto látek neovládá, přetrvává v tomto stavu i přes škodlivé následky a upřednostňuje užívání látek před ostatními aktivitami a závazky. Zpravidla se zvyšuje tolerance pro drogu a návykové látky a někdy i somatický odvykací stav. Syndrom závislosti se může objevit pro specifickou psychoaktivní substanci (alkohol, tabák aj.), pro skupinu látek (těkavé látky, opiáty, konopné drogy aj.) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních látek. Lékař by měl stanovit definitivní diagnózu závislosti pouze tehdy, jestliže během 12 měsíců, došlo u pacienta ke třem a více prvkům z níže uvedených příznaků (Vágnerová, 2013):

- Silná potřeba, touha nebo **bažení** získat a užívat látku.
- **Neschopnost v sebeovládání** při užívání návykové látky. Potíže s kontrolou ve vztahu k jejímu užívání.
- **Růst tolerance k účinku látky**. Potřeba stále většího množství a častějšího užívání látky, aby se dosáhlo stejného účinku, jako původně vyvolaly nižší dávky dané látky (příkladem jsou jedinci závislí na alkoholu či opiátech, kteří berou denně množství látky, které by vážně ohrozilo zdraví či dokonce usmrtilo uživatele bez tolerance). Potřeba zvyšování dávky není u všech látek stejná.
- **Odvykací stav** (abstinenční syndrom), který je reakcí na snížení obvyklé dávky s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním dané látky. Podle typu psychoaktivní látky, může mít abstinenční syndrom

různý charakter a různou intenzitu. K mírnění odvykacího stavu, se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky drogy (například subutex), která je ale výrazně méně škodlivá.

- **Omezení všech ostatních zájmů a potřeb** ve prospěch užívání psychoaktivní látky. Potřeba látky je dominantní v životě závislého jedince a stává se nejvýznamnější hodnotou v jeho životě. Většinu času, energie a finančních prostředků vynaloží k získání či užívání dané látky nebo zotavení se z jejího účinku.
- Potřeba v užívání návykové látky přetrvává, navzdory **vědomí škodlivých následků**. Jedinci si uvědomují vzniklé potíže a mnohdy jim užívání látek vadí, chtějí by je omezit, nebo dokonce přestat s užíváním, ale nedokážou to. Mezi tyto následky patří například: poškození jater, ledvin, depresivní stavy, psychotické epizody, poškození kognitivních funkcí, narušení blízkých vztahů, finanční problémy aj.

Americká psychiatrická asociace v pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu (DSM-V) definuje kritéria syndromu závislosti následovně (American Psychiatric Association, 2013):

- **Opakované užívání návykové látky** vedoucí k problémům v osobním životě, zaměstnání nebo ve škole.
- **Růst tolerance** - zvyšování dávek látky, aby jedinec dosáhl stejného účinku jako při dávkování na počátku užívání návykové látky.
- **Odvykací příznaky** po snížení obvyklé dávky nebo úplné abstinenci.
- Přijímání látky ve **větším množství nebo delší dobu**, než měl jedinec původně v úmyslu.
- Dlouhodobá **snaha přestat** nebo omezit užívání látky.
- Trávení velkého množství času a vynaložení energie na **obstarávání látky**.
- **Zanechání všech aktivit** a omezení sociální, pracovní a volnočasové sféry života závislého jedince v důsledku užívání látky.

- **Pokračování v užívání látky** navzdory somatickým, psychickým a sociálním problémům, které se opakují a jsou dlouhodobé.
- **Craving (bažení)** nebo silná touha či puzení k užívání návykové látky.

Soubor těchto znaků vede ke klinicky významnému poškození nebo k sociálním problémům závislého jedince. Pro určení diagnózy závislosti by měl pacient vykazovat alespoň 3 příznaky ze 7 výše uvedených a to minimálně po dobu 12 měsíců. **Lehká závažnost** syndromu závislosti je definována výskytem 2 - 3 symptomy. **Závažnost střední:** 4-5 symptomy a **závažnost těžká:** 6 a více symptomy. Uvedená kritéria pro určení závislosti mají blízko ke kritériím ze Světové zdravotnické organizace v MKN-10 (Vágnerová, 2013).

1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou velmi komplexní. Na jejím vzniku se podílejí somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Osobnostní predispozice, které by vedly jednoznačně ke vzniku závislosti, zatím nebyly identifikovány (Kalina a kol., 2015). Zatímco u někoho můžou převažovat genetické vlivy, u jiného člověka to jsou spíše sociokulturní vazby na návykovou látku či alkohol. Užívání některých látek vyvolá závislost téměř u každého člověka, bez ohledu na biologické a psychické faktory. Takovýmto případem mohou být například tvrdé drogy. Nejčastěji se jedná při vzniku závislosti o kombinaci jednotlivých faktorů. Patří sem například fyziologické, psychologické, sociokulturní a neurobiologické faktory (Kalina a kol., 2015).

Dlouhá desetiletí v oblasti adiktologie převažoval **biomedicínský model** závislosti. V tomto modelu se závislost pokládala za chronickou a obtížně léčitelnou nemoc. Dříve se srovnávala například s cukrovkou nebo ischemickou srdeční chorobou. Závislost se považovala za poruchu mozkových funkcí s dědičnými predispozicemi. Dnes již víme, že model závislosti nemůžeme zužovat pouze na biomedicínský model, ale musíme brát v potaz i psychické funkce člověka, mezilidské vztahy, genetické

dispozice, sociální faktory, rodinné zázemí a vliv party či subkultury (Kalina a kol., 2015).

Paradigma *bio-psycho-sociálního modelu* závislosti se začalo přesazovat v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století vlivem Světové zdravotnické organizace (WHO), která vztahovala model i na jiné duševní poruchy a na celou problematiku nemocí a zdraví. Toto paradigma vychází z člověka jako celku a snaží se na něj nahlížet z pohledu filozofického, antropologického, přírodovědeckého a psychologického (Kalina a kol., 2015).

1.3.1 Biologická úroveň

Biologické faktory závislosti se urputně hledají již od 60. let, kdy se diagnóza závislosti (konkrétně alkoholu) objevila v mezinárodní klasifikaci nemocí. Jsou různé biologické faktory, které mohou vysvětlovat *etiopatogenezi závislosti* (Kudrle, 2003):

- **Problematické okolnosti** v průběhu těhotenství (např. fetální alkoholový syndrom).
- **Komplikace při porodu** a další okolnosti (např. porodní stres, použití tlumivých psychotropních látek), které ovlivňují neurobiologii jedince.
- **Psychomotorický vývoj dítěte.**
- **Přítomnost traumat.**

Výše uvedené faktory naznačují, že za problematické se považují nepříznivé okolnosti v době těhotenství. Mezi biologické faktory se řadí i *výzkumy spojené s CNS*, kde vědci identifikují neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislostem. Každý člověk má individuální ustrojení mozkového neurochemismu, kde do interakce s daným systémem vstupují nejrůznější psychotropní látky a navozují změny charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí. Například pocity euforie, kompetence, vzrušení a bdělosti vyvolává hormon dopamin. Vyplavování dopaminu zvyšují stimulační drogy. Dopamin zároveň brání zpětnému vychytávání, což později vede k vyčerpání efektu a k opačným pocitům, jako jsou například depresivní nálady a jiné příznaky v odvykacím stavu. Ve snaze po rychlém odstranění tohoto stavu,

je člověk puzen užit další stimulační drogu. Po opakovaném užití, dochází ke vzniku psychické závislosti na psychoaktivní látce či alkoholu (Kudrle, 2003).

Genetická teorie vychází z obecného předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci. Dnes již víme, že v případě genetických faktorů u závislosti na návykových látkách se zcela určitě nejedná o dědičnost jednoho "genu", ale o kombinaci různých faktorů, z nichž některé se mohou týkat neurotransmiterů v mozku a jiné toho, jak je návyková látka metabolizována. Tyto genetické vlivy neznamenají, že se u někoho závislost skutečně vyvine (Nešpor, 2000). Například alkoholismus je heterogenní porucha, která zahrnuje různé odchylky obecně metabolických či specifických neurotransmiterů. Dědičná predispozice závislosti na alkoholu je 25-50 %. Genetický faktor ale není jediným důsledkem. Jedná se o vzájemné působení většího množství faktorů (Vágnerová, 2013).

1.3.2 Psychologická úroveň

Psychogenní vlivy a faktory pro rozvoj závislosti lze najít již v období nitroděložního vývoje a v období porodu. Jedná se o psychické zážitky neboli prožívání toho, co eventuálně způsobilo biologické poškození. Jestliže žena prožívá těhotenství jako **stresovou záležitost**, přenáší se informace o daném stresu na plod. Pokud žena užívá na snížení stresu tlumivé látky, přenesou se i tyto informace prožitku na plod a vytvoří jakýsi imprint (otisk, kód) o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. V postnatální fázi bude tento imprint čekat na své oživení. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období, zažije dítě nový, ale zároveň již jednou poznatý efekt. Tímto se může pozitivní zpětná vazba rychle změnit v návyk (Kudrle, 2003).

Mezi další významné faktory a psychogenní vlivy patří následující (Kudrle, 2003):

- **Úroveň postnatální péče** (harmonický vývoj dítěte).
- **Uspokojování potřeb dítěte.**
- **Podpora v době dospívání** (například když se u dítěte objeví krize v hledání identity).

- **Pomoc v případech objevující se patologie.**

„Z různých studií vyplývá, že tendence k určitému způsobu uvažování, prožívání a reagování, zvyšuje pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek a tím i riziko vzniku závislosti“ (Vágnerová, 2013, s. 500). Mezi tuto skupinu se řadí lidé se zvýšenou emoční labilitou. Často se cítí nejistí, v nepohodě a neschopní samy zvládnout své problémy. Jsou zranitelnější a snadněji propadají depresím a úzkostným stavům. Kombinace těchto vlastností zvyšuje pravděpodobnost užívání návykových látek jako **hledání úlevy**. Dalším motivem může být **touha po vzrušení**, které se jedincům v běžném životě nedostane. K řešení problému pomocí psychoaktivních látek má větší sklon i skupina lidí, která má **nepřiměřená očekávání**, jež nemůže uplatnit. Dále jsou to velmi často lidé, kteří mají **upevněné strategie chování**, které jsou ale neúčelné. Ohroženou skupinou lidí jsou i lidé se sníženou sebekontrolou a sklonem k **impulzivnímu chování**. Tito lidé často nejsou schopni odložit své uspokojení potřeb. Tendence k impulzivnímu reagování mají adolescenti, kteří jsou nezralí a nejistí a to je pochopitelné. Člověk, který nad sebou nemá kontrolu a nedokáže se ovládat, začne snadno experimentovat s návykovými látkami a tím, že nedokáže regulovat jejich konzumaci, závislost nastane snáze a rychleji (Vágnerová, 2013).

Lidé užívají psychoaktivní látky z důvodu jejich účinků, které jim pomáhají řešit aktuální stav (pocity samoty, odcizení, nemilovanosti, bezmoci, frustrace aj.) či jim nabízejí něco, po čem jedinec toužil či by to v běžném životě neudělal (Kalina a kol., 2001):

- **Umožňují dosažení větší kontroly nad sebou či nad druhými.** Při první fázi užívání drog, člověk snadno pozná většinu pokušení, mezi které patří poznání, moc a sex.
- **Zkvalitňují vlastní vývoj,** umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl života. Tento pocit je však většinou subjektivní.
- **Zbavují nepříjemného stavu** (například permanentních pocitů neschopnosti, méněcennosti atd.).
- **Vyvolávají příjemné pocity,** slast, zintenzivňují smyslové zážitky.

- **Usnadňují přizpůsobení.** Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří jsou běžnými uživateli návykových látek. Tím se člověk necítí na okraji společnosti, ale a uvnitř určité skupiny.

1.3.3 Sociální úroveň

Sociální faktory, které mají vliv na vznik závislosti, jsou velmi různorodé. Jedná se o vlivy vztahů s okolím, které formují zrání jedince či toto zrání brzdí anebo deformují. Tyto vlivy zahrnují rasovou příslušnost, společenský status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije a jiné specifické ovlivňování. Mezi konkrétní působící vlivy patří kvalita rodinných vztahů. Rodina udává základ morálky členům rodiny, podílí se na pravidlech a mýtech a ovlivňuje jedince v procesu sociálního učení. Kromě rodiny se podílí na utváření osobnosti kolektiv vrstevníků. Při absenci rodiny, rozpadu rodin či nedostatku času rodičů na děti, si mladí lidé hledají identifikační vzory mimo rodinu. Snaží se zde najít pocit přijetí, sounáležitosti nebo se snaží o přežití v širokém slova smyslu. Někteří mladí lidé v průběhu tohoto procesu utíkají do světa drog a tento rituál předávají ve skupině dál. Tento rituál se stává nebezpečným a prolomuje zbytek bezpečných hranic, které měl mladý člověk vytvořené (Kudrle, 2003).

Velmi specifická situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá se **závislými členy rodiny**. Užívání drog či pití alkoholu se v rodině stává normou. Abúzus rodičů se může stát tabuizovaným tématem rodiny. V rodině, kde žije závislý jedinec, jsou obecně vztahy dysfunkční, členové rodiny jsou vystavováni prudkým změnám nálad a postojů závislého a jsou vystavováni slibům, které nemají naplnění. Často je jedinec žijící v primární skupině se závislým člověkem vystaven emočnímu či fyzickému zneužívání. V této vztahové závislosti se jedinec snadno může dostat k abúzu, jako způsobu pseudoadaptace či zmírnění svého utrpení (Kudrle, 2003).

Kromě rodinných faktorů, patří mezi další základní sociální faktory, které ovlivňují jedince následující (Kalina a kol., 2015):

- **Neexistence systematické preventivní práce ve škole.**
- **Špatná nebo neexistující komunikace s rodiči.**

- **Nevhodné přístupy pedagogů k dětem.**
- **Stigmatizace selhávajících a problémových žáků.**
- **Nedostatečná nabídka vhodných mimoškolních aktivit.**
- **Vrstevnické skupiny**, které experimentují s drogami a jinými návykovými látkami (dále např. vystupují proti zákonu, objevuje se šikana, problémy s autoritami, rebelství, vrstevníci mají větší vliv než rodiče).
- **Celospolečenské problémy:** příslušnost k etnické menšině, rasová diskriminace, špatné sociální zabezpečení, chudoba, nezaměstnanost, vysoká kriminalita. K rizikům také patří snadná dostupnost alkoholu, tabáku a některých drog a jejich nízká cena či aktivní nabídka v reklamě.
- **Nedostatečná pozornost** ze strany rodičů, malá péče, nedostatečný dohled, špatné citové vazby, manželský konflikt, rozpad rodiny, nesoustavná a nejednotná výchova, příliš nízká, nebo příliš vysoká očekávání rodičů, násilí v rodině, týrání, nebo sexuální zneužívání dětí aj.

1.3.4 Spirituální úroveň

Spirituální úroveň je vztah k tomu, co nás *přesahuje a k čemu vzhlížíme* jako k nejvyšší autoritě. Tuto úroveň zviditelnila skupina *Anonymních alkoholiků* (AA) ve svých 12 krocích k abstinenci. Nejedná se o tradiční náboženské pojetí, ale o obnovu zdraví a smyslu života. Program AA zůstává po desetiletí součástí programů pro stabilizaci závislostí. I když člověk abstínuje a je stabilizovaný, zůstává v člověku většinou existenciální prázdno, krize, ztráta smyslu bytí či deprese. Tato témata by se měla objevovat v následné péči a psychoterapii, protože jsou předpokladem pro uzdravení na existenciální úrovni. V psychoterapii se dá také využít prvků relaxace, meditace, jógy, holotropního dýchání a podobných aktivit, které mohou člověku navodit spirituální rozměr (Kudrle, 2003).

2 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

2.1 Historie léčby v ČR

Od roku 1971 se v Československé republice začala otevírat první Střediska drogových závislostí. O největší zásluhu na vznikajících střediscích měl MUDr. Jaroslav Skála.

První ambulantní zařízení na území dnešní České republiky zaměřená na léčbu alkoholizmu byly tzv. protialkoholní poradny v Brně v roce 1910 a v Praze-Vršovicích v roce 1928. V roce 1948 bylo profesorem Jaroslavem Skálou zřízeno první specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislostí u „Apolináře“ v Praze, kde postupně vznikl celý komplex služeb včetně ambulance, střediska pro děti, mládež a rodinu a řady svépomocných a režimových aktivit (Nechanská a Mravčík, 2012, s. 16).

Léčba dříve probíhala ambulantní či ústavní formou a uživatel si mohl vybrat z těchto dvou možností. Léčba mu mohla být nařízena soudem nebo léčbu podstoupil dobrovolně. Dobrovolná léčba měla trvání 4 měsíce a ústavní léčba byla poskytována v psychiatrických léčebnách (Nožina, 1977).

Po změně politického režimu v roce 1989 začaly vznikat i další instituce, které se zabývaly léčbou závislostí. Vedle státem poskytované péče vznikaly i nestátní neziskové organizace a svépomocné skupiny. Mezi nejznámější patří například DROP-IN, K-CENTRUM, Podané ruce nebo SANANIM. Velkým přínosem byly také vznikající terénní práce neboli „streetwork“. Tzv. „streetworkeri“, pracovníci dané služby, začali navštěvovat uživatele drog v jejich přirozeném prostředí, kde jim nabízeli pomoc (Nožina, 1977).

S rostoucí prevalencí nealkoholových závislostí se tato zařízení rozrůstala a začala se více, či méně, zabývat léčením pacientů závislých na alkoholových i nealkoholových drogách. Lze tedy konstatovat, že tímto způsobem byly položeny základy systému péče o uživatele návykových látek (Bém, 2003).

2.2 Současná léčba v ČR

Léčba drogové závislosti má svá specifika, která vyplývají z povahy problémů a potřeb závislého. V léčbě je potřeba hledět na to, že zátěž závislého člověka je velice vysoká. Jedná se o organizovanou a systematickou psychickou a somatickou zátěž závislého klienta. Jestliže odborník uvažuje o způsobu léčby klienta, musí se řídit stupněm jeho závislosti, brát v úvahu jeho celkové schopnosti, problémy, a stupeň motivace, který k léčbě a ke změně životního stylu má. Specializovaný odborník by si měl také ověřit, nakolik může počítat s pomocí okolí klienta, jeho blízkých a rodiny. Do léčby nenastupují pouze závislí klienti, kteří dospěli do stádia silné závislosti a na to je třeba před doporučením léčby myslet (Kalina a kol., 2008).

Léčba bývá v souvislosti s drogovou závislostí dlouhodobý a složitý proces. Vyžaduje strukturovanou, odbornou a cílenou práci se závislým člověkem. Důležité je kvalitní posouzení problému, určitý čas a nalezení vhodného léčebného programu. Léčba závislostí by měla být pokud možno dlouhodobá a intenzivní. Dle doby léčebného programu dělíme léčbu na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Dle typu rozlišujeme mezi léčbou ambulantní, ústavní a residenční. Léčba drogové závislosti zahrnuje nejen samotnou psychoterapeutickou složku, ale i farmakoterapii, poradenství, aktivní spolupráci s členy rodiny a blízkých zúčastněných a podstatu vhodné aplikace psychoterapeutické techniky (Kalina a kol., 2008). Jedná se tedy o komplexní postup zahrnující terapeutický přístup, úpravu sociálního zázemí pacienta, případně farmakologický přístup.

Důležité je i stanovení správné diagnózy závislého klienta, které přispívá k rozhodnutí o další léčbě. Komplexní pohled na závislého klienta neboli „matching“, zahrnuje volbu nejvhodnější formy diagnostiky, ale i řadu dalších okolností. Při vybírání vhodné formy intervence ze strany odborníka, mohou hrát roli různé osobnostní charakteristiky klienta, jeho sociální situace, schopnost určitou formu léčby uhradit, trvání problémů spojenými se závislostí, síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stádium motivace, věk, pohlaví, somatický stav, individuální zkušenosti s léčebnými programy klienta, zdraví, náboženské vyznání atd. (Nešpor, 2000). Při doporučení klienta pro určitou léčbu je důležité také zvážit, jakou léčbu, je ochoten přijmout.

Odborně se tomu říká diferencovaná péče. V praxi to znamená, že se u různých závislých klientů s různým stupněm i téhož onemocnění používají různé léčebné postupy – druhy léčby (Nešpor a Csémy, 1999).

V ČR existuje široké spektrum specializovaných služeb pro uživatele návykových látek – adiktologických služeb. V současné době je v České republice vybudován poměrně jednotný systém péče o závislé. Systém zahrnuje poradenské a léčebné sítě a sociální služby pro uživatele návykových látek (Kalina a kol., 2008). *Základních deset typů adiktologických služeb definuje § 20 zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami* (Nechanská, 2013, s. 2).

Systém certifikace odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) rozlišuje devět speciálních standardů pro devět typů služeb - detoxifikaci, kontaktní a poradenské služby, terénní programy, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, rezidenční péči v terapeutických komunitách, následnou péči, substituční léčbu a primární prevenci užívání návykových látek (Nechanská, 2013).

Systém péče v ČR zahrnuje státní i nestátní zařízení, které pracují s klienty se závislostmi. Dostupnost různých typů zařízení se liší dle lokality. Nejnižším článkem systému péče o závislé jsou AT ambulance, jejichž počet je relativně nízký a naopak páteří systému péče jsou nestátní nezisková zařízení. Léčbou závislostí se zabývá rezidenční péče, která zahrnuje detoxikační jednotky, psychiatrické léčebny a terapeutické komunity (Minařík a Nečas 2010).

První úroveň systému péče je orientována na aktivní uživatele drog, kteří ještě nejsou motivováni ke změně. K této skupině služeb patří terénní programy (pomoc uživatelům drog přímo „na ulici“) a nízkoprahová zařízení či kontaktní centra. Cílem těchto zařízení je minimalizace škod a rizik (Harm Reduction) spojených se závislostí, konkrétně s užíváním návykových látek klienta. V kontaktních centrech – K centrech se poskytuje nejen hygienický a potravinový servis, ale je zde i příležitost navázat bližší kontakt se závislým klientem (Bém, 2003).

Mezi ambulantní služby patří AT ordinace, denní stacionáře, substituční centra a poradny pro závislé. Některá zařízení a centra nabízejí komplexní služby – ambulantní

psychoterapii, chráněná pracovní místa a sociální poradenství (Case management). V ambulantních zařízeních odborníci odkazují klienty na další vhodný typ léčebného postupu a doporučují jim popřípadě jiná, vhodnější léčebná zařízení (Nechanská, 2013).

Další úroveň je léčba dlouhodobá. Obvykle trvá od 6 do 12 měsíců, ale může trvat i déle. Patří sem ústavní detoxikace, oddělení pro léčbu závislostí při psychiatrických klinikách a léčebnách a terapeutické komunity pro léčbu závislostí (Kalina aj., 2013).

Vrcholem systému péče jsou doléčovací centra. Doléčování je založeno na kombinaci zdravotního a sociálního modelu následné péče. Strukturované programy jsou určeny pro abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách či problematikou patologického hráčství s minimální dobou abstinence tří měsíců (Kalina aj., 2013).

Z výše uvedených úrovní systému péče o závislé vyplývá, že v České republice je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb. Jelikož je léčba závislostí velice rozsáhlé téma, nezabývám se v dalších kapitolách léčbou jako takovou, ale uvádím pouze stručný přehled jednotlivých složek v systému péče o závislé v České republice. V následujících podkapitolách popisuji některá základní zařízení a centra, která se zabývají léčbou závislostí. Tento popis jednotlivých zařízení není vyčerpávající. V poslední podkapitole zmiňuji některá další zařízení a služby, která jsou specifická a řadí se mezi další možnosti léčby závislostí.

2.2.1 Kontaktní centra

Kontaktní centra (dále jen KC) se začala v České republice rozvíjet po roce 1989. V Evropě začala vznikat již v průběhu 80. let, a to především v Anglii a Nizozemí.

Kontaktní centra jsou velmi důležitou složkou péče o závislé, a to z důvodu jejich nízkého prahu. To znamená, že se zde klientům dostává anonymita, bezplatnost a diskrétnost. Pracovníci KC nepotřebují znát žádné osobní údaje o klientech, dokonce ani jeho jméno. Klient může do centra vstoupit kdykoliv a nepotřebuje k tomu žádné

doporučení od lékaře nebo jiného odborníka z pomáhajících profesí. Abstinence není podmínkou – pokud se klient rozhodne, může brát drogy a pracovníci jeho rozhodnutí respektují. Ať se rozhodne pro abstinenci nebo pro život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, formu odborné péče. KC pracoviště redukuje sociální, psychologické a další bariéry, jež snižují pravděpodobnost, že uživatelé službu vyhledají. Příkladem je práce „streetworkerů“, kteří oslovují uživatele v jejich prostředí a nabízí jim pomoc (Boukal, 2009).

Cílovou skupinou KC jsou nejen klienti užívající návykové látky, ale i blízcí lidé a rodinní příslušníci klientů. Zařízení musí být dostupné s ohledem na uživatele návykových látek. Předpokládá se, že fungují i ve večerních či nočních hodinách. *„Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě“* (Kalina, 2003, s. 161-162). Pracovníci KC navazují kontakty s klienty, zjišťují jejich problémy a poskytují poradenství. Vyměňují injekční stříkačky a další materiály – jedná se o tzv. výměnný program, poskytují první pomoc a základní zdravotní péči, odborné rady ohledně vážných nemocí a informují je o rizicích v případě nevléčitelných nemocí. Pracují s jejich rodinou, partnery, pomáhají při kontaktu s úřadem práce a policií. Poskytují krátkodobou intervenci a pracují s blízkými osobami klientů. Nabízejí možnost strukturovaného poradenství a motivačních tréninků (Janoušková a Nedělníková, 2008).

KC spolupracují s praktickými lékaři, s ambulantními psychiatry, s programy zahrnující detoxikaci, terapeutickými komunitami, s denními stacionáři, psychiatrickými léčebnami a odděleními, s právními poradnami, s probační a mediační službou (spolupráce na možném odklonu trestu, jsou-li splněna kritéria), se zařízeními sociální péče (možnosti podporovaného bydlení, práce, příspěvků). Jejich povinností je také předávat údaje o uživatelích návykových látek hygienickým stanicím – v případech hlášení do registru problémových uživatelů (Boukal, 2009).

Pracovníky nízkoprahových kontaktních center jsou většinou lidé z humanitních oborů (psychologové, adiktologové, pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci, pedagogičtí pracovníci aj.), kteří svojí kvalifikací a dovednostmi odpovídají skladbě programu KC. Kromě specializovaných pracovníků můžeme v KC vidět i tzv. exusers – bývalé uživatele drog, kteří jsou často využíváni v úvodních fázích programu

nebo v prostředí „streetworku“. Cílem je snadnější navazování kontaktů s touto specifickou skupinou uživatelů. Zaměstnanci KC se zabývají prevencí, léčbou závislostí, sociální prací, psychoterapií, krizovou intervencí a motivačními tréninky. Práce s motivací je zde velmi důležitá, protože v KC pobývá většina klientů, kteří nemají žádnou motivaci k abstinenci a k léčbě (Kalina, 2003).

2.2.2 Terénní programy

„Terénní programy jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 69 jako terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny“ (Zákon o sociálních službách, zákon č. 108/2006 Sb., 2016).

Terénní práce, neboli „streetwork“ je forma kontaktní práce, která probíhá v přirozeném prostředí klientů. Takovým prostředím je jakékoliv neinstitucionalizované prostředí, a to nezastřešené i zastřešené – ulice, opuštěné domy, squaty, kluby aj. Pracovníci, tzv. „streetworkeři“, chodí za klienty ven, případně přímo do jejich vlastních bytů nebo na nějaké kulturní akce (Bednářová a Pelech, 2000). Nečekají na příchod klientů do instituce a nespolehají na to, že jednotlivci „sami vyhledají pomoc“. Sami pracovníci nabízejí své služby v místě, kde vznikají sociální konflikty a kde se uživatelé drog shlukují. Zabývají se především skrytou populací uživatelů drog. Tito klienti jsou za normálních okolností těžko dosažitelní. Chovají se rizikovými způsoby a ve většině případů, nejsou motivováni ke změně tohoto životního stylu (Kalina, 2003).

Terénní programy se začaly v České republice rozvíjet ve stejnou dobu jako kontaktní centra. I přes to, že se kontaktní centra vyznačují svým nízkým prahem (anonymitou, diskretností, bezplatností za služby), jsou pro některé klienty nedosažitelná. Těmto klientům vychází vstříc právě „streetwork“, který nízký práh snižuje na úplné minimum a podává uživatelům pomocnou ruku. Je mnoho důvodů, proč uživatelé návykových látek nekontaktují pracovníky nízkoprahových center nebo

jiných zařízení. Nedělníková ve své příručce pro výkon terénní sociální práce definuje tyto důvody (Nedělníková, 2007, s. 14):

- Klienti nevědí, že služba existuje.
- Klienti nemohou pomoc vyhledat, protože v blízkém okolí není k dispozici.
- Jejich aktuální situace jim neumožňuje vyhledat pomoc.
- Nemají důvěru v oficiální instituce nebo s nimi mají špatnou zkušenost.
- Mají obavu ze stigmatizace či postihu.
- Jsou znevýhodněni v přístupu k pomoci.
- Existující služby nereagují na jejich potřeby.
- Mají dojem, že jejich problémy jsou neřešitelné.
- Nemají potřebu svůj problém řešit.

Terénní programy jsou poskytovány klientům, kteří se vyznačují rizikovým chováním nebo jsou rizikovým způsobem života ohroženi. Kromě uživatelů návykových nebo omamných psychotropních látek do této skupiny lidí patří klienti bez domova, klienti žijící v sociálně vyloučených lokalitách a jiné sociálně ohrožené skupiny (Nedělníková, 2007).

Terénní pracovník kontaktuje klienta v jeho přirozeném prostředí, informuje jej o možnostech a podmínkách dané sociální služby, již na místě se snaží mapovat situaci klienta a snaží se využít dostupné zdroje k využití řešení problému klienta. Snaží se formulovat zakázku, kterou přizpůsobuje aktuální životní situaci klienta. Plánuje jednotlivé kroky v zadané zakázce a tyto kroky společně s klientem realizuje v rámci odborné služby. Úkolem terénního pracovníka je poskytování základního poradenství klientovi. Podílí se na pomoci upevnění rodinných vztahů klienta a jiných sociálních vztahů, působí jako poradce nebo prostředník při vyřizování úředních záležitostí klienta, pomáhá klientům v oblasti práva, jeho uplatnění a oprávněných zájmů klienta. Nabízí klientovi výměnný program injekčních jehel a stříkaček a podporuje jej v dodržování základních pravidel bezpečnosti a hygienických předpisů (Nedělníková, 2007).

Pro vykonávání práce terénního pracovníka je velmi důležitá jeho osobnost. Práce „streetworkera“ je velmi fyzicky i psychicky náročná a probíhá v situacích, které jsou potenciálně riskantní a nebezpečné. V terénních programech je

kladen důraz na komunikační dovednosti pracovníka, odolnost vůči stresu, schopnost tvořivého myšlení, nekonvenční jednání, důvěru, respekt a pochopení pro problémy, které mají uživatelé návykových látek. Kromě těchto vlastností je třeba, aby terénní pracovník věnoval pozornost odbornému růstu, supervizi a vzdělání. Je velmi důležité věnovat zájem bezpečnosti práce a prevenci vyhoření (tzv. burn-out syndromu) v této profesi. Některé terénní programy využívají bývalých členů cílové skupiny – exuserů (bývalých uživatelů návykových látek), jako dobrovolníků či řádně placených pracovníků (Kalina a kol., 2003).

2.2.3 Substituční léčba

Substituční léčba je odvozena od termínu „substituce“, který pochází z latinského slova „záměna či náhrada“. Principem substituční léčby v adiktologii je náhrada užívané drogy pod lékařským dohledem, formou aplikace, která je bezpečnější. Nahrazená látka musí mít obdobný účinek jako droga. Podává se pravidelně, nejčastěji perorálně, legálně a zdarma. Názory na substituční léčbu mezi odborníky se rozcházejí. Jedna strana ji nepovažuje za plnohodnotnou léčbu, neboť klient v substituci plně neabstínuje, ale pouze nahrazuje drogu jinou látkou. Druhá strana odborníků souhlasí s tvrzením, že substituce je plnohodnotnou formou abstinence, což také uvádí klasifikace nemocí – MKN-10, F1x.22: „*Závislý v současnosti abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu*“ (Kalina a kol., 2015, s. 378). V současné době jsou u nás nejrozšířenější látky, které jsou uvedeny ve Standardu substituční léčby – metadon (ve formě roztoku) a buprenorfin (ve formě tablet).

Z historického hlediska byla původně rozvinuta substituční terapie opiátových závislostí pro léčbu cukrovky a metabolických poruch. Tuto metodu léčby objevil a proslavil americký lékař Vincent P. Dole. Jeho výzkum v šedesátých letech minulého století způsobil zavedení metadonové léčby – terapie, která dodnes pomáhá statisícům pacientů závislých na opiátech (Švarc, 2008).

První látkou, která nahrazuje drogu ve formě roztoku pro perorální aplikaci, je metadon. Metadon, původně také Adolphine, byl pojmenován na počtu Adolfa Hitlera v roce 1929. Byl vyvinut německými vědci pro podporu německé armády za 1. světové

války, která trpěla nedostatkem morfinu. Jedná se o návykovou látku, která při dlouhodobém užívání způsobuje závislost (Švarc, 2008). Metadon umožňuje lidem normálně sociálně fungovat, protože účinek látky nastupuje pomalu. Vyvolává velmi nízkou euforii a umožňuje klientům bezpečné dávkování jednou denně, jelikož poločas eliminace látky je 25 hodin. Metadonová léčba je typem léčby závislostí, která je rozšířená po celém světě. V USA je aplikována již od roku 1964. Jak ukazují některé zahraniční zkušenosti, vede tento druh léčby k dlouhodobým zdravotním a sociálním pokrokům u klientů, u nichž ostatní pokusy o léčbu nebyly v minulosti úspěšné (Gossop, 2009).

V České republice se vydává metadon v metadonových centrech denně. Soubor pacientů je pod přímým dohledem zdravotního pracovníka. Privilegiem pro spolehlivé klienty, kteří pravidelně dodržují pravidla programu, je možnost domácího užití metadonu. Úspěšnost této léčby se udává okolo 25 %. Úspěšností se rozumí „neodstoupení“ z programu substituční léčby po dobu 1 roku. Většina klientů ale nevystačí s náhradní látkou metadonu a zároveň užívají i jiné látky, jako například heroin nebo benzodiazepiny (Švarc, 2008).

Druhou, nejčastěji používanou látkou v České republice je buprenorfin. Buprenorfin původně psychiatři používali k detoxikaci a až později byl vyvinut Subutex, který se využívá k substituční léčbě. Buprenorfin se užívá ve formě tablety nebo v méně častých případech, ve formě roztoku. Při polknutí je tato látka neúčinná. Účinek látky nastupuje až po 1-2 hodinách. Bezpečné dávkování je po 48-72 hodinách, přičemž poločas eliminace látky je cca 20-25 hodin. Zatímco heroin po aplikaci bezprostředně vyvolává okamžitou euforii, buprenorfin nastupuje pomaleji a vyvolává stejně jako metadon, minimální euforii (Kalina a kol., 2015).

Substituční léčba závislosti na opioidech je v České republice léčba, která dodržuje Standard substituční léčby vydaný ve věstníku Ministerstva zdravotnictví v roce 2008. V tomto Standardu jsou vymezeny tři typy léčby (Popov, 2003):

- **Základní léčba** poskytuje substituční látky, které jsou nabízeny v ambulancích všeobecných lékařů. Substituční léčba je doplněna somatickou léčbou a sociálním poradenstvím.

- **Rozšířená substituční léčba** je mimo výše uvedené druhy léčby doplněna o psychoterapii, která může být zajištěna i externě.
- **Komplexní substituce** je poskytována ve specializovaných pracovištích pro substituční léčbu. Kromě základní léčby klienti mohou využívat komplex dalších služeb – jako je například rodinná a pracovní terapie, následná péče, vzdělávání či rehabilitační pobyty.

Dle formy léčby a délky trvání lze substituční léčbu rozdělit do tří dalších stupňů (Popov, 2003):

- **Krátkodobá** – forma léčby nejčastěji během hospitalizace, která trvá 1-2 týdny. Cílem je potlačit symptomy, které provázejí odvykací stav.
- **Střednědobá** – forma léčby, která probíhá ambulantně nebo během ústavní léčby. Je vhodná u klientů, kteří jsou závislí na několika látkách najednou. Trvání léčby je několik týdnů až měsíců.
- **Dlouhodobá** – forma léčby, která není časově omezená. Podává se podle potřeby ve specializovaných centrech substituční léčby.

Substituční léčba by měla být dostupná pro klienty v kombinaci s farmakoterapií, psychosociální péčí a poradenstvím. Měla by být dostupná pro všechny skupiny klientů. Substituční léčbu by měli poskytovat praktičtí lékaři i specializovaná centra a to v nízkoprahových i vysokoprahových podobách, s různými aplikačními formami (Kalina a kol., 2015).

2.2.4 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru. Léčba může probíhat v různých prostředích: v neziskových organizacích, AT poradnách, psychiatrických či psychologických ambulancích, denních stacionářích a soukromých praxích psychologů. Klienti mohou konzultovat své problémy s psychiatry, psychology, terapeuty, adiktology, zdravotníky nebo poradci ze sociálních služeb. V ambulantní léčbě se pracuje s klienty formou individuální terapie či skupinové

terapie. Nelze jednoznačně vymezit, která léčba je úspěšnější a která méně, protože pro každého klienta je vhodný jiný typ terapeutických služeb (Růžička, 2012).

Léčba v ambulantních podmínkách je pro klienty velmi náročná, protože klient se stále pohybuje v prostředí, kde užíval návykové látky. Setrvává ve svém sociálním prostředí, které pro něj může být ohrožujícím. V běžném prostředí se setkává se spoustou spouštěcích podnětů, které jsou všude kolem něj masivně zastoupeny, tudíž je pro klienta těžší abstinovat. V léčbě je jeho úkolem plně se oprostit od látkových a nelátkových drog. Klient, který se rozhodl, pro ambulantní léčbu, by měl být schopen abstinovat po dobu minimálně 6 měsíců na základně vlastního rozhodnutí (Heller & Pecinovská, 2011). Tuto změnu ve svém životním stylu musí klient podstoupit prakticky ze dne na den. Obrovské nároky na klienta klade i vlastní léčebný program. Klient dochází do vybraného zařízení v pravidelných intervalech, musí splňovat docházku a v některých případech je v kontaktu s ostatními klienty (zde může docházet ke konfliktům, konfrontacím atd.). Mezi výhody ambulantní péče patří skutečnost, že léčba nezasahuje do klientova pracovního života a klient si může vyzkoušet změny svého chování ve svém přirozeném prostředí (Růžička, 2012).

Mezi další podmínky, které by měl klient v ambulantní léčbě splňovat patří - motivace k léčbě, stabilní zdravotní stav, sociální stabilita, podpora jeho blízkých a rodiny a aktivní účast rodinných příslušníků v průběhu léčebného procesu (Kalina a kol., 2008). Mezi cílovou skupinu patří i rodina klientů, jejich partneři a další blízcí klienta. Situace rodiny není u většiny klientů snadná. Kontakt s rodinou probíhal u klientů před léčbou pod vlivem návykových látek, zřídka nebo vůbec. Rodina je vyčerpaná a demotivovaná. Podpora a kooperace rodiny klienta je jedním z důležitých faktorů v průběhu léčby. Rodina a nejbližší přátelé klienta by jej měli podporovat v abstinenci a pomoci mu vytvořit bezpečné bezdrogové prostředí. Na rodinu jsou kladeny opravdu vysoké nároky, ač stejnou podporu potřebuje mnohdy i ona sama. V terapii se rodina věnuje společně s klientem konfliktním vztahovým tématům, která se v abstinenci vynořují, věnují se změně, kterou klient v průběhu léčby podstupuje, případně jeho relapsům a následnému zpracování (Kalina a kol., 2015). *Je třeba připravit rodinu i klienta na skutečnost, že se v průběhu léčby budou objevovat další důležitá a často konfliktní témata; například zdravá míra podpory rodiny versus*

odpovědnost klienta, potřeba separace od původní rodiny a proti ní potřeba finanční, materiální a někdy i psychické podpory, dále téma vyrovnání se s minulostí a vinou za současnou situaci a témata týkající se budoucnosti (Kalina a kol., 2015, s 501).

Ambulantní léčba se vyznačuje individuálním přístupem ke každému pacientovi. Služby, které tato zařízení nabízejí, jsou preventivní programy, poradenství a léčba. Léčba závislosti vychází z bio-psycho-sociálního modelu. Využívají se zde jak tradiční léčebné metody (farmakoterapie, detoxikace), tak nově prosazované psychosociální modely léčby (individuální, skupinová, rodinná terapie, terapeutické komunity). Kombinace těchto činitelů, tvoří nejúčinnější kombinaci léčby, podle nichž lze závislost za příznivých podmínek překonat (Kalina, 2003, s. 78-79).

2.2.5 Denní stacionář

Denní stacionáře, označovány také jako denní sanatoria jsou zařízení, která nabízí léčebný program v podobě ambulantní léčby. Jedná se o tzv. „zařízení na půl cesty“, protože klienti do zařízení docházejí každý všední den. Lze říci, že tato léčba je kompromisem mezi ambulantní a pobytovou léčbou (Kalina kol., 2008). Denní stacionáře se od 60. let minulého století stávají jedním ze stěžejních prvků komunitní psychiatrie. První denní stacionář byl otevřen už ve 30. letech minulého století v Sovětském svazu. Důvodem otevření byla nedostatečná kapacita lůžkových zařízení. V České republice byl založen první stacionář v r. 1965 v Praze v Horní Palatě (Baková, 2004). Denní stacionáře se zakládaly jako samostatná zdravotnická zařízení nebo jako doplňující součást lůžkového psychiatrického zařízení. Zařízení dnes nabízí léčbu v kombinaci s krizovými službami, ambulantní péčí a rehabilitací. Tým denního stacionáře se obvykle skládá z lékařů, klinických psychologů, zdravotních pracovníků a pracovníků ze sociálních služeb (Hosák, 2015).

Mezi primární cíle léčby patří dlouhodobá kontinuální péče o klienta. Klient pracuje na změně svého životního stylu a usiluje o abstinenci. Následujícími cíli jsou změny v sebepojetí. Klient se snaží najít pozitivní složky své osobnosti, které v terapii rozvíjí a posiluje. Dalšími cíli jsou změny ve vztazích, získání a udržení sociálních

dovedností. To znamená, že se klienti učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnuli rizikovým situacím, předem je rozpoznávali a využívali copingové strategie k tomu, jak je zvládnout, když se objeví. Mezi další cíle se řadí také zlepšení celkového psychického a fyzického stavu a rozvoje osobního zrání (Kalina a kol., 2008).

Program denních stacionářů vychází z principů terapeutických komunit, rezidenční léčby i ambulantní léčby. Program je strukturovaný, obsahuje přesný časový rozvrh a soubor pravidel. Tyto podmínky jsou žádoucí a klienti je musí dodržovat. Program začíná v ranních hodinách a trvá do odpoledních hodin. Večer a o víkendech jsou klienti ve svém přirozeném prostředí a do stacionáře nedochází (Kalina a kol., 2008).

Cílovou skupinou pro stacionární léčbu jsou pacienti, kteří užívali návykové látky, závislí i patologičtí hráči, pro které je ambulantní léčba nedostatečná a rezidenční léčba předčasná. Program v denním stacionáři spolupracuje i s rodiči klientů, příbuznými, partnery a blízkými osobami. V České republice existují vylučovací kritéria pro přijetí do denních stacionářů. Klient se musí dobrovolně rozhodnout k léčbě ve stacionáři a musí být ochoten abstinovat minimálně 2 týdny až 1 rok. Musí se aktivně účastnit psychoterapeutických sezení, přemýšlet o svých důležitých životních událostech a vztazích. Základní podmínkou je dodržovat léčebný řád zařízení a účastnit se povinného programu (Kalina a kol., 2008).

Léčebný program může být buď denní, nebo frakcionovaný. Denní program trvá minimálně 6-8 hodin a je určen pro klienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den. Frakcionovaný program je poskytován indikovaným pacientům, jejichž zdravotní stav není dobrý a mohou se účastnit programu jednou či vícekrát týdně alespoň na tři hodiny (Hosák, 2015).

Léčebný program obsahuje dvě složky péče. Program je vyvážený a obsahuje skupinovou terapii, pracovní terapii, sportovní aktivity, kulturní, klubové aj. První složka – terapeutická, zahrnuje skupinovou psychoterapii a další skupinové aktivity. Součástí těchto aktivit je ergoterapie, sportovní, zátěžové a volnočasové aktivity, či výjezdy do přírody a kulturní akce. Důležitou součástí programu jsou komunitní setkání. Komunitní setkání je prostor, kde se řeší důležité problémy klientů, pravidla ve skupině, hodnocení předchozího dne a to i v době mimo program denního stacionáře.

Klíčovým prvkem jsou psychoterapeutické skupiny. Kromě skupinové psychoterapie je možností součástí léčby i individuální terapie a poradenství. Druhou složkou je režimová část, kde se klade důraz na dodržování pravidel a programu zařízení. Cílem je podpořit terapeutickou práci ve skupině a podpořit schopnost hospodaření s časem, která se v době závislosti u klientů více či méně vytratila (Kalina a kol., 2008).

2.2.6 Terapeutické komunity

První myšlenky o terapeutické komunitě (dále TK) vznikaly v Anglii během druhé světové války. Vojáci trpěli neurotickými a psychosomatickými poruchami a s těmito potíží přicházeli pravidelně do anglických nemocnic. Aby se mohli vrátit do boje, bylo potřeba poskytnout jim rychlou pomoc. Odborníci zjistili, že v léčbě jsou úspěšné techniky skupinové psychoterapie a zaměřovali se na vztahy mezi pacienty na oddělení a na vztahy mezi pacienty a personálem (Kratochvíl, 1979).

Hlavní podíl na vypracování systému TK, měl psychiatr, Maxwell Jones. Založil sociálně rehabilitační centrum, které se později stalo významným školicím střediskem. Inspiroval zde mnoho zahraničních návštěvníků k zakládání a rozšiřování TK v jejich rodných zemích. Díky němu, vznikla v r. 1954 první terapeutická komunita v Lobči. Své poznatky a zkušenosti shrnul ve své knize „Sociální psychiatrie“, která vyšla v USA pod názvem „Terapeutická komunita“ (Kratochvíl, 1979).

Stanislav Kratochvíl, který se stal čelním představitelem TK v České republice, uvádí, že TK je formou skupinové psychoterapie, kde se klienti různého věku, pohlaví a vzdělání, podílejí na společném bydlení a žijí spolu. Sdílejí společný program, mezi který patří skupinové terapie, pracovní terapie a další různorodé aktivity. V této specifické komunitě se klienti svěřují se svými problémy ze svého vlastního života a popisují vztahy k ostatním lidem. Skupina je terapeutickou, protože klienti dostávají zpětnou vazbu od ostatních klientů a postupně tímto získávají náhled nad vlastními problémy (Kratochvíl, 1979).

TK - využívá speciálních principů, kterými jsou modelové situace v malé společenské skupině, tzv. náhradní rodině. Tato rodina je důležitá pro projekci a korekci

maladaptivních stereotypů, které si s sebou klienti přinášejí. Komunita je bezpečné místo, které umožňuje klientům osobní růst a učení se z chyb. V této společenské komunitě s různorodými osobnostmi, různého věku a pohlaví se klienti učí přijímat druhé, dávat jim lásku a respektovat je. Jedná se o model společnosti, v němž člověk žije jako doma, v přirozeném prostředí (Kooyman, 2004).

Podle Kaliny, obsahuje TK následující specifické a společné znaky: *neformální a otevřená atmosféra, otevřená komunikace mezi všemi zúčastněnými, centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu, sdílení práce na udržování a chodu komunity, sociální učení v aktuálním rámci interakce mezi členy komunity, terapeutická úloha rezidentů, podíl rezidentů na moci, společné rozhodování a odpovědnost pacienta za vlastní léčbu, společné hodnoty a myšlenky* (Kalina a kol., 2008, s. 201).

Komunita by měla pro klienty představovat bezpečné, bezdrogové a upevňující prostředí. Komunita je oddělena od vnějšího světa a institucionálního okolí. Tým je složen z profesionálů i bývalých uživatelů návykových látek či lidí s jinou zkušeností se závislostí. Cílem je změna postojů a chování klienta a jeho odpovědnost za to, že pochopí svou závislost jako výzvu k osobnímu růstu a osobní participaci. Klienti by se měli v terapeutické komunitě naučit využívat svůj potenciál ve všech sférách svého života - po stránce emoční, duchovní, fyzické, intelektuální, a tvořivé (Kalina a kol., 2008).

V České republice se definuje terapeutická komunita jako specifické rezidenční zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. Terapeutická komunita nabízí střednědobou a dlouhodobou péči, která trvá zhruba 6-18 měsíců. Věk klientů se pohybuje v rozmezí 18-35 let. Některé komunity přijímají a specializují se na mladší klienty (SANANIM). Starší klienti jsou v našich komunitách spíše výjimkou. Většina komunit přijímá muže i ženy, ale většinou ne partnerské dvojice. Matky s dětmi lze u nás umístit v terapeutické komunitě Karlov – SANANIM. Klienti často přicházejí do komunity s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Důležitým prvkem komunity je vztah pracovníků týmu a klientů. Základním nositelem pozitivní změny je vztah klient-terapeut, klient-skupina, klient-komunita (Kalina a kol., 2008, s. 206).

Pobyt klienta v terapeutické komunitě je strukturován do fází, z nichž každá má svá pravidla, práva a povinnosti. Jednotlivé fáze programu podtrhují postup klienta

v komunitní hierarchii a dokazuje to postup v rozvoji jeho schopností a osobností zralosti. V každé fázi dosahuje klient individuálně daných cílů. Tyto úspěšně překonané cíle jej následovně motivují k další fázi léčby. Obvykle jsou pro terapeutické komunity typické čtyři základní fáze. Kromě těchto fází je ale důležitější období před nástupem do komunity. Ve vstupním pohovoru je zkoumána klientovo motivace a vhodnost k přijetí do komunity (Sobotka, 2010). V první – „nulté“ fázi klient již pobývá v zařízení, ale není ještě oficiálním členem komunity. O přijetí do komunity musí požádat a splnit tzv. přijímací rituál. V „první“ fázi musí klient dojít ke skutečnosti, že jeho dosavadní problémy, které momentálně má, způsobila jeho závislost. Klient se učí otevřenosti, sebevyjádření, snaží se odbourat negativní chování a chce-li přestoupit do další fáze, musí opět požádat komunitu o svolení. Komunita, může jeho žádost zamítnout. Ve „druhé“ fázi, která je obvykle nejdelsí, klient na sebe přebírá odpovědnost a určité role. V této fázi má klient najít sám sebe a své vztahy k ostatním členům v komunitě. Klient přechází z úplné izolace, ke kontaktu s rodinou a dalšími blízkými v jeho okolí. V poslední, „třetí“ fázi, využívá klient komunitu jako „noční stacionář“. Ve dne bývají klienti uvolňováni z programu a jejich úkolem je zajistit si zaměstnání, bydlení či místo v doléčovacím programu. Tato fáze bývá nejnáročnější, protože u klientů dochází mnohdy ke zhoršení stavu a navrácení se do nižší fáze v komunitě (Kalina a kol., 2008).

2.2.7 Detoxikace

Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivých látek. Cílem je očistit tělo od návykové látky a pomoci překonat odvykací příznaky pacienta (Nešpor, 1988).

Detoxifikační jednotka je lůžkové oddělení, uzavřeného typu, které poskytuje klientům závislým na návykových látkách (Detoxifikační jednotka, 2013):

- **Detoxikaci** (vystřízlivění)
- **Detoxifikaci** (léčba abstinčních příznaků)

Detoxifikace se provádí za farmakologické podpory, zaměřené na překonání abstinčních příznaků nebo bez použití léků. Detoxifikace má připravit klienta na další

formu léčby, kam nastoupí po absolvování „detoxu“. Je potřebná i u člověka, který je pod vlivem drog nebezpečný sobě a svému okolí z důvodu psychotických poruch, kterým bývá nejčastěji toxická či alkoholová psychóza. Detoxifikace slouží také k diferenciaci diagnostice, kdy se u pacienta může jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zdali se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu, popřípadě o jinou duševní nemoc (Nešpor, 1988). Pacient může podstoupit detoxifikaci i po těžkém úrazu, kdy je potřeba být v nemocničním prostředí, což vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu. Dále bývá indikována pacientům, kterým hrozí vazba, nebo mají jiné specifické důvody. Někdy bývá detoxifikace pacienty zneužívána. Například někteří pacienti závislí na heroinu, se tímto způsobem snaží snížit toleranci vůči droze, k čemuž po detoxifikaci dochází. Závislému člověku - po absolvování detoxifikace - stačí aplikace nižší dávky než obvykle a vyjde mu to finančně levněji. Detoxifikační zařízení zajišťují bydlení a pravidelnou dávku léků pro klienty, což může být pro člověka v sociální tísní výhodné. I když jeho primárním cílem není léčba či abstinence, na léčbu detoxifikace za těchto podmínek přistoupí. Některá zařízení proto přijímají pouze pacienty, kteří mají zajištěnou následnou léčbu. Tímto způsobem - se využívání těchto zařízení uživateli návykových látek reguluje (Nešpor, 1996).

Detoxifikace může být prováděna na těchto místech (Nešpor, 1996):

- **Domácí prostředí** – tato alternativa detoxifikace se u nás neprovádí zdaleka tak často, jako v jiných zemích. Tento postup se doporučuje jen u lehčích forem závislosti nebo intoxikaci. Při domácí detoxifikaci je nutné spolupracovat s rodinou, mít dobrý zdravotní stav, bez jakýchkoliv obtíží a nacházet se ve stabilní sociální situaci. Klient dochází za ošetřujícím lékařem ambulantně. Musí dodržovat lékařská doporučení, být v kontaktu se zdravotníky a přijímat předepsané léky. Průměrná doba detoxifikace je 14 dní. Velmi ale záleží na typu užívané látky, zdravotnímu stavu klienta a dalších faktorech, které mohou délku detoxifikace ovlivnit.
- **Oddělení pro léčbu závislosti** – zařízení pro osoby závislých na návykových látkách, kteří mají zájem o léčbu. Oddělení je založeno na dobrovolném pobytu pacienta. V případě dobrého zdravotního stavu pacienta či méně závažného

zdravotního stavu, mohou pacienti využít konziliární služby nemocnice. Oddělení poskytuje detoxikaci, detoxifikaci a péče je určena závislým lidem na alkoholu, návykových látkách nebo pro pacienty s kombinovanou závislostí.

- **Detoxifikační jednotky jako součást oddělení v nemocničních komplexech** – výhodou je zde velmi dobrá dostupnost konziliárních služeb. Není zde ale možnost přechodu pacienta k další léčbě v rámci zařízení.
- **Detoxifikační jednotky jako součást ambulantních zařízení** – Výhodou je přechod pacienta a návaznost na další ambulantní léčbu. Dále také rychlejší a snadnější dostupnost. Nevýhodou je zvýšení provozních nákladů na lůžka a pokrytí nákladů ambulantního zařízení a malá dostupnost konziliárních služeb.
- **Detoxifikace na somatických odděleních** – oborové klinické oddělení, kde u pacientů dochází k hospitalizaci pro jiný somatický problém a zároveň u nich propukne odvykací syndrom.

Uspořádání detoxifikačních programů se může na jednotlivých pracovištích lišit. V České republice jsou detoxikační jednotky většinou součástí psychiatrických oddělení. Na každém oddělení se kombinuje zdravotnický přístup - toxikologické, somatické i psychiatrické vyšetření a farmakoterapie. Souběžně se zahajuje i psychoterapie, která je zaměřena na navázání psychoterapeutického vztahu, zvládnutí odvykacích potíží a podporu motivace v pokračování další formy léčby (Svobodová, 2009).

Doba detoxikace je individuální a liší se podle závažnosti a druhu užívané látky. Nejdelší detoxifikační léčbu, kde v zájmu bezpečnosti pacienta musí dojít k postupnému vysazování, vyžadují závislosti na barbiturátech a benzodiazepinech a dále pak kombinované závislosti (Kalina a kol., 2003).

2.2.8 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní péče je dalším stupněm péče o závislé jedince a uživatelé návykových látek. Jedná se o rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, oddělení pro léčbu závislostí aj.). Léčba je indikována

v případech, kdy forma ambulantní léčby nevedla k úspěchu nebo v případech těžkých závislostí. Doba léčby trvá 3-6 měsíců. Pokud je klientovi nabídnuta léčba, která trvá méně než dva měsíce, jedná se o léčbu krátkodobou. Zařízení, kde ústavní léčba probíhá, využívají prvků skupinové terapie, terapeutických komunit, komunitních setkání, tréninku odpovědnosti aj. (Vališová, 2010).

Výhodou ústavní léčby je nepřetržitá odborná péče. Dostupnost návykových látek je zde téměř nulová a klienti se zde nesečkají ani se svými „spouštěči“, které by mohly vést k relapsu. Výhodou je tedy radikální změna prostředí, které je pro klienty bezpečné. Léčba je časově velmi náročná. Ústavní léčba se doporučuje jen tehdy, kdy se pacientův stav nedá zvládnout pomocí ambulantní léčby či denního stacionáře. Nešpor a Csémy uvádějí následující okolnosti, které mohou vést k indikaci ústavní léčby (Nešpor, 1996):

- **Odvykací syndromy, psychotické stavy, suicidiální stavy** (stavy, které představují nebezpečí pro pacienta i pro okolí z důvodu duševní nemoci aj.).
- **Těžké emoční a behaviorální problémy.**
- **Vysoká rezistence vůči léčbě, nulová motivace k léčbě.**
- **Neúspěšnost ambulantního léčení či jiných forem léčby závislostí.**
- **Nebezpečné nebo nestabilní sociální zázemí pacienta.**
- **Léčba je nařízena soudem nebo okresním úřadem.**

Cíle léčby musí být adekvátní délce programu a potřebám pacienta. Mezi cíle léčby se řadí změna životního stylu pacienta, abstinence od návykových látek či hráčská abstinence, stabilizace sekundárních problému, které jsou spojené se závislostí klienta, vybudování náhledu, řešení důsledků závislosti (dluhy, narušené sociální vztahy aj.), zvnitřnění abstinčních norem a běžných norem chování, přebudování motivace (cílem je pozitivní motivace), identifikace rizik relapsu a učení se copingovým strategiím při zvládnání relapsu, změna původního přirozeného prostředí (změna nevhodného zaměstnání, rizikové známosti, aktivity ve volném čase aj.), změna sebepojetí a změna prožívání (Dvořáček in Kalina a kol., 2003).

Mezi používané metody a formy se v ústavní léčbě řadí model zavedený Jaroslavem Skálou - tzv. Skálův či apolinářský model. Základem je komplexní a strukturovaný program, který má svá specifická pravidla, odměny, sankce či bodový systém. Tato pravidla vedou k získání odměny bezpečněji a nikoliv nutkavě. Cílem je, aby si pacient vytvořil svá vlastní vnitřní pravidla a strukturu, kterou se bude řídit a nespoléhal se jen na hodnocení od terapeutů v průběhu léčby (Skála, 1987).

Tým je tvořen převážně zdravotnickým personálem (lékaři, zdravotní sestry), psychology (kliničtí psychologové, terapeuti) a pracovníky ze sociální péče (sociální pracovníci, pracovní terapeuti) či bývalými uživateli drog - exusery (Kalina a kol., 2003).

Základem terapeutického programu je strukturovaná léčba. Tento Skálův model léčby obsahuje (Skála, 1987):

- **Program, který podporuje účinnost léčby** (jednotlivé části programu se střídají v celém týdnu).
- **Režim, pravidla, specifické odměny, sankce a bodový systém**, který se využívá jako nástroj hodnocení v průběhu léčby klienta.
- **Společenství** – komunita, která zajišťuje podnětné prostředí pro klienty (získávají zpětnou vazbu v průběhu léčby a velké množství interakce mezi členy komunity).
- **Komunitní setkání** (setkání, kde se řeší problémy pacientů, pravidla a celodenní program, hodnocení předchozího dne a programu).
- **Skupinová a individuální terapie** (zejména KBT a kombinace více psychoterapeutických směrů).
- **Rodinná a párová terapie** (vytváření pevných a zdravých vztahů).
- **Ergoterapie** (pracovní terapie, kde se klient podílí na chodu zařízení, úklid areálu, drobné opravy, rehabilitace pracovních návyků).
- **Volnočasové aktivity, kulturní program, sportovní aktivity aj.**

Obvyklý průběh léčby je 3-6 měsíců. Léčbu můžeme rozdělit do 4 fází (Dvořáček in Kalina a kol., 2003):

- **1. fáze (1-3 týdny): Detoxifikace** – stabilizace pacienta, základní vyšetření, první zkušenosti s terapií a budování terapeutického vztahu, posilování motivace k léčbě.
- **2. fáze (přibližně 1 měsíc): Adaptační** – seznámení se s principy strukturovaného programu, režimem a léčebným společenstvím.
- **3. fáze (přibližně 2-3 měsíce): Aktivní léčba** – aktivní účast v psychoterapii, spolupodílení se na chodu léčebného společenství, účast na rodinné terapii, pravidelné propustky domů, posilování motivace k abstinenci.
- **4. fáze (přibližně 1 měsíc): Příprava na návrat domů** – vytváření si reálných plánů po léčbě, zajištění si bydlení a práce, plánování následné péče či doléčování.

Na ústavní léčbu a její formy je potřeba nahlížet jako na dlouhodobý terapeutický proces. Jakmile se klient vrátí do svého původního, přirozeného prostředí, mají změny, které nabyl v léčbě, tendenci mizet. Většina klientů využívá po ústavní léčbě doléčovací centra s chráněným bydlením, terapeutické komunity či denní stacionáře. Někteří, využívají ambulantní péči a vracejí se zpět domů, do původního prostředí (Dvořáček in Kalina a kol., 2003).

2.2.9 Následná péče a doléčovací programy

Služby následné a doléčovací péče obsahují doléčovací programy, programy chráněného bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikace. Tyto projekty obsahují služby, jež následují po ukončení základní léčby a vytvářejí specifické podmínky k udržení a napomáhání klientům k abstinenci (Kalina aj., 2013).

Smyslem následné péče je udržení změn chování a způsobu života klienta, které získal během léčebného procesu či spontánně při abstinenci. Následná péče může mít formu kombinace zdravotního a sociálního modelu léčby. U nás v České republice se

tradičně využívá forma tzv. *opakovací léčby*. Další formou následné péče jsou *strukturované programy* v rámci jednoho zařízení, které jsou určené pro abstinující osoby, které byli závislé na návykových látkách či pro lidi s problematikou patologického hráčství, s minimální dobou abstinence tří měsíců. Jinou formou následné péče mohou být *doléčovací terapeutické skupiny*, kde se klienti scházejí jednou týdně. Cílem těchto skupin je stejně tak, jako u jiných forem doléčování, posílení abstinence a výměna zkušeností s ostatními členy skupiny. Formou doléčování jsou také *doléčovací programy ve specializovaných pracovištích*, které jsou částečně založené na bázi denních stacionářů. Nabízí větší škálu služeb než ostatní centra a zajišťují následnou péči. Cílem a základní myšlenkou těchto programů je udržení a podpora abstinence klientů v jejich přirozeném prostředí v běžném životě. Pracovníci těchto služeb pomáhají klientovi stát se postupně nezávislým na poskytovaných službách (institucích), aby mohli žít samostatně a kvalitně jejich vlastní život (Kalina a kol., 2008).

Program následné péče má určitou strukturu a mezi jeho složky patří (Odbor pro koordinaci protidrogové politiky, 2005):

- **Podpůrná individuální a skupinová terapie.**
- **Zdravotní, psychická a sociální stabilizace.**
- **Prevence relapsu.**
- **Řešení vztahových a rodinných problémů.**
- **Sociální práce** (řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací, řešení otázek spojených s bydlením).
- **Nabídka volnočasových aktivit.**
- **Uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému.**
- **Zajištění chráněného bydlení, chráněného pracovního místa a rekvalifikace.**

Významným prvkem doléčování je *individuální psychoterapie*. V psychoterapii v následné péči se často objevují následující témata: terapeutický vztah, práce s emocemi (práce se stabilizací klientovy emotivity), pocity viny a studu, samota, rodinné vztahy a partnerské vztahy (práce s rodinnými příslušníky, práce s rizikovými

faktory v rodině a mezi partnery), touha po adrenalinu, prevence relapsu (vybavení klienta takovými dovednostmi a vědomostmi, které mu umožňují efektivně předcházet relapsu), práce s tělem, práce s dechem, trávení volného času (nabídka volnočasových aktivit), vztah k autoritám, duální diagnózy (mnohdy se objevují psychotická onemocnění, bipolární afektivní poruchy aj.) a práce se vztekem (Růžička a kol., 2014).

Další významnou složkou doléčování je **skupinová psychoterapie**, kde se využívá potenciálu pracovní skupiny, skupinové dynamiky a procesů, které se dějí uvnitř skupiny. Ve skupinové psychoterapii se pracuje s vlastním příběhem klienta v souvislosti se závislostí, pracuje se s jeho spouštěči (pochopení role spouštěčů a zvyšování schopnosti je rozpoznávat) a také s bažením (jak klienti bažení vnímají, vymýšlejí rizikový scénář, včetně jeho řešení, kontrakce pomoci krok za krokem). Součástí skupinové terapie je také relaxační cvičení, zejména progresivní svalová relaxace. Dále se pracuje ve skupinové terapii s tématem abstinence (výhody abstinence, zmapování pozitivních výsledků klienta, postoj veřejnosti k abstinenci, vliv nátlaku reklamy na návykové látky, nácviky rizikových situací aj.) a s tématy volného času, protože volný čas je pilířem úspěšné abstinence (Růžička a kol., 2014).

Sociální práce je také významným prvkem doléčování a následné péče. Než se klienti osamostatní, je potřeba zaměřovat se na začleňování klientů do společnosti a sociální a právní problémy klientů, které ještě nebyly řešeny a zabraňují jejich integraci. Výsledkem sociální práce je snižování poptávky klientů po další léčbě a resocializaci, snižování rizik a společensky nebezpečného jednání. Mezi program doléčování patří i socioterapeutické aktivity, které mají formu tzv. klubu. Zde pracovníci ukazují klientům možnosti trávení volného času zdravým způsobem. Součástí následné péče jsou i motivační rozhovory. Cílem rozhovorů je navýšit klientovu motivaci tak, že bude vycházet přímo z něj samotného, místo toho, aby byla motivace na klientovi vyžadována z venku nebo od jiné autority (Růžička a kol., 2014).

Léčba závislostí je „během na dlouhou trať“ a změnu nelze očekávat ihned. Je to proces velkého učení, procvičování a sebeuvědomění klienta. Následná péče je nezbytnou součástí léčby, protože klient při příchodu do svého přirozeného prostředí (domova), ve kterém byl léta závislý, se ocitá ve velmi rizikové situaci. A toto riziko se

nejvíce projevuje právě při příchodu domů z bezpečného prostředí léčebných institucí (Kalina s kol., 2008).

2.3 Ostatní zařízení a služby

Systém péče o závislé nabízí další zařízení a služby, které jsou specifické tím, komu jsou určeny. Pomocí programů a služeb poskytují pomocnou ruku lidem ohroženým závislostí a jejich blízkým. Tyto sítě tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace. Mezi zařízení, která se také zabývají léčbou závislostí, patří například: gambling ambulance, centra kompletní péče o dítě a rodinu, programy primární prevence, poradny pro rodiče, doléčovací centra pro matky s dětmi, drogová informační centra, terapeutické komunity a léčebná zařízení pro mladistvé a děti mladší 15 let, zařízení pro osoby z minoritních skupin, svépomocné skupiny, nízkoprahové harm reduction programy, sociální práce (zejména Case management), specializované programy pro lidi ve vězení, krizová centra apod. (Kalina a kol., 2008).

3 VÝVOJ TERAPEUTA

3.1 Profesní vývoj terapeuta

Profesní rozvoj psychoterapeuta lze považovat za vývoj osobního přístupu terapeuta. Důkazy z výzkumů naznačují, že odborníci z oblasti psychoterapie, si aktivně vybírají z řady psychoterapeutických teorií a technik, často mimo svou primární teoretickou orientaci, a „přetváří“ je na jedinečné osobní přístupy. Zatímco myšlenka osobního přístupu není v žádném případě nová a je sdílena řadou odborníků, praktiků, a školitelů, zásadní reflexe tohoto jevu by si zasloužila více zkoumání a prostoru v psychologické literatuře (Řiháček a Roubal, 2017).

Osobní terapeutický přístup si terapeut utváří v průběhu celého svého profesního vývoje. I proto se tímto tématem někteří autoři zabývali a nastínili pozadí, ve kterém se tento proces odehrává. Podle autorů Rønnestada a Skovholta je stávání se terapeutem velmi zdlouhavý a složitý proces. Pro některé jedince může být profese terapeuta celoživotní cesta jak profesního, tak i odborného a osobního růstu (Rønnestad a Skovholt, 2003). V roli psychoterapeuta nezáleží jen na tom, aby člověk získal dovednosti a znalosti, ale jde o celkovou změnu toho, jak se člověk dívá na sebe a svět kolem sebe, jak vnímá okolí, sebe a druhé a jak o všech těchto věcech přemýšlí (Hart, 1985).

V psychoterapii je pracovním nástrojem sám člověk – tedy ten, který terapii vykonává. Cílem psychoterapeuta je, aby byl schopen na tento nástroj co nejefektivněji „hrát“. Podle modelu vývoje psychoterapeuta Rønnestada a Skovholta lze na profesní vývoj terapeuta pohlížet jako na vývojovou linii různých kvalitativně odlišných fází. V každé fázi jsou typická určitá témata, objevující se napříč těchto fází (Rønnestad a Skovholt, 2003).

Na základě longitudiálního výzkumu sta psychoterapeutů a poradců, vznikl model Rønnestada a Skovholta, kde autoři popisují cestu terapeuta v šestifázovém procesu. V jednotlivých fázích se objevují časté rysy terapeuta a obvyklé prvky terapeutického procesu. Objevuje se zde také postupný vývoj a přesun od závislosti na

supervizorech a učitelích a snaha o autonomii, individualitu a sebedůvěru. V jednotlivých fázích lze pozorovat nárůst terapeutických kompetencí a prohlubování sebeuvědomění a schopnosti vhledu. Autoři v uvedených fázích zmiňují i kritický úkol dané fáze (Rønnestad a Skovholt, 2003). Jednotlivé fáze bych ráda blíže představila v následujících odstavcích:

- 1. Fáze laického pomáhajícího (The Lay Helper Phase):** tuto fázi zařazujeme do fáze před započítím psychoterapeutického výcviku. Mezi rysy pomáhajícího patří vysoká angažovanost a silná emoční podpora druhého. Člověk poskytuje rady na základě vlastního přesvědčení a svých zkušeností. Úskalím v této fázi může být neznalost terapeutických postupů, neregulování emocí na straně pomocníka a zaměňování empatie a sympatie. Typický je výskyt projekce, jež je v této fázi častým jevem. Velkým pozitivem je autenticita pomáhajícího a schopnost přirozeného kontaktu s druhým člověkem. Tyto rysy se během vstupu do výcviku a během pracovního procesu mohou měnit (Rønnestad a Skovholt, 2003, s. 10).
- 2. Fáze začínajícího studenta (The Beginning Student Phase)** je fáze, kdy člověk vstupuje do psychoterapeutického výcviku. Člověk zažívá pocity vzrušení, ale je též zahlcen mnoha podněty a vlivy. To může vyústit v přehlčení a úzkost (Rønnestad a Skovholt, 2003). Autoři Polson a Nida, kteří se úzkostí u studentů psychologie zabývají, popisují výskyt deprese a úzkosti jako velmi častý jev, právě u frekventantů psychoterapeutických výcviků. Podle autorů dokonce 11% frekventantů užívají antidepresiva během absolvování terapeutického výcviku (Polson a Nida, 1998). Mezi základní rysy ve fázi začínajícího studenta patří napodobování svých vzorů (učitelů, terapeutů a supervizorů), jejich způsobu práce a identifikace s určitým modelem či terapeutickými technikami, které jsou snadno aplikovatelné a vytvářejí ve studentovi jistotu. Zároveň ale tyto naučené techniky brání k přijímání nových poznatků a otevřenosti vůči jiným perspektivám. Úskalím jsou zde pro studenta pocity spojené s pochybnostmi o vlastních charakteristikách, potřebných pro

tuto profesi. Studenti si uvědomují svou nejistotu a nezkušenost, což může vést ve valné většině studentů k pocitu nedostatečnosti během sezení s klienty (Rønnestad a Skovholt, 2003).

- 3. Fáze pokročilého studenta (The Advanced Student Phase)** je fází, probíhající na konci psychoterapeutického výcviku. Zde je důležitým prvkem, aby si student uvědomil vlastní styl své práce, zdroje a překážky v terapeutické práci. Student se snaží o dokonalost, má perfekcionistické rysy a má tendence přebírat nadměrnou zodpovědnost (Rhéaume a kol., 2000). Učitelé a supervizoři jsou pro studenta stále zdrojem zkušeností. I v této fázi napodobují vzorce chování svých učitelů, ale nyní již kriticky uvažují, co chtějí přijímat za své a co ne. Kritickým úkolem v této fázi je schopnost provádět psychoterapii na základní profesionální úrovni. Studentům může často chybět přirozená hravost a smysl pro humor, díky tendencím být perfektní (Rønnestad a Skovholt, 2003).
- 4. Fáze profesionála začátečníka (The Novice Professional Phase)** je fází, která zahrnuje první roky po ukončení studia a výcviku. Terapeut prožívá velké výzvy a změny. Již není pod dohledem učitelů a supervizorů a ocitá se odkázán jen sám na sebe. Tato fáze je pro terapeuty velmi přitažlivá a zároveň je velkou výzvou, protože se člověk v tomto období spoléhá jen sám na sebe. Terapeut může pociťovat pocity volnosti a svobody a na druhou stranu nemá při náročných situacích nikoho po ruce, na koho by se mohl obrátit. Terapeut by měl opouštět to, co se mu v minulosti neosvědčilo a přibírat nové možnosti. V této fázi se uplatňuje obecně platný postup – na začátku terapeut využívá poznatky z výcviku ve své praxi a hledá platnost těchto tvrzení. Poté, na základě vlastní zkušenosti dochází k „zestřízlivění“, kde zjišťuje, že dosavadní modely, které používal, nejsou aplikovatelné na všechny situace a kontexty. A nakonec se terapeut zaměřuje na sebe a zkoumání sebe samotného a směřuje k autonomnímu profesnímu fungování. Obtížné situace pro terapeuta mohou být spojeny s tématem hranic a vlastní zodpovědnosti za proces a přístupu k práci. Důležité je také v této fázi uvědomění si vlastního „self“, vlastních hodnot,

postojů, limitů či dovedností a terapeutického vztahu v procesu terapie. K rozvoji autonomie terapeuta přispívají jeho vnitřní charakteristiky a zaměření se na interní procesy (Rønnestad a Skovholt, 2003).

Zlepšení emočního a mentálního fungování v rámci absolvování vlastní terapie jsou oblasti, které autoři Wiseman a Shefler zmiňují jako užitečné a pomocné pro rozvoj vlastní terapeutické praxe. Osobní terapie zprostředkovává terapeutovi komplexní chápání vlastní dynamiky jedince. Zkušenost s terapií napomáhá terapeutovi sledovat z pozice klienta jiného odborníka a má zde možnost vyrovnávat se s emočním stresem, který je v práci terapeuta běžně přítomný. Emoční stres, může narušovat průběh terapie a terapeutického vztahu a také velmi narušuje empatii terapeuta vzhledem ke klientovi (Wiseman a Shefler, 2001).

- 5. Fáze zkušeného profesionála (The Experienced Professional Phase)** – v této fázi má terapeut již několik let zkušenosti s různou klientelou a různými typy terapeutické práce. Terapeut si vytvořil roli takového terapeuta, který odpovídá jeho osobním hodnotám a přesvědčením. Důležitá je zde důvěra v sebe a vlastní schopnosti. Terapeut má jasně vytvořené preference, což plně podporuje jeho autenticitu. Tím, že dochází k upevnění dosavadních poznatků a zkušeností, cítí se terapeut „pohodlně“ ve své práci i ve své roli. Mezi jeho preference patří zvolený terapeutický styl, který mu vyhovuje a který je ve shodě s jeho osobností a „self“. Mezi další body patří rozvíjení schopnosti odlišit profesní a soukromou roli například v rámci vlastní rodiny. Terapeutické techniky se v této fázi také stále rozvíjejí, avšak jsou již mnohem flexibilnější a osobitější. Terapeut je schopen pracovat s pacienty komplexně, jako profesionál a i nadále rozvíjí a prohlubuje porozumění významu terapeutického vztahu i terapeutickému procesu. Autoři považují za úskalí a obtížnost v této fázi vytvoření vlastního pojetí terapeutovy role (Rønnestad, Skovholt, 2003).

- 6. Fáze seniora profesionála (The Senior Professional Phase)** – v této fázi je terapeut zkušeným průvodcem, učitelem a profesionálem. Z vnějšího světa je

vnímám jako vzor a stává se učitelem mladších a méně zkušenějších. Někteří terapeuti se potýkají s tématem „ztráty“, kdy si uvědomují vlastní omezení v předchozích aktivitách, úbytek zdraví a sil, přítomnost smutku a jiných okolností, které náležejí k vyššímu věku. Terapeut již nemá tolik energie a mnohdy si i bolestivě uvědomuje hranice svých možností. Někteří terapeuti odcházejí do důchodu, jiní aktivně zůstávají ve své roli. Autoři zařazují mezi rizika tohoto období cynismus nebo nudu. Většina terapeutů se však snaží vynaložit úsilí k dalšímu vzdělávání a růstu a těší se z vlastní práce. Terapeuti v této fázi vkládají důvěru ve své klienty a velmi dobře a důvěrně znají různé terapeutické techniky a metody. Profese terapeuta není jednoduchá. Jedinec se musí rozhodnout stále se vzdělávat a musí být ochotný profesně růst. Jinak může poškodit sebe i klienta (Rønnestad, Skovholt, 2003).

Šest fází vývoje popsaných výše postupně směřují k větší otevřenosti terapeuta. Terapeut musí stále profesně růst a musí se aktivně angažovat v terapeutickém vztahu. Na začátku profese terapeuta může být negativním rysem či potíží spoléhání na hodnocení ostatních a ke konci terapeutické kariéry upozorňují autoři na možnou stagnaci psychoterapeuta (Rønnestad, Skovholt, 2003).

3.1.2 Faktory podílející se na vývoji terapeuta

Orlinsky a Rønnestad se ve svých výzkumech snažili zjistit obecné faktory, které mají vliv na profesní vývoj a růst psychoterapeutů. Mezi nejvýznamnější faktory, které přispívají k profesnímu rozvoji a vývoji jsou podle autorů považovány: ***přímá práce s klienty, supervize a osobní psychoterapie*** (Orlinsky a Rønnestad, 2009).

Jiní autoři - Kazantzis a kol., ve svých výzkumech srovnávali terapeuty z Nového Zélandu, USA a Kanady a zjistili na základě analýzy dat jako významné faktory ***supervizi, terapeutický výcvik a osobní psychoterapii*** (Kazantzis a kol. 2009).

Autoři Jennings a Skovholt označili za nejvýznamnější faktory ***osobní vyzrállost a růst***. Zajímali se o kognitivní, emoční a vztahové charakteristiky terapeutů a ve své

studii zjistili, že zkušenosti terapeutů vykazují vysokou emoční vyspělost a stabilitu a silný charakter (Jennings a Skovholt, 1999).

Dalším příkladem jsou klíčové faktory přispívající k rozvoji terapeuta z pohledu autorů Skovholta a Starkeyho, kteří považují za pilíře potřebné k optimálnímu fungování v profesi terapeuta *praxi, empirický výzkum a osobní život* (Skovholt a Starkey, 2010).

3.1.2.1 Osobní život a zkušenosti

Terapeut, který je teprve na začátku své terapeutické profese, často čerpá ze zkušeností z osobního života. Ty jsou mnohdy to jediné, na čem může stavět proces terapie. Opírá se o témata ze svého života, z výcviku a o konkrétní případy, které převzal či získal od svých učitelů. Osobní zkušenosti mají pro terapeuta obrovský význam, protože jsou to jak pozitivní, tak negativní mezníky v životě, které musel ve svém životě prožít a překonat. Proto tvoří nenahraditelnou část a nejvýznamnější část v terapeutově vzdělání. Klienti potřebují od svého psychoterapeuta, aby byl empatický, aby s ním prožíval dané téma, které je v terapii aktuální, porozuměl mu a porozuměl tomu, čím si klient prochází. Osobní zkušenost je právě tou kvalifikací, která umožňuje terapeutovi všechny tyto body splnit (Skovholt a Starkey, 2010).

Osobní zkušenost tvoří obrovskou část terapeutické praxe a má na ní nesmírně veliký vliv. Terapeut ji nezíská během studie psychologie, ani během výcvikového vzdělání. Získá ji sám během svého života, a proto se soukromí život stává součástí procesu budování terapeutických kompetencí a jsou pro profesní vývoj a rozvoj hodnotné (Jensen, 2007).

Rønnestad a Skovholt uskutečnili rozhovory s psychoterapeuty ve starším věku a na základě analýzy rozdělili osobní zkušenosti psychoterapeutů do dvou oblastí. První oblastí je *raná zkušenost*, která zahrnuje interakci s rodiči, styl výchovy, komunikaci v rodině, emoční projevy jedince a celé rodiny aj. Zajímavé na této studii je, že pro více než polovinu účastníků byly tyto zkušenosti z raného období negativní. Mezi významné body v *pozdní zkušenosti v dospělém životě* považovali účastníci manželství a kvalitu vztahu mezi partnery. Za významné mezníky považují také

rodičovství, vážné onemocnění či ztrátu partnera nebo dítěte. Ač jsou tyto zkušenosti pro člověka bolestivé, mohou být terapeuti s touto zkušeností pro klienta příkladem, že se tyto situace dají zvládnout a překonat (Rønnestad a Skovholt, 2001).

3.1.2.2 *Psychoterapeutický výcvik*

Efekt psychoterapeutického výcviku je velmi těžké zkoumat. Obtížné je to z toho důvodu, že na psychoterapeuta působí během absolvování výcviku spousta dalších vlivů, které se týkají jeho osobního života a akademického vzdělávání, které od něj nelze striktně oddělit. Terapeut si postupně uvědomuje různé souvislosti a nelze říci, jestli na tyto poznatky měl vliv pouze psychoterapeutický výcvik. Otázkou, kterou si většina autorů pokládá je, jaký dopad má terapeutický výcvik na proces a výsledky terapie (Rønnestad a Ladany, 2006).

Výcvikové prostředí představuje pro začínajícího terapeuta, podle Carlssona a kol., základní rámec znalostí a praktických dovedností. Terapeut se zde naučí o procesech přemýšlet a naučí se reflektovat vlastní zkušenosti. Většina výcviku je rozdělena na sebezkušenostní část, kde výcvikový koncept usiluje o osobní rozvoj terapeuta. Povinnou součástí je také individuální psychoterapie s určitým počtem daných hodin, která také přispívá k rozvoji a vývoji terapeuta (Carlsson a kol., 2011).

Ač výcvik vede terapeuty k rozvíjení odborných kompetencí, může někdy brzdit a zastiňovat přirozené osobní kvality a dovednosti terapeutů. Tyto prvotní kvality jsou základním kamenem a jeví se jako velmi zásadní v profesi terapeuta. Profesní dovednosti, které terapeuti postupem času a působením vzdělávání získají, po nějakém čase integrují společně s přirozenými kvalitami do svého „self“, avšak až po skončení výcviku a po pár letech terapeutické praxe (Carlsson a kol., 2011).

3.1.2.3 *Klientem v psychoterapii*

Vlastní psychoterapeutická praxe může mít ze začátku pro terapeuta stresující a negativní charakter. Může být zdrojem emočního zmatku a napětí, což může negativně

ovlivňovat průběh terapie, vztah s klientem a profesní rozvoj terapeuta. Skutečnost, že si terapeut vyzkouší roli klienta její, rozvíjí po všech stránkách profesního vývoje. Individuální terapie je pro terapeuty podle jejich výpovědí zdrojem podpory, pomáhá jim v náročných a krizových situacích a zároveň vytváří osobní prostor jen pro terapeuty, tudíž zde mohou řešit své osobní problémy a těžkosti (Grimmer a Tribe, 2001).

Mezi situace, které podporují terapeutův rozvoj a vývoj patří následující (Macaskill, 1999, s. 143):

- **Terapeut v roli klienta** (zvyšuje to jeho empatii a citlivost).
- **Sebeuvědomění** (podporuje dynamiku a porozumění vlastní osobnosti).
- **Supervize** zlepšuje vlastní psychickou pohodu a snižuje úroveň vlastní symptomatologie.
- **Osobní terapie** zvyšuje terapeutovo **uvědomění** si vlastních problémů a oblastí konfliktů (přínosem je vhodné zacházení s protipřenosem) .
- **Osobní terapie** vede k **řešení osobních konfliktů**, zdokonaluje terapeuta v ovládnutí některých technik (skrze pozorování zkušenějšího terapeuta).

3.1.2.4 Supervize

Podmínkou plného terapeutického vzdělání je i povinný počet hodin supervize (individuální i skupinové). Supervize by měla terapeutovi poskytovat podporu, zpětnou vazbu o tom, jak si s klienty vede, objasnění či ujasnění si toho, co se v terapii mezi terapeutem a klientem děje, rozšiřuje terapeutův náhled na danou situaci, podporuje uvědomění, rozvíjí terapeutické kompetence, integruje znalosti a dovednosti terapeuta, podporuje autonomní růst terapeuta a rozvíjí terapeuta ve smyslu být více vnímavý, hloubavý, tvořivý a tolerantní ve vztahu ke svým pacientům (Kaufman a Schwarz, 2003).

Terapeut by měl se supervizorem navázat bezpečný vztah, který má podobu vztahu mezi rodičem a dítětem. Během tohoto vztahu se vytváří identita

psychoterapeuta (Bernard a Goodyear, 2009). Navození bezpečného prostředí umožňuje terapeutovi svěžit se a diskutovat se supervizorem o jednotlivých klientech. Tyto diskuze mohou v terapeutovi vyvolat různé emoční reakce a díky uvědomění si těchto reakcí, terapeut dále lépe porozumí svým protipřenosům vůči klientům (Rubin, 1989).

3.1.2.5 *Vlastní psychoterapeutická praxe*

Nejsilnějším zdrojem znalostí a zkušeností je pro terapeuta přímá interakce s klienty. V průběhu přímé psychoterapeutické práce s klienty porozumí a získá teoretické znalosti do hloubky (Rønnestad a Skovholt, 2003).

Vlastní terapeutická praxe by se dala zařadit na první místo v žebříčku všech faktorů, které přispívají k rozvoji a vývoji terapeutů. Aby mohl terapeut pracovat se svými klienty, je potřeba projít výcvikem a supervizí. Faktory, se tedy jednotlivě prolínají, ale jako samostatné jednotky by tyto faktory neměly na rozvoj terapeuta až takový vliv, jako když se vzájemně ovlivňují (Rønnestad a Skovholt, 2003).

Stahl uskutečnil studii, která se zaměřuje na to, čemu se začínající terapeuti od svých klientů učí. Vymezil čtyři oblasti, které se během interakce mezi terapeutem a klientem objevují. Během sezení se dozvídá terapeut od svých klientů následující (Stahl, 2007):

- Jaký je terapeut, jaký je jako osoba (lidská povaha terapeuta),
- jaký má styl práce,
- jaké jsou jeho limity,
- jaké jsou jeho hranice,
- jaké terapeutické dovednosti by měl rozvíjet.

Obecně je práce s klienty pro terapeuta prospěšná a poskytuje terapeutovi znalosti a dovednosti, které mu studium, akademické vzdělání, zkušenosti z výcviku a osobní život nemohly poskytnout (Skovholt a Starkey, 2010).

3.2 Kompetence terapeuta

Kompetence terapeuta jsou významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu a efektivitu poskytované péče. Státní instituce, plátcí a příjemci péče se čím dál více a častěji dožadují zajištění kvality těchto kompetencí psychoterapeutů. S tím se pojí proces vzdělávání psychoterapeutů. Vzdělávací systém v současné době zajištění kvality kompetencí terapeutů spíše nenaplnuje. Řada autorů diskutuje o tom, že by mělo dojít ke změně ve vzdělávacím systému terapeutů a vzdělávání by se mělo zaměřit na kompetenční přístup a model vzdělávání (Hatcher a kol., 2013).

Většina nadnárodních profesních psychologických a psychoterapeutických společností se k tomuto trendu, kompetenčnímu přístupu již hlásí. Různé země se liší různou mírou začleňování kompetenčních přístupů do vzdělávacích programů. Diskutabilním se stává stále téma, v jaké míře nynější vzdělávací programy přispívají k rozvoji psychoterapeutových kompetencí. Když srovnáme *vzdělání terapeuta*, jeho *osobní přímou práci s klienty* a jeho *osobní vývoj a zrání*, jaký je specifický přínos pro jednotlivé oblasti a jaký přínos přináší samotné vzdělávání terapeuta vůči ostatním oblastem? Tyto otázky vedou k usilování kompetenčního přístupu o větší explicitnost a cílenost vzdělávacího procesu. Snaží se klást větší důraz na výstupy vzdělávacího procesu, tedy na kompetence, které terapeut během vzdělání získá (Karpíšek, 2016).

Pojem kompetence se v rovině individuálních vzdělávacích cílů týká konkrétních znalostí a dovedností, schopností, způsobilostí, hodnot, postojů pravomocí a zodpovědnosti jedince. V psychologickém procesu se kompetence vztahují k poznání dovedností a postojů a jejich integraci. Jedná se mimo jiné i o souhrn integrovaného poznání chování a strategií, dispozic a osobních charakteristik, sebepojímání a motivace. Tyto kompetence se odráží v kvalitě terapeutického výkonu ve prospěch druhých. Osobním rozvojem, sebereflexí a psychoterapeutickým výcvikem mohou být rozvíjeny a zlepšovány a můžeme je porovnávat s profesními standardy terapeutů (Kaslow a kol., 2009. s. 27-45).

Profesní kompetence psychoterapeuta můžeme rozdělit na odborné a osobní kompetence (Karpíšek, 2016, s. 90).

- **Odborné kompetence** (zahrnují teoretické znalosti a praktické dovednosti).
 - Jádrové kompetence odkazují k různým oblastem bez ohledu na metodu.
 - Specifické kompetence jsou vázány na konkrétní psychoterapeutický přístup.
 - Speciální kompetence se vážou ke kontextu psychoterapie a zaměření se na specifickou klientelu či místo (děti, dospělí, senioři, rodiny, nemocnice, ambulance aj.).
- **Osobní kompetence** (zahrnují schopnost empatie, interpersonální komunikace, úrovní sebereflexe, vztahování se k sobě, druhým lidem a okolnímu světu, schopnost diferenciací stavů svých i druhých lidí, regulace svých emocí, vnitřní integrace a stabilita aj.).

Kompetence, které se projevují v terapeutickém procesu, ještě nemusí vést k žádoucí terapeutické změně. V reálné terapeutické situaci, fungují kompetence ve vzájemném propojení s ostatními faktory, mezi které patří např. znalost teorie, praktické dovednosti, přizpůsobení intervence reálnému terapeutickému procesu a klientovi aj. (Lambert, 2013).

Pojetí kompetencí v psychologii podrobně rozpracovala Americká Psychologická Asociace, která na základě klíčových kompetencí rozpracovala kompetenční model, jež v současné době využívají psychologové ve vzdělávání a je doporučený pro tvorbu vzdělávacích programů (Karpíšek, 2016, s. 92).

Nejrozvinutější kompetenční model můžeme najít v Kanadě (The Council of the College of Registered Psychotherapists of Ontario). Tento model zahrnuje základní znalosti psychického fungování, profesní zodpovědnost, znalosti a dovednosti spojené s psychoterapií, vztahy s ostatními profesionály v oblasti psychologie a znalost odborné literatury a aplikovaného výzkumu (Karpíšek, 2016, s. 92).

To, co by měl být psychoterapeut schopný dělat, vypracovala Evropská Asociace Psychoterapie. Jedná se o následující body jádrových, speciálních a

specifických kompetencí (Profesionální kompetence evropského psychoterapeuta, 2013):

- *Profesní, autonomní a zodpovědná praxe* (terapeut by měl být způsobilý založit odbornou praxi, kde by se měl chovat podle profesních standardů, chovat se profesionálně, vést systém evidence, navazovat spolupráci s dalšími odborníky, měl by rozpoznat nejrůznější možné symptomy a učinit potřebná opatření, různými způsoby si udržovat formu, aby byl způsobilý vykonávat praxi aj.).
- Vytvoření vhodného prostředí a bezpečné pracovní podmínky.
- Zajištění kvality své terapeutické praxe.
- Kontinuálně pracovat na svém profesním a osobním rozvoji po celou dobu své praxe.
- Navázat zdravý psychoterapeutický vztah, řídit a udržovat psychoterapeutický vztah, zvládat různé obtíže psychoterapeutického vztahu.
- Poznat, že se blíží ukončení terapie a ukončit terapeutický vztah.
- Provést diagnostické vyhodnocení, stanovit diagnózu.
- Konceptualizovat a zvolit si přístup (využívat klinické zkušenosti, teoretické a metodologické poznatky a nástroje pro hodnocení).
- Dojednání kontraktu, stanovení cílů, plánů a strategií.
- Plánovat psychoterapii, posuzovat plán nebo strategii a modifikovat ji.
- Využívat různé techniky a intervence.
- Zvládat emocionalitu sezení, napomáhat zpracování emocí.
- Řízení změny, krize a práce s traumatem (znát práci s lidmi v krizi a traumatem a umět s nimi v terapii pracovat).
- Zaznamenávat a hodnotit průběh terapie.
- Využívat supervize a intervize a kritické hodnocení.
- Pracovat v rámci etických norem a pravidel, být vnímavý (senzitivní) ke kulturním odlišnostem.
- Znalost výzkumu, prevence a vzdělání.

Ačkoliv, kompetenční přístupy v psychoterapii nejsou ve většině zemí ještě vyžadovány, uplatňuje se již v mnoha zemích a lze očekávat postupný přechod k tomuto modelu (Karpíšek, 2016).

3.3 Osobnost terapeuta

Být terapeutem je velmi náročná práce, která zahrnuje být služebníkem, průvodcem, opatrovníkem, bytostí, která pomáhá ostatním lidem, ale také žije svůj vlastní život. V psychoterapii je primárním nástrojem terapeuta jeho osobnost (Kalina, 2013).

Psychoterapeut by měl disponovat některými základními nezbytnými vlastnostmi - přijmout druhého jako autonomní a nezávislou bytost, být schopný jej ocenit, být autentický (opravdivý v terapeutickém vztahu), měl by být schopen „naladit se“ na klienta, měl by být kongruentní (měl by mít pravdivé, jasné, celistvé a ohraničené vědomí, měl by prožívat vlastní „self“ a vztahy s druhými), měl by být empatický a přitom zůstat sám sebou (Mearns a Thorne, 2013).

Podle Vybírala je prvním předpokladem pro vykonávání psychoterapie **nadání**. Psychoterapie je systematická činnost, pro kterou je potřeba podstoupit výcvik, trénink a vzdělání. Učit se jednotlivým technikám, vedení rozhovoru, pracovat na svém osobnostním a profesním rozvoji atd. **Talent** je složka osobnosti člověka, která je velmi důležitá. Psychoterapie je složitá mezilidská interakce a každý člověk nemá to nadání být s lidmi a reagovat na ně, podle jejich potřeby. Jen někteří lidé mají to nadání naslouchat druhým. Mezi dobré předpoklady a složky osobnosti dobrého terapeuta patří podle autora pokora, nevyvyšování se na druhé, trpělivost, pevnost a komunikativnost. Terapeut by druhé neměl hned odsuzovat za to, jací jsou, neměl by se bát vyjádřit svůj názor, měl by definovat věci tak, aby ostatní neurážely, měl by být ochoten změnit či pozměnit svůj názor, když je nesprávný. Měl by umět improvizovat, protože psychoterapie je zčásti založená na improvizaci (Vybíral, 2016).

Psychoterapie se dá přirovnat k práci „průvodce“ a jelikož je pokaždé a s každým klientem či jedincem jiná, nemůžeme přesně popsat, co přesně udělat nebo jaký být, aby byl psychoterapeut dobrý (Vybíral, 2016).

Rozdílný názor má například psycholog Len Jennings, který je přesvědčen o tom, že obyčejný člověk, který se bude vzdělávat v psychoterapii, bude pokorný a podstoupí psychoterapeutický výcvik a jestliže není nijak psychicky či duševně nemocný, může být dobrým psychoterapeutem. Autor je názoru, že vzdělání je důležitější než samotný talent (Jennings, 2016).

Mezi přednosti dobrého psychoterapeuta by mělo patřit „*umění ptát se*“. Stejně tak dobrou kvalitou psychoterapeuta je ale na druhou stranu „*umění neptat se*“. Maslow toto tvrzení zformuloval jako „nepokoušet se za každou cenu léčit“. Téměř každý zkušený psychoterapeut uznává, že základem léčby v psychoterapii je terapeutický vztah (Maslow, 2014).

Abraham Maslow tvrdil již v padesátých letech, že dobrý psychoterapeut se liší od toho špatného v tom, že umí *citlivě naslouchat*. Terapeut by neměl slyšet ve vyprávění druhého klienta pouze to, co očekává nebo to, co chce slyšet, ale to, co klient ve skutečnosti říká. Jestliže tak neučiní a v popředí bude stát on sám, uslyší pouze vlastní teorie a očekávání. Dobrý terapeut by neměl vycházet jen z toho, co se naučil během akademického vzdělání nebo na počátku kariéry, ale měl by vnímat každého člověka objektivně a beze snahy zařazovat jej do kategorií, diagnóz a příhrádek (Maslow, 2014, s. 142-143).

Při naslouchání terapeut koriguje a filtruje své myšlenky. Nepředbílá, neformuluje ihned své myšlenky, nechává si čas, až klient domluví, nevstupuje hned do tématu, neříká klientovi, že tuto situaci už zažil a jaké má s daným problémem zkušenosti, nekomentuje klientův monolog a neskáče mu do řeči. Psychoterapeut empaticky naslouchá a stará se o to, aby jeho vstupy do řeči klienta nenarušovaly terapeutický proces. Terapeut se snaží být otevřený k vyprávění klienta, hypotetizuje – to znamená, že ve své hlavě brzdí předčasné závěry a srovnává si postupně všechny své myšlenky (Vybíral, 2016).

Tomuto naslouchání se také občas říká „*aktivní naslouchání*“, jelikož se terapeut soustředí a doptává se, aby výpovědi klienta správně porozuměl (Vybíral,

2016). Max Frisch v roce 1973 řekl, že když člověk nenaslouchá sám sobě, není možné naslouchat druhým (Frisch, 2015, s. 42). Dobrým předpokladem psychoterapeuta je, aby se vyznal ve svých emocích, reflexích, vztazích, hodnotách, postojích a na základě těchto kladů se lépe orientoval v lidech kolem sebe (Vybíral, 2016).

Posláním psychoterapie je mluvení s klientem. „*Umění vést rozhovor*“ je dalším rysem dobrého psychoterapeuta. Terapeut by měl s klientem komunikovat, přijímat jej, dávat najevo, že si ho cení jako jedinečnou osobu s jedinečnými problémy. Beze slov se terapeut vzhledem ke klientovi také nějakým způsobem vztahuje. Například tím, jak se tváří, jak sedí, jak se obléká nebo co má ve své terapeutické pracovně. Léčba slovem, tedy komunikace s klientem má ale nejzásadnější vliv. To, že s klientem mluvíme, jej v podstatě drží při životě (Kocábová, 2004).

Zkušený psychoterapeut se nedrží jen diagnostických postupů a manuálů, nedrží se úzkostlivě návodů, jak daný problém řešit, ale *improvizuje* a snaží se naladit na aktuální potřeby klienta (Vybíral, 2016).

V roce 2014, vedla M. Kahancová rozhovory se zkušenými psychoterapeuty. Na základě tohoto těchto rozhovorů, uvedla ve svém výzkumu několik vlastností, které by měl mít dobrý psychoterapeut (Řiháček a kol., 2016).

- Terapeut by neměl ztratit schopnost „myslet a cítit“. Neměl by se nechat zahltit klientovými problémy, stesky a potížemi.
- Měl by být trpělivý a netlačít na změnu. Měl by se umět zeptat, ale i „nezeptat“ a vyčkat na správnou chvíli.
- Terapeut by měl být schopen unést, že danému člověku nemůže pomoci.
- Měl by být pokorný. Netváří se jako expert a největší odborník na řešení všech problémů.
- Měl by si umět připustit, že se zmýlil. Netrvat na své výpovědi a tvrdit, že pacient je v odporu.
- Měl by být empatický. Měl by se umět naladit na emoční rozpoložení klienta, k jeho názorům a umět se do něj vcítit.
- Měl by přes všechny tyto podmínky zůstat sám sebou. A zůstat dostatečně vzdálený a oddělený od klientů.
- Terapeut by měl mít rád svoji práci, lidi, nebýt cynický a „vyhořelý“.

- Terapeut by měl být svou prací zaujatý a měla by ho bavit.
- Měl by být zvědavý, na to, jaké problémy lidi mají.
- Neměl by se bát problémů jiných lidí.

Vlastnosti dobrého psychoterapeuta, které souvisejí s jeho osobností, do značné míry korespondují s postoji a vlastnostmi, jež jsou vlastní pro psychoterapeuty rogeriánsky zaměřené. Psychoterapeut by měl být **empatický**. Empatii zdůrazňovali Abraham Maslow a Carl Rogers, již když hodnotili styl práce tehdy psychoanalytických a behaviorálních terapeutů, kteří byli v terapeutickém vztahu příliš odtažití. Terapeut by měl být vřelý, přívětivý, vlídný a autentický a měl by být klientovi „blízký“. V tomto případě nejde o žádné techniky, které se člověk naučí ve výcviku, ale o **přirozenou mezilidskou vstřícnost**, což by měla být základní vlastnost všech terapeutů (Vybíral, 2016).

Další žádoucí vlastností či dovedností dobrého terapeuta by mělo být **citlivé reagování na klienta**. Terapeut by měl reagovat na to, co zrovna klient potřebuje. Měl by se adaptovat na klienta a na situaci, ve které se klient nachází a pracovat s tím, co mu zrovna v tu chvíli klient říká. Klient potřebuje od terapeuta **cítit, že jej vnímá** a že vnímá to, co potřebuje (Vybíral, 2016).

Vlastností dobrého terapeuta je i **citlivost**. Je důležité vědět informace o pacientovo nemoci a umět mu pomoci z „lékařského hlediska“, ale důležitější je vystihnout ten správný moment, kdy říct informace o pacientovo nemoci a jakým způsobem (Vybíral, 2016).

Terapeut by měl i dokázat vnímat a reflektovat to, co s ním citlivé reagování na klienta dělá. Jestli vnímá nějaké negativní či pozitivní pocity a stavy (vyčerpání, uspokojení, touha pomoci, netrpělivost, hněv aj.) (Vybíral, 2016).

Chybování je nevyhnutelné a i velmi zkušené terapeuti chybují. Terapeut by měl mít zdravý náhled na sebe a měl by být schopen chyby reflektovat a být si jich vědom. Protože tímto způsobem se může ze svých chyb poučit (Vybíral, 2016).

Vybíral ve své knize „Jak se stát dobrým psychoterapeutem“ uvádí čtyři základní vhodné rysy psychoterapeuta, kterými by měl každý terapeut disponovat (Vybíral, 2016, s. 177).

- Osobnostní zralost
- Otevřená mysl bez předsudků.
- Zkušenosti.
- Upřímnost, vlídnost, vstřícnost a empatický přístup.

V psychoterapii stále zůstává otázkou, zda v léčbě druhých, pomáhá terapeutům *vlastní utrpení*. C. G. Jung překonal vlastní duševní nemoc a přivedlo jej to k hlubšímu porozumění vnitřního světa duševně nemocných. Ferenczi tvrdil, že vyléčený pacient může být lepší psychoterapeut než analytik. A Rollo May, který patřil mezi průkopníky existenciální psychoterapie, uvedl, že terapeuti léčí silou, která plyne z jejich vlastních ran. Profesionálnímu rozvoji může určitým způsobem napomoci vlastní utrpení či životní zkušenosti s bolestí. Tyto zkušenosti mohou terapeuta přivést k lepšímu pochopení klienta. Terapeut dokáže lépe soucítit s klientem, vcítit se do bolesti klienta, být vlídnější a trpělivější. Záleží ale na mnoha faktorech, jak se on sám, s bolestnými faktory v minulosti vypořádal. Důležité je, jestli už má své trápení zpracované nebo jestli mu klientovo bolestné téma jen připomíná to jeho. V tom případě tato situace může snižovat terapeutovy schopnosti, empatii, a vlídnost a terapeut tím může odvádět pozornost od aktuálního problému či tématu pacienta a narušit tak terapeutický proces (Vybíral, 2015, s. 119).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíl výzkumného šetření a formulace výzkumných otázek

Prvním krokem ve výzkumné studii bylo formulování výzkumné otázky. Jejím cílem v kvalitativním výzkumu je identifikovat fenomén, který bude zkoumán. Výzkumná otázka navíc vytváří perspektivu, ze které se bude ke zkoumanému fenoménu přistupovat, a určuje, který druh informací bude důležitý. Podle Strausse a Corbinové (1999) může být výzkumná otázka odvozená buď z literatury anebo z osobní či profesní zkušenosti. V mém případě hrály při formulaci výzkumné otázky roli osobní zkušenosti, ale ovlivněná jsem byla i odbornou literaturou. Hodně mě inspirovali autoři článků v odborném časopise Adiktologie, Pavel Mašek a Jan Sobotka. Autoři se zabývají termínem exuser (český ekvivalent – bývalý uživatel), který označuje „*dlouhodobě abstinujícího bývalého abusera, člověka závislého na drogách, který pracuje jako plnohodnotný člen týmu v prostředí terapeutické komunity*“ (Mašek, Sobotka, 2005, s. 436). Zaměřují se také na pozici exusera v dalších terapeutických zařízeních. Moje osobní zkušenost pochází z odborných stáží, které jsem absolvovala v průběhu studia. Všimla jsem si, že v terapeutických komunitách pro závislé, v nízkoprahových centrech a jiných terapeutických zařízeních, které se zaměřují na léčbu závislosti, je zastoupení bývalých uživatelů, jako odborníků, velmi časté. Podle odborné literatury je pozice exusera v týmu terapeutického zařízení mezi psychology a jinými specialisty na závislosti, diskutovaným tématem. Terapeutické týmy jsou především v USA, obsazovány exusery běžně a tito lidé jsou do týmu široce přijímány. V Evropě a především v ČR se názory různí. V ČR se místo exuserům v terapeutickém týmu otevírá jen za určitých a velmi specifických podmínek. Jediná terapeutická komunita pro závislé v ČR, v jejímž týmu byli dva exuseři, musela zpočátku překonávat obavy a nedůvěru. Tento netypický model musel prokázat svou životaschopnost a efektivitu (Mašek, Sobotka, 2005).

I přes některé zmínky v odborné literatuře, je o exuserech v literatuře psáno zřídka. Rozhodla jsem se tedy fenoménu bývalého uživatele věnovat více v mé diplomové práci a rozvést dosavadní poznání či doplnit některé další poznatky v této oblasti.

V praktické části bylo mým hlavním cílem popsat, jakou roli a význam hraje předchozí zkušenost člověka se závislostí v profesi psychoterapeuta. Cílem studie bylo zachytit život subjektu od té fáze života, kdy poprvé začal přemýšlet o profesi terapeuta. Snaha byla zachytit jeho život v této fázi v širší souvislosti, s ohledem na jeho celistvost a popsat jeho pocity, spojené s předchozí zkušeností se závislostí, protože ta je nevymazatelnou součástí každého z participantů. Kromě této fáze života participantů se snažím zaměřit i na profesní část jejich života – povolání psychoterapeuta. Úmyslem je také zjistit, jak psychoterapeuti reflektují svou zkušenost se závislostí, jakou pro ně měla tato zkušenost význam a co je vedlo k tomu, že se stali psychoterapeuty. Posledním cílem v této práci bylo zjistit, jaký význam má pro nynější psychoterapeuty jejich povolání a jak to, že se této práci věnují, prožívají.

Účelem studie je představit životní příběh psychoterapeutů samotných, popsat jejich výpovědi, porovnat individuální pohled na obě fáze jejich života (život se závislostí a profesi terapeuta) a hledat mezi nimi podobnosti, odlišnosti a souvislosti.

Praktická část je zaměřena na rozbor šesti případů pomocí tematické analýzy, přičemž záměrem práce není porovnávat jednotlivé výpovědi s normou, ale vyzdvihnout neopakovatelnost a jedinečnost případu.

4.2 Výzkumný plán a metoda zpracování

V práci byl zvolen kvalitativní výzkum, a to především z důvodu pochopení a odkrytí jevů, které nám nejsou tolik známé. Jak vysvětluje Strauss a Corbinová, *„kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metody obtížně*

podchycují“ (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11). Kvalitativní přístup pracuje s jedinečností, neopakovatelností, kontextuálností, procesuálností a dynamikou předmětu zkoumání (Miovský, 2006).

Zvolená kvalitativní metoda by měla být ze své podstaty nástrojem, který přílišným zobecněním, jež by hrozilo při použití kvantitativní metody, nezkreslí zkoumanou problematiku: *„Slabá standardizace kvalitativního výzkumu, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně proto může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu,*“ (Disman, 2000, s. 287).

Jako kvalitativní metoda sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory s psychoterapeuty, kteří měli v minulosti vlastní zkušenost se závislostí.

Polostrukturované dotazování je vhodné tím, že se tazatel zaměřuje na definovaný účel a osnovu témat, které jsou z jeho pohledu relevantní a těchto témat se během vedení rozhovoru drží. Tematické okruhy jsou totožné pro všechny participanty, jež se výzkumu účastní. Tento způsob vedení rozhovoru výzkumníkovi umožňuje přirozeně reagovat na průběh rozhovoru. Témata lze do diskuze přinášet v libovolném pořadí, které odráží logický vývoj rozhovoru a nepřerušuje tak zbytečně participantovi tok myšlenek (Hendl, 1999). Stejně tak lze dle potřeby měnit pořadí připravených otázek, měnit jejich znění či se doptávat na další informace, které souvisejí s tématem. Doplňující otázky mohou pomoci v lepším uchopení problému a rozšíření obzoru. Téma se tímto rozpracovává do hloubky a nezůstává pouze na povrchu (MIOVSKÝ, 2006).

4.3 Výzkumný soubor a jeho charakteristiky

V této podkapitole uvádím, jakým způsobem jsem vybírala výzkumný soubor a dále poskytuji základní informace o účastnících výzkumu.

4.3.1 Způsob výběru výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen šesti participanty. Hlavním kritériem vhodnosti participantů byla osobní zkušenost se závislostí a osobní zkušenost s léčbou závislosti. Posledním kritériem byla současná terapeutická práce v libovolném terapeutickém zařízení. Participanti byli vybráni metodou sněhové koule, která patří mezi nejčastěji používané. Tato metoda je založena na kombinaci účelového a prostého náhodného výběru. „Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy“ (Hartnol aj., 1997, s. 19). Pilířem této metody je získání prvního kontaktu, k čemuž dochází skrze instituce, či navázání osobního kontaktu. Tímto způsobem lze získat rozsáhlejší a heterogennější výběrový soubor. Tato metoda je vhodná právě díky charakteru cílové populace výzkumu, kterou jsou v mém případě psychoterapeuti s předchozí zkušeností se závislostí. Prvním krokem samotného výzkumu bylo kontaktování mého známého, který se stal participantem a zároveň mi doporučil další terapeuty, kteří byli vhodnými participanty. Ne všichni však měli zájem, či čas o účast ve výzkumu. Byli ale ochotní mi domluvit spolupráci s jinými terapeuty a odkázali mě na ně s jejich doporučením. Způsob výběru participantů byl tedy podřízený ochotě participantů poskytnout rozhovor. Rozhovory byly uskutečňovány s šesti participanty. Jednalo se o šest mužů - tato shoda v počtu dle pohlaví však nebyla záměrná. Z klinických zkušeností a epidemiologických výzkumů prováděných po celém světě je patrné, že ženy užívají návykové látky méně, než muži. Taktéž alkohol užívají ženy méně a v menším množství než muži. Rozdíly ve vzorcích užívání mezi pohlavími jsou dány především sociálními a biologickými faktory (Amchová a Kučerová, 2015). Na základě těchto statistických údajů si vysvětluji zastoupení mužů v mém výzkumném vzorku.

4.3.2 Představení a popis výzkumného vzorku

Tato podkapitola doplňuje informace o životech participantů, o jejich léčbě a cestě k profesi psychoterapeutů.

4.3.2.1 David

David je psychoterapeut, kterému je něco málo přes 50 let. Jeho první zkušenost s léčbou byla v psychiatrické léčebně, kde strávil 5 měsíců. Když se z léčebny vrátil do normálního života, byl úplně na začátku. Neměl vůbec žádné zázemí, práci a potřeboval splácet dluhy. Pracoval především manuálně a po dobu dvou let měl dvě práce najednou, aby se z dluhů vymanil.

Po pár letech nastoupil do K-centra jako kontaktní pracovník. Jeho pozicí nebylo dělat poradenství, ale postupem času se jeho pozice v K-centru vyvinula tak, že poradenství poskytoval. Chodili za ním čím dál častěji klienti, vyžadovali po něm rady a měli v něm důvěru. David po této zkušenosti nastoupil do psychoterapeutického výcviku SUR. Ve výcviku strávil 5 let. Zjistil, že k tomu, aby mohl vykonávat psychoterapii, potřebuje ještě další teoretické vzdělání. Nastoupil na VŠ na obor Sociální práce. V této době pracoval na malém městě v nízkoprahovém zařízení jako vedoucí oddělení. Neměl tedy moc času na studium. V důsledku časové náročnosti, musel studium přerušit. Studovat zkusil ještě jednou v oboru sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii. Zde strávil také pouze rok, protože měl rodinu a peníze, které si vydělal v sociálních službách, jej neuzivil. Řádně ukončený má jen psychoterapeutický výcvik.

Po těchto pracovních zkušenostech pracoval ještě jako psychoterapeut v doléčovacím centru a v soukromém sanatoriu pro závislé. Po několika letech začal vykonávat psychoterapii soukromě. V psychoterapii se zabývá závislými lidmi, lidmi s úzkostnými poruchami a psychotiky. Soukromou praxi vykonává pod dohledem supervize. Dvakrát do roka jezdí do psychiatrické léčebny na stáž, kde působí opravdu jen jako stážista a občas vede nějaké psychoterapeutické skupiny. Mimo své soukromé praxe vede ještě doléčovací skupinu, kam dochází její frekventanti již přes šest let.

Mimo jiné se zabývá i duchovní naukou, kterou objevil přes jednu knížku Tibetského mistra. Meditační praxi vykonává již 15 let.

4.3.2.2 *Jakub*

Jakubovi je přes 40 let. Je psychoterapeut, který pracuje v neziskové organizaci. Už v 19 ti letech zkoušel splnit přijímací zkoušky na obor psychologie, kde jej ale nepřijmuli, protože nesplnil podmínky přijímacího řízení. Poté pracoval po dobu dvou let v psychiatrické nemocnici. Tuto práci považuje za základ své psychologické kariéry a zajímavou zkušenost. Zkoušel studovat i psychoterapeutickou fakultu. Absolvoval pár seminářů, ale v té době už se začínal léčit se závislostí, tudíž studium nedokončil. Léčil se v psychiatrické nemocnici, stacionáři a v terapeutické komunitě po dobu 15 měsíců. Dohromady byl v léčbě 2 roky. Po léčbě začal pracovat ve skladu v sádrokartonu. V tuto dobu také dostal nabídku pracovat v terapeutické komunitě. Oslovil jej zakladatel tehdejší komunity, protože si myslel, že by bývalí uživatelé drog mohli být v psychoterapii nápomocní. Jakub v této komunitě nakonec pracoval 17 let a stal se vedoucím celé organizace.

Psychoterapeutické vzdělání si Jakub doplnil psychodynamickým výcvikem SUR. Chtěl nějaký základní výcvik a až později měl zájem dělat si ještě nějaké nadstavby výcviků. Později absolvoval ještě Výcvik v rodinné terapii a Výcvik v integrované supervizi. Kromě psychoterapeutické praxe se věnuje i publikační činnosti.

4.3.2.3 *Lubor*

Luborovi je přes 30 let a pracuje v terapeutickém týmu ve stacionáři pro závislé. V minulosti se léčil s drogovou závislostí v terapeutické komunitě. Po léčbě pobýval v chráněném bydlení a docházel jednou za 14 dní do doléčovacího programu. V následném programu již neřešil problémy spojené se závislostí, ale problémy, které jsou běžně spojovány s životem. Po léčbě se rozhodnul, že by rád pokračoval ve studiu. Jako první volil technickou školu, protože v tomto oboru se vždy pohyboval a studoval jej i na střední škole. Nakonec ale zvolil vysokou školu, která se zaměřuje na léčbu návykových látek, adiktologii. Ve druhém ročníku vysoké školy začal pracovat ve stacionáři pro závislé. V tuto dobu již měl započatý psychoterapeutický výcvik – SUR,

ale studium ještě dokončené neměl, tudíž neměl žádnou kvalifikaci. Po absolvování výcviku uvažuje ještě o dalším psychoterapeutickém výcviku, který by mu napomáhal při práci se závislími lidmi – KBT nebo Gestalt výcviku.

Ve stacionáři nyní pracuje s klienty třetím rokem a abstinuje dohromady 8 let. Postupem času by se chtěl věnovat spíše psychiatrickým pacientům než klientům, kteří se léčí se závislostí. Kromě pracovního úvazku ve stacionáři, má částečný úvazek i v psychiatrické nemocnici.

4.3.2.4 Michal

Michal je padesátník, který provozuje svojí psychoterapeutickou praxi, ve které vede skupinovou psychoterapii pro muže se závislostmi. Pracovat jako psychoterapeut začal po 6 letech abstinence. V té době mu bylo 40 let, vlastnil svojí firmu a podnikal, ale cítil, že by potřeboval dělat ještě něco užitečnějšího, co by vycházelo z něj samotného a v čem by byl dobrý. Začal tím, že se zapsal na Pražskou psychoterapeutickou fakultu, aby měl základ teoretického studia psychologie. Po roce se přihlásil do psychoterapeutického výcviku SUR. Během studia „zdedil“ po svém psychoterapeutovi terapeutickou skupinu, kde začínal se svým prvním programem. Před začátkem své terapeutické praxe, docházel jednou týdně po dobu 15 ti let na setkání anonymních alkoholiků. Zde po čase získal roli „sekretáře“ - uváděl program a stal se „nevýřčeným“ vedoucím skupiny. Druhou terapeutickou skupinou, kterou vedl, byla skupina v psychiatrické nemocnici, kde se jeho funkce psychoterapeuta zprofesionalizovala. Po pár letech si založil vlastní soukromou praxi – skupinovou psychoterapii pro muže se závislostí, specializovanou pro patologické hráče.

4.3.2.5 Slávek

Slávkovi je přes 30 let a věnuje se lektorování a psychoterapii. Má vystudovanou průmyslovou školu. Když začal mít problémy s alkoholem, byl ještě nezletilý, léčil se na psychiatrii a ve skupině anonymních alkoholiků. Měl sebevražedné sklony a

problémy s alkoholem jej dohnaly až na ulici. Do skupiny anonymních alkoholiků docházel mnoho let. Tato skupina jej podle jeho slov zachránila, protože tehdy jej velmi zaujala anonymita skupiny a snadná dostupnost.

První myšlenky o profesi psychoterapeuta jej napadly právě ve skupině anonymních alkoholiků, protože ostatní klienti po něm chtěli, aby jim pomáhal a dával jim rady. Během práce dělníka, kterou vykonával ve firmě jeho otce, se začal vzdělávat. Započal koučovací kurz a kurz životních map. V nynější době je ve fázi „Experta životních map“, což je metoda, kterou využívá ve své práci.

V současné době pracuje jako lektor životních map a třetím rokem provozuje soukromou terapeutickou praxi. V budoucnu by se chtěl ještě dále vzdělávat, tudíž přemýšlí, nad vysokoškolským vzdělání psychologa či adiktologa.

4.3.2.6 Filip

Filipovi je přes 50 let. Byl závislý na specifické nelátkové závislosti, patologickém hráčství. Před touto diagnózou, pracoval na poměrně vysoké pozici v prostorách casina, kde měl možnost poznat všechny tři oblasti – toho, kdo provozuje hernu s hracími automaty, pacienta, který se s touto závislostí léčil a psychoterapeuta, který se na patologické hráčství specializuje.

Se svou závislostí se léčil v ústavní léčbě. Už v léčbě jej hodně mladých kluků ze skupiny oslovovalo, žádali od něj rady a svěřovali se mu. Když se po léčbě rozhodoval, co bude v životě dělat, napadlo jej, že by se mohl nějakým způsobem podílet na léčbě závislostí. Zjišťoval, jaké jsou jeho možnosti a po roce se přihlásil na lékařskou fakultu na obor Adiktologie, kde v současné době dodělává magisterské studium. Absolvuje také psychoterapeutický výcvik SUR a kromě studia pracuje jako adiktolog. Vede skupinu lidí, kteří se léčili detoxikací, což znamená „léčba odvykacího syndromu neboli abstinenčních příznaků“ (Detoxikace, 2013). A po dobu tří let vede psychoterapeutickou skupinu v psychiatrické nemocnici pro patologické hráče. Provozuje také webové stránky pro patologické hráče a jejich blízké, kde založil neziskovou organizaci.

4.4 Kladení otázek

Základní data, o která se opírá tato práce, tvoří polostrukturované rozhovory s terapeuty. Rozhovory probíhaly jednorázově a byly nahrávány na diktafon a poté přepisovány. Dohromady bylo zpracováno šest rozhovorů. Přepisy rozhovorů jsou součástí přílohy.

Na základě výzkumných otázek, které jsem si určila pro uskutečnění výzkumného šetření, bylo nezbytné stanovit si i osnovu otázek, kterých se chci v rozhovorech s participanty dotknout. Otázky jsem použila jako osnovu a rámec rozhovoru. I když byly otázky předem strukturovány, byla zde snaha nechat participanta rozvíjet vlastní téma. Rozhovory probíhaly velice individuálně. Otázky byly s participanty postupně rozebírány podle jejich potřeby a jejich možnosti o daném tématu hovořit. Pořadí otázek bylo přizpůsobováno podle okolností a podle naladění participanta při průběhu rozhovoru. Některý z participantů začal sám spontánně a uvolněně vyprávět svůj životní příběh, který obsahoval i odpovědi na mé otázky. Jiný participant se naopak držel přesně zadané osnovy a odpovídal jen na kladené otázky. Respektovala jsem formu jejich vyprávění a vedla jsem rozhovor tak, aby dotazování v rozhovoru odpověděli na určené otázky, protože zadané otázky odpovídaly mému výzkumnému záměru. Kromě těchto témat vyvstávala i nová témata a rozhovor se rozvinul mimo rámec předem zadaných otázek. To, že si participanti dovolili otevřeně hovořit i o jiných oblastech, může být dobrým znamením, že si zachovali tvůrčí svobodu a poskytli tak cenná data.

4.4.1 Osnova rozhovoru

Oblast rozhovoru měla jasný rámec, který byl vymezený výzkumnými otázkami. První otázka byla široce pojata a týkala se oblasti profesního vývoje participanta. Zvláštní zřetel byl při dotazování kladen na předchozí zkušenost se závislostí; otázky byly zaměřeny především na to, jak člověka ovlivňuje předchozí zkušenost se závislostí při vykonávání terapeutické profese. Třetí oblast byla zaměřena na otázky, které se

týkaly terapeutické praxe participantů; jejich vlastní zkušeností s terapií, jako profesionála.

1.) Profesionální vývoj

- Mohl byste popsat Váš profesionální vývoj od fáze (období), kdy jste se začal léčit?
- Kdy jste poprvé začal přemýšlet o tom, že byste se v budoucnu stal terapeutem?
- Kdy jste se rozhodnul stát se terapeutem?
- Jak se toto rozhodnutí vyvíjelo?
- Trvalo to dlouho?
- Můžete mi popsat okolnosti, které tomu předcházeli?
- Jsou nějaké vnější činitele, které Vaše rozhodnutí ovlivnily?
- Jak jste toto rozhodnutí tehdy vnímal?
- Jak vypadal Váš život od momentu, kdy jste se rozhodnul být terapeutem?
- Jaké vzdělávání jste podstoupil, abyste se stal terapeutem? Studoval jste nějakou školu? Rozhodl jste se pro terapeutický výcvik? Pokud ano, pro jaký a proč?
- Jak probíhala Vaše profesionální dráha po studiu?
- Měl jste někdy o tomto rozhodnutí pochybnosti? Proč?

2.) Zkušenost se závislostí

- Jak Vám pomáhá vlastní zkušenost při práci terapeuta?
- Jakým způsobem vnímáte, že má tato zkušenost vliv na Vaši nynější, terapeutickou práci?
- Uvědomujete si nějaké aspekty, které Vás při práci ovlivňují?
- Můžete uvést příklady, kdy Vám tato zkušenost napomáhá a kdy naopak ne?
- Vnímáte/objevují se nějaké rizikové situace?

- Vnímáte Vaší předchozí zkušenost jako přínos? Jestli ano, tak v čem?

3.) Terapeutická praxe

- Co je podle Vás nejdůležitější při práci se závislými klienty?
- Jaký by podle Vás měl být terapeut?
- Mohl byste vylíčit nejlepší momenty ve Vaší terapeutické praxi?
- Mohl byste vylíčit nejhorší momenty ve Vaší terapeutické praxi?
- Jaký máte profesní názor z dnešního pohledu na to, že se někteří bývalí uživatelé drog/či jinak závislí lidé stanou terapeuty?
- Co byste doporučil takovému člověku?

4.5 Etické aspekty výzkumu

Účastníci výzkumu byli předem seznámeni s výzkumným projektem. O výzkumné části v diplomové práci byli informováni výzkumníkem před zahájením rozhovorů. Participantů byli také seznámeni o tom, jak bude zacházeno se zjištěnými daty. Informování byli o účelu výzkumu, jeho obsahu, použité metodě, trvání rozhovoru, možnosti ukončení rozhovoru nebo odstoupení z výzkumu a možnosti anonymizace jejich dat.

Prožívání člověka je subjektivní záležitostí a pouze participant může posoudit, zda je pro něj výzkum přijatelný. S tímto souvisí požadavek informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu, který je základním bodem pro dodržování etických pravidel ve výzkumu (Weiss a kol., 2011). Po obeznámení s výzkumnou částí, participantů podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Pro lepší dokreslení problematiky jsou přílohou této práce (příloha č. 1). Tento souhlas je třeba mít ještě před započítím výzkumu. Oslovená osoba musí být kompletně informována, aby se mohla kvalifikovaně rozhodnout, zda se účastní či ne.

Před rozhovorem byli participantů požádáni o souhlas s jeho nahráváním na diktafon. Byli ujištěni, že získaná data budou použita pouze pro účely tohoto výzkumu a

nebudou zveřejněná. S nahráváním všichni participanti souhlasili. Nahrávky sloužily pro účely pozdějšího přepisu dat a následné analýzy textu.

Pro maximální zachování anonymity participantů, byly v přepsaných rozhovorech smazány identifikující údaje a účastníkům byla přidělena náhodná křestní jména, která byla poté používána po celou dobu analýzy dat a v prezentaci výsledků. Smazány byly také údaje, které byly vnímány jako ohrožující.

Rozhovor byl veden s ohledem na možnou citlivost tématu a míra sdělovaných informací byla vždy regulována účastníkem výzkumu.

4.6 Metoda zpracování a analýza dat

Pro zpracování získaných dat z rozhovorů s participanty jsem použila tematickou analýzu (TA). Tematická analýza patří mezi velmi flexibilní metody kvalitativní analýzy. Navíc je schopna postihnout velké množství detailů (Braun and Clarke 2006). V této metodě dochází k identifikaci, analyzování a odkazování se k vzorcům – tématům v datovém souboru. Autorky této analýzy, Braunová a Clarková ve své práci *Using thematic analysis in psychology* popisují jednotlivé kroky tematické analýzy, pomocí nichž výzkumník dokáže identifikovat množství témat ze zkoumaného textu. Cílem těchto témat je organizovat a popisovat data. Tematická analýza je vhodná pro doposud neprozkoumané fenomény a je přístupným výzkumným nástrojem i pro začínající výzkumníky. Na začátku procesu tematické analýzy výzkumník zaznamenává a hledá významná témata. Témata ve většině případů, zachycují nějaký důležitý aspekt vzhledem k výzkumné otázce. Konec tematické analýzy spočívá v předložení zprávy o obsahu a významu témat (vzorců) v datech.

Flexibilita je velikou výhodou tematické analýzy. Jak ovšem uvádějí samotné autorky Braunová a Clarková, výše zmíněná flexibilita je spojená s těžší uchopitelností dat. K snazšímu pochopení a využití tematické analýzy uvádějí autorky ve své publikaci jednotlivé kroky tematické analýzy, podle kterého by se měl výzkumník při zpracování dat řídit. Popisují šesti fázový přístup k tematické analýze (Braun and Clarke, 2006):

Seznámení se s daty: přepis rozhovorů, pročítání textů, zaznamenávání prvotních poznámek a nápadů k tématu

Tvorba počátečních kódů: označení dat, která jsou potenciálně důležitá, vyznačují se popisným charakterem i interpretacemi, slučování tematických celků

- Hledání témat: aktivní proces hledání témat, shromažďování dat.
- Přezkoumání témat: kontrola kvality a formulace témat.
- Definování a pojmenování témat: definice objevujících se témat a subtémat, uvažování nad vzájemným propojením těchto témat.
- Shrnutí a sepsání zprávy: podání přehledu o získaných datech, finální analýza.

Během tematické analýzy se výzkumník neustále pohybuje dopředu a zase zpátky datovým souborem a dělá si poznámky. Po uskutečnění prvních rozhovorů jsem si jednotlivé rozhovory přehrávala a na základě poslechu jsem si dělala první poznámky. Po doslovném přepisu všech rozhovorů, jsem si opět volně zaznamenávala poznámky a myšlenky, které mě napadaly v souvislosti s jednotlivými rozhovory. Přepsané rozhovory, které jsem si pro větší přehlednost a konformitu vytiskla, několikrát za sebou je pročítala a opět jsem si postupně vypisovala předběžné kódy, témata, jednotlivé citace a důležité pasáže z textu. Kódování spočívá ve stručném pojmenování jednotlivých částí z rozhovorů. Kódy jsou charakterizovány mnohem větší stručností než témata. Pro lepší orientaci v textu a vyznačení jednotlivých kódů jsem používala barevné tužky. Jednotlivé kódy jsem si přepsala na papír a rozstříhala je na malé papírky. Tyto papírky jsem poté jednotlivě uspořádala a různě pospojovala, čímž mi vznikly sítě témat. Tento krok bych nazvala vytvořením kognitivních map. Texty jsem ještě jednou znovu pročetla, abych se ujistila, že mi v rozhovorech nic neuniklo. Na závěr analýzy zbývalo porovnávat témata mezi sebou. Zjistila jsem, že některá témata se objevují u více participantů a jiné jsou dominantní pouze u někoho.

4.7 Vlastní předporozumění

Před započítím výzkumné práce jsem si já sama odpověděla na zadané výzkumné otázky, včetně otázek, které jsem pokládala participantům v rozhovorech. Před začátkem vedení rozhovorů je třeba rozumět vlastnímu prožívání, které je spojené s tématem výzkumu a je potřeba znát vlastní motivaci pro jeho zpracování. Proto jsem požádala svou spolužačku, aby se mnou udělala rozhovor na dané téma, a dále jsem si poznamenala, které poznatky a názory u mě byly dominantní a snažila jsem je dát při samotné analýze stranou. Tato osobní reflexe na dané téma je jedním z nástrojů pro zajištění a zvyšování validity (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013, s. 17). Před započítím analýzy dat, je potřeba mít určitou znalost tématu, přehled a orientaci v daném tématu, jelikož všechny tyto faktory pomáhají k lepší orientaci při uskutečňování rozhovorů. Vlastní předporozumění a některé myšlenky o výsledcích tohoto vlastního výzkumného šetření jsem shrnula v následujících odstavcích.

Podle mého názoru se lidé, kteří si sami prošli závislostí, stanou terapeuty na základě pocitu toho, že dokázali nad závislostí vyhrát a chtěli by tento prožitek předávat dalším lidem. Chtějí předávat své zkušenosti, dovednosti a předat to, co jim samotným nejvíce pomohlo. Za druhé proto, že si prošli určitou životní změnou, a vydali se v životě úplně jiným směrem a chtěli by se věnovat něčemu, co s tím jejich novým životním stylem nyní souvisí. To znamená dělat něco smysluplného a něco s čím mají zkušenosti. Tato zkušenost je pro ně velmi cenná a může pomoci motivovat další lidi. Mám pocit, že někteří lidé, kteří si prošli závislostí, se drží hesla: „Vše zlé, je pro něco dobré“. To znamená, že jedna životní etapa je posunula dál a ukázala jim, jak z této části života udělat pozitivum, které jim bude v jejich životě k prospěchu. Za třetí si myslím, že rozhodování o tom, stát se v budoucí době terapeuty ovlivnilo i jejich vnější okolí. Hodně lidí je v léčbě či doléčování již spousty let, a když dochází do jedné terapeutické skupiny, tak mohou mít i nějakou váženější (třeba i nevyslovenou) pozici někoho, kdo dlouho abstínuje, kdo tu skupinu trochu řídí, kdo má dobré poznatky či připomínky k ostatním členům, kdo je pro ostatní členy vzorem a kdo má ve skupině určitou funkci. Podle mého mínění se na základě tohoto ocenění od blízkého okolí, může člověk rozhodnout pro budoucí profesi terapeuta.

Cesta k profesi terapeuta byla u těchto lidí dle mého názoru kratší, než například absolvují lidé, kteří se rozhodli být psychology, adiktology či terapeuty bez jakékoliv zkušenosti se závislostí. Myslím si, že místo aby volili vysoké školy oboru psychologie či podobného oboru, které směřují k pomáhajícím profesím, volí terapeutické výcviky či nějaké kurzy a jiné vzdělávací způsoby. Terapeutickou profesi staví na základě své zkušenosti a tím, že se orientují v systému léčby a péče o závislé, (protože se v tomto prostředí dlouhou dobu pohybovali), lehce se dostanou do praxe a pracovního procesu.

„Co je důležité pro profesi terapeuta po předchozí zkušenosti se závislostí?“ K této otázce mě napadá jedna důležitá věc. Myslím si, že člověk, který abstinuje, absolvoval řádně léčbu a žil v uvozovkách nový život, by se neměl vrhnout hned „po hlavě“ do pomáhající profese. Tento člověk by měl žít nějakou dobu mimo svět psychologie, psychoterapie a mimo téma „závislost“. Mám pocit, že takový člověk musí chvíli žít sám se sebou a prožít si to. Věnovat se úplně jiné práci, žít v jiném prostředí, než na které byl zvyklý a odpočinout si na chvíli od lékařského a terapeutického prostředí. Oddělit svět klienta od světa odborníka. Po nějaké chvíli, po pár letech mi přijde dobré, když se rozhodne svou zkušenost uplatnit a pomáhat touto cestou ostatním lidem.

Podle mého názoru všichni lidé, kteří se po tom všem vydali terapeutickou cestou, berou životní změnu, kdy nejsou na straně klienta, ale naopak terapeuta, kladně. Práce je naplňuje, dává jim smysl a můžou nabídnout klientům své zkušenosti. Jsou ale mnohem více v ohrožení, než ostatní terapeuti, tudíž je dobré se po celou dobu neustále vzdělávat, mít psychoterapeutický výcvik a řádnou supervizi. Ostatně tyto podmínky jsou doporučovány všem psychoterapeutům.

4.8 Výsledky výzkumného šetření

V rozhovorech, které jsem rozebrala pomocí tematické analýzy, se objevila následující významná témata, vztahující se k výzkumným otázkám. Jednotlivá témata jsou doplněna autentickými citacemi, které poskytují možnost pro hlubší vhled do

každého z nich. Citace začínají počátečním písmenem křestního jména participantů a ukazují tak, který z participantů, který výrok uvedl.

TÉMA 1: „Byli jsme nadšenci

Dotazovaní terapeuti mají dnes již několikaleté zkušenosti s psychoterapií a prací se závislými klienty. Toto téma popisuje jejich začátky a první zkušenosti s psychoterapií.

Terapeuti líčí, že po léčbě měli veliký zájem o obor psychologie a o téma závislosti obecně. Úspěšná léčba je povzbudila k tomu, aby se o téma závislosti zajímali více. Byli nadšení, aktivní, plní euforie a toužili po tom, předávat své zkušenosti dále ostatním lidem.

Jejich rozhodnutí, pomáhat lidem a předat svou pozitivní zkušenost s léčbou nastalo velmi rychle, dá se říci ihned po léčbě a u některých jedinců již během léčby. Nebyli si jistí, co dělají, jestli to dělají správně a neměli nad sebou objektivní nadhled. Věděli pouze to, že chtějí pomáhat ostatním lidem a jejich „drivem“ k vykonávání profese psychoterapeuta byla povznesenost, dobrá nálada a radost z toho, že právě oni překonali závislost.

M.: *„My, co jsme začali pozorovat s kolegama, vlastně my, co jsme na tom Sejřku dělali, tak jsme se shodli na tom, že základní terapeutický nástroj byl konflikt, což znamená, že my jsme vlastně o sobě moc nevěděli. Byli jsme takoví **nadšenci** a věděli jsme, že chceme pomáhat“.*

J.: *„Určitě započal nějaký zájem o..o ty věci. O ty procesy. Nějaký prostě já nevím, možná okouzlení tím, co je všechno možné. Co všechno se dá a jakých výsledků se dá docílovat. Takhle ňák, prostě zájem. Je to vlastně...myslím si nesený hlavně tou **euforií, tím nadšením** pro tu věc a není to podložený žádnou jako dodatečnou...jak to říct...“.*

○ „BYLI JSME SKÁLOPEVNĚ PŘESVĚDČENÍ“

Terapeuti hovořili o pevném přesvědčení a přesné vizi, kterou měli na začátku své terapeutické praxe -vizi o průběhu psychoterapie se svými klienty. Toto přesvědčení vyplývalo z jejich absolvované léčby. Každý z nich se setkal s jiným způsobem terapie ve své léčbě a s jinými terapeuty, kteří propagovali odlišné styly práce. Tento styl práce s klienty dotazovaní převzali, ať už si toho byli vědomi nebo ne. Někteří naprosto věřili, že jejich styl práce s klienty je náležitý, perfektní a zidealizovali si jej. Předávali svoje praktické postupy dál, aniž by na sebe nechali působit zpětnou vazbu od jiných terapeutů či klientů.

Dotazovaní v rozhovorech popisovali, že hlavním důvodem jejich „přesvědčení, že terapii dělají správně“ bylo to, že o sobě nikdy nepochybovali. Jejich léčba jim dala cenné zkušenosti a někteří z dotazovaných měli pocit, že jim tato praxe z vlastní léčby bude stačit k vykonávání profese terapeuta. Někteří terapeuti v rozhovorech vypovídali, že tímto „přesvědčením“ zakrývali svou profesní nejistotu.

S odstupem času, po pár letech terapeutické praxe, dotazovaní získali náhled nad svou prací terapeutů. Získali určitou míru sebereflexe, kterou dosáhli vzděláním, supervizí a psychoterapeutickým výcvikem. Někteří z dotazovaných tvrdí, že právě tyto faktory je zachránili a pomohli jim se stabilizovat v roli terapeuta.

J: „...byli jsme teda **skálopevně přesvědčený** o tom, jak to v té komunitě má vypadat a co to je ta terapie. A v podstatě po pár letech se ukázalo, že to byla blbost, ale my jsme tomu tak věřili a tak jsme jako na to kladli důraz, že my víme, jak to má být. Což muselo být pro ty klienty dost jako hrozný. Na druhou stranu je pravda, že ty první roky, statisticky byly nejúspěšnější. To mě jako vždycky překvapovalo, že to pro ty klienty nějak fungovalo, ale to bylo teda hrozný, přesvědčení o tom, jak věci maj být“.

J: „V rané fázi jsem nepochyboval, vůbec, vůbec, to jsem tomu naplno věřil. Takže to, to je jasné, že to dělám dobře a to...možná kdybych trochu víc pochyboval. Ne já jsem tomu bohužel **věřil úplně naplno**“.

J: „To **přesvědčení** šlo z té léčby...z toho studia, z toho šlo málo. To až potom časem se to podařilo nastartovat nebo oživit. To spíš z té léčby jsem byl takovej nabušeněj“.

J: „Takže myslím, že na začátku jsem byl fakt vyděšeněj z toho, že jsem byl fakt **přesvědčenej o tom, že je to správně**, že to dělám takhle a si úplně pamatuju, že jsme na začátku výcviku, když jsem vstoupil do výcviku, tak jsem si v podstatě myslel, že já už výcvik nepotřebuju, protože já už vim, jak se to dělá, takže...za to se docela stydím, ale jak jsem jako pjel na tom, aby ty lidi pojmenovávaly pocity, aby řekli, že tohle je strach a lítost, tak jsem musel být hrozně...až pak mi jako došlo, jednak tím výcvikem, jednak tím dalším vzděláváním, že ty věci jsou jako ještě jinak no“.

TÉMA 2: Pochybnosti: „Nejistí úplně ve všem a vždy“

V prvním tématu bylo popsáno, že terapeuti byli na začátku své profesní kariéry velmi sebejistí a přesvědčení, že svojí práci terapeuta vykonávají sto procentně a perfektně. Druhé téma se týká oblasti „pochybností“. Jak se ze sebevědomých terapeutů, kteří byli přesvědčený o své pravdě, stali lidé, kteří pochybují o svých kompetencích a profesi terapeutů? Dotazovaní v rozhovorech uvedli, že téma „pochybností“ se řešilo ve výcvikové psychoterapii. Lidé si nebyli jistí, jestli se na práci terapeuta hodí, jestli mají talent a kompetence k tomu, pracovat terapeuticky s klienty. Terapeuti uvádí, že toto téma otevřel ve výcvikové skupině každý frekventant výcviku. Jeden z terapeutů zmiňuje, že když je terapeut nejistý a pochybuje o sobě, je dobré toto téma řešit na supervizi s jiným odborníkem. Na druhou stranu ale uvádí, že by člověk

měl mít objektivní náhled nad sebou samým, jestli se na profesi psychoterapeuta hodí, jestli je schopen tuto profesi vykonávat a jestli k tomu má dispozice.

Téma „pochybností“ úzce souvisí s tématem č. 1 – „Byli jsme skálopevně přesvědčeni“, jelikož někteří z dotazovaných v rozhovorech uvedli, že jejich jistota, sebedůvěra a přesvědčení, jak správně má terapie vypadat, byli pouze zástěrkou a neuvědomovanou či potlačovanou nejistotou a obavou. Až když byli dotazovaní schopní přemýšlet o sobě, o svém jednání a následovně ho adekvátně posoudit, rozhodli se pro terapeutický výcvik nebo jiný způsob vzdělávání, který jim k vykonávání profese terapeuta pomohl.

Terapeuti dále uváděli, že téma „pochybností“ je provází po celou dobu terapeutické praxe, dokonce i v současné době. Často v nich pochybnosti vyvolávají klienti, kteří udělají nějaké gesto, které není slovně odůvodněné a objasněné a terapeut pak neví, co si má myslet a často se již klient do terapie nevrátí, tudíž se terapeut nedozví vysvětlení. Po nastání takovéto situace, terapeut neví, jak se zachovat a v hlavě mu běží různé myšlenky například o tom, kde on jako odborník udělal chybu. Mnohokrát terapeuti klienti přímo upozorní na určité chování, které se jim nelíbí, či jim vytýkají některé vlastnosti, což může také vést k pochybnostem o osobnosti terapeuta a celkově o profesi psychoterapeuta a jeho schopnostem a dovednostem.

Dotazovaní se shodují v tom, že je dobré někdy v profesi terapeuta pochybovat, jelikož na základě nejistoty a obav se terapeuti sami vzdělávají a věnují svůj osobní čas učení, četbě či supervizi. Tyto okolnosti jim pomáhají jejich obavy překonat.

M: „Protože potom, když jsem se setkával s lidma, kteří udělali podobné rozhodnutí, tak...tak ty **pochybnosti**...i během toho výcviku, to se řešilo vlastně neustále. A je to v pořádku.“

M: „...nechci říkat, že nikdy o ničem nepochybuju. **Naštěstí jo** a supervizi mám a ta s tím pracuje taky, ale takový ňáký to základní přesvědčení, jo tohleto mi půjde. Protože není to úplně jako řemeslo, není to úplně...asi se na to nehodí úplně každě, ale to asi víte“.

D: „...je to hrozně těžký...ty lidi kolikrát odejdou naštvaný a člověk si říká, jestli přijdou znovu...a co jsem to vlastně udělal, nemůžu mu volat a ptát se...takže pak je to takový...pak člověk prožívá takový **nepříjemný i třeba celý dny**“.

J: „**Pochybnosti**...ted' chcete vědět všechny nebo naposled nebo...naposledy asi před 14 dněma, když jsem řešil nějaký těžký věci a něco se tak jako dělo, tak jsem si říkal ty jo...a někdo mě tak jako trochu napadl a říkal, ty jo tak takhle nemít náhled na sebe, jak ty můžeš dělat s lidma, tak jsem tak jako o tom chvílku uvažoval a říkal jsem si no, dost možná jo no...tak jsem měl takovou...ale pak jsem si říkal, že v poslední době zas tolik s klientama nepracuju, že mám čas pro sebe si to probrat a zjistit jestli opravdu jsem tak bez náhledu nebo jestli to ještě může bejt jinak no“.

TÉMA 3: Motivace: „Co mě na práci těší“

Terapeuti v rozhovorech uvádějí, že motivací k profesi terapeuta je pro ně skutečnost, že jsou pro tuto práci disponovaní a mají určité dovednosti, schopnosti a talent tuto profesi vykonávat. Důležitá je pro ně také zpětná vazba od klientů, která je motivuje k další terapeutické práci. Druhým motivem pro ně je, že mají sílu oprostít se od své předchozí zkušenosti se závislostí a že mají sílu a energii na to, překonat svoje strachy, které se týkají toho, jestli se na profesi terapeuta po této zkušenosti hodí. Velkým motivem pro dotazované je, když vidí, že jako psychoterapeuti fungují dobře a jsou úspěšní.

Jako další významný motivační činitel uvádějí dotazovaní to, že mohou dělat práci, kde mohou ostatním lidem nabídnout něco ze sebe, ze svého nitra, ze své osobnosti a využít své zkušenosti. Motivuje je to, že mohou klientům nabídnout své prožitky a pomoci jim posunout se dál a žít bez závislosti.

M: „**Důležitý**, co se tam odehrálo je to, že jsem měl možnost si zkusit opakovaně a dlouhodobě...že jsem nějakým způsobem schopnej těm lidem něco sdělovat, že

*mě vlastně poslouchaj. Že mám od nich tu odezvu a že jsem vlastně neměl problém uvěřit tomu, že se na to **ňák hodím**. To bylo vlastně hodně důležitý k té **motivaci**“.*

M: *„A krom toho, že bych chtěl dělat něco ušlechtilejšího nebo tak..možná úplně řečeno něco do čeho bych mohl dát něco ze sebe. A velmi rychle jako zamyšlení, co asi mohu ve 42 letech začínat novýho? Takže následovala otázka, že dobré je udělat něco, kde mám co nabídnout. A na to už byla docela snadná odpověď. Že mohu **nabídnout tu zkušenost, kterou mám**“.*

Z pohledu terapeutů je pro ně také důležité, že v průběhu profese terapeuta, se člověk neustále zabývá sebou samotným, je v kontaktu s odborníky, dochází na pravidelné supervize a chrání se a pečuje o své duševní zdraví. Toto jsou účinné strategie a prevence, jak se exuser může bránit před vlivy a účinky závislostí. Aby si byli terapeuti jistí tím, co dělají a jestli dělají terapii správně a efektivně, snaží se více a více učit, vzdělávat se a absolvují různé specializované výcviky. Také se snaží své chování a projevy v terapii reflektovat a to jak individuálně, tak na supervizi s jinými odborníky. Motivačním činitelem je pro ně pracovat v pestrosti, na různých pracovištích a s různými klienty, aby nedocházelo k syndromu vyhoření a aby je práce bavila a naplňovala.

J: *„A pak, profesní vývoj, no tak jsme se učili a učili a do výcviku jsme šli a já jsem šel do druhýho výcviku a do třetího a pak jsme se snažili vždycky se tak jako **ňák reflektovat, co vlastně děláme**. Nebo já jsem se snažil reflektovat, co vlastně dělám. A aaa tak jsem se snažil **pracovat v nějaké pestrosti**, jakože nepracovat jen v té komunitě, ale dělat i nějaký jiný postupně věci, aby mě to bavilo a aby...aby bylo **ňák zajištěný, jakože fakt nějak vím, co dělám**“.*

Terapeuti se shodují, že na práci je nejvíce těší, když je klient spokojený, daří se mu abstinovat, má spokojené vztahy a psychoterapii již k životu nepotřebuje. Nejvíce

mají radost z toho, když všechny překážky sám s pomocí terapeuta - průvodce překoná a zároveň nese za svůj život a minulost zodpovědnost. Na základě svojí zkušenosti terapeuti vědí, jak je těžké tyto strachy a nástrahy překonat, tudíž když se některému z klientů povede abstinovat a stát na svých nohou, mají dvojnásobnou radost.

S: „*Já mám **radost**, když ten klient mi napíše, že se mu prostě daří, že je v pohodě, že je mu fajn, že se mu lepší vztahy. Mám radost, když mě chtějí vidět znova, chtějí se mnou mluvit, chtěl se podělit o to. Mám radost, když překonají své strachy a překážky, protože vím, že tam je ta cesta a tam je ta jejich zodpovědnost. Tam to překonávání útoků, hněvů, vzteků a našťvaností a srovnávání se s ubližováním druhým lidem. A sesvojí minulostí a z toho má radost potom, když to ty lidi pak jako pochopí a jdou tou cestou. Ale nechci do toho dávat nadšení a euforii. Protože v mém životě to napáchalo velkou paseku. I v životě mých klientů“.*

S: „*...mám radost, když ten člověk mě už pak vůbec nepotřebuje. Když dokáže stát na svých nohách. To je pro mě **největší odměna**“*

V průběhu rozhovorů dotazovaní dále popisovali, že velkou motivací pro ně představují „momenty sdílení“, kdy se s druhým člověkem mohou setkat, naladit se na něj a naslouchat mu. Tyto okamžiky popisují jako nejlepší chvíle a momenty v terapii. Za další příjemné momenty považují ty, kdy jejich klienti už nejsou součástí terapie, ale jsou to spíše známí či kamarádi a stále se pravidelně společně setkávají a sdílejí to, co se jim v životě děje a jak se jim daří abstinovat. I když už se terapeuti se svými klienty pravidelně nesetkávají, tvoří společné pouto a vzájemně na sebe myslí.

J: „*A teď se tomu všichni ti klienti připojovali postupně a i my s tím kolegům jsme mu dávali nějaký porozumění a bylo to...on byl hrozně šťastnej a vděčnej, protože, když někde vyprávěl o dvou planetách, tak všichni zírali a říkali si: „Jo dvě planety, jasně, to víš, že jo.“ Rovnou ho poslali k šípku“.*

J: „...a pak se mi stane třeba, že ten jeden mi píše, že je v Tibetu a že je tam nějaký večítek a i manželka mu říkala, ať nelíbí, že prostě si může dát dvojku a on mi říká: „Já jsem si tak říkal, co by na to řekl David“. A je na druhém konci světa jo, je prostě v Tibetu, takže to je pěkný no. To pouto takovýto“.

Další klíčovou motivací k práci terapeutů je pro dotazované „smysl psychoterapie“. Práce je pro ně zajímavá a naplňuje je. Významný důvod hraje také skutečnost, že si terapeuti vyzkoušeli léčbu závislosti na vlastní kůži, léčba byla úspěšná a přinesla jim pozitivní výsledky. Psychoterapie je pro dotázané spásou, která jim zachránila život a ukázala jim jiný směr cesty bez závislosti. Dotázaní jsou zároveň přesvědčení, že si vždy zachovají motivaci k práci psychoterapeuta, i když se jejich práce nebude vždy skládat z úspěchů, jelikož psychoterapii sami věří, věří, že je to dobrá věc a že pomocí léčby slovem může člověk docílit kladných výsledků.

M: „...asi mě to..asi mi to zajišťuje do značnýmíry to, že mě to hodně baví a naplňuje, protože tomu prostě strašně **věřím**. Když..když jsem vlastně subjektem nějakého procesu, kterej nějak jako proběhl a má nějaký výsledky, tak nemám problém s tím ho opravdu přijímat jako něco nesmírně pravdivýho a dobrýho a nemám potom problém s tím, když to jako provozuji dále nebo předávám dále, tak nemám problém s tím, s nějakou jako takovou elementární vírou, že to je dobrý a potřebný a jako skvělá práce“.

M: „Pořád je to závislost, takže se rozhodně neskládá z úspěchů...a vždycky to bude plný selhání a zklamání a přitom je důležitý mít nějakou takovou víru, že dělám dobrou věc a že jí dělám dobře. Umím si představit, že člověk, který nemá to vlastní, to osobní, má zase tohleto těžší. Jo, že může daleko víc pochybovat, ztrácet motivaci, ztrácet smysl té práce. Kterej já prostě vím, že **nikdy neztratím**“.

TÉMA 4: „Psychoterapie mě zachránila“

Psychoterapeuti během své terapeutické kariéry podstoupili výcviky, školení či vysoké školy. V rozhovorech popisovali, že se jim díky psychoterapii otevřel nový svět. Skupinová psychoterapie ve výcvikové skupině je změnila a dotázaní se začali zaměřovat na sebe samé, na své prožívání, chování, na vztah k sobě a to je vedlo k sebepoznání. Jejich hodnoty a návyky, které jim v minulosti před léčbou znepříjemňovaly život, byly destruktivní a přiváděly je do těžkých situací, nyní fungují opačně a ty samé zkušenosti jsou jim dnes ku prospěchu, protože je využívají v psychoterapii se závislými klienty. Před léčbou došli dotazovaní do bodu, kdy spadli na úplné dno a zjistili, že jejich cesta postrádá jakýkoliv smysl a význam. Pomocí psychoterapie z této cesty sešli a podle výpovědí z rozhovorů jsou přesvědčení, že na tuto cestu již nevstoupí, protože vždy vedla do slepé uličky a nikam je neposunula.

Terapeuti stále - i dnes vycházejí z toho, co se v psychoterapii naučili – snaží se vytvořit si čas pro sebe, dbát a pečovat o sebe, zabývají se tématem psychohygieny a snaží se vyvarovat nejrůznějším škodlivým vlivům. Zároveň si profesí psychoterapeuta stále připomínají svou minulost a to je udržuje v abstinenci.

M: *„Život se mi hodně změnil díky tomu výcviku. Takhle, řeknu to ještě jinak. Změnil se už díky tomu studiu. Protože já jsem šel z prádelny jo do té školy. Je to úplně jinej svět. Vlastně se mi otevřel jinej svět. Bylo to hrozně fajn. Potkal jsem, najednou jsem znal spoustu lidí. Úplně jiných, než s jakými jsem měl možnost fungovat do té doby, takže to je z tohohle úhlu pohledu. Otevřel se mi nověj svět. Výcvik to posunul ještě dál mnohem, protože měl podobu úplně normální skupinový terapie, což je něco, co vždycky člověku musí změnit život, nemůže ho to nechat nezměněným“.*

K: *„Že se fakt jako snažím...vycházím z toho, co jsem se v té terapii naučil. Snažím se o sebe dbát, psychohygienu a takový věci. To se snažím vlastně dělat“.*

do teď. Jo, takže v tom není žádný výrazný rozdíl v mém životním stylu, díky práci“.

K: *„A pak, co mě teda ještě těší je, když si během terapie uvědomím něco o sobě. To se mi děje docela často. Takže vlastně nějaký **další posun u terapie**“.*

Dotazovaní zmiňují, že jim práce psychoterapeuta přináší v životě určitou stabilitu, prevenci před závislostmi a podporu v abstinenci, ale necítí tyto přínosy jako pomůcku pro to, aby nesehali a recidivovali. Psychoterapie je pro ně určité kouzlo, magická věc, která je dovedla k pomáhající profesi a dala jim možnost dříve destruktivní věci měnit v konstruktivní a předávat tyto zkušenosti dále dalším lidem, kteří potřebují pomoc. Někteří terapeuti také zmiňují, že spousta lidí, kteří opustí léčbu má pocit, že by měli na základě svých zkušeností pomáhat lidem, ale tento krok realizují jen výjimečně, jelikož jejich pocity zapříčinila počáteční euforie.

M: *„Často se taky říká nebo má se za to, že to lidi dělaj pro to, že to je jejich nějaká jistota nebo pomůcka pro to, aby nesehali. Nemyslím si to nebo aspoň já to tak nemám zařazený. Samozřejmě, že tohle je..ta práce..prvkem života, kteréj tu **stabilitu, tu jistotu v tý abstinenci podporuje, posiluje..to bezesporu. Ale není to ten důvod, jestli mi rozumíte. Ten důvod je v tý vlastně vzrušující příležitosti. Ty věci, který byly destruktivní mít možnost využívat jako kdysi konstruktivní. Asi tak a vlastně i sebe.ono to o ničem jiném není**“.*

TÉMA 5: „Už nejsem feťák, jsem terapeut“

Dotazovaní terapeuti mají několikaleté zkušenosti s vykonáváním psychoterapie s lidmi se závislostmi. Na druhou stranu mají i oni sami zkušenost se závislostí a prošli si procesem léčby. Za dobu vykonávání terapeutické praxe se naučili, co je jim v této profesi přínosem a co jim naopak v práci brání v dobré spolupráci s člověkem se závislostí, v navazování terapeutického vztahu s klienty či rozvoji terapeutické profese

obecně. Toto téma popisuje individuální zkušenost se závislostí a její vliv na nynější práci psychoterapeuta.

Terapeuti se v rozhovorech shodují, že důležitými vlastnostmi při práci psychoterapeuta jsou vyrovnanost a rozvážnost. Důležitou roli hraje psychika terapeuta – neměl by být jednou „nahore“ a jednou „dole“. Aby byl terapeut úspěšný ve svém konání, měl by být osobnostně stabilní, aby nepoškodil klienty, byť i nevědomím počínáním.

Když terapeuti úspěšně dokončili léčbu, měli mnoho praktických zkušeností, leckdy více, než běžní studenti psychologie, tudíž se snažili terapeuticky pomáhat ostatním, kteří jejich pomoc vyhledávali. Jen někteří, ale dosáhli stupně profesionality a kvalifikovaného psychoterapeuta – právě proto, že na tuto fázi nebyli ještě osobnostně připravení. Psychoterapeuti v rozhovorech zmiňují, že téměř každý z jejich závislých kolegů v léčbě, chtěl po řádném ukončení psychoterapie pomáhat lidem a být altruistický. Tato euforie je však všechny po pár měsících přešla, jelikož to bylo pouze nadšení z toho, že právě oni dokázali překonat závislost.

Jeden z psychoterapeutů v rozhovoru zdůrazňuje, že čas mu velmi pomohl přenést se přes jeho minulost a že se nyní může plně věnovat závislým klientům v terapii a nijak jej to neomezuje, nepřipomíná mu to jeho zkušenost se závislostí a „nepřepadává do svého příběhu“.

M: „No, je to práce, u kteréj asi se předpokládá, že je ten člověk nějakým způsobem **stabilní**, že není prostě momentálně na dobré vlně a v zápětí se někam propadne“.

K: „Je to hodně těžký. Myslím si, že jen malé procento uživatelů je potom schopný dospět k tomu, že dělaj potom tu **terapii kvalifikovaně**“.

K: „Zároveň je to tak dlouhá doba, co jsem vlastně bejval uživatel a kdy jsem s tím začal něco dělat, že už mě to jakoby náh **nestrhává nebo nelimituje to**, že jsem to zažil taky“.

*S: „Ale každý, každý...má to i své **protiklady**, když člověk do toho vltne příliš brzy. Vemte si, že každé u AA, kdo tam byl dvakrát, třikrát, tak už chtěl být terapeut, tak už chtěl pomáhat. Pamatuju si, jednoho člověka, jak říkal, jak byl 2 měsíce střízlivej a už si domů vodil zatoulaný kočky, psy, bezdomovce a chtěl být altruistickéj. A tohlencto je, to je pouze krátkodobý. Je to ta euforie, je to blbě. Ten člověk k tomu musí dojít nějakým vnitřním rozhodnutím, nějakou aktivitou, musí si to vyzkoušet. Musí vědět jaký má prožívání, musí být autentickéj“*

Dotazovaní v rozhovorech uvedli, že jsou stále v kontaktu se svojí minulostí, ale nyní jsou na straně terapeuta a toho, by si měli podle jejich názoru, měli být vědomí. Měli by být natolik srovnání se svojí minulostí a natolik stabilní a nad věcí, že by se některým věcem při práci s klienty, které se například týkaly i jejich minulosti, neměli vyhýbat. Naopak, měli by dokázat svou zkušenost, která je leckdy podobná jako zkušenosti jejich klientů, umět v psychoterapii využít pro dobro klienta.

Přenést se přes svoji minulost a nemít ji stále před nosem občas stěžují dotazovaným i lidé, které znali v době své „závislé fáze života“. Tyto lidi stále potkávají ve městě nebo je dokonce potkávají na pracovišti, jako klienty. Pro dotazované je poté velmi těžké, udržet si pózu profesionála a být schopný těmto lidem, ke kterým mají určitý osobní vztah, spojený s nepříjemnou minulostí ku pomoci. Dotazovaní v rozhovorech zdůrazňují, že je velmi důležité ujasnit si, jaký má ex – user k závislým klientům vztah. Jestli bere klienty a sebe jako rovné, jestli je schopen udržet terapeutický vztah s klienty, mít respekt a být schopen být empatický a napojit se na klienty a jestli je schopen být profesionálem nebo zůstat jedním z pacientů. Druhou rovinu tvoří vztah psychoterapeuta s kolegy z jeho pracoviště či terapeutického týmu. Jeden terapeut v rozhovoru vypovídá, že se na začátku své praxe cítil s kolegy nekomfortně a nepříjemně, jelikož mu kolegové připomínali jeho terapeutu, když se léčil se závislostí. Dotazovaný prožíval některé pocity vůči svým kolegům, které v minulosti prožíval ke svým psychoterapeutům, a připomínalo mu to a evokovalo některé situace v jeho minulosti, když byl on sám pacient. Exuser by přitom měl být rovnocenným a platným partnerem všech ostatních pracovníků v terapeutickém týmu.

O: „...to si myslím, že je podobný i s tím: „Už nejsem feták, ale už jsem terapeut“. Prostě si tohle začít držet a zároveň mě to nesmí limitovat pak v tý práci s těma lidma. Oni to nesmí vycejtit, že se něčemu vyhýbám, protože by to bylo..no..jak jsem říkal - člověk se vlastně nemusí bát ani těch svejch slabin, když je dovede dobře použít“.

O: „Ty začátky v tom „káčku“ byly těžký, protože já jsem občas - no zazvonil zvonek a já jsem otevřel dveře a tam stál člověk, s kterým jsem jako dřív smažil a teď on jako: „Jéé co tady děláš? Já jsem slyšel, že tady děláš a nevěřil sem.“ Takže tam to bylo těžký **udržet ten odstup** a zároveň se snažit **bejt těm lidem ku pomoci**“.

O: „...ty negativa jsou určitě spojený s tím, že člověk se musí vyrovnávat s nějakou novou rolí. Což jsem si uvědomoval ze začátku a vůbec jsem si neuvědomoval, když jsem nastupoval ve škole, že to budu dělat a že tohle mě nenapadlo, že to budu takhle pociťovat. Ale to je až v momentě, kdy člověk nastoupí do zařízení a kdy vlastně se stává součástí toho terapeutickýho týmu, kde vlastně je na jedný úrovni s kolegama s terapeutama. Tak je to strašně zvláštní, protože do týhle doby terapeuti byli vlastně jakoby jeho terapeuti. A i když já jsem se tady nikdy neseťkal s nikým, kdo byl v tom mém procesu tý léčby, tak stejně tam náký **přenos je a bylo to pro mě těžký**“.

Terapeuti v rozhovorech také hovoří o tom, že by psychoterapeut v rozhovoru s klientem neměl být myšlenkami u sebe a u svých problémů, či u své minulosti. Naopak by měl být otevřený a schopný přijímat myšlenky svého klienta a cítit se do něj. Neměl by mu vykládat svůj pohled na daný problém a předávat mu pouze svou zkušenost, protože každá zkušenost je jedinečná a terapeutovy soudy by mohly klienta omezit v rozhodování se, jak bude postupovat dál.

J: „Tak nejdřív jsem si prošel takovou fází, kdy jsem si musel uvědomovat, to se tak běžně píše v knížkách, o těch **exuserech**, že je důležitý nák se víc orientovat na toho

klienta a na tu jeho cestu a vědět, že to je důležitý a ne tam cpát nákej svůj pohled na věc, jak věci maj bejt, ale to platí universálně“.

○ „**NAUČIT SE ŽÍT BEZ ZÁVISLOSTI**“

Někteří z dotazovaných v rozhovoru zmiňují, že i přes to, že jsou nyní v roli profesionála a jejich život je stabilní, jsou stále v kontaktu se svojí drogovou minulostí a nejsou od jejich problémů z minulosti na sto procent odpoutáni. Někteří dotazovaní uvádí, že si nikdy nevyzkoušeli úplně se odpoutat od „světa závislostí“ a stále řeší to, co řešili v minulosti, akorát, že z druhé strany – ze strany odborníka. Jeden z terapeutů tvrdí, že se v této situaci nachází, protože nedokáže opustit svět drogově závislých a proto by se chtěl v budoucnu věnovat v psychoterapii úplně odlišným klientům.

Většina dotazovaných doporučuje žít pár let naprosto „odstříhnutý“ od světa drog či jiných závislostí a od světa psychologie, terapie a světa pomáhajících profesí. Dotazovaní doporučují najít si odlišné zaměstnání a na nějakou chvíli být sám se sebou, bez všech výše uvedených okolností, které by je mohly nějakým způsobem ovlivňovat.

D: *Tím, že pracuju ještě vlastně na psychiatrii, tak bych se možná časem chtěl věnovat spíš psychiatrickým pacientům. A možná je to taky proto, že mám potřebu si zkusit odpojit se úplně od toho světa těch návykových látek a zkusit si, jestli vlastně to, že jsem se sem vrátil, touhlectou obklíkou, dá se říct, tak jestli to není jen nějaká moje potřeba. Prostě nebo spíš neschopnost opustit ten svět“.*

S těmito souvislostmi dotazovaní zdůrazňují, že léčba závislostí je „během na dlouho trat“. Člověk se závislostí zažil v průběhu života mnoho změn – psychické, fyzické, fyziologické a neurologické změny. Tudiž takový člověk musí udělat spoustu kroků a dlouho na sobě pracovat, aby se dokázal opět stabilizovat a tyto negativní změny odboural. Tento proces trvá, dle terapeutů spousty let a hrají zde také velkou roli sociální faktory. Jestliže se závislý člověk bude pohybovat v okruhu těch samých lidí a udržovat s nimi kontakty, bude jej to vracet do spirály a abstinenci poruší. Nejtěžší na

této situaci je, že závislý člověk již většinou nemá žádné „zdravé vztahy“ a se svými blízkými a rodinou již nekomunikuje. Je pro něj také těžké, navázat se svojí rodinou po léčbě opět kontakt a normální vztah, když má stále „máslo na hlavě“.

F: *„Taky je třeba si uvědomit, že ta **léčba závislosti je dlouhý proces**. Ti lidé většinou užívají, hrajou, desítky let. Dochází prostě k nějakým změnám, k fyziologickým změnám, v systému odměňování v mozku a to se nedá změnit za týden, za měsíc. To se musí postupněma krůčkama, tak o tom něco vím. Ta cesta je dlouhá, člověk musí pomalu“.*

○ „PRÁCE TERAPEUTA MĚ NEOHROŽUJE“

Spousty terapeutů v rozhovorech zmiňují, že je práce psychoterapeuta se závislými nijak neohrožuje a že nepocítují, že by problematickou oblastí bylo nebezpečí jejich vlastní recidivy. Toto nebezpečí považuje spousta ostatních terapeutů za skutečně vážný a problematický aspekt exuserů, kteří pracují v pomáhajících profesích.

D: *„...skoro se nabízí mluvit o tom, jestli mluvit třeba, tím, že vlastně jsem jakoby...hodně se tady mluví o drogách, to je jasný a hodně, tak...na co se mě ptá hodně lidí, tak jestli mě to nějakým způsobem **ohrožuje a spouští**, někdy a mně se to zatím nestalo, což je teda zvláštní a sám nad tím přemýšlím“.*

○ „NESPĚCHEJ“

Možnost relapsu či recidivy může nastat, když člověk, který se léčil se závislostí, začne vykonávat „řemeslo pomáhajícího“ příliš brzy. Dotazovaní v rozhovorech doporučují, aby člověk, který se rozhodne být terapeutem a měl zkušenost se závislostí, nespěchal a začal s touto profesí až po pár letech od poslední léčby. Takovýto terapeut může poškodit klienta i sebe samého. Vyprávění klienta může v terapeutovi vyvolat

bažení nebo mu jejich společný rozhovor může navodit některé vzpomínky z minulosti. V takovémto případě se již terapeut zaobírá sebou samým a ne klientem. Není empatický a narušuje terapeutický vztah. Terapeuti zmiňují, že nastávají i případy, kdy na základě těchto okolností terapeut selže, recidivuje a ovlivní tak i své klienty. Tato situace je pro terapeuta velmi frustrující a deprimující a nejen pro terapeuta, ale i pro pacienta. Z tohoto důvodu by měl být psychoterapeut sto procentně stabilní a kompetentní vykonávat profesionálně psychoterapeutickou činnost.

F: „Jo vnímám, určitě. Myslím, že jsem s tím začal hrozně brzo, protože jsem se například setkal, s nějakýma patologickýma hráčema, který maj naprosto expresivní barvitě..vypráví svoje zážitky na skupinách...a kdyby se tohle stalo před šesti lety, teď už se mi to naštěstí vůbec nestává, ale kdyby se mi to stalo hned po léčbě, tak by mě to mohlo ohrozit jo. Mohlo by mi to navodit nějaký vzpomínky, bažení a tohleto. Takže jsem si uvědomil, že na začátku to bylo hrozně rizikový“.

*F: „Tak nák prostě, třeba já jsem to hodně **uspěchal**, ale nějak jsem to ustál. Takže doporučuju dát si nějakou odstup chvíli no. Na tři roky třeba a pak teprve začít“.*

TÉMA 6: „Využití vlastní zkušenosti se závislostí v terapii“

V rozhovorech s terapeuty jsem se dozvěděla, jak pozitivně využívají svou zkušenost se závislostí a s léčbou ve své terapeutické práci s klienty. Toto téma poukazuje na specifickou a nezastupitelnou roli, kterou se ex-useři od běžných terapeutů liší. Pro klienty je takový terapeut důležitý hlavně svou předchozí zpracovanou zkušeností se závislostí a léčbou. Jelikož ji terapeut sám prožil, klienti se k němu více vztahují a vkládají mu větší důvěru, protože věří, že jim lépe rozumí.

Terapeuti líčí, že se svými klienty prožívají jejich zdary i nezdary. Jelikož si uvědomují, jaký je to pocit, když se jim samým v léčbě dařilo nebo nedařilo, prožívají tyto situace mnohem více a intenzivněji, než jiné situace ve svém životě.

Jako velkou výhodou vidí terapeuti v tom, že se dokáží vcítit do svého pacienta a vědí, jakým způsobem přemýšlejí. Dokáží si představit jejich vzorce chování a myšlenkové mapy, protože myšlení pacientů se od toho jejich myšlení za doby, kdy byli závislí, příliš nelišilo. Tento specifický život a určité myšlení terapeuti moc dobře znají z vlastní zkušenosti a usnadňuje jim to v terapii se závislými klienty mnoho práce. Na druhou stranu musí mít terapeuti otevřenou mysl, nebýt zaujatí a postupovat opatrně, jelikož každý člověk je individualita a každý prožívá různé situace jinak, ač jsou si v některých prvcích a chování závislí lidé podobní.

Někteří dotazovaní v rozhovorech podrobně popisují, jací jsou závislí lidé lháři a manipulátoři a jak se tyto jejich negativní vlastnosti promítají v terapii a v terapeutickém vztahu. Podle jejich názoru se závislými lidmi, spousta psychoterapeutů, na základě těchto faktorů, nerada spolupracuje. Psychoterapeuti s vlastní zkušeností se závislostí jsou vnímáni jako pozitivní vzory pro klienty a mnohem lépe odolávají manipulacím, které pacienti často zkoušejí na profesionály.

D: „*Myslím si, že stejně, jak dokážu prožít tu beznaděj a bezmoc, tak dokážu nějak výrazněji prožít i tu jejich radost, díky vlastní zkušenosti. A ten jejich pocit, kterej maj, když odcházejí a fakt se jim to daří*“.

F: „*Vím, jak myslejí, jaký maj vzorce chování, vím, proč to dělaj. A říkám, musím opatrně, každej to může mít trochu jinak*“.

M: „*Často se pokládá otázka, na kolik je to výhoda, že má člověk svoji zkušenost a standardně odpovídám a myslím si to, že to je výhoda i nevýhoda. Výhoda je to v tom, že přece jenom jsem **uvěřitelnější**, zvláště pro ty začínající pro ty v ústavu. V Bohnicích. To jsou prostě lidi, který jsou na začátku a který mají většinou problém s tím, vlastně jako přijímat to, co jim tam ten tým sděluje, servíruje, podává. Je jednoznačný, tam je to znát, podle zpětných vazeb, že od*

někoho o kom vědí, že má svojí kariéru, že to berou mnohem snáz. Jo, to je výhoda“.

K: *„Občas vnímám přínos, to, že vím, že **vím, jak ti klienti přemejšlej**. Takže pokud' se v tý skupině něco děje, tak já často tuším co, protože se dokážu vžít a vlastně jsem spoustu let přemejšlel stejně nebo jako oni, takže...to si dokážu říct, že se v té skupině děje tohle, tohle a tohla a umim reagovat no. Ale nevím jestli je to výhoda“.*

Pokud je exuser profesionálem, může být jeho vlastní zkušenost se závislostí velmi nápomocná pro obě strany. Terapeut se při práci realizuje a pro klienta jsou jeho pozitivní zkušenosti velmi přínosné a uvěřitelné. Terapeut se stává pro klienta velkou autoritou a znalcem a tím, že klient ví, co si terapeut sám prožil a že závislost překonal, více se mu otevře, je upřímnější, pravdomluvnější a nehraje s ním žádné „hry“.

F: *„To je vlastně to, že každá ta závislost je taková stigmatizující, je to takové stigma že jo a ty lidi se za to stydí a bojí se. A ti, co s nima pracujou, ti terapeuti a lékaři, to jsou takoví zasvěcenci. A ještě jedna vyšší kategorie a to jsou nadšenci, to jsou lidi, kteří to sami zažili. A já se někdy dostanu do toho **nadšence**. Že oni o tom někdy neradi hovořej a je to těžký pro ně a tímhle se to třeba změní trochu, **když jim řeknu, co jsem zažil**.*

○ „LIDÉ SI ŘÍKALI O POMOC“

Kdy psychoterapeuti zjistili, že by mohli využít svou zkušenost se závislostí v prospěch a pomoci někomu druhému? Podle výpovědí dotazovaných, za nimi začali ostatní kolegové/klienti docházet již v průběhu jejich léčby. Kolegové/klienti, hodnotili jejich rady jako věcné a velmi užitečné. Postupem času se dožadovalo konzultací stále více lidí. Terapeuti zjistili, že rádi pomáhají druhým a že jsou jejich rady efektivní, tudíž se rozhodli, že by se mohli nějakým způsobem podílet na léčbě závislostí.

S: „...jsem chodil na setkání AA, protože ty lidi jako **po mě chtěli, abych jim pomáhal**. Já jsem nechtěl jim pomáhat, to nebylo jako, že bych to nějak plánoval, ale oni za mnou chodili sami, takže jsem..no nevím, jestli jsem o tom takhle přemýšlel, ale prostě jsem ji začal pomáhat a ten postup byl takovej, že jsem se nakonec stal v uvozovkách profesionálem“.

o „VÍM, JAK SE CÍTÍŠ“

Jeden z terapeutů v rozhovoru líčí, že mu nejvíce v jeho léčbě pomohla věta: „Vím, jak se cítíš“. I on sám nyní při práci s klienty ví, jak se oni sami cítí a co prožívají. Jako člověk, který si prošel podobným osudem jako jeho klienti, v nich vyvolává mnohem větší důvěru, než běžní terapeuti. Jeho názory a argumenty v tu chvíli nejsou jen terapeutické, ale také autentické. Terapeut chápe změny, které klient prožívá – jednou je nahoře a jednou dole a nedokáže a nechce si určité změny připustit. Tím, že terapeut zažil podobnou situaci, se dokáže do klienta lépe vcítit.

Další z terapeutů popisuje, že často pozná, když klienti pouze předstírají, že se chtějí změnit. Líčí, že se mu daří odhalit, když klient postupuje léčbu jen proto, aby udělal radost svým blízkým. Aby byla léčba úspěšná, musí být klient motivován a dělat to pro sebe.

S: „A myslím, že to, co jsem prožil je určitou výhodou v tomhleto. Není to samozřejmě to jediný, nicméně u svých klientů mám pak silnější důvěru, že vlastně vím, jak se cítí. To, co jsem já potřeboval, vlastně na začátku slyšet. „**Vím, jak se cítíš**“. A já vím, jak se cítí ty lidi. Jo, to je prostě něco, co můžu jim pak nabídnout“.

o „ZNÁM TO Z DRUHÉ STRANY“

Terapeuti považují za velkou výhodu, že znají obě role – roli klienta i terapeuta. Jako začínající terapeuti byli díky roli klienta ve výcvikových skupinách odvážnější a

ve vlastní terapeutické praxi rozeznali, když s nimi klienti hráli „hry“ a manipulovali s nimi. K úspěšné profesi terapeuta jim velmi pomohl teoretický základ, který si po léčbě doplnili.

F: „*Já mám jednu výhodu, že jsem vlastně ten byznys...já jsem byl závislý na nelátkové závislosti, na gamblingu a já jsem dřív začal pracovat v tomto průmyslu na poměrně vysoké pozici. Takže já to znám i z druhé strany. **Znám vlastně všechny ty tři role.** V té, kdo to provozuje ve velkém a úspěšně, v roli pacienta, tak toho, kdo léčí. Takže....“.*

o „PRÁCE S VLASTNÍM PŘÍBĚHEM“

Dotazovaní v rozhovorech uvádějí, že při své práci v roli psychoterapeuta pracují i se svým vlastním příběhem. Podotýkají, že podle jejich názoru není dobré vyprávět svůj příběh všem pacientům, ale v některých situacích je dobré zmínit i svou zkušenost, aby se pacientům přiblížili a byli si tak navzájem otevřenější a měli pocit sounáležitosti. Během práce s příběhem terapeuti nepředávají klientům rady ani řešení daného problému. Snaží se klientům přiblížit více svojí osobní zkušenosti a prožitky, které v dané situaci cítili, než přinášet jen syrové informace.

J: „*Takže svému příběhu se nebráním, ale nemusím to každému říkat. Teď, když s vámi mluvím, tak se vlastně trochu stydím a je mi to nepříjemný. Když se to potom ale v práci...to je úplně jiný..když se v práci objeví něco, nějaké téma, nějaký zážitek toho člověka a je možný se mu přiblížit tím: „No to jo, to já to znám ještě takhle“. Tak to je ono. To je **dobrá práce s příběhem**, to tam jako patří“.*

o „JEDNÁNÍ NA FÉROVKU“

V léčbě závislostí je určitá tvrdost a přísnost vůči klientům potřebná a přínosná. Terapeuti však nesmí překročit jistou mez a musí si ji uvědomovat. Jeden z terapeutů v rozhovoru líčí, že pacient, který se léčí se závislostí, potřebuje od druhého člověka

určit hranice. Pokud nebude terapeut ve vztahu ke klientovi nekompromisní, neposune se klient dál a zůstane uvězněn ve svém zasetém vzorci chování.

Jako druhý důležitý faktor je podle něj v terapii upřímnost, způsob přímého kontaktu a jednání „na férovku“. Jestliže se tyto meze mezi terapeutem a klientem prolomí, může pak terapeut hovořit o všem – vypovídá jeden z terapeutů.

K: „*Pak je tam hrozne důležitá určitá **forma nekompromisní tvrdosti a přímosti**. Na závislýho člověka je prostě důležitá laskavá důslednost, která může vypadat až neomaleně a bezohledně, protože on sám si jinak ty svoje hranice tak dlouho překračoval, že potřebuje dostat od někoho jinýho ty hranice. I za cenu toho, že ztratí ho v kontaktu. Protože jak ustupujeme, se musíme do toho jeho, do toho labyrintu jeho vlastně, sebeklamu, zatažený a celej ten proces se hroutí“.*

o „FAKTOR NADĚJE“

Podle dotazovaných je nejdůležitějším faktorem v léčbě závislých klientů „faktor naděje“, který ukazuje, že se se závislostí někdo jiný dokázal „poprat“, celý proces léčby zvládnul a nějakým způsobem to prožil. Terapeuti během rozhovorů s klienty čerpají z vlastní zkušenosti a ukazují klientům vlastní cestu a líčí jim prožívání toho, jak to měli v minulosti s bojem se závislostí oni sami.

J: „...*tak na těch lidech se zkušeností je nejdůležitější, že ten klient má před sebou někoho, kdo to **ňák jako prošel a nezhroutil se z toho úplně**. Nebo když se zhroutil, tak potom zase vstal“.*

o **ZKUŠENOST JE NEPŘENOSNÁ**“

Terapeuti v rozhovorech vyzdvihují, že se o svou zkušenost nemohou vždy opírat a předávat ji svým pacientům. Zkušenost je podle jejich názoru nepřenosná, a

jestliže zůstane psychoterapeut jen u předávání své zkušenosti, zůstane příliš limitovaný a vymezi pacientovi jen jednu možnou úzkou cestu, kterou se může řídit.

F: „...když vidím, že ty lidi vlastně ještě nespádli na to dno a oni tam musí spadnout, aby si něco uvědomili. Takže tomuhle **těžko dokážu zabránit**, protože **ta zkušenost je nepřenositelná**“.

S: „. **Zkušenost jiných lidí, je jiná**. To znamená, že ta zkušenost by měla zůstat jen u toho, co se týká té důvěry a u toho vnímání toho člověka. Ale víc ne“.

TÉMA 7: „Handicap vlastní zkušenosti“

Toto téma poukazuje na to, že vlastní zkušenost se závislostí nemusí být v roli psychoterapeuta jen výhodou. Dotazovaní uvádí, že jim zkušenost se závislostí nejvíce komplikovala život na začátcích terapeutické kariéry, kdy vycházeli pouze z vlastní léčby a zkušenosti. Na začátku pracovní kariéry měli terapeuti velké nasazení a jejich minulost byla to, co jim dávalo sílu a jistotu v terapeutické profesi. Až později jim došlo, že na své minulosti nemohou stavět celou svou práci, ale musí se dále vzdělávat a snažit se zkušenost nasbírat i někde jinde.

Dotazovaní si myslí, že by exuser měl vyprávět svůj příběh z minulosti jen v situacích, kdy on sám chce a uzná to za vhodné. Není podle nich dobré představovat takového člověka v terapeutickém týmu jako někoho, kdo tu zkušenost má a takto jej pojmenovávat a limitovat. Takový člověk by měl mít svou roli, jako všichni ostatní odborníci – roli terapeuta. To, že by byl veřejně označován jako exuser by mu mohlo přinášet bolest, byl by snáze ohrožený, zranitelný a mohlo by být pro něj těžké, svůj příběh každému vyprávět.

Jako další nevýhodu své zkušenosti se závislostí uvádějí terapeuti „marnost“. Když svému klientovi nedokáží pomoci, protože je klient nemotivovaný, prožívají to mnohem hůře, než běžní profesionálové. Vyrovnávají se s takovouto situací špatně,

jelikož z vlastní zkušenosti vědí, že člověk může závislost překonat, ale klientovi se to z nějakého důvodu nedaří.

Jeden z terapeutů líčí, že má velmi často problém s tím, že klient vidí věci jinak, než on sám. Často si tuto skutečnost vůbec neuvědomí, nenechá k sobě doléhat klientovy myšlenky a řídí se jen svými pocity a myšlenkami, které si s klientovým tématem spojuje. Tímto způsobem se na klientovy problémy a nepříznivou situaci dívá jen svými očima, a často je díky tomu psychoterapie pro klienta kontraproduktivní. Terapeuti se mohou v terapii zaměřovat jen na svoji zkušenost a všechna témata, která klient otevře, mohou vztahovat k sobě. V takovéto situaci se terapeut stává neempatickým elementem, je více orientovaný na sebe, než na klienta, neposlouchá jej, nezrcadlí jeho pocity a názory, předkládá mu svoje názory a není podporující a pozorný. Tento přístup terapeuta není pro klienty příliš vhodný a motivující.

M: *„Ta marnost je asi taková nejméně příjemná. Marnost, bezmoc. A asi je to taky možná **takovej částečnej handicap té vlastní zkušenosti**, protože umím si představit, že když jí nebudu mít, tak se s takovýma věcmi budu smířovat snáz. Jo, ale, že to, že já prostě vím, že ty věci jsou reálný a možný a přesto to nejde z nějakých důvodů, tak je to možná o to těžší“.*

M: *„Samozřejmě, že ty věci jsou podobný, ty věci jsou podobný, příběhy jsou podobný. Nicméně nejsou stejný. A někdy se to může lišit hodně. A já vlastně můžu mít poměrně velký **problém s tím**, vůbec jako uvidět, že **ten člověk to má jinak**. Že ten člověk má tendenci to vidět přes sebe a to je mi vlastně úplně jasný, protože já vidím, jak to je. Tak tohleto je taková druhá asi těžkost“.*

o „DĚLÁM TO PRO SEBE, AŤ CHCI NEBO NE“

Někdy může být profese psychoterapeuta pro exusery motivací k abstinenci a svým způsobem pokračováním své vlastní léčby.

M: „Často se taky říká nebo má se za to, že to lidi dělaj pro to, že to je jejich nějaká jistota nebo **pomůcka** pro to, aby nesehlali“.

M: „Samozřejmě, že tohle je..ta práce..prvkem života, ktorej tu stabilitu, tu jistotu v tý **abstinenci podporuje**, posiluje..to bezesporu“.

o „**NEPŘEPADÁVAT DO PŘÍBĚHU**“

Terapeuti se někdy tak intenzivně účastní příběhů, které vyprávějí jejich pacienti, že ztrácí odstup a nadhled, který by si profesionál při práci terapeuta měl zachovat. Někdy se až moc angažují v problémech pacientů a poté neplní svou funkci terapeuta. Když se jich nějaký příběh osobně dotýká, je to pro ně těžší než pro jiného odborníka, který zná problém závislosti pouze z teorie.

M: „Ve výcviku se používal takovej výraz „**Nepřepadávat do příběhu**“. Udržovat si vlastně nějakou takovou..takovej stav, že, abych věděl, co je zatím. Když mě to zasahuje osobně, tak abych se v tom neztrácel. A abych taky...ještě jedna věc..na co to je taky náchylný. Je to náchylný na to, že vlastně někdy zbytečně vycházím z té vlastní zkušenosti“.

TÉMA 8: „Ideální terapeut“

Osobnost terapeuta velmi ovlivňuje klienty a jejich motivaci k léčbě. Jaký by měl být dobrý psychoterapeut? I tohoto tématu se v rozhovorech terapeuti se zkušeností se závislostí dotýkají. Podle jejich názoru by měl mít psychoterapeut vlastnosti, rysy a předpoklady, které platí obecně pro všechny odborníky, kteří se věnují psychoterapii. K těmto vlastnostem přidávají i specifické rysy na základě svých zkušeností a na základě klientely, se kterou pracují – v tomto případě se závislými klienty.

Dotazovaní uvádějí, že by psychoterapeut měl být autentický, přirozený a měl by si umět držet své hranice. Měl by být upřímný a otevřený a měl by být schopný mluvit o sobě, o tom, co cítí a co právě prožívá. Měl by být nestranný v tom nejlepším slova smyslu a neodsuzující, což by mělo být u profesionála samozřejmostí. Své klienty by měl vždy podporovat a měl by se soustředit na klientovo dobro. Práce psychoterapeuta by jej měla bavit a naplňovat. Zároveň by se měl po celý život vzdělávat a pracovat na sobě, aby mohl stále profesně růst. Profesionál – terapeut pracuje na základě svého přesvědčení a svého nastavení a ne pod vlivem druhé osobnosti. Je velmi těžké překonat fázi, kdy terapeuti přebírají terapeutické principy a postupy z léčby nebo od jiných terapeutů, které znali z minulosti a přejít do fáze, kdy se terapeut řídí pouze svými principy.

Terapeuti se zkušeností se závislostí dále v rozhovorech zdůrazňují, že by ex-useři neměli zůstat v roli „bývalého uživatele“. Na své zkušenosti by neměli stavět celou svou kariéru profesionála. Měli by získat i jiné profesní zkušenosti, které je mohou v této profesi obohatit a pomoci jim získat určité dovednosti a schopnosti, které bez vzdělání a tréninku nezískají. Při práci se závislými musí terapeut udržovat při sezeních určitá pravidla. Měl by být schopen udržovat hranice, být autentický a pravdivý a určit si s klienty pravidla. Dodržovat a respektovat určitý režim a pravidla je pro závislé velmi důležité, jelikož by se měli naučit přebírat za něco ve svém životě zodpovědnost.

J: „...měl by o sobě vědět, měl by mít zpracovaný nějaký základní životní peripetie svoje, vady. Umět držet hranice. Měl by umět odpočívat. Měl by být pozitivním vzorem tím, že má fakt svůj dobrou vlastní život. Měl by být v tom životě nějak usazený do té míry, že nemá žít tou prací a má přinášet...má být vzorem tím, že žije nějak svůj konkrétní život, má svoje záliby, má svoje ukotvenosti. No to mi přijde jako nejdůležitější. A ty klienti často okoukávají od terapeutů nějaký návody, jak žít. A myslím, že si ti klienti zaslouží lidi, od kterých můžou odkoukat různé pestré věci a musí být opravdoví ti terapeuti. Nesmí to být přednáška o tom, jak žít, ale ukázka toho, že se nějak žít dá“.

D: „...já si myslím, že je hrozně důležitý, aby ten terapeut byl **autentický za každou cenu**, aby se nebál sama sebe, svých nedostatků, který ty pacienti vycejtěj a dovedou zaútočit - to závislý dovedou velice dobře, takže vlastně napadnou Vás kvůli vaší slabině, a když vy se jí snažíte křejt nebo nepřiznat, tak najednou je na koni. Takže jako umět přijímat kritiku od nich a říct, že s tím narozdíl od něj umím zacházet“

○ „BUDOVÁNÍ VZTAHU“

To, co považují psychoterapeuti za nejúčinnější je terapeutický vztah. Ve vztahu s klientem by měl být terapeut autentický a otevřený. Měl by s ním navázat pouto, které mu umožní s klientem pracovat dál. Někdy je podle výpovědí terapeutů těžké navázat se závislými klienty upřímný vztah, jelikož oni na základě svých zkušeností automaticky vstupují do vztahu s určitou manipulovatelností a nepřímostí.

J: „**Budovat vztah.** My jsme pak dospěli do bodu, kdy jsme si říkali, že ty klasický závisláci, že oni ty vztahy vytvářejí tak nepřímo a tak jako někdy uhýbají a že je těžký je dohnat a že je to takový, že člověk se musí prokousat nějakou formou nepřímosti a takový manipulovatelnosti. Než oni uvěří tomu, že ten vztah může být“.

○ „KLIENTŮM NEPOMŮŽE JEN BÝVALÝ FEŤÁK“

Většina dotazovaných si podle výpovědí v rozhovorech nemyslí, že by stávajícím závislým klientům mohl pomoci jen „bývalý uživatel“. Jejich zkušenost se závislostí vnímají jako životní přínos, ale ne jako primární přínos při práci psychoterapeuta. Psychoterapeut bez zkušenosti se závislostí může být podle jejich názoru stejně významný ba i významnější pro klienty než exuser. Svoji zkušenost využívají v práci s klienty, když je potřebují v určité fázi v terapii motivovat nebo jim

předat nějaké zkušenosti ze své vlastní léčby. Význam této rady je pro ně ale minimální, jelikož si klienti musí projít léčbu svou vlastní cestou. Jeden z terapeutů v rozhovoru líčí, že mu nejvíce pomohla mladá psychoterapeutka, bez jakékoliv zkušenosti s návykovými látkami. Ostatní terapeuti k tomuto tématu dodávají, že profesionálové bez zkušenosti, neohrožují sebe ani klienty svojí minulostí. Klienti, kteří se léčí se závislostí, zastávají často názor, že jediný, kdo by jim mohl pomoci, je právě terapeut ze zkušeností, jelikož si dokáže představit a rozumí, jak se klient cítí. Terapeut se zkušeností může být pro klienty velkou motivací a vzorem, jelikož byl v minulosti ve stejné situaci jako klient a dokázal ji překonat.

D: *„Já jsem to už řekl, myslím si, že člověk, který se neprošel závislostí, může být stejně významnej pro toho klienta, jako člověk, kterej prošel tou zkušeností. Nebo naopak si myslím, že člověk bez té zkušenosti může být pro toho klienta významnější, protože ho **neohrožuje nějakýma těma rizikama**“.*

J: *„Jakože na těch lidech se zkušeností a je jedno jestli se závislostí nebo duševní nemocí...tak na těch lidech se zkušeností je nejdůležitější, že ten klient má před sebou někoho, kdo to nějak jako prošel a nezhroutil se z toho úplně. Nebo když se zhroutil, tak potom zase vstal“.*

○ „KLIENTI VĚDÍ, CO POTŘEBUJÍ“

Mezi další rys dobrého terapeuta ex-useři řadí určité „cítění“ na nároky na klienty. Terapeuti by se neměli snažit jen naplňovat cíle terapeutického procesu, ale měli by naslouchat tomu, co klient cítí a co v tu danou chvíli potřebuje. Někteří terapeuti klienty vedou za hranice a zatíží klienta, i když na tuto fázi terapie ještě není připravený.

J: *„Naštěstí, čím dýl to dělám, tak vím, že tohle jako **jak to má být ví ten klient a ne já**“.*

K: „Klienti nás ovlivňují pořád že jo, my v tý své práci terapeutický rosteme s těma lidma. Takže člověk se vlastně...k němu se dostávají, jak bych to řekl, komplikovanější případy, tak vlastně člověk ohmatává tu půdu, **kam s tím člověkem až může zajít**“.

TÉMA 9: „Většina klientů není závislá“

V rozhovorech se objevuje názor, že většina klientů není závislá. Dotazovaní soudí toto tvrzení na základě toho, že v psychoterapii klienti většinou vždy probírají své vztahy v rodině a se svými blízkými a nezaměřují se na problém závislosti jako takové. Závislost není primárním problémem, ale pouze sekundárním – vždy jí něco předchází.

M: „...co provozuju je sice terapie závislosti, ale od těch závislostí to jde velmi rychle, u každého, kdo se nějakým způsobem normálně vyvíjí, mnohem rychle to přejde mnohem k civilnějším a běžným věcem a **ve vztazích to musí skončit prostě vždycky**. Protože život se prostě odehrává ve vztazích. Takže ten, kdo uvázne v závislosti, to je...to je prostě nešťastník“.

J: „To je jako poučení se 17 ti leté adiktologické praxe. Že většina lidí co jsou třeba v komunitách nebo někde takhle, že nejsou závislí. Že oni jsou diagnostikováni jako závislí a medicínská diagnostika má svoje mouchy velký a musej se vykazovat jako závislí, protože ten systém je tak nastavenej. Ale když jsem se bavil s několika lidma a šéfama z komunit a podobně u drogově závislých, tak tam je tak jestli **maximálně 10% lidí, kteří jsou závislí?** Všichni ostatní jsou pouze problémoví uživatelé, kteří prostě řeší užíváním látek náky jako něco, nějakou potíž. Takže to no, vědět, že nejsou závislí, vědět, že přišli ještě relativně včas a tak no“.

TÉMA 10: „Obtížný klient“

Závislí klienti jsou specifickou a kontroverzní skupinou. Dotazovaní tuto skupinu v rozhovorech často zmiňují a podrobně popisují jako klienty, kteří jsou lháři, manipulátoři, nepřebírají za nic v životě zodpovědnost a jsou neupřímní. Toto chování je pro klienti jednodušší a snazší, než přebrat za svůj život odpovědnost a být k ostatním lidem čestný a poctivý. Jestliže závislého člověka nějaká činnost baví, stává se naprostým fanatikem – to je typický vzorec chování, kterým se řídí.

Tito klienti mají také „dar“ vycítit slabé místo a nedostatky, které jejich psychoterapeut má a snadno a nekompromisně mu tyto nedostatky předhazují. Důvodem je potřeba moci a převahy nad terapeutem.

D: *„Většina závislejších lidí jsou úžasný lháři a manipulátoři - to znamená, že oni dovedou všechno (oni jsou jak politici), všechno využít ve vlastní prospěch - aby se vyvinili, aby si omluvili a vysvětlili, proč něco nemusí dělat jinak atd.. Takže tam je hrozně dobrý jako rozeznávat to jejich pletivo manipulace, kterou oni dělají“*

4.9 Závěr a shrnutí výzkumného šetření

V průběhu tematické analýzy jsem zpracovávala velké množství dat, která jsem sjednotila do deseti samostatných tematických celků. Tato témata se vztahují k výzkumným otázkám, vzájemně spolu souvisejí a téma diplomové práce rozvíjejí. Téma 1: „Byli jsme skálopevně přesvědčeni“; Téma 2: „Pochybnosti: Nejistí úplně ve všem a vždy“; Téma 3: „Motivace: Co mě na práci těší“; Téma 4: „Psychoterapie mě zachránila“; Téma 5: „Už nejsem feťák, jsem terapeut“; Téma 6: „Využití vlastní zkušenosti se závislostí v terapii“; Téma 7: „Handicap vlastní zkušenosti“; Téma 8: „Ideální terapeut“; Téma 9: „Většina klientů není závislá“; Téma 10: „Obtížný klient“. Tato témata jsem podrobně rozvedla v předchozí části. Pomocí těchto témat budou zodpovězeny výzkumné otázky.

(1) Co vedlo bývalé uživatele k rozhodnutí stát se terapeutem?

Z rozhovorů vyplynulo, že se nynější psychoterapeuti rozhodli věnovat se profesi terapeutů v průběhu jejich léčby se závislostí nebo bezprostředně po ukončení léčby. Již v léčbě byli pro ostatní klienty ve skupinách nápomocní, vyslechli své kolegy, zajímali se o jejich problémy, dávali jim rady a vedli s nimi dlouhé rozhovory. Ostatní kolegové ve skupině na ně hleděli s respektem a považovali je za lidi, na které se mohou obrátit a kterým se mohou kdykoliv svěřit se svým trápením. Nynější terapeuti zjistili, že je velmi těší a obohacuje, když mohou pomáhat druhým lidem a že jsou jejich tehdy „lajcká“ doporučení a rady pro druhé účinné a efektivní, tudíž se rozhodli, že by se mohli nějakým způsobem podílet na léčbě závislostí.

Terapeuti líčili, že úspěšná léčba je disponovala k tomu, že projevovali veliký zájem o obor psychologie a o téma závislostí se začínali zajímat i z teoretického a odborného hlediska. Byli nadšení, aktivní, plní euforie a toužili po tom, předávat své zkušenosti dále ostatním lidem.

Když nynější psychoterapeuti úspěšně dokončili léčbu, věděli pouze to, že chtějí pomáhat ostatním lidem s léčbou závislostí a jejich „drivem“ k vykonávání profese psychoterapeuta byla povznesenost, dobrá nálada, vnímali pocity štěstí a nové naděje a měli radost z toho, že právě oni překonali závislost. Po léčbě měli terapeuti mnoho praktických zkušeností, leckdy více než běžní studenti psychologie, tudíž se snažili terapeuticky pomáhat ostatním, kteří jejich pomoc vyhledávali. Takto postupovala podle výpovědí terapeutů téměř většina bývalých uživatelů, kteří úspěšně absolvovali léčbu. Jen někteří však dosáhli stupně profesionality a kvalifikovaného psychoterapeuta, jelikož euforie, kterou na začátku všichni pociťovaly, je po pár měsících přešla a jejich altruismus byl pouhým nadšením z toho, že právě oni dokázali závislost překonat.

Bývalé uživatele vedla k práci psychoterapeuta skutečnost, že se mohou profesně věnovat práci, kde mohou nabídnout klientům část sebe, část ze své osobnosti a ze své etapy života a využijí tyto své zkušenosti k nápomoci druhým, kteří se chtějí léčit se závislostí.

Další klíčovou motivací k práci terapeutů je pro dotazované „smysl psychoterapie“. Významný důvod hraje skutečnost, že si terapeuti vyzkoušeli léčbu závislostí na vlastní kůži, léčba byla úspěšná a přinesla jim pozitivní výsledky. Pomocí psychoterapie dokázali nyníjší terapeuti abstinovat a vzdát se závislosti a tyto poznatky chtěli předávat dál, dalším lidem, kteří pomoc potřebují. Jsou přesvědčeni, že pomocí „léčby slovem“ může člověk docílit kladných výsledků.

Práce psychoterapeuta přináší dotazovaným v životě určitou stabilitu, prevenci před závislostmi a podporu v abstinenci. Tyto faktory neberou nyníjší terapeuti jako hlavní důvody a motivy, proč se rozhodli stát se psychoterapeuty. Jsou to pro ně spíše přínosy nebo pomůcky pro to, aby nesehali a nerecidivovali. Profesi psychoterapeuta a spoluprací se závislými klienty si stále připomínají svou minulost a to je udržuje v abstinenci. V průběhu profese terapeuta se člověk neustále zabývá sebou samým, je v kontaktu s odborníky, dochází na pravidelné supervize a chrání se a pečuje o své duševní zdraví. Toto jsou účinné strategie a prevence, jak se exuser může bránit vlivům a účinkům závislosti.

(2) Jak zpětně vnímají tuto životní změnu?

Psychoterapie je pro dotázané spása, která jim zachránila život a ukázala jim jiný směr cesty bez závislosti. Psychoterapeuti během své terapeutické kariéry podstoupili výcviky, školení či vysoké školy. V rozhovorech popisovali, že se jim díky psychoterapii otevřel nový svět. Začali potkávat lidi, se kterými se dříve neměli šanci setkat. Potkávali studenty, začínající odborníky i profesionály, kteří jim předávali své vědomosti a to je posouvalo dále jak v osobním životě, tak v oblasti kariéry. Skupinová psychoterapie ve výcvikové skupině je změnila a dotázaní se začali zaměřovat na sebe samé, na své prožívání, chování, na vztah k sobě a to je vedlo k sebepoznání. Jejich hodnoty a návyky, které jim v minulosti před léčbou znepříjemňovaly život, byly destruktivní a přiváděly je do těžkých situací, nyní fungují opačně a ty samé zkušenosti jsou jim dnes ku prospěchu, protože je využívají v psychoterapii se závislými klienty. Zpětně vnímají nyníjší terapeuti tuto změnu velmi kladně, jelikož i dnes vycházejí

z toho, co se v psychoterapii naučili – snaží se vytvořit si čas pro sebe, dbát a pečovat o sebe, zabývají se tématem psychohygieny a snaží se vyvarovat nejružnějším škodlivým vlivům.

Nevyčerpaná témata

Pomocí tematické analýzy vyšly najevo i podněty a témata, která nesouvisela přímo s výzkumnými otázkami. V závěru výzkumu bych je ráda i přesto zmínila. Většina dotazovaných se začala po absolvování léčby vzdělávat. Všichni absolvovali terapeutické výcviky a někteří stále ještě studují vysoké školy v oboru psychologie nebo adiktologie. Dotazovaní terapeuti mají dnes již několikaleté zkušenosti s psychoterapií a prací se závislými klienty. Terapeuti hovořili o pevném přesvědčení a přesné vizi, kterou měli na začátku své terapeutické praxe - vizi o průběhu psychoterapie se svými klienty. Toto přesvědčení vyplývalo z jejich absolvované léčby. Předávali svoje praktické postupy dál, aniž by na sebe nechali působit zpětnou vazbu od jiných terapeutů či klientů. Po pár letech získali nadhled nad svou prací terapeutů. Získali určitou míru sebereflexe, kterou dosáhli vzděláním, supervizí a psychoterapeutickým výcvikem. Terapeuti také hovořili o pochybnostech, které neustále v psychoterapii s klienty prožívají. Dotazovaní se shodují v tom, že je dobré někdy v profesi terapeuta pochybovat, jelikož na základě nejistoty a obav se terapeuti sami vzdělávají a věnují svůj osobní čas učení, četbě či supervizi. Tyto okolnosti jim pomáhají jejich obavy překonat.

Dalším nevyčerpaným tématem tohoto výzkumu je individuální zkušenost se závislostí a její vliv na nynější práci psychoterapeuta. Dotazovaní v rozhovorech uvedli, že jsou stále v kontaktu se svou minulostí, ale důležité pro ně je, že jsou si toho vědomi a pracují s touto informací v supervizi, v týmu terapeutů, ale i individuálně. S tímto tématem souvisí „postavení exusera v týmu psychoterapeutů“. Dotazovaní v rozhovorech zdůrazňují, že je velmi důležité ujasnit si, že exuser je rovnocenným a platným terapeutem stejně tak, jako ostatní pracovníci v terapeutickém týmu. Důležitý je také postoj exusera k ostatním psychoterapeutům. S tímto tématem má většina dotazovaných spojený pojem „přenos“, který na začátku své terapeutické praxe někteří

z dotazovaných prožívali vůči svým kolegům. Tyto pocity v minulosti cítili ke svým psychoterapeutům a připomínalo jim to a evokovalo některé situace v jejich minulosti, když byli oni sami pacienti.

Někteří dotazovaní otevřeli téma „života bez závislosti“. Toto téma poukazuje na to, že někteří terapeuti se nedokázali oprostít od světa závislostí a stále řeší to, co řešili v minulosti, avšak z druhé strany – ze strany odborníka. Terapeuti tímto navazují na téma, které je spojené s léčbou a s životem po léčbě. Některé lidé se po léčbě ihned začínají věnovat psychoterapii. Začnou se vzdělávat a začnou terapeuticky pracovat s klienty. Podle dotazovaných by člověk, který se rozhodne být terapeutem, neměl spěchat a měl by začít s touto profesí až po pár letech poslední léčby. Takovýto terapeut může poškodit klienta i sebe samého. Vyprávění klienta může v terapeutovi vyvolat bažení nebo mu jejich společný rozhovor může navodit některé vzpomínky z minulosti. V takovémto případě se již terapeut zaobírá sebou samým a ne klientem - není empatický a narušuje vývoj terapeutického vztahu.

Zajímavým postřehem terapeutů bylo i uvědomění si toho, jak jim jejich zkušenost se závislostí napomáhá a naopak nenapomáhá v terapeutickém vztahu s klienty. Velkou výhodou vidí terapeuti v tom, že se dokáží vcítit do svého pacienta a vědí, jakým způsobem přemýšlejí. Dokáží si představit jejich vzorce chování a myšlenkové mapy, protože myšlení pacientů se od toho jejich myšlení za doby, kdy byli závislí, příliš nelišilo. Tento specifický život a určité myšlení terapeuti moc dobře znají z vlastní zkušenosti a usnadňuje jim to v terapii se závislými klienty mnoho práce. Na druhou stranu musí mít terapeuti otevřenou mysl, nebýt zaujatí a postupovat opatrně, jelikož každý člověk je individualita a každý prožívá různé situace jinak, ač jsou si v některých prvcích a chování závislí lidé podobní.

Svou minulost pocítují terapeuti jako nevýhodu v tom, že jim na začátku terapeutické praxe velmi komplikovala práci, jelikož vycházeli pouze z vlastní léčby a zkušenosti. Na začátku pracovní kariéry měli terapeuti velké nasazení a jejich minulost byla to, co jim dávalo sílu a jistotu v terapeutické profesi. Až později jim došlo, že na své minulosti nemohou stavět celou svou práci, ale musí se dále vzdělávat a snažit se zkušenost nasbírat i někde jinde.

Jeden z terapeutů zmiňuje v rozhovoru další nevýhodu své minulosti - líčí, že má velmi často problém s tím, že klient vidí věci jinak než on sám. Často si tuto skutečnost vůbec neuvědomí, nenechá k sobě doléhat klientovy myšlenky a řídí se jen svými pocity a myšlenkami, které si s klientovým tématem spojuje. Tímto způsobem se na klientovy problémy a nepříznivou situaci dívá jen svými očima a často je kvůli tomu psychoterapie pro klienta kontraproduktivní.

„Klientům nepomůže jen bývalý feťák“ – to je téma, které bylo v rozhovorech s dotazovanými často diskutované. Většina dotazovaných si podle výpovědí v rozhovorech nemyslí, že by stávajícím závislým klientům mohl pomoci jen „bývalý uživatel“. Jejich zkušenost se závislostí vnímají jako životní přínos, ale ne jako primární přínos při práci psychoterapeuta. Psychoterapeut bez zkušenosti se závislostí může být podle jejich názoru stejně významný, ba i významnější pro klienty než exuser.

5 DISKUZE

K výběru tématu diplomové práce mě vedla vlastní zkušenost s prací s lidmi se závislostmi v různých léčebných zařízeních. V průběhu absolvovaných stáží jsem si všimla, že v terapeutických komunitách pro závislé, v nízkoprahových centrech a jiných terapeutických zařízeních, které se zaměřují na léčbu závislostí, je zastoupení bývalých uživatelů jako odborníků velmi časté. Podle odborné literatury je pozice exusera v týmu terapeutického zařízení mezi psychology a jinými specialisty na závislosti diskutovaným tématem. Terapeutické týmy jsou především v USA obsazovány exusery běžně a tito lidé jsou do týmu široce přijímány. Mě samotnou vždy zajímalo téma exuserů v adiktologických službách. Myslím si, že jsem k těmto lidem dříve pocítovala určité stereotypy a předsudky. Jak to s nimi vlastně je? Mají větší šanci navázat vztah s klientem díky svým zkušenostem? Je jejich motivací zachránit svět, když úspěšně absolvovali léčbu? Nebo je pro ně psychoterapie prostředkem, jak se udržet v abstinenci? Na začátku stáží v adiktologických službách jsem hledala všechny možné zdroje o bývalých uživatelích v literatuře. Jako nejúčinnější k porozumění a k nahlédnutí do tohoto kontroverzního tématu se však pro moji diplomovou práci ukázaly konzultace a rozhovory se samotnými exusery.

K získání teoretických i praktických informací mi pomohlo nejen několik odborných textů, ale také především konzultace s vedoucí diplomové práce a jinými profesory na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Vedoucí diplomové práce mi poskytovala mnoho vlastních zkušeností a důležitých podnětů k tvorbě výzkumného šetření a tematické analýzy. Zároveň mě odkázala na základě vlastní zkušenosti na některé vhodné kandidáty do výzkumného vzorku.

Výzkumná část této práce má své rezervy a nedostatky. Během tvorby celého výzkumného šetření jsem si uvědomila některé limity, které s velkou pravděpodobností mohly tento výzkum omezit, zkreslit či ovlivnit. Jsem si vědoma toho, že nejsem profesionální výzkumník. Tento výzkum je mým druhým výzkumem, a ač jsem metodu tematické analýzy, kterou jsem využila ve své diplomové práci, dělala podruhé, nemám tolik zkušeností, aby práce nebyla některými proměnnými ovlivněna. Výsledky

výzkumu nemusí být reprezentativní vzhledem k malému počtu participantů ve výzkumném vzorku. Rozhovorů se účastnilo šest participantů – mužů, z různých adiktologických zařízení. Tato shoda v počtu dle pohlaví však nebyla záměrná. Velké zastoupení mužů v mém výzkumném vzorku si vysvětluji tím, že ženy na základě statistických údajů a epidemiologických výzkumů užívají návykové látky i alkohol méně než muži a také tím, že v ČR je i menší výskyt patologických hráček - výsledky výzkumu by tímto mohly být na základě výzkumného vzorku genderově ovlivněny.

K dalším limitům mého výzkumného šetření bude patřit vlastní předporozumění tématu, které jsem uvedla a podrobně popsala v praktické části své práce. Mé předporozumění mě mohlo, jako výzkumníka, ovlivnit při tvorbě výzkumných otázek, při realizaci rozhovorů s participanty a při tvorbě tematické analýzy. Z jiného úhlu pohledu by mohlo být mé předporozumění i přínosem. Abych tyto jevy a chyby při tvorbě diplomové práce eliminovala, rozhodla jsem se před začátkem výzkumu sepsat „vlastní předporozumění“, sama si odpovědět na výzkumné otázky a také na všechny otázky polostrukturovaného rozhovoru, které jsem poté pokládala svým participantům ve výzkumném vzorku. Svě odpovědi jsem si zaznamenala a při tematické analýze jsem k nim přihlížela.

Při realizaci rozhovorů jsem se intenzivně věnovala sestavení vhodných otázek a jejich řazení a uspořádání. Mým cílem bylo začínat rozhovor otázkami, které pomohou navodit kontakt s participantem. V první čtvrtině rozhovoru, jsem volila otázky neproblémové, nekonfliktní a snadné k zodpovězení. Další čtvrtinu tvořily těžší otázky, které byly pro výzkum klíčové. Třetí čtvrtinu tvořily už jednodušší otázky, které ale byly pro výzkum také velmi důležité, a poslední otázky byly lehčího charakteru a méně důležité pro výzkum. Díky postavení otázek rozhovor nepůsobil formálně a expertně. Participant byli uvolnění a na konci rozhovoru mi naznačili, že byl pro ně rozhovor příjemný a cítili se pohodlně. Jeden z participantů po diskuzi uvedl, že rozhovor byl profesionální a že velmi kladně oceňuje můj zájem o toto téma. Jeden participant uprostřed rozhovoru uvedl, že se přede mnou o některých věcech stydí mluvit. Na základě toho - jsem se ještě více snažila podpořit a vytvořit příjemnou atmosféru a participanty přesvědčit o tom, že nepotřebuji odborné názory profesionála, ale že mě zajímá lidský pohled na věc a jeho prožívání. Jsem si vědoma, že jsem rozhovory

s participanty mohla více rozvést a jít do větší hloubky. Snažila jsem se s participanty jednat citlivě, ponechat jim svobodu v tom, jakým způsobem chtěli odpovídat a když jsem cítila, že je některé z témat pro ně citlivé, neptala jsem se dál a nechala jsem je volně povídat. Při zpětném poslechu a přepisu rozhovorů jsem zjistila, že jsem v některých momentech mohla zajít dál a doptat se na některé věci, které by mi jejich myšlenky ještě více přiblížily. Tyto limity ve vedení rozhovorů jsou zapříčiněny mou nezkušeností, trémou a i některými osobními vlastnostmi, protože jsem k participantům chtěla být co nejvíce citlivá.

Dotazovaní terapeuti měli různé psychoterapeutické vzdělání a pracovali v různých terapeutických zařízeních pro závislé klienty. Díky tomu byla možnost se podívat na problematiku skrze optiku různých teorií. Samostatně se tímto tématem však výzkum nijak nezabýval. Všichni dotazovaní měli zkušenosti s prací s lidmi se závislostí minimálně tři roky. Někteří z terapeutů měli více zkušeností než jiní a jejich odpovědi na konkrétní otázky se velmi podobaly ostatním odpovědím od participantů z výzkumného vzorku.

Nejnáročnější částí výzkumného šetření byl sběr dat a výběr participantů do výzkumného vzorku. Na základě stáží, které jsem absolvovala v různých adiktologických zařízeních, jsem věděla o pár terapeutech, které by bylo vhodné oslovit a kteří by splňovali podmínky mého výzkumu. Některé participanty mi doporučila i vedoucí mé diplomové práce. Po uskutečnění rozhovoru s prvním kandidátem jsem další participanty získávala metodou sněhové koule. Participant se mi navzájem doporučovali. Někdy to bylo velice obtížné, protože někteří terapeuti nebyli z Prahy, byli velmi zaneprázdnění a svou účast ve výzkumu si někdy nakonec rozmysleli kvůli časové náročnosti. Všem participantům jsem velice vděčná, že s účastí ve výzkumu souhlasili a svěřili se mi se svými zkušenostmi a prožitky. Některé věci, které v rozhovorech zmínili, byly intimního charakteru, tudíž obdivuji jejich odvahu a kuráž, se kterou do výzkumu šli.

Nemalým úskalím pro mne byla dostupnost odborné literatury, týkající se vývoje terapeuta, který popisují ve třetí kapitole teoretické části. Pro svou práci jsem pro toto téma čerpala ze zahraničních zdrojů. Tyto zahraniční studie mi poskytly nejen potřebné teoretické pozadí, ale i novou perspektivu možností, kterým se v teoretické části mohu

věnovat. Velkým přínosem pro mou teoretickou část práce byly také v posledních letech provedené české výzkumy týkající se vývoje psychoterapeuta a osobnosti terapeuta od pana profesora Zbyňka Vybírala a dalších, které mne nasměrovaly k dalším zdrojům teorie a poskytly tak poměrně nová data z českého i zahraničního prostředí. Čerpání z mnoha zahraničních studií a literatury považuji za cenné a obohacující především proto, že o některých studiích jsem doposud vůbec nevěděla. V tomto směru vnímám svou teoretickou část pro problematiku vývoje terapeuta, kompetencí terapeuta a osobnosti terapeuta jako přínosnou.

Myslím si, že by bylo zajímavé zajímat se o téma exuserů i z jiných perspektiv. Výzkumy by se mohly zaměřovat na pohled klienta a jeho názory a prožívání vůči exuserům. Šetření by mohlo přinést mnoho nových poznatků a různých pohledů na tuto problematiku. Vzhledem k závěrům výzkumného šetření ve své diplomové práci a hlubšímu zpracování tohoto tématu si troufám říct, že má tato práce i praktické využití. Praktické využití může mít pro psychology a psychoterapeuty, kteří o tématu bývalých uživatelů nejsou dostatečně informováni či pro klienty, ale i ostatní exusery, kteří mají o sobě a jiných bývalých uživatelích pochybnosti nebo stereotypy a předsudky. Práce jim může otevřít nové obzory a změnit jejich pohled na danou problematiku.

ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o problematice závislostí, o bývalých uživatelích a terapeutické činnosti se závislými klienty. Především se zaměřuje na bývalé uživatele – exusery, kteří mají zkušenost se závislostí a v současné době pracují terapeuticky se závislými klienty. Tito lidé si prošli léčbou závislostí a absolvovali různá školení, kurzy, terapeutické výcviky a vysoké školy, aby mohli vykonávat terapeutickou činnost. Primárním cílem této práce bylo zjistit, co vedlo bývalé uživatele k rozhodnutí stát se terapeutem. Dalším cílem této předkládané diplomové práce bylo hlubší porozumění tomu, jak terapeuti prožívali a zpětně vnímali změnu, která se týkala nové profese psychoterapeuta a života bez závislosti. V souvislosti s tímto tématem jsem považovala za důležité zaměřit se i na osobní zkušenost terapeutů s léčbou závislostního chování, kterou v minulosti absolvovali, jelikož je mohla ve volbě budoucího povolání léčba ovlivňovat. Práce podrobně mapuje vnímání dotazovaných terapeutů a prožitky, které se nejčastěji u terapeutů objevovaly po absolvování léčby se závislostí, v začátcích jejich terapeutické praxe a v současné době, kdy již pracují se závislými klienty jako odborníci.

Začátek teoretické části je věnován problematice závislosti, která je celosvětovým problémem, každoročně si vyžádá miliony životů a způsobuje utrpení závislým lidem a jejich okolí. Dále jsem se zabývala paradigmatickým bio-psycho-sociálním modelem závislosti a příčinami vzniku závislosti. Toto paradigma se snaží na příčiny závislosti pohlížet komplexně a z pohledu filozofického, antropologického, přírodovědeckého a psychologického. Dále jsem přiblížila téma léčby závislostí a detailně jsem popsala jednotlivé složky v systému péče o závislé. V kapitole popisují některá základní zařízení a centra, jež se zabývají léčbou závislostí, ale i některá specifická zařízení a služby, které se řadí mezi další možnosti léčby závislostí. V poslední kapitole jsem se zaměřila na téma profesního vývoje terapeuta. Popisují zde postupný vývoj a cestu terapeuta v šestifázovém procesu. Na profesní vývoj terapeuta lze totiž pohlížet jako na vývojovou linii různých kvalitativně odlišných fází. Dále se v poslední kapitole zabývám kompetencemi terapeuta, jež jsou významným faktorem a ovlivňují kvalitu a efektivitu poskytované terapeutické péče. Posledním tématem,

kterým se v teoretické části zabývám, je osobnost terapeuta, která se dá považovat za primární nástroj psychoterapeuta. V práci popisuji některé nezbytné vlastnosti, kterými by měl terapeut podle odborníků disponovat. V teoretické části jsem pracovala jak se základní literaturou pro danou problematiku, tak s domácími a zahraničními články a výzkumy.

Výzkumná sonda zabývající se tím, co vedlo bývalé uživatele k rozhodnutí stát se terapeutem, byla provedena prostřednictvím kvalitativního výzkumu, který specifikuji ve výzkumné části práce. Data potřebná pro provedení výzkumného šetření byla získána skrze polostrukturované rozhovory s šesti muži a poté vyhodnocena pomocí tematické analýzy. Díky tematické analýze polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty vyšlo najevo, že se o profesi terapeuta začali zajímat již v léčbě závislostí nebo bezprostředně po ukončení léčby. Nynější terapeuti zjistili, že jsou kolegům v léčebné skupině nápomocní a že je ostatní kolegové v léčebném zařízení záměrně vyhledávají a žádají je o vyslechnutí a rady. Terapeuty velmi těšilo, že mohou pomáhat druhým lidem a že jsou jejich tehdy „lajcké“ doporučení a rady pro druhé účinné a efektivní, tudíž se rozhodli, že by se mohli nějakým způsobem podílet na léčbě závislostí. Terapeuti líčili, že úspěšná léčba je disponovala k tomu, že projevovali veliký zájem o obor psychologie a o téma závislostí se začínali zajímat i z teoretického a odborného hlediska. Byli nadšení, aktivní, plní euforie a toužili po tom, předávat své zkušenosti dále ostatním lidem.

Terapeuti vnímají zpětně tuto životní změnu velmi kladně. V rozhovorech vyzdvihují kouzlo psychoterapie a její léčebné účinky, které si mohli vyzkoušet na vlastní kůži. Psychoterapie je pro dotázané spása, která jim zachránila život a ukázala jim jiný směr cesty bez závislosti. I v současné době vycházejí psychoterapeuti z toho, co se v psychoterapii naučili – snaží se vytvořit si čas pro sebe, dbát a pečovat o sebe, zabývají se tématem psychohygieny a snaží se vyvarovat nejrůznějším škodlivým vlivům.

Skrze výzkum se mi podařilo získat nemalé množství poznatků, které se nedají zobecnit, ale je možné využít je jako inspiraci pro další výzkumná šetření. Za užitečné a přínosné považuji především to, že jsem se zaměřila na téma exuserů, kteří jsou v ČR i zahraničí stále více zařazováni v primární prevenci či jako pracovníci v terénních

programech nebo nízkoprahových zařízeních. Terapeuti ex-useři, kteří pracují ve sféře drogových závislostí, jsou stále více diskutovatelným a zpracovávaným tématem v oblasti adiktologie. Nahlédnutí do této problematiky by mohlo pomoci pochopit postoje, hodnoty, emoce, názory i zkušenosti, které bývalí uživatelé mají a tyto zkušenosti – kladné i záporné, mohou být vodítkem pro ně samotné, pro běžné psychoterapeuty bez zkušenosti se závislostí, ale i pro klienty, ostatní odborníky z oblasti psychologie a adiktologie a pro širokou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CITOVANÁ LITERATURA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. Arlington: Virginie American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

BAKOVÁ Nicole, Jiří RABOCH, Eva KITZLEROVÁ a Lucie STÁRKOVÁ. Denní stacionář jako alternativa hospitalizační péče. *Psychiatrie pro praxi*, 2004. Roč. 9, č. 2, s. 89-92. ISSN 1803-5272.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici. Streetwork. 1. vydání*. Brno: Nakladatelství Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-048-1.

BÉM, Pavel. Složky systému péče v ČR. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. ISBN 978-80-245-1650-9.

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, Roč. 3, č. 2, s. 77-101. ISSN 1213-3841.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. vyd.* Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

FRISCH, Max. *Z berlínského diáře*. Ve Zlíně: Archa, 2015. Edice moderních švýcarských autorů. ISBN 978-80-87545-35-5.

GOSSOP Michael. *Česko národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 1. vyd. v jazyce českém*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

HARTNOL, Richard, Paul GRIFFITH, Colin TAYLOR a Vincent HENDRICKS. *Průručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80 – 86734 – 08 – 0.

HELLER Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.

HOSÁK Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JANOŠKOVÁ Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4.

JENNINGS, Len a Thomas M. SKOVHOLT. *Expertise in counseling and psychotherapy: master therapist studies from around the world*. New York, NY: Oxford University Press, 2016. ISBN 9780190222505.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. 1. vydání*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9792-2.

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

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, Jiří LIBRA, Viktor MRAVČÍK a Lenka VAVRINČÍKOVÁ. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2013. ISBN 978-80-905717-0-9.

KARPÍŠEK, Radim. Kompetenční přístup a kompetence psychoterapeuta: Koncepty profesního vzdělávání. *Psychoterapie*. 2016. Roč. 10, č. 2, s. 87-102. ISSN 1802-3983.

KASLOW, Nadine J., GRUS, Catherine L., CAMPBELL, Linda F., FOUAD, Nadya A., HATCHER, Robert L., RODOLFA, Emil R. Competency Assessment Toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*. 2009, Roč. 3, č. 4, s. 27-45. ISSN 1931-3918.

KAZANTIS, Nikolaos a J. CALVERT, Sarah a E. ORLINSKY, David a ROOKE, Sally a RONAN, Kevin a MERRICK, Paul. Professional development perceptions and

activities of psychiatrists and mental health nurses in New Zealand. *The New Zealand medical journal*. 2010. Roč. 123., č. 1317, s. 24-34. ISSN 1175-8716.

KOCÁBOVÁ, Darja. *Třikrát a dost*. Praha: Kalich, 2004. ISBN 80-7017-014-x.

KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé. I. Vznik a vývoj*. Praha - Mníšek pod Brdy: Magdaléna, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979. ISBN 509-21-826.

KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogově závislosti 1 : Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LAMBERT, Michael J. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th ed. Hoboken, N. J.: John Wiley, 2013. ISBN 9781118038208.

MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.

MAŠEK, Pavel a Jan SOBOTKA. Některé aspekty práce exuserů v terapeutické komunitě. *Adiktologie*, 2005. Roč. 5, č. 3, s. 434-443. ISSN 1213-3841.

MEARNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN: 978-80-247-3881-9.

MINAŘÍK, Jakub a Vlastimil NEČAS. Drogová scéna v ČR. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, Roč. 11, č. 1, s. 18-21. ISSN 1803-5272.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. ISBN neuvedeno.

NECHANSKÁ Blanka a Viktor MRAVČÍK. Od 60. let se sledují data o léčbě uživatelů drog. *Statistika & my*, 2012. Roč. 12, č. 5, s. 16-17. ISSN 1804-7149.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178432X.

NEŠPOR, Karel. Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. *Alkoholismus a drogové závislosti/Protialkoholní obzor*, 1998. Roč. 33, č. 1, s. 31-38. ISSN neuvedeno.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí*. Praha: Fit in a Sportpropag, 1999. ISBN neuvedeno.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NECHANSKÁ Blanka, Vlastimil NEČAS a Viktor MRAVČÍK. Zaostřeno na drogy. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislost*. 2013. Roč. 11, č. 5, s. 2. ISSN 1214 -1089.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press. 1977. ISBN: 80-85917-36- X.

OCISKOVÁ Marie a PRAŠKO Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

ODBOR PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY, *Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001-2004*, 2005. Praha: Úřad vlády České Republiky. ISBN 80-86734-73-0.

ORLINSKY, David E. a Michael Helge RØNNESTAD. *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association, 2005. ISBN 1-59147-273-3.

POLSON, Michol a Robert NIDA. Program and trainee lifestyle stress: A survey of AAMFT student members. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1998. Roč. 24, č. 1, s. 95-112. ISSN 1752-0606.

POPOV, Petr. Programy metadonové a jiné substitute In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2., mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

RHÉAUME, Josée, Mark FRESTON, Robert LADOU CER, Thomas BOUCHAR D, Lab GALLANT, Fox TALLBOT a Annie VALLIÉTE. Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 2000. Roč. 2, č. 38, s. 119-128. ISSN 0005-7967.

RIHACEK, Tomas a ROUBAL Jan. Personal therapeutic approach: Concept and implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2017. Roč. 4, č. 27, s. 548-560. ISSN 1053-0479.

RØNNESTAD, Michael Helge a Thomas SKOVHOLT. The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career and Development*, 2003. Roč. 1, č. 30, s. 5-44. ISSN: 0894-8453.

RŮŽIČKA, Michal. *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a terapeutickointervenční program pro uživatele pervitinu. 1. vyd.* Olomouc: P-centrum, 2012. ISBN 978- 80-260-2149-0.

RŮŽIČKA, Michal a kol. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4171-9.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Mária KAHANCOVÁ, Len JENNINGS, Jan ROUBAL a Zbyněk VYBÍRAL. *Czech master therapists.* In Len Jennings, Thomas M. Skovholt. *Expertise in counseling and psychotherapy: Master therapist studies from around the world.* New York: Oxford University Press, 2016. s. 19-52. ISBN 978-0-19-022250-5.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných látkách.* Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-87.

SOBOTKA, Jan. *Práce s komunitou.* Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. ISBN 978-80-904541-4-9.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Praha: Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVARC Jiří. *Substituce opioidových závislostí.* *Psychiatrie pro praxi*, 2008. Roč. 9, č. 4, s. 187-190. ISSN 1803-5272.

SVOBODOVÁ, Jitka. Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách. *Psychiatrie pro praxi*, 2009. Roč. 10, č. 2, s. 79-82. ISSN 1803-5272.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALÍŠOVÁ Alena a Hana KASÍKOVÁ, *Pedagogika pro učitele, 2. rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3357-9

VYBÍRAL, Zbyněk. *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál, 2016. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1104-4.

WEISS, Petr a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-845-6.

WEST, Robert. *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. ISBN 978-80-7440-157-2.

WISEMAN, Hadas a Gaby SHEFLER. Experienced Psychoanalytically Oriented Therapists' Narrative Accounts of Their Personal Therapy: Impacts on Professional and Personal Development. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 2001. Roč. 2, č. 38, s. 129- 141. ISSN 0033-3204.

Elektronické zdroje:

AMCHOVÁ, Petra a Jana KUČEROVÁ. Pohlaví a drogová závislost: od animálních modelů ke klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2015. Roč. 111, č. 2, s. 72-78. [cit. 2018-07-18]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1011>

BERNARD, Janine M. a Rodney K. GOODYEAR. *Fundamentals of clinical supervision. Fifth edition*. Boston: Pearson, 2014. ISBN 978-0132835626.

CARLSSON, Jan, Joakim NORBERG, Rolf SANDELL a Johan SCHUBERT. Searching for recognition: The professional development of psychodynamic psychotherapists during training and the first few years after it. *Psychotherapy Research* [online]. 2011, Roč. 21, č. 2, s. 141-153 [cit. 2018-06-24]. ISSN 1050-3307. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503307.2010.506894>

DETOXIKACE. *Plhb.cz* [online]. ©2013, 25. 1. 2013 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/detoxifikace>

DETOXIKAČNÍ JEDNOTKA. *Adiktologie.cz* [online]. ©2013, 16. 11. 2013 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/630/4363/Detoxifikacni-jednotka>

GRIMMER, Andrew a Rachel TRIBE. Counselling psychologists' perceptions of the impact of mandatory personal therapy on professional development an exploratory study. *Counselling Psychology Quarterly* [online]. 2010. Roč. 14, č. 4, s. 287-301 [cit. 2018-06-24]. ISSN 0951-5070. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09515070110101469>

HART, Anton. H. Becoming a Psychotherapist: Issues of Identity Transformation. *Annual Meeting of the Eastern Psychological Association*, 1985, s. 11 [online]. ISSN neuvedeno.

Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED259258.pdf>

HATCHER, Robert L., Nadya A. FOUAD, Linda F. CAMPBELL, Stephen R. MCCUTCHEON, Catherine L. GRUS a Kerry L. LEAHY. Competency-based education for professional psychology: Moving from concept to practice. *Training and Education in Professional Psychology* [online]. 2013. Roč. 7, č. 4, 225-234 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1931-3926.

Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0033765>

JENNINGS, Len a Thomas M. SKOVHOLT. The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology* [online]. 1999. Roč. 46, č. 1, s. 3-11 [cit. 2018-06-24]. ISSN 0022-0167.

Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-0167.46.1.3>

JENSEN, Per. Special Section: On Learning from Experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2016. Roč. 12, č. 3, s. 375-384 [cit. 2018-06-24].

ISSN 1359-1045. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104507078468>

KAUFMAN, Judith a Thomas SCHWARTZ. Models of Supervision. *The Clinical Supervisor* [online]. 2004. Roč. 22, č. 1, s. 143-158 [cit. 2018-06-24]. ISSN 0732-5223.

Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J001v22n01_10

MACASKILL, Ann. *Personal Therapy as a Training Requirement: The Lack of Supporting Evidence. Controversies in Psychotherapy and Counselling Controversies in psychotherapy and counselling* [online]. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom : SAGE Publications, 1999. s. 143-154 [cit. 2018-06-24]. ISBN 9780761956419.

Dostupné z: <http://sk.sagepub.com/books/controversies-in-psychotherapy-and-counselling/n16.xml>

PROFESIONÁLNÍ KOMPETENCE EVROPSKÉHO PSYCHOTERAPEUTA.
Psychoterapeuti.cz [online]. ©2013, 1. 7. 2013 [cit. 2018-06-26].

Dostupné z: <http://www.psychoterapeuti.cz/pro-odborniky/evropska-asociace-psychotherapie>

RØNNESTAD Michael Helge a Nicholas LADANY. The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research* [online]. 2006. Roč. 16, č. 3, s. 261-267 [cit. 2018-06-24]. ISSN 1050-3307.

Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300600612241>

RØNNESTAD, Michael Helge a Thomas M. SKOVHOLT. *Journal of Career Development* [online]. Roč. 30, č. 1, s. 5-44 [cit. 2018-06-24]. ISSN 08948453.

Dostupné z: <http://journals.kluweronline.com/article.asp?PIPS=467260>

RØNNESTAD Michael Helge a Thomas M. SKOVHOLT. Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice* [online]. 2001. Roč. 32, č. 2, s. 181-187 [cit. 2018-06-24].

ISSN 0735-7028. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7028.32.2.181>

RUBIN, Simon. (1989). At the Border of Supervision: Critical Moments in Psychotherapists. *Development. American journal of psychotherapy*. [online]. 1989. Roč. 43, č. 3, s. 387-397 [cit. 2018-07-22]. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1989.43.3.387 Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/20339394_At_the_Border_of_Supervision_Critical_Moments_in_Psychotherapists'_Development

SKOVHOLT, Thomas M. a Michael T. STARKEY. The Three Legs of the Practitioner's Learning Stool: Practice, Research/Theory, and Personal Life. *Journal of Contemporary Psychotherapy* [online]. 2010. Roč. 40, č. 3, s. 125-130 [cit. 2018-06-24].

ISSN 0022-0116. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10879-010-9137-1>

STAHL, Jessica V., Clara E. HILL, Tova JACOBS, Stacey KLEINMAN, Daniel ISENBERG a Alexa STERN. When the shoe is on the other foot: A qualitative study of intern-level trainees' perceived learning from clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* [online]. 2009. Roč. 46, č. 3, s. 376-389 [cit. 2018-06-24]. ISSN 1939-1536. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0017000>

ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH (zákon č. 108/2006 Sb.). *Zakony-online.cz* [online]. ©2016, 14. 3. 2016 [cit. 2018-03-16].

Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?q174=&s174=Hledat+%C2%A7+%281-121%29>

Příloha č. 1 - informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Název a popis výzkumu:

Jméno participanta / participantky:

Odpovědný výzkumník:

1. Já, níže podepsaná(y), souhlasím se svou účastí ve výzkumu. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cílech výzkumu, o postupech, a o tom, co se ode mě očekává.
3. Byl(a) jsem poučen(a), že na položené otázky nejsem povinna odpovídat.
4. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, moje účast na výzkumu je dobrovolná.
5. Souhlasím se zařazením mého rozhovoru do případných dalších výzkumů a teoretických prací s tím, že budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Při vlastním provádění výzkumu a následném zpracování mohou být osobní údaje poskytnuty jinému, než výše uvedenému subjektu, pouze bez identifikačních údajů, to je jen křestní jméno s číselným nebo abecedním kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů nebo s mým výslovným souhlasem.
6. Má účast na rozhovoru při rozhovoru je bezúplatná, stejně jako jeho další využití.
7. Převzala jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis participantky:

Podpis výzkumníka:

Příloha č. 2 – pan David

Pan David

K: Kateřina Slámová – tazatel

D: David - participant

K: Já mám připravených cca 20 otázek. První mojí otázkou je, jestli byste mi mohl popsat Váš profesní vývoj od té doby, kdy jste se začal léčit. Samozřejmě jestli už to v té době započalo.

D: Nenenene..mně bylo 45 let, když jsem šel do léčby do Červeného Dvora, tam jsem strávil 5 měsíců a když jsem se vrátil, tak jsem vlastně byl na bodu nula, protože před tím jsem se vlastně celý život živil muzikou atd...a ta životní změna, kterou ta léčba přinesla mi vlastně sebrala vítr z plachet, takže jsem vůbec nevěděl, co budu dělat. Takže jsem dva roky splácel dluhy jakoukoliv formou, co šlo. To znamená, že jsem třeba dělal dvě práce najednou a tak, ale všechny byly manuální a ...a už to ve mně začalo krystalizovat, protože jsem viděl ten obrovský přínos, kterej pro člověka terapie má, kterou jsem podstoupil v Červeňáku a pak v doléčováku. Takže jsem začal přemýšlet, že bych ty svoje osobní zkušenosti mohl použít pro další lidi, kterejm bych to mohl předávat, takže v roce 2003 v lednu jsem se vrátil a v roce 2005 jsem nastoupil do Sananimu do K-centra jako kontaktní pracovník, takže tam to začalo úplně od píky. A chcete vědět, jak to pokračovalo dál, že jo asi....No a protože jsem tam pracoval...tam byli kolem mě samý vysokoškoláci, který to dělali tak jako...přecejenom jsem byl starší, životní zkušenosti, tak ti toxíci se chodili stále častěji mě na něco dotazovat, až jsem s nima začal dělat tzv. poradenství. No a asi po roce jsme měli supervizi s doktorem Šiklem, s Honzou Šiklem a on mi nabídl, jestli bych nechtěl jít do psychoterapeutického výcviku. Že bych byl jako přínosem pro tu komunitu a tak, takže jsem se přihlásil a nastoupil jsem potom od dubna 2005 do psychoterapeutického výcviku, suráckého. No, a takže tam jsem strávil pět let a mezitím jsem zjistil, že budu potřebovat další vzdělání, tak jsem nastoupil...dostal jsem se na Karlovku na Sociální práci. Ovšem tím, že jsem pracoval jako v té době jako šéf nízkoprahového zařízení v Bezruči nad Sázavou, tak to téměř nešlo skloubit. Ta kombinovaná forma a kredity atd...všechno mě tlačilo, takže jsem ten prvák ukončil a přešel jsem na sociální práci se zaměřením na aplikovanou

psychoterapii k vám do školy a tam jsem vlastně strávil taky rok, ale protože mám malý děti a v té době jsem v těch sociálních službách nebral takový peníze a nikdo mi nepřispíval, tak jsem na to neměl uplatit výcvik a ještě vysokou školu a zároveň svůj život, takže jsem to tam ukončil po roce taky. Takže školu dodělanou nemám a musím přiznat, že bych jí asi ani dodělávat nechtěl, protože prostě ty předměty jako sociální politika, tak to už mi v mém věku přišlo zbytečný, abych svojí energii tudy utrácel no. Takže mám ukončený psychoterapeutický výcvik a mám zkoušky z psychologie obecný a z psychopatologie...no prostě všechny, co jsou v tom prvním ročníku a to je všechno.

No a profesně teda to bylo Sananim, rok a půl, kontaktní pracovník, pak jsem přešel jako terapeut do doléčovacího centra, tam jsem byl rok, pak jsem dělal dva roky toho šéfa Nízkoprahového zařízení pro děti a mládež ve Zručí nad Sázavou, pak jsem přešel do Prahy do soukromého Sanatoria Moniky Plocové a tam jsem po roce a půl taky skončil a začal jsem dělat soukromě, takže..a od té doby mám soukromou praxi.

K: A je něco, na co se zaměřujete v soukromé praxi?

D: On jak člověk to dělá dýl, tak vlastně se ty dovednosti rozšiřují, takže původně jsem jenom dělal závislosti a pak se vlastně začali ke mně dostávat lidi, který mají úzkostný poruchy...vlastně i psychotiky, který dělám ve spolupráci s psychiatrami, který se mnou spolupracují a kteří mi důvěřují a celý to vlastně dělám pod supervizi paní doktorky Pindřákové.

K: Proč jste si vybral výcvik SUR?

D: Já si ho nevybral, já jsem byl tehdy jako naprosto nevědomý a když mi Honza nabídl psychoterapeutický výcvik, tak já jsem si nejdřív musel zjistit, co to je. Všichni mě od toho odrazovali, to je pět let, stojí to strašně peněz - udělej si psychoterapeutickou fakultu - ještě, že jsem jí nedělal, no takže jsem nastoupil, tam, kam jsem nastoupil. Psychodynamická prostě psychoterapie typu SUR. Ten první běh byl jako fakt dobrá komunita a byli tam velmi dobře vybraní lektori, takže jsme měli takovej...no docela se poved ten ročník no.

K: Kdy Vás to poprvé napadlo ta terapie?

D: Ono se to podle mě trošičku kreje s tím, že já jsem po návratu z Červeňáku - vlastně tam došlo k takovému odhalení, že já jsem nikdy netrpěl přímou závislostí na těch psychoaktivních látkách, protože tam byly dlouhý časový úseky, třeba 5-10 let, kdy jsem žil úplně normálně, ale pak se vždycky stalo něco, co vedlo k tomu... Většinou to nebyly žádné jobovky, který bych úplně nezvládal, ale já jsem vlastně vždycky vnitřně měl pocit, nějaký ztráty smyslu nebo co, takže se tam objevilo to téma, že u mě bude velkou roli hrát psychospirituální krize, což si myslím, že se potvrdilo, takže já jsem se vlastně po návratu, když jsem chodil na doléčování, zároveň jsem chodil do individuálu na terapii, jsem začal schánět nějakou cestu, která by mě vedla a objevil jsem přes jednu knížku Tibetskýho mistra, takže jsem začal praktikovat nauku duchovní, tibetskou a ono už se to pak vlastně hodně pojí. Takže takovýto sebepoznání je pro nás asi nejdůležitější věc a v tom západním pojetí k tomu má ta psychoterapie nejbliž no.

K: Je něco z vnějšího prostředí, co Vás k tomu ovlivnilo nebo to byl vyloženě Váš vnitřní popud?

D: No, kdyby mi před 15 lety někdo řekl, že budu terapeut a že budu praktikující buddhista, tak se mu vysměju. To byla pro mě nepřijatelná a nesmyslná cesta, takže ono se to všechno krůček po krůčku skládalo dohromady, takže to moje vnitřní směřování bylo hodně závislý na těch věcech, který mě potkávali. Já jsem vlastně neměl jasno, co to bude a jak říkám, byly to přesně tyhle dvě věci. Prostě Potkal jsem Marcela Ambrože, kterej už jako bejvalej byl, že jo v Sananimu a on mi řek, že shání někoho, takže jsem šel do „káčka“. Původně jsem měl jít do terénu, ale vybral jsem si pak „káčko“. Začal jsem dělat výcvik a oni mi řekli, jestli nechci jít dělat na doléčovák, takže ona se skládala taková mozaika.

K: Taková cesta.

D: No no no. Se skládala.

K: A jak jste tehdy vnímal to rozhodnutí? Úplně zpočátku.

D: Byly tam vlastně dva velký protipóly. Ten jeden byl existenční. To znamená, že tam jsou strašně nízký platy v těchto službách a já jsem vlastně neměl...tam bylo tolik hodin odpracovanejších, já jsem měl 1,3 úvazku, abych vůbec zaplatil alimenty, takže jsem veškerý život trávil v „káčku“ a bylo málo peněz. Takže to byl jeden ten. Druhá věc byla, když člověk viděl, jak vlastně ta jeho osobnost a ta schopnost s lidma mluvit pomáhá těm stávajícím závislým se začít stavět na nohy, tak prostě byla tak silná, že to převýšilo nad tím existenčním dalasem, kterej sem měl no. Dává to člověku smysl, že vlastně to sám, co musel prožít, co musel protrápit, tak vlastně je schopnej teď přetavit v tu schopnost tý nejenom odborný, ale i lidský pomoci, která myslím, že hraje velkou roli.

K: Vy jste říkal, že jste předtím dělal úplně jinou práci, potom nastala léčba, potom jste dva roky dělal manuální práci. Takže se Váš život jak tak poslouchám, úplně obrátil.

D: Jo. To je...já myslím, že to je úplně klasickej systém, kterej známe od dob Svatýho Augustýna atd...to znamená, že ty lidi předtím žili hodně divoce a vlastně měli chuť jít a překračovat hranice atd., až došli do bodu, kdy zjistili vlastně, že ta jejich individuální cesta postrádá jakýkoliv smysl a význam a začali ho hledat a pak jako to doslova a do písmene dá se říct obrácení, že jo a je to potom takový skálopevnější...dneska z té cesty nemůžu sejít, protože ty ostatní cesty znám a všechny vedly do slepý uličky.

K: A měl jste o tom rozhodnutí někdy pochybnosti?

D: Ne to ne, ale v té profesní oblasti je to náročný, protože samozřejmě je určitá část odborná, která na lidi, který jsou bývalí uživatelé, nahlíží jako na laický terapeuty a to je taky někdy nepříjemný a já, jelikož jsem se hodně dobrovolně učil a vzdělával a dával jsem najevo pokoru v té veřejné veřejnosti, tak si myslím, že mě postupem času začali přijímat za svýho, ale to je těžký no. Ale když člověk s něčím začne v 45, tak nemůže dodržet ty zákonný postupy, který jsou vyžadovaný, když se člověk tomu začne věnovat na začátku svýho života. To už se dá dohánět tohle těžko. Například byl hroznej problém pro mě v prvním ročníku na tý Karlovce, to mi bylo nákejch 53 let a v tý obě

už člověk nemá takovou schopnost učit se jako člověk, kterému je 23 a takže to...jestli memorovat, jestli si dělat výpisky, aby to logicky navazovalo..to byl hroznej boj sama se sebou no. Takže mnohokrát tam ňáký, ale určitě jsem neměl pocit, že ta cesta není správná, ale nevěřil jsem si, jestli to celý vydržím. Je to tak čitelný?

K: Ano, určitě. A jak Vám pomáhá Vaše zkušenost s léčbou a celkově se závislostí, jak Vám to pomáhá teď při práci terapeuta?

D: Asi nejvíc, protože já vlastně celkem...ta osobní zkušenost je individuální, ale ten princip toho, jak ten člověk se sebou nakládá v těch dobách, kdy zjišťuje, že má problém, kdy se rozhoduje, jestli s ním chce dělat nebo něco ne, takový to předléčebný poradenství. Já v současné době mám třeba lidi, který připravuju do léčby, tak tam mám obrovskej..to je vlastně moje hřiště, na kterým umim hrát, takže to je výhoda, že vlastně vím, jak se ten člověk cejtil a že ty moje argumenty nejsou jen terapeutický, který jenom používám. To je hodně velká výhoda. Zároveň je to tak dlouhá doba, co jsem vlastně bejval uživatel a kdy jsem s tím začal něco dělat, že už mě to jakoby ňák nestrhává nebo nelimituje to, že jsem to zažil taky. Já si myslím, že to ale trvá hrozně let, než se člověk přehoupne na tu druhou stranu. Ty začátky v tom „káčku" byly těžký, protože já jsem občas - no zazvonil zvonek a já jsem otevřel dveře a tam stál člověk, s kterým jsem jako dřív smažil a teď on jako: „Jéé co tady děláš? Já jsem slyšel, že tady děláš a nevěřil sem." Takže tam to bylo těžký udržet ten odstup a zároveň se snažit bejt těm lidem ku pomoci. Nestalo se mi, že by mi někdo tu autoritu z těch lidí jako snižoval. To bylo hrozně dobrý.

K: Máte například i negativní zkušenost ve smyslu, že se Vaše zkušenost pojí se současnou prací?

D: Teď už určitě ne, to je fakt hrozně dlouho. Ale v těch začátcích, protože vim, že třeba, když tam přišel někdo, kdo byl v toxický psychóze a teď ti kolegové si mysleli, že je jenom spavej a tak a já jsem věděl, co se v něm odehrává, tak jsem vlastně se snažil dělat takovej nárazník mezi tou službou a mezi tím člověkem a to bylo někdy hodně těžký, protože tam hrály velkou roli ty prožitky a emoce. Když jsem potom začal pracovat individuálně, tak tam to tak není. Protože člověk musí udržovat ten přenosovej

odstup, takže už to jde, ale v těch začátcích, když jsem tam byl jako na službě s těma kolegama, tak tam kolikrát došlo k tomu, že jsme se chytli v kanceláři, protože já jsem se to těm lidem snažil vysvětlit, ale oni to viděli jen z té pozice „Já si myslím“.

Jo a já jsem říkal: „Ne on je prostě přejetej, má toxickou psychózu a je spavej proto, protože prostě už nemůže dál, ale v podstatě je teďka napruženěj, takže se může stát, že vyletí.“

K: Vy jste říkal, že na začátku Vaší práce nebo kariéry to bylo trošku jinak. Má to vliv i teď v současné době na Vás?

D: Ne. Ale to si myslím, že ta to může hodně taaaa...ta meditační praxe, kterou 15 let podstupuju. Že tam vlastně já s těma emocema dovedu docela svobodně nakládat, nejen, co se týče profese, ale i v osobním životě.

K: A uvědomujete si nějaký konkrétní aspekt, který Vás ovlivňují nebo ovlivňovaly?

D: Klienti nás ovlivňují pořád že jo, my v tý svý práci terapeutický rosteme s těma lidma. Takže člověk se vlastně...k němu se dostávají, jak bych to řekl, komplikovanější případy, duálky nebo tak a vlastně člověk ohmatává tu půdu, kam s tím člověkem až může zajít.

Aby nepředbíhal třeba v těch nárocích na něj, aby..jo spousta kolegů se snaží naplňovat ten princip toho terapeutickýho procesu a zatížej toho klienta třeba něčím, co ještě on není schopen ustát a pak se vlastně to, celý zhorší. Tak tohle to je vlastně pro nás práce na celý život no. Nesnažit se toho člověka táhnout někam, kde já si myslím, že je to pro mě správně no. To je věčná ...boj sama se sebou každého z nás. Je to odpověď, která nasedá?

K: Jojo, v pořádku. Ještě mě napadá, že v tom „káčku“ bylo trochu nepříjemné, když jste potkával lidi z Vaší minulosti. Máte zkušenost s tím, že se objevují nebo objevovaly rizikové situace, které třeba nebyly úplně příjemné?

D: No ale já si myslím, že tohleto máme vlastně daný profesně všichni. Když mi přijde člověk, kterýho přesně neznám, tak na těch prvních sezeních je hrozně těžký...pokud je to psychotik a není to na něm vidět, tak člověk řekne větu a on se najednou prostě stáhne a teď se úplně začne měnit a to máte pocit, jako když se podíváte do očí hadovi. Ten člověk, jak se v tý psychóze...aaa v tu chvíli je to hrozně nepříjemný, protože, ne, že bych se bál o sebe, ale vlastně bojím se o to, že ten proces může dojít k nějakému bodu, kdy nepůjde s ním nic dělat dál, což je škoda. Takže pak je hrozně těžký... ty lidi kolikrát odejdou našťvaný a člověk si říká, jestli přijdou znovu..a co jsem to vlastně udělal, nemůžu mu volat a ptát se...takže pak je to takový..pak člověk prožívá takový nepříjemný i třeba celý dny.

K: Jsou situace, kdy Vám zkušenost třeba z léčby napomáhá teď při práci?

D: No, strašně moc. Myslíte jako ta osobní zkušenost toho pacienta? Hrozně moc. To je hrozně důležitý, protože já jsem vlastně teďka vytáh svoje starý deníky z Červeňáku a tam vidím přesně, jak..jak se člověk stále vrací, jak to jeho původní ego nechce připustit ty změny, takže chvilku probíhá určitý nadšení a pak najednou....„Nee ja to takhle nechci“ a tak jo, takže to je výhoda velká, že jsem to zažil z té druhý strany. Dokonce si myslím, že z toho důvodu mě tehdy vzali do toho výcviku, protože věděli, že to bude...já jsem byl samozřejmě daleko odvážnější ve skupině, než kolegové, protože jsem to znal z té patientský strany. Takže jsem býval tzv. „načínák“. Že jsem se pouštěl..nonono...

K: A jsou nějaké situace, kdy Vám to naopak nepomáhá?

D: Nepomáhá to...já jezdím pravidelně dvakrát do roka jako na tejden na stáž do Červeňáku a jsem tam spíš taková persona o který se ví, která je známá a občas procházím ty oddělení, občas vedu třeba i skupiny, na všech třech odděleních, tam kde jsou i ženský a tak...A tam je hrozně těžký, protože, když tam člověk s nima najednou bydlí, i když bydlím na stacionáři a ne na baráku s nima. Ale trávím tam ty dny a

chodím tam s nima na tu kuřárnu a tak, tak najednou jako udržet tu pozici, že tam vlastně nejsem jako personál a zároveň, ale nejsem pacient, nejsem jejich kolega, tak udržet někdy hranici, to je někdy těžký, protože tam člověk je pro ně k dispozici od toho rána od rozevčky až do večera do večerky že jo, tak tam je to někdy na překážku. Protože si najednou vybavuju, jak mi tam bylo v té samý pozici, když tam je třeba někdo zbodovanej a má pocit, že to je nespravedlivý a tak a teď se přijde o tom poradit, tak tam nesmím použít tu vlastní zkušenost a to je někdy hodně těžký. To jako...samozřejmě, je každá takováhle specifická zkušenost, kterou mají všichni lidi, kteří procházejí tím léčebným procesem, je na jednu stranu výhodná a na druhou stranu, i když už to je tolik let, jak je těžký tam nepustit to svý. Kdybych jako to já řeknu: „To já, když jsem tady byl.“ Tak to ztrácí význam. Protože v tu chvíli si jakoby sama sobě vyrazíte tu pozici, kterou byste měla mít. Nejsem tam jako ko-terapeut, nejsem tam jako terapeut, nejsem tam jako pacient. Třeba když dělám každou středu přednášku a to prostě mám obrovskou autoritu tam, to je výborný jo, všechno, no a pak jdeme na to cigáro a tam jsem najednou všem k dispozici a oni se většinou ptaj na věci, který je tam trápěj a já je znám a nesmím...jo...těžko se to popisuje, ale někdy je to nepříjemný. Člověk si musí dávat pozor, co říká a jak se chová.

K: A myslíte si, že byste na obecné rovině nemohl vůbec mluvit o té zkušenosti? Nebo si myslíte, že by se ty hranice mezi vámi porušily?

D: To asi dělám, to určitě dělám, protože oni čekaj radu...ale..jasně, nesmí tam zaznít...nebo můžu pro ilustraci říct...že se mi stalo tohle, když jsem byl a já jsem to vyřešil takhle, protože narozdíl od kolegů, kteří neabstínou, tak já jsem si uvědomil váhu, co ta situace ze strany toho personálu vlastně po mě vyžadovala. Takže ten pozitivní výsledek, ten můžu použít pro ně, jako pro ilustraci, ne pro radu...to jo. Ale je hrozně těžký to říct tak, aby tam zároveň nebyla ta osobní zkušenost víc, než ta informace, kterou dávám...

K: A co si myslíte, že je nejdůležitější při práci se závislými klienty?

D: No, tam je těch faktorů víc. Za prvé ten jeden, kterej je hodně důležitěj a kterej znám z vlastní zkušenosti. Většina závislejšch lidí jsou úžasný lháři a manipulátoři - to

znamená, že oni dovedou všechno (oni jsou jak politici), všechno využít ve vlastní prospěch - aby se vyvinili, aby si omluvili a vysvětlili, proč něco nemusí dělat jinak atd... Takže tam je hrozně dobrý jako rozeznávat to jejich pletivo manipulace, kterou oni dělají. Pak je tam hrozně důležitá určitá forma nekompromisní tvrdosti. Prostě když pracuji s člověkem, který má úzkostný stavy, poruchy osobnosti nebo tak, tak je to úplně něco jiného, než když pracuji se závislým. Na závislého člověka je prostě důležitá laskavá důslednost, která může vypadat až neomaleně a bezohledně, protože on sám si jinak ty svoje hranice tak dlouho překračoval, že potřebuje dostat od někoho jiného ty hranice. I za cenu toho, že ztratí ho v kontaktu. Protože jak ustupujeme, se musíme do toho jeho, do toho labyrintu jeho vlastně, sebeklamu, zatažený a celej ten proces se hroutí.

K: A jaký by podle Vás měl být terapeut?

D: No, tak tohle je těžký. Proto jsou vlastně v těch léčebnách... teda teď budu mluvit o Červeňáku, jinej neznám a ty pobytovky mě nezajímají. Je tam béčko a céčko a bylo tam áčko, to bylo tehdy ještě spojený, nebyly rozdělený na mužský a ženský a každý to oddělení má trochu jinej systém, jak s těma pacientama pracujem. Na céčku je pan doktor, který je voják z povolání a podobným způsobem s těma lidma zachází. Na áčku byl pan laskavý, inteligentní, výtvarník, který prostě měl takovej ten přesah a ten prostě na mě zabíral. Já, kdybych šel na céčko, tak bych tu léčbu nedokončil a dneska jsem byl pravděpodobně mrtvej. Takže tohle je fakt hodně individuální, protože ta osobnost toho terapeuta velkou měrou ovlivňuje tu důvěru a chuť toho klienta se sebou začít něco dělat. Závislej člověk prostě musí přijmout, že vlastně má problém. Že je nemocnej a to je pro ty lidi fakt hrozně těžký, protože oni se vlastně dovedou vždycky ze všeho docela vyhat a už i těm lžím věří - ta bájná lhavost prostě tam funguje a nechce se jim opustit ten život, kterej je snadnej, protože kdykoliv mají řešit nějaký problémy, tak si radši šlehne a je po problému a i když se ty problémy zhoršují, tak ale oni je nejsou nuceni řešit. Samostatně, emočně...

K: Takže si myslíte, že je to individuální?

D: Hm, hodně. Na některý lidi jo, prostě, někdo tady seděl a nadával na Nešpora. Já jsem říkal, podívej se, já jsem jogín a on je taky jogín. Tam není rozdíl, ale jak to vlastně potom aplikuju na ty pacienty. Ale Nešpor má spoustu vyléčených pacientů, právě proto, že oni uvěřili tomu jeho přístupu, kterej je...já si myslím, že je hrozně důležitý, aby ten terapeut byl autentický za každou cenu, aby se nebál sama sebe, svejch nedostatků, který ty pacienti vycejtěj a dovedou zaútočit - to závislý dovedou velice dobře, takže vlastně napadnou Vás kvůli vaší slabině a když vy se jí snažíte krejt nebo nepřiznat, tak najednou je na koni. Takže jako umět přijímat kritiku od nich a říct, že s tím narozdíl od něj umím zacházet.

K: A mohl byste vylíčit nějaké nejlepší momenty ve Vaší terapeutické praxi?

To je těžký. Mám takovou doléčovací skupinu, která už doléčovací vlastně není, protože ti nejstarší členové tý skupiny, ti frekventanti sem jezdí pátej, šestej rok..je to hrozně hezký, když vidím, že lidi, kterejm je..jednomu je 28, druhýmu je 45, třetímu je 60 - muži i ženy..vlastně jezděj pravidelně dvakrát do měsíce, už to ani vlastně nepotřebujou, ale sdílíme se a já vidím, jak se ty jejich životy měněj. Tak to je asi to nejkrásnější, co člověk můžou dělat. A že oni už nejsou mý pacienti, že jsou to vlastně kamarádi, kteří jsou rádi, že to spolu sdílíme a jsou na sebe pyšní a pak se mi stane třeba, že ten jeden mi píše, že je v Tibetu a že je tam nějakej večírek a i manželka mu říká, ať nelbne, že prostě si může dát dvojku a on mi říká: „Já jsem si tak říkal, co by na to řekl David". A je na druhým konci světa jo, je prostě v Tibetu, takže to je pěkný no. To pouto takovýto.

K: A jsou naopak nějaký nejhorší momenty

D: Mám takovej jeden...eeee chodil ke mně přibližně 33 letej pacient, kterýho jsem zažil, když jsem byl v léčebně, pak ke mně začal chodit do individuálu a on byl závislej na Stilnoxu, kterej bral v obrovským množství. Takže tam jsme spolu pracovali a on tři měsíce chodil, pak zase tři měsíce nechodil, pak zase chodil...odmítal jít do léčby, ač psychiatricka i já jsme mu říkali, ať nelbne, že takhle blbě skončí a pak se tak skutečně stalo, že mi volala jeho přítelkyně, že se předávkoval, že je mrtvej a člověk nemohl nic

dělat, i když prostě nechodil, takže tam nebyla šance, že by terapie mohla něco změnit, tak si člověk říká, jestli člověk mohl udělat něco jinak. Nemoh jo. Ale...jo...

K: Když se dnes podíváte z profesního pohledu, jaký máte názor na to, že bývalí uživatelé dělají v budoucí době therapy?

D: Já jich pár znám a ti, který znám, tak jsou myslím všichni na svém místě dobře. A tím myslím, že...ale myslím si, že hrozně důležitý vlastně je, jaký život vedli, než do té závislosti spadli. Pokud prostě člověk začne hultit ve 14, v 15, tak on vlastně ten svůj vývoj prokaučoval, protože ta marihuana je strašně psychotropní, ta současná, takže vlastně eee...on nemá potom, co se vyléčí tolik na co navazovat. Takže pokud ti lidi měli něco jako..já jsem vrcholově sportoval, Pavel Gregor sportoval...že ty lidi do nějakých 18-20 měli nákej zdravěj vývoj, tak je na co navazovat. To věřím potom, že ty lidi si začnou vracet a na toto...Tak k Vám do školy chodí jedna vlastně moje klientka, která se z toho taky dostala a myslím si, že bude moc dobrá, ale jak zažila vlastně ty stavy na těch drogách a potom začla s terapií a pak začala hned studovat tuhle školu a tak, tak má tendenci všechno analyzovat. Jak je ještě mladá, tak má tendenci a pocit, že potřebuje docházet k nějakým závěrům a to jí vlastně trošičku za prvé jí to tříští a za druhé jí to unavuje. Protože je netrpělivá, jo je mladá, takže pospíchá k nějakým závěrům. Ale bude jednou dobrá.

K: Takže si myslíte..

D: Je to hodně těžký. Myslím si, že jen malé procento uživatelů je potom schopný dospět k tomu, že dělaj potom tu terapii kvalifikovaně.

K: A co byste doporučil takovému člověku?

D: No tak bez výcviku nemá cenu se do toho vůbec pouštět. Ten sebezkušenostní výcvik je opravdu základ a no a potom..já vlastně neustále studuju. Furt se učím...ne, že bych zkoumal jednotlivý Rogeriány a tak, ale prostě neustále se vzdělávám, protože, čím jsem jakoby vzdělanější a v praxi to zkouším, proto chodím na ty supervize taky, tak se stávám obratnější v tý práci. Jo získává člověk větší sebedůvěru, to bez odborných informací nejde. Je to furt jenom práce s lidma a na základě vlastně terapie

je léčba psychologickými prostředky takže...hmmm...nemůžu některý věci zvrátit jen proto, že bych chtěl a nemůžu jako mnoho lidí, který maj tu zkušenost s přesahem a díky drogám jí měli, tak sklouzávají do ezoteriky a podobně. Jako nějaký hypnotherapie a regresní terapie a podobně...to je špatně. Ano, může to být tak jako, ale jinak je to normální práce. Psychologická.

K: Takže si myslíte, že vzdělání je důležité? Ještě něco Vás napadá?

D: Já si myslím, protože to vidím, na těch supervizích, že by to ty lidi, který vlastně se snaží dělat tuhle práci a teď se to netýká jen bejvalejch závislejších, si musí uvědomit, že trochu obětují svůj vlastní osobní život, protože nám se všem stává, že nám vyčítají členové rodiny, že máme trpělivost a čas na jiný lidi a vlastní zanedbáváme, protože je člověk unavený a když pak volá dcera a chce si stěžovat, tak už prostě nemáme kapacitu jo..No a vlastně, co bylo taky hodně těžký, když člověk začne tu práci studovat, tak je hrozně těžký to netahat do svého života. Oni ty lidi maj podezření, že ze sebe dělám terapeuta a že do toho rozhovoru tahám svojí práci, takže takový to oddělení v tom osobních životě a to si myslím, že je podobný i s tím „Už nejsem fetišák“. Ale „Už jsem terapeut“. Prostě si tohle začít držet a zároveň mě to nesmí limitovat pak v té práci s těma lidma. Oni to nesmí vycejtit, že se něčemu vyhýbám, protože by to bylo..no..jak jsem říkal - člověk se vlastně nemusí bát ani těch svých slabín, když je dovede dobře použít.

Příloha č. 3 – pan Jakub

Pan Jakub

K: Kateřina Slámová – tazatel

J: Jakub - participant

K: Dohromady mám připravených dvacet otázek. Začala bych otázkou, jestli byste mi mohl popsat Váš profesní vývoj terapeuta od fáze nebo období, kdy jste se začal léčit.

J: Takhle...fáze, kdy jsem se začal léčit. Aha. No, a můžu..já jsem vlastně začal s tím..dejme tomu skoro profesním vývojem už dřív, protože jsem tak jako různě právě zkoušel studovat Pražskou psychoterapeutickou fakultu, než jsem se potom začal léčit. Akorát jsem takovej hrdej, takže jsem nedělal žádné zkoušky. Spíš jsem se asi bál, že bych je neudělal nebo nevím..to je jedno a pak po..po nějaký komunitě, když jsem pak začal asi po roce, když jsem pak dělal někde ve skladu pracovat vlastně v komunitě v Sejřku, tak eeee, tak profesní vývoj...My, co jsme začali pozorovat s kolegama, vlastně my, co jsme na tom Sejřku dělali, tak jsme se shodli na tom, že základní terapeutický nástroj byl konflikt, což znamená, že my jsme vlastně o sobě moc nevěděli. Byli jsme takoví nadšenci a věděli jsme, že chceme pomáhat a zároveň jsme věděli, že...byli jsme teda Skálopevně přesvědčeni o tom, jak to v té komunitě má vypadat a co to je ta terapie. A v podstatě po pár letech se ukázalo, že to byla blbost, ale my jsme tomu tak věřili a tak jsme jako na to kladli důraz, že my víme, jak to má bejt. Což muselo být pro ty klienty dost jako hrozný. Na druhou stranu je pravda, že ty první roky, statisticky byly nejúspěšnější. To mě jako vždycky překvapovalo, že to pro ty klienty nějak fungovalo, ale to bylo teda hrozný, přesvědčení o tom, jak věci maj bejt. Myslím, že jsme tím zakrývali jakoukoliv nejistotu profesní a na druhou stranu je pravda, že jsme kladli důraz na supervizi a snažili jsme se co nejvíc se vzdělávat a myslím si, že to nás zachránilo. Potkali jsme dost fajn lidi, který nám dělali supervizi a že jsme se ňák jako chtěli učit. Ale myslím, že to tam muselo být těžký pro ty lidi s náma. A pak, profesní vývoj, no tak jsme se učili a učili a do výcviku jsme šli a já jsem šel do druhýho výcviku a do třetího a pak jsme se snažili vždycky se tak jako ňák reflektovat, co vlastně děláme. Nebo já jsem se snažil reflektovat, co vlastně dělám. A

aaa tak jsem se snažil pracovat v nějaké pestrosti, jakože nepracovat jen v té komunitě, ale dělat i nějaký jiný postupně věci, aby mě to bavilo a...aby bylo nějak zajištěný, jakože fakt nějak vím, co dělám. Takže myslím, že na začátku jsem byl fakt vyděšený z toho, že jsem byl fakt přesvědčený o tom, že je to správně, že to dělám takhle a si úplně pamatuju, že jsme na začátku výcviku, když jsem vstoupil do výcviku, tak jsem si v podstatě myslel, že já už výcvik nepotřebuju, protože já už vím, jak se to dělá, takže...za to se docela stydím, ale jak jsem jako pšel na tom, aby ty lidi pojmenovávaly pocity, aby řekli, že tohle je strach a lítost, tak jsem musel být hrozně...až pak mi jako došlo, jednak tím výcvikem, jednak tím dalším vzděláváním, že ty věci jsou jako ještě jinak no. Hmmm tak to byl asi takovej na začátek bolestnej vývoj, asi hlavně pro ty klienty musel bejt dost bolestnej a pak vlastně i pro nás, pro mě prozření, že to je ještě složitější. Ono fakt, to jsem si jistej, že to má takovou tendenci, že čím dýl to dělám, tím míň jsem si jistej, že ty věci maj bejt takhle. Naštěstí, čím dýl to dělám, tak vím, že tohle jako jak to má bejt ví ten klient a ne já. To je asi tak v kostce můj profesní vývoj.

K: Do toho psychoterapeutického institutu, do kterého jste nastoupil, to je to celoživotní vzdělávání?

J: Myslíte ten výcvik?

K: Myslím ten, o kterém jste mluvil na začátku.

J: Ne to je jakože PVŠPS a vznikl z takové té Pražské psychoterapeutické fakulty. Jedna z cest, kromě té vysoké školy, jak si doplnit ty hodiny teoretický. A tenkrát v těch devadesátých letech tam byly hrozně pěkný ty některý ty přednášky..to bylo jako dobrý. A po těch třech letech nebo každěj rok se dělaly nějaký zkoušky a psala se nějaká práce a tím já jsem pohrdal...zkoušky vůbec a pak něco, něco...nějaké semináře a pak už jsem ve směs skončil v té léčbě. A pak jsem dělal asi rok ve skladu a v sádrokartonu a pak se stalo to, že jsem dostal nabídku, že bych mohl jít dělat do komunity přes zakladatele. To bylo vlastně výborný, výborná zkušenost no.

K: Jestli tomu dobře rozumím, tak vy jste nejdříve začal studium a potom jste skončil a po léčbě jste navázal postupně dál?

J: Jojo, tak to bylo. V těch 19-ti, když jsem vyšel z gymplu, tak jsem dělal přijímačky na psychologii, kde mě nevzali, což bylo jasné. A pak jsem pracoval v blázinci v Bohnicích docela dlouho nebo jako docela dlouho, dva roky a pak ještě po nějakých nemocnicích, ale je pravda, že ty Bohnice, to byl pro mě takovej základ, ze kterého žiju do dneška v podstatě. To je pro mě hrozně zajímavá zkušenost. To bylo pro mě hrozně důležitý, se potkávat s těma lidma, s akutníma psychiatrickýma pacientama, ale i s těma kolegama, to bylo teda jako, tom občas nebyl takový rozdíl.

K: Kdy jste začal poprvé přemýšlet o tom, že byste se stal terapeutem? Když opominu to, že Vás to napadlo už v 19-ti letech po škole? Poté Vás to napadlo po škole automaticky?

J: Noo tak mě to napadlo už v té léčbě, protože já jsem byl v Němčicích a tehdy se vlastně zakládala komunita na Karlově a to dělal Sananim a měli sehranej tým pracovníků, asi pěti a hledali furt někoho, kdo by...jednak měli v úmyslu přesadit tam část těch klientů z Němčic na Karlov, takový mladoučký tam měli a pak měli v úmyslu tam vzít s sebou dva nějaký klienty, zkušenější, který by tam trochu rozbili tu skupinu. Měli takovou představu, že ty klienti, služebně nejstarší budou umět rozběhnout to samořízení, jak se v komunitě říká a nabídli to mě a ještě jedný holce. A tak tam vlastně my jsme byli oslovovaní a tam ti Karlovští terapeuti v nás neviděli nic jiného než ty klienty a zároveň pořád se nás ptali, jestli taky nejsme tak trochu ty terapeuti a jestli bysme to nechtěli dělat a to nám samozřejmě tak trochu hladilo ego. To jsem si říkal: „Hmmm no tak asi jo“. To by nebylo špatný. A pak jsem se vrátil normálně do práce zpátky a vůbec jsem o tom nepřemýšlel no a pak vlastně ta jedna kámoška, ta taky byla v Němčicích tak vlastně..jsme se bavili s někým ze Sananimu, že by se mohl otevřít Sejrek a pak že by to byl takový experiment, že jako co kdyby to založili ti bejvalí uživatelé a jestli bych jim s tím taky nešel pomoc taky no a tak jsem si řekl, že je to vlastně možná životní šance no. Tehdy mi teda nedocházelo, na co je ta životní šance, to se ukázalo až o mnohem let pozdějš, ale ..ale jako jo, profesně to byla velká šance.

K: A jak dlouho jste pracoval v té komunitě?

J: Sedmnáct let let. Teď jsem tam skončil na konci roku a od ledna jsem tady ve Fokusu. A bylo to tak akorát.

K: A myslíte, že vnější činitel, který Vás ovlivnil, k tomu nastoupit do komunity byla výzva tehdejších terapeutů na Karlově?

J: Já myslím, že to tak jako..nějaký vliv to taky mělo. Vždycky mě to lákalo, myslím, že jako co, jsme v pomáhající profesi. Člověk je k tomu nějak disponovanej tím, že když to vezmu přes sebe, tak já jsem zažil spoustu složitých věcí, s kterými jsem si moc nevěděl rady a myslím, že to je jako taková vstupenka do pomáhající profese. Myslím, že hodně lidí jde do pomáhající profese, kde je někdo asi zajištěný, že člověk je v kontaktu se sebou a se svými věcmi, akorát to je tak obrácený, že ty klienty, někdy nenásilnou formou a někdy tak jako horší formou a ty lidi zažívají taky nějakou formu sebezkušenosti podle mě..no takže si myslím, že tohle bylo to hlavní, co mě přivedlo do té komunity nakonec. Tak předtím jsem dělal v blázinci, v nemocnicích, což je podobný vlastně asi no. V tom blázinci speciálně pracovalo spousta podobně švihlejších lidí, takže to asi no. Teď dělám vlastně ve Fokusu takovej kurz pro zaměstnance. Já jsem tam zdědil takovej kus..jednak po klientech, jednak po svých pracovníků, tak jsem se jich tam ptal, proč vlastně vstoupili do pomáhající profese nebo do Fokusu a chvíli tam běžely takový opatrný nápady proč a pak tam jedna holka byla výborná, protože říkala: „Můžete mi říct, proč se na takovýhle věci ptáte, když vám nikdo neodpoví narovinu?“ No tak nejde o to odpovědět, ale jde o to odpovědět sobě no, ta byla výborná.

K: Vnímal jste tehdy rozhodnutí pokračovat v terapii kladně?

J: Úplně..jako to byla pro mě obrovská výzva, já jsem byl z toho nadšený. Okamžitě jsem dal výpověď, jako tam, kde jsem pracoval. Já jsem dělal s tátou sádrokarton a oni z toho byli takový špatný. Tehdy jsem z toho byl úplně nakopnutý a bylo to jako..to bylo pro mě hrozně důležitý. Kladný úplně. S postupem času to bylo jako...pak byly teda děti, ale bylo to šílený, že člověk nastupuje do pomáhající profese, má naspořenejch nějakých 30, 40 tisíc a po nějakém roce nemá ani korunu. Je pravda, že tam se začaly rodit ty děti, takže to je jiný, ale...Ale kladně, kladně.

K: A můžu se zeptat, jak dlouho jste se léčil?

J: Jak dlouho jsem se léčil...no v těch Němčicích jsem byl i s tím Karlovem nakonec 15 měsíců. Předtím jsem byl nějakou chvíli na stacionáři, protože předtím jsem byl pět měsíců v Bohnicích. A tam už to bylo..no to se nedalo vydržet, tak jsem šel na ten stacionář. Mě od toho odrazovali, že to je jako únik a že je to jako špatný...

K: Myslíte od toho stacionáře?

J: Ehm. Jako, že mě chtěj udržet v tomhle stavu, že je to nejbezpečnější a já jsem říkal, že už tam nemůžu bejt ani jeden den, že se to nedá. Takže, když to tak vezmu, tak nějakých 2 roky.

K: A po tom stacionáři už jste nikam nedocházel?

J: No po tom stacionáři jsem šel do těch Němčic. Tam jsem šel rovnou ze stacionáře. Přivezli mě do Bohnic, tam jsem byl 5 měsíců, pak už jsem to nevydržel a šel jsem do stacionáře a ze stacionáře rovnou do Němčic.

K: A vy jste říkal, že jste se rozhodnul pro terapeutický výcvik. Co vás k tomu vedlo?

J: Ty jo...co mě k tomu vedlo. Tak já myslím, že jsem v tom chtěl bejt...chtěl jsem se učit. Myslím si, že jsem v tom byl tak nejistej a už jsem to s tou nejistotou nemohl vydržet, že jsem to měl takový překompenzovaný, že já to vlastně dělám dobře a ten výcvik v podstatě nepotřebuju. Ale myslím, že jsem věděl, že je ten výcvik nějak potřeba. Nějak se učit a získat v tom nějaké dovednosti a nějak o sebe se postarat a tak no. Po tý komunitě to trvalo tak rok, co jsem byl takovej naprogramovanej a takovej doktrínovanej, že ty věci jsou takhle a až tak po roce jsem se probral z tý komunity. A začal jsem se zařizovat v životě podle mě. Pak jsem vlastně nastoupil na ten Sejřek a to byl teda hroznej hukot, protože že jo služby po tejdnu. Tenkrát jsme byli ve třech. Rozjížděli jsme to ve třech lidech. Tak to byl hroznej mazec v podstatě. Myslím, že bejt o trochu starší, tak už by to nešlo. Nešlo vydržet. A byli jsme vrženy do toho, že jsme se museli postavit před ty první klienty a vést ty skupiny. A ty komunity a my jsme to znali z těch seminářů nějakých a jako...ty holky to neznaly vůbec. Pak jsme to znali

někteří z nás v roli těch klientů, ale to jsou takové představy, který máte a který...to je jako potom úplně jiný. Potom to začít dělat. Tak jsem věděl, že není jiná cesta, než se v tom vzdělávat no. Než zažít ten výcvik aspoň.

K: Myslíte, že jste převzal nějaké vzorce od terapeutů z Vaší léčby?

J: Určitě. Jo jo..to mě stíhalo ještě léta, když jsem si uvědomil, co to dělám. Co to je...převzal. Já myslím, že se člověk úplně normálně učí nějakou nápodobou. Když jsme teď vedli výcvik s tím jedním sympatickým kolegou, tak na něm bylo úplně evidentně vidět, když on mluvil o některých lidech, tak to bylo hrozně vidět, že mluví úplně stejně jako ten, u koho byl ve výcviku. Jakože úplně. Takže tohle tam určitě je. Ty postoje a celý fráze a pak se mi to stalo ještě mockrát, jakože kdykoliv jsem byl v individuálu nebo v nějakým tom dalším výcviku, tak člověk to používá. Je dobrý o tom asi vědět, protože zas že jo, nemůžete papouškovat nějaký ty...ale jo, rozhodně jsem přejímal spousty postojů a nápadů.

K: A jaký výcvik jste si vybral?

J: Psychodynamickej. Normálně skupinový a komunitní. V hlubinný psychoterapii.

K: Jsou nějaké důvody, proč jste si vybral tento výcvik? Přemýšlel jste i o jiných možnostech?

J: Ty jo, já nevím vlastně proč, já myslím, že jsem chtěl nějaký základní výcvik, že jak lidi dneska uvažují, že chtějí třeba do gestaltu a takový ty moderní směry. Takže já jsem chtěl něco obyčejnýho, základního. Asi jsem taky trochu chtěl si dělat potom dál nějaký nadstavby a tak no. Tak asi to, ale že bych si to přesně nějak pamatoval to ne. Asi jsem vlastně chtěl taky někam, kde mě nikdo nezná ideálně. A tihle ti čtyři terapeuti mě neznali. To v tom asi bylo trochu důležitý.

K: Myslíte neznali profesně?

J: Já bohužel jako nebo bohudík...já jsem v té době byl spjatý s určitým..no prostě mě ty lidi znali osobně. Některý ty lidi, protože ten rybík je malej strašně, takže jsem byl

takovej profláknutej a takže profesně mě ještě nemohli znát, ale jako že znali mě osobně, takže na tom záleželo.

K: A teď si děláte nějaký další výcvik?

J: Ne. Teď ne, teď jsem usoudil, že to zatím stačí. Když jsem naposledy šel, když mi jeden víkend končil víkend s rodinnou terapií a ten další mi začínal víkend se supervizí, tak mi přišlo, že jsem to trochu přetáhl celý, takže žádný výcviky nechystám.

K: A měl jste někdy o rozhodnutí být terapeutem pochybnosti?

J: Jo...teď chcete vědět všechny nebo naposled nebo...Naposledy asi před 14 dněma, když jsem řešil nějaký těžký věci a něco se tak jako dělo, tak jsem si říkal ty jo..a někdo mě tak jako trochu napad a říkal, ty jo tak takhle nemít náhled na sebe, jak ty můžeš dělat s lidma, tak jsem tak jako o tom chvílku uvažoval a říkal jsem si no, dost možná jo no....Tak jsem měl takovou..

Ale pak jsem si říkal, že v poslední době zas tolik s klientama nepracuju, že mám čas pro sebe si to probrat a zjistit jestli opravdu jsem tak bez náhledu nebo jestli to ještě může bejt jinak no.

K: A v té ranné fázi, na začátku?

J: To jsem nepochyboval, vůbec, vůbec, to jsem tomu naplno věřil. Takže to, to je jasný, že to dělám dobře a to...možná kdybych trochu víc pochyboval. Ne já jsem tomu bohužel věřil úplně naplno.

K: A čím si myslíte, že to je, že teď už pochybujete?

J: Já si myslím, že potom, když jsem se ubezpečil, že to funguje a že to těm lidem neškodí, tak jsem si dovolil pustit tu nejistotu. Já jsem nejistej úplně vždycky a ve všem a myslím si, že to byl předtím tak radikální skok, že si to byl šok, že jsem si tu nejistotu nemohl vůbec dovolit...no štěstí, že jsme to všichni přežili teda. A proto jsem o tom přemýšlel mockrát, jakože jestli vlastně to bylo dobře.

K: A jak Vám pomáhá vlastní zkušenost s léčbou nyní při práci terapeuta?

J: No já myslím, že hodně..dost. Tak nejdřív jsem si prošel takovou fází, kdy jsem si musel uvědomovat, to se tak běžně píše v knížkách, o těch exuserech, že je důležitý nák se víc orientovat na toho klienta a na tu jeho cestu a vědět, že to je důležitý a ne tam cpát nákej svůj pohled na věc, jak věci maj bejt, ale to platí universálně. To neplatí jen ve zkušenosti s léčbou nebo užíváním návykových látek no...A jinak si myslím, že jako obecně, do dneška to tak jako vytváří způsob přímého kontaktu...že...když těm lidem povyprávím o tom, co mám za sebou, tak oni se pak moc nebojí....a to ne jenom s klientama, ale i jako v různých kurzech. Oni se potom tolik nestydí přiznat nějaké svoje trápení...tohleto funguje, to je dobrý. Když to člověk má nák ohraničený, tak je to fajn. Jakože když jim řeknu, že jsem bral drogy a že mám nějaký psychotický zážitky, tak pro mě to je tak, že se to těžko něčím trumfne, takže já pak můžu mluvit o všem no. Takže v tom to jako docela pomáhá. Pro mě důležitý bylo, že ty klienti, zvláště v té komunitě třeba..hrozně rádi říkali, že jedinej, kdo jim může pomoc, je ten terapeut, co jako bral drogy, protože on jediný rozumí tomu, co to je brát drogy a to mě...s tím já vlastně nesouhlasím, protože si myslím, že..no nesouhlasím s tím a pořád se to potvrzuje. Jakože na těch lidech se zkušeností a je jedno jestli se závislostí nebo duševní nemocí...tak na těch lidech se zkušeností je nejdůležitější, že ten klient má před sebou někoho, kdo to nák jako prošel a nezhroutil se z toho úplně. Nebo, když se zhroutil, tak potom zase vstal. To je vlastně nejdůležitější faktor je faktor naděje, že se s tím jde nějak poprat nebo to nák prožít. To mi přijde důležitý. U těch drog taky...pro ně není důležitý, že si někdo píchal pervitin nebo marihuanu nebo já nevím co. Pro ně je důležitý, že přes to, že tohleto dělal, tak pak zase začal nák fungovat a že se to dá zvládnout. Tak to mě přijde...to je koneckoncům to, co mi tady ve Fokusu se uvádí v rámci zotavení, recovery, co dodávají lidi, nějakou vlastní cestu. Takže to mě hrozně oslovuje no. Z toho čerpám.

K: Čerpáte z toho tedy do teďka?

J: Jo, jo...a to ani jako..málokdy je to tak, že bych klientům vyprávěl svůj příběh. To mi právě přijde postavený na hlavu, když v těch službách pro všechny nemocný lidiz toho

udělali, že v každém týmu je důležitý mít pár konzultanta a ten pár konzultant má lidem povídat svůj příběh. Teď mi taky říkal někdo, že měli ve škole pár konzultanta a on jim dal na tři stránky napsaný svůj životopis. Tak jsem si říkal, že práce s vlastním příběhem ještě znamená něco jinýho, než přijít a povyprávět životopis a pak něco jakože...Takže svému příběhu se nebráním, ale nemusím to každému říkat. Teď, když s vámi mluvím, tak se vlastně trochu stydím a je mi to nepříjemný. Když se to potom ale v práci...to je úplně jiný..když se v práci objeví něco, nějaké téma, nějaký zážitek toho člověka a je možný se mu přiblížit tím: „No to jo, to já to znám ještě takhle". Tak to je ono. To je dobrá práce s příběhem, to tam jako patří.

K: A mohl byste mi říct příklad, kdy Vám zkušenost napomáhá a kdy naopak ne v práci terapeuta?

J: Tak..chcete nějaký konkrétní příklad? Tak, kdy napohámá, to už jsem vlastně trochu řekl. A kdy nepomáhá..jako kdy škodí nebo to komplikuje?

K: Ano, ano. Kdy Vám to komplikuje práci. Z Vaší strany nebo ze strany klienta. Jestli někdy nastala taková situace, jestli si jí uvědomujete?

J: Jo to nevim jestli...takhle jsem o tom nikdy nepřemýšlel, kdy ta zkušenost komplikuje...No jako vlastně takhle..úplně v těch začátcích to ta zkušenost komplikovala, protože jsem měl dojem, že ta zkušenost samotná mě ňák jednoznačně a definitivně predisponuje k tomu, abych s těma lidma pracoval, takže to znamená, že se může velmi snadno stát, že na tom člověk ustrne. Dokonce jsem znal některý chlapíky, který tak trochu ustrnuli...že se zdálo, že tato zkušenost, hlavně jako zbraň nebo i jako s tou léčbou, že oni z toho žili, že z toho čerpali. Že vědí, co je to ta komunita za živěj organismus a měli dojem, že nic dalšího nepotřebujou, aby s těma lidma pracovali. Což potom jako z nich dělá takový neempatický elementy. Tak pak to může komplikovat. A mě to určitě komplikovalo..protože přesně na začátku jsem byl přesvědčenej o tom, že ty věci jsou takhle. Což asi bylo daný tím, že jsem byl takovej nastartovanej do toho, z tý komunity. Jako se v těch komunitních biblích píše, že klienti díky jasný struktuře a díky vlastním pravidlům zjistí, který chování je oceňovaný a který je sankcionovaný. Ale tenkrát jsme to tak žili no.

K: A to přesvědčení, které jste měl, jste měl ze studia nebo z léčby, kterou jste zažil osobně?

J: Z té léčby...Z toho studia, z toho šlo málo. To až potom časem se to podařilo nastartovat nebo oživit. To spíš z té léčby jsem byl takovej nabušeněj.

K: A vnímáte nějaké rizikové situace, které se Vám staly nebo se Vám můžou stát při práci terapeuta?

J: Já nevím jestli přímo při práci terapeuta, ale vím, že ještě s tou kolegyní, která taky vlastně měla vlastní zkušenost, tak vím, že jsme byli takoví potenciálně manipulovatelný nebo zneužitelný ne v té terapii, ale organizačně. Když člověk dělá terapeuta, tak není sám pro sebe, ale má taky svoje nadřízený a ty nadřázený...než jsme vybuodovali nějaký dobrý vztah, ale jako oni nám fakt razantně naznačili, že si můžeme věřit, ale byly tam fakt velký předsudky. Takový, někdy takový snahy, že když nás potřebovali někam dostat, tak apelovali zrovna na tuhleto strunu, že my jsme přecejenom ti bývalí narkomani. Takže, tohle třeba no. A jinak si myslím, že se to moc nestávalo, že tam hrozí, že člověk naběhne na ten model, co říkají ti klienti, že potřebují nějakou větší blízkost a vlastně trochu setření těch hranic. Jako že mně může rozumět opravdu jen někdo, kdo ty drogy bral. Tak to je takovje velkej apel ne to, že ten je dobrý, ty seš dobrý, že si bral drogy a ti ostatní jsou pitomci. Člověk může potom snadno uvěřit tomu, že on je fakt tak dobrý a ti ostatní jsou pitomci. Tak takto si myslím, že hrozí setření hranic a nějaký zneužívání no oboustranný.

K: A myslíte, že to takhle ti klienti berou? Například, že věří více terapeutovi, který měl zkušenost s drogami?

J: Tak říkaj to. Snaží se to tak říkaj. Já si myslím, že přesně, ne že by to tak brali, ale oni hledaj nějakýho spojence. Když se dostanou do těch skupinovejch programů, tak oni prostě chtěj nějakou blízkost, nějakýho spojence, chtěj mít někoho pro sebe. A myslím, že to dělaj tímhle způsobem. Oni se taky často bojí. To, co oni často říkaj, zrovna včera jsem si bohužel pustil kus nějaké reportáže. Něká holka, která říkala, ale to je typický, že se boje, že si nebudou s těma normálníma lidma rozumět, že si nebudou mít co říct, tak si myslím, že to je podobný, že přijdou do té léčby, že jsou ve velké nejistotě, že nevědí

co se sebou a teď ti terapeuti trochu zastupují ty instituce, se kterými to oni nikdy neměli jednoduchý, tak si řekne, aha ten bral drogy, s tím si budeme rozumět. Tak jakože chtěj ho jako pro sebe. Oni to tak berou. Ono po chvíli, když oni se tak jako uklidní, tak zjistí, že, že to není takhle. Že si rozumí s různými lidmi a různě. Ale na začátek v té úzkosti to tak berou. Že si rozumí jen s tím feťákem no.

K: A Vás samotného to někdy napadlo v léčbě?

J: Za mě žádní exuseři nebyli ještě. Nebo....si to nepamatuju. Nevim, nebyli. Jo joo ne vlastně byli. V těch Bohnicích byl tenkrát ten, Jílek. Ale, že bych si s ním nějak líp rozuměl, to mě teda nenapadlo. Protože on to takhle neměl. On byl jako dost ohraničenější podle mě a navíc on to, on se choval tak nesympaticky z mého pohledu, že jako. No docela to pomohlo, co dělal. On se choval ale tak moc nesympaticky, jakože tak mě štval, že by mě to ani nenapadlo. My jsme se po hrozně dlouhý době potkali...a bylo vidět, že on chce být taky hodně blízko, ale to jsem zjistil až o hrozně moc let později. My jsme jeli ze Sejřku na nějaký setkání v sekci zdravotnických komunit a zvali se lidi z léčebny. A on protože dělal v těch Bohnicích tenkrát, tak tam nebyl a hrozně měl takovou jako radost, že mě vidí a já jsem mu říkal dobrý den a on mi říkal: „Tykej mi, tykej mi Jirko, já jsem Vám to říkal už tenkrát, že kdo vydrží tři roky abstinovat, tak mi může tykat, tak mi tykej.“ No a já jsem říkal, že mi to nějak nejde tohle a on zase že nee to nemůžeš, musíš mi tykat. Takže on taky asi stál o nějakou tu blízkost. Nebo ocenění. Ale s ním mi to vůbec nešlo.

K: A z té druhé strany, ze strany terapeuta. Měl jste někdy pocit nebo zkušenost, že mají Vaši klienti větší sympatie k Vám než k druhým kolegům, kteří tu zkušenost neměli?

J: Ufff...no to nevím. Sympatie...Hele asi nakonec ne. Úplně mi to takhle nepřijde. Zase no, když tam byli 14 dní, měsíc, tak to takhle vlastně říkali, že se jim líbíme já a Petr, protože prostě...Ale šli po tom povrchu. Možná to byly takový sympatie povrchový, že šli po tom povrchu. Že nás ještě neznali a když se seznamujete s někým novým a neznáte je, tak se seznamujete skrz to kožený, takže jo on bral ty drogy a má to za sebou a tahleta je psychologka a tenhle dělá arteterapii a tenhle zas tohle. Tak to takhle říkali.

Ale ve chvíli, kdy šlo o navazování vztahů, tak už tyhle vnější znaky ztratily na důležitosti a šlo o to, jestli je někdo, kdo je jeho grant, to znamená, že se s ním setkává častěji nebo jestli je to ženská nebo jestli s nima chodí hrát fotbal. Jako, že byly takové ty běžné charakteristiky a ne tohle. A ještě je možná pravda, že tím, že jsem byl vedoucí, tak oni přece jenom jako převažovalo tohle. Moje vnější charakteristika bylo, že jsem šéf, nejvyšší. Což ještě mohlo tu věc komplikovat. Ale moc jsem to nezažil, že bych byl sympatickejší někomu kvůli tomu, že mám tuto.

K: A co je podle Vás nejdůležitější při práci se závislými klienty?

J: Jo, to nevím. Asi jako se všema jinejma. Budovat vztah. My jsme pak dospěli do bodu, kdy jsme si říkali, že ty klasický závisláci, že oni ty vztahy vytvářejí tak nepřímou a tak jako někdy uhýbají a že je těžké je dohnat a že je to takový, že člověk se musí prokousat nějakou formou nepřímosti a takovou manipulovatelností. Než oni uvěří tomu, že ten vztah může být. V porovnání s tím, když jsme pak brali lidi s psychozama, tak ty byli úplně odtažití a nechtěli do toho vztahu vůbec jít a když potom jako šli, tak to byl balzám na duši v úplné přímosti. Že prostě, když se řekne „A“, tak to znamená „A“. A jinak při práci s lidmi s nějakou závislostí si myslím, že je důležité to, že...no prostě nenechat se odradit tím, že budou uhýbat. Jít po tom, vztahu zabezpečovat je, že ten vztah platí a trvá. A pak mi ještě přijde nejdůležitější, že je důležité vědět, že drtivá většina z nich nejsou závislí. To je jako poučení se 17ti leté adiktologické praxe. Že většina lidí co jsou třeba v komunitách nebo někde takhle, že nejsou závislí. Že oni jsou diagnostikováni jako závislí a medicínská diagnostika má svoje mouchy velké a musejí se vykazovat jako závislí, protože ten systém je tak nastavený. Ale když jsem se bavil s několika lidmi a šéfama z komunit a podobně u drogově závislých, tak tam je tak jestli maximálně 10% lidí, kteří jsou závislí? Všichni ostatní jsou pouze problémoví uživatelé, kteří prostě řeší užíváním látek nějaký jako něco, nějakou potíže. Takže to no, vědět, že nejsou závislí, vědět, že přišli ještě relativně včas a tak no. A ještě moudro. Přesně jakože moc se nebavit o těch závislostních těch, spíš vědět, že jestli závislost nebo jako nějaká návyková potíže, takže to, a jako nejvíce souvisí se vztahama a s postojem ke světu a k sobě. Oni nám často klienti říkali, že se k nám přišli léčit z pervitinu a že my s ním o drogách vůbec nemluvíme. Takže já si myslím, že když člověk, nastoupí,

tak snad abstinuje a to je to, o co mu jde a to je vyřešený. A co tam má dál ten člověk za zakázku? Pojd'mě se bavit o něčem jiném. Takže to no, jako nebavit se moc o drogách a nenechat se fascinovat těmahle příběhama a důsledně vytrvat ve vztahu a tak. Radši už pojd'mě od toho...tyhlety moudra.

K: Mě jen napadá, že Vaše názory se přou s konceptem psychiatrických léčení, například Bohnic. Tam je trošku jiný koncept té terapie.

J: To je pravda.

K: Což vy jste říkal, že jste i zažil.

J: Jo, jo..no, ale tak třeba Červeňák už jde taky touhle cestou. Taky už moc, když mají projekt detoxu a základního oddělení, tak hodně jsou vystavění na tomhle, že jako strašení se závislostí nemá smysl. Myslím, že se tam podařilo dostat nějaký mladý lidi, kteří nejsou stará škola, jak tam bohužel často byli a myslím, že je to dobřej to..Ale myslím, že to ty Bohnice pochopí a možná než to pochopí, tak je zavřou. Po reformacích...

K: A jaký by podle Vás měl být terapeut?

J: V etickém kodexu terapeutických komunit se píše, že terapeut má být vyzrálým, dospělým, pozitivním vzorem. Tak to jsme se vždycky vyloženě nasmáli. Když jsme se podívali na ty konference a soubor těch adiktologů. No a vážně - měl by o sobě vědět, měl by mít zpracovaný nějaký základní životní peripetie svoje, vady. Umět držet hranice. Měl by umět odpočívat. Měl by být pozitivním vzorem tím, že má fakt svůj dobřej vlastní život. Měl by být v tom životě nějak usazeněj do té míry, že nemá žít tou prací a má přinášet...má být vzorem tím, že žije nějak svůj konkrétní život, má svoje záliby, má svoje ukotvenosti. No to mi přijde jako nejdůležitější. A ty klienti často okoukávají od terapeutů nějaký návody, jak žít. A myslím, že si ti klienti zaslouží lidi, od kterých můžou odkoukat různý pestrý věci a musí být opravdoví ti terapeuti. Nesmí to být přednáška o tom, jak žít, ale ukázka toho, že se nějak žít dá.

K: Mohl byste vylíčit Vaše nejlepší momenty v terapeutické praxi?

J: Hahaha...nejlepší. V čem nejlepší?

K: Nějakým způsobem pro Vás. Nebo důležitý.

J: No mám tam pár věcí, který mě tak jako nesou, který mi přijdou moc fajn. Tak jednak momenty...jeden, když jsme dělávali absolventský komunity, to je vždycky každý rok v srpnu, kde ty lidi, co prošli Sejřkem, můžou dojet a tak jako se pochlubit. A posdílet informace, jak se jim daří nebo nedaří. Tak tam přijdou s dětma a občas tam přijde někdo, kdo už fakt vypadá dobře a nebo třeba ani nevypadá dobře, ale má...přináší zprávy o životě. Tak to byly vždycky dobrý momenty. Jeden z nejúžasnějších momentů byl, když...když jsme měli holku, kterou nám poslali z Bílý Vody a která u nás byla asi 4x a bylo to hrozně náročný a byl to první z lidí, na kterém jsme se vyškolili s lidmi s psychózama, protože měla duální diagnózu a ona, oni nad ní lámali hůl, že už nic jiného nefungovalo, tak jí dali do toho Sejřku a ona se pak opravdu dala dohromady a když pak se po pár letech ozývala a ona mi říká: „Hele, já vím, že ty máš rád toho Iggyho Popa a jako on bude v Praze a ono už je jen pár lístků, tak jsem ti chtěla dát vědět, jestli máš lístek, že už by bylo na čase si ho koupit“. To bylo hrozně milý. Pak přímo ve skupinový terapii mám rád jednu historku, kdy jsme byli na horách s klientama a byli jsme někde v Nízkých Tatrách pod stanem. A klienti vždycky povyprávěli u ohně jaký měli den, co zažili a ostatní mu k tomu můžou něco říct atd...a byl tam jeden takovej chlapík a tne líčil u toho ohně ostatním, že si uvědomil, že není jen jedna planeta země, ale že jsou planety dvě. A že ta jedna planeta ta Země, že tam je spousta smutku a bídy a nebezpečí a že to je ten jeho reálný život a pak, že on má tu druhou planetu a tam že je to fajn a všechno barevný a to jsou takový ty drogy a halucinace a schizofrenie a líčil to tak jako bláznivě. A teď se tomu všichni ti klienti připojovali postupně a i my s tím kolegům jsme mu dávali nějaký porozumění a bylo to...on byl hrozně šťastnej a vděčnej, protože, když někde vyprávěl o dvou planetách, tak všichni zírali a říkali si: „Jo dvě planety, jasně, to víš, že jo.“ Rovnou ho poslali k šípku. A my jsme měli takovou půlhodinku, kdy jsme to s ním sdíleli a on byl...tak jsme si říkali s kolegou, že kdyby nás někdo v tom parku poslouchal, tak, že jedeme všichni někam do blázince. Takže to

byl hezký moment sdílení no. To považuju za jeden z nejlepších momentů v terapii. Setkání a naladění se na někoho.

K: A vzpomenete si naopak na nějaký špatný moment?

J: Hmm. Jo, to učitě. Tak byl bohužel pár takových eee..sezení, ať už ve skupině, individuální nebo s rodinou, kdy pak ti klienti se zabili nebo něco. Tak to je jako...Jedna byla taková holka, jedna z prvních, která umřela myslím, vlastně jakoby ne nám...ale jedna, která byla na Sejřku a pak umřela, tak ona nějak tam byla chvíli a pak odešla a pak se vrátila a když se vrátila, tak byla pod nějakým jako předávkováním. A ona trochu zadržávala od té doby. Před tím, mladá, šikovná holka a pak, když se vrátila, tak jsme si říkali a trošku jsem i vtipkovali, jako, že na ní bylo vidět, že si na ní ta smrt šáhla vyloženě a nějak to s ní kráčelo. A pak ona zase předčasně odešla, protože se nějak zamilovala a pak už přišla jenom jako..od obvodního lékaře vyúčtování za pojištění, což bývá jen ve chvíli, kdy ten člověk umře. Tak si na ní opravdu ta smrt šáhla. To byly takový jako, kdy se člověku zastaví srdce. Takže třeba to. A těch situací takových bylo víc. A pak byly humornější, který byli těžký, ale humornější. Třeba těžký sezení rodinné terapie s takovou jednou maminkou klientky a ona byla pak jako našťvaná, že jsme se k ničemu nedostali a pak v rámci rodičovského, kdy oni přijedou na víkend a absolvují rodinný setkání, skupinový a komunitu. A na té závěrečné komunitě ta maminka říká: „Pane Novák, jako fakt jsem byla jako a jsem hrozně našťvaná, protože jako můžu říct, že možná na ty drogy, na to jste možná odborník, ale o vztazích, to teda nejste ani trochu.“ Ale jako fakt to sezení s ní bylo těžký, tak jsem se dozvěděl takovou věc.

K: A kdybyste mi mohl říct, jaký máte dnes profesní názor na to, že někteří bývalí uživatelé se poté stanou terapeuty? Jaký na to máte Vy osobní názor?

J: Co já vim, no...tak asi by bylo lepší, kdyby si vybrali nějakou práci, která je uživí, ale nevybrali, tak co já na to. No myslím si, že je fakt důležitý, aby to ten člověk měl nějak, ne jako já tenkrát, zreflektovaný, proč to dělám, protože přesně...to co ve vtipu říkám je, že k tomu člověk musí mít dobrý důvod. Protože jako za prachama ten člověk asi nejde a myslím si, že ta práce je za prvé o tom, že nám přinese dobrý výdělek. A když by měl ten člověk rozumět tomu, proč si jde tak málo jako vydělat no. A měl by nějak rozumět

tomu, proč vstupuje do té pomáhající profese. Tak to je můj názor. Ale jinak jsem se tím neřídil nebo určitě. Mám to ještě s tím pír konzultantvím tak, že si myslím, že hrozí, díky tomu, že člověk vlastně vstupuje s vnitřní zakázkou, dělat toho terapeuta nebo poradce nebo konzultanta, tak pak může bejt snadno vlastně ohroženej. Myslím si, že to, že má vykládat ten svůj příběh, tak to přináší i bolesti podle mě. U těch lidí s duševním onemocněním speciálně. Jsou potom mnohem zranitelnější. A na nich mi speciálně přijde, že to může být složitý. U těch drogařů je to podobný. Měli by být zaměstnaní na nějakou konkrétní pozici a nemělo by to být tak, že, prostě my tady máme takovýho a takovýho psychologa, pedagoga a exusera. Nedává to smysl podle mě.

K: Takže tohle je Vaše doporučení těmhle lidem?

J: Aby se nestáhli do té pozice exusera. Je to fajn mít navíc, ale člověk by měl dělat něco, co umí nebo tam směřuje. A že má být nejdřív jako...asi je to podobný, jako když je ekonom vystudovaný a pak jde dělat terapeuta, tak musí se vzdělat a mít výcvik, aby získal kus jistoty a profesních dovedností a pak to může jít dělat. A když se pak ukáže, že má vlastní zkušenost s drogama nebo léčbou, tak je to fajn bonus. Ale myslím si, že není dobré z toho dělat základní dovednost.

K: Je něco, co byste chtěl ještě dodat? Co jste ještě neřekl?

J: Myslím si, že snad asi ani ne, děkuji.

Příloha č. 4 – pan Lubor

Pan Lubor

K: Kateřina Slámová – tazatel

L: Lubor - participant

K: Moje první otázka je, jestli byste mi mohl popsat Váš profesní vývoj terapeuta od té doby, co jste se začal léčit?

L: Léčil jsem se se závislostí, ano. Ale nejsem si úplně jistý, jestli tam začal můj profesní vývoj terapeuta. Protože ještě v léčbě jsem o týchle možnosti vůbec nepřemýšlel. Představa toho, že bych se měl věnovat téhle práci mi byla úplně cizí. A vlastně to se začalo rýsovat až mnohem později, než v léčbě. Ale rozhodně jsem prošel léčbou, byl jsem v terapeutický komunitě a pak jsem vlastně byl ještě na chráněném bydlení a byl jsem v doléčovacím programu a teprve až v tom doléčovacím programu jsem si sestavoval ten můj plán toho života, jak by měl vypadat dál. A tak jsem si říkal, že chci studovat. Že chci studovat dál a jelikož mám stavební průmyslovku, tak jsem volil mezi technickou vysokou školou a zároveň jsem si říkal, že to dělat nechci a nebaví mě to a neoslovilo mě tento obor. Tak jsem přemýšlel co dál a k čemu mám vztah a nic jinýho než návykový látky (protože to jsem celý život nějak užíval), tak jsem si říkal, že by mě mohlo zajímat nebo vlastně já mám vztah tadyhle k tomu, tak že bych se mohl vydat touto cestou. Dozvěděl jsem se o studiu adiktologie a vlastně dal jsem si přihlášku a nastoupil jsem na vysokou školu. Takže tam bych popsal počátek mé terapeutický kariéry. Takže na doléčování.

K: Takže v době doléčování jste se rozhodl, že byste se stal terapeutem v budoucnu?

L: Ne, tam jsem se rozhodl, že budu studovat a vybral jsem si adiktologii. Ale ještě jsem nebyl rozhodnutej, jestli chci v týchle oblasti pracovat. Nevěděl jsem, jestli chci pracovat s klientama, nevěděl jsem, jestli toho budu vůbec schopný. Věděl jsem, že podstatná část studia se věnuje výzkumu, což jsem si říkal, že by v nejhorším, když bych nemohl pracovat s klientama, tak že bych mohl pracovat tam. Takže tam jsem ještě nebyl úplně

rozhodnutej pro práci s klientama, ale byl jsem rozhodnutej, že budu studovat tento obor.

K: A kdy jste se tedy rozhodl pro terapeutickou cestu?

L: Jo, tak to bylo na škole, když jsem vlastně během prvních ročníků procházel asi třema stážema v těch zařízeních a zjistil jsem, že práce s klientama mě nějak oslovuje a že mě to nějak baví. Komunikace s lidma a že bych se touhle cestou mohl vydat. Takže vlastně to bylo v momentě, když jsem nastoupil na vysokou školu, což vlastně není tak dlouho, je to 5 let zpátky.

K: A začal jste pracovat hned tady v zařízení?

L: Nene začal jsem pracovat...tohle zařízení je první, ve kterém jsem začal pracovat, ale nastoupil jsem sem až v druhém ročníku, kdy jsem neměl dokončený studium, měl jsem započtený terapeutický výcvik, ale neměl jsem žádnou kvalifikaci. To, co jsem splňoval, byly podmínky, který jsou pro ty dnešní uživatelé, což jim vlastně umožňuje vstup do služeb a to je ta pětiletá abstinence, dva roky nějakýho řádnýho života vlastně mimo, mimo ten obor a tu léčbu. To bylo jediný, co jsem vlastně splňoval. A díky tomu, že ve službách je velkej zájem...takhle, je málo mužů, tak si myslím, že bylo velkou výhodou, že mě vzali, i když jsem nesplňoval nic jiného. Takže je málo mužů o tuhleto práci, ale to asi víte. V těch sociálních službách těch chlapů fakt moc není.

K: Můžete mi ještě říct, co všechno předcházelo Vaší práci? Říkal jste, že jste byl v komunitě, potom jste byl v chráněném bydlení a potom jste chodil na doléčování.

L: Po chráněném bydlení jsem docházel ještě rok a půl do doléčovacího programu. Vlastně to klasický doléčování trvá rok, kdy je tam to chráněný bydlení a půl roku ambulantní program a já jsem docházel do růstové skupiny, která byla po tom doléčování jako takovej následnej program pro ty klienty. Tam se vlastně dochází jednou za 14 dní nebo týdně na takovou skupinu, kde se už neřeší návykové látky, ale spíš takový věci spojený s běžným životem. Je to taková klasická terapie dá se říct. Klasické vztahové problémy, partnerské, zaměstnání atd. Což mi teda hodně pomohlo. Dá se říct, že díky této skupině jsem vlastně nák a kvůli dlouhodobému doléčování dař

abstinovat. Možná, že i trošičku v návaznosti, jak jsem se do těch služeb vrátil, sice už jako pracovník, tak možná ještě nákou formou doléčování to funguje naprosto. I když takhle to nechci nazývat, protože za to by mě moji kolegové nepochválili. Ale určitě to nákou roli hraje.

K: A vy jste už říkal, že chodíte do psychoterapeutického výcviku. Mohu se zeptat do jakého?

L: Jsem v SUR. Jsem v SUR a teď jsem za polovinou a je to pro mě úžasná zkušenost a jsem za to strašně rád, že jsem se přihlásil do SURu. Když uvažuji vlastně, až dokončím studium, tak se chci podívat ještě po nějakém směru, protože SUR je úžasný s tou sebezkušeností, ale myslím si, že když chce člověk pracovat s klientama dál, tak je dobrý se vydat ještě nějakým jiným směrem. Aby to mohl trošičku kombinovat.

K: A proč jste si vybral SUR?

L: SUR jsem si vybral, protože má nejrozsáhlejší sebezkušenostní část a je nejdostupnější. Není tak finančně náročný jako ostatní výcviky a nák se nabídl jít do komunity, kde jsou lektoři, ke kterým jsem chtěl, takže jsem vlastně tam. Myslím, že v SURu je to daný lektory, kteří vás mají na starosti a tam je to v zásadě ta komunita poskládaná lidmi, kteří se věnují i gestaltu, ale je to hodně cítit v té komunitě i v tom výcviku, že je to vlastně psychodynamický výcvik, ale s těmahle prvky, což mi nějak vyhovuje no a trošičku jsem tajně doufal, že to tak bude. Jinak bych asi do klasického psychodynamického výcviku nešel. Ale tahleta komunita je specifická. My máme fakt známého terapeuta, který aplikuje takový ty směry jako je primitivní impresie a takový ty víc..míň známý a v té komunitě je to hodně znát. Takže se tam pracuje stylem arteterapie a divadlo a to mi vyhovuje. Jinak uvažuji o nějakém dalším výcviku. Nabízí se KBT, ale protože ta je hodně účinná, ale...a nebo Gestalt.

K: Vyprávěl jste, jak jste se dostal k terapii. Víte o nějakých vnějších činitelých, který Vám to rozhodnutí ovlivnili?

L: Teď nevím, co myslíte.

K: Myslím to tak, jestli jste si sám řekl, že chcete být terapeutem, a nebo jestli Vás k tomu někdo nebo něco ovlivnil?

L: Jo..no asi sám. Já jak jsem si vlastně vyzkoušel tu účinnost té psychoterapie sám na sobě a že tomu vlastně sám věřím, že mě nepomohlo nic jiného, než psychoterapie, tak jsem si vlastně řekl, že tohleto je něco, co funguje, co má význam. Takže tohleto rozhodlo o tom, že se tímhle směrem vydám. No, že v tom vidím cestu, která funguje prostě, takže tomu sám věřím.

A pak samozřejmě i někteří terapeuti, s kterými jsem byl v kontaktu ještě během léčby a doléčování. Třeba můj první terapeut z Bohnic, kterej mě nějakým způsobem směřoval tímhle směrem, už tenkrát a byl nějakým mým vzorem. Taky je to bývalý uživatel. Tak mě tak jako postrčil a říká: „Hele, když jako nevíš, co sám se sebou, tak prostě zkus tohleto.“ Ale já jsem o tom v tu dobu vůbec neuvažoval, takže..A tím svým vzorem možná taky trochu no, že jsem věděl, že je to člověk, kterej dlouhodobě užíval a měl za sebou fakt silnou drogovou kariéru a i přesto se z toho vyhrabal a teďka už spoustu let funguje jako terapeut. Ale ta účinnost je rozhodující pro mě. Nemohl bych dělat nic, čemu nevěřím.

K: A změnil se Váš život nějakým způsobem od doby, kdy jste se rozhodl, dělat tuhle práci?

L: Heh...no můj život se zásadně změnil od té doby, co jsem nastoupil do psychoterapie. Nevím, jestli přímo ta práce...ne. Úplně zásadně se nezměnil ten život. Ten život žiju vlastně nák stejně a když budu brát...když nebudu brát to období, kdy jsem se začal léčit, samozřejmě, tam to bylo diametrálně jiný, ale já pak jsem...já pracuju s klientama třetím rokem a abstinuju 8 let a když porovnáš ty tři roky teď a předtím, tak jsou skoro stejný. Že se fakt jako snažím...vycházím z toho, co jsem se v té terapii naučil. Snažím se o sebe dbát, psychohygienu a takový věci. To se snažím vlastně dělat do teď. Jo, takže v tom není žádný výrazný rozdíl v mém životním stylu, díky práci.

K: A jak se ten Váš pracovní život vyvíjí? Vy pracujete ve stacionáři, ale i někde jinde a máte nějaké vyhlídky do budoucna?

L: No já si myslím, že je to...no vyvíjí..úplně na začátku zná člověk nějakou teorii a vlastně se učí. Od prvního sezení s klientem, kdy se člověk učí, jak tu konzultaci víst, jak jí začít, jak ji ukončit, co dělat v určitých situacích, takže se člověk učí. Takže myslím si, že se člověk při téhle práci učí neustále. Myslím si, že velkej vliv má ten výcvik, určitě, kterej vlastně od té doby, co jsem absolventem, takže tam se nějak člověk posouvá..no a nejvíc se učí člověk praxí no, si myslím, že ta teorie je dobrej základ nebo nějakej background nebo něco, o co se člověk může opřít, ale těch situací, do kterejch se člověk dostává při vedení nějakých skupin, to mu žádná teorie nedá. Takže ty praxe, takže se učím praxí. Vyhlídky do budoucna...no určitě chci tuhle práci dělat, ale nevím, jestli s touhle cílovou skupinou. Tím, že pracuju ještě vlastně na psychiatrii, tak bych se možná časem chtěl věnovat spíš psychiatrickým pacientům. A možná je to taky proto, že mám potřebu si zkusit odpojit se úplně od toho světa těch návykových látek a zkusit si, jestli vlastně to, že jsem se sem vrátil, touhlectou obklíkou, dá se říct, tak jestli to není jen nějaká moje potřeba. Prostě nebo spíš neschopnost opustit ten svět.

K: A měl jste někdy pochybnosti o tom rozhodnutí?

L: No často, když mě štvou klienti. No, no někdy jo. Někdy je to náročný, dostávám se do situací, kdy se mi trošku vrací ta moje minulost. A kdy občas cítím a vidím ňákou beznaděj a dokážu v ní rychle jako upadnout a dokážu se vrátit do svejch momentů, možná v minulosti, kdy jsem se cítil mnohokrát bezradně a myslím, že do tý minulosti, kdy jsem užíval návykové látky. Funguje to vlastně jako přenos prostě někdy a v těhle momentech si říkám, jestli by mi nebylo někde na tý stavbě nebo v tý kanceláři u těch tabulek víc no, ale to je vždycky jenom chvilkový. A no a pak si vlastně řeknu, kolik tahle práce má výhod a kolik krásnejch věcí přináší a je to prostě...takže to, je to fakticky jen chvilkový moment. Takže za to jsem rád, že jsem se takhle rozhodl a že to dělám.

K: A cítíte změnu mezi tím, když jste začínal a teď po těch třech letech?

L: Hmm..no, díky tomu...no ono je to asi o tom, s jakým očekáváním do toho pracovník vstupuje. Do těch služeb. Část vstupuje do služby podlé mě, s cílem zachránit toho klienta a cílem je plná abstinence a v momentě, kdy bych si tohle přál, tak by to bylo asi těžký, protože sama asi víte, že to úplně tak jako jednoduchý není, protože ti klienti přichází a odchází, neabstínujou, léčí se, odchází a díky vlastně škole a myslím si, že díky osvíceneckému modelu, kterej v adiktologii teďka je, kterej je zaměřenej na úzdravu a ne na plnou abstinenci, tak vlastně já jsem s tímhle tím byl smířenej. Že jsem tady, abych tomu klientovi maximálně ukázal, že je něco špatně a i to, že ten klient tu s náma pobyl 4 měsíce, něco si odnes a i když třeba po roce úplně neabstínuje, tak je to něco pozitivního, co ho nějakým způsobem může dovést a posunout k té plné abstinenci nebo uspokojivému životu. Jsem přesvědčenej o tom, že ten spokojený život se dá žít i za určitýho stupně užívání návykových látek a ne všichni jsou schopní plně abstinovat, což mě vlastně vůbec nedemotivuje, abych to dělal, takže....dokážu si představit, že takový člověk to má hrozně těžký, protože takových klientů, co plně abstínujou, moc není. Tím nechci schazovat naši práci, ale je to prostě no...

K: A jakým způsobem vnímáte, že Vaše zkušenost se závislostí má vliv na nynější práci?

L: Výstup mé bakalářské práce, haha. No, úplně taková původní představa, když jsem si dělal představu o exuserech v léčbě, tak jsem si říkal, že vlastně tohle hraje velkou roli a má to velkej vliv na tu práci. Ale teď, když jsem si to vyzkoušel, tak jsem zjistil, že nemá. Dá se říct, že mi to umožňuje v některých situacích se lépe vcítit do toho člověka, možná mu víc porozumět. Ale myslím si, že na ten terapeutický účinek to nemá žádný vliv. Možná, že můžu být v některé fázi pro klienta motivující, ale co se týče těch protektivních terapeutických účinků, tak je moje zkušenost úplně k ničemu, protože těžko tady budu popisovat klientovi, jak jsem užíval návykové látky a co všechno s tím je spojený..jo...spíš mu můžu předat nějaký moje zkušenosti z léčby. Třeba. Což mi připadá někdy jako užitečný. I když ten klient si musí projít svojí vlastní cestou. No, takže ten význam je minimální. I když ta představa je jiná. Jako klient jsem si

představoval, že mi může pomoc jen terapeut, který ty látky užíval. Což je úplně zcestný. I já sám...mně nejvíc pomohla terapeutka, která byla celkem mladá a byla bez jakýkoliv zkušeností návykových látek a vlastně mi pomohla úplně nejvíc. Takže tak.

K: A uvědomujete si nějaké konkrétní aspekty, které Vás ovlivňují při té práci? Mám na mysli například zkušenosti z léčby nebo celkově z Vaší zkušenosti?

L: A to negativně nebo pozitivně?

K: Klidně obojí.

L: Tak ty negativa jsou určitě spojený s tím, že člověk se musí vyrovnávat s nějakou novou rolí. Což jsem si uvědomoval ze začátku a vůbec jsem si neuvědomoval, když jsem nastupoval ve škole, že to budu dělat a že tohle mě nenapadlo, že to budu takhle pociťovat. Ale to je až v momentě, kdy člověk nastoupí do zařízení a kdy vlastně se stává součástí toho terapeutického týmu, kde vlastně je na jedné úrovni s kolegy a s terapeutama. Tak je to strašně zvláštní, protože do téhle doby terapeuti byli vlastně jakoby jeho terapeuti. A i když já jsem se tady nikdy nesetkal s nikým, kdo byl v tom mém procesu té léčby, tak stejně tam nějaký přenos je a bylo to pro mě těžký. Ale vzhledem k tomu, že mám úžasný kolegy, který mě podporovali, tak to nebylo...dalo se o tom mluvit a bylo to po mě celkem jako po čase přijatelný a bylo to...řešili jsem to na supervizích a bylo to vlastně to, čeho jsem se zbavil toho pocitu. Kdy jsem si nebyl úplně jistý před svými kolegy. Tak tohle mě hodně ovlivnilo. Ovlivňuje mě do dneška, když se setkám s někým...není to častý, ale když se setkám s někým z minulosti a to jak z léčby nebo z doby, kdy jsem užíval návykové látky, tak vlastně dochází k takovým etickým jakoby problémům, kdy ten klient chce nastoupit k nám do služby, ale nemůže, protože jsem tady já a v momentě, kdy není moc jiných možností, tak je to pro mě vždycky takový těžký. Něk jako, že já jsem ten důvod, proč sem ten klient nemůže nastoupit. No...eee...no...skoro se nabízí mluvit o tom, jestli mluvit třeba, tím, že vlastně jsem jakoby...hodně se tady mluví o drogách, to je jasný a hodně, tak...na co se mě ptá hodně lidí, tak jestli mě to nějakým způsobem ohrožuje a spouští, někdy a mně se to zatím nestalo, což je teda zvláštní a sám nad tím přemýšlím. Takže možná z části bych považoval to, že ta práce celá funguje jako nějaký proces mého doléčování.

Jo...No a další pozitivum je pro mě, to, že vím, jaký to bylo pro mě těžký, když jsem se rozhodl se, když jsem se rozhodl jít léčit a vlastně nák překonat ten problém a o to větší mám radost, že se to těm lidem daří. Myslím si, že stejně, jak dokážu prožít tu beznaděj a bezmoc, tak dokážu nějak výrazněji prožít i tu jejich radost, díky vlastní zkušenosti. A ten jejich pocit, kterej maj, když odcházejí a fakt se jim to daří. No, asi tak. A asi bych přišel na více věcí, ale v tuhle chvíli mě nic nenapadá.

K: A vnímáte tu Vaši zkušenost jako přínos při práci?

L: Já jí vnímám jako životní přínos, ale nevnímám jí jako přínos při té práci. Já jsem to už řekl, myslím si, že člověk, který se neprošel závislostí, může bejt stejně významnej pro toho klienta, jako člověk, kterej prošel tou zkušeností. Nebo naopak si myslím, že člověk bez té zkušenosti může být pro toho klienta významnější, protože ho neohrožuje nějakýma těma rizikama. Občas vnímám přínos, to, že vim, že vim, jak ti klienti přemejšlej. Takže pokud se v tý skupině něco děje, tak já často tuším co, protože se dokážu vžít a vlastně jsem spoustu let přemejšlel stejně nebo jako oni, takže...to si dokážu říct, že se v té skupině děje tohle, tohle a tohla a umim reagovat no. Ale nevim jestli je to výhoda.

K: A co je podle Vás důležitý při práci se závislými klienty?

L: Důvěrný vztah a autenticita.

Bejt prostě přirozenej. No a navázání toho důvěrného vztahu. Nehodnocení. Nehodnocení určitě. Důležitý je, aby ten člověk měl důvěru ve Vás, v tu instituci a aby se vracel. Myslím. To je jediná záruka toho, že ten klient může žít nějakěj sebeuspokojující život. I to, že se vlastně bude opakovaně vracet v těch jeho nejhorších momentech a bude schopnej o tom svým užívání nebo otěch věcech, který ho trápí mluvit. Což mu vlastně může poskytnout, jedineh nehodnotící prostředí. Neodsuzující. Takže tak.

K: A kdybyste mi měl říct, podle Vás, jaký by měl být terapeut?

L: Což navážu na to...určitě autentickej a přirozenej. Měl by si umět držet hranice. Měl by umět mluvit o svejch negativních emocích, měl by otevřeně mluvit o sobě, o tom, co

cítí a měl by být podporující a neodsuzující. Bavíme se o závislostech jo, možná, že kdyby ste se mě zeptala na to, jaký by měl být terapeut při poruchách osobnosti, tak vám řeknu něco jiného. Ale tady je to určitě takhle. Prostě...

K: Takže si myslíte, že je to jinak u jiných typů pacientů?

L: No, ne u všech, ale jsem přesvědčenější o tom, že některé typy psychiatrických poruch vyžadují odlišnou terapeutickou práci, což je jasné.

A vlastně užívání návykových látek je většinou sekundární kolem nějaké psychiatrické diagnózy, takže potom je dobrá kombinace, kdy využijeme trošičku KBT a i když KBT je vlastně prostoupení celou léčbou závislostí od prevence po motivační rozhovory. A někde je potřeba jen ta podporující terapeutická složka u terapie. A ten vztah, ten je důležitý. Ne jen nějaký teoretický background, ale ten vztah. Což je v každém stylu stejný.

K: Mohl byste mi říct nějaké nejlepší momenty, které jste zažil v terapii?

L: No, nejlepší moment je, když vám někdo za něco poděkuje a vy víte, že to je něco, kdy jste si vy sám řekl při té terapii, jo tohleto bylo dobré. Ale nevíte, jestli to vlastně v tu chvíli nebylo dobré a ten člověk přijde třeba za několik týdnů a řekne: „Hele to, co si mi řekl před týdnem, to bylo to, co mi vlastně hrozně pomohlo.“ Tak to je moment, kterej se mi stal jednou a to je fajn, že už člověk trošičku...měl jsem dobrou odhad a tak to je fajn, když člověk ví, že to chytili za tu správnou nit vlastně dá se říct. Ale těch momentů...hmm..konkrétní situace vám neřeknu. Dneska jsem dostal nakreslenou od jedné klientky velrybu a poděkování za to, že jsem jí zachránil život. Tak to je třeba takový pěkný. Ale tam nebylo nic terapeutického. Já jsem tu klientku odvedl jen na terapeutický pobyt takže..Tak to je takový milý. A pak, co mě teda ještě těší je, když si během terapie uvědomím něco o sobě. To se mi děje docela často. Takže vlastně nějaký další posun u terapie. I když já spíš dělám poradenství s prvky terapie. Na tohle potřebuju ještě spoustu, spoustu, spoustu zkušeností a praxe. No.

K: A vzpomněl byste si na nějaký nejhorší moment, který se Vám v terapii stal?

L: No tak těch bylo spousta. Eee..no nejhorší je bezradnost, se kterou nevíte, co dělat. No takže to byly začátky, který byly strašně těžký, kdy člověk se dostával do situací, kdy v nějaké krizovejch...bylo potřeba krizovejch intervencí a vy máte před sebou člověka, kterej mluví o sebevraždě a vy nevíte, jestli to myslí vážně nebo ne a nevíte, jak na to reagovat. Nebo v momentě, kdy klient potřebuje něco a vy cítíte, že máte povinnost tomu klientovi jako pomoc a vlastně nevíte jak. To jsou takový ty začátky. Vy vlastně si neuvědomujete, že tuhleto věc dělat nemusíte. Že se od tohletoho stačí nák jako vzdáli trošičku a říct, že nevíte. Takže vlastně, dokud jsem neobjevil slovíčko nevim, tak mi bylo hrozně těžko. A teďka si po těch dvou letech, dovolím říct, že prostě něco nevim a že se musím poradit nebo podívat nebo, že je to prostě věc, která se musí probrat s kolegama. A cítím se o hodně jako svobodnějš. Takže to byly momenty, kdy mi bylo fakt ouvej no. Ale při konkrétní situaci, když mi při sezení klientka chytne epileptický záchvat. Jo. Což se může stát, protože některé ty skupiny jsou dost psychicky náročný a ty klienti s tou epilepsií jsou vlastně...ta epilepsie k té závislosti patří, trošičku nák významnějš a...no takže tohlencto může bejt..To je třeba klasickéj monet, kterej pro mě byl těžkej.

K: A jaký máte dnes profesní názor na to, že uživatelé návykových látek se stanou později terapeuty? Jak se na to díváte z vašeho pohledu?

L: Myslím si, že to je fajn v případě, že se ten člověk vzdělává. Že má za sebou nějakou teorii a že se může vzdělat, předtím, než nastoupí do těch služeb. No, myslím si, že takový ty modely, kdy..který jsou známý třeba z Ameriky nastupujou krátce po dokončení léčby do komunity vlastně jako terapeuti, takže...a nemají žádný mezistupeň toho, že je léčba, potom nějaký normální život a pak zase...a pak nějaká práce v tomhle směru. Takže ti klienti si nemůžou udělat obrázek o tom, co vlastně byla léčba jejich a co je léčba někoho jinýho a to je nák důležitý. Pokud by ten člověk se rozhodl, že bude žít jen v tý komunitě, tak chápu, ale pokud ty klienti potom odchází, tak by bylo dobrý to nák rozdělit. Takže myslím si, že to je super. Moje šéfová říká, že přijímá tyhle ty lidi jen proto, že jsou to výborní kolegové, že si s nima dobře komunikuje, tak..a já se s

těmahle lidma taky rád potkávám, asi proto, že jsme na jedné vlně a je to fajn. Ale všichni maj nákej teoretickej background.

K: Takže byste takovému člověku doporučil vzdělání?

L: Jo.

K: Ještě něco byste doporučil?

L: A pak vyzkoušet si, jaký to je žít prostě bez...aniž by byl v tom světě a je jedno jestli ve světě ve svý vlastní terapii nebo v tom...jo aby tam bylo nějaký normální zaměstnání a nějaký normální život. Minimálně na tři roky prostě si to zkusit, jaký to je. Jestli dokážu žít sám, bez toho aniž bych se denně potkával s návykovými látkama. V jakýkoliv podobě. Což jsem vlastně zkopíroval to, co říkají standardy. Takže ono to asi sedí, když to má člověk nějak odžitý.

K: Je něco, co byste chtěl ještě dodat, co jste třeba neřekl?

L: Nene, myslím, že jste to tak pěkně obsáhla těma otázkama, no nevim, nic mě nenapadá.

Příloha č. 5 – pan Michal

Pan Michal

K: Kateřina Slámová – tazatel

M: Michal - participant

K: Já mám připravených několik otázek. Mojí první otázkou je, jestli byste mi mohl popsat Váš profesní vývoj už od té doby, co jste se začal léčit?

M: Myslíte, nějaký vztah k terapii?

K: Ano, taky.

M: Asi jo. Ale určitě bych to nenazval profesní, zpočátku. Určitě započal nějaký zájem o..o ty věci. O ty procesy. Někdy prostě já nevím, možná okouzlení tím, co je všechno možné. Co všechno se dá a jakých výsledků se dá docílovat. Takhle ňák, prostě zájem. Zájem a..myslím si, že nebo pamatuju se a setkávám se s tím, že jako takovej nápad..to bych moh dělat má poměrně hodně účastníků, ale realizuje se to dost výjimečně. Někdy se to tak ňák jako pokouší realizovat poměrně brzo a to je zpravidla hodně špatně. Je to vlastně...myslím si nesený hlavně tou euforií, tím nadšením pro tu věc a není to podložený žádnou jako dodatečnou..jak to říct. No, je to práce, u který asi se předpokládá, že je ten člověk nějakým způsobem stabilní, že není prostě momentálně na dobré vlně a v zápětí se někam propadne. Vy určitě víte, že existují nějaký anonymní alkoholici, gambleři a takovýchle záležitosti. A proč to není dobrý takhle příliš brzo? To se asi poměrně často ukazuje právě tam, protože tam často existuje něco jako sponzor. U áček. Znáte to?

K: Ano znám.

M: Což je jako takovej vůdce, patron, přehnaně řečeno guru nějakýho začínajícího. A protože tam nejsou žádný striktní podmínky pro to, kdo má být sponzorem, tak se často stává, že sponzor prostě selže a krásně s sebou stáhne ty svoje svěřence. Takže vlastně takhle. Takže v mém případě konkrétně to skutečně jako profesní zájem začalo po 6 abstinovaných letech a nebylo to tak romantický, jako to prvotní nadšení. Bylo to vlastně zhruba tak...že bylo mi v té době 42 let a fungovala mi tahleta prádelna, která

mě vlastně živí hned po léčbě až do dneška. Já jsem těch šest let od té léčby strávil sám. Myšleno partnersky a po těch šesti letech jsem z nějakého svého rozhodnutí přestal být sám. Našel jsem si vztah, našel jsem si paní a jak jsem se octnul v tom vztahu, tak jsem jaksí napozadí nějaké její kariéry, úspěšnosti, nějakých jejích úspěchů jsem si uvědomil, že nechci v té kariéře umřít. Že je to sice dobrý, že mě to vlastně baví a uspokojuje a živí a všechno, ale že to je tak možná dneska a v 60 letech je to možná jinak. A krom toho, že bych chtěl dělat něco ušlechtilejšího nebo tak..možná úplně řečeno něco do čeho bych mohl dát něco ze sebe. A velmi rychle jako zamyšlení, co asi mohu ve 42 letech začínat novýho? Takže následovala otázka, že dobré je udělat něco, kde mám co nabídnout. A na to už byla docela snadná odpověď. Že mohu nabídnout tu zkušenost, kterou mám. Šel jsem za svým terapeutem tehdejším, protože jsem byl ještě ve skupině. Řek jsem mu: „Hele, mám takovýhle záměr a takové rozhodnutí, pomůžeš mi?“. On řekl, jasně běž a támhle se zapiš na tuhle školu a dělej tohle a tohle a dál už to šlo. Standardní cesta. Mám nějak pokračovat?

K: Můžete mi ještě povědět, jak se to Vaše rozhodnutí vyvíjelo?

M: No vyvíjelo se to docela rychle, protože to bylo takový rozhodnutí, já jsem..ne že bych se cítil nějak v tlaku, ale měl jsem potřebu v tomhle fungovat, takže jsem se obratem zapsal na Pražskou Psychoterapeutickou fakultu, to bylo to, co mi doporučil. To je teoretický studium. Po asi roce tam jsem se přihlásil do výcviku pětiletýho. To je nějaká jako druhá podmínka pro to, aby člověk tu práci rozumně dělal. A pak ty věci proběhly. Škola na tři roky proběhla, výcvik proběhl. Je pravda, že jsem začal pracovat o něco dříve, než to všechno proběhlo, což ale není žádná v tomhle oboru anomálie, protože laický terapeuti se standardně používají v léčebnách. A já jsem vlastně zdědil jednu skupinu po jednom...já mu říkám staroušek. Byl to prostě terapeut už starej v té době, kterej nějaký programy dělal, chodil jsem k němu na program...on byl pak nemocnej a byl nějakou dobu v nemocnici a on věděl, že já už nějakou dobu chodím na tu školu a že mám ten výcvik a že mám ten úmysl a plán...takže říká: „Hele tak, ty jseš na té škole, já budu teď v nemocnici, tak ty to tady teď na chvíli povedeš. Souhlasíš?“. Tak jsem řekl, že jo, že nevidím problém. Možná bych měl ještě zmínit, nevím, na kolik je to pro Vás informace. Pro mě to bylo dost zásadní. Já jsem totiž...dneska je to od

léčby 17 let a já jsem 15 let nepřetržitě jednou týdně docházel na tom pavilonu je taky jedno oddělení, tak je program, taky se to jmenuje anonymní setkání alkoholiků, ale není to tak, jako úplně ti ve městě, kde jsou skutečně anonymní a setkávají se, ale je to pro pacienty a je normálně povinné. Oni tam jsou všichni, takže v tomhle smyslu je to odlišný, ale stejně je tam nějak dodržovanéj proces, postup, jak se tam čte, jak se tam oslovují. Tím, že jsem tam celou tu dobu chodil a plnil jsem tam roli toho sekretáře, toho, co to tam uvádí a čte, tak jsem se vlastně docela cítil pevný v botách, abych to po tom dědouškovi mohl vzít. Neměl jsem tam nějaký nervy, pochybnosti v tomhctom smyslu. A běželo to krásně a bez problémů a to bylo teda pro lidi, bylo to pro lidi, kteří se jako doléčují. Jo, který už jsou odléčený. A pak se stalo to, že on...zkomplikovalo se to ten jeho pobyt v nemocnici, měl nějaký potíže, takže se to prodloužilo a jak se to takhle prodlužovalo a prodlužovalo, tak on přišel s tím, že je mu skoro 70 let a že on se bude věnovat svojí rehabilitaci a svým životem a že to nechá. Tak jsem si řekl, že dobrý, je to moje a souběžně s tím mi předal ještě jeden program na pavilonu, takže jsem měl vlastně ze začátku tuhle v uvozovkách svojí skupinu jeden program na jednom pavilonu a druhý program - míněno ty áčka na druhém. A takhle to byl vlastně začátek té jakoby profesionální dráhy a během toho už se tam dokončilo studium, výcvik, začal jsem na supervizi docházet. Což je třetí podmínka pro to..a to je prostě to, co dělám do dneška. Samozřejmě se to nějak vyvíjelo. Když se dohodlo, že ten zárodek, ta skupina už nebude jeho, tak jsem to nějak prostě předělal podle svých představ, protože ty nebyly totožný s těmi jeho. Ta skupina se rozrůstala, já jsem pokračoval s těmi AA, dělal jsem ten program na tom druhým pavilonu a šel čas. Přišla druhá skupina, rozšířil se trochu úvazek v Bohnicích, trošku se to profesionalizovalo jako, že v tom pavilonu, kde jsem dělal ty AA jsem začal fungovat jako terapeut, protože v rámci AA to není profesionální, to by mělo být takový, jakože alkoholici sami sobě, takže jeden z nich. Důsledkem toho bylo, že mě už nenechali dělat ty áčka, což jsem trochu oplakal obrazně. Protože 15 let, měl jsem to opravdu přirostlý k srdci, ale dneska vim, že je to dobře. Protože člověk by měl mít jasno jako v tom, jsem jeden z vás nebo jsem profesionál. A dneska jsou skupiny 4 tady. Jeden pavilon a druhý pavilon. Dohromady, když to sečtu, tak je to asi tak polovina úvazku. Druhou polovinu nadále věnuji svojí prádelně a to je současný stav. Baví mě to, je to dobrý. Věřim, že to dělám dobře,

výsledky, který mám považuji taky za dobrý a je to prostě dobrá práce. A kdybych měl...často se setkávám s otázkou..Nejsem rozkecanej?

K: Ne, v pořádku.

M: Často se pokládá otázka, na kolik je to výhoda, že má člověk svojí zkušenost a standardně odpovídám a myslím si to, že to je výhoda i nevýhoda. Výhoda je to v tom, že přece jenom jsem uvěřitelnější, zvláště pro ty začínající pro ty v ústavu. V Bohnicích. To jsou prostě lidi, který jsou na začátku a který mají většinou problém s tím, vlastně jako přijímat to, co jim tam ten tým sděluje, servíruje, podává. Je jednoznačný, tam je to znát, podle zpětných vazeb, že od někoho o kom vědí, že má svojí kariéru, že to berou mnohem snáz. Jo, to je výhoda. Druhá výhoda je, že když má potom nějaký ty pokročilejší řekněme, tak součástí ty závislosti jsou prostě různé manipulace, přetvářky atd. Tohle všechno nějak jako jsem schopněj provlíknout a vycítit. Protože to prostě cítím a vím to. A mnohem lépe rozumím některým jejich činnům, myšlenkám a pochodům. Nevýhoda..nevýhoda je, že věřím tomu, že aby se ta práce dělala skutečně profesionálně a dobře, tak je potřeba mít odstup a nadhled a vlastně nějak jako jak to říct, příliš se nenouřit do toho..jo, když je tady skupina, tak prostě nemůžu plnit tu svojí funkci, když se ponořím mezi ně. Je to srozumitelný?

K: Určitě.

M: Takže tohle to vim, že je často...vim, že to je moje slabý místo. Jo, že to je někdy těžší, než pro člověka, kterej se na závislost dívá jako na jako na diagnózu, jako na nemoc a je někde vystudovanej, naučenej s tím zacházet takhle a takhle. Jo. Ten si snáz udrží ten nadhled a tu neangažovanost, která si myslím, že je potřeba proto, aby se to nějak jako dalo víst, držet, netopit se v tom zkrátka jo. Ve výcviku se používal takovej výraz "Nepřepadávat do příběhu". Udržovat si vlastně nějakou takovou..takovej stav, že, abych věděl, co je zatím. Když mě to zasahuje osobně, tak abych se v tom neztrácel. A abych taky...ještě jedna věc..na co to je taky náchylný. Je to náchylný na to, že vlastně někdy zbytečně vycházím z té vlastní zkušenosti. Samozřejmě, že ty věci jsou podobný, ty věci jsou podobný, příběhy jsou podobný. Nicméně nejsou stejný. A někdy se to může lišit hodně. A já vlastně můžu mít poměrně velký problém s tím, vůbec jako

uvidět, že ten člověk to má jinak. Že ten člověk má tendenci to vidět přes sebe a to je mi vlastně úplně jasný, protože já vidím, jak to je. Tak tohleto je taková druhá asi těžkost.

K: Takže tyhle věci berete vlastně jako trochu nevýhodu pro Vás, tuhle zkušenost..

M: No jasně, jak jsem říkal jo, na jednu stranu je to výhoda, určitě, nezpochybnitelná. Jindy, v některých situacích to může být ještě trošku handicap.

K: Ještě nějak Vás to ovlivňuje při terapeutické práci?

M: No asi mě to..asi mi to zajišťuje do značny míry to, že mě to hodně baví a naplňuje, protože tomu prostě strašně věřím. Když..když jsem vlastně subjektem nějakýho procesu, kterej ňák jako proběhl a má ňáký výsledky, tak nemám problém s tím ho opravdu přijímat jako něco nesmírně pravdivýho a dobrýho a nemám potom problém s tím, když to jako provozuji dále nebo předávám dále, tak nemám problém s tím, s ňákou jako takovou elementární vírou, že to je dobrý a potřebný a jako skvělá práce. To určitě. Pořád je to závislost, takže se rozhodně neskládá z úspěchů..a vždycky to bude plný selhání a zklamání a přitom je důležitý mít ňákou takovou víru, že dělám dobrou věc a že jí dělám dobře. Umím si představit, že člověk, který nemá to vlastní, to osobní, má zase tohleto těžší. Jo, že může daleko víc pochybovat, ztrácet motivaci, ztrácet smysl té práce. Kterej já prostě vím, že nikdy neztratím.

K: A měl jste někdy pochybnosti o tom Vašem rozhodnutí?

M: Ne, nikdy. Zatím ne.

K: Já jsem se ještě chtěla zeptat k tomu začátku. Vy jste říkal, že jste si začal dělat výcvik, tak se zeptám, jaký jste si vybral?

M: Výcvik se jmenoval psychodynamický. SUR. Skála, Urban, Rubeš, tenhle model. Takže to byla standardní klasická, já nevím, jestli k tomu takové výrazy patří..komunitně skupinová terapie. S prvka SUR prvky...asi víte, to Vás nemusím poučovat, s těmi režimovými prvky. Prostě to, co se provozuje v Bohnicích v léčebnách..tak to vychází taky ze SURU, Apolinář, Bohnice...taková klasická domácí,

žádná importovaná, domácí věc. Musím říct, že během celého průběhu a 4 roky po...hodnotím to naprosto vysoko. Byla to naprosto skvělá věc.

K: A proč jste si vybral tento výcvik? Nebo přemýšlel jste i o nějakém jiném?

M: Nijak zvlášť. Nějak se to nabízelo...nastoupil jsem s tím, že nějaký výcvik mít musím a tenhlecten se nabízí...tak prostě беру. Na tom začátku jsem to nějak extra neřešil, to, že to byla skvělá volba, je asi spíš trošku náhoda no. Tak to historie chtěla.

K: Ještě jsem se chtěla vrátit k tomu začátku, když jste se rozhodoval dělat terapii. Vy jste říkal, že to bylo Vaše rozhodnutí, že jste chtěl dělat něco jiného a něco, co Vás bude naplňovat. Jsou ještě nějaké vnější činitelé, které Vás k tomu ovlivnili?

M: Vnější...možná to, že jak jsem říkal, že jsem chodil na ten áčkovej probram, celou dobu, od první chvíle po léčbě...ve finále těch 15 let, tak..vlastně zcela určitě..tak, tam to vlastně byla situace "Jednooký mezi slepými králi". Jo, protože jsem tam měl možnost se pravidelně setkávat s lidma, kteří jsou v léčbě, čili na samém začátku, takže jsem tam mohl využívat pozice určitý autority. V podstatě od samého začátku, což je samozřejmě příjemný, ale není to to důležité. Důležité, co se tam odehrálo je to, že jsem měl možnost si zkusit opakovaně a dlouhodobě...že jsem nějakým způsobem schopnej těm lidem něco sdělovat, že mě vlastně poslouchaj. Že mám od nich tu odezvu a že jsem vlastně neměl problém uvěřit tomu, že se na to nějak hodim. To bylo vlastně hodně důležité k té motivaci. Protože potom, když jsem se setkával s lidma, kteří udělali podobné rozhodnutí, tak...tak ty pochybnosti..i během toho výcviku, to se řešilo vlastně neustále. A je to v pořádku. Mělo by to tak být. Tím nechci říkat, že nikdy o ničem nepochybuj. Naštěstí jo a supervizi mám a ta s tím pracuje taky, ale takový nějaký to základní přesvědčení, jo tohleto mi půjde. Protože není to úplně jako řemeslo, není to úplně...asi se na to nehodí úplně každěj, ale to asi víte.

K: A změnil se nějakým způsobem Váš život od té doby, co děláte terapii?

M: No určitě. Hodně se změnil díky tomu výcviku. Takhle, řeknu to ještě jinak. Změnil se už díky tomu studiu. Protože já jsem šel z prádelny jo do tý školy. Je to úplně jinej svět. Vlastně se mi otevřel jinej svět. Bylo to hrozně fajn. Potkal jsem, najednou jsem

znal spoustu lidí. Úplně jiných, než s jakými jsem měl možnost fungovat do té doby, takže to je z tohoto úhlu pohledu. Otevřel se mi nový svět. Výcvik to posunul ještě dál mnohem, protože měl podobu úplně normální skupinové terapie, což je něco, co vždycky člověku musí změnit život, nemůže ho to nechat nezměněným. Takže to taky. To bylo takový spíš...jestliže to studium bylo otočený náh jako do světa, do prostoru, k těm druhým lidem, tak ten výcvik náh naopak, ten změnil náh jako pohled na sebe a vztah k sobě a k sebepoznání. To jsou strašné fáze. A to změnil život samozřejmě, hodně. A pak ta samotná práce, ta praxe, ta bezpochyby taky. Je to, je to vlastně...asi byste chtěla vědět jak, že ten život. A asi je i blbý odpovědět, že je mnohem lepší, to je k ničemu. Ale ty věci, ty moje věci, některý. Osobnostní, životní, který v tom minulém životě před tou léčbou, fungovali jako život poškozující a život zhoršující a kazící, tak touhle touto zvláštní proměnou, fungují dneska opačně. Ty samý věci. Ty samý prostě náhky moje prvky. Ty samý zkušenosti, ty samý prostě...věci. Jsou dneska ku prospěchu. Často se taky říká nebo má se za to, že to lidi dělají pro to, že to je jejich náhka jistota nebo pomůcka pro to, aby neselhali. Nemyslím si to nebo aspoň já to tak nemám zařazený. Samozřejmě, že tohle je..ta práce..prvkem života, který tu stabilitu, tu jistotu v té abstinenci podporuje, posiluje..to bezesporu. Ale není to ten důvod, jestli mi rozumíte. Ten důvod je v té vlastně vzrušující příležitosti. Ty věci, který byly destruktivní mít možnost využívat jako kdysi konstruktivní. Asi tak a vlastně i sebe..ono to o ničem jiném není.

K: Takže si myslíte, že Vás to i částečně udržuje nebo podporuje ve stavu...

M: Udržuje určitě ne, ale podporuje. Protože je to, ať ten dotyčný nebo já chci nebo nechce, tak je to vlastně provozování profesionální a vlastně zjištěný, protože dělám to za peníze samozřejmě..těch prvků, který jsou vlastně z principu stabilizující a posilující jo. Pro člověka. Závislostně porouchaného. Vlastně tím, že to dělám, tak dělám pro sebe, ať chci nebo nechci.

K: A uvědomujete si ještě nějaké další aspekty, které Vás při práci ovlivňují?

M: To bych potřeboval asi nějak konkretizovat.

K: Například...měla jsem na mysli Vaší zkušenost se závislostí nebo přímo Vaší zkušenost z léčby. Vy jste docházel spoustu let do jedné skupiny. Pociťujete, že by Vás to osobně ovlivňovalo teď při práci?

M: Jo, jasně, ano...už rozumím. Určitě ano, protože, když je ten vývoj takovýhle, jak v mém případě, tak asi není dost dobře možné se vyhnout nějakému vlastně ovlivnění. Když jsem začal jako klient a chodil jsem do skupiny a strávil jsem v ní sedm a půl roku, tak mám ňák prostě vypáleno do hlavy, jak terapie vypadá. A to se ukázalo velmi hezky potom ve výcviku, že není úplně jednoduchý se tohohle zbavit. Jo, protože věřím mimo jakoukoliv pochybnost, že dobře to člověk dělá tehdy, když to dělá po svém. V souladu s ňákým svým nastavením. A to není tak úplně samo sebou. Protože když jsem léta letoucí pod vlivem nějaký jiný osobnosti, tak prostě mám, ač chci nebo nechci v sobě východiska, že takhle to má být. Řeknu to jinak, že když jsem začínal s tou prací, tak jsem byl ještě počít jako v té skupině jako klient a tomu svému terapeutovi jsem to sdělil, že začínám, ňák jsem to konzultoval a on mi na to řekl - jo jasně, tak teď budeš pět let někoho napodobovat a pak budeš dělat prostě podle sebe a pak to bude dobře. No a trefil to úplně přesně. V tom výcviku jsem měl příležitost téhle konfrontace, kdy jsem věděl, jak to má bejt a vlastně jsem byl zbavovanej postupně těchle těch ňákejch předsudků, stereotypu..jo tohohle vlivu. Tak to být přeci nemusí, to jde i jinak. Takový to vlastně, že to trvá poměrně dlouho, než člověk..než ten, kdo to dělá, než získá ňákou svobodu jo, což asi toho, kdo si to někde vystuduje a pak se do toho pustí jako do praxe asi tolik nespáží. To, to je dobrá otázka. A je to docela i pracný musím říct, zbavit se těch...i třeba pro to..ono je to takový hodně osobní jo. I třeba pro to, že já zkrátka vím, mám zažito, že tahleta terapie mě nějakým způsobem dala život zase do pořádku, takže je správná jo. A není snadný přijímat ňáký jiný věci, protože sakra to já nemám vyzkoušený. Takových lidí, co to nedělají dobře jsou mraky že jo.

K: Vnímáte někdy nějaké rizikové situace? Jako pro Vás?

M: Pro mě osobně? Rizikový je možná příliš silný výraz. Za slovem riziko, vidím nějaké ohrožení. Tak ohrožení nevidím. Možná ohrožení..sem tam někdy ohrožení toho..asi je to spojený s tím, co jsem říkal, s tou slabinou, že někdy je obtížnější

udržovat si odstup. Jsem vlastně možná ohroženější tím, že neudržím úplně vždycky ten vztah v té terapeutické rovině. Jo, že se mi tam prostě často může tlačit nějaká osobní rovina, což rozhodně dobře není. A vlastně mě napadá ještě jedna věc. Taky to není úplně ohrožení, ale rozhodně to je teda komplikace. A to je opačná věc, že se mi terapie má tendenci hodně montovat do osobního života. A to si myslím, že jako..to bych možná dokonce i jako ohrožení pojmenoval. To má poměrně čerstvý teda. To mám z letošního roku a vyzkoušet si opravdu na vlastní kůži, že to, co funguje v terapeutickém vztahu, rozhodně teda nefunguje v osobním vztahu. Tak to je jako docela drsný no. Tak takhle. To je určitě riziko, které s tou prací spojené je. A myslím si, že v tomhle případě nejen u těch lidí, který mají vlastní zkušenost, i když u nich samozřejmě asi víc. Protože, protože ta tendence něco na někoho aplikovat, když to mám vyzkoušený na sobě, tak ta je prostě asi větší, ale není dobrá. Není dobrá a není funkční. Prostě je dobré to cítit.

K: A vnímáte celkově nebo obecně zkušenost s tou Vaší závislostí jako přínos?

M: Celkově v životě? Jednoznačně ano. Ano, protože neumím si upřímně řečeno představit, jak jinak bych se ke všemu tomuhle dostal.

K: A přínos pro tu práci vnější?

M: No to už jsem říkal na začátku, v některých aspektech rozhodně ano, v jiných naopak jako trošku přítěž. Ale celkově pro život jako bez diskuze. Fakt jak říkám, nemám v hlavě scénář, jak by se mohlo stát, že bych objevil prostě takovýhle vody. To fakt ne. To si myslím, že bez toho debaklu v Bohnicích by mi tenhle svět zůstal asi zavřenej.

K: A co je pro Vás nejdůležitější při práci se závislými klienty?

M: Ty bláho...no aby to byla moje práce a aby to byla dobrá práce.

K: A ve vztahu k nim?

M: To samé. Aby to byla moje práce, abych do toho dával prostě sebe a aby byla dobrá ve smyslu pro ně dobrá. Dobrý mám na mysli přínosná. Nemám tím na mysli příjemná. Protože to, že to zdaleka není vždycky příjemný, že jo to, to víte. Možná prospěšná.

K: A jaký by pro Vás měl být terapeut?

M: Jaký by měl být...Já myslím, že by měl být hlavně profesionální. Jo, myslím si, že je hodně nedobrý, když je neprofesionální v tom smyslu, že tím, co dělá, si prostě sytí nějaký svoje nedostatečnosti. Vlastně si myslím, že..no ono to tak není úplně...asi to je hodně spojený s tím odstupem, jo, ta profesionalita. Nebýt prostě příliš v tom, protože pak je to o mě. Není to o terapii a není to o klientech. Jestli mi rozumíte. A k tomu se sklouzává strašně snadno. To si myslím, že je asi nejdůležitější. Protože přístupů, škol, metod, technik je spoustu. A všechny jsou nějakým způsobem účinný, všechny jsou prospěšný..takže asi..asi bych se neodvažoval říct, jaký by měl být v tomhleto smyslu. Jo jestli třeba důrazný nebo naopak podporující. Taky jak na co. Já jsem dodělal..to jsem Vám vlastně neřekl v té kariéře..před měsícem jsem dodělal ještě jeden výcvik, jmenoval se nástavbový a byl zaměřený na párovou a rodinnou terapii. Šel jsem do toho pro to, že se ukázalo velmi rychle, že to, co provozuju je sice terapie závislostí, ale od těch závislostí to jde velmi rychle, u každého, kdo se nějakým způsobem normálně vyvíjí, mnohem rychle to přejde mnohem k civilnějším a běžným věcem a ve vztazích to musí skončit prostě vždycky. Protože život se prostě odehrává ve vztazích. Takže ten, kdo uvázne v závislosti, to je..to je prostě nešťastník. A proč jsem to říkal...

K: S tou nástavbou.

M: Jo, jo, jo. Protože jaký má být terapeut, že jo. Je jiný na párový, je jiný na rodinný, je jiný na třeba krizových věcech, tragických jo, na neštěstí a jiný na té dlouhodobý prostě závislostní terapii. Zatím, co jinde je mnohem profesionálnější být naslouchající, podporující, takovejhle. Tak jinde je mnohem mnohem víc důležitý být nekompromisní, vyžadující a prostě direktivní. Takže asi kdybych to měl...opravdu říct, tak si myslím, že by měl být hlavně profesionální. Ať si každé prostě vysvětlí, co to znamená po svém. Ale rozhodně, co se týká té profesionality, vždycky ve všech případech si

myslím, že by měl být...že by měla být ta schopnost toho odstupu a udržení toho vztahu, protože to taky víte, že co je všem terapiím společný a co se považuje za jednoznačně neúčinnější vůbec jako prvek je vztah. Terapeutický vztah, tak..to co by vždycky mělo být přítomný je udržení toho vztahu právě v té terapeutický rovině. To si myslím.

K: A mohl byste mi říct nebo vzpomenete si na nějaké nejlepší momenty za tu dobu, co děláte terapii? Myslím přímo v té terapii.

M: Nejlepší momenty? Jo, nejlepší moment je..nedělám to tak dlouho, abych jich měl přešel. Je jich jednotky případů, ale myslím, že nejlepší moment je, když se domluvíme na tom, že terapie skončila a já u toho necítím žádný neklid ve vztahu k tomu klientovi v tom smyslu, že ho v uvozovkách pouštím s klidným svědomím. Že ňák nemám problém s tím, že on si poradí bez toho. To mi přijde jako takovej vrcholnej moment tý práce. Jo, asi takhle.

K: A mohl byste říct naopak nějaké nejhorší momenty nebo moment?

M: Jo tak no. Když...když jsem prostě konfrontovanej s tím, že jsem bezmocnej. Naprosto bezmocnej. Jo, že...dneska jsem si to dopoledne dal. Mám jednoho kluka, kterej před mnoha lety, vlastně jsem začínal. Chodil do skupiny, chodil do ní dva roky, pak recidivoval a vypadl. Nastoupil do té skupiny s absolutní nuly po nepovedeném pokusu o sebevraždu, nemaje vůbec nic..jenom...on skočil z okna, takže se ještě dramaticky dolámal k tomu všemu, tak ho jako ňák dali dohromady, odléčili a on začal...on začal v té skupině fungovat a v životě začal fungovat. A po těch dvou letech z týhlenctý absolutní totální nuly byl ve stavu, kdy měl bydlení, práci, holku, motorku, jo. Z důvodu, kterej tady nebudu šířit, prostě recidivoval. A z té skupiny odešel v tu ránu. Je to už takovejch dobře, pět, možná šest let. A čas od času mi zavolá. Tak někdy za půl roku, někdy jednou za rok, někdy častěji. A já jasně slyším, i když to jako neformuluje doslova, ale slyším to tam, že vlastně nějakým způsobem volá o pomoc. Přesto, že říká slova úplně jiný, tak za tím je jednoznačně slyšet a cítit, že...že se mu nevede, že je na tom mizerně a...a a on..ten dnešní hovor, on mi několikrát řekne v tom hovoru, jak jsem pro něj příklad, jak jsem prostě pro něj vzor, autorita, nevím co a já mu na to taky něco říkám a říkám, že ví, co všechno a jak a tím to skončí. A on zavolá zase

možná za půl roku a zase mě bude informovat o tom, co se mu v životě přihodilo prostě za katastrofy, problémy a já prostě nemůžu nic. Při tom, vím, že mu nechybí nic, z toho, co potřebuje k tomu, aby vedl opravdu hodnotnej, dobrej, báječnej život. Je prostě nadějněj, talentovanej, smysl pro humor, všechno. Vlastně zdavej k tomu všemu a nic. Nic prostě, marnost. Ta marnost je asi taková nejméně příjemná. Marnost, bezmoc. A asi je to taky možná takovej částečněj handicap té vlastní zkušenosti, protože umím si představit, že když jí nebudu mít, tak se s takovýma věcmi budu smířovat snáz. Jo, ale, že to, že já prostě vím, že ty věci jsou reálný a možný a přesto to nejde z nějakých důvodů, tak je to možná o to těžší.

K: A jaký máte dnes profesionální názor na to, že někteří bývalí uživatelé nebo někteří lidé, kteří mají jakoukoliv zkušenost se závislostí, dnes jsou těmi terapeuty?

M: Co si o tom myslím?

K: Ano, ano. Vy jste to už trošku naznačoval.

M: Pokud je to profesionální, tak supr. Tak je to výhoda na všech stranách. Ten člověk má příležitost realizovat něco svého a pro tu prostistranu je bez diskuze velmi přínosnej a dobrej a uvěřitelnej. Pokud je to v tý profesionální rovině. Protože bohužel jako, když není, tak je to velmi škodlivý a zase pro obě strany. Jak pro něj, když prostě si něco takovýho rozjede a selže, tak je to pro něj nesmírně frustrující, deprimující a to...a to pro tu druhou stranu jakbysme...Dá se touhle cestou napáchat značná škoda no. Takže..ale jenom tam, kde se nedodrží nějaký pravidla no, který k té profesionalitě vždycky patří. To je u každého řemesla.

K: A je ještě něco, co byste doporučil takovému člověku?

M: První co mě napadne? Aby nespěchal. Protože na to je to strašně náchylný. Ono je to totiž obecně závisláckej problém. Když vycházím z toho, že je to takovýhle člověk, tak vím, že se s tímhlectím určitě bude potýkat, že to je jeho slabý místo. Prostě tak schopnost náh jako přemýšlet v tomhle smyslu, investuju, investuju a bude se to zúčtovat až někdy. Závislácký myšlení je prostě беру teď a platit budu až, až někdy,

nějak. Nějak se to zaplatí, nějak se to splatí. Je to otočený. Tak to bych asi doporučil. A vlastně to i dělám, protože, protože jako..občas se mě někdo zeptá. Občas někdo s tím nápadem přijde.

K: Je ještě něco, co byste chtěl dodat k tomuhle rozhovoru?

M: No, byl profesionální. Vážně, jako líbí se mi to, jak se o to zajímáte. A jsem rád, že jsem Vám pomohl. To je všechno.

K: Dobře, děkuji.

Příloha č. 6 – pan Slávek

Pan Slávek

K: Kateřina Slámová – tazatel

S: Slávek - participant

S: Můj příběh se datuje někdy k 16. roku, když jsem byl studentem střední průmyslové školy elektrotechnické v Plzni. Ta škola mi absolutně nešla, plaval jsem v tom, plaval jsem ve všem. Ve vztazích k dívkám, ve vztazích ke svým vrstevníkům. Nic nefungovalo správně. Nebyl jsem spokojenej, nebyl jsem šťastnej. A když jsem si sedl poprvé do hospody, protože jsem z vesnice a u nás to je normální posedávat v putikách, tak jsem si tam v jednu sed, vypil jsem své první pivo a zjistil jsem, že mi to najednou vyřešilo veškerý problémy. Samozřejmě jen pocitově, ale v té době jsem to tak nevnímal. A bylo tam i velké přijetí od těch lidí. Pro mě to byla úžasná zkušenost, první zkušenost a jako hodně emočně silná, takže jsem se k tomu samozřejmě začal vracet. Cítil jsem se tam spokojenej, přijatej, skvělý, všechno fungovalo. Všichni mě vyslechli. Mohl jsem si povídat o čem jsem chtěl a mělo to, mělo to pro mě silnej zážitek - to byl. Takže jsem se k tomu vracel. Neustále a neustále. No ale eee...mý problémy to vlastně neřešilo. Protože to bylo jen na tý pocitový, emoční stránce, ale ve skutečnosti ta realita šla pořád z kopce a tím, že jsem začal pít a já jsem začal pít od začátku abnormálně velký množství pití - pivo, tak to šlo hodně rychle. Já jsem už vlastně do roka musel odejít ze školy, do roka a půl. Ukradl jsem rodičům auto a rozbil jsem..způsobil jsem autonehodu...skončil jsem jako sebevrah na psychiatrii. Asi jsem tam byl 14 dní v Plzeňský fakultní nemocnici, tři neděle. Když jsem se vrátil, tak to byla pořád malá zkušenost na to, abych něco změnil a musím říct, že mi v tom ani nikdo nepomoh, že jsem se v tom plácal sám. Začal jsem pít znova a v tu dobu mě i máma vyhodila z domu, takže jsem..tak jsem byl i chvíli bezdomovec. Takže se mi to během těch dvou let strašně jako nakupilo a úplně to zlomilo nějaký můj...protože do té doby jsem byl na ZŠ premiant - jsem byl chytrý dítě, vyzdvihovaný dítě. Příkladem jsem šel svým spolužákům. Ale teď jsem byl prostě zlomenej člověk a šel jsem vlastně do té splodiny. Do těch nejhlubších kruhů. Alkoholiků a feťáků. No ale nicméně přišla vojenská základní služba. Tam jsem to proklepal samozřejmě s alkoholem nějakým způsobem,

protože tam se to toleruje hodně a sloužil jsem i v obci, kde jsem se narodil, takže jsem měl ten přístup kdykoliv bylo třeba. K alkoholu myslím. Po vojně se mi povedlo...povedlo...oženil jsem se. Hned po návratu z vojenský základní služby jsem se oženil se svojí manželkou a vypadalo to, že se to změní, ale vlastně se nezměnilo vůbec nic. Změnil jsem způsob pití, už jsem nebyl takovej bouřlivák. Byl jsem spíš takovej ten cestovatel. Měnil jsem hodně lokály. Měnil jsem způsob pití. Začal jsem pít tvrděj alkohol. Hodně se to začalo měnit. Ale průšvihy přicházely. Byly do toho nevěry, byly tam prostitutky, byly tam...a byla tam autonehoda zase další. Pokaždé, když byl ten průser, tak jsem se snažil s tím něco udělat, jakože toho je fakt už hodně, ale nešlo to, už to nešlo. I když jsem se rozhodl v tom největším průseru, tak to nešlo. A to...z toho jsem začal mít strach, že to nemám pod kontrolou. Že můj život není pod kontrolou, že to jde někam, kam já nechci. Vim jedno, vim jedno, že mých 10 let života od nějakých 23 do 33 vlastně mi splývá. Že tam není, že tam nemůžu dát časovou linku. Nepamatuju si z toho věci. Jenom nějaký obrazy. Prostě to jakoby byl zlej sen. Nebyly jen blbý věci, byly i dobrý věci, ale splývá mi to prostě v šed'. Když jsem byl v 35..jsem se rozhodl opět, že s tím něco udělám. V té době jsem vážil asi 105 kilo. Prostě mastný vlasy a hnus se na mě podívat. Já jsem si řekl, že to není možný. Bolí mě záda, jsem vyčerpanej, že s tím musím prostě něc udělat, že je to katastrofa takhle vypadat v tomhle věku. A začal jsem hodně sportovat. Fakt jsem do toho investoval obrovskou energii. Hrál jsem volejbal, jezdil jsem na kole, běhal jsem, uběhl jsem maraton pražskej. A ten život se strašně změnil v tomhleto směru. Jenomže, co se mi nepovedlo bylo úplně přestat pít. Já jsem všem lidem, jsem řekl, že nechlastám. Že sportuju, že jsem prostě změnil svůj život a oni to vzali tak ňák jako ok no. Ale já jsem třeba po celodenním tréninku...nebo já jsem běhal i do práce. 17 km, pak jsem šel večer na volejbal a když jsem šel z volejbalu, tak jsem šel kolem hospody a nemoh sem tam nejít. A začal jsem pít tajně a doma. Večer, když manželka šla do práce, protože je zdravotní sestra, tak to byly ty můj chvíle. Pil jsem celou noc třeba a ráno jsem šel do práce.Pod vlivem samozřejmě nebo se zbytkovým alkoholem. Nevyspalej..a já jsem na to začal být psychicky čím dál tím hůř. Fyzicky jako docela dobře, že jsem to jako dával, ale psychika mi začala odcházet. Začalo mi fakt jako hrabat a že jsem už nevěděl, co je realita a co je iluze, vůbec jsem se v tom nemohl vyznat. Pamatuju se, když šel

můj kluk, můj syn do první třídy, tak jsem měl takovejhle, takovejhle sací večer a když šel do první třídy tak, to bylo těžký, byl jsem byl..byl jsem...hrozně jsem se tím trápil, bylo mi hnusně. Bylo mi na blití, protože ten kluk tam seděl a čekal..byl to jeho den a já jsem ho posral. Tenkrát jsem si řekl, že buď s tím něco udělám nebo že umřu. Jo, že už to prostě nemá smysl pro tenhle život. Má to vůbec nějaký cíl nebo...ta psychika je tak prázdná, že jsem vlastně vůbec nechtěl žít. Jako hledat smysl života v okamžiku, když nechcete žít, je problém. Protože život byl pro mě nepříjemnej. Ta realita pro mě byla nepříjemná. Až, až tragická. Ten pocit je prostě slabost. Je to slabost...a člověk s tím nedokáže a nechce nic dělat. A tenkrát jsem si přiznal, že to nezvládnu, sám to nezvládnu. Večer, když se mi trošku vyjasnila hlava. No vyjasnila. To jsem ještě měl flašku v ruce, když jsem si uvědomoval, že to nepovede dál. Už nechci dál. A napsal jsem na...hledal jsem řešení. Internet byl jedinej komunikační zdroj tehdy pro mě. Tak jsem našel anonymní alkoholiky, odkaz. A to mě hodně, hodně zaujalo ta anonymita. Protože jsem se za ten svůj stav strašně styděl. Bylo mi trapně před lidma a před sebou. A ta anonymita vlastně mi ukazovala, že to možný je. Aniž bych musel za nějakým doktorem. Aniž bych musel něco vyplňovat jo, něco...někde, někde bejt registrovanej. To je prostě velkej strach a tak jsem tam napsal smsku...já jsem tam ani nemohl zavolat...jsem byl ještě nalitej asi. Ten večer a druhý den mi přišla smska: „Vím, jak se cítíš". Přijď se k nám podívat. A to mě zaujalo, že někdo, to byla žena tenkrát..tak vím, jak se cítím. Jo, já jsem nikdy nic takovýho neslyšel. Jo, vždycky jsem jenom slyšel: „Vždyť máš všechno, měl bys to mít, tohleto bys měl udělat". Ale nikdo mi nikdy neřekl:„Hele, já jsem se taky tak cítil, vím jaký to je". Tak jsem vyrazil. První setkání to bylo ve čtvrtek 17.9.2009 jsem vyrazil na meeting skupiny AA a od té doby jsem se nikdy nenapil. Ale pravdou je, že jsem tomu obětoval hodně...nebo obětoval, to se říct nedá. Já jsem byl hodně aktivní při skupinách a ta aktivita mi vlastně zaručovala mojí střízlivost. Bylo to o tom, že jsem začal měnit to moje myšlení. Nebyla to jednoduchá cesta, nebylo to jednoduchý řešení, protože přicházely deprese, přicházely stavy, který jsem vlastně neznal. Úzkosti...v práci jsem začal vidět, že jsem absolutně mimozemšťan, že jsem prostě někde jinde, že nemůžu dělat věci, který jsem dělal dřív. Že to prostě není možný, že to musím změnit. Takže jsem začal studovat, protože jsem neměl žádnou školu, tak jsem začal dělat různý kurzy. Koučovací kurz a pak jsem se

stal nakonec lektorem životních map, což byla metoda nebo kterou já používám ve své práci. Která mě strašně moc pomohla najít příčinu. Najít skutečnou příčinu, která byla už v mém dětství. Jak strašně málo stačilo v tom dětství eee, abych šel jinou cestou. Stal jsem se tedy lektorem a ještě jsem chodil na setkání AA, protože ty lidi jako po mě chtěli, abych jim pomáhal. Já jsem nechtěl jim pomáhat, to nebylo jako, že bych to nějak plánoval, ale oni za mnou chodili sami, takže jsem..no nevím, jestli jsem o tom takhle přemýšlel, ale prostě jsem ji začal pomáhat a ten postup byl takovej, že jsem se nakonec stal v uvozovkách profesionálem. Nevím, jestli to mám..můžu takhle používat. Ale je to něco, co mě teď živí a něco, co mě baví a naplňuje. Že to můžu rozvíjet, že to můžu rozvíjet, že nejsem ničím omezenej v tomhleto směru. A myslím, že to, co jsem prožil je určitou výhodou v tomhleto. Není to samozřejmě to jediný, nicméně u svých klientů mám pak silnější důvěru, že vlastně ví, jak se cítím. To, co jsem já potřeboval, vlastně na začátku slyšet. Vím, jak se cítíš. A já vím, jak se cítí ty lidi. Jo, to je prostě něco, co můžu jim pak nabídnout. Takže jsem teď vlastně druhým nebo tři roky pracuju nejdřív jako kouč, teď už jako lektor životních map. Expert na závislosti. Takže pracuju už se závislostmi třetím rokem a ta úspěšnost je obrovská. Myslím si, že ...nerad počítám procenta, protože za ty dva roky jsem pomohl 30 lidem miminálně najít střízlivost a to si myslím, že je pro mě důležitý. Je to něco, co mě zachraňuje. Takže jestli Vám to takhle stačí...Nechávám teď prostor na ty Vaše otázky.

K: Já bych se zeptala. To, kdy Vás poprvé napadlo, že byste se mohl vydat terapeutickou cestou, bylo po absolvování životních map?

S: To, eee...když jsem byl u AA, tak tam je to takový přirozený, že pomáhá jeden druhému. Tam jsem to asi jako zjistil, že to umím, že mi to jde, ale potom, když jsem k tomu přidal vlastně to nějaký to vzdělání, nějakou tu nauku, jak to dělat efektivnějš, tak potom mě napadlo, že bych to moh...se tím žít, když to řeknu takhle. Dělat to naplno. Ne jenom bokem.

K: A jak se to vyvíjelo? Vy jste absolvoval ten kurz...

S: Ještě jsem pracoval...já jsem pracoval ve firmě mého otce. Nebo tenkrát už to nebyl firma mého otce, ale pracoval jsem tam pořád jako normální dělník, jako truhlář a

mezitím jsem si doplňoval ten koučovací kurz, ten lektorský kurz životních map. To jsem dělal všechno jako mimo a postupně, postupně jsem získával lidi, který ke mě začli chodit. A ten pocit být v tý práci, co jsem dělal, byl čím dál horší. Myslím v tý práci, co jsem dělal, že tam vlastně nepatřím. Nakonec jsem...nakonec se všechno překlátilo, že jsem odešel nebo byl odejit, protože tam byly nějaké problémy a dal jsem se na tuhle dráhu. Jo byly to pomalý krůčky...ze začátku jako první rok se nedá mluvit o tom, že by mě to živilo. Já jsem spíš budil posměch, ale v současné době to vidím úplně jako v pohodě. Jo, že to je možné. Jako, že ty lidi mají problémy. Jsou různé třídy klientů, prostě takhle to je. Můžeme se tím žít. Těch problémů mají lidi neuvěřitelně mnoho.

K: A co byli ty činitelé, které Vás k tomu ovlivnily?

S: Mě ovlivnilo hodně to, že zaprvý jsem v tom cítil své poslání, ale v tom směru, že mě to zachraňuje, že mi to osobně pomáhá v té střízlivosti. Nevím jestli je to ten kontakt, že vidím, že ty lidi jsou na tom jako fakt špatně a já vlastně už ne, což je samozřejmě dobrý pocit a druhá věc je v tom, že...že to je...že to vlastně vznikne. Jako být terapeutem nemůže být kdokoliv. Já jsem zjistil, že mě to jako neničí. Při terapiích, ať už je tam zneužívání, cokoliv, mě to neničí. Já nejsem účasten těch příběhů, ale to neznamená, že nejsem empatickejší, že to nevnímám, ale nedávám těm lidem tu lítost a tu bezmoc, ale naopak, potřebuju z nich vykřesat tu vnitřní sílu a ty rozhodnutí, který potřebuju. Takže to jsou aspekty, který mě jako popostrkávaly k tomu, že když mě to neničí, protože člověka, kterej by to prožíval a ničilo ho to, tak to dlouho nevydrží. To vás zmuchlá za chvíli. Nejdřív jsem si říkal, že jsem asi nějak cynickejší, že je to hrozný, jak to člověk prožívá a pak jsem si říkal, hele tys to neměl jiný, vždyť jako o to nejde prostě. Něco jinýho je prožívat a něco jinýho je, to řešit a když to nebudu prožívat a budeme to řešit, tak je to prostě mnohem lepší. Nemá smysl do toho dávat vlastní pocity. Zamíchávat do to něco, co tam nepatří.

Takže to je, to je vlastně, proč jsem se vydal na tuhle dráhu. Bez toho bych se na to nevydal, kdybych cítil, že jsem do toho nějak zainteresovanej citově, tak bych se do toho určitě nepustil.

K: Takže to byl nějaký Váš vnitřní pocit, že to zvládnete a že Vás to naplňuje?

S: Že mám tu sílu, že mám tu schopnost a že to funguje. To, že to funguje a to mě asi přesvědčilo. Unýst ty strachy takový ty...jestli to je správně nebo nebo ne. Takže k tomuhle jsem se postupně rozhodoval.

K: A byli i nějaký vnější činitelé, které Vás k tomu ovlivnili?

S: Vnější činitelé...určitě jsem k tomu hodně dospěl při výcviku lektora životních map, protože tam jsem si ještě nebyl jistej tou budoucností, ale při tom výcviku, kdy jsem se zase vrátil zpátky do vlastního života, tak tam byl ten výsledek byl patrný. Ten můj směr, že byl jako hodně daný, že tam..že to je ta správná cesta. To byl vlastně ten vnější činitel. Jo, že mi to autoři metody ukázali. Že to je tak v pořádku. Samozřejmě vnější činitelé, jestli to tak můžu brát. Vlastně tím byla práce, kterou jsem dělal, tak, že mě přestala naplňovat. Že to nebylo to, co jsem chtěl. Vlastně 20 let chození jenom pro vejplatu, jo že to nebylo nic, co by člověk dělal s nadšením, spíš naopak. Už byl problém ta práce. Stereotyp. Někdo to má rád, někdo to může, ale já jsem hrozně trpěl.

K: A to vzdělání, které jste podstoupil k tomu, abyste mohl dělat tuhle práci, byl ten koučink?

S: Byl to koučovací výcvik. To byla jedna věc a druhá věc byl lektor životních map. Jo tam, tam mi to dalo hodně.

K: A vy jste říkal, že přemýšlíte ještě o nějakém jiném vzdělání, tak jaký druh máte na mysli?

S: Určitě. Chtěl bych si vystudovat adiktologii. Nebo možná i psychologii. Jestli k tomu budu mít časový prostor, tak bych se k tomu chtěl věnovat. Ne, že bych chtěl znát psychiku nebo psychologii lidí...eee, jak bych to řekl správně. Já vim, že současná psychologie je pro mě hrozně obtížná, ontízná na pochopení a já mám rád jednoduchý věci, který fungujou. Nicméně potřebuju být součástí změn v prostředí a k tomu potřebuju spolupracovat s psychologama a chci aby mě vnímali, protože jí chci vnímat i je. Nechci bojovat se systémem nebo nechci bojovat se vzdělávacím systémem, ale chci spolupracovat. Já si myslím, že je to lepší cesta než jít proti zásadám psychologie, ale

jedině, když to poznám, když se naučím nějaký principy, tak si myslím, že to má větší smysl, než bejt zarputilej v tom co dělám.

K: A přemýšlel jste o psychoterapeutickém výcviku?

S: Eee..taky jsem o tom přemýšlel, určitě. Ale nechci zase, aby mě to ovlivňovalo v mé práci. Nicméně jako uvažuju o tom, určitě. Spíš to začne na takovejch...chtěl bych dělat setkání s psychology a s adiktology a vlastně, jak jsme na tom. Vlastně vidět, jak pracujeme, jakým způsobem, jak jsme v tom úspěšní. Z jakých pohnutek. Spousta psychologů studuje z vlastního traumatu a hledá řešení vlastního života. Spousta psychologů má nebo mělo problémy v dětství a proto studujou.

K: A měl jste někdy o tom Vašem rozhodnutí pochybnosti?

S: Jasně. To jakoby jako...když slyším, tak jsem se rozhod a udělal jsem to, tak tomu fandím. Já jsem měl vždycky, vždycky jsem pochyboval. To už ale vychází z mé výchovy, od mejch rodičů, kteří mě neustále rozpochybovávali. Nedávali mi důvěru, do dneška mi nedávají důvěru. Takže jo, pochyboval jsem. Já si myslím, že je to ale na jednu stranu dobře, protože nejsem v tom arogantní v tý práci a ty pochybnosti mě nutí stát nohama na zemi a dpolňovat si vzdělání a hledat další cesty a další řešení. Bojím se, že kdybych nepochyboval, tak bych si začal hrát na něco, co nejsem a to nechci, to už je minulost.

K: A jak Vám pomáhá Vaše zkušenost s alkoholem při nynější práci?

S: Tak zaprvý..zaprvý je tam...eee..ti klienti mi dávají důvěru, když ví, čím jsem si prošel, tak ten..tak pak nemaj ten odstup a nemaj potřebu mi tolik lhát, protože vim, co to znamená. Většina klientů lže. Lžou i mě, ale já to vidím, protože mám tu zkušenost, takže vim, odkud' to je. Když jim to několikrát připomenu, tak oni pak přestanou. Jo a to je důležitý, aby se už netrápili s tím, jak vypadají nebo ne. Já jim povim, že jsem se taky válel ve vlastních výkalech prostě a taky jsem nevyváděl. Nebudeme si tady hrát na princezny a řekneme si, jak to je. A to je, to je myslim si, že...to je to, co je v tý práci důležitý, že tam přestávají ty hry a je tam ta realita. Jo, že tam nejsou už ty hry a tak by to mělo být. Jo, když jim pak dám úkol, tak mi důvěřujou, většinou, taky to neni 100%.

Ale ta moje zkušenost v tomhleto je jako silná. Že vidím, vidím to myšlení a to chování. Že vidím, že to ten člověk třeba nezvládá a nezvládne, ale vidím i to, že to může zvládnout. Jo, že to...a co ho blokuje. K tomu mi slouží i ta diagnostika těch map, že to člověk vidí namalovaný. Jak to vlastně měl, jak to má, kde je ta příčina, v čem se motá. Kde je to, co potřebuje změnit, co nevidí. Prožíváme, nevidíme, chceme něco změnit. Jo, změním práci, změním manželku, přestěhujeme se, ale máme tu hlavu pořád s sebou. Pořád máme ty vzorce a postoje a to nevidíme.

K: Má ta zkušenost ještě nějaké další vlivy na Vaší práci?

S: Víte co, ono zkušenost je jedna věc, ale já se na ní nemůžu zas tolik opírat. Protože to by byl, to by byl příliš...ouzká cesta. Jo, to by bylo tak, jakože, co jsem udělal já, tak to uděláš ty, ale on je každé jiné, každé má jiné ty příčiny, tak v tom tu zkušenost nepoužívám, to by bylo hrozně úzký. Jo, kdo pracuje s tou zkušeností a zůstane jen u té zkušenosti, tak je v tom strašně limitovanější. Jo, je to jen malá informace. Zkušenost jiných lidí, je jiná. To znamená, že ta zkušenost by měla zůstat jen u toho, co se týká té důvěry a u toho vnímání toho člověka. Ale víc ne.

K: A mohl byste uvést nějaký případ, kdy Vám to napomáhá a kdy naopak třeba ne?

S: Kdy mi to pomáhá? Pomůže mi to vlastně hned na začátku, při konfrontaci s klientem, kdy mu řeknu na férovku, jak to mám já a on mi řekne naoplátku, jak to má on. Vznikne tam pouto, teda pouto, spíš důvěra, věrnější vztah a potom můžeme pracovat dál. Kdy to nepomáhá? Když ten člověk přijde s tím, že nechce pomoc jo, že ho sem někdo poslal. Protože Vás vlastně nechce vnímat, nechce Vám rozumět. Jo, má tam blok, je zavřenější a nechce slyšet. Přišel tady pán, 73 let a řekl, že nemá problém, že ho sem poslali. A ten člověk tam nemá to, že by chtěl něco se sebou dělat. Takže tady Vám zkušenost nepomůže. Nechci říct, že by to byla ztráta času, ale v tu chvíli, kdy ten člověk může se sebou něco dělat..jo, že má tak dva roky života, protože pak to půjde šupem a už nebude ten návrat možnější, ale on nechce. To znamená, že nepomůže nic, já ho nemůžu přemlouvat. Já jsem taky ty věci neslyšel, když mi bylo 25, 30. Nechtěl jsem to slyšet, že mám problém.

K: Vnímáte nebo objevují se pro Vás nějaké rizikové situace při té práci?

S: Záleží, co to je riziko. Eeee..největší riziko je to, že člověk zůstane takovej, jaký je. Vemte si, že terapeut nemůže člověku ublížit, protože on už je...lidé přichází, když jsou nadně. Nikdo nepřichází, když je mu dobře, takže když jsou na tom špatně, finančně, ve vztazích, tak přicházejí a chtějí pomoc. Jestliže oni nepřijmou tu pomoc, kterou já jim můžu nabídnout, tak eee...je tady jediné riziko, že zůstanou v tom, v čem jsou. Já jim nemůžu ublížit. Nikdy jim nemůžu ublížit. Psycholog snad, ten snad může, ale já mu maximálně nemůžu pomoc. Buď zůstaně v tom, v čem je, ten klient a nebo řekne ano, udělám ty změny a pak je to vždycky lepší. Takže ano, rizika, rizika si ne neuvědomuju, samozřejmě po nich pátrám, hledám je, ale vnímám, že to riziko je jenom to, že ten člověk nepřijme mojí pomoc, že zůstane v tom, v čem je. A to je jeho rozhodnutí, ne moje.

K: A riziko ve smyslu vůči Vám?

S: Asi ne. Asi ne, protože jak já jsem v životě už prožil tolik, tak si myslím, že nic horšího už být nemůže, ale...nevím, jestli si ho nepřipouštím, ale nevyhledávám ho. Zatím jsem neměl tu zkušenost, že by bylo něco rizikovýho, vůbec ne.

K: A vnímáte tu Vaší zkušenost jako přínos?

S: Jo, jo určitě a myslím si, že to právě, že to, že do toho nedávám to prožívání. Jo, že s těma lidma nehraju tu jejich hru. Tedy můžu zůstat terapeutem dlouho.

K: A co je podle Vás nedůležitější při práci se závislými klienty?

S: Pravda. Jo, bez pravdy se...jakmile začnete předstírat nebo něco, tak je všechno pryč. Je potřeba říkat pravdu. I hnusnou pravdu. Jo, tady už není čas a prostor pro hry a..a spekulace, ale tvrdou realitu. Tvrdou pravdu. Jo, buď to uděláte nebo chcípnete. Někdy používám ostrý slova, ale ne, protože bych si nevážil klienta, ale proto, aby mu to v mozku zarezervovalo, jo aby mu to tam zůstalo. Takže někdy používám silný výrazy.

K: Ještě něco Vás k tomu napadne?

S: Co je tak nejdůležitější? Pravda a nenechat se zmanipulovat...protože většina těch klientů jsou manipulátoři, takže zůstat sám sebou. Jo za každou cenu. Jo, když zůstanu sám sebou, tak můžu být pořád tím terapeutem. Jo, nenechat se zmanipulovat, nenechat se eee, já tomu říkám kolotoč. Nasednout na jejich kolotoč a hrát hru. Zůstat pořád sám sebou.

K: A jaký by podle Vás měl být terapeut nebo poradce?

S: Ehm. Právě podle těchletěch dvou zkušeností, tak by měl být naprosto pravdivý. Jo, neměl by tam používat slova musíš a slova...různý hry a takový ty polopravdy. Tam musí být limity. Ten terapeut musí znát hranice. Hranice, kam můžu zajít a kam, bych neměl chodit. Držet se těhle hranic. Pravidla. Každý klient potřebuje mít pravidla. Jasný daný pravidla. Jo, nemůže, ten terapeut nemůže měnit ty pravidla hry během terapií. Jo, to je tím vlastně se sestřelí a člověk ztratí důvěru a pak ta sebezkušenost je k ničemu. Jo takže určitě by měl být pravdivý a mít nastavený hranice a pravidla. V tom v tom...protože ti klienti potřebují naučit právě ta...chce to disciplínu a zodpovědnost za svůj život. Takže terapeut, který je zodpovědný za svůj život, má napul vyhráno.

K: A mohl byste vylíčit Vaše nejlepší momenty ve Vaší terapeutické praxi?

S: Nejlepší momenty...já neprožívám ani tohle. Protože, aby mě to nedovádělo do euforie nebo do stavů, do stavů, který jsou, který jsou plný nadšení a to jsou všechno iluze. Já mám radost, když ten klient mi napíše, že se mu prostě daří, že je v pohodě, že je mu fajn, že se mu lepší vztahy. Mám radost, když mě chtějí vidět znova, chtějí se mnou mluvit, chtěl se podělit o to. Mám radost, když překonají své strachy a překážky, protože vím, že tam je ta cesta a tam je ta jejich zodpovědnost. Tam to překonávání útoků, hněvů, vztěků a našťvaností a srovnávání se s ubližováním druhým lidem. A sesvojí minulostí a z toho má radost potom, když to ty lidi pak jako pochopí a jdou tou cestou. Ale nechci do toho dávat nadšení a euforii. Protože v mém životě to napáchalo velkou paseku. I v životě mých klientů.

K: A jsou naopak nějaké nejhorší momenty?

S: Ani nejhorší momenty...vlastně není nijak tragické, ale samozřejmě klient, který to nedá a rozhodně se, že půjde dál svojí cestou. Smska tipu: „Mně už to stačilo, já už to zvládnou sám“. To ve mně vyvolá vždycky ten samej pocit, tak to určitě nepochopil. Ale já s tím jako počítám, to se, to se děje, že ten člověk ještě není nastavený na tu změnu. Není připravený. Ještě si potřebuje něco dokázat. Já si myslím, že v týhle práci je to naprosto běžný, ale já mám radost proto, že se mi to tolik neděje. Je to to nižší procento. To vyšší procento lidí jsou ti v pohodě. A já mám radost, když ten člověk mě už pak vůbec nepotřebuje. Když dokáže stát na svých nohách. To je pro mě největší odměna.

K: A jaký máte nyní profesní názor na to, že bývalí uživatelé návykových látek se stávají terapeuty?

S: Eee..jako jo, je to fajn. Je to fajn pro obě strany i pro ty lidi, protože oni najdou nějaký vyšší princip, vyšší smysl svého života a svojí zkušeností můžou rychle pomáhat. Ale každý, každý...má to i své protiklady, když člověk do toho vlítne příliš brzy. Vemte si, že každé u AA, kdo tam byl dvakrát, třikrát, tak už chtěl být terapeut, tak už chtěl pomáhat. Pamatuju si, jednoho člověka, jak říkal, jak byl 2 měsíce střízlivej a už si domů vodil zatoulaný kočky, psy, bezdomovce a chtěl být altruistickéj. A tohle to je, to je pouze krátkodobý. Je to ta euforie, je to blbě. Ten člověk k tomu musí dojít nějakým vnitřním rozhodnutím, nějakou aktivitou, musí si to vyzkoušet. Musí vědět jaký má prožívání, musí být autentickéj. Jo, není to pravidlo, že by se každé vlastně mohl stát terapeutem, každé, kdo má zkušenost. Takže určitě by tam mělo být eee, nějaký nějaký nauka, vzdělání. Ať už v duchovním směru nebo v profesionální směru, to je jedno. Vždycky mohou pomáhat, ale musí být jako v pořádku. A to není za rok. To není za dva roky, s bídou za tři. To je příliš brzo. Pokud do toho jde po roce, po dvou, tak mám strach. To není v pořádku. To si ještě ten člověk nevyzkoušel všechny aspekty života. Jak to zvládá. Pak nemůže...protože ta závislost není většinou jen látková. Ta závislost je většinou zakořeněná, pevně zakořeněná. Ve vzorcích. Máme vyzkoušeno s kolegama, že principy závislosti se berou už někdy mezi 5. a 6. rokem. V dětství. Kdy vlastně získáváme od svých rodičů a prarodičů právě myšlení ve způsobu myšlení, tak

vznikaj ty principy závislosti. Úniku ze svého světa. To znamená, že tam to potřebuju vyčistit. Ne jenom přestat pít. Ale, že to musím mít jako fakt vnitřně vyčištěný tyhle věci. A to chce čas. Když člověk 20 let chlastá, tak prostě za rok to nebude v pohodě, ani za dva.

K: A co byste doporučil takovému člověku?

S: Jestliže chce být terapeutem, jestliže je to nějaká jeho vnitřní touha, může se to stát poselstvím, tak hledat, hledat, hledat. Učit se. Protože má jen tu zkušenost, nic víc. Je to hodně, je to hodně, ale ještě..nic víc vlastně neví. Jak tomu člověku pomoc. Jeho cesta je jeho cesta. Jenom jeho cesta, ale ostatní mají jinou cestu a to musí vnímat. Aby za sebou nevedl stádo, které bude závislé na něm. Tedy učit se a vzdělávat se. Řekněme duchovní vědu, ať studuje psychologii, psychoterapii...ať se učí.

K: Chtěl byste ještě něco k tomuto tématu obecně dodat?

S: Můžu dodat to, že mým cílem je postavit novou kliniku, která bude fungovat na principech, které mám vyzkoušený. Je to takový můj sen, můj cíl.

Příloha č. 7 – pan Filip

Pan Filip

K: Kateřina Slámová – tazatel

F: Filip - participant

K: Mojí první otázkou je, jestli byste mi mohl popsat Váš profesní vývoj od fáze nebo od období, kdy jste se začal léčit?

F: Myslíte v oblasti léčby závislostí?

K: Profesní vývoj toho, co teď děláte, terapeuta.

F: Ehm. Ták když jsem byl ve druhé léčbě, ústavní, tak hodně mladých kluků říkalo, že jsem jim hodně pomohl v té léčbě. Takže za mnou chodili a já jsem jim radil, co a jak. A pak po léčbě, když jsem si říkal, co budu dělat, tak jsem si řekl, že bych se mohl podílet na té léčbě závislostí. Takže takhle to nějak vzniklo. Tak jsem potom zjišťoval, jaké jsou možnosti. Zjistil jsem, že se to studuje na lékařské fakultě na Adiktologii. Tak jsem se podíval, z čeho se dělají přijímací zkoušky. Potom jsem ty přijímačky udělal a velmi dobře. Oni ke mně měli nějaký výhrady. Říkali, jestli to všechno zvládnou tu anatomii a já jsem říkal, že to zvládnou a zvládnul jsem to. A teď už mám bakaláře a už budu dodělávat i studium magistra, jsem ve výcviku...pracuju jako adiktolog, mám skupinku lidí...pacienty, co jsou po detoxu. Vedu nějakou skupinu pro patologické hráče v Bohnicích. Tu skupinu vedu už přes tři roky a ta se přes nějakých 10-12 lidí rozrostla tak, že tam chodí 50 lidí každý týden, to mě těší. Mám nějaké stránky pro patologický hráče a jejich blízký. Tam jsem založil neziskovku...tam mě hodně lidí píšou, hlavně závislý. A baví mě to, naplňuje mě to ta práce psychoterapeutická. A žiju takovej šťastnej život.

K: A v jakém jste výcviku?

F: v SURu, v SURu...to je takovej...ti, co dělaj závislosti, většinou jdou jako první do SURu..já říkám. Závislostní výcvik.

K: A vybral jste si ho podle nějakých kritérií?

F: Vždycky co jsem potkával terapeuty, tak ti ho měli...tak jsem si říkal, že to asi bude dobrý. Já jsem spokojenej, protože je tam všechno možný..spousta i jinejch směrů. Například arteterapie je tam hodně...fakt jsem spokojenej...

K: A kdy jste úplně poprvé přemýšlel o tom, že byste mohl dělat terapii?

F: Poprvý no, když jsem skončil v léčbě, když jsem skončil v ústavní léčbě.

K: A pochopila jsem to správně, že Vás ovlivnili ti lidé, tím že Vám dávali zpětnou vazbu...

F: No určitě, určitě a hodně i ti terapeuti, kteří to zažili ty závislosti. Taky mě ovlivnili. To byly takový moji vzory.

K: A jak dlouho Vám trvalo to rozhodnutí?

F: To nevim, to nevim. Jestli to byl nějakej postupnej proces, no zjišťoval jsem, co je všechno možný..

K: A po té léčbě, jak dlouho trvalo, než jste nastoupil na školu?

F: Asi tak 3/4 roku. Možná rok to trvalo. Já jsem skončil někdy v srpnu a přihlásil jsem se na zkoušky v únoru a potom jsem nastoupil v září. Takže rok.

K: A mohl byste mi popsat okolnosti, které tomu předcházely?

F: Čemu, tomu rozhodnutí?

K: No, no, no.

F: No lidi mi říkali, že jsem jim moc pomoh...viděl jsem ty terapeuty, který jako..kterým to dělalo dobře, když měli tu zkušenost. Tak to no. Ale přistupuju k tomu jakoby pokorně, protože jenom ta zkušenost nestačí. To by bylo strašně málo, kdybych si myslel, že to má každej tak, jako jsem to měl já. Takže jsem se věnoval tomu vzdělání a tohle je takovej malej bonus k tomu no. Já si myslim, že i ten, kdo to nezažil, může bejt výbornej.

K: A jak jste to rozhodnutí předtím vnímal? Vlastně, když jste se k tomu rozhodl. Například, když srovnáte, co děláte teď a co jste dělal předtím v minulosti.

F: Tak teď jsem šťastnější, určitě. Já jsem býval hodně úspěšnej a...takhle šťastnej jsem nebyl no, teď je to lepší.

K: A nyní vedete nějaké terapeutické skupiny?

F: Jojo.

K: A máte ještě nějaké jiné plány do budoucna?

F: Určitě, určitě. Dělat něco pro ty spoluzávislý..těm se nikdo nevěnuje. Já jsem takovej čilej. Já mám jednu výhodu, že jsem vlastně ten byznys...já jsem byl závislý na nelátkové závislosti, na gamblingu a já jsem dřív začal pracovat v tomto průmyslu na poměrně vysoké pozici. Takže já to znám i z druhé strany. Zním vlastně všechny ty tři role. V té, kdo to provozuje ve velkym a úspěšně, v roli pacienta, tak toho, kdo léčí. Takže....

K: A měl jste o tom rozhodnutí někdy pochybnosti?

F: Ne. Neměl.

K: A jak Vám pomáhá Vaše zkušenost se závislostí nebo s léčbou nyní při práci?

F: To mi pomáhá hodně, protože se dokážu do těch lidí vcítit. Jsou to velký lháři a manipulátoři. Spousty mejch kolegů říká, že s nima nerada pracuje. Ale mně to nevadí, já je dokážu, ne vždycky, protože oni jsou fakt dobrý, tak je dokážu často prokouknout no..a dobře. To jsem dělal tohle všechno, různý ty techniky a manipulace, takže, to znám. Teď jsem si doplnil ještě ten teoretickej základ ještě..no, no pomáhá mi to no. To poznám toho gamblera na dálku, ani nemusí nic říkat.

K: A vy jste se léčil přesně s jakou závislostí?

F: Se závislostí na hazardní hře. Dvakrát. Ale já jsem měl problémy i s alkoholem, ale to mi nebylo diagnostikovaný. Takže...nepiju už šest let a nehraju.

K: Jakým způsobem ještě vnímáte, že má Vaše zkušenost vliv, na tu nynější terapeutickou práci?

F: Velkej vliv je to, že stále abstinuju, že si to pořád tímhle připomínám. Při práci s těma pacientama. Pořád se učím od nich, to je hezký. Hodně, hodně studuju. Čtu o tom. No a baví mě to no. To je takový gamblerský. Ty gamblery, když něco baví, tak je to naprosto fanatický. Když je něco nebaví, tak to nedělaj. Takže mě zase baví tohle no. To je takový vzorec chování.

K: To znamená, že se Vaší prací udržujete tak trochu v abstinenci?

F: Určitě, určitě, pomáhá to. Mám určitě i potřebu od malička adrenalinu. Určitě i to, že jsem šel studovat v tak vysokém roku tu školu, tak to je trochu adrenalin. I to, že si všechno nechávám na poslední chvíli, úplně na hraně, tak to je taky takový gamblerský. To tam pořád je, ten vzorec chování. Ale myslim, že se to tedd' v dobrém obrátilo.

K: A ve vztahu ke klientům, cítíte, že máte nějaké Vaše zkušenosti, které jsou třeba potřebné?

F: Určitě, určitě. Ono se říká, že vlastně, že potřeba toho lékaře nebo terapeuta...že jako..když jí předchází nějaký vřelý hlas, tak už to samo o sobě má terapeutické účinky, což je pravda. Lidi se na mě obracej, lidi s problémama, takže mně to pomáhá no. Lidi si fakt myslí, že jsem dobrej, ale nesmim zpychnout, musím být pokornej, musím jako opatrně no. Ne, že bych se plácal, že jsem nákej machr, ale že to pomáhá no.

K: A vnímáte nějaké rizikové situace?

F: Jo vnímám, určitě. Myslím, že jsem s tím začal hrozně brzo, protože jsem se například setkal, s nějakýma patologickýma hráčema, který maj naprosto expresivní barvitě..vypráví svoje zážitky na skupinách...a kdyby se tohle stalo před šesti lety, ted' už se mi to naštěstí vůbec nestává, ale kdyby se mi to stalo hned po léčbě, tak by mě to mohlo ohrozit jo. Mohlo by mi to navodit nějaký vzpomínky, bažení a tohleto. Takže jsem si uvědomil, že na začátku to bylo hrozně rizikový. Tak v tom jo asi.

K: A teď v současné době?

F: Teď ne už. Teď jsem zrovna byl se svejma kamarádama a oni investují do bitcoinu..a mě to už vůbec nijak nezajímalo...ale v té době by mě to asi vadilo. Ten čas je takovej hojivej no.

K: A mohl byste uvést nějaké zkušenosti, kdy Vám ta zkušenost napomáhá a kdy naopak třeba ne?

F: No, kdy mi nenapomáhá, to jde těžko říct. Možná to je, že jsem měl nějaký vzorec toho, jak jsem to měl já a že mi to neotvírá pořádně ty pacienty, že si to pořád vztahuju k sobě jako...ale snažím se to nedělat. Jo, ale občas se mi to stane. A jako ten život gamblera to je takovej specifickej život a to já znám. A hrozně mi to usnadňuje. Jako já vím, co se děje a co je nejhorší v tom gamblerskym životě a to...dokážu na ty struny zabrnkat. Víím, co a proč dělaj, aniž by si to uvědomovali. Pomáhá mi to hodně.

K: Že trošku víte, jak ti lidé přemýšlejí.

F: Víím, jak myslejí, jaký maj vzorce chování, víím, proč to dělaj.A říkam, musím opatrně, každej to mlže mít trochu jinak.

K: Takže vnímáte tu zkušenost jako přínos?

F: Určitě. Tu zkušenost, co se mi stalo s tím hazardem, to je všestranně pozitivní. Bez ohledu na ty hrozný následky, který to mělo a má do dneška.

K: A co je podle Vás nejdůležitější při práci se závislými klienty?

F: Dodržovat pravidla. Aby ten jejich život měl nějaký řád, aby si uvědomovali ty příčiny těch..toho svýho chování. My měli skupinu v Apollinári, tzv. skupinu po detoxu s nemotivovaným klientama..a to je jako...skoro všichni ti lidi měli strašně těžkej život, jako strašně. To si pak říkám, že se nedivím, že tak pijou. Že užívaj nebo prostě oni to měli fakt těžký. Jsou potom těžké oříšky. Paradoxně, když pijou, tak se pak cítí líp. Ale po užívání se dostanou do stavu, kdy se to ještě zhorší. Až potom jakoby procitnou, vystřízlivěj, tak na to potom koukaj reálně a není to jendoduchý pro ně.

K: Říkal jste tedy pravidla..ještě něco by Vás k tomu napadlo?

F: No velmi často poznám takový to, že někdo něco chce a někdo jen předstírá, že chce. To je strašně důležitý jako. Takže...když někdo dělá jen takový to divadlo. To mně se většinou daří odhalit. Člověk to musí dělat pro sebe. Jako každá motivace klienta je na začátek dobrá. Ale nestačí to dělat jen pro rodinu, pro ženu, pro děti. Musí se to dělat pro sebe. Všichni ostatní nás můžou opustit. Musíme to dělat pro sebe. A strašně důležitý je, aby člověk uměl říkat „ne“. Protože všichni ti závislí maj tzv. máslo na hlavě a ty jejich sociální vazby jsou totálně zdevastovaný a těžko budou říkat nějakomu, že to dělat nechtěj nebo to nezařídí a neseženou. A potom je to zase vrací do té spirály, do té zátěže a oni zase začnou užívat no. Věcí je spousta no. Taky je třeba si uvědomit, že ta léčba závislostí je dlouhý proces. Ti lidé většinou užívaj, hrajou, desítky let. Dochází prostě k nákejm změnám, k fyziologickejm změnám, v systému odměňování v mozku a to se nedá změnit za tejdén, za měsíc. To se musí postupnejma krůčkama, tak o tom něco vim. Ta cesta je dlouhá, člověk musí pomalu.

K: A z pohledu terapeuta, jaký by podle Vás měl být terapeut, který pracuje se závislými?

F: Asi by ho to mělo bavit, naplňovat, měl by se vzdělávat, pracovat na sobě. Je hezký, když na to má čas, když si tu skupinu připraví a pak si udělá nějakou reflexi a řekne si, co udělal blbě. Pak může pořád růst.

K: A ví Vaši klienti, že jste si prošel závislostí?

F: Někdy jo a někdy ne. Když si myslím, že je to dobrý, tak ano...

K: Takže pocitově?

F: Ano a podle situace.

K: A jak na to reagují ti klienti?

F: Jo dobře, dobře. To je vlastně to, že každá ta závislost je taková stigmatizující, je to takové stigma že jo a ty lidi se za to stydí a bojí se. A ti, co s nima pracujou, ti terapeuti a lékaři, to jsou takoví zasvěcenci. A ještě jedna vyšší kategorie a to jsou nadšenci, to

jsou lidi, kteří to sami zažili. A já se někdy dostanu do toho nadšence. Že oni o tom někdy neradi hovořej a je to těžký pro ně a tímhle se to třeba změní trochu, když jim řeknu, co jsem zažil.

K: A mohl byste vylíčit nějaké Vaše nejlepší momenty v terapeutické praxi?

F: Nevím, to není nic jako, z těch momentů...těch je jako hodně. Ale spíš jako, když to skončí a odcházím a vím, že sem udělal spoustu práce a jsem spokojenej. Včera jsem byl třeba v Bohnicích a měla jsem tam 50 lidí a bylo tam to ticho, to ticho, kdy člověk má jako to nutkání...a já jsem vydržel, ale jak jsem vydržel, tak nikdo mluvit nechtěl a jeden člověk řekl, že něco musí říct a to co řekl, bylo fakt výborný. Rád pozoruju neverbální komunikaci, takové momenty si taky hodně užívám.

K: A naopak nějaké nejhorší momenty?

F: Nejhorší nevím. Jsou momenty, se kterýma se špatně vyrovnávám, když ty lidi jsou v nějakých špatných situacích nebo když vidím, že ty lidi vlastně ještě nespádli na to dno a oni tam musí spadnout, aby si něco uvědomili. Takže tomuhle těžko dokážu zabránit, protože ta zkušenost je nepřenositelná.

K: Mohl byste ještě říct, jak vypadal Váš život od momentu, kdy jste se stal terapeutem? Nebo jak vypadá ten Váš život?

F: Žiju klidně, nízkonákladově, už nedělám žádného frajera, nestěžuju si.

K: A jaký je Váš profesní názor na to, že lidé, kteří měli jakoukoliv zkušenost s nějakou závilostí, nyní dělají terapeuty?

F: Tak je to dobrý, tyhle lidi dokážou hodně pomoc a hodně pomůžou i sobě. Ale nesmí se to zvrhnout do nějakýho anrcismu a tak no. Někdy se tak bohužel stane. Ty lidi opravdu můžou efektivně pomáhat. Už jenom ten příklad, že on to dokázal. Jde to. Je to dobrý no. Že znám jich pár a jsou výborní no.

K: A myslíte si, že by to mohlo i v nějakém případě škodit?

F: Jo, určitě. Kdyby si mysleli, že ten jeho příběh, který prožil, že to tak mají všichni. Možná zažili nějaký druh léčby a můžou si myslet, když jim to pomohlo, tak to pomůže i druhým. Tak to může škodit. Léčba se vyvíjí a mění se i názory, tak by měl být terapeut pružnej v tomhle.

K: A co byste doporučil takovému člověku, který by se rozhodl stát se terapeutem po takové zkušenosti?

F: Po té zkušenosti se závislostí? Tak vzdělávat se a vzdělávat se. Jak říkám, tahle zkušenost je drobněj bonus a není to jako jediná věc. Pak by to mohlo špatně dopadnout. Tak ňák prostě, třeba já jsem to hodně uspěchal, ale nějak jsem to ustál. Takže doporučuju dát si nějakou odstup chvíli no. Na tři roky třeba a pak teprve začít.

K: Takže berete to vzdělání jako hodně důležité?

F: Určitě a ne jenom si nějakou školu jenom udělat, ale pořád se vzdělávat, pořád.

K: Dobře, Ještě Vás k tomu rozhovoru něco napadá?

F: Asi ne, doufám, že jsem Vám pomoh.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Kateřina Slámová

Studijní program: Psychologie

Název práce: Lidé s vlastní zkušeností se závislostí jako terapeuti

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Eva Dubovská

Rok dokončení práce: 2018

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 194 156

Přímé citace: 2 944

Ostatní text: 122 859

Celkový počet znaků: 323 275

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF:

DP_SLAMOVA_LIDE_S_VLASTNI_ZKUSENOSTI_SE_ZAVISLOSTI_JAKO_TER
APEUTI.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:

DP_SLAMOVA_LIDE_S_VLASTNI_ZKUSENOSTI_SE_ZAVISLOSTI_JAKO_TER
APEUTI.doc

Další soubory: Žádné

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Kateřina Slámová
Obor studia: Psychologie
Název práce: Lidé s vlastní zkušeností se závislostí jako terapeuti
Vedoucí/oponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 129
Počet stránek příloh: 80
Počet titulů v seznamu literatury: 84

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost 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			
--	---	--	--	--

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 při psaní této práce překvapilo?
V čem osobně vidíte největší přínos práce exuserů v adiktologii? Jsou některé typy služeb, kde by jste zapojení exuserů nedoporučovala? Pokud ano, proč?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice závislostí a jejich léčby, dále pak osobnosti a profesnímu vývoji terapeuta. Text je psán kultivovanou formou, s využitím poměrně velkého počtu domácí i zahraniční aktuální literatury. Za nejzdařilejší považuji kapitolu o profesním vývoji terapeutů, kde autorka čerpá převážně ze zahraniční literatury a tato problematika dosud nebyla takto uceleně v českém prostředí zpracována.

Praktickou část tvoří tematická analýza rozhovorů se 6 participanty, kteří pracují v různých typech adiktologických služeb a sami překonali závislost na návykových látkách. Oceňuji náročný výběr participantů a také hloubku rozhovorů, které autorka uskutečnila. Většina participantů se v rozhovorech skutečně otevřela a podařilo se tak proniknout i k poměrně intimním tématům ohledně pochybností o sobě apod. Tematická analýza je provedena pečlivě a metodicky správně. Výsledky jsou podány čtivou formou, autorka prezentuje 10 hlavních témat, přičemž některá jsou rozdělena na podtémata. Každé téma dokládá citacemi z rozhovorů. Následně ještě zodpovídá výzkumné otázky, diskuse je přiměřená.

Silné stránky:

- Kvalitní teoretická část
- Vysoký objem zdrojů literatury včetně zahraničních
- Náročná cílová skupina participantů
- Kvalitní hloubkové rozhovory a analýza

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

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNÝ

Datum, podpis: 16.9.2018



*

nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina Slámová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce:
 Oponent práce: Mgr. Johana Růžičková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 129
 Počet stránek příloh: 80
 Počet titulů v seznamu literatury: 63

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

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

výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. V kapitole předporozumění uvádíte se poměrně jasně vyhraněné názory na motivaci exuserů pro práci v drogových službách. Jak jste s tímto předporozuměním dále pracovala, jaký vliv mělo např. na formulaci otázek, nebo analýzu dat?

2. Které jiné údaje než jméno jste anonymizovala tak, aby byla anonymita participantů zachována?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Tématem diplomové práce je pozice tzv. exuserů, tedy bývalých uživatelů návykových látek, v drogových službách. Práce je dělena do části teoretické a výzkumné.

V teoretické části nás autorka provází tématy závislosti, popisuje bio-psycho-socio-spirituální model závislosti a jeho jednotlivé úrovně, celou kapitolu věnuje léčbě závislosti a jejím jednotlivým složkám. Nakonec obrací svou pozornost k osobnosti terapeuta, zabývá se jeho osobností i potřebnostmi nutnými k výkonu této profese. Text je po obsahové i formální stránce v pořádku, autorka prokazuje schopnost pracovat s odbornou literaturou, odkazuje na aktuální výzkumy. Poněkud nadbytečně podrobné se mi jeví první dvě kapitoly, především proto, že jde o fakta dostatečně známá a v každé publikaci věnované závislostem dostupná. Naopak kapitola pojednávající o osobnosti, roli a kompetencích terapeuta by mohla být delší, zvláště mi zde chybí alespoň krátký oddíl, který by byl věnován přímo roli exuserů.

V empirické části prezentuje autorka svůj výzkum, v jehož rámci vedla hloubkové rozhovory s terapeuty v drogových službách, jež mají sami v minulosti zkušenosti s látkovou či nelátkovou závislostí. Celkově považuji tento za přínosný a poměrně dobře zvládnutý. Mám k němu ovšem několik připomínek:

- Nedostatečně je ošetřena anonymita respondentů. Ačkoliv byla samozřejmě zvolena fiktivní jména, přepisy rozhovorů, ale dokonce i samotný text práce, obsahuje dostatek informací natolik konkrétních (zaměstnavatel, pracovní pozice, typ výcviku), že pro alespoň trochu zasvěceného čtenáře jsou respondenti rozpoznatelní.

- Kapitola o před-porozumění je dosti podrobná. Autorka v ní představuje především své názory na motivaci exuserů pro práci se závislými. Tyto názory jsou velmi konkrétní a jednoznačné, přičemž není vůbec zřejmé, na základě čeho si je autorka vytvořila. Dále není vůbec jasné, jak s tímto svým před-porozuměním pracovala.

- Prezentace výsledků analýzy dat není jednotná. V některých případech jsou popsána jednotlivá témata a teprve na konci jsou dodány ilustrativní citace z rozhovorů, zatímco jinde tyto prolínají samotný text, což považuji za vhodnější řešení. Některá témata ilustrují citace pouze jednoho respondenta, ačkoliv autorka používá při popisu tématu množného čísla

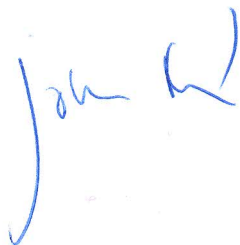
Po formální stránce ruší občasné gramatické a stylistické chyby.

Diplomovou práci doporučuji k obhajobě s hodnocením Velmi dobře.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'John W.', written over the 'Datum, podpis:' label.