**MASARYKOVA UNIVERZITA**
**FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ**
**Katedra psychologie**

Magisterská diplomová práce
(obor psychologie)

# ZKUŠENOST PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VZTAHU U PACIENTŮ V DOBROVOLNÉ ÚSTAVNÍ PROTIALKOHOLNÍ LÉČBĚ

**Vypracoval: Bc. David Unger**

Vedoucí práce: Prof. PhDr.Ivo Čermák, CSc.

**Brno**
**2006**

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

V Brně dne 2.1.2006.

Bc. David Unger

Děkuji prof. PhDr. Ivu Čermákovi za vedení práce a jeho inspirující i podporující přístup, Mgr. Martinu Plocovi z Psychiatrické léčebny v Kroměříži za cenný námět z praxe, MUDr. Květoslavě Vrbové z Psychiatrické léčebny a Sdružení Lotos v Brně za umožnění rozhovorů s respondenty, Mgr. Stanislavu Ježkovi za užitečné připomínky a také Janě za její citovou oporu.

*Věnuji mému dědovi (┼ 22.12.2006)*
*a tátovi*

# OBSAH


I. Úvod…….....2

II. Teoretická část……...4
1. Léčba závislostí na alkoholu……..4
1.1. Minnesotský model léčby……..5
1.2. Anonymní alkoholici…….5
1.3. Protialkoholní léčba v českých zemích…….……6
2. Výzkum léčby závislostí……7
2.1. Deficit konstruktivistických výzkumů……...8
2.2. Kvalitativní výzkum……...8
2.3. Kvantitativní výzkum……...10
2.4. Rozdíl mezi závislostí u mužů a žen……11
3. Psychoterapeutický vztah……12
3.1. Charakter psychoterapeutického vztahu……..12
3.2. Historický vývoj pojetí psychoterapeutického vztahu…….13
3.3. Výzkum psychoterapeutického vztahu……16
4. Výzkum psychoterapeutického vztahu u léčby závislostí……...21
5. Směřování k výzkumné otázce……28

III. Výzkumná část…….30
1. Cíl výzkumu…….30
2. Výzkumný soubor……31
3. Předvýzkum…….32
4. Etika výzkumu…….33
5. Podmínky výzkumu…….34
6. Použité metody…….34
6.1. Základní technika sběru dat…….35
6.2. Doplňující technika……..36
7. Způsob zpracování dat…….36
8. Výsledky……..38
8.1. Pan Matěj…….39
8.2. Pan Radim……46
8.3. Pan Karel……..52
8.4. Pan Jaroslav…….56
8.5. Pan Jiří…….60
8.6. Společný seznam témat……67
9. Diskuse…….69

IV. Závěr……75

V. Seznam použité literatury……...……76

VI. Přílohy……..81

# I. Úvod

Terapeutický vztah je významným faktorem, který ovlivňuje průběh, úspěšnost i charakter léčby psychických poruch a problémů. V současnosti je stále větší pozornost věnována tzv. obecným faktorům psychoterapeutické léčby, faktorům, které jsou pro všechny psychoterapeutické způsoby a metody společné. Terapeutický vztah mezi tyto faktory neodmyslitelně patří.

V posledních dvaceti letech byla výzkumu terapeutického vztahu věnována velká pozornost zejména v anglosaských zemích. Od potvrzení pozitivního vlivu psychoterapeutického vztahu na průběh i výsledky léčby se výzkum v posledním desetiletí orientoval spíše na odhalování souvislostí terapeutického vztahu s jinými terapeutickými faktory a jinými proměnnými v psychoterapii. Tento obecný faktor byl srovnáván u různých psychoterapeutických směrů, metod, a určitých způsobů léčby. Některé výzkumy ukázaly (Carroll et al., 1997, Connors et al., 1997), že podoba terapeutického vztahu se významně liší u ambulantní a ústavní léčby. Také četné literárně zpracované osobní výpovědi (Minarčík, 1997, Greenbergová, 1998, Yalom & Elkin, 2005 a další) nás přesvědčují o tom, že značné odlišnosti panují nejen případ od případu, ale i v pohledu jednotlivých aktérů psychoterapeutického procesu.

Ústavní léčení závislosti na alkoholu má v naší zemi dlouhou tradici, zejména pokud jde o léčebné programy, které jsou poskytovány ve státem zajištěné síti psychiatrických léčeben. Při jejich počtu připadá na jeden kraj zhruba jedno takové zařízení. Tento způsob léčby patří k nejrozšířenějším a je pevně zakořeněn v povědomí společnosti, především u lékařů primární péče, tzn. těch odborníků, kteří se s pacientem setkávají většinou jako první. Každý léčebný program má svá specifika a je odlišně organizován. U všech ovšem léčba probíhá na komunitním principu a podílí se na ní širší zdravotnický personál (lékaři, psychologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry ad.). Přestože v Česku proběhly některé výzkumy ústavní protialkoholní léčby, žádný není přímo zaměřen na zkoumání vztahu mezi terapeutem a pacientem, jako jednoho z významných faktorů léčby.

Ústavní protialkoholní léčba poskytovaná psychiatrickými léčebnami je mezi českou populací jednou z hlavních zvažovaných možností v případě problémů se závislostí na alkoholu. K popularizaci tohoto způsobu léčby jistě přispěly i některé filmy natočené v osmdesátých letech (Tažní ptáci, Dobří holubi se vracejí). Zároveň je však příčina možného efektu léčby často připisována izolaci od návykové látky, léčebnému režimu nebo pracovní

terapii. Často se také stává, že pacient po absolvování ústavní léčby brzo začne opět pít a po čase se do léčení vrací.

Někteří bývalí pacienti z mého okolí, kteří prošli protialkoholním léčení, hovoří o zkušenosti se svými terapeuty se značným despektem. Na druhé straně jsem se setkal s názorem psychologa na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně, který hovoří o tom, že pacienti se závislostí vyjadřují v terapii potřebu lidského vztahu se svým terapeutem a že tento vztah je hlavním faktorem na cestě k vyléčení.

V této souvislosti ve mně vyvstala otázka, jak je to vlastně se vztahem mezi terapeuty a pacienty v takovéto léčbě. Jakou podobu v ní má terapeutický vztah jako důležitý obecný terapeutický faktor a jak ho ovlivňují specifika ústavní léčby v českých psychiatrických léčebnách?

Protože toto téma se může nejen značně lišit u jednotlivých pacientů a je značně ovlivněno kontextem léčení, tomuto tématu se žádný výzkum u nás dosud nevěnoval, rozhodl jsem se svůj výzkum zaměřit kvalitativně a analyzovat výpovědi pěti vybraných pacientů, kteří absolvovali několikeré ústavní protialkoholní léčby. Z takto analyzovaných příběhů pacientů jsem si kladl za cíl dospět k určitým hypotézám týkajícím se obecného charakteru faktoru psychoterapeutického vztahu v ústavním léčení závislostí u nás a vytvořit tak půdu pro případné další zkoumání v této oblasti.

Teoretickou část práce věnuji zejména přehledu výzkumů terapeutického vztahu v obecném smyslu i u léčby závislostí, které byly v posledních letech provedeny v zahraničí. Takový přehled nám může sloužit k tomu, abychom si mohli být vědomi českých specifik protialkoholní léčby i v kontextu výzkumných zjištění ze zahraničí. Naopak v teoretické části se nechci příliš věnovat popisem odlišností v pojetí terapeutického vztahu u různých terapeutických směrů ani detailně popisovat charakter syndromu závislosti, protože tomu byla věnována pozornost u mnoha doposud zpracovaných diplomových a oborových pracích a považuji to zde za nadbytečné.

V části věnované úvodu k léčbě a výzkumu návykových poruch není v mých možnostech podat vyčerpávající přehled provedených výzkumů, ani těch důležitých. Budu se zde věnovat jen těm výzkumům, které jsou blízké výzkumnému přístupu, jež jsem sám zvolil a více se vztahují k vybranému tématu.

V kapitole týkající se výzkumu terapeutického vztahu je mým záměrem věnovat se nejnovějším výzkumným zjištěním. Totéž platí o části věnované výzkumům terapeutického vztahu u léčby závislostí.

# II. Teoretická část

## 1. Léčba závislostí na alkoholu

V protialkoholní léčbě se užívá mnoha různých psychoterapeutických směrů a metod. Mezi základní psychoterapeutické metody užívané v USA patří následující (cit. dle přehledové studie Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000):

- Trénink sociálních dovedností
- Zvyšování motivačních schopností
- Behaviorální techniky
- Kognitivní terapie
- Párová nebo rodinná terapie
- Averzivní terapie
- Nácvik relaxace

Většina těchto zmíněných terapeutických metod patří do kognitivně-behaviorální terapie a takto citovaný výčet jistě není kompletní. Nešpor a Csémy (1996) dělí psychoterapeutické metody v léčbě závislostí do následujících kategorií:

- ❖ Rodinná terapie
- ❖ Posilování motivace
- ❖ Skupinová psychoterapie
- ❖ Psychodrama a nácvik zvládání obtížných situací
- ❖ Kognitivně-behaviorální postupy
- ❖ Muzikoterapie, arteterapie, poetoterapie
- ❖ Gestalt terapie
- ❖ Strategická terapie
- ❖ Relaxační techniky a jóga
- ❖ Komunitní terapie

Je zřejmé, že z těchto jmenovaných metod a přístupů se neužívají vždy všechny, ale vybrané psychoterapeutické metody v rámci určitého léčebného programu tvoří (resp. měly by tvořit) smysluplný celek. Charakteristika léčebných programů se potom více či méně liší.

Mezi faktory, které mohou ovlivnit způsob protialkoholní ústavní léčby navrhuji následující:

- ➢ Tradice protialkoholní léčby v daném státě (včetně širší historické tradice – např. společné charakteristiky psychiatrických léčeben v podunajských státech)

- Tradice protialkoholní léčby v daném léčebném zařízení
- Charakter systému zdravotnictví, míra solidarity
- Typ léčebného zařízení (státní, neziskové, soukromé)
- Sociální klima ústavu (nemocnice, léčebny)
- Sociální klima protialkoholního oddělení
- Osobnost lékařů, psychologů, terapeutů, zdravotnického personálu

Z těchto jmenovaných faktorů vyplývá, že na povahu protialkoholní léčby bude mít vliv mnoho proměnných a každý léčebný program je určitým způsobem specifický.

Pro orientaci v různosti způsobů léčby stručně popisuji dvě nejvýznamnější metody léčby používané v zahraničí a tradiční model léčby užívaný v našem zdravotnictví, který se etabloval ve druhé polovině minulého století.

### 1.1. Minnesotský model léčby

Doyle et al. (2003) charakterizuje východiska léčby Minnesotského modelu tím, že někteří jedinci mají zvláštní biologickou a osobnostní zranitelnost vůči alkoholu. Alkoholismus je charakteristický popíráním závislosti na alkoholu a jejích důsledků pro alkoholika, jeho rodinu a jeho další sociální vztahy. Léčba je založena na pravidelné účasti na skupinové psychoterapii a je kombinována s dalšími terapeutickými metodami (individuální terapie, rodinná terapie, terapie zaměřená na řešení problémů, peer-programy, psychoedukativní léčba, svépomocné skupiny apod.).

### 1.2. Anonymní alkoholici

Organizace Anonymních alkoholiků (AA) byla založena již v roce 1935, velký nárůst počtu členů zaznamenala zejména po druhé světové válce. V roce 1989 dosáhl počet členů AA v USA téměř 1 milionu, tj. 0,48 % populace (Room & Greenfield, 1993). Postupně se tímto hnutím inspirovaly další skupiny, převzaly zejména způsob 12-krokové léčby. První byla v roce 1951 Al-Anon, která sdružovala členy rodiny alkoholiků. Dále se etablovaly skupiny jako Anonymní kokainisté, dlužníci, hráči, kuřáci, lidé s obsedantně- kompulzivní poruchou, lidé trpící přejídáním, závislí na sexu, workaholici až po Dospělé děti alkoholiků – ACA, která vznikla v osmdesátých letech). Na rozdíl od klasické psychoterapie je 12-krokový model založen na vzájemné pomoci členů skupiny a na jejím rovném postavení. Není zde přítomen terapeut-profesionál. Léčba má tedy svépomocný charakter. Ve skupinách je plně respektována anonymita jejich členů. Léčebný program je založen více na zkušenosti, tradicích a duchovních záležitostech než na vědeckých poznatcích. Touto svou orientací se

tento způsob léčby dostal do konfliktu s tehdy uznávanou psychoterapií, jejíž představitelé 12-krokový model často kritizovali jako nevědecký. V posledních letech však tato kritika utichla a po některých výzkumech, které potvrdily účelnost takové léčby, se k tomuto modelu většina psychoterapeutů-profesionálů staví tolerantně a prvky 12-krokové skupinové práce byly integrovány i u některých zdravotnických léčebných programů a ambulantních psychoterapeutů-profesionálů.

Jak uvádí Nešpor a Csémy (1996), vznik Anonymních alkoholiků způsobil v medicíně revoluci, která dosud není plně doceněna. Je možné, že „vznik této organizace vedl k tomu, že zdravotníci začali pacienty více a více považovat za partnery a spolupracovníky“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 106).

### 1.3. Protialkoholní léčba v českých zemích

Protialkoholní léčba je v naší tradici spjata především se jménem prof. Jaroslava Skály. Po 2.světové válce se v Československu podařilo vybudovat systém protialkoholní léčby, který zahrnoval síť protialkoholních poraden (v Československu bylo v roce 1955 143 poraden), síť záchytných stanic, síť protialkoholních léčeben při psychiatrických klinikách nebo léčebnách a některá doléčovací zařízení(cit. dle Skála, 1957). První takové zařízení bylo založeno v roce 1948 u Apolináře a po jeho vzoru byly protialkoholní oddělení zakládány při psychiatrických léčebnách ve Šternberku, Dobřanech, Praze-Bohnicích, Havlíčkově Brodě, Opavě, Brně-Černovicích, Horních Beřkovicích, Jihlavě a Kroměříži. Skála (1957) přitom prosazoval, aby na pacienty závislé na alkoholu nebylo nahlíženo jako na „blázny“, ale aby se s nimi jednalo jako s rozumnými lidmi, kteří se mohou a chtějí léčit. Proto je podle něj vhodné, aby protialkoholní oddělení mělo samostatnou budovu a pokud možno bylo od dalších prostor léčebny nejvíce vzdáleno. To se na některých místech postupně podařilo prosadit (Protialkoholní oddělení PL Havlíčkův Brod v Želivi nebo samostatné léčebny pro závislé v Červeném Dvoře nebo Bílé Vodě).

Skálovský přístup k léčbě závislých zdůrazňuje trvalou abstinenci jako základní předpoklad k vyléčení pacienta. V tom se liší od modelu léčby Anonymních alkoholiků, kteří postupují v jednotlivých krocích tak, že člověk se rozhodne zatím nepít (např. na týden) a potom „se uvidí“. Přístup Jaroslava Skály byl rozvinut zejména v podobě ústavního léčení rovněž proto, že zde je na rozdíl od protialkoholní poradny zaručena pacientova abstinence během léčby.

Skála vytvořil pro ústavní protialkoholní léčbu speciální léčebný režim, který tvoří celek, jenž „izoluje pacienta od alkoholu, vede jej, aktivizuje, stále jej kontroluje, pečuje o

jeho tělesnou i duševní rehabilitaci, učí jej správné životosprávě a prospěšným návykům, aktivními léčebnými metodami vytváří u něho nesnášenlivost a odpor k alkoholickým nápojům, používá prostřednictvím spolusprávy a pracovní terapie jeho schopností a práce a zejména odvádí jeho pozornost od vlastních individuálních zájmů k zájmům celku, a to celku malého (světnice spolupacientů a rodina), většího (kolektiv všech pacientů a pracoviště) a velkého (společnost)“ (1957, s. 127).

Léčebný program obsahuje přísný systém odměn a trestů. Odměněn může být pacient například za dobře psaný deník, úklid, plnění pracovních úkolů v rámci pracovní terapie apod. Jak je již naznačeno v předchozím odstavci, odměněn může být pacient jen tehdy, je-li skupina spolupacientů na jednom pokoji v pořádku. Odměnou nejčastěji bývají sobotní či nedělní vycházky (Skála, 1960).

Psychoterapeutická léčba je podle Skály zaměřena na:

1. získání náhledu, že alkohol byl pro pacienta jen výmluvou a únikem před problémy, aby se jimi nemusel zabývat
2. přivést nemocného k poznání a uznání pravých příčin závislosti
3. přivést nemocného k tomu, aby v jeho životě pokud možno nedocházelo k situacím, které zaviňovaly jeho konflikty.

Psychoterapie závislých na alkoholu by podle Skály měla být racionální, kauzální (jít k podstatě problémů) a systematická. Psychoterapeut by měl své psychoterapii co nejvíce věřit a získat si tak nezbytnou důvěru nemocného. Měl by na pacienty působit příznivě celým svým chováním, nesmí pacienta odsuzovat a musí chápat jeho těžkosti.

Skálův model ústavní protialkoholní léčby je s drobnějšími změnami součástí našeho léčebného systému dodnes. Je založen na komunitním principu a léčba je tvořena systematickým propojením farmakologických a především psychoterapeutických metod léčby. V případě výzkumu není tedy jednoduché oddělit jednotlivé složky léčby a zkoumat jejich vliv na výsledek léčby.

## 2. Výzkum léčby závislostí

Výzkum léčby závislostí patří v zahraničí k významně rozšířeným oblastem klinického výzkumu. V této přehledové části čerpám zejména z výzkumů provedených v anglosaských a skandinávských zemích.

Za velkým počtem různých výzkumů u léčby závislostí může stát fakt, že státy jsou motivovány podporovat léčbu závislostí a také její výzkum z důvodu vysoké míry kriminality

páchané lidmi s návykovou poruchou a výzkum léčby závislostí má větší šance získat pro svou realizaci finanční prostředky než výzkum v jiných oblastech.

Výzkum v této oblasti navrhuji rozdělit podle několika kritérií:

- kvantitativní nebo kvalitativní
- konstruktivistický nebo nekonstruktivistický (univerzalistický)
- výzkum prediktorů, průběhu nebo výsledku léčby

Z počtu výzkumů, se kterým jsem se setkal zejména studiem zahraničních periodik, je patrné, že nemohu podat jejich kompletní přehled. Z publikovaných výzkumů zde vybírám ty, které mě zaujaly a byly významné při volbě mého výzkumného plánu.

### 2.1. Deficit konstruktivistických výzkumů

Konstruktivistický pohled ve výzkumu léčby závislostí klade důraz na výzkum vnímání léčby jejími samotnými aktéry – tedy především léčby z pohledu pacientů, případně jejich nejbližších příbuzných (White et al., 2004).

Podle White et al. (2004) je věnována jen malá pozornost vnímání pacientů se závislostí a jejich blízkých léčby, zejména v případě dospívajících pacientů navzdory doporučením např. Florentine et al., kteří tvrdí, že adiktologický výzkum by se měl zaměřit především na zkušenosti pacientů, nebo studie Longa et al., kteří ve výzkumu ústavního léčebného programu u dospělých zjistili, že „vnímání léčby u pacientů jako prospěšné predikovalo příznivější výsledek léčby a úvodní subjektivní reakce na léčbu mohou více předikovat výsledek než charakteristiky před léčbou“ (White et al., 2004, s. 66).

### 2.2. Kvalitativní výzkum

Öjesjö (2002) vychází z konceptu odcizené práce mladého Karla Marxe a poněkud netradičně, ovšem velmi zajímavým způsobem, tento koncept využil při výzkumu závislosti na alkoholu. Analyzoval narativní materiál získaný od 26 respondentů v rámci „Lundby study“. Mapoval přitom souvislosti se závislostí na alkoholu, zejména v oblasti zaměstnání, práce a životní realizace. Öjesjö chápe podstatu problémů s alkoholem jako multidimenzionální. Odcizení člověka ve své práci, které vede k sebeodcizení, může být jedním z kořenů závislosti na alkoholu. Zde se dostáváme k sociologickému pohledu na příčiny závislosti a k další skupině výzkumů, které závislost zkoumají z hlediska problémů člověka v industriální a postindustriální společnosti.

Další výzkum hermeneuticko-narativního přístupu provedly Hänninen a Koski-Jännes (1999), jenž spočíval v analýze 51 autobiografických příběhů, kteří dokázali překonat

nejrůznější typy závislostí. Autorky zejména zajímalo, co zkoumané osoby považují jako klíč k opuštění své závislosti. Identifikovaly tak 5 druhů příběhů závislosti:

1) *Příběh z Anonymních alkoholiků* – typický pro muže-alkoholiky, pití od mládí přes stupňující se problémy v práci, sociálních vztazích, vrcholí ztrátou zaměstnání a rodiny až po úplnou izolaci. V léčení se snaží o nový začátek.

2) *Příběh osobního růstu* – typický pro ženy-alkoholičky, spočívá v překonání problematických vztahů v rodině a v prostředí, kde osoba vyrůstala, a nalezení nových možností osobního růstu bez závislosti.

3) *Příběh „spoluzávislosti"* – typický pro závislost na nealkoholových drogách, v dětství v rodině nebyla možnost vyjádřit negativní pocity, nízká emocionální podpora a porozumění, vývoj v dospívání byl řetězcem závislostí na různých drogách. Vyléčení spočívá v uvědomění a v naučení se vyjadřovat své pocity.

4) *Nedostatek lásky* – nejčastěji se vyskytuje u žen s poruchami příjmu potravy, je charakteristický nedostatkem lásky a péče v dětství, s tím souvisí i narušené sebehodnocení. Taková osoba hledá někoho, kdo ji může poskytnout lásku a péči, když se ji podaří nalézt, může to významnou měrou přispět k uzdravení.

5) *Rutinní závislost* – typická pro závislost na nikotinu. Závislost vzniká většinou v dospívání, kdy slouží jako výraz dospělosti, v dospělosti zase tlumí problémy s dospělostí spojené a stává se rutinou.

Takto popsané typologie příběhů samozřejmě nemusí vždy nutně souhlasit s přiřazenými typy závislostí.

Využití narativního přístupu u zkoumání návykových poruch má své opodstatnění. U lidí závislých „se objevují mnohem hlubší problémy než jen závislost na návykové látce: popírání, potlačená traumata či zneužívání a jiné rodinné problémy. Tato situace nás nutí o to pokoušet se obracet na všechna tato témata navržením léčebného plánu, který bude založen na narativním přístupu, jenž vede klienty k reformulaci jejich problému a znovuobnovení jejich smyslu života." (Narrative Means to Sober Ends, 2000, s. 614) Totéž by se dalo analogicky převést do oblasti výzkumů. U závislých pacientů hrají velkou roli hlubší, často rodinné příčiny jejich problémů, proto je i u výzkumu v této oblasti vhodný narativní přístup, který lépe umožňuje porozumět problémů těchto lidí v kontextu jejich životních událostí.

V České Republice se kvalitativní adiktologický výzkum začal rozvíjet až po roce 1989, protože dříve byl z ideologických důvodů považován za nevědecký (Miovský, 2003).

## 2.3. Kvantitativní výzkum

Mezi kvantitativní výzkumy léčby závislostí patří velká skupina výzkumů, které srovnávají jednotlivé způsoby léčby, psychoterapeutické směry a metody. Z těchto výzkumů uvádím ty, které považuji vzhledem k problematice protialkoholní léčby za nejvýznamnější.

Morgenstern et al. (2001) v kvantitativním výzkumu 252 účástníků léčby závislostí na komunitním principu nepotvrdili hypotézu, že rozšíření komunitní léčby o kognitivně behaviorální terapii má pozitivní vliv na výsledek léčení. Rozdíl mezi skupinami bez použití KBT a s jejím použitím nebyl ihned ani 6 měsíců po skončení léčby významný.

Doyle et al. (2003) srovnávali v Irsku 67 účastníků protialkoholního ústavního léčení a komunitního léčebného programu založeného na rodinné terapii. Dospěli ke zjištění, že závislí na alkoholu, kteří prošli ústavní léčbou, abstinovali více (75%) než ti, kteří prošli léčbou komunitní (36%), ovšem ti, kteří prošli komunitní léčbou po jejím skončení pili méně. Výzkumný vzorek byl v této studii ovšem velmi nízký.

Marques a Formigoni (2001) na základě svého výzkumu 155 závislých na alkoholu a jiných drogách dospěli k závěru, že ambulantní forma skupinové a individuální kognitivně-behaviorální psychoterapie jsou ve výsledcích srovnatelné. Obě zkoumané skupiny respondentů byly dobře vyvážené početně a na základě relevantních charakteristik. Psychoterapie proběhla během 8 měsíců a zahrnovala 17 sezení.

Quimette et al. vyhodnotili 15 léčebných programů a dospěli k závěru, že pacienti, kteří prošli 12-krokovou léčbou podle vzoru Anonymních alkoholiků, se častěji stali abstinenty, než účastníci jiných léčebných programů. Srovnáním léčby podle AA-modelu s jinými léčebnými přístupy se zabývalo mnoho kvantitativních i kvalitativních výzkumů. Většina z nich však neukázala významné rozdíly mezi pacienty léčenými jinými přístupy (cit. dle Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000). Morganstern et al. formulovali 5 charakteristik, které významně ovlivňují výsledek 12-krokové AA-léčby. Patří mezi ně self-efficacy, přijatý závazek abstinence, kognitivní coping, behaviorální coping a primární hodnocení ohrožení v důsledku alkoholu (Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000).

U nás byl proveden výzkum průběhu ústavní protialkoholní léčby. Vymětal (1999) zkoumal změny v osobnosti podle rogersovských charakteristik měřených pomocí Regensburského inventáře inkongruencí (RIAI). V průběhu léčby byly zachyceny pozitivní změny v osobnosti nemocných, které se týkaly příznivějšího sebepojetí včetně schopnosti tolerance a zvládání vnitřních rozporů, větší sebedůvěry, zvýšení sebekongruentních zkušeností a úbytku pocitů insuficience. Tato zjištění jsou ovšem jen předběžná, protože

výzkum nebyl proveden s kontrolní skupinou nemocných čekajících na léčbu a bylo zkoumáno jen 66 pacientů.

### 2.4. Rozdíl mezi závislostí u mužů a žen

Pro zkoumání návykových poruch je zajímavé srovnat rozdíly v podobě závislostí u mužů a žen. Hrají zde roli především společenské faktory, které jsou odlišné při průběhu závislosti i při průběhu případné léčby.

Hänninen a Koski-Jännes (1999) rozlišili dva hlavní příběhy závislosti, v níž jeden je typický více pro muže (Příběh z AA) a druhý pro ženy (Příběh osobního růstu). Při interpretaci mužské a ženské odlišnosti v pojetí závislosti vycházejí z teorie Gilliganové, která tvrdí, že muži jsou vychováváni jako individualisté, tudíž hledají cestu k ostatním, zatímco ženy, jejichž identita je definována ve vztahu k ostatním, směřují k individuální činnosti. Proto se také muži v léčení své závislosti snaží najít cestu zpět z izolace a ženy zase mají více tendenci k individuálnímu prosazení.

Davisová (1997) uvádí, že ženy, které mají problémy s alkoholem, mohou počítat s nižší sociální oporou ze strany nejbližší rodiny než muži. Členové rodiny v případě závislosti ženy se ženou méně komunikují a více problémy popírají. Problémy žen-alkoholiček jsou rovněž v okolí (v rodině, v práci) zaznamenány později. Davisová tato tvrzení dokládá předchozími, převážně kvantitativními zjištěními i vlastní kvalitativní studií 10 žen závislých na alkoholu. Dospěla přitom k závěru, že tradiční systém protialkoholní léčby, který je založen na zapojení podpory ze strany rodiny vyhovuje více pacientům-mužům než ženám. V ženských skupinách může také na vyléčení ženy negativně působit její „strach a nedůvěra k jiným ženám, spojená se silným spoléháním na vztahy s muži“ (Davisová, 1997, s. 172). Zde se jedná rovněž o jednu z bariér vyplývající z tradičního způsobu výchovy mužů a žen.

V Česku byl proveden kvantitativní výzkum průběhu ústavní léčby závislostí u žen. Kubička a Csémy (2003) zkoumali průběh léčby u 131 pacientek pomocí dotazníkové metody PD2. Respondentky vyplňovaly dotazníky v dvoutýdenních intervalech minimálně čtyřikrát v průběhu léčby. Faktorová analýza vedla k šesti komponentám. Ocenění léčby se u pacientek v jejím průběhu téměř neměnilo, mladší pacientky (16-25 let) léčbu oceňovaly méně. V průběhu léčby došlo k nárůstu náhledu na nemoc, integraci ega (cílevědomosti), sebedůvěry a komunikativnosti pacientek. Zároveň došlo k poklesu dysforických stavů úzkosti a depresivní nálady. Výzkum byl proveden na oddělení pro léčbu závislostí žen v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích.

Při každém výzkumném plánu (a zejména v případě kvalitativního přístupu) je vhodné posuzovat podobu závislosti a její léčby u žen a mužů zvlášť. Pohlaví je tedy jednou z podstatných charakteristik, kterou je nutné při klinickém výzkumu zohlednit.

## 3. Psychoterapeutický vztah

### 3.1. Charakter psychoterapeutického vztahu

Psychoterapeutický vztah patří mezi nejvýznamnější tzv. obecné psychoterapeutické faktory (Hanušová, 2004), to jsou faktory, které se vyskytují napříč psychoterapeutickými směry a metodami. Podrobný přehled psychoterapeutického vztahu podává Vavrda (2004). Psychoterapeutický vztah je podle Vavrdy definován jako druh meziosobního vztahu, vztahu mezi lidmi v situaci psychoterapie. Každý meziosobní vztah je tvořen:

1. *psychickými obsahy* (postoje, představy, očekávání, zkušenosti, potřeby),
2. *dynamikou vztahu* (vzájemné působení a vývoj psychických obsahů vůči druhé osobě). Vztah má tedy dynamickou povahu a vztah, který je strnulý, bez vývoje, se stává neuspokojivým.

Meziosobní vztah se realizuje prostřednictvím vnějšího chování. „V případě přirozeně se vyvíjejícího vztahu odpovídá chování – tedy vnější, formální charakter vztahu – jeho skutečnému osobnímu významu“ (Vavrda, 2004, s. 93). Lidský vztah vzniká v kontextu řetězce interakcí. Tyto interakce se vzájemně ovlivňují, což znamená, že vztah je vždy výtvorem obou jeho subjektů.

Důležitým nástrojem vztahu v psychoterapii, který dále popisuje Vavrda, je vztah jako informace o světě pacientových vztahů. Existují lidé, kteří mají určitý charakteristický a mnohdy velmi rigidní způsob, jakým se vztahují k druhým. „To, jakým způsobem se člověk vztahuje ke svému terapeutovi, případně jaké vztahy vytváří ve skupině, je určitým odrazem jeho všedního života. Vztahy v terapii jsou tedy určitým modelem pacientova světa vztahů. Porozumění těmto vztahům se pak stává mimořádně cenným příspěvkem pochopení jeho obtíží“ (Vavrda, 2004, s. 98).

Další skupinu faktorů, které ovlivňují interakce vytvářející psychoterapeutický vztah, můžeme nalézt na straně terapeuta. V této oblasti je důležitým pojmem *empatie*. Vavrda ji definuje jako „vnitřní zážitek sdílení a porozumění duševnímu stavu druhého“ (2004, s. 99). V terapeutické situaci tento pojem bývá spojován se záměrnou, dočasnou a zkusmou identifikací terapeuta s pacientem, která terapeutovi dodává emoční vědomost o prožitkovém světě pacienta. Tato identifikace může mít dvě podoby:

- *konkordantní* – identifikace s vlastními pacientovými psychickými obrazy
- *komplementární* – identifikace s pacientovými psychickými obrazy druhých

Jak dále uvádí Vavrda, psychoterapeutický vztah lze popsat následujícími dimenzemi. Ty podstatně určují jeho charakter. Patří mezi ně:

1. *vzdálenost ve vztahu* – optimální vzdálenost vyžaduje pevně ustálený pocit oddělenosti, pokud si není jedinec dostatečně jistý svou odděleností, může příliš blízká vzdálenost nebo splývání být pro něj ohrožující, naopak pokud je vzdálenost mezi subjekty vztahu příliš velká, vzájemný a prospěšný vztah není možné navázat,

2. *bezpečí ve vztahu* – je ovlivněn pocitem základní důvěry (Erikson), tím, jak byl pevně ustaven pocit oddělenosti (Mahlerová) a dalšími životními zkušenostmi, vyžaduje oporu v chování z druhé strany; ze strany terapeuta je nutné dodržovat formální rámec terapie (sem patří i udržování „jako"charakteru terapie ze strany terapeuta, kdy pacient nemusí mít obavu z dopadů myšlení a chování na svůj život, může si vše jen vyzkoušet), diskrétnost, zájem o pacienta a jeho přijetí,

3. *konzistentnost ve vztahu* – terapeut zachovává v průběhu terapie stabilní podobu vztahu.

### 3.2. Historický vývoj pojetí psychoterapeutického vztahu

Jak poznamenávají ve své přehledové studii Horvath a Luborsky (1993), kořeny konceptu terapeutického vztahu nalézáme u zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Je velmi zajímavé, že již u Freuda dochází během časového vývoje jeho díla u tohoto konceptu k posunu, který naznačuje pozdější vývoj vztahu v psychoterapeutických teoriích. Freudovo pojetí vztahu se vyvíjí od jeho chápání vztahu jako „vážného zájmu" nebo „soucitného porozumění", který umožňuje, aby zdravá část pacientova Self navázala pozitivní vztah s terapeutem. Později Freud dochází ke svému klasickému pojetí vztahu mezi terapeutem a pacientem, tj. vztahu založeném na přenosu a práce s ním. Podporující vztah ze strany terapeuta umožní pacientovi, aby si nevědomě spojil osobu terapeuta s obrazy významných lidí ze svého života (většinou rodičů).

Takto vzniklý přenosový vztah představuje v terapii určitou formu zauzlení, kde psychoanalytik využívá interpretací k poznání charakteru přenosu. Terapeutický vztah se tímto stává vlastně prostředkem analytické práce, prostředkem k poznání vztahového základu pacientových nevědomých procesů.

Do přenosové části vztahu je nutné zahrnout rovněž pojem *protipřenosu*, který v psychodynamických teoriích označuje vliv terapeutových raných zkušeností na formování

vztahu s pacientem. Horvath a Luborsky poznamenávají, že není jednoznačné, zda je protipřenos pouze konstantní charakteristikou terapeuta, nebo zda jedná o „interakční fenomén“, tedy zda se vztahuje ke specifickému chování na straně pacienta.

Dnes je ovšem přenos a jeho analýza jen dílčím (a v mnoha psychoterapeutických směrech dokonce zcela opomíjeným) prvkem terapeutického vztahu. Piper et al. (cit. dle Carroll, 1997) na základě svého výzkumu dospěli ke zjištění, že vysoká míra analýzy přenosu je u některých pacientů spojena s horším terapeutickým vztahem.

Jak dále uvádějí Horvath a Luborsky (1993), v pozdním Freudově díle je patrná změna spočívající v zahrnutí nové, rovněž pomáhající dimenze vztahu, která je zakotvena v reálném (tedy nepřenosovém) vztahu mezi pacientem a terapeutem. Zde se kromě základního pojetí založeném na analýze přenosu vztah rozšiřuje i o vědomou komponentu, která umožňuje pacientově zdravé části Self uskutečnit dohodu o léčbě. K takto pojatému vztahu, tj. vztahu pouze mezi osobou pacienta a osobou terapeuta, který přímo nevyplývá ze vztahů jiných, dospěl v polovině šedesátých let Greenson, který tento druh vztahu označil pojmem *„pracovní vztah“ (working alliance)*. Jeho model zahrnuje tři komponenty terapeutického vztahu:

1. *přenos*
2. *pracovní vztah*
3. *„skutečný vztah“ (real relationship)*

Třetí pojetí terapeutického vztahu rozvíjeli autoři Gitleson, Horwitz a zejména Bowlby. Vycházeli z toho, že v terapeutickém vztahu může pacient získat k terapeutovi takovou vazbu, se kterou se ve svých zkušenostech se vztahy v raném dětství nesetkal, a je mu tím umožněno vědomě rozlišit rozdíl mezi narušeným a „skutečným vztahem“ (cit. dle Horvath a Luborsky, 1993).

Jedním z typů mezilidské interakce podle transakční analýzy založené americkým psychiatrem Ericem Bernem (1992) je „hraní her“. Jedná se o určité specifické série interakcí, které vedou vždy ke stejnému zakončení a jsou individuálně programované za účelem dosažení psychologického zisku. Právě těmito zisky jsou tyto interakce udržovány a posilovány, přestože brání plnohodnotnému rozvoji mezilidských vztahů. Složitější struktury interakcí, které lidé získávají ve své rodině a jsou tak nosnými v průběhu celého života, Berne (1997) označuje jako „scénáře“. Tyto jevy mohou nezávisle na vědomí aktéru snadno vstoupit do terapeutického vztahu a blokovat jeho smysluplný rozvoj. Transakční analýza se těmito strukturami interakcí zabývá a tím je pomáhá překonat.

V průběhu druhé poloviny 20. století se vedle psychoanalytických směrů, které více či méně zdůrazňovaly přenosové mechanismy fungující v rámci vztahu mezi pacientem a terapeutem, vyvíjely i směry další, které zdůrazňovaly další dvě dimenze psychoterapeutického vztahu, které jsme zde uvedli. Směry, které chápou terapeutický vztah především na bázi „skutečného vztahu“, tj. vztahu založeném na setkání dvou bytostí, jsou označovány jako humanistické.

Filozofickým východiskem humanistického pojetí psychoterapeutického vztahu je filozofie dialogu Martina Bubera (1969), který rozlišuje dva základní lidské postoje: Já-Ty a Já-Ono. Vztah Já-Ono je vztah světa zkušenosti, vztah subjektu k objektu. Objekt není ve vztahu se subjektem, je jen prostředkem jeho zkušenosti, která je plně záležitostí subjektu. Takový postoj známe z psychoterapie, když psychoterapeut „zakouší“ klienta jako člověka s určitými problémy nebo určitou poruchou, hodnotí ho, diagnostikuje.

Mrkvička (2002, s. 26) popisuje existenciálně-dialogický pojem setkání takto: „V setkání se mění neosobní vztah já-on v oslovující já-ty. Jestliže však při neosobním vztahu má primát „já“ ve smyslu „já rozhoduji“, „já disponuji“, pak ve vztahu osobním se závislost převrací. „Ty“ se stává těžištěm vztahu: k tobě se obracím se svým očekáváním, se svou nadějí, na tvé odpovědi a na tvém rozhodnutí záleží. Setkání je odpovědí na nevyslovenou prosbu člověka v nouzi. Osvobozující zkušenost setkání můžeme vyjádřit slovy ‚jsem v nouzi a ty mi jdeš na pomoc‘, ‚čekal jsem tě a ty jsi přišel‘.“ Setkání je reálné setkání dvou lidských bytostí a je vždy vázáno na určitou životní situaci. Má podobu „zneklidňující nesamozřejmosti“, protože jsme konfrontováni z pohledem druhého, s jinou životní perspektivou a naše je tudíž částečně relativizována. Setkání zároveň znamená podíl odpovědnosti obou dialogických subjektů na svém vztahu.

Carl R. Rogers vychází z humanistického přesvědčení, že základní lidskou tendencí není přizpůsobit se (psychoanalýza), ale „rozvíjet se, tendence k sebeuskutečnění“. Terapeut k tomu přispívá, že se vzdá role experta na mezilidské vztahy, autoritářského postoje a poučování. Jeho postoj musí vycházet z úcty ke klientově osobnosti a tím směřovat k ustavení opravdového lidského – mohli bychom říci partnerského – vztahu“ (Mrkvička, 2002, s. 27). Opravdovost, bezpodmínečné přijetí klienta a schopnost porozumění (empatie), to jsou základní a nutné předpoklady charakterizující terapeutovu úlohu v terapeutickém svazku podle Rogerse.

Bordin (cit. dle Chatoor & Krupnick, 2001) formuloval tři komponenty, které přispívají k dobrému terapeutickému vztahu. Terapeut a klient ke svému dobrému vztahu zejména potřebují:

1. dohodnout se na úkolech jednotlivých sezení,
2. schválit a zhodnotit cíle terapie
3. a vytvořit osobní pouto.

Luborsky (Horvath & Luborsky, 1993) ve své přehledové studii zmiňuje své pojetí psychoterapeutického vztahu, který chápe jako více dynamickou než statickou entitu. Rozlišuje dva typy terapeutického vztahu:

1. *přijetí*, pacient vyžaduje, aby terapeut byl podporující a pomáhající, více rozšířený v úvodní fázi terapie

2. *spojenectví*, terapeut a pacient jsou spojenci proti pacientovu problému, odpovědnost za práci na léčebných cílech je rozdělená, více typický pro pozdější fázi terapie.

V úvodní fázi terapie je klientova první reakce determinována úsudkem zahrnujícím vnímanou péči, citlivost, sympatii a pomoc na straně terapeuta. „Tento úsudek může být ovlivněn vnímanou vřelostí a péčí (empatií), externími faktory (přitažlivost), kontextuálními informacemi (expertnost) a klientovými minulými zkušenostmi z podobných vztahů. Vliv těchto faktorů je v pozdějších fázích umocněn nebo potlačen více kognitivními komponenty terapeutického vztahu (na základě hodnocení nebo spolupráce).“ (Horvath & Luborsky, 1993, s. 564)

Závěrem k historickému přehledu bych chtěl podotknout, že tři výše popsané Greensonovy komponenty terapeutického vztahu (přenos, pracovní vztah a skutečný vztah) odpovídají akcentaci tří základních terapeutických směrů, které se konstituovaly do konce moderní doby – psychoanalýza zdůrazňuje přenos, behaviorální terapie pracovní vztah a humanistické směry kladou důraz na setkání, na skutečný vztah dvou lidských bytostí.

### 3.3. Výzkum psychoterapeutického vztahu

Chatoor a Krupnick (2001) rozdělují metody výzkumu psychoterapeutického vztahu podle perspektivy na ty, které jsou hodnocené a) ze strany pacienta, b) ze strany terapeuta a c) ze strany nezávislých pozorovatelů, kteří analyzují audio- nebo videonahrávky, případně zápisy z terapeutických sezení. Ve výzkumu terapeutického vztahu do sedmdesátých let dominuje hodnocení vztahu tzv. nezávislými pozorovateli.

Pojetí terapeutického vztahu podle Carla Rogerse bylo v posledních čtyřech desetiletích podrobeno mnohému zkoumání. Zpočátku byla jednoznačně potvrzena hypotéza, že terapeuti s rogersovskými charakteristikami byli jednoznačně úspěšnější než ostatní. Další výzkumy ukázaly, že vztah mezi výstupem terapie a požadovanými charakteristikami podle Rogerse není jednoznačný mezi odlišnými způsoby terapie. Důležitější než samotná charakteristika

empatie se ukázalo být klientovo vnímání terapeuta jako empatického člověka (výzkumy Mitchell, Mozart & Krauft; Orlinsky & Howard; cit. dle Horvath & Luborsky, 1993).

Chatoor a Krupnick (2001) uvádějí srovnání Greensonova pojetí psychoterapeutického vztahu s pojetím Carla Rogerse. Zatímco Greenson se zaměřuje na roli pacienta, Rogers se zaměřuje na roli terapeuta v úsilí o terapeutickou změnu. Studie Rogerse z šedesátých let a Barretta-Lennarda z osmdesátých let podporují Rogersovo tvrzení, že terapeuti, kteří vykazují vyšší stupeň empatie, kongruence a bezpodmínečného přijetí pacienta, jsou v terapii úspěšnější, než ti, kteří těchto charakteristik mají méně.

Zajímavý výzkum, který se zabývá srovnáním psychoterapeutického vztahu u různých terapeutických přístupů a souvislostí s výsledky léčby, provedli Raue, Goldfried & Barham (1997) na vzorku 57 pacientů s depresí a za účasti 5 terapeutů. Terapeutický vztah byl posuzován pomocí inventáře WAI-O (pro nezávislé pozorovatele), který vychází z Bordinova modelu vztahu v terapii (úkoly pro sezení, dohoda o cílech terapie a osobní pouto). Všichni pacienti absolvovali 16 sezení v psychodynamické nebo kognitivně-behaviorální terapii. Pacienti, kteří se účastnili kognitivně-behaviorálně orientovaných terapeutických sezení, zaznamenali vyšší skóre psychoterapeutického vztahu než ti, kteří se účastnili psychodynamicko-interpersonální terapie. U výsledků léčby však nebyly zaznamenány u obou terapií významné rozdíly. To podporuje hypotézu, že u psychodynamicky orientované psychoterapie není horší úroveň vztahu než u terapie kognitivně-behaviorální, ale že psychoterapeutický vztah má u různých směrů jinou podobu. Tento výsledek rovněž koresponduje s Bordinovým modelem vztahu, který má blíže k pojetí vztahu u KBT.

V průběhu osmdesátých let dochází v psychoterapeutickém výzkumu k obratu hned v několika oblastech, které se týkají zkoumání psychoterapeutického vztahu:

### 3.3.1. **Obrat ke konstruktivismu** (k výzkumu vnímání terapie samotnými aktéry)

Bachelor (1995) poznamenává, že události a konstrukty vnímané nezávislými pozorovateli-výzkumníky se značně liší od toho, co klienti spontánně produkují. Odkazuje na své dřívější výzkumy, které dokázaly, že hodnocení z jiné perspektivy se jen málo shoduje se skutečnou kvalitou terapeutického vztahu, který je zkoumán. Ke zkoumání psychoterapeutického vztahu prosazuje analýzu z perspektivy aktérů a za pomocí fenomenologické metody, která „identifikuje jen ty podstatné rysy vztahu z konkrétní zkušenosti“.

Autoři, kteří vycházeli z teorie sociálního vlivu (LaCrosse, Strong), předpokládali, že pokud pacient vnímá svého terapeuta jako experta, důvěryhodného a přitažlivého, dokáže terapeut lépe působit a podporovat ve prospěch změny („sociální vliv“). Vztah mezi takto pojatým sociálním vlivem a výsledkem terapie byl opakovaně potvrzen ve výzkumech v 70. a 80. letech. Další výzkumy však tuto hypotézu na základě svých zjištění relativizovaly (včetně již cit. Horvatha) s tím, že vliv zmíněných proměnných na terapeutické záměry může být nižší a nekonzistentní v závislosti na různých terapeutických přístupech (cit. dle Horvath a Luborsky, 1993).

V rámci kvantitativního zkoumání potvrdili Horvath a Symonds (1991) v metaanalytické studii hypotézu o korelaci mezi pracovním vztahem (working alliance, Greenson) a výsledkem léčby. Autoři zkoumali 24 studií. Nejvyšším prediktorem se ukázalo být hodnocení provedené klienty, méně silným pak hodnocení ze strany terapeutů a nejslabším prediktorem výsledku léčby se ukázalo být hodnocení nezávislých pozorovatelů. Autoři vysvětlují nejlepší odhad vlivu vztahu s terapeutem na výsledek léčby ze strany klientů tím, že klienti posuzují svůj vztah s terapeutem nejen v přítomnosti, ale rovněž v kontextu minulých vztahových zkušeností.

Meyer, Krupnick et al. (2002) zkoumali vztah mezi pozitivním očekáváním z léčby, zapojením do terapeutického vztahu a výsledkem léčby – kognitivně-behaviorální terapie. Výzkum 151 pacientů s depresí (se dvěma kontrolními skupinami) ukázal jasnou korelaci ($r = 0.49$) mezi pacientovým zapojením do terapeutického vztahu a výsledkem léčby. Ukázalo se, že pacienti, kteří měli na počátku léčby více pozitivních očekávání, navázali silnější vztah a výsledek jejich léčby byl vyšší. Výzkum nepotvrdil spolupůsobení dvou faktorů (pozitivní očekávání a zapojení do vztahu) na výsledek léčby, ale vliv pozitivního očekávání z léčby na její výsledek zprostředkovaně – přes aktivní zapojení do terapie. Tento efekt se týkal jen očekávání z terapeutické léčby, nikoli obecných očekávání nebo očekávání terapeutů, která byla rovněž měřena a srovnávána. Tato očekávání měla rovněž vliv na výsledek terapie, ovšem nepůsobila skrze pacientovo aktivní zapojení do terapie, tak jako pacientovo očekávání od léčby.

### 3.3.2. Posun od zkoumání faktorů na straně terapeuta směrem ke zkoumání interakcí mezi terapeutem a pacientem

Výzkumy v osmdesátých letech ukázaly, že „klientovo hodnocení terapie je z části založeno na jeho očekávání z terapie a ve specifické interakci s terapeutem, než pouze na faktorech na straně terapeuta“ (Horvath & Luborsky, 1993, s. 563). Tato zjištění přivedla

výzkumníky k většímu zkoumání interakcí terapeut-pacient a tím i terapeutického vztahu, než charakteristik samotných aktérů terapie.

Horvath (1993) rozděluje osobní charakteristiky klientů v terapii, které mají vliv na psychoterapeutický vztah, do tří skupin:

1. *interpersonální schopnosti* – zahrnuje schopnost navazovat kvalitní vztahy, rodinné vztahy
2. *interpersonální dynamika* – motivace, psychický stav, objektové vztahy a postoje
3. *diagnostické rysy* – charakteristiky na počátku terapie a prognostické indicie

Přestože se jedná o dělení osobnostních charakteristik klientů, mají první dvě skupiny interakční povahu, jedná se vlastně o interakce, které působily na jedince v minulosti a zanechaly na jeho osobnosti určité stopy.

Podle výzkumů, které Horvath (1993) uvádí, mezi pacienty, kteří nejsou schopni navázat silný terapeutický vztah, patří lidé, kteří obtížně udržují sociální vztahy nebo mají špatné rodinné vztahy, jsou defenzivní, mají nízkou míru očekávání úspěchu, špatné objektové vztahy nebo nedokážou psychologicky myslet.

Piper et al. (cit. dle Carroll, 1997) dospěli k výzkumnému zjištění, které potvrzuje souvislost mezi ranou zkušeností objektových vztahů (QOR) a schopností rozvinout pozitivní vztah s terapeutem. Terapeutický vztah je ovšem ranými zkušenostmi objektových vztahů jen ovlivněn, nikoli předurčen. Terapeutický vztah se také ukázal být silnějším prediktorem úspěšné terapie než rané objektové vztahy.

### 3.3.3. Zaměření pozornosti na tzv. nespecifické faktory v terapii

Jak dále uvádí Horvath a Luborsky (1993), v 80. letech je možné sledovat zájem o zkoumání těch terapeutických proměnných, které jsou společné všem terapeutickým přístupům a významně se podílí na účinnosti terapie.

Chatoor a Krupnick (2001) srovnávali tzv. nespecifické (obecné) psychoterapeutické faktory, mezi které řadili terapeutický vztah, kompetenci terapeuta a dodržování určitého způsobu léčby s použitím specifické terapeutické metody. Výzkum se týkal terapie rodin s dětmi trpícími anorexií, kde terapeutický vztah posuzovali experti za pomocí škály Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale. Bylo zjištěno, že obecné faktory včetně psychoterapeutického vztahu mají statisticky významný vliv na výsledek terapie a více jej ovlivňují než specifická léčebná metoda.

Rounsaville, Elkin at al. (1987) rovněž zkoumali vztah mezi obecnými a specifickými dimenzemi psychoterapeutického procesu a také jejich vliv na výsledek terapie. Bylo

zkoumáno 35 pacientů s depresí léčených 11 terapeuty metodou krátkodobé interpersonální terapie. K měření obecných dimenzí bylo využito Vanderbiltovy škály psychoterapeutického procesu (VPPS), k měření výsledku terapie Hamiltonovy škály deprese. Nejen že výsledky ukázaly vysoké korelace mezi obecnými dimenzemi (terapeutovou explorativitou a vřelostí) a specifickou kompetencí terapeuta, ale bylo tomu tak i u výsledku léčby. Výsledky u sebeposuzovací škály deprese statisticky vysoko korelovaly s explorativitou terapeuta (r = 0.50) a vřelostí terapeuta (r = 0.60). Obecné dimenze psychoterapeutického procesu na straně terapeuta více predikovaly úspěšnost terapie než faktory na straně pacienta.

### 3.3.4. Rozvoj kvalitativního výzkumu

Rozvoj kvalitativního výzkumu v posledních dvaceti letech se projevil i v oblasti terapeutického vztahu.

Mezi nejznámější kvalitativní výzkumy v oblasti psychoterapeutického vztahu patří výzkum Alexandry Bachelorové (1995), která analyzovala psychoterapeutický vztah 34 klientů ve všech třech fázích terapie a za použití fenomenologické analýzy dospěla k rozlišení třech typů terapeutického vztahu:

1. *pečující vztah* – klient hledá empatické porozumění, prostředí důvěry, přátelskosti, podmínky pro otevření se a vyjádření emocí, katarzi, vyžaduje od terapeuta zpětnou vazbu, tento typ se vyskytuje častěji v závěrečné fázi terapie
2. *vztah založený na získání vhledu* – klient hledá pochopení příčin a dynamiky svých problémů, vyžaduje identifikaci, analýzu, zkoumání a osvětlení svých myšlenek, pocitů a činů, usiluje o to být si vědom svých charakteristik, úsilí o tento typ vztahu je nejčastější před nástupem klienta do terapie
3. *vztah založený na spolupráci* – klient se aktivně zapojuje do terapie, vnímá sebe i terapeuta jako stejně aktivní aktéry psychoterapeutického procesu, „spolupřijímá“ odpovědnost za terapii, spoluřídí terapii, uvědomuje si, že změna závisí i na něm, terapeut umožňuje diskusi o kritice své osoby, vyskytuje se hodnocení, konfrontace, tento typ vztahu se nejčastěji vyskytuje v úvodní fázi terapie

K tomuto zjištění mě napadá poznámka, že v prvním typu vztahu je pacientem požadovaná aktivita plně na straně terapeuta, ve druhém typu se jí pacient ujímá sám a ve třetím typu jsou vyrovnané na obou stranách aktérů terapie.

### 3.3.5. Obhajoba relevance konceptu psychoterapeutického vztahu

V oblasti vědeckého zkoumání psychoterapeutického vztahu se často objevily námitky, že terapeutický vztah je jen jakýmsi artefaktem úspěšné terapie, aniž by na ni měl větší vliv. Horvath a Luborsky (1993) tento názor vyvracejí. Argumentují realizovanými výzkumy, které ukazují, že:

a) *terapeutický vztah*, který nejvíce působí ve prospěch stanovených cílů, *nemá podobu lineárního vývoje*, ale prochází krizemi a turbulencemi, které jsou následně urovnány a využity k růstu vztahu (Safran, Rocker et al.),

b) *souvislost vztahu a účinností terapie neroste rovnoměrně s časem*: vyšší hodnocení terapeutického vztahu v úvodní a pozdní fázi terapie více predikuje její dobrý výsledek než úroveň vztahu uprostřed terapie (Kokotovic & Tracey, Plotnicov, Horvath & Symonds),

c) *terapeutický vztah predikuje 36-57% účinku terapie* (Gaston et al.).

## 4. Výzkum psychoterapeutického vztahu u léčby závislostí

V posledních dvaceti letech byla provedena řada výzkumů terapeutického vztahu v souvislosti s léčbou závislostí. Pozitivní výsledky ve výzkumu úlohy terapeutického vztahu u různých druhů terapie vedl výzkumníky v této oblasti ke zvýšení pozornosti léčby návykových poruch, zejména drog. Jak uvádí Belding (1997), souvislost mezi mezi včasným navázáním pozitivního terapeutického vztahu a úspěšným výsledkem terapie byla potvrzena např. ve výzkumu Greenberga a Webstera u gestalt-terapie úzkostných poruch, ve výzkumu Safrana a Wagnera u kognitivní terapie depresí, ve výzkumu Franka a Gundersona u podpůrné terapie schizofrenních poruch nebo ve výzkumech Morgana či Saunderse u psychodynamické terapie různých typů problémů.

Stojíme před stěžejní otázkou: Zda a jak terapeutický vztah ovlivňuje úspěšnost léčby závislostí? Výzkumy provedené na toto téma v posledních dvaceti letech se zabývaly zejména těmito výzkumnými otázkami:

1. Jaký vliv má terapeutický vztah u léčby závislých na výsledek této léčby?
2. Jaký vliv má terapeutický vztah u léčby závislých na jejich setrvání v léčbě?
3. Jaký vliv má terapeutický vztah u léčby závislých na jejich zapojení do léčebného programu?
4. Jak ovlivňují charakteristiky pacientů / terapeutů / terapeutická metoda úroveň terapeutického vztahu v léčbě závislostí?

Terapeutický vztah v těchto výzkumech může být posuzován ze tří pohledů:

a) z pohledu pacienta (klienta)

b) z pohledu terapeuta

c) z pohledu „nezávislého“ pozorovatele

Cartwright (1985) považuje klasické experimentální výzkumy závislostí, které zkoumají efekt u jednotlivých kontrolovaných způsobů léčby, za omezené. Tyto kvantitativně pojaté výzkumy totiž opomíjejí tu možnost, že „vztah mezi osobou poskytující léčbu a závislým na alkoholu může být důležitým a opravdovým terapeutickým faktorem“ (Cartwright, 1985, s.119). Kiesler, Mathine a Klein v této souvislosti uvádějí koncept „terapeutické vazby“, což je „terapeutovo zapojení do interakce a účast na problémech určitého pacienta v této interakci“ (Cartwright, 1985, s. 119). Mezi charakteristiky, které souvisejí s rozvojem terapeutické vazby, Cartwright zmiňuje terapeutovu vůli pracovat se závislými, jejich očekávání práce jako uspokojující, rozsah, kdy cítí, že mají právo tuto práci vykonávat nebo pocity zásluhy se zřetelem k určitým cílům pacientů.

Vzhledem k tomu, že některé studie se ve výzkumu terapeutického vztahu věnují více výzkumným otázkám a z odlišné perspektivy, uvedeme v tomto přehledu výzkumné studie neseřazené podle kritérií úspěšnosti léčby (výsledek léčby, setrvání v léčbě či zapojení do léčby).

Miller et al. (cit. dle Cartwright, 1985) ve svém výzkumu zkoumali vliv empatie na straně terapeuta na výsledek léčby. U klientů – závislých na alkoholu s různými léčebnými podmínkami bylo zjištěno, že terapeutova empatie v průběhu krátké intervence (od nejnižší hodnoty po nejvyšší) vysvětluje až 67% bezprostředně následujícího klientova chování ve vztahu k alkoholu. Terapeuti s nejvyšší empatií dosahovali přes 40% úspěšnosti, zatímco ti s nízkou empatií 15% a méně. Dva roky po té byla empatie stále silně spojena s výsledkem léčby, zatímco nebyl patrný rozdíl mezi různými technikami léčby.

Další výzkum tohoto druhu provedl Valle (cit. dle Cartwright, 1985), kdy byli srovnáváni dobře interpersonálně schopní poradci s poradci v tomto směru horšími. U klientů bylo po dvou letech zjištěno, že ti, kteří měli poradce s vysokou mírou interpersonálních dovedností, měli během dané doby méně relapsů a méně konzumovali alkohol než ti, jejichž poradci měli nízké skóre u interpersonálních dovedností. Valleho škála interpersonálních dovedností přesahuje základní empatii zkoumanou u Millera (definovanou jako porozumění klientovým myšlenkám a pocitům), ale znamená spíše schopnost přistupovat ke klientovi individuálně, což je spojeno s výše popsanou definicí terapeutické vazby. Připomínám jen, že podle Horvath (1993) jsou interpersonální schopnosti významnou charakteristikou, která ovlivňuje podobu terapeutického vztahu.

Belding et al. (1997) zkoumali vliv terapeutického vztahu u 57 drogově závislých pacientů v metadonové substituční léčbě. Terapeutický vztah byl měřen novější verzí Luborského inventáře HAq-II o 19 položkách, který se ukázal ve výzkumu jako validnější pro měření terapeutického vztahu. Byl potvrzena významná souvislost mezi „pomáhajícím vztahem“ a psychickým zlepšením po 3 a 6 měsících od nastoupení metadonové léčby. Hodnota terapeutického vztahu po 1 měsíci od počátku léčby naopak neukázala významnou korelaci se zlepšením. Terapeutický vztah byl posuzován pacienty i terapeuty. Korelace mezi vztahem posuzovaným terapeuty a pacienty se byla ovšem nízká, včetně stability v čase. Vztah posuzovaný terapeuty byl během léčby stabilnější než vztah posuzovaný pacienty. Vztah posuzovaný terapeuty také lépe predikoval zlepšení stavu pacientů. Zjištění o korelaci mezi vztahem a výsledkem léčby až po třech měsících podporují názor o tzv. epifenomenálním charakteru terapeutického vztahu, tzn. že terapeutický vztah není nezbytnou podmínkou zlepšení stavu pacienta sám o sobě, nýbrž vzniká jako známka zlepšení pacientova stavu v úvodní fázi terapie. Jiné výzkumy totiž ukázaly (DeRubeis a Feeley, cit. dle Belding, 1997), že pokrok na počátku léčby lépe predikuje utvoření dobrého psychoterapeutického vztahu a zlepšení v následné léčbě. Tento jev je možné ovšem vysvětlit také tím, že v metadonové léčbě terapeutický vztah potřebuje být déle stabilizován, aby mohl ovlivnit výsledek terapie než v „čisté“ psychoterapii. K podobnému zjištění totiž dospěli i Tunis et al. (cit. dle Belding, 1997), kteří rovněž zkoumali účinek psychoterapeutického vztahu v metadonové léčbě. Tyto výzkumy se od jiných čistě psychoterapeutických výzkumů liší tím, že se zabývají výsledkem protidrogové metadonové léčby jako celku, nikoli pouze psychoterapie.

K podobným zjištěním dospěl Pantalon et al. (2004) u výzkumu 16 žen závislých na kokainu, které prošly kompletním komunitním léčebným programem. Během komunitní léčby byly pomocí videonahrávek nezávislým pozorovatelem sledovány tři proměnné terapeutického procesu – empatie terapeuta, terapeutovy pozitivní odpovědi na vzdorování pacientů a terapeutický vztah pomocí škály The Interpersonal Variables Rating Scale (IVRS). Tyto proměnné byly srovnávány s délkou abstinence po ukončení léčby. Terapeutický vztah a celkový výsledek interpersonální škály významně koreloval s následnou abstinencí (terapeutický vztah: $r = 0.58$, celkem $r = 0.49$, $p < 0.01$). Bylo rovněž zjištěno, že u pacientů, kteří v léčbě vytrvali tři týdny a déle, bylo zaznamenáno významně vyšší celkové skóre v IVRS i vyšší skóre v empatii terapeuta a pozitivních odpovědích terapeuta na vzdor. Nedostatky výzkumu spočívají v nízkém vzorku (léčbu dokončilo jen 16 pacientek) a pozorování jen jedním pozorovatelem.

Nancy a Bickel (1999) ve studii 114 závislých pacientů na opioidech, kteří prošli 3-4 měsíčním léčebným programem, přišli na to, že pacienti, kteří si vytvořili se svými terapeuty silnější vztah, častěji dokončili léčbu. Terapeutický vztah byl v této studii posuzován pacienty i terapeuty za pomocí Helping Alliance Questionnaire (HAQ).

Carroll, Nich a Rounsaville (1997) upozorňují na to, že většina výzkumů, které srovnávají úlohu specifických a nespecifických (obecných) faktorů v terapii zkoumá jen jeden typ terapie. Autoři ve své studii srovnávají pacienty v léčbě závislosti na kokainu ve dvou typech léčby – u tzv. aktivní terapie (kognitivně-behaviorální) a v psychoterapii prováděné v kontrolovaných podmínkách léčebného zařízení, u které předpokládají na rozdíl od klasické KBT převládající podíl obecných psychoterapeutických faktorů. Terapeutický vztah byl měřen pomocí VTAS – škály (1983) u 103 pacientů nezávislými pozorovateli z řad studentů klinické psychologie a sociální práce. Výsledky posouzení terapeutického vztahu byly významně vyšší u kognitivně-behaviorální „aktivní“ psychoterapie. Skóre psychoterapeutického vztahu naopak korelovalo s výsledkem klinické léčby, nikoli KBT. Dále korelace mezi specifickými faktory KBT terapie byly silnější s mírou terapeutického vztahu než korelace specifických faktorů u klinické léčby. Tyto výsledky ukázaly, že vztah mezi obecnými a specifickými faktory a výsledkem psychoterapie je složitější, než se zdálo být u předchozích výzkumů. Ty jednoznačně predikovaly vztah mezi obecnými faktory a úspěšností léčby. Z těchto výsledků je patrné, že obecné a specifické faktory hrají jinou roli u „aktivní“ (ambulantní) a u „kontrolované“ (ústavní) terapeutické léčby. Přestože je u ambulantní léčby vyšší skóre terapeutického vztahu, je možné z něj predikovat výsledek hůře než u ústavní léčby. Naproti tomu, pokud je léčba postavena více na obecných faktorech, je možné na základě terapeutického vztahu lépe predikovat úspěšnost terapie. Tudíž způsob léčby je významnou proměnnou ve zkoumání terapeutického vztahu a úspěšnosti terapie.

Zmíněné výzkumy, zejména výzkumy Panatalona (2004) a Beldinga (1997), pracují jen s velmi malým vzorkem zkoumaných osob. Zkoumání vlivu terapeutického vztahu v léčbě závislostí na značně širším a reprezentativnějším vzorku si daly za cíl dva následující velké americké výzkumné projekty: projekt MATCH (1997) a výzkum Národního institutu pro zneužívání drog (NIDA).

Connors et al. (1997) v rámci projektu MATCH zkoumali vliv terapeutického vztahu na setrvání a výsledek protialkoholního léčení. Vzorek zkoumaných pacientů byl vyšší (n = 1 726), 952 pacientů bylo po skončení léčby sledováno ambulantně, 774 bylo v ústavním doléčování. Posuzování terapeutického vztahu se rovněž zúčastnilo 40 ambulantních a 35 klinických terapeutů. Terapeutický vztah byl měřen inventářem WAI

(1986). Výsledky u skupiny ambulantně sledovaných pacientů ukázaly jasnou predikci mezi účastí ve vztahu s terapeutem (z pacientova i terapeutova pohledu) a výsledkem léčby (délkou abstinence) bez ohledu na způsob léčby (bylo zkoumáno u kognitivně-behaviorální terapie, TSF – spočívající v 12-krokovém způsobu léčby podobně jako u Anonymních alkoholiků a motivační terapie MET).

U pacientů, kteří po léčbě nastoupili ústavní doléčovací program, se hypotéza nepotvrdila. Posouzení terapeutického vztahu ze strany pacientů se nebylo v souvislosti s účastí v léčbě ani s jejím výsledkem. Pouze u posouzení terapeutů byla korelace u procenta délky abstinence. U tohoto výsledku autoři navrhují několik vysvětlení. Kupříkladu je možné jej vysvětlit komplikovanějším průběhem závislosti u pacientů v ústavní doléčovací péči nebo tím, že jsou pobytem v ústavním zařízení více motivováni k abstinenci a tím je snížena korelace s terapeutickým vztahem.

Tato velká studie je významným přispěním k adiktologickému výzkumu v oblasti terapeutického vztahu především proto, že jsou zde dobře kontrolované intervenující proměnné a počet respondentů je vysoký.

Ve výzkumu Národním institutu pro zneužívání drog (NIDA) celkový vzorek zkoumaných pacientů (n = 487) tvořil pacienty léčené ze závislosti na kokainu (Barber, Luborsky et al, 2001). 364 pacientů bylo náhodně rozděleno do tří druhů terapie (krátká psychodynamická terapie, Beckova kognitivní terapie a individuální protidrogové poradenství (IDC). Terapeutický vztah byl měřen škálami HAq-II a CALPAS, jednalo se pouze o sebeposouzení pacientů. Výsledky ukázaly vysoké hodnoty terapeutického vztahu po 2. sezení a mírný vzestup mezi 2. a 5. sezením ve všech typech terapie. Překvapivě ovšem výsledky nedokázaly žádný vztah mezi úrovní terapeutického vztahu a výsledkem léčby, jak to vyplývalo z výsledků jiných studií. Autoři připouštějí, že na vině tohoto zjištění může být zkrácení škály posuzující vztah a rovněž fakt, že psychoterapeutický vztah byl posuzován jen ze strany pacientů.

V této studii se ovšem terapeutický vztah ukázal být prediktorem setrvání v léčbě, ovšem výsledky se lišily podle druhu terapie. U kognitivní terapie pacienti se silnějším terapeutickým vztahem setrvávali v léčbě kratší dobu než pacienti se vztahem slabším, kdežto u krátké dynamické terapie a u IDC pacienti se silnějším vztahem setrvávali v léčbě déle. Jak jsem již zmínil, k podobnému výsledku dospěla Carroll et al. (1997), kde se podobná hypotéza nepotvrdila u pacientů léčených KBT. Je možné, že kognitivní a kognitivně-behaviorální terapie vedou své klienty, kteří lépe naváží terapeutický vztah, k rychlejšímu opuštění terapie.

Mezi nejnovější výzkumy v této oblasti patří výzkumy kolektivu výzkumníků na Manchesterské univerzitě. Meier et al. (2005a, 2006) ve své longitudinální studii zkoumali charakteristiky 187 klientů ze tří léčebných programů (jeden komunitního typu v délce 9 měsíců, dva systémem minnesotského 12-krokového modelu) před nástupem do léčby a jejich vliv na vývoj terapeutického vztahu během léčby. Ten byl zkoumán jednou týdně za použití Working Alliance Inventory (WAI-S, Horvath & Greenberg). V prvních třech týdnech výsledky ukázaly jen nízkou korelaci mezi posouzením ze strany pozorovatele ze strany klienta a terapeuta (poradce), v rozmezí r = 0.18 – 0.40 . V dalších týdnech se korelace s hodnotami klientů i terapeutů zvýšily na r = 0.52 – 0.72. V této studii (Meier, 2006) byla mimo jiné zkoumána úloha terapeutického vztahu v rané fázi protidrogové léčby predikci délky setrvání pacientů v léčbě. Výzkumná zjištění potvrdila hypotézu, že pacienti se slabším terapeutickým vztahem pravděpodobněji ukončí léčbu předčasně než ti, u nichž byl vztah navázán pevněji. Tato hypotéza se ovšem potvrdila jen ve vztahu k posuzování terapeutů, u posuzování pacientů souvislost nebyla navzdory dřívějším výzkumným zjištěním, které naopak potvrzovaly souvislost mezi terapeutickým vztahem vnímaným pacientem a výsledkem léčby.

Ze dvou významných výzkumů (Barber, Luborsky et al, 2001 a Meier et al., 2006) vyplývá, že terapeutický vztah posuzovaný pacienty významně nekoreluje s výsledkem léčby. Naopak vztah posuzovaný terapeuty s výsledkem koreluje (Meier et al., 2006). Klíčem k tomu může být atribuční vysvětlení, které podává v diskusi Meier at al. (2006, s. 61): „možné vysvětlení je, že terapeuti jsou citlivější k problémům v dosahování cílů terapie nebo pacienti místo přisuzování problémů špatnému vztahu s terapeutem vysvětlují problémy tím, že léčba neodpovídá jejich potřebám a opustí ji.“ Přestože klient a terapeut jsou vysoce kompetentní k tomu, aby posuzovali terapeutický vztah více než nezávislí pozorovatelé, jak to tvrdí Bachelor (1995), ovšem na základě věrohodných výzkumů terapeutického vztahu u léčby závislostí k tomu lze dodat, že pacienti nemusí vnímat a zaznamenávat nekvalitní psychoterapeutický vztah, protože skutečný kvalitní vztah dosud nepoznali a následně toto jejich hodnocení není možné srovnávat s výsledkem jejich léčby.

Jak jsem již zmínil, Meier et al. (2005a) souběžně zkoumali i charakteristiky klientů a terapeutů a jejich vliv na vývoj terapeutického vztahu. Mezi silnými prediktory klientem vnímaného dobrého vztahu s terapeutem byla potvrzena na straně klienta motivace, dosažitelnost copingových strategií, sociální podpora a bezpečný dospělý styl attachementu (měřen pomocí Relationship Questionnaire, Bartolomew & Horowitz). Terapeuti u klientů s vážnějšími psychickými problémy považovali za složitější navázat kvalitní terapeutický

vztah, klienti s vážnějšími psychickými problémy hodnotili své vztahy s terapeuty významně hůře než ostatní. Toto zjištění se jeví být v rozporu s předchozími výzkumy. V tomto výzkumu, na rozdíl od podobných výzkumů, je zahrnuto i zkoumání vlivu charakteristik terapeuta na jeho vztah s klientem. Oproti předchozím výzkumům se ukázalo, že zkušenější terapeuti zaznamenali horší vztahy s klienty než méně zkušení terapeuti. Autoři toto zjištění vysvětlují vyšším počtem klientů nebo souvislostí se syndromem vyhoření. Oproti tomu klienti posuzovali své vztahy lépe u zkušenějších terapeutů, terapeutů vyléčených ze závislosti a u mužů-terapeutů.

„Druhá manchesterská studie“ (Meier, 2006) ukázala, že prediktory zmapované v předešlé studii (Meier et al., 2005a), které ovlivňující kvalitu vytvořeného psychoterapeutického vztahu, ovlivňují rovněž délku setrvání v léčbě, respektive její dokončení. Patří k nim zejména copingová strategie, dospělý styl zvládání a sociální opora. Rovněž očekávání od léčby se jeví pro setrvání v ní jako důležité, pacienti s pozitivnějším očekáváním častěji dokončili léčbu. Byla měřena rovněž zkušenost terapeuta, kde se ukázalo, že pacienti zkušenějších terapeutů v léčbě setrvali déle.

Moos (2005) se šířeji zabývá příčinami tzv. iatrogenních efektů (kdy samotná léčba způsobuje zhoršení pacientova stavu) u psychosociální léčby závislých na návykových látkách. Výzkumy ukázaly, že u 7-15% pacientů závislých na návykových látkách se během léčby zhorší její stav vlivem iatrogenních efektů. Moos na základě předchozích výzkumů mapuje ty faktory, které zvyšují riziko deteriorace během léčby:

1) <u>osobnostní faktory (vztahující se k osobnosti pacienta)</u>

a) *demografické faktory* – věk (mladší více než starší), rodinný stav (svobodní více), stabilita bydliště, barva pleti

b) *diagnóza* – lidé s více diagnózami nebo s komplikovanější diagnózou jsou náchylnější k deterioraci během léčby (např. více návykových látek nebo přidružená afektivní porucha)

c) *problémy v navazování sociálních vztahů* (málo přátelských nebo sexuálních vztahů)

2) <u>faktory spojené s intervencí</u>

a) *nedostatečná vazba* – vyplývá s nedostatečné podpory ze strany terapeuta

b) *konfrontace, kritičnost* – nedostatek empatie

c) *nedostatečné sledování* – inkonzistentní sledování pacientova chování, nedostatky v organizaci a struktuře léčby, nepřehledný program, nejasné cíle léčby apod.

d) *přítomnost modelů deviantního chování* – příležitost k učení deviantního chování, mladší se učí od starších

e) *stigma, nevhodná očekávání nebo nedostatek povzbuzení* – diagnostické označení může vzbudit u pacienta pocit odmítnutí, nepřiměřené požadavky na léčbu, které neodpovídají realitě pacientova stavu (např. nepřiměřené informace o nutné trvalé abstinenci mohou způsobit ztrátu sebedůvěry – „Abstinence Violation Effect"), nepřiměřená přesvědčení o nevyléčitelnosti mohou vést ke snížení efektivity léčby nebo až k úplnému odmítnutí léčby

U posledního faktoru se nabízí srovnání s tradičním „skálovským" pojetím protialkoholní léčby užívané v Česku. Je otázkou, zda požadavek trvalé abstinence v tomto přístupu natolik zdůrazňovaný, v sobě nenese riziko nevhodného očekávání a tím i iatrogenním poškozením pacientova stavu a do jaké míry je v léčbě závislostí adekvátní.

## 5. Směřování k výzkumným otázkám

Na základě studia výzkumů terapeutického vztahu u léčby závislostí můžeme dospět k závěru, že tomuto tématu je v zahraničních výzkumech věnována velká pozornost. V domácím prostředí se odborná veřejnost tomuto tématu zatím věnovala spíše okrajově v rámci obecněji pojatých výzkumů léčby závislostí. V Česku nebyly provedeny velké kvantitativní výzkumné projekty, které by mapovaly úlohu nespecifických faktorů v psychoterapii u různých typů léčby závislostí, jako tomu bylo třeba v USA. Přitom léčba závislostí u nás má jinou strukturu a charakter, což je způsobeno zejména odlišným historickým vývojem nejen u léčby závislostí, ale především ve zdravotnickém systému jako celku.

Pro přípravu kvantitativního výzkumu, který by zmapoval úroveň psychoterapeutického vztahu u různých typů léčby závislostí by bylo účelné vyjít z již zpracovaných kvalitativních studií k jednotlivým typům léčby jak ze strany terapeutů, tak ze strany pacientů.

V oblasti nově se rozvíjející disciplíny adiktologie byly v posledních deseti letech provedeny tři větší kvalitativní výzkumy, které mapují významné faktory u závislých na nealkoholových drogách. Klasická skupina pacientů závislých na alkoholu je zatím příliš neprozkoumána. I v těch státech (severoamerické a skandinávské země), kde je adiktologický výzkum na mnohem vyšší úrovni, je větší pozornost věnována uživatelům nealkoholových drog. Velká pozornost je rovněž věnována výzkumu závislostí u žen.

Z těchto důvodů vnímám užitečnost kvalitativního výzkumu, jenž by se věnoval mužům - závislým na alkoholu, kteří prošli ústavní protialkoholní léčbou. Tedy léčbou, která má u nás dlouhou tradici a je základním pilířem protialkoholní léčby v naší republice.

# III. Výzkumná část

## 1. Cíl výzkumu

Z výzkumů provedených v zahraničí v průběhu posledních patnácti let vyplývá, že psychoterapeutický vztah patří mezi obecné účinné faktory, které významně ovlivňují úspěšnost terapie.

Jak jsem již popsal v závěru teoretické části, tento výzkum má explorativní charakter a klade si za cíl zmapovat zkušenosti pacientů se vztahem s terapeuty v ústavní protialkoholní léčbě v České Republice. Vycházím tedy z výše citovaných poznatků, že pro zkoumání psychoterapeutického vztahu mají vyšší validitu data získaná od přímých aktérů vztahu.

Cílem práce je zjistit důležitost, kterou přikládají terapeutickému vztahu pacienti, jenž absolvovali dobrovolnou tříměsíční ústavní protialkoholní léčbu, také jakou pozici tento vztah v léčbě zaujímal a jak naplňoval jejich potřeby v tomto ohledu. Dále mě zajímá, v jakých dimenzích je vnímána pacientova zkušenost psychoterapeutického vztahu.

Vzhledem k výzkumnému záměru jsme dospěli k formulaci následujících výzkumných otázek:

- Jak je pro pacienta důležitý vztah se svým terapeutem v kontextu dobrovolné ústavní léčby?
- Jak pacient vnímal svého terapeuta v léčbě?
- Co prožíval během léčby ve vztahu k terapeutovi?
- Co se mu ve vztahu líbilo?
- Co se mu ve vztahu nelíbilo?
- Co mu ve vztahu chybělo? (Co ve vztahu od terapeuta potřeboval?)

Očekávám, že výstupem z mého explorativního výzkumu budou témata, která se týkají psychoterapeutického vztahu v průběhu ústavní protialkoholní léčby z pohledu pacienta. Cílem práce je zjistit, která témata se v této souvislosti objevují, která témata pacienti považují za důležitá a jak spolu vzájemně souvisí.

Ve svém výzkumu vycházím z výše popsané Vavrdovy (2004) definice psychoterapeutického vztahu jako meziosobního vztahu lidí v situaci psychoterapie. Přijal jsem častěji užívaný užší typ terapeutického vztahu jako vztahu mezi terapeutem a klientem. Naopak psychoterapeutická situace, ve které se vztah utváří a mění, je v mém pojetí rozšířena na všechny situace v průběhu ústavního protialkoholního léčení. Definici psychoterapeutického vztahu pro potřeby našeho výzkumu jsem tak upravil proto, že

psychoterapie v protialkoholní ústavní léčbě je prováděna s použitím více metod a je neoddělitelná od dalších aspektů léčebného programu. Vzhledem k tomu, že léčba je v praxi kompaktním celkem, terapeutický vztah je zde vztahem mezi terapeutem a pacientem v léčbě jako celku. Předpokládám, že psychoterapeutický vztah bude tvořen psychickými obsahy a bude mít určitou dynamiku, jak o tom píše Vavrda (2004), což je podrobněji zpracováno v teoretické části. Mnou upravená Vavrdova definice je pracovní definicí pro potřeby našeho výzkumu. Výše popsaná různá pojetí psychoterapeutického vztahu v našem kvalitativně pojatém výzkumu prozatím opouštím a vrátím se k nim v diskusní části práce.

Z důvodu heuristicko-explorativního charakteru výzkumu se nezaměřuji na vztah pacienta pouze s jedním konkrétním terapeutem, ale zajímají mě pacientovy vztahy s více terapeuty v průběhu jejich celého protialkoholního léčení.

## 2. Výzkumný soubor

Při výběru výzkumného vzorku jsem se zaměřil na osoby, které absolvovaly dobrovolnou ústavní protialkoholní léčbu v některé z psychiatrických léčeben v ČR. Přestože má ve všech léčebnách léčebný program standardní délku hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (3 měsíce po čtrnáctidenním detoxikačním režimu), charakter léčby může být více či méně odlišný. Vždy je ovšem založen na komunitním principu.

Rozhodl jsem se ve výzkumu zaměřit na terapeutický vztah, který je nespecifickým faktorem v ústavní léčbě. V tomto případě se zajímám o podobu psychoterapeutického vztahu z pohledu pacienta u protialkoholní léčby v Česku. V tomto směru by tedy bylo vhodné, aby se vybrané zkoumané osoby zúčastnili protialkoholní léčby v různých psychiatrických léčebnách po celé republice.

Požadavkem výzkumu bylo vybrat takovou skupinu respondentů, kteří prošli protialkoholní léčbou a zároveň k ní byli motivovaní. Chtěl jsem tak vyloučit ty pacienty, kteří nastoupili protialkoholní léčbu z jiných důvodů než snahy vyléčit se ze závislosti, například z důvodů sociálních, ekonomických apod. Dále vzhledem k odlišnostem průběhu závislosti na alkoholu podle pohlaví jsem se rozhodl zaměřit pouze na skupinu mužů.

Uvědomoval jsem si, že nebude nijak jednoduché respondenty získat. Protialkoholní léčba, stejně jako jiné léčebné pobyty v psychiatrických léčebnách, patří stále v povědomí veřejnosti k tématům, za která se lidé mají tendenci spíše stydět.

Tyto popsané charakteristiky výběru výzkumného vzorku mě vedly k tomu oslovit doléčovací zařízení, které u nás fungují jako neziskové společnosti, a jejich prostřednictvím získat respondenty k účasti na výzkumu. V doléčovacích zařízeních se vyskytují klienti, kteří

prošli protialkoholní léčbou a kteří si přejí pokračovat v další fázi léčby prostřednictvím chráněného bydlení, jehož nutnou podmínkou je přísné dodržování pravidel abstinence, účast na individuální i skupinové psychoterapii apod. Klienti takového zařízení se vrací do pracovního procesu a snaží se vypořádat se sociálními důsledky závislosti (dluhy, vztahy v rodině atd.). Tito lidé jsou pro protialkoholní léčbu více vnitřně motivovaní. Zároveň mezi nimi je spousta těch, kteří prošli více léčbami, což je u lidí se závislostí na alkoholu častá praxe.

Výzkumný soubor je tvořen pěti bývalými pacienty - muži, kteří prošli dobrovolně protialkoholními léčebnými pobyty v psychiatrických léčebnách. Čtyři z nich byli získáni prostřednictvím doléčovacího zařízení s chráněným bydlením Lotos. Jeden byl vybrán prostřednictvím organizace Podané ruce. U všech byla během léčby diagnostikována závislost na alkoholu, u jednoho probanda byla závislost sekundární, primární diagnózou byla afektivní porucha (deprese). Dva zkoumaní před nebo v průběhu závislosti na alkoholu trpěli i závislostí na dalších návykových látkách (jeden na pervitinu, druhý na anxiolytikách).

Pět zkoumaných mužů je ve věku od 28 – 55 let, poslední léčbu skončili nejdéle před dvěma lety, výjimku tvoří jeden z nich, který poslední léčbu absolvoval před pěti lety. Zahrnují tedy téměř celé věkové spektrum. Čtyři muži jsou rozvedení a mají děti, jeden je svobodný, bezdětný.

## 3. Předvýzkum

V rámci doléčovacího zařízení Lotos, kde byl výzkum většinou prováděn, jsem se rozhodl provést pilotní sondáž, která by zjistila předpoklady k výzkumu u širší skupiny osob, v rámci které budu vybírat výzkumný vzorek, a snížil by jejich možné pocity nedůvěry k výzkumu. Přišel jsem se jako výzkumník představit na sezení komunity a domluvil jsem se s přítomnými, že na příštím skupinovém sezení, kterého se budu účastnit, bude tématem předešlá ústavní protialkoholní léčba z pohledu členů skupiny.

Toto sezení proběhlo 9.7.2006, jeho zápis je po úpravě osobních údajů uveden v příloze. Diskuse k tématu hodnocení léčby v protialkoholních léčebnách se zúčastnilo šest z deseti členů skupiny. Toto téma bylo záměrně formulováno jen jako hodnocení léčby, nebyla zde zmínka o vztahu s lékaři či terapeuty, abych zachoval fenomenologický ráz výzkumu. Protože mě také zajímala důležitost psychoterapeutického vztahu v kontextu léčby, vyhýbal jsem se k podsouvání jakýchkoli konstruktů v souvislosti se vztahem mezi terapeutem a pacientem v léčbě.

Příspěvky členů skupiny, kteří prošli v minulosti protialkoholní léčbou, naznačily, že se jedná o téma, které vnímají jako důležité. Pro bližší orientaci zde zmiňuji některé, které se týkají pacientova vztahu se svým lékařem nebo terapeutem:

*„…primář X., ten mě považoval za odepsaný případ, když zjistil množství léčeb, kterými jsem prošel, dal mě pouze na detox…“*

*„…terapie tam je jen 1x za týden, psycholožka se na začátku zeptá, co pacient má, přitom se dívá na hodinky a poznamená, že spěchá a ukončení terapeutické hodiny je: ‚ale to nesmíte chlastat…‘ “*

*„Y., psycholožka v L. byla svérázná, ale měla pravdu, byla dobrá…“*

*„ v S. byla výborná sociální pracovnice…“*

Povedený předvýzkum ukázal, že o tématu terapeutického vztahu v protialkoholní léčbě se bývalí pacienti zmiňují a někteří jej považují za velmi důležité. Má tedy smysl se jím dále zabývat a má význam se při zkoumání příběhu pacienta protialkoholního léčení na toto téma zaměřit.

## 4. Etika výzkumu

Hlavním problémem výběru respondentů bylo skloubit nároky výzkumu ohledně co nejvyšší možné míry reprezentativnosti výzkumného vzorku s ochotou respondentů vypovídat o tak citlivém tématu, jakým průběh závislosti a následné léčby bezpochyby pro každého je.

Před začátkem výzkumu byl s každým respondentem podepsán výzkumný kontrakt, jehož kopie je uvedena v příloze práce. Ve výzkumném kontraktu byly podrobně popsány podmínky, za kterých výzkum probíhá a které výzkumník zaručuje. Patří mezi ně závazek nezveřejnění osobních údajů respondenta ve výzkumné zprávě, pořízení nahrávky rozhovoru pouze za účelem jeho přepisu, zpracování výzkumu jen k vědeckým účelům a právo respondenta na informace ohledně výzkumu.

Tento výzkumný kontrakt byl zpracován ze stejného důvodu jako předvýzkum, tj. pro zvýšení důvěry respondenta s ohledem na citlivost zkoumaného tématu.

Všechna jména osob, která jsou v této práci uvedena jsou smyšlená, jména osob, o kterých se zmiňuje respondent jsou kódována písmeny, která nejsou začátečními písmeny jmen skutečných lékařů a terapeutů. Stejně tak jména psychiatrických léčeben a oddělení, kde probíhala ústavní protialkoholní léčba jsou nahrazeny jinými rozšířenými místními jmény nebo čísly. Tato opatření byla provedena z toho důvodu, že cílem výzkumu není

hodnotit jednotlivé léčebny ani lékaře či terapeuty, ale zkoumat zkušenost terapeutického vztahu v ústavní léčbě z pohledu jejich pacientů.

## 5. Podmínky výzkumu

Výzkum u čtyřech probandů byl proveden v prostorách neziskového zařízení pro doléčování pacientů Lotos. Bývalí pacienti a klienti zařízení se přihlásili dobrovolně po skupinovém sezení, kde proběhla výše popsaná orientační sondáž k výzkumu (předvýzkum). Jeden z respondentů není klientem zařízení Lotos, ale pracuje zde jako laický terapeut. Rozhovory proběhly v místnosti určené pro individuální psychoterapeutická sezení.

Na posledního z pěti respondentů jsem získal kontakt prostřednictvím jedné pracovnice ze sdružení Podané ruce Brno, které pracuje s drogově závislými. Respondenta jsem oslovil telefonicky a domluvili jsme si schůzku k rozhovoru, který proběhl v prostředí klidné brněnské restaurace.

Rozhovory trvaly v rozmezí 25-40 minut.

## 6. Použité metody

Vzhledem k výše popsanému cíli výzkumu jsem zvolil kvalitativní přístup, protože dokáže lépe zachytit a porozumět individuální zkušenosti pacienta s terapeutickým vztahem.

Nabízí se otázka, proč kvalitativní přístup a výzkum explorativního charakteru v tomto případě, kdy existuje celá řada výzkumných kvalitativních a zejména kvantitativních zjištění ze zahraničí? Navíc terapeutický vztah je prokázaný obecný účinný terapeutický faktor bez ohledu na specifický přístup nebo na typ léčené poruchy. Mě ovšem nezajímá již prokázaná efektivita terapeutického vztahu, ale vnímání jeho důležitosti a charakteru u pacientů léčených ze závislosti na alkoholu ve specifických podmínkách dobrovolné ústavní léčby v té podobě, jak je rozšířena v naší zemi. Faktory, které jsem navrhl v teoretické části (tradice léčby v našich zemích, tradice léčby v daném zařízení, sociální klima oddělení, osobnosti terapeutů apod.), mohou podle mého názoru významně ovlivnit způsob léčby závislostí. Zkušenost terapeutického vztahu v tomto typu léčby v Česku může tedy být narozdíl od zahraničí značně odlišný. Vzhledem k tomu, že u nás nebyly výzkumy tohoto faktoru u léčby závislostí provedeny, rozhodl jsem se tento explorativní výzkum provést s využitím kvalitativního přístupu.

Při sběru dat jsem použil narativní rozhovor. Usiloval jsem tedy o výzkum, který bude opřen o narativní data. Lieblich, Tuval-Maschiach a Zilber (1998) popisují čtyři formy narativního výzkumu (formálně-holistická, obsahově-holistická, formálně-kategoriální a

obsahově-kategoriální). Vzhledem k zaměření na vnímání důležitosti a charakteru terapeutického vztahu z pohledu pacienta v protialkoholním léčení byl výzkum koncipován jako obsahově- kategoriální.

Důvod volby narativního přístupu je ten, že mě vedle zkušeností pacientů s psychoterapeutickým vztahem zajímá rovněž vnímání jeho důležitosti. V praxi to znamená, že se jsem na začátku nechtěl se dotazovat výzkumných osob přímo na jejich vztah s terapeutem a jeho dimenze, ale chtěl jsem poznat postavení psychoterapeutického vztahu v kontextu celého léčení i případně pacientovy životní historie. Proto jsem chtěl nechat výzkumnou osobu „vyprávět příběh" celého léčení a odtud se postupně dostat k tématu zkušenosti s psychoterapeutickým vztahem. Šlo mi o to, abych u metody sběru dat minimalizoval doposud známé vědecké koncepce vztahu mezi pacientem a terapeutem a zkoumal opravdu jen to, co je důležité z pohledu zkoumané osoby. Tento metodický přístup označuji jako *konstruktivistický*, tedy *zaměřený na perspektivu zkoumaného*.

### 6.1. Základní technika sběru dat

Podle Hendla (1999) je výchozím bodem pro používání narativního rozhovoru skepse vzhledem k možnosti získat přístup ke zkušenosti jedince využitím schématu otázka-odpověď. Zajímalo mě, jakou úlohu má terapeutický vztah ve vyprávění pacienta o své protialkoholní léčbě a jak tento vztah prožíval. V rozhovoru v souladu s Hendlovým popisem narativního rozhovoru zkoumaný subjekt nebyl konfrontován se standardizovanými otázkami, ale výzkumník se snažil jej povzbuzovat k volnému vyprávění.

Rozhovor byl polostrukturovaný a v zásadě rozdělen do čtyř následujících fází:

1. Před začátkem vlastního rozhovoru jsem se snažil navázat s bývalým pacientem neformální dialog, který vyústil k tématu rozhovoru, vyjádřil jsem svůj zájem o téma protialkoholního léčení a o zkušenosti zkoumaného. Tato část měla za cíl stimulovat zkoumaný subjekt k vyprávění. V této fázi byl podepsán výzkumný kontrakt a provedena doplňující výzkumná technika, která je popsána v další části.

2. Na začátku rozhovoru jsem se bývalého pacienta zeptal na to, jak dlouho se léčil, na kolika léčbách byl a kde. Tato část sloužila nejen k získání těchto informací, ale především k tomu, aby si mohl zkoumaný vybavit přesný časový a místní rámec tématu vyprávění.

(Příklad otázky: *Zajímalo by mě, na kolika léčbách jste byl a jak dlouho to trvalo…*)

3. V první části rozhovoru jsem zeptal na to, jak absolvované léčby hodnotí, co se mu na nich líbilo nebo nelíbilo. (Příklad otázky: *Jak ty léčby hodnotíte? Co se vám na nich líbilo, případně nelíbilo?…*)

4. Ve druhé části rozhovoru mě zajímala samotná podobu pacientových terapeutických vztahů. Ptal jsem se přímo na jeho vztahy s terapeuty a lékaři. (Příklad otázky: *Jak jste během léčby prožíval vztah s terapeuty, lékaři nebo psychology?*)

5. Na závěr rozhovoru jsem respondentovi vyjádřil dík za čas a zájem se výzkumu zúčastnit. Zároveň se výzkumník vždy snažil vyjádřit zkoumanému člověku podporu v jeho dalším boji se závislostí a popřát mu na této cestě hodně zdaru.

Otázky jsme se snažil formulovat v souladu s běžně používaným jazykem a odpovídajícím kontextu našeho vyprávění tak, aby působily co nejpřirozeněji. Do vyprávění jsem zkoumaným subjektům vstupoval minimálně, otázka jsem zopakoval v případě, že se zkoumaný příliš odchýlil od tématu (např. *Mně by ovšem zajímalo, jaké je vaše hodnocení…* nebo *Mně by více zajímal ten váš vztah s panem doktorem…*). Během vyprávění jsem občas verbálně i neverbálně vyjádřil svůj zájem nad tím, co zkoumaný vypráví („*Hmmm*“, „*Tomu rozumím*“, „*To mě překvapuje*“) apod.

Doslovný přepis všech rozhovorů je uveden v příloze práce.

### 6.2. Doplňující technika

Jako doplňující techniku byla použita modifikace techniky „čáry života“, kterou popisuje Čermák (2004). Tato technika se podle něj používá především v psychoterapii ke stimulaci klienta k rozhovoru o jeho životních problémech.

Mimo stimulaci jsem tuto doplňující techniku použil rovněž z důvodu lepšího porozumění kontextu pacientova léčení (viz. dvojí dělení přístupu k narativnímu materiálu podle Lieblich at al., 1998, popsané výše). Obsahově-kategoriální přístup k narativnímu materiálu (vnímání zkušenosti terapeutického vztahu) byl touto doplňující technikou rozšířen o formální prvky („čára léčby“).

Bývalé pacienty jsem požádal, aby mi nakreslili čáru, která by znázornila průběh léčby. Dále aby na ni vyznačili přítomnost a další významné události během léčby. Podrobně jsem je ke kresbě nechal vyjádřit po skončení rozhovoru.

## 7. Způsob zpracování dat

Při analýze narativního materiálu získaného z rozhovorů jsem použil fenomenologickou analýzu. Vycházeli jsme přitom z postupu fenomenologické analýzy popsaného Moustakasem (1994) a Bachelorovou (1995) a interpretativní fenomenologické analýzy popsané Smithem, Jarmanem a Osbornem (1999).

Postup fenomenologické analýzy jsem zvolil (podobně jako u metody sběru dat) s ohledem na celkový charakter výzkumného projektu, který se snaží popsat fenomén psychoterapeutického vztahu u specifické skupiny léčených osob, má explorativní charakter a zjišťuje to, jak pacienti, kteří prošli dobrovolnou ústavní protialkoholní léčbou vnímají vztah se svým terapeutem.

Podle Smithe et al. (1999) si interpretativní fenomenologická analýza, která vychází z fenomenologického přístupu, klade za cíl porozumět pohledu účastníka na předmět výzkumu a zkoumá subjektivní význam, který přisuzuje člověk vnímanému světu. Důležité přitom je získat perspektivu zkoumané osoby. To je možné pouze za předpokladu odhlédnutí, respektive uvědomění si vlastních prekoncepcí na straně výzkumníka, které se vztahují k tématu výzkumu. Mezi prekoncepce patří osobní prožitky na základě vlastní zkušenosti i dosavadní vědecké poznatky. Podle názoru citovaných autorů se tady metoda vždy přizpůsobuje jedinečnému způsobu práce výzkumníka.

V mém výzkumu jsem zvolil interpretativní fenomenologickou analýzu s prvky modifikace fenomenologické analýzy Stevick-Colaizzi-Keenovy metody (Moustakas, 1994, s. 121-2) a fenomenologické analýzy popsané Giorgim (cit. dle Bachelor, 1995). Analýza dat má formu idiografické studie, kdy pracuji vždy s každou výpovědí zvlášť. V další fázi jsou srovnávána témata získaná s jednotlivých rozhovorů a jsou vybrána ta témata, která se opakují u více probandů.

Zvolený postup fenomenologické analýzy dat podle jednotlivých stupňů:

1. **Smysl fenoménu jako celku –** Doslovně přepsaný text rozhovoru byl čten za účelem získání smyslu fenoménu jako celku vyplývajícího ze zkušenosti respondenta. Byl zvolen obecný název jednotlivého příběhu, který vyplynul z podstatných prvků výpovědi zkoumané osoby při zachování charakteru jeho jazykových vyjádření.

2. **Rozčlenění textu na jednotky** – V textu byly určeny všechny jednotky relevantní k tématu rozhovoru (situace, myšlenky, pocity).

3. **Epoché a fenomenologická redukce** – Bylo pracováno jen s prvky a vztahy obsažených v textu, zaměřeno na to, jak se v textu jeví a jak z něho vystupují, odhlédnutí od osobních zkušeností a asociací výzkumníka, prozatímně opuštěny všechny dosud známé koncepce a znalosti vztahující se k tématu rozhovoru.

4. **Hledání témat** – Byly vytvořeny obecněji formulovaná témata, ke kterým by se vztahovaly zjištěné jednotky objevující se ve výpovědi.

5. **Hledání vztahů** – Všechny témata byla přepsána na zvláštní papír, a byly hledány všechny možné vazby mezi nimi, možné shluky či překrývání, rozdělení textu na základní a nadřazená témata (shluky základních témat).

6. **Seznam témat** – Byl vytvořen uspořádaný kompletní seznam témat zahrnující hlavní a základní témata. Získaná témata byla interpretována. Každé téma bylo navíc podepřeno doslovnými citacemi z textu. Ve výsledcích jsou doslovné citace pro rozlišení psány kurzívou.

7. **Imaginativní variace** - Byla provedena reflexe vytvořené struktury témat, zvažovány jiná možná zobecnění.

8. **Pokračování analýzy s dalšími případy** – Každý rozhovor byl analyzován výše popsanými kroky zvlášť

9. **Seznam společných témat** – Jednotlivé seznamy témat byly srovnávány za účelem vytvoření společného seznamu témat, která se vyskytovala u dvou nebo více účastníků výzkumu.

K analýze doplňující techniky „čáry léčby“, která je modifikací techniky životní linie, jsem postupoval následovně: Čermák (2004) ve výzkumu 52 dospělých dospěl k následující typologii životních linií:

- Životní krize s malým pádem a rychlou nápravou
- Postupný vzestup
- Plánovaný zisk s očekávaným rizikem
- Životní krize s hlubšími pády
- Moratorium
- Proměna (Metanoia)

V analýze čáry léčby jsem se snažil čáru přiřadit k některé z těchto typologií a okomentovat ji. Výsledek analýzy doplňující techniky sloužil k ilustraci a doplnění výsledků získaných analýzou narativních rozhovorů.

## 8. Výsledky

Výsledky zejména u témat, které se vztahují ke kontextu terapeutického vztahu, zde nejsou interpretovány a doplněny přímými úryvky z rozhovorů v kompletní podobě. Je tomu tak z důvodu praktických, aby vlastní část práce byla přehledná. Kompletní analýza dat spolu s přesným popisem proběhlých rozhovorů je uvedena v příloze.

### 8.1. Pan Matěj

„Dlouhá cesta k důslednosti aneb alkohol se dá zvládnout, jen když se ho nenapiju.“

Pan Matěj se léčil ze závislosti na alkoholu na osmi léčebných pobytech, z toho bylo sedm v psychiatrických léčebnách po celé republice, jedno léčení proběhlo v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Matěj je rozvedený, v současnosti má přítelkyni a bydlí v neziskovém doléčovacím zařízení v Brně, kde se mu pod dohledem terapeutů daří abstinovat. Je mu 39 let, je rozvedený a má 2 syny.

#### 8.1.1. Seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut**

- **Pozitivní témata**

➢ **Znalost oboru**

*…když sem se bavil s M., tak to je vopravdu člověk, kerej má takovej úžasnej přehled vo tom pití a nejenom vo pití, ale vůbec vo závislostech jako takovejch…*

➢ **Silná osobnost, charisma**

*… ten M., který s těma alkoholikama to ved´, že vopravdu M. bezesporu je silná velká osobnost a kapacita v tomdletom…*

➢ **Zkušenost se závislostí na alkoholu**

- umožňuje rychlejší porozumění problémům pacienta
- pomáhá při odhalení lží, skrývání, maskování ze strany pacienta

*…no a že tam ještě byli teda terapeuti, dva alkoholici, jeden se šestatřicetiletou praxí a druhej asi z osmnáctiletou, jo … kerý jako to tam táhli a ty přesně věděli, jak se zeptat, na co se zeptat a hlavně je nikdo nevoblafnul, jo?*

*…nicméně prostě když si sednu s někym, kdo to má za sebou, tak vlastně nemusíš nic vysvětlovat. Nemusíš nic vysvětlovat, von přesně ví vo čem mluvíš a stačí, nemusí toho člověk zrovna říct dvakrát moc a už hned ví prostě a už i ví na co se zeptat, jo? Což ty lékaři nebo tydlety různý terapeuti, kerý todleto za sebou nemaj, tak jako voni se k tomu problému sice dostanou taky, ale trvá to dýl, protože je to jaksi souhrn otázek, než se k tomu dostanou, kdežto ten bejvalej, že jo, závislák, prostě ten ví hned, jo? A zrovna tak hned ví kde prostě, kde mu ten pacient, jo, kde mu lže. Kde mu lže nebo kde mu prostě něco skrejvá, maskuje…*

➢ **Zkušenost z léčebných komunit mimo psychiatrické léčebny**

*...sou tam teda, vlastně víceméně terapeutky, jo, tak si myslim, že na vynikající teda úrovni, jo? Protože žily v různejch těch komunitách, ať už teda těch alkoholiků v různejch těch emauzech se tomu říká, v těch emauzech, což je asi něco na tendleten způsob…*

➢ **Zájem o pacienta a jeho léčbu**

*...že vopravdu jako se třeba i ptali: „Jedete domů?" Jo, třeba na sobotu na neděli, na víkend, „co budete konkrétně…", taková ta starost, „co konkrétně budete dělat a jak budete třeba řešit tydlety situace" a ste na to připravený a zažil sem, že i někdy to zamítli, jo, nebo nedoporučili, ne zamítli vysloveně, ale nedoporučili, že prostě tam jako viděli, že fakt není dost dobrý tam ject a řešit to, že je to lepší ještě řešit z tý … nemocnice nebo…, jo, z toho špitálu, takže v tomdletom jednoznačně je to prostě nad tím Hradcem i nad těma Albrechticemi, jo, prostě jednoznačně převažovala…*

*...že i ty terapeuti, včetně těch doktorů tam fakt měli takovou … empatii a vopravdu tu snahu s tím pacientem vopravdu něco udělat. Že tam byla taková ta … takovej ten osobní přístup, i tím že ta Lhota není nijak velká, není to takovej velkošpitál jako je ten Hradec, jo, tak prostě tam skutečně tam ten záběr byl…*

- **Negativní témata**

➢ **Odcizení ve vztahu**

❖ **přístup k lidem jako k „jednotkám"**

*…něco jako … za druhý světový války, když byli prostě … ježiš teď mě to vypadlo z hlavy …, Osvětim, tak když se pak ptali Eichmanna, Eichmann tam byl jakoby tím ředitelem nebo tím šéfem tohohletoho, v Izraeli tak se ho ptali: „A to vám nebylo teda líto , když už ste teda tam vraždili prostě ty chlapy a všechno, to vám nebylo líto těch dětí, dyť vy máte tři syny." A on povídá: „No samozřejmě že mám rád děti a svý syny miluju, jo, ale prostě Židi, to byly…, dyť to byly jednotky, jo? Tak takovejdle mě tam přijde přístup na to. Seš pro … seš pro nás bodová jednotka pro zdravotní pojišťovnu, jo, takle tě vnímáme, takle tě vidíme. Jo a z toho si myslim, že tam i jako potom todleto vyplynulo. Vopravdu a byla to cílená neochota, to mohu jednoznačně potvrdit, protože slušnym přístupem nebo slušnym požádánim, vo co de… tam prostě naprostej nezájem, jako jo?*

❖ **nezájem o léčbu**

*… s Bystřicí mám jednoznačně asi nejhorší zkušenost a v tomdletom směru a po svý recidivě, když sem byl na pětce eště v Bystřici, tak to už vůbec, to je skutečně odkladiště alkoholiků a tam s nima nedělají lautr nic, jako, tam je absolutní nezájem cokoliv prostě s tím pacientem udělat, jo takže … tak bych ji asi viděl já, tu Bystřici. Možná že někdo má lepší zkušenost, ale zatím sem lepší zkušenost neslyšel vod jinejch, kerý tam to prodělali.*

*… Tam prostě naprostej nezájem, jako jo?*

❖ **neporozumění potřebám pacienta**

*…vopravdu a byla to cílená neochota, to mohu jednoznačně potvrdit, protože slušnym přístupem nebo slušnym požádánim, vo co de, že mám sice přítelkyni v Brně, jo, ale nedaří se mi abstinovat, chtěl bych to zkusit někde, kde prostě budu mít ňákou tu kontrolu, jo, nad sebou těch vostatních, že jo a že tam zároveň bude i ta terapie v tom začleněná, jo a že*

*nejsem vlastně takovej ten, kerej nemá kam jít, ale ta abstinence se tam prostě nedaří, takže bych chtěl něco takovýdleho vozkoušet, jo? Tam prostě naprostej nezájem, jako jo?*

- **Pocit konkurence ze strany jiných léčebných zařízení**

*...asi třikrát nebo čtyrikrát, spíš bych řek´ snad čyrikrát sem nemohl dostat prostě z tý psycholožky L., nemoh´ sem dostat spojení, kontakt tady na primářku z Lotosu. Že prostě i když jako sem věděl, že prostě je taky v té Bystřici, že je na oddělení třiadvacet, tak mi neumožnili ten kontakt s ní, že tam z toho oddělení vodejít nemůžu ... A telefon sem z ní páčil taky, jo, až asi napotřetí nebo napočtvrtý sem ho dostal, jo? Ten telefon. A nicméně sem tam jako i slyšel, že to je takový jako beztak dyž se ..., jako jakej Lotos, jak se jako můžete, se můžete bez nebo se musíte vobejít bez toho, to je zase ňáká náhražka, jo kde...Spíš bych řek´ asi cítění ňáký konkurence. Mě nic jinýho jako nenapadlo, že prostě tam mají ňáký...*

- **Nedodávání naděje, přístup jako k beznadějnému případu**

*...primář S. mě nechtěl vzít, jo, že prostě sem beznadějnej případ. Jo, takový dost odsouzení, jo, já si myslím, že jako alkoholovou demenci nemám, ani tak propitej ještě nejsem, ale jako jednoznačný odsouzení ... a že nic víc novýho mě nemůžou nabídnout, tak že spatřuje tu léčbu jako pro mě nepodstatnou, jo? Prostě jaksi ... už mně nemají k tomu co říct, takže z laskavosti mně teda udělá prodlouženej detox.*

**B) Interakce terapeut-pacient**

- **Konstelace mezi terapeuty a pacienty na skupině**

*...nicméně je to dycky odvozený od toho, jak ten personál, že jo, ty doktoři, nebo ty terapeuti, jaký tam sou konstelace a jaká je taky hlavně ta skupina, jo, když ta skupina prostě tam řeší banální, nebo respektive baráčnický debaty, místo prostě ňákýho svýho problému, tak potom je to těžký vůbec tam dosahnout ňákýho výsledku...*

- **Čas si popovídat s pacientem, zázemí pro pacienta** – pacient oceňuje to, že byl v denním kontaktu s terapeutem, mohl za ním kdykoli přijít a svěřit se s aktuálními pocity, problémy, obavami.

*...kontakt denní s tím terapeutem a případně když měl člověk rozlady, ňáký problémy, tak že moh´ to probrat ten problém a něco s tim řešit, že jo, než to bouchne...*

*...vopravdu měli ten čas, jo, si popovídat a pokud ten dotyčnej terapeut tam byl, jo, tu službu, tak kdykoliv si za nim že jako sem moh´ přijít a popovídat si vo tom, jakej mám teď momentálně problém, jo, nebo že mám strach z tý budoucnosti nebo že nevim, jak se chovat doma, a tak dále, takže to bylo hodně intenzivní, hodně intenzivní a hodně do hloubky...*

*... tam je důležitý, když u ňákýho toho terapeuta sem našel zázemí ..., jako člověk tam s ním mohl mluvit otevřeně...*

- **Rozebírání problémových situací do detailů**

*...taková ta starost, „co konkrétně budete dělat a jak budete třeba řešit tydlety situace" a ste na to připravený a zažil sem, že i někdy to zamítli, jo, nebo nedoporučili, ne zamítli vysloveně, ale nedoporučili, že prostě tam jako viděli, že fakt není dost dobrý tam ject a řešit to, že je to lepší ještě řešit z tý ... nemocnice nebo..., jo, z toho špitálu...*

*…důsledný rozebrání, prostě, jo, do takovejch těch detailů, kerý sou ale vlastně nejdůležitější, že to tisíckrát nic, že jo, právě nás porazí…*

- **Menší počet pacientů v poměru k počtu terapeutů**

*…A vono se to asi při tom ňákým počtu těch pacientů pak na ten počet těch terapeutů, to se asi nedá dost dobře zvládnout…*

*…kde to prostě v podstatě tři malý pokoje po asi sedmi lidech, takže v celku tři malý skupinky na který, na každou skupinku lékař, na každou skupinku jeden až dva terapeuti, takže to bylo poměrně jako slušný, tam to bylo vyvážený, jo, kdežto tam se čekal v Hradci, že to bude jako mnohem horší a horší teda bylo, to prostředí, to je pravda…*

*… že byl i ten počet těch klientů menší, jo, a relativně dejme tomu na osmadvacet až třicet pacientů tam bylo asi sedm terapeutů, což je poměrně slušný, protože se to rozdělilo do takových skupinek…*

- **Podpora sebepřijetí**

*…Tak to tam votvírali, ten pohled na sebe, na to „já“, jo a to je strašně důležitý, protože ze svý zkušenosti vim, že to přijetí sám sebe, takovej, jakej sem, že to je hrozně těžký a že to nemám do dneška jako pořádně zpracovaný, že furt si říkám, že už sebe jako jo, že už je to dobrý, já sem se i smířil s tím, že sem alkoholik a takovýhle…*

- **Tvrdý a důsledný přístup**

*…todleto já v tom Hradci tam sem zažil teda dva, jako dvě nejsilnější osobnosti – F. a J., jo to sou dva bejvalí alkáči a taky uměj bejt dost ale tvrdý. Protože to, co já sem neměl a do dneška jaksi ani nemám, tak jak bych potřeboval a začínám se to učit tak to je bejt, umět bejt tvrdej sám k sobě. Tvrdej a důslednej, jo? Já sem schopnej vnímat dost dobře chyby jinejch nebo chyby jinejch, jo? To všechno jako vnímám. Velice dobře. Ale svoje chyby a svoji důslednost k sobě už tolik nevnímám. To je taky základní kámen úrazu, to jistě, mýho i těch vostatních, ta nedůslednost, jo, zlehčování něčeho, „to není důležitý teď, až zejtra“…*

- **Zázemí**

*…tam je důležitý, když u ňákýho toho terapeuta sem našel zázemí …, jako člověk tam s ním mohl mluvit odevřeně…*

**C) Pacient ve vztahu**

- **Schopnost naslouchání**

**…** *a že ten kdo trošku umí naslouchat, jo, tak si z toho hodně vodnes*

- **Přetvářování**

*…já sem to ze začátku používal, takový to dělání se lepším, „tolik sem nepil, jo, tak jednou já sem pil jenom tolik a tolik“, jo, i když to není důležitý. Tady prostě ňáký hraní si na lepšího, to spíš jako je ke škodě, jo?*

- **Nedůslednost k sobě, tendence odkládat**

*…to tisíckrát nic, že jo, právě nás porazí a to je takovýto vodkládání, házení deky, potlačování toho, že to není tak podstatný, není to tak důležitý jako to vos…, všechno jiný je důležitý, jenom ne já…*

*… fakt to kontrolovaný pití, že to prostě nejde i kdyby čert na koze jezdil a taky dneska kdybych se dostal do léčebny, tak každej, kdo mě tam řekne, že prostě… nebo sme se dřív bavili, že by to nějak šlo, jo, tak mu řeknu, že jak to nastane, že to je ztráta času nad tím uvažovat. To je tak asi jako kdybych chtěl zkoušet, jaksi u nádrže benzínu zkoušet, jestli náhodou to nečapne, když škrtnu vedle sirkou nebo zapalovačem, naprosto bezvýznamný pokus, je marný, jo, naprosto marný, každej dřív nebo pozdějš na tu hubu padne, jo, neexistuje z tohodletoho … východisko…*

*… to sem tenkrát nechápal a vlastně sem si říkal ještě donedávna, že jako to je fakt, že se to člověk vymyslel, že musí ho zvládnout ten alkohol a vono to skutečně de, ho zvládnout, ale to zvládnutí, lze ho zvládnout jedině tim, že se nenapije…*

- **Problém se sebepřijetím**
  - **nepřijetí svých pocitů jako příčina závislosti**

*…do tý doby prostě dokud sem nezačal intenzivně s pomocí těch psychologů, psychiatrů, terapeutů, třeba tady na Lotosu, řešit prostě proč, proč vlastně tohleto všechno vzniká, tak právě proto ty recidivy. Protože sem žil pocitama někde, viděl sem se v někom jiným, takže ty pocity jsem ale nevlastnil, to sem nebyl já, že jo, ale chtěl bych takovej bejt. Ale nejsou to moje pocity. … Ten vnitřní pohled absolutně nefunguje. A realita je tady a je tam i to smíření sám se sebou, to taky nefunguje, jo? Takže dva ambivalentní postoje, prostě. Jeden – tady bych chtěl bejt – nevlastnim ty pocity, druhej – to sem já, ale sám sebe popírám, protože takovej se sám sobě nelíbim, ta realita se mi taky nelíbí, to, že takovej sem, to, že to nezvládám, to, že bych to chtěl jinak, takže vlastně todleto popírám, tamto nevlastnim a a … jak to vyřešit, jo? Takže to vyřešim tim … nebo řešil sem napitim…*

  - **nepřijetí závislosti**

*…ne, furt tam není to přijetí ještě, jo, to, že mě napadá, že vobčas bych si, že mám ty rozlady , že mám…, jako že bych některou situaci, že kdybych nebyl tady, tak bych si asi dal, jo, tak to je furt to nepřijetí závislosti, jo, furt je tam jako…, ještě nejsem s tim smířenej, že sem ten alkoholik, jo, ne natvrdo, prostě, že už fakt, fakt to nejde jinak, i přesto, že mám pády na hubu za sebou, jo, a že fakt to kontrolovaný pití, že to prostě nejde i kdyby čert na koze jezdil…*

**II. Protialkoholní léčba**

**A) Pacient v kontextu léčby**

- **Růst jako odraz ode dna**
- **Nepokračování v psychoterapii po skončení léčby**
- **Odpor u direktivní léčby k odmítání alkoholu**
- **Prožívání nesvobody v abstinenci**

**B) Ústavní léčba jako kontext terapeutického vztahu**

- **Pozitivní charakteristiky**
  - **Náhled na nemoc** – zmiňuje jako první, vnímá ji jako nejdůležitější
  - **Psaní písemných prací a deníků –** fixace nutnosti abstinence
  - **Pracovní terapie a trávení volného času**, která přispívá k:
    - **odvedení pozornosti od alkoholu**
    - **budování odpovědnosti sám za sebe**
- **Negativní charakteristiky**
  - **Nedostatek důrazu na příčiny závislosti**
    - **Genetická východiska léčebného přístupu** – důraz na pojetí závislosti jako zděděné, které neklade takový důraz na exogenní příčiny závislosti
  - **Léčba dohromady s drogově závislými**
  - **Léčebna jako odkladiště pacientů** – souvisí s tématem nezájmu o léčbu, který je zařazen u charakteristik terapeuta ve vztahu

### 8.1.2. Shrnutí výsledků u pana Matěje

V úvodní části rozhovoru věnované hodnocení léčby pan Matěj zmínil většinu charakteristik vztahujících se k terapeutickému vztahu. Ve druhé části rozhovoru zaměřené na vnímání vztahu 12 zmíněných témat doplnil o dalších 7 témat. Terapeutický vztah je pro něj tedy důležitým tématem v jeho protialkoholní léčbě.

Matěj, který prošel velkým počtem léčebných pobytů se podrobně zamýšlí nad charakteristikami osobností terapeutů i nad charakteristikami svými. Často reflektuje svá omezení, uvědomuje si, že potřebuje od svých terapeutů tvrdý a důsledný přístup k léčbě. V hodnocení terapeutického vztahu není tedy jednostranný. Zmiňuje charakteristiky, které se týkají terapeuta, pacienta i jejich vzájemné interakce.

U osoby terapeuta je pro něj důležitý čas, který chce a může pacientovi věnovat, a zájem o pacienta, který označuje jako „starost“. Jeho zkušenost s psychoterapeutickým vztahem má dimenzionální podobu – popisuje pozitivní i negativní zkušenost. Pozitivní zkušenost se váže spíše k různým terapeutům, které mají některé ze zmíněných pozitivních charakteristik. Negativní témata u terapeutů jsou více soustředěna kolem konkrétních postav, které bývalý pacient zná ze své zkušenosti. Významnou negativní charakteristikou, kterou u osoby terapeuta pan Matěj vnímá, je bezesporu přístup k lidem jako „k jednotkám“. Popis tohoto přístupu, který srovnává s přístupem nacistických představitelů k lidem v koncentračních táborech, stojí za vážné zamyšlení a diskusi. Dále z negativních témat

zmiňuje nezájem o pacientovu léčbu, přístup k němu jako k beznadějnému případu (tedy nedodávání naděje) a neporozumění jeho potřebám.

Důležitým tématem, který vztahuje ke své pozici pacienta v terapeutickém vztahu, je sebepřijetí. Pan Matěj mluví o problémech se sebepřijetím a přijetím svých pocitů, o rozporu mezi tím, jaký je a jakým by chtěl být. Tyto problémy stály podle něj u zrodu závislosti. Proto došlo k naplnění jeho potřeb v terapeutickém vztahu, když se s pacientem zaměřili na jeho vztah k sobě samotnému, na podporu jeho sebepřijetí a přijetí svých pocitů. V souvislosti s charakterizováním sebe jako pacienta v terapeutickém vztahu zmiňuje vedle sebepřijetí další problém, který se táhne po celou dobu léčby: tendenci odkládat problémy a vlastní nedůslednost, která často stála u zrodu jeho recidiv. S tím souvisí i jeho potřeba tvrdého a důsledného přístupu u terapeuta v protialkoholní léčbě, který by mohl doplnit jeho vlastní nedůslednost k sobě samému.

### 8.1.3. Analýza čáry léčby

Čára léčby pana Matěje má velké výkyvy, typově bych ji zařadil mezi čáry životní krize s hlubšími pády. Jednotlivé vrcholy zobrazují zlepšení po léčebných pobytech, dna znázorňují následné pády spojené s recidivou závislosti. Zajímavé na této kresbě je, že vrcholy jsou ve tvaru prodlouženého písmene U, první léčba tedy znamená největší vzestup, nejmenší vzestup je patrný uprostřed a potom se vzestupy opět zvyšují. U poslední léčby je vzestup vyšší než u léčby první, nyní je Matěj na své nejvyšší úrovni a od pobytu v zařízení Lotos jeho čára stále stoupá. Vypadá to, že růst dál bude pokračovat. Rychlé vzestupy a pády jsou pro Matějovu čáru léčby charakteristické, stejně tak celá čára je jedním velkým pádem a vzestupem. Koresponduje to s jeho významným tématem, když hovoří o tom, že růst se mu dařil rovněž díky pádům. Tento růst jako odraz ode dna znázornil i ve své linii.

Podobnou tendenci mají „dna“, která pravděpodobně vedla bývalého pacienta k nástupu léčení. Dna mají podobnou tendenci jako vrcholy s výjimkou předposlední léčby, kdy je dno nejhlubší. Zde byla doba abstinence, jak sám hovoří, také nejkratší.

### 8.2. Pan Radim

„Cesta k poznání, že nikdo nemá důvod pít.“

Pan Radim byl na čtyřech léčeních v různých českých psychiatrických léčebnách. Poslední léčba mu byla o 1 měsíc prodloužena. Po té bydlel v zařízení Lotos a byl účasten jeho programu, kde proběhl i náš rozhovor. Bohužel léčebný pobyt v Lotosu řádně neukončil a z důvodu intoxikace byl z léčebné komunity vyloučen. Je mu 39 let a je rozvedený.

#### 8.2.1. Seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut ve vztahu**

- **Pozitivní témata**

➢ **Bezpodmínečné přijetí**

❖ **Přístup k pacientům jako k nemocným**

*No prostě, jednou o tom pan doktor F. na skupině mluvil, že jsme bráni jako nemocní lide a ty sociální aspekty, ty průsery, jak říkal, nechme stranou. O tom se bavit nebudeme, z tohoto pohledu na vás nebude nikdo koukat. Já na vás koukám jako na nemocné a to se mně líbilo a oni se opravdu tak chovali, jo, prostě hezky…*

❖ **Odhlédnutí od prohřešků v souvislosti se závislostí**

*Nikdo vám nedal, nepřipomínal ty vaše prostě věci, co ste udělal, jo, prostě ste to udělal, já si myslim, že každého to trápí. Každý má svědomí, jo. A když vám to ještě připomínají, tak je to něco jako voda na mlýn, ještě k většímu chlastání, k tomu alkoholu.*

❖ **Lidský přístup**

*Neměl sem nikde ani náznakem pocit, že tam někomu zabírám místo, anebo že by někdo řekl: „ježišmarja, ať vypadne, stejně se zas někde ožere a …“ Ne.*

❖ **Přijetí i po několikanásobném selhání, trpělivost**

*Takže já si naopak myslím, že to neskutečný obrovský kus práce dělají, o to víc že člověk už tam byl čtyřikrát, byť mu to bylo na první léčbě řečeno, i po čtvrté, já mluvím o sobě, dostal tu možnost, jo, zase se smilovali a vzali mě v dezolátním, doslova v dezolátním stavu. Pár dnu a bylo by po mě. Takže já si naopak myslím, že, mně teda léčebny zachránily život. Skláním se před jejich prací, neuvěřitelnou trpělivostí. Protože když tam chodíme my, recidivisti, vlastně čtyřikrát léčení, tak už to vypadá spíš z mé strany jako ňáká – trapně, směšně, jako kdybych se tomu vysmíval.*

❖ **Rovný přístup –** téma s opačným významem k tématu rozlišování a nálepkování, které je zmíněno v negativních tématech terapeuta

➢ **Odborné vedení** – bývalý pacient oceňuje ve vztahu odborné vedení, tj. terapeuta, který vyniká odborností a drží nad ním ochranný dohled, vede ho ke zvládnutí nemoci a k návratu do života bez alkoholu. Tuto charakteristiku ovšem nezmiňuje v souvislosti s ústavní léčbou, ale následným doléčováním, které postupuje v současnosti.

*A tady toto je skvěla věc, že můžu pod odborným dozorem, nebo jak to říct, vedením…*

➢ **Jazyk terapeuta - jasnost, srozumitelnost, jednoduchost výroků –** pana Radima nejvíce oslovily ty výroky terapeuta, které jsou stručné, jasné a srozumitelné. V tomto případě jde o „poradenské výroky" související s povahou nemoci a radou k jejímu zvládání.

*…líbilo se mi, že to bral tak stručně, věcně, jasně, ňáké dlouhé diskuse jako proč člověk pil a takové rozebírání mě třeba osobně nikdy, jo, protože já sem, sem si říkal, za těchto situaci piju, jo a ožral sem se úplně v jiné situaci. Kdežto pan doktor F. mi nějak dal do mysli, že prostě nikdo nemá důvod pit, to je jeho myšlenka, to je jeho věta, kterou sem si nějak vštípil do hlavy a když je člověku špatně, má jít k lékaři, má problém, tak se má poradit o tych problémech, ale prostě nikdo nemá důvod pít. A je zbytečné hledat ňákého, proč sem pil, kdy sem pil, za jakých okolnosti sem pil, jestli bylo horko, jestli byla zima, jestli mi bylo dobře nebo špatně…*

*Můžeme se bavit o různých problémech a jejich řešeních, ale chlastání není řešení ničeho. Tak to bylo řečeno na čtvrté léčbě, velice jednoduše, no a celkem mě to oslovilo nejvíc.*

*Zase věta pana doktora F.: Závislost je stejná. Ať je to závislost na alkoholu, na drogách, na kouření, na práškách. Závislost je stejná.*

➢ **Schopnost naslouchat**

*Tam sem je hodně vnímal jakoby… Já sem to teda tak, měl jsem tak pocit, že prostě … jak bych to řekl … prostě … nevím co říct … prostě … myslím si, že neuměli tak naslouchat, jo…*

➢ **Dodávání naděje** – toto téma má dimenzionální charakter, je zmíněno i u negativních témat jako „přístup jako beznadějnému případu". Bývalý pacient touží po tom, aby mu terapeut ukazoval cestu, směřoval ho k vyléčení a potřebuje dodat naději k léčbě.

*Když sem se dozvěděl o tom Lotosu, o tom doléčování, že vlastně tou léčebnou to nekončí, naopak všecko začíná, že tam vás dají somaticky třeba do kupy a jedem dal, pokračujem v tom. A když vidíte cestu, vždycky se všecko dodělá. Když vidíte marnost a beznadějnost, když vám někdo z personálu řekne: Stejně odsud pude a bude chlastat, tak to vás moc nenabudí, spíš si řeknete…*

➢ **Důslednost** – pacient od terapeuta potřebuje naučit se dodržovat určitý režim, být veden k důslednosti a dodržování řádu

*… jako myslím si, že je potřeba se naučit, ten alkoholik že se musí naučit, že je ňáký řád, dodržovat, to schvaluju, ňákou poslušnost, to sem blbě řek, ňáká disciplína v každé léčebně musí byt samozřejmě, to je jasné…*

➢ **Zájem o pacienta**

➢ **Přístup zdravotních sester** – v ústavní léčbě hrají důležitou úlohu zdravotní sestry, které patří mezi hlavní aktéry terapeutického vztahu. Bývalým pacientem Radimem jsou zdravotní sestry vnímány jako neoddělitelná součást terapeutického týmu.

*...Protože já sem se sestrami i vlastně byl v neustálém kontaktu, čtyřiadvacet hodin, třeba v noci se nespalo, nemohlo se spat. V tom Jarošově ty sestřičky s vama si vás vzali nebo přišli za vama na pokoj, vykládali s vámi, prostě měli takový zájem, snažili se vám tak nějak spíš ulehčit než vám připomenout to, co bylo, já vím, že to bylo špatně, a myslím si, že každý uvnitř toho lituje, chce, aby to bylo lepší.*

- **Negativní témata**

➢ **Povýšenost**

*...šla na kontrolu vrchní sestra, jo a už prostě takovým velitelským, vojenským způsobem, jo a mě třeba nevadí kázeň, poslušnost nebo něco tak, ale ta povýšenost nad lidma mi vadí, jo? To v Jarošově ani náznak ničeho takového.*

*...prostě vám dali najevo, že ste něco míň, nebo že ste špatní, tak. Tak sem to citil já. Že sem špatný člověk. Jo. To je to. To v Jarošově nebylo. Proto se mi to líbilo. Nikdo vám nedal, nepřipomínal ty vaše prostě věci, co ste udělal, jo, prostě ste to udělal, já si myslim, že každého to trápí. Každý má svědomí, jo. A když vám to ještě připomínají, tak je to něco jako voda na mlýn, ještě k většímu chlastání, k tomu alkoholu. Kdežto v tom Jarošově – měl ste problém, doktor, nebo paní doktorka i paní primářka, prostě všichni si na nás udělali čas a bavili se s tebou, bavili se s vama jako se třeba bavíme my tady. Nikdo se na vás nedíval třeba že vás včera navštívila policie nebo že se s vama táta nebaví nebo že ...*

➢ **Rozlišování, nálepkování –** toto téma je protikladné k pozitivnímu tématu rovného přístupu v rámci bezpodmínečného přijetí.

*...rozlišují co se týče odděleni, jestli je to prvoléčba nebo druhá, třetí čtvrtá už, tak vás dají na desítku. Oni potom třeba po tom parku, ti chlapi na té desítce, to je skupinka a de skupinka chlapu z prvoléčby, z patnáctky, a už je tam takový, že sme všichni ožralové… Sme na jedné lodi, ať je někdo dělník, doktor nebo to je jedno, mladý, starý, jo… A mám pocit, že tam se to tak nějak z jejich strany, dělilo, nebo dávalo se to na jisté hromádky. Kdežto třeba v těch Jaroslavicích jsme byli psychopacienti, alkoholici, narkomani, prostě jedna rodina, na jednom pokoji. A nikdo, jak říkam, v kychyni, sestry, lékaři, nikdo v tom nedělal nějaký rozdíl, jestli je tam někdo ten, s tim problémem nebo s tím.*

*Zase věta pana doktora F.: Závislost je stejná. Ať je to závislost na alkoholu, na drogách, na kouření, na práškách. Závislost je stejná. Projevuje se třeba nějak jinak, má ňáký ty specifika, ale princip a podstata je stejná. A nedělili jsme se, neskupinkovali sme se tam nějak, jo, když sme byli na cigaretě, jo, tak jsme tam všichni najednou seděli a všichni se dívali na televizu, prostě bylo to takové, člověk se tam cítil příjemněji.*

➢ **Přístup jako k beznadějnému případu –** protiklad k dodávání naděje

*Když sem se dozvěděl o tom Lotosu, o tom doléčování, že vlastně tou léčebnou to nekončí, naopak všecko začíná, že tam vás dají somaticky třeba do kupy a jedem dal, pokračujem v tom. A když vidíte cestu, vždycky se všecko dodělá. Když vidíte marnost a beznadějnost, když vám někdo z personálu řekne: Stejně odsud pude a bude chlastat, tak to vás moc nenabudí, spíš si řeknete…*

**D) Interakce terapeut-pacient**

- **Poradenské zázemí pro pacienta** – možnost se vypovídat

*Prostě každý večer tady přijdu s něčím novým, ňákým problémem, radí mi ti lidé, ví o čem mluvím, venku vám nikdo neporadí. A totéž léčebnách, jenom jak říkám, je to krátké.*

**C) Pacient ve vztahu**

- **Přijetí závislosti** – jedním z hlavních problémů v celé protialkoholní léčbě pro pacienta bylo přijetí své závislosti a nutnosti důsledného dodržování striktní abstinence pro vyléčení. Zde hovoří o tom, že pro něj byla významná osoba terapeuta a charakter čtvrté, poslední léčby.

*...protialkoholní léčba, jako taková byla pro mne v Jarošově nejdůležitější, nejenom že byla čtyřměsíční, to asi nebylo tak důležité, ale když jsem poprvé – si myslím – že jsem konečně přijal ten fakt, že jsem závislý na alkoholu, protože jsem ji začal brát, doslova a do písmene, vážně.*

*Hodně tam udělalo to, že tam pan doktor F. byl můj terapeut a vlastně v předešlých léčbách jsem se dokonce i vědomě vyhýbal takovému rozhovoru o závislosti, vyhýbal jsem se tomu přiznat si, co to vlastně obnáší, pořád jsem si říkal, tak nějak to zvládnu, tak se to stalo, tak se tady vyléčím a bude to, jo?*

- **Lehkomyslnost**

*A člověk, teda já, sem to často bral na lehkou váhu a myslím si, že je to taky důvod proč čtvrtá léčba.*

- **Nepřijetí striktní abstinence**

*A můžu říct, že teda úmyslně jsem se vyhýbal tomu, nevyhledával jsem vůbec takové rozhovory na téma, co celý život a ani slza do konce života, jo a takové… A pořád jsem to bral na lehkou váhu a po každé léčbě, teda po každém napití, po každé recidivě jsem byl hlouběji, níž, níž, jak po stránce zdravotní, tak po stránce psychické, tak společenské.*

*Tak jsem si říkal, a jedem dál, klidným životem. Proto ňáké takové striktní abstinence, jako že si nesmím dopřát třeba v těchto vedrech, si dát skleničku piva, jo? Prostě to sem, byť sem to slyšel v té léčebně, nejenom od terapeutů, ale od kolegů, kteří tam byli potřetí, počtvrté, popáté, ale prostě sem to nepřijal. Neprošel jsem si tím sám. Že sem to ňák nedbal, nebral sem to na váhu, asi tak.*

**II. Protialkoholní léčba**

**A) Pacient v kontextu léčby**

- **Nepokračování v psychoterapii po skončení léčby** – pacient hodnotí jako špatné to, že po skončení ústavní léčby nepokračoval v psychoterapii.

- **Nahrazení jedné závislosti druhou –** pacient popisuje fakt, že po skončení léčby a během abstinence získal závislost na lécích.

- **Růst jako odraz ode dna**

**B) Ústavní léčba jako kontext terapeutického vztahu**

**Pozitivní témata:**

- **Možnost vidět odstrašující případy**
- **Možnost prodloužení léčby**

### 8.2.2. Souhrn výsledků u pana Radima

V úvodní části rozhovoru se objevily tři témata týkající se psychoterapeutického vztahu. Pan Radim zmínil jméno jednoho terapeuta na poslední léčbě, se kterým se mu podařilo navázat silný pozitivní vztah. Zmiňuje více témata vztahující se k osobnosti terapeuta a k interakci mezi terapeutem a pacientem.

Významná témata, která se vztahují k osobnosti terapeuta, u něj tvoří základní témata, která jsem v rámci fenomenologické analýzy zařadil pod hlavní téma „bezpodmínečné přijetí“. Sem patří terapeutický přístup k pacientovi, který je lidský, přijímá pacienta bez ohledu na jeho prohřešky, které souvisely z jeho životem závislého na alkoholu, přistupuje k pacientovi jako k nemocnému, který se léčí, přijímá pacienta i po té, když se do léčebny vrací po neúspěšném pokusu abstinovat a nerozlišuje mezi pacienty (zda jsou léčeni poprvé nebo recidivisté, podle věku, sociálního statusu apod.).

Pro pana Radima mají neoddělitelný význam osobnosti zdravotních sester, které v ideálním případě (jak to popisuje na své poslední léčbě) vytvářejí zázemí pro pacienta, aby mohl přijít se svěřit se svými aktuálními pocity nebo problémy spojenými léčebným procesem. Poskytují mu tak důležitou terapeutickou podporu.

Potřebou pana Radima v terapeutickém vztahu je dodávání naděje. Od terapeuta také potřebuje ukázat cestu ke zlepšení, nikoli to, aby o jeho vyléčení předem pochyboval. Boj se závislostí je dlouhá a obtížná cesta a nemocný potřebuje, aby jeho terapeut, který jej na ni provází, ani jednou nezapochyboval.

Radim, který prošel čtyřmi protialkoholními léčeními, mluví velmi pozitivně o posledním léčení, které podstoupil v menší léčebně, jež nepatří mezi ty, kde se silně drží tradic „skálovské“ léčby, ale spíše se inspiruje směry vzešlými z Anonymních alkoholiků. Sám pan Radim ovšem poukazuje na fakt, že skutečné přijetí závislosti získal na poslední léčbě nejen z důvodu pozitivního vztahu s terapeutem a příjemného prostředí celé léčebny, ale také z toho důvodu, že v předchozích případech si neprošel tím nejhorším a právě pokles na samé dno mu přinesl větší motivaci k opravdu intenzivní léčbě.

Hlavním tématem vztahujícím se k pacientovi v terapeutickém vztahu je tedy jednoznačně přijetí nemoci. Bývalý pacient, který v době rozhovoru procházel doléčováním, uznával, že pro vyléčení závislosti na alkoholu je nutné striktní dodržování abstinence. V minulosti po skončení ústavní léčby tuto radu bral na lehkou váhu a vnitřně nepřijal to, že jako závislý na alkoholu, který se chce vyléčit, nesmí vypít ani sklenici alkoholu.

### 8.2.3. Analýza čáry léčby

Čára léčby u pana Radima je charakteristická drobnějšími výkyvy během prvních dvou léčeních (vrcholy jsou vzestupy během léčby), po třetí léčbě následuje podstatně strmější pád a dvakrát tak delší a prudší vzestup během poslední léčby, kterou zkoumaný hodnotí ze všech nejlépe. Uvádí rovněž, že to je z důvodu předchozích pádů, zejména posledního. Tato slova jsou vyjádřena i v jeho čáře.

Po poslední léčbě následuje mnohem mírnější pád, zhruba na stejnou úroveň jako před první léčbou, současný okamžik je znázorněn na počátku mírného vzestupu, který bude podle něj pokračovat dál.

V rámci typologie čar života bych tuto čáru zařadil určitě mezi typ životních krizí, spíše mezi krize s hlubšími pády, které jsou patrné zejména v druhé polovině čáry.

Celá linie působí dojmem, jakoby se zpočátku mírné výkyvy musely rozkolísat do hlubokého pádu a prudkého vzestupu, aby se čára uklidnila. V tomto vidím hlavní smysl celé Radimovy léčby.

### 8.3. Pan Karel

„Můžu se napít, ale nechci."

Pan Karel se zúčastnil tří léčebných pobytů v České republice v letech 1998-2000, předtím absolvoval jedno léčení v Rakousku. Léčba proběhla ve dvou psychiatrických léčebnách. V jedné léčebně byl hospitalizován nejprve na koedukovaném oddělení pro léčbu závislostí, po druhé již na mužském oddělení pro doléčování závislostí a soudní léčby. Zde mu byla léčba z důvodů čekání na vyřízení invalidního důchodu prodloužena na jeden rok. Během léčení byla u něho diagnostikována deprese jako primární porucha, příčina závislosti na alkoholu.

Karlovi je 55 let, je rozvedený, má dva syny a v současnosti žije s přítelkyní. Pracuje jako laický terapeut v doléčovacím zařízení Lotos.

#### 8.3.1. Seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut ve vztahu**

- **Pozitivní témata**

➢ **Zájem o pacienta** – projevuje se starostí o návrat do „běžného života", zájmem, aby pacient nebyl chráněn jen v průběhu léčení, ale aby léčba měla význam pro zlepšení jeho života, který následuje po jejím skončení.

*Mě se to podařilo, že sem byl na tý pětce v Bystřici a byl sem rok jenom z toho důvodu, že sem neměl vyřízený sociální věci a primářka tenkrát mi něchtěla pustit do života, protože ze sociální podpory bych nevyžil, no a že bych se začal… stejnak pit, tak se to prostě tak nějak udělalo, že sem čekal na ten důchod, než se to vyřídí, já sem v tom měl problém, že sem byl v zahraničí a tak nějak, než se to vyřídilo, tak to trvalo rok a pak mě teda pustila, až sem dostal ten důchod.*

➢ **Vedení k odpovědnosti za léčbu** – je širším tématem, který náleží nejen k terapeutickému vztahu, ale k léčbě jako celku. Silné vedení k odpovědnosti za terapeutický proces již na začátku skupinové terapie sice bylo zpočátku pacientem odmítáno, ale nakonec oceněno jako prospěšné.

*...tam byla psycholožka ..., která vyloženě chtěla psychoskupiny tím stylem, že si je vedem a děláme sami. Tak jak to má být, že? No a ze začátku se mně to nelíbilo a pak ke konci té léčby, po těch třech měsících se zjistilo, že vono to mělo obrovskej úspěch. Že sme si sami vyříkali, co sme dělali, jak sme to dělali a tím pádem člověk poznal, v čem dělal chybu a co ho nastartovalo k tomu, aby se napil. Což je ideální, teda.*

- **Negativní témata**

➢ **Nedostatek bezpodmínečného lidského přijetí, nálepkování** – nedostatečné přijetí jako člověka, který je nemocný a chce se léčit, ale přístup jako k „alkoholikovi“, který si za svůj osud „může sám“.

❖ **Nedostatek lidského přístupu**

❖ **Nálepkování**

*Že oni vás…, prostě přístup sester, že oni ve vás nevidijou člověka, ale pouze toho alkoholika…*

❖ **Nepřistupování k pacientům jako k nemocným**

*…prostě se nedívají jako na nemocného tady v tom přísným režimu, ale prostě na člověka, který si to zavinil sám. Kdybych nepil, tak nejsem alkoholik, že.*

➢ **Přístup jako k beznadějnému případu**

*…že ste beznadějnej, že nemáte stejnak žádnou šanci a tady takový. Že stejnak ten život ste si zpackal a že to nemá cenu a tady takový, no.*

**B) Interakce terapeut-pacient**

➢ **Reciprocita reakcí ve vztahu**

*Zase se jedná tady o tom lidským jednání. Když se s vama člověk bude chovat slušně, tak vy se k němu chováte taky slušně. Ale když obráceně, tak ta reakce je obráceně, že.*

**C) Pacient ve vztahu**

➢ **Sdílení nemoci s jinými ve skupině**

*…Tam se snažili, aby to bylo na tý profesionální úrovni, abysme měli ty psychoskupiny a takovýhle prostě, na úrovni, no. Důležitý u léčení alkoholismu je, aby ten člověk ten člověk byl v kolektivu lidí, kteří sou stejně postižení jako von, prostě s tou závislostí…*

➢ **Ventilování pocitů** – prospěšné v terapii

*…a aby mluvil, mluvil, mluvil, to nechce nic jinýho než mluvit, to my aji tady klientům prostě furt vtloukáme do hlavy, aby o tom mluvili a prostě vyventilovali to ze sebe. Ty pocity a tydle ven a tím pádem to zvládali daleko líp…*

**II. Protialkoholní léčba**

**A) Pacient v kontextu léčby**

➢ **Odpor u direktivní léčby k odmítání alkoholu** – příliš striktní přístup v léčbě (tj. apriorní odmítání alkoholu) podle zkušeností pana Karla může způsobit u pacienta odpor, který se projeví tím, že se po skončení léčby okamžitě napije. Zde pan Karel vnímá rozdíly v pojetí léčby u skálovského přístupu a přístupu inspirovaném AA.

➢ **Partner – abstinent**

*…okolnost, já sem si našel přítelkyni, která nepije, což je strašně důležitý, no a prostě další takový životní příhody, které mě pozvedly, že sem se z toho dostal. Což možná má málokdo.*

- **Dluhy**

- **Primární diagnóza – příčina závislosti –** u pana Karla byla příčinou závislosti deprese. Po její diagnóze a léčení byla omezena i jeho touha po alkoholu.

**B) Ústavní léčba jako kontext terapeutického vztahu**

- **Pozitivní témata**

- **Náhled na nemoc, edukativní léčba** – především orientace na seznámení s nemocí, další léčba postavená především na psychoterapii probíhala až v rámci doléčovacího programu.

- **Negativní témata**

- **Rigidita léčebné metody**
- **Potřeba delší doby léčení, nedostatečnost primární léčby, nutnost doléčování**
- **Absence podpory ze strany společnosti**

### 8.3.2. Souhrn výsledků u pana Karla

Pan Karel v úvodní části rozhovoru, která se týkala hodnocení jeho léčby, zmínil tři témata, které jsem v analýze zařadil pod terapeutický vztah. Celkem bylo zjištěných základních témat patnáct, z nichž sedm se vztahovalo k terapeutickému vztahu.

Bývalý pacient a nyní laický terapeut v doléčovacím zařízení patří mezi skupinu lidí se závislostí, jíž primárně předchází afektivní porucha, v tomto případě deprese. Respondent měl tendenci mluvit spíše obecně o léčbě a její problematice než o svých zkušenostech a jeho vnímání těchto zkušeností. V rozhovoru jsem se ho snažil přivést k tomu, aby mluvil o své individuální zkušenosti, což se mi do jisté míry dařilo.

Výsledky ukazují, že pro něj vztah s terapeutem není až tak důležitý jako třeba délka léčení nebo sociální opora ze strany okolní společnosti (nejen tedy nejbližší rodiny). V terapeutickém vztahu je potom důležité, aby terapeut přistupoval k pacientům se zájmem o ně a více jako k lidem než jen k „alkoholikům“. Rovněž se zde objevuje jednoznačně negativně hodnocené téma v přístupu terapeuta k pacientům jako k beznadějnému případu.

Pro pozici pacienta v terapeutickém vztahu pan Karel hodnotí jako prospěšné to, že pacient sdílí stejnou nemoc s ostatními a když dokáže ventilovat své pocity. Mluvení o svých pocitech je podle něj důležitým předpokladem ke zvládnutí závislosti.

V kontextu léčby se ukazuje být důležitým tématem to, že podle něj je protialkoholní léčba krátká (z toho důvodu může být zaměřena především edukativně) a intenzivní psychoterapeutická léčba může intenzivněji probíhat až v případném doléčování. Tento model léčby u nás ovšem není dostatečně rozšířen.

### 8.3.3. Analýza čáry léčby

Karlova čára léčby má trvale vzestupnou tendenci. Dala by se tedy zařadit mezi typ pomalu stoupající čáry. Na kresbě stoupání začíná u první protialkoholní léčby u nás (před tím byl jeden léčebný pobyt v Rakousku) v roce 1998. Během poslední léčby, která proběhla v roce 2000 na doléčovacím oddělení pro závislosti a trvala mimořádně jeden rok, a po jejím skončení je čára nejprudší. V tomto období se Karlovi podařilo překonat závislost na alkoholu, významnou roli v tom sehrála primární diagnóza deprese a její léčba, prodloužení léčebného pobytu z důvodu čekání na vyřízení sociálních záležitostí. Na sklonu čáry je vidět, že toto životní období bylo pro něj důležité a pro jeho budoucí život mu hodně dalo.

Podle Čermáka (2004) je tento typ čáry značí uchopení života jako posun nahoru, jako obohacování získanými zkušenostmi. Karel ve své výpovědi mluví o svých zkušenostech z léčby a často navrhuje zobecňující tvrzení směrem ke zlepšení podmínek protialkoholní léčby. Přestože se zmínil o svém „pádu“ v souvislosti se závislostí, kdy žil na ulici, nezobrazuje jej do své čáry prostřednictvím znázornění čáry typu životní krize, jak to učinili ostatní probandi.

### 8.4. Pan Jaroslav

„Nepřijetí závislosti a větší touha po kontaktu mezi léčbou a následujícím životem."

Jaroslav absolvoval celkem sedm léčebných pobytů, poprvé nastoupil protialkoholní léčbu před osmi lety. Všechny léčby probíhaly v jedné léčebně, zpočátku na koedukovaném oddělení pro léčbu návykových poruch, poté na mužském oddělení pro doléčování závislostí. Nyní bydlí v zařízení Lotos, kde se mu zhruba rok a půl daří abstinovat. Je mu 45 let a je rozvedený, z manželství má dvě dcery.

#### 8.4.1. Seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut ve vztahu**

- **Individuální přístup**
- **Aktivita –** tato dvě témata souvisí s potřebou pacienta, aby terapeut vyjádřil aktivní a individuální přístup k pacientovi

*Takže jako můj vztah k těm … spíš negativní, jako k té psycholožce aji k jedné, voni sou tam dvě, aji k druhé spíš negativní, protože… jako že by individuálně jako přistupovala k člověku, to ne. Prostě tam bylo ňáký téma, vo kterým se ti lidi tam bavili, na té skupině, vona v podstatě jenom přihlížela a pak k tomu snad řekla ňáké svůj názor, jo, ale že by prostě jednotlivě si třeba někoho pozvala, dělala s ním konkrétně jako, jo, to bylo vlastně…, komunikace s ní byla vlastně v podstatě akorát přes ňáký ty deníky, kerý sme psali každé den, tak to byla jediná snad komunikace, jo, mezi mnó a tó psycholožkou. Jinak že by…, možná sem mohl být aktivnější já taky, ale prostě její přístup že by prostě si někoho pozvala na ňáké, jo, speciálně s tím konkrétním člověkem, já sem to nezažil.*

- **Stereotyp / rutina**

*Proto už sem se vo tom zmínil, že prostě to vypadá jako rutina, jo? Že už prostě, jo, tak mám tady ňáký lidi, budu s nima pracovat, ale jako však voni odejdó a přindó zase další…*

**B) Pacient ve vztahu**

- **Strach z otevření, pocity nedůvěry**

*No, řekl bych, ze začátku byla jako hodně velká nedůvěra, jako… Ale to bylo na té šestnáctce. Nedůvěra jako otevřít se, jo?*

- **Přijetí nemoci** – souvisí s léčbou jako celkem

*Potom byla taky nedůvěra jako přiznat si, že prostě doopravdy su závislé. To bylo hodně podstatný. Já sem si to vlastně během první léčby nepřipustil asi vůbec, jo? Protože, aspoň to posuzuju tak prostě, když sem potom vodešel vod tam, tak to trvalo tak měsíc, dva a*

*byl sem v tom zpátky. Nikdy to nevydrželo, já nevím, měl sem dojem, že jednó čtyri měsíce, tak maximum.*

*Protože takle samostatná…, samotná léčba pomůže ale… Takové vlastně dyž de na prvoléčbu, tak ještě vlastně vůbec neví, co to je, jo? Protože po té prvoléčbě, jo, jo, si málokdo připustí vůbec, že je závislé.*

- **Nízká vlastní motivace při první léčbě**

*Protože po té prvoléčbě, jo, jo, si málokdo připustí vůbec, že je závislé. Protože málokdo tam přišel úplně dobrovolně jak má. Dycky když tam přišel někdo, tak ho někdo dotlačil, že? Rodiče, práca, jo, manželka, jo? Takže já co sem tam byl, na té šestnáctce, tak nevím, kdo by se rozhodl úplně sám ze sebe jako, jo, „já už toho prostě mám dost", mě k tomu vlastně taky dotlačila žena, že…, když to stejně nepomohlo, ale…*

## II. Ústavní protialkoholní léčba jako kontext psychoterapeutického vztahu

- **Potřeba propojení ústavní léčby s dalším životem pacienta (příp. s další jeho léčbou) -** léčba podle bývalého pacienta vůbec neřeší, co bude po ní, pacient cítí potřebu kontaktu s terapeuty po jejím skončení, rád by propojil ústavní léčbu s dalšími možnostmi léčení (pobyt v doléčovacím zařízení, ambulantní psychiatrická léčba, AA-léčba apod.

  - **Důvody požadavku tohoto propojení:**
    - **Potřeba zpětné vazby**
    - **Riziko recidivy po opuštění prostředí léčení založeném na přísném režimu a návratu do prostředí běžného života**
    - **Vzájemný kontakt terapeutů z ústavního léčení a následných typů léčení**

  - **Rysy léčby vnímané jako nedostatečné z důvodu nízké propojenosti léčby a dalším životem mimo léčbu:**
    - **Tvrdý režim –** je hodnocen jako nespravedlivý a jemu nevyhovující právě z hlediska nepropojení léčby s dalším životem.
    - **Zaměření léčby na náhled na nemoc, převažující edukativní léčba –** orientace léčení především na informace o závislosti a způsobu jejího zvládání. Z této léčby si ovšem pacient podle zkušeností pana Jana nemusí „nic odnést".

- **Pracovní terapie**
- **Léčba jen izolací od návykové látky** – na individuální terapii jen vybraní jednotlivci

### 8.4.2. Souhrn výsledků u pana Jaroslava

Pan Jaroslav v první části rozhovoru hodnotil jen léčbu, ke svým zkušenostem terapeutického vztahu se vyjádřil až po otázce směřující ke zkušenosti z psychoterapeutického vztahu. V něm potřebuje terapeuta, který by byl aktivní a individuálně přistupoval k pacientovi. Jaroslav se zklamáním zmiňuje, že individuální terapie na protialkoholním oddělení byla přístupná jen vybraným pacientům. Nedostatek aktivity ve vztahu souvisí i s rutinním přístupem k terapii závislých na alkoholu, se kterým se u svých terapeutek setkal. Tento pocit může souviset s problematikou vyhoření (burn out) u terapeutů pracujících se závislými, s nimiž je práce obtížná – Jaroslav jednu z charakteristik burn-out-syndromu explicitně uvádí (*…tak mám tady ňáký lidi, budu s nima pracovat, ale jako však voni odejdó a přindó zase další…)*.

Bývalý pacient rovněž popisuje zkušenosti s terapeutickým vztahem s tématy na straně pacienta, která souvisela s nedůvěrou a strachem otevřít se s pocity vůči terapeutovi. Důležitým tématem v případě Jaroslava je přijetí závislosti, mluví o tom, že po první léčbě si vůbec závislost nepřipustil a po dalších léčbách cítil nedůvěru vůči takovému přiznání. O první protialkoholní léčbě mluví tak, že nejčastěji jsou na ni lidé dotlačeni okolím, což byl i jeho případ. Při první léčbě je podle něj „pacient“ (v tomto případě on sám) málo pro léčbu motivovaný, proto sklouzne k recidivě a léčbu opakuje. Z toho důvodu požaduje, aby ústavní léčba byla více propojena následnou další léčbou po jejím skončení.

Zde se jedná o hlavní téma, které zkoumaný zmiňuje. Propojení léčby a „následného života“ je jeho silným přesvědčením, udává pro to několik důvodů, které jsou uvedeny v rámci seznamu témat. Téma nepropojení léčby a dalšího života je zároveň důvodem, proč pacient po jejím skončení často selhává. Z toho důvodu edukace, na kterou je léčebný program zaměřen, má nízkou efektivitu. Tvrdý a přísný režim je panem Jaroslavem vnímán jako odtažený od běžného života, podle jeho názoru neřeší to, co bude po skončení léčby.

### 8.4.3. Analýza čáry léčby

Jaroslav u čáry léčby podotknul, že vrcholy čáry znamenají ústavní léčby, ale jejich počet přesně neodpovídá počtu léčebných pobytů. Nicméně vrchol znamená vždy léčbu. Na rozdíl třeba od kresby pana Matěje je zde v první polovině léčby vidět opačná tendence. Vrcholy se totiž po celou dobu léčby zvyšují, pády nejsou tak hluboké jako následné vzestupy. Největší vzestup je vidět u poslední léčby, po té ovšem následuje strmý pád. Zatímco první léčba má tvar Řípu, poslední připomíná himalájský vrchol. Po posledním pádu nastává stagnace, která končí názvem doléčovacího zařízení s otazníkem.

Celá čára působí v důsledku určité nejistoty v závěru otevřeným dojmem. Jaroslav se bojí určité pozitivní představy budoucna možná z toho důvodu, že v současnosti se snaží řešit své problémy s dluhy a není si jistý, jak to dopadne. Za povšimnutí na kresbě jistě stojí fakt, že v případě léčebných pobytů vždy došlo po pádu k vzestupu jeho čáry léčby, ovšem po poslední léčbě došlo jen k pádu a následné stagnaci. Čára nakonec stagnuje na stejné úrovni, na jaké byla před nástupem první léčby. Působí to tak, jakoby léčby byly pro Jaroslava pozvednutím z určité psychické úrovně, kam se potom opět vrátil.

### 8.5. Pan Jiří

„Důslednost ano, ale s lidskostí a upřímností."

Pan Jiří byl na dvou léčebných pobytech ve dvou různých léčebnách. První léčbu byl nucen ukončit po dvou týdnech z důvodu intoxikace na vycházce. Bezprostředně po té nastoupil další léčbu, která mu byla po třech měsících prodloužena na pět měsíců. Jiří je svobodný a je mu 28 let.

#### 8.5.1. Seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut**

- **Lidský přístup** – pan Jiří pozitivně hodnotí terapeutický přístup, který označuje jako více lidský. U terapeutů na druhém léčení více prožíval jejich „vztah k lidem". Téma lidského přístupu je nadřazeno i dalším tématům souvisejícím s osobností terapeuta ve vztahu.

*Tam je taky v Bystřici kuchyň, tam se několik lidí stará vo kuchyň, že tam rozdává, že tam rozdává jídlo, ale je to úplně, tam si dělají rajóny každej den, ale takovým způsobem prostě, jak ty sestry se v tom vopravdu vyžívají, že tam hledají i smítka a tak dál, tam v té Lhotě je to taky, jo? Tam je v sobotu, v sobotu je tam prostě úklid generální, jo? Každej si musí uklidit, každej dostane ňákej úkol, co musí uklidit, zkontroluje se to, jo, ale je to takový, je to prostě…, je to takový víc lidský. Ten vztah k těm lidem, je tam cítit, že prostě ty sestry sou taky lidi, kdežto v té Bystřici, tam to cítit vůbec není.*

*…ti zaměstnanci, tam člověk přijde hrozně do blízkého styku s těma zaměstnancama. Se s nima zdraví, povídá si s nima, voni povídají vo problémech, co mají doma, povídá si s nima a tak dál, to tam je takový, je to tam takový, já nevím, prostě jak jiná planeta úplně, to je mazec. Lhotu se nemůžu vynachválit. A hrozně moc lidí si ju nemůže vynachválit…*

- **Upřímnost** – hodně silné téma, pacient ho zmiňuje celkem třikrát během rozhovoru. Oceňuje terapeutovu upřímnost i její podporu v rámci vztahů s jinými pacienty (viz. téma udávání vs. otevřenost popsané níže).

*Taková ta upřímnost, jo? Žádný prostě … žádný složitý prostě… prology těch doktorů, to tam neexistuje, tam prostě to ta sestra řekne na rovinu, aji když je vulgární a sprostá, tam to jinak nejde s těma chlapama…*

*…ty sestry sou tam jak maminy, jo? Nejenom že by se o ty lidi vyloženě staraly, ty lidi se vo sebe musí postarat hlavně sami, ale je tam ta lidská upřímnost prostě, jo, nebojí se prostě…*

*…ona měla zase, ona byla výjimečná v tom, že měla základní vzdělání, ale byla to vopravdu ženská že prostě praktická ženská, jo, upřímná, že prostě co měla na srdci, to měla na jazyku, všechno prostě okamžitě řekla…*

- **Zájem –** podle zkoumaného je u osoby terapeuta nutný dostatečný zájem o pacienta, i když mají svůj osobní život, a proto absolutní zájem je nemožný.

*Prvně sem si prostě myslel… Já sem, teď už tak ne, ale byl sem hodně citlivej a prostě sem si myslel, že těm sestrám na mně bůhvíjak záleží a kdesi cosi, ale pak mně došlo, že prostě ti lidi sou tam jenom v práci a zase mají svůj domov. Jinak jim na pacientech záleží, ale vocaď pocaď. Prostě vod té hodiny vod rána vod šesté, do té čtvrté hodiny do odpoledne, kdy vodjíždí autobus. Pak mají svůj život, samozřejmě, jo? A tak to sem cítil takový zklamání z toho, jo, že se prostě…, ale pak mně zase došlo, že to tak vůbec není, protože dyž tam zavolám a když to veme ňáká sestra, já už tam jak dlouho… dva roky vlastně sem tam teďka nevolal, tak když tam teďka zavolám, tak ta sestra si okamžitě vzpomene, kdo to byl. Ty sestry mají paměť jak slony, vony si pamatujou pacienty prostě, to je neuvěřitelný, jo?*

- **Čas si popovídat si s pacientem**

*Tam je dobrý prostě, že člověk může kdykoli, aji v noci, přijít za tou sestrou a promluvit si s ňou.*

- **Přístup zdravotních sester –** jako hlavní aktér terapeutického vztahu z pozice terapeuta jsou popisovány zdravotní sestry – terapeutky, se kterými se pacient setkal na pozitivně hodnocené a dokončené léčbě a které měli i faktické rozhodovací pravomoce.

*A s primářem sem ale ani jednou nemluvil, ten vůbec tam nepřinde, jo? Tam maximálně s doktorem a vlastně o všem ostatním rozhodujou ty sestry, vlastně, komu prodlouží léčbu nebo tak dál, jo? Je tam u toho aji doktor, ale ty sestry vo tom ví nejvíc a rozhodnou vo tom vlastně voni.*

*Takže tam to prostě funguje a ty lidi, tam ty sestry si nechají prostě tykat vlastně jo, „sestro Hedviko" a tak…*

*…a předseda a místopředseda dou prostě a sestry se jich ptají na něco a my si usoudíme z té komunity, že někde něco se děje, nebo by se mohlo stát, tak to prostě řekneme.*

### B) Interakce terapeut-pacient

- **Důvěra vs. nedůvěra**

  - **Důvěra v terapeuta**

*Já sem za ňou byl dvakrát a pak sem prostě ztratil… důvěru, neměla mou důvěru. Vůbec, absolutně ne. Protože ten člověk mně absolutně neseděl a to stejný v té Lhotě ta psycholožka. Ta byla, to byla mladá holka a připadala mně taková, až přemoudřelá, taky, prostě necítil sem tam nic jako… neměl sem prostě absolutně důvěru. Vůbec žádnou… Vůbec, vůbec, ani ten primář…*

  - **Zdravá nedůvěra terapeutů ke svým pacientům -** Bývalý pacient popisuje zklamání, které ho provázelo po zjištění, že terapeutky jen obtížně mohou pacientům se závislostí důvěřovat. Uvědomuje si však, že tento přístup je v takové léčbě nutný.

*Tam je hlavně taky – já, co si pamatuju, když sem byl v té prádelně, tak prostě…, se taky dostavilo zklamání po několika měsících, že prostě sem pochopil, že tam nikdo n… tam ty sestry nikomu nevěří. Nikomu. To nejde prostě někomu věřit. Oni počítají s tím, že prostě vypadneme a začneme znova chlastat.*

Zde je popisována přílišná důvěra pacientovi na počátku léčby, která pacient vnímá jako neodpovědnost.

*…poslali mě samotnýho bez doprovodu k zubařce, to sem ještě vlastně byl na příjmu, to sem ještě nebyl na voddělení, poslali mě samotnýho, to jenom vodpovídá vo té zodpovědnosti tam těch lidí…, tak mě poslali samotnýho, tak sem šel do nemocnice a prostě sem si koupil*

*plácačku, pak sem šel zpátky, nadýchal sem, jo, a ještě sem se naládoval prášku od doktorky – co to bylo, to byl citalex, ale silnej, to byl dvougramovej ještě, tak sem sežral celý plato a jel sem dom, no…*

**C) Pacient**

- **Přenos** – pacient tvrdí, že zdravotní sestra – terapeutka, ke které měl pozitivní vztah, mu připomínala jeho matku

*… vzpomínám na svou patronku, ta se menovala Dáša a to byla prostě…, protože mě hodně připomínala svou matku, jako ženská…*

- **Soudržnost pacientů** – bývalý pacient negativně hodnotí nízkou soudržnost mezi pacienty na komunitě u první přerušené léčby

*…a hlavně, v té Bystřici je to postavený hlavně na bonzáctví, tam to není jako komunita, tam nedrží ty lidi při sobě…*

**D) Témata související s negativně vnímaným přísným léčebným režimem**

- **Terapeut**
  - **Povýšenost**
    - **bez ohledu na pacienta –** v tomto smyslu negativně vnímaná charakteristika

*V Bystřici je přísný režim, ale tam, v Bystřici, se sestry do slova a do písmene, tam je člověk, tam si vopravdu člověk připadá jako absolutní póvl. Bohužel. Ty sestry se k těm lidem tak chovají. Některý ty sestry mají doma manžele alkoholiky, ale chovají se jako póvl. Já to vím proto, že mám spoustu přátel, co tam pracujou, v Bystřici, ne přímo na tom oddělení, ale znají ty sestry a dozvěděl sem se věci, ze kterejch mně bylo na blití a vůbec aji ty lidi, co znám, co tam pracujou, tak vím, jak se chovají k těm pacientům, co vod nich slyším a tak dál…*

- **autorita –** určitá míra povýšenosti pro zachování autority je žádoucí, nesmí však být bez ohledu na pacienta

*Že jako ze začátku se k těm lidem, třeba vrchní sestra, tak se těm lidem zdá, že se na ně hodně povyšuje, jo? Ale ale… ona si prostě musí držet , někdo tam musí…, není tam doktor, jo, na tom oddělení, takže někdo tam musí být vyloženě ta autorita. Takže ona tam dělá vlastně zastupuje tu autoritu, jo, někomu se zdá, že ho buzeruje a tak dál, ale všecko dělá pro ty lidi.*

  - **Nenávistný tón v hlase**

*…hrozná buzerace. Hrozná buzerace a nenávistnej tón vyloženě a pohrdání prostě jo…, to jako to ne, takhle ne.*

- **Interakce terapeut-pacient, interakce mezi pacienty**

Přílišné uplatňování tvrdého a direktivního léčebného režimu bez lidského přístupu k pacientům se v interakci terapeut-pacient nebo pacientů mezi sebou vyznačuje následujícími charakteristikami:

- **Udávání jeden druhého vs. otevřenost v komunikaci v komunitě, možnost upřímného vyjadřování pocitů, vzájemného přímého vyříkávání si problémů –** zde je srovnávána léčba, kde bylo podporováno vzájemné udávání mezi pacienty s léčbou, která preferovala otevřenou komunikaci v komunitě. Důležitým aktivním činitelem v tomto směru se zde ukazují zdravotní sestry – terapeutky.

*No a co se mně tam líbilo, tak byl to, co se někomu zdá, že ty sestry někomu nadržujou, někomu ne, tam sou takový vlezprdelky, co lezou těm sestrám do zadku, to je snad všude. Ale tam prostě ty sestry to tak nebraly to udávání, že by někdo na někoho donášel, tak to tam nebylo. Ale oni na to sraly, jo? Tam třeba bylo, že, to je aji v té Bystřici, že předseda a místopředseda většinou každý ráno dou před ... zasedá komunita každý ráno, než se nastupuje do pracovní terapie, a předseda a místopředseda dou prostě a sestry se jich ptají na něco a my si usoudíme z té komunity, že někde něco se děje, nebo by se mohlo stát, tak to prostě řekneme. Ale tak člověk se tam dozví, když prostě se řekne, když sem byl ten předseda, tak sem se dozvěděl věcí prostě, kerý sem třeba nečekal vod těch lidí, jo, třeba že na mě donášeli a tak, jo?*

*Kdežto tam je to postavený… a hlavně, v té Bystřici je to postavený hlavně na bonzáctví…*

*…kdežto tam, prostě v té Lhotě, když něco takovýho je, tak v komunitě se dá prostor, ti chlapi můžou být sprostí a vysvětlete si to. A můžou si to vyříkat. Jasný. A můžou být sprostí, ale tam, v Bystřici, nesmí člověk říct sprostý slovo. Za každý sprostý slovo – jenom vole, za vole, je černej bod. To je na palicu, to je úplně na palicu.*

*…je tam kuchyň, ty lidi si musí, tam je prostě někdo, kdo se stará o kuchyň, kdo má službu v kuchyni celej den, musí dávat jídlo a tak dál. Někomu se třeba zdá, že toho jídla je málo, lidi mezi sebou musí komunikovat, musí se domluvit mezi sebou, je to takový, je to jiný…*

- **Ponižování mezi pacienty**
- **Vysmívání mezi pacienty**

*No úplně, mně to připadalo hrozně takový…, no vůbec ten pohled těch lidí, co už tam byli třeba přes dva měsíce, jak se dívají na ty lidi v těch županech, ten výsměch vod nich a tak dále, tak to je… Aby se tam ňákej dvacetiletej kluk ňákýmu padesátiletýmu chlapovi, kerej má vopravdu životní problémy a vopravdu skončil na tom chlastu, sám, bez ničeho, aby se mu tam vysmíval, tak to ne. Takhle ne. To prostě…*

- **Vysmívání terapeutů vůči pacientům**
- **Absolutně direktivní přístup** vs. **důslednost spojená s lidským přístupem a vedením ke odpovědnosti pacientů a spoluodpovědnosti v komunitě**
  - **Komandování** v souvislosti s nedodržováním pravidel léčebného režimu

*…hrozná buzerace. Hrozná buzerace a nenávistnej tón vyloženě a pohrdání prostě jo…, to jako to ne, takhle ne.*

*Jednou to bylo kvůli nějakýmu úklidu, jo, já už přesně nevím, co mně ta sestra řekla, já sem ji na to odpověděl, dostal sem za to jakejsi ten červenej bod, já už přesně nevím jak to bodování tam bylo, nebo dva body, nebo tři ty body dokonce sem dostal? Hrozilo mně dokonce vyloučení vod tam a neřekl sem nic sprostýho, jenom sem řekl prostě to, co sem si vo tom myslel, a bylo to prostě jakože, že su drzej a kdesi cosi a nerespektuju pravidla a…, měl sem špatně ustlanou postel, no, tak to mě jakože, to mě vopravdu vytočilo a tak sem se vobořil, no, to mě vopravdu nakrklo, no. A prostě vůbec tam to rozdělení prostě těch lidí, jo,*

*tys teďka došel, seš tady čtrnáct dní, jo, musels chodit v županu, celej den vlastně, jak debil musels chodit v županu, nemohls ven vůbec z toho oddělení, musels byt furt tam, nemohl sis jít koupit něco…*

❖ **Direktivita při uplatňování pravidel bez lidského přístupu a podpory odpovědnosti –** Jiří srovnává uplatňování pravidel na dvou různých léčbách – zde hodnotí jako lepší to, když jsou pacienti vedeni k dodržování pravidel v rámci vlastní samosprávy. Absolutní direktivita shora je hodnocena negativně.

*V Bystřici, proboha, tam se vybírá, tam primář schvaluje televizní program, na co se ty lidi budou dívat v televizi, to je neuvěřitelný, co tam je. V té Lhotě, tam je jedna televiza na patře, kde sou vlastně filmy a tak dál a další byla v jídelně, kde se chlapi dívají většinou na fotbal a taková. A tam prostě taky se zakázala televiza, zůstal tam nepořádek u televize nebo ňákej bugr a zakázala se televiza. Tenkrát sem byl vlastně já předseda, tak zakázal sem to já.*

*…je tam kuchyň, ty lidi si musí, tam je prostě někdo, kdo se stará o kuchyň, kdo má službu v kuchyni celej den, musí dávat jídlo a tak dál. Někomu se třeba zdá, že toho jídla je málo, lidi mezi sebou musí komunikovat, musí se domluvit mezi sebou, je to takový, je to jiný. Tam je taky v Bystřici kuchyň, tam se několik lidí stará vo kuchyň, že tam rozdává, že tam rozdává jídlo, ale je to úplně, tam si dělají rajóny každej den, ale takovým způsobem prostě, jak ty sestry se v tom vopravdu vyžívají, že tam hledají i smítka a tak dál, tam v té Lhotě je to taky, jo? Tam je v sobotu, v sobotu je tam prostě úklid generální, jo? Každej si musí uklidit, každej dostane ňákej úkol, co musí uklidit, zkontroluje se to, jo, ale je to takový, je to prostě…, je to takový víc lidský. Ten vztah k těm lidem, je tam cítit, že prostě ty sestry sou taky lidi, kdežto v té Bystřici, tam to cítit vůbec není.*

*Tam je to postavený víc na strachu, než prostě na tom, aby ten člověk chtěl, jo.*

❖ **Striktní uplatňování pravidel** vs. **zájem pacienta –** dodržování pravidel léčby by podle Jiřího nemělo být nadřazeno snahou o vyléčení pacienta a úsilí o udržení důvěry v psychoterapeutickém vztahu. Pacient popisuje zkušenost, kdy zdravotní sestra-terapeutka porušila pravidlo, aby získala pacienta pro další léčbu a umožnila mu chybu napravit

*…já sem prostě když sem jezdil na dovolenky dom, tak sem chlastal na dovolenkách, já sem jezdil s takovejma depresema, tak rozklepanej z tech dovolenek, já sem toho nevypil moc třeba na té dovolence, ale ten strach z toho, že mě vod tam vyhodí, jo, protože já sem vlastně tam ty sestry a ty lidi vůbec tam začal mít rád, jo, a styděl sem se prostě, to svědomí mě tam úplně prostě užíralo a jednou sem dojel prostě už tak roztřepanej, že to svědomí mě fakt úplně roztrhalo na kusy řekl sem to teda svoji sestře, co byla jako můj tam, každej pacient má svýho patrona. Ta sestra byla můj patron, mezi čtyřma očima sem jí to řekl a ona jako že prostě, v podstatě porušila pravidlo, že to nikomu neřekla, ale viděla prostě, že mě to žere, asi to někomu řekla, ale my sme se o tom už nebavili a prodloužili mě léčbu…*

*…v té Lhotě tam třeba dají navíc postel navíc z půdy, rozšíří to prostě, aby se tam ta kapacita tam zvedla a ono tam bylo za mě pětačtyřicet lidí a oni říkali, že to tam nebylo ještě, jo…*

To se ovšem podle Jiřího netýká případu, kdy je ohrožen zájem jiných pacientů, nejedná se tedy o svévolné překračování pravidel, pravidla mají podle něj mít své hranice.

*…To stejný tam byl druhej, ale tam to bylo trošku zas něco jinýho, ten už tam byl taky po několikátý, beznadějnej případ, přes šedesát let, hrozně hodnej chlap, ale byl celej život sám a tam si našel ženskou. Ale tam sou vztahy zakázaný, navazování vztahů je tam zakázaný, to je logický, to naruší absolutně tu komunitu. A oni jim prokázali, že ten vztah navázali, a jeho vyhodili. Ale oni mu vlastně spravovali účet, na kterej mu chodily peníze, a*

*uvolnili mu aji ten účet. No a protože ta ženská byla na soudní léčbě, tak on zůstal kousek vod tam, v Javořicích, vzal si tam byt a dojížděl za ňou. Ale když se dostal k penězům, tak byl vlastně…, tak začal chlastat…*

*Tak bylo to takový, zase tohle bylo smutný, jo, ale prostě ty pravidla sou tam daný a to se mně zase prostě líbilo, že ani na něho nebrali ohled.*

**II. Ústavní léčba jako kontext psychoterapeutického vztahu**

- **Klidné prostředí**
- **Pracovní terapie ve formě asistence u pacientů s jinou nemocí**
- **Možnost kouření a pití kávy podle potřeby vs. omezená možnost**
- **Rigidita a zakonzervovanost léčebné metody** – první pacientova léčba byla vnímána jako rigidní a zakonzervovaná v léčebných postupech, které nebyly léta inovovány.

### 8.5.2. Souhrn výsledků u pana Jiřího

Bývalý pacient Jiří v úvodní části rozhovoru zmínil sedm charakteristik, relevantních k posuzování terapeutického vztahu v protialkoholní léčbě. Celkem se objevilo osm témat, která úzce souvisela s terapeutickým vztahem a dalších devět, která souvisela se vztahem v prostředí negativně hodnoceného přísného léčebného režimu. Jiří a priori neodmítá přísnost nebo vulgární přístup jako rys protialkoholní léčby, ale nelíbí se mu odcizenost takového léčebného režimu, která opomíjí lidský, rovný a autentický přístup k pacientovi. Kritika takového léčebného režimu byla natolik hlavním tématem, se kterým souvisela řada témat základních, že jsem se rozhodl toto téma zahrnout do seznamu zvlášť, mimo dělení terapeutického vztahu na tři hlavní skupiny témat (osobnost terapeuta, pacienta a jejich vzájemná interakce).

V odcizeném prostředí léčebného režimu jsou pro Jiřího nepříjemné vztahy mezi pacienty založené na vzájemném vysmívání a udávání za prohřešky. Terapeuti v takovém prostředí jednají povýšeně, často komandují pacienty v souvislosti s nedodržováním pravidel režimu. Toto uplatňování pravidel je ovšem formálně striktní, odcizené, nerespektuje jakékoli možné zájmy pacientů nadřazené pravidlům a neberou ohled na pocity důvěry ve vztahu k terapeutům. Rovněž v souvislosti s pravidly není podporována odpovědnost pacientů za své chování.

Pan Jiří u terapeutů oceňuje lidský přístup, zájem o pacienta, upřímnost a to, když může pacientovi věnovat svůj čas. Ve vztahu z pozice pacienta je pro něj důležitý pocit důvěry v terapeuta, přitom chápe, že důvěra terapeuta v pacienta léčeného ze závislosti na alkoholu má určité meze a jistá nedůvěra především na počátku léčby má své opodstatnění.

Celá Jiřího výpověď se nese ve znamení srovnání dvou léčení, z nichž jedno je pro něj charakteristické striktním a odcizeným režimem, zatímco druhé, stejně přísné a důsledné, je obohaceno lidskostí, kdy je zájem pacienta na prvním místě. Zde tedy stojí proti sobě dva systémy léčení, z nichž jeden je zakonzervovaný a hájí pravidla pro pravidla, kdežto druhý je pružnější a lidštější.

### 8.5.3. Analýza čáry léčby

Jiřího čára léčby má více charakter typu životní krize s malými pády a rychlými nápravami, i když v první části čáry se objevuje hlubší krize. Typ čáry nelze tedy jednoznačně označit.

Jsou zde vidět dva výkyvy. První je pokles a návrat na stejnou úroveň související s nástupem do první léčby, jejím ukončením a začátkem léčby druhé. Dále čára pokračuje rovně, následuje zvlnění, kterou zkoumaný označil jako uvědomění. Uvědomění, jak sám uvádí, že „normální je nepít“.

Tato čára léčby má rovnější, jednodušší charakter a v podstatě se skládá ze dvou událostí – krize během začátku léčby a vlnovka uvědomění, které podle výpovědi Jiřího pro něj znamenalo úlevu, když zjistil, že vlastně pít nemusí.

### 8.6. Společný seznam témat

**I. Terapeutický vztah**

**A) Terapeut**

- **Zájem o pacienta a jeho léčbu**

Z pohledu pacientů by se měl o pacienta zajímat, věnovat mu pozornost, zajímat se o to, jak léčení probíhá a kam směřuje.

- **Dodávání naděje** vs. **Přístup jako k beznadějnému případu**

Důležitým tématem, který pacient na straně terapeuta vidí, je jeho potřeba vyjádření naděje od terapeuta, ukázání cesty k životu bez závislosti. Pacienti velmi negativně hodnotí, když k nim terapeut přistupuje jako k beznadějným případům, se kterými je zbytečné cokoli dělat, kteří jsou nevyléčitelní a po skončení léčby okamžitě začnou pít.

- **Bezpodmínečné lidské přijetí**

❖ **Lidský přístup** – terapeut, který usiluje o vřelý lidský vztah, který přistupuje k pacientům jako k lidem, má pro ně pochopení a na prvním místě je pro něj blaho pacienta; je terapeutem, který odpovídá ideální představě pacientů.

❖ **Přístup jako k nemocným –** pacienti oceňují, když je k nim přistupováno jako k nemocným, kteří se chtějí léčit a nikoli k alkoholikům, kteří si za svůj osud mohou sami, případně s připomínáním jejich hříchů spojených se závislostí.

❖ **Rovný přístup** vs. **rozlišování, nálepkování** – negativně vnímáno je rozlišování mezi pacienty, kteří léčbu podstupují poprvé a recidivisty, mladšími a staršími, nálepkování pacientů jako „alkoholiků".

- **Důslednost, přísnost – ne na úkor lidského vztahu a podpory odpovědnosti**

Pacienti uznávají, že léčba musí být postavena na přísném režimu opřeném o jasná pravidla. Někteří sami uznávají, že takový přístup k léčbě sami potřebují – vidí u sebe jako škodlivou lehkomyslnost a nedůslednost k sobě. Jednoznačně ovšem odmítají přísný a direktivní režim s absolutními pravidly, který by neobsahoval lidské porozumění a vedení k odpovědnosti sám za sebe, případně ke spoluodpovědnosti v kolektivu pacientů.

- **Vedení k odpovědnosti za léčbu**

Pacienti oceňují, když jim terapeut poskytuje vedení k převzetí vlastní odpovědnosti. S odstupem hodnotí pozitivně, když k nim takto bylo přistupováno na skupinové terapii nebo v životě v komunitě, kde byli vedeni ke spoluodpovědnosti za dění v komunitě a ke vzájemné komunikaci. Možnost trávení volného času bez dozoru v pravý okamžik může podle pacientů

k budování odpovědnosti sám za sebe přispět. Příliš autoritativní uplatňování moci ze strany terapeutického vedení není příliš ceněno.

- **Přístup zdravotních sester**

Zdravotní sestry jsou neoddělitelnou součástí terapeutického týmu a proto nemohou být opomenutelné ani ve výzkumu psychoterapeutického vztahu v ústavní léčbě. Jsou v kontaktu s pacientem každý den, často i v noci. Z terapeutického týmu jsou k pacientovi nejblíže a vztah s nimi se týká nejširšího spektra činností – od ryze praktických jako je osobní hygiena až po rozbor nepříjemných pocitů při zvládání nemoci.

### B) Pacient

- **Důvěra v terapeuta –** pacient potřebuje k terapeutovi cítit důvěru. Terapeut by měl umět si důvěru získat.
- **Přijetí nemoci** – pacienti přiznávají, že v průběhu první i případných opakovaných léčení měli problém s přijetí své závislosti a s tím i přijetí nutnosti trvalé abstinence. Pokud k němu dospěli, tak hovoří o ní jako o něčem, co bylo důležité v procesu zvládnutí závislosti. Někteří cítí v tomto problému jistou rezervu a vytyčili si jej jako cíl, ke kterému se snaží směřovat.

### C) Interakce terapeut-pacient

- **Čas si popovídat s pacientem, zázemí pro pacienta**

Podle představ pacientů by měl být terapeutický vztah zázemím, kde by pacient mohl uspokojit svou potřebu se kdykoli vypovídat se svými pocity, problémy a potížemi v souvislosti s nemocí. Podmínkou vytvoření takového zázemí je bezpodmínečné lidské přijetí a témata k němu se vázající.

## II. Protialkoholní léčba

### A) Pacient v kontextu léčby

- **Růst jako odraz ode dna**

Někteří pacienti hovoří o tom, že se jim nemoc podařilo zvládnout díky hlubokým pádům, které při opakovaných léčbách zažili.

- **Odpor u direktivní léčby k odmítání alkoholu**

Pacienti hovoří o tom, že v případě příliš autoritativně laděné direktivní léčby, která kategoricky zdůrazňovala přísnou abstinenci, podporují v nich odpor k takovému pravidlu a vrací je po skončení léčby zpět k alkoholu.

- **Nepokračování v psychoterapii po skončení léčby –** sem patří rovněž nedostatečný kontakt mezi terapeuty v léčebně a pacientem v běžném životě po skončení léčebného pobytu. Pacienti mluví o své nízké motivaci k léčení v průběhu první léčby a litují toho, že v psychoterapeutické léčbě nepokračovali po skončení ústavního pobytu. Jeden z nich explicitně vyjadřuje potřebu jakéhokoli kontaktu s terapeuty po skončení léčby, zpětné vazby od propuštěných pacientů směrem k terapeutům z ústavní léčby.

### B) Ústavní léčba jako kontext terapeutického vztahu

- **Náhled na nemoc, edukativní léčba** – léčba je zaměřena především na seznámení se s nemocí, vytváří náhled na závislost na alkoholu a drogách.
- **Pracovní terapie a trávení volného času** – součástí léčby je pracovní terapie, její výhodou je odvedení pozornosti od alkoholu – to může částečně působit preventivně proti odporu k jeho odmítání.
- **Možnost prodloužení léčby** – pacienti ocenili, když jim byla ze závažných důvodů léčba prodloužena, hodnotí to jednoznačně jako prospěšné.
- **Rigidita a zakonzervovanost léčebné metody** – negativně je pacienty hodnocena léčba, která je příliš rigidní a zakonzervovaná, postupy léčebného režimu jsou desítky let nezměněny. Toto téma významně souvisí s tématem potřebu důslednosti v podmínkách lidského přístupu. Direktivní přístup založený na absolutní nadřazenosti pravidel není žádoucí.

## 9. Diskuse

V rámci výzkumu se podařilo získat výpověď od pěti probandů – absolventů ústavní protialkoholní léčby v českých psychiatrických léčebnách. Podařilo se oslovit bývalé pacienty různého věku s různou podobou závislosti na alkoholu (3x čistá závislost na alkoholu, 1x závislost na alkoholu jako sekundární diagnóza, 1x společně se závislostí na jiné droze). Většina pacientů byli recidivisté, čtyři z nich absolvovali 3-8 léčebných pobytů v psychiatrických léčebnách, zbylý proband absolvoval jeden léčebný pobyt. Opakované protialkoholní léčebné pobyty jsou pro závislé na alkoholu typické, zvláště pro ty, kteří jsou

k léčbě vnitřně motivovaní (nejsou k léčbě „dotlačeni okolím“ nebo z jiných sociálních důvodů). Právě tyto bývalé pacienty jsem měl zájem zkoumat.

Struktura témat získaných fenomenologickou analýzou narativního materiálu nám podává informaci o individuální zkušenosti člověka. Na jeho základě se můžeme orientovat v tom, jakou důležitost pacienti z tohoto druhu léčby přisuzují vztahu se svým terapeutem. Až na jednoho respondenta o tématech psychoterapeutického vztahu mluvil každý již v průběhu hodnocení celé léčby, tedy dříve než padla otázka směrem k samotnému vztahu. Relevantních témat k tomuto obecnému psychoterapeutického faktoru se podařilo nalézt u třech respondentů vysoký počet a u respondentů zbývajících se významná témata objevovala také. Na první výzkumnou otázku můžeme odpovědět kladně. Nemůžeme konstatovat, jaký podíl na efektivitě léčby má faktor terapeutického vztahu, to je otázka pro kvantitativní zkoumání. U výsledků fenomenologické analýzy těchto pěti narativních výpovědí ovšem vidíme, že psychoterapeutický vztah zaujímá pevné a důležité místo v příběhu pacientovy protialkoholní léčby.

Přestože jsem se v rámci fenomenologické analýzy snažil oprostit od zažitých schémat a konstruktů, pro něž jsem vyhradil místo v teoretické části práce, přece jen jsem témata vztahující se k psychoterapeutickému vztahu zahrnul do třech skupin, které jsou v předchozích teoriích již tradičně takto děleny (terapeut, pacient a jejich interakce). Na rozdíl od klasického pojetí však tato naše nadřazená témata nejsou pojata kategoriálně, tedy ne jako nepropustné přihrádky, do níž základní témata spadají jako charakteristiky, ale rozumím jim spíše jako perspektivám pohledu na jednotlivá témata, z čehož ve svém kvantitativním výzkumu vycházejí třeba citovaní Chatoor a Krupnick (2001).

Mnohá základní témata jsou ve skutečnosti postavena tak, že zároveň vyjadřují potřebu pacienta, žádoucí osobnostní rys u terapeuta a vztahují se k charakteru určitého interakčního prostředí. Podle mého názoru je interakce od osobnostních charakteristik aktérů v terapii obtížně oddělitelná. Jak uvádí již výše citovaný Horvath (1993), mezi osobnostní charakteristiky aktérů ovlivňující terapeutický vztah patří interpersonální schopnosti a charakteristiky interpersonálně-dynamické (motivace, psychický stav apod.). Tuto základní troj-hierarchizaci témat (terapeut, pacient, interakce), kterou jsem zde uplatnil, chápu jako orientační perspektivu k dalšímu zkoumání, nikoli jako nutnou a definitivně uzavřenou strukturu.

Témata, která se u několika respondentů překrývala jsem uvedl ve společném seznamu témat. Tento seznam považuji za důležitý výstup z tohoto výzkumu. Vidím v něm odpovědi na zbylé výzkumné otázky (Jak vnímal pacient svého terapeuta?, Co prožíval ve vztahu

k němu?, Co se mu na něj líbilo nebo nelíbilo? Co mu ve vztahu chybělo?), které přesahují individuální zkušenost jedince a mohou být zdrojem hypotéz pro další výzkum.

Velký význam přisuzuji zejména hlavnímu tématu, které jsem interpretoval jako bezpodmínečné lidské přijetí a které obsahuje několik základních témat (lidský přístup a rovný přístup). V souvislosti s příbuznými tématy, jako je zájem o pacienta nebo dodávání naděje, tato témata vytvářejí ucelený ideální obraz terapeuta z pohledu pacientů. Tento obraz se blíží schopnosti bezpodmínečného přijetí jako požadované vlastnosti u terapeuta, kterou prosazoval ve svém přístupu zaměřeného na člověka Carl Rogers. Mezi dalšími tématy u jednotlivých probandů se objevila rovněž schopnost naslouchat, upřímnost (autenticita) nebo porozumění pacientovým potřebám, která jsou rogersovský zásadám velmi blízko. Zde bych chtěl podotknout, že kvantitativním výzkumem hodnocení ústavní léčby závislostí z pohledu pacientů za využití rogersovských kategorií se zabýval již Vymětal (1999), na jehož výzkum odkazuji v teoretické části.

V protikladu k bezpodmínečnému lidskému přístupu je přístup k pacientovi jako k „alkoholikovi“, který si „život sám zkazil“ a je „nevyléčitelným případem“. Tento přístup jeden z probandů označil jako „přístup k lidem jako k jednotkám“ a srovnal ho s přístupem nacistických pohlavárů k vězněným v koncentračních táborech. Tento popis mi připomíná objektový způsob vztahu „já“ k „ono“, který zmiňuje Martin Buber (1969). Tento vztah se v naší oblasti projevuje vztahem terapeuta k „alkoholikovi“ v protikladu ke způsobu vztahování „já“ k „ty“, který by analogicky znamenal vztah terapeuta jako léčícího člověka k druhému člověku, který se léčí.

Bezpodmínečné lidské přijetí na jedné straně a odcizený, zvěcnělý přístup k pacientovi na straně druhé (Öjesjö, 2002, viz. výše), považuji za stěžejní témata pro další zkoumání terapeutického vztahu v ústavní léčbě závislostí, případně jiných poruch. U výzkumů jiných typů poruch by ovšem podle mého názoru bylo užitečné provést podobný explorativní výzkum jako je tento.

Dalším zajímavým podnětem je pro mě téma rutinního nebo stereotypního pocitu z přístupu terapeuta k pacientům léčeným ze závislosti, o kterém ze své zkušenosti hovoří pan Jaroslav. Problematika syndromu vyhoření u pomáhajících v léčbě závislostí na alkoholu, kde je recidiva závislosti velmi častým jevem, jistě do budoucna stojí za důkladné zkoumání a srovnávání.

Překvapilo mě, že téma empatie (zde označeno jako *porozumění pacientovým potřebám*) se vyskytovala v seznamu témat jen u jednoho respondenta, přestože je často popisována jako jedna z nejdůležitějších schopností ovlivňující pozitivní terapeutický svazek.

Na druhé straně se objevila celá řada základních témat, která souvisejí s Kiesler, Mathine a Kleinové konceptem tzv. terapeutické vazby (viz. výše, Cartwright, 1985). K tomuto konceptu by se dala zařadit témata na straně terapeuta jako je *zájem o pacienta a jeho léčbu*, *čas popovídat si s pacientem*, *zázemí pro pacienta*, *aktivita* nebo naopak nepřítomnost *stereotypního a rutinního přístupu k pacientovi*. V případném dalšího zkoumání psychoterapeutického vztahu v této oblasti by bylo vhodné zaměřit se spíše na koncepty jako je terapeutická vazba a na interpersonální schopnosti na straně terapeuta než na úžeji vymezenou schopnost empatie.

Výpovědi probandů, kteří prošli několika protialkoholními léčebnými pobyty, svědčí o vnímání rozdílů mezi tradiční „skálovskou“ léčbou a léčbou, která se inspiruje hnutím Anonymních alkoholiků. Všichni probandi, kteří prošli oběma typy léčeb, hodnotí jako jednoznačně lépe model léčby inspirovaný AA, který je více postaven na vztahu zdůrazňujícím lidský, bezpodmínečně přijímající přístup terapeuta a nenese prvky odcizení a zakonzervovanosti. Zde se nabízí podnět pro kvantitativní zkoumání ústavní protialkoholní léčby v českých podmínkách: *srovnání tradičního protialkoholního ústavního léčení s ústavním léčením inspirovaným AA v úrovni terapeutického vztahu a srovnání jeho efektivity*.

Opakující se témata u více respondentů, která jsou uvedena ve společném seznamu, by se dala ve srovnání s analýzami terapeutického vztahu u pacientů s jinými diagnózami kromě návykových poruch rozdělit na *obecná* (náležící k terapeutickému vztahu u všech typů poruch nebo problémů) a *specifická* (typické jen při léčbě závislostí). Podle témat, která zmiňuje ve své diplomové práci Ševčíková (2003), se u terapie jiných poruch opakují témata jako je *zájem, upřímnost*, řešení konkrétních problémů, vcítění se do klienta (u analýzy jednoho rozhovoru uvádíme např. *porozumění pacientovým potřebám*), aktivizace (u nás *aktivita*), trpělivost apod. Tato témata se vyskytla i v tomto výzkumu. Naopak témata jako je *potřeba důsledného přístupu* nebo *přijetí závislosti* lze označit za specifické vzhledem k léčbě závislostí a návykových poruch.

Výhodou výzkumu podle mého názoru je, že nezkoumá terapeutický vztah odděleně od ostatních témat léčby, ale příbuznými tématy, která se léčení týkají.

Nevýhodou tohoto projektu na druhou stranu je fakt, že se nezaměřuje na vztah pacienta k určitému vybranému terapeutovi, nýbrž mapuje pacientovy zkušenosti se vztahy s terapeuty v průběhu celé jeho léčby. Toto je potřeba mít na paměti při práci s výsledky, které mohou sloužit spíše pro orientaci a vhled do tématu než o podrobný popis dynamiky

psychoterapeutického vztahu. Podrobný popis dynamiky vztahu, jsem si jako cíl v tomto výzkumu ovšem nekladl.

Na základě výsledků jsem dospěl k uvědomění, jak zcela rozdílné dimenze má terapeutický vztah v ústavním léčení ve srovnání s ambulantní individuální psychoterapií, který známe z některé literatury (např. Greenbergová, 1998, Yalom & Elkin, 2005). Terapeutický vztah v ústavní léčbě značně přesahuje terapeutická sezení, týká se každodenního kontaktu pacienta s terapeutem a rozšiřuje se počet nositelů vztahu (na straně terapeuta jsou to lékaři, psychologové, sociální pracovníci a zejména zdravotní sestry, pacientů je rovněž podstatně více).

Výzkumné otázky směřující k dimenzím psychoterapeutického vztahu se podařilo zodpovědět uspokojivě. Společný seznam témat zahrnuje 11 témat, která souvisí se zkušeností terapeutického vztahu pacientů v protialkoholním ústavním léčení, tento seznam je doplněn o dalších 7 témat z kontextu léčby. Totéž platí u výzkumné otázky v souvislosti s důležitostí psychoterapeutického vztahu v této léčbě. U 4 z 5 respondentů se začala důležitá témata souvislosti s prožíváním vztahu s terapeutem objevovat již po otázce směřující k hodnocení léčby.

Výzkumné otázky týkající se toho, jak pacienti vnímali svého terapeuta v léčbě a co ve vztahu k němu prožívali, se podařilo odpovědět jen omezeně z toho důvodu, že pacienti ze začátku vyprávěli o léčbě jako celku, dále mluvili o zkušenosti s více terapeuty, protože absolvovali léčebných pobytů více a v každém z nich měli více terapeutů. Vzhledem k tomu, že celý výzkum byl koncipován explorativně, jeho cílem byla první orientace a vhled do tématu, tak tyto výzkumné otázky nebylo možné zodpovědět důkladně. K tomu, abych získal lepší reprezentaci pacientova vztahu s terapeutem, musel bych toto téma rozvinout v dalším výzkumu a zaměřit se na analýzu konkrétního vztahu (např. vždy jednoho pozitivního a jednoho negativního u každého pacienta). Chci jen dodat, že tyto otázky byly pro můj výzkum byly formulovány příliš komplexně (zaměřeny na samotný vztah, nikoli na strukturu témat týkající se terapeutických vztahů) a značně přesahovaly hlavní explorativní záměr výzkumu.

Doplnění rozhovoru technikou „čáry léčby“ považuji za přínosné. Podle mého názoru by bylo zajímavé, doplnit rozhovor a tím i zkoumaný příběh dalšími kresebnými technikami tak, jak jej ve své diplomové práci o terapeutickém vztahu používá Ševčíková (2003). V případě možnosti by bylo také vhodné narativní materiál z rozhovoru doplnit o další typy materiálu (např. konfrontovat ho s deníky pacientů z jednotlivých léčebných pobytů). Ty jsem ovšem k dispozici neměl.

Jako velmi pozitivní vidím to, že se vůbec podařilo získat výpovědi respondentů. Závislost na alkoholu a zejména její léčba v naší společnosti stále patří mezi tabuizovaná témata. Bývalí pacienti o ni neradi hovoří a pokud se jim podařilo jejich závislost překonat, patří léčba k těm životním tématům, na která by raději zapomněli.

Za drobný nedostatek výzkumu považuji to, že se nepodařilo získat respondenta, který by prošel pouze jednou léčbou, přestože pan Jiří byl z první léčby po dvou týdnech vyloučen, druhou léčbu už úspěšně absolvoval. Tento nedostatek považuji pouze za drobný z toho důvodu, že recidiva v závislosti a opakované léčby jsou v případě alkoholové závislosti typické.

Při podrobnějším studiu kompletních příběhů závislosti se nabízí srovnání s typologií příběhu podle Hänninen a Koski-Jännes (1999), kterou jsem zmínil v teoretické části. Zatímco příběh pana Jaroslava nebo Radima patří mezi typ „Příběhu z AA“, tedy typickým příběhem muže-závislém na alkoholu, příběh Jiřího, ale i Matěje, by se dal zařadit pod „Příběh spoluzávislosti“, který je typický (ovšem ne nutný) pro závislé na nealkoholových drogách. K přesnému zařazení do této zjištěné typologie by ovšem bylo potřeba více narativního materiálu, především holistického charakteru.

Terapeuti, kteří mají s terapií závislých zkušenosti nemusí považovat potřeby pacientů ve vztahu s terapeutem za prospěšné pro jejich léčení. Mohou hovořit o svých zkušenostech, kdy se příliš lidský, vřelý a chápající přístup terapeuta u pacientů nesetkal se žádoucím efektem. I mnou analyzované příběhy dokazují, že tříměsíční zkušenost pozitivně hodnoceného vztahu s terapeutem pacientův celoživotní boj se závislostí ještě nevyhrává. K těmto možným úvahám terapeutů z praxe bych rád připojil dvě následující poznámky. Zkoumaní bývalí pacienti z protialkoholního léčení uznávají potřebu důsledného a přísného přístupu terapeuta ve vztahu, uznávají význam dodržování pravidel a hranic v léčbě, nesouhlasí ovšem se striktním přístupem, který by byl odlidštěný, založený na povýseneckém přístupu k pacientům a přehlížení jejich zájmu o vyléčení. Dále je nutné konstatovat, že ve výše citovaných kvantitativních výzkumech provedených v zahraničí byla zjištěna korelace mezi pozitivním pacientovým vnímáním terapeutického vztahu a úspěšností léčby.

# IV. Závěr

V rámci výzkumu 5 mužů, kteří prošli ústavní protialkoholní léčbou, se podařilo zanalyzovat významná témata vztahující se k jejich zkušenosti s psychoterapeutickým vztahem v průběhu léčby. Patří mezi ně například jimi oceňovaný lidský a rovný přístup k pacientům jako k nemocným, dodávání naděje, zájem o pacienta, důvěra v terapeuta, vedení k odpovědnosti, důslednosti a podpora přijetí závislosti. Témata zahrnují jednak témata k vztahu v psychoterapii obecně, jednak témata, která lze označit jako specifická v terapeutickém vztahu u psychoterapie závislostí. Tato témata, ke kterým jsem dospěl fenomenologickou analýzou narativního materiálu, mohou být použita pro další výzkumy terapeutického vztahu v oblasti léčby závislostí, především kvantitativního charakteru. Mohou být rovněž srovnána případně i s tématy zjištěnými na základě podobného výzkumu, který by byl zaměřen na vnímání terapeutického vztahu ze strany terapeutů.

Výzkum ovšem není jednoznačně zaměřen na terapeutický vztah, ale spíše na jeho pozici v kontextu léčby, případně jiných důležitých témat pacientova života. Z tohoto důvodu lze se získanými daty pracovat i pro přípravu výzkumných projektů v oblasti výzkumu léčby závislostí. Vzhledem k tomu, že získat výpovědi pacientů, kteří prošli protialkoholní léčbou, mnohdy nebývá snadné, mohou být rozhovory s nimi neocenitelným materiálem pro další zkoumání tohoto druhu léčby.

Jak jsem zmínil již v teoretické části, Carroll, Nich a Rounsaville (1997) na základě svého výzkumu uvádějí, že terapeutický vztah se u ústavní léčby oproti léčbě ambulantní více podílí na výsledku léčby. Z tohoto důvodu považuji další zkoumání tohoto nespecifického faktoru u psychoterapie v ústavní léčbě za důležité a přínosné.

## V. Seznam použité literatury


- Bachelor, Alexandra (1995): Clients' Perception of the Psychotherapeutic Alliance: A Qualitative Analysis. Journal of Counseling Psychology. Vol. 42, No. 3, 323-337. Retrieved May 12, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Barber, Jacques P., Luborsky, Lester, Galop, Robert, Crits-Christoph, Paul, Frank, Arlene, Weiss, Roger D., Thase, Michael E., Connolly, Mary Beth, Gladis, Madeline, Foltz, Carol & Siqueland, Lynne (2001): Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome and Retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Journal of Colnsulting and Clinical Psychology, 69, 1, 119-124. Retrieved May 5, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Berne, Eric (1992): Jak si lidé hrají.Liberec: Dialog
- Berne, Eric (1997): Co řeknete, až pozdravíte. Praha: Lidové noviny
- Belding, Mark A., Iguchi, Martin Y., Morral, Adrew R. & McLellan, Thomas A. (1997): Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. Drug and Alcohol Dependence, 48, 51-59. Retrieved May 5, 2006, from Science Direct database
- Buber, Martin (1969): Já a ty. Praha: Mladá fronta
- Carroll, Kathleen, Nich, Charla, Rounsaville, Bruce J. (1997): Contrubution of the Psychotherapeutic Alliance to Outcome in Active Versus Control Psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 3, 510-514. Retrieved May 5, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Connors, Gerard J., Carroll, Kathleen M., DiClemente, Carlo, C., Longabaugh, Richard, Donovan, Dennis M. (1997): The Therapeutic Alliance and Its Relationship To Alcoholism Treatment Participation and Outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 4, 588-598. Retrieved May 5, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Čermák, Ivo (2004): Genres of Life-Stories. In: D. Robinson, Ch. Horrocks, N. Kelly, and B. Roberts (Eds.), Narrative, Memory and Identity. Theoretical and methodological issues. Huddersfield, University of Huddersfield Press, 211-221.

- Davis, Diane, Rae (1997): Women healing from alcoholism: A qualitative study. Contemporary Drug Problems, 24, 1, 147-177. Retrieved November 24, 2005 from ProQuest Academic Research Library database.
- Doyle, Mairead, Carr, Allan, Rowen, Stephen, Galvin, Paudie, Lyons, Sheila & Cooney, Gerry (2003): Family-oriented treatment for people with alcohol problems in Ireland: A comparision of the effectiveness of residential and community-based programmes. Journal of Family Therapy, 25, 15-40. Retrieved November 24, 2005 from EBSCOhost database.
- Hanušová, Ingrid (2004): Účinné faktory psychoterapie. In Vymětal, Jan a kol. (2004): Obecná psychoterapie (2. vyd.). Praha: Grada Publishing, s. 115-126
- Hänninen, Vilma & Koski-Jännes, Anja (1999): Narratives of recovery from addictive behaviours. Addiction, 94, 12, 1837-1848. Retrieved November 24, 2005 from EBSCOhost database.
- Hendl, Jan (1999): Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum
- Horvath, Adam O. & Luborsky, Lester (1993): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 561-573. Retrieved May 12, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Horvath, Adam O. & Symonds, Dianne B. (1991): Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. Journal of Counseling Psychology, 38, 2, 139-149. Retrieved September 25, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001): The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. European Child & Adolescent Psychiatry, 10, I/19-I/25. Retrieved May 12, 2006, from EBSCOhost database
- Kubička, L. & Csémy, L. (2003): Analýza průběhu ústavní léčby žen závislých na návykových látkách. Adiktologie, III, 1, s. 41-49
- Lieblich, Amia, Tuval-Maschiach, Rivka & Zilber, Tamar (1998) Narrative Research. London: SAGE
- Marques, Ana Cecilia & Formigoni, Maria Lúcia (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patiens. Addiction, 96, 835-846. Retrieved November 24, 2005 from EBSCOhost database.
- Meier, Petra S., Donmall, Michael C., Barrowclough, Christiane, McElduff, Patrick & Heller, Richard F. (2005a): Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of

drug misuse. Addiction, 100, 500-511. Retrieved May 5, 2006, from EBSCOhost database

- Meier, Petra S., Barrowclough, Christiane & Donmall, Michael C. (2005b): The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. Addiction, 100, 304-316. Retrieved May 5, 2006, from EBSCO Host database
- Meier, Petra S., Donmall, Michael C., Barrowclough, Christiane, McElduff, Patrick & Heller, Richard F. (2006): The role of the early psychotherapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. Drug and Alcohol Dependence, 86, 57-64. Retrieved May 5, 2006, from Science Direct database
- Meyer, Björn, Krupnick, Janice L., Siemmens, Samuel J., Pilkonis, Paul A., Egan, Matthew A. & Sotsky, Stuart M. (2002): Treatment Expectancies, Patient Alliance and Outcome: Further Analyse From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, No. 20, 1051-1055. Retrieved May 12, 2006, from Journals@Ovid Full Text databáze
- Minarčík, Jura (1997): Čtvrtý rozměr závislosti. Praha: MAŤA
- Miovský, Michal (2003): Kvalitativní přístup v adiktologickém výzkumu v České republice. Adiktologie, III, 1, s. 53-57
- Moos, Rudolf H. (2005): Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, prediction, prevention. Addiction, 100, 595-604
- Morgenstern, Jon, Blanchard, Kimberley A., Morgan, Thomas J., Labouvie, Erich & Hayaki, Jumi (2001): Testing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse in a Community Setting. Within Treatment and Posttreatment Findings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 6, 1007-1017. Retrieved November 24, 2005 from Journals@Ovid Full Text database.
- Moustakas, Clark (1994) Phenomenological Research Methods. London: SAGE
- Mrkvička, Jiří (2002): Setkání jako základ terapeutického svazku. Psychologie Dnes, 8, 2, s. 26-27
- Narrative Means to Sober Ends: Treating Addiction and Its Aftermath (2000). Journal of Social Work Education, 36, 3, pg. 614. Retrieved November 24, 2005, from ProQuest Education Journals database.
- Nešpor, Karel & Csémy, Ladislav (1996): Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha

- Öjesjö, Leif (2002): Alienation and alcohol use disorder: a thematic analysis of life histories from the Lunby Study. Contemporary Drug Problems, 29, 4, 779-804. Retrieved November 24, 2005 from ProQuest Academic Research Library database.
- Pantalon, Michael V., Chawarski, Marek C., Falcioni, Jean, Pakes, Juliana & Schottenfeld, Richard S. (2004): Linking Process and Outcome in the Community Reinforcement Approach for Treating Cocaine Dependence: A Preliminary Report. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30, 2, 353-367. Retrieved May 5, 2006, from EBSCOhost database
- Petry, Nancy M. & Bickel, Warren K. (1999): Positive Therapeutic Alliance Helps Clients Complete Substance Abuse Treatment. Outcomes & Accountability Alert, 4, 8. Abstract retrieved May 5, 2006, from Academic Search Elite database
- Raue, Patrick J., Goldfried, Marvin R. & Barkham, Michael (1997): The Therapeutic Alliance in Psychodynamic - Interpersonal and Cognitive Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 582-587. Retrieved September 25, 2006 from Journals@Ovid Full Text database.
- Research Refines Alcoholism Treatment Options (2000). Alcohol Research and Health, 24, 1, 53-61. Retrieved November 24, 2005 from ProQuest Medical Library database.
- Room, Robin & Greenfield, Thomas (1993): Alcoholics anonymus, other 12-step movements and psychotherapy in the US population. Addiction, 88, 552-562. Retrieved November 24, 2005 from EBSCOhost database.
- Rounsaville, Bruce J., Chevron, Eve S., Prusoff, Brigitte A., Elkin, Irene, Sotsky, Stuart, Imber, Stenley, Watkins, John (1987): The Relation Between Specific and General Dimensions of the Psychotherapy Process in Interpersonal Psychotherapy of Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, No.3, 379-384. Retrieved May 12, 2006, from Journals@Ovid Full Text database
- Skála, Jaroslav (1957): Alkoholismus. Terminologie, diagnostika, léčba, prevence. Praha: SZN
- Skála, Jaroslav (1960): …až na dno!? Fakta o alkoholu a pijáctví. Praha: SZN
- Smith, J.A., Jarman, M. & Osborn, M.(1999): Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In Murray, M., Chamberlain, K. (Eds.) Qualitative Health Psychology. London: SAGE
- Ševčíková, Martina (2003): Terapeutický vztah očima klientů (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita

- Vavrda, Vladimír (2004): Psychoterapeutický vztah a psychoterapeutický proces. In: Vymětal, Jan a kol. (2004): Obecná psychoterapie (2. vyd.). Praha: Grada Publishing, s. 91-114
- Vymětal, Jan (1999): Psychické změny u nemocných po dobrovolné protialkoholní léčbě. Československá psychologie, 43, 2, s. 155-164
- White, Michelle K., Godley, Susan H. & Passetti, Lora L. (2004): Adolescent and Parent Perceptions of Outpatient Substance Abuse Treatment: A Qualitative Study. Journal of Psychoactive Drugs, 36, 1, 65-74. Retrieved November 24, 2005 from ProQuest Medical Library database.