

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

**2010**

**Petra Bobotová**

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**VÝZNAM TERAPEUTICKÉHO VZŤAHU U KLIENTOV  
ZÁVISLÝCH OD ALKOHOLU**

**Diplomová práca**

Študijný program: Aplikovaná Sociálna práca

Školiace pracovisko: Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Školiteľ: doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.

**Nitra 2010**

**Petra Bobotová**

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE**  
**FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE**

<b>Meno a priezvisko študenta:</b>	Petra Bobotová
<b>Študijný program:</b>	Aplikovaná sociálna práca (Jednoodborové štúdium, magisterský II. st., denná forma)
<b>Študijný odbor:</b>	3.1.14 sociálna práca
<b>Typ záverečnej práce:</b>	Magisterská záverečná práca
<b>Jazyk práce:</b>	slovenský
<b>Meno a priezvisko školiteľa:</b>	doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
<b>Názov:</b>	Význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu.

**Anotácia:**

Práca má teoreticko-empirický charakter. Zameriava sa na liečbu i doliečovací proces závislých s ohľadom na dôležitosť vytvorenia kvalitného terapeutického vzťahu. Jej cieľom je zistiť význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkolickej liečby vo vybraných resocializačných strediskách na území SR a minimálne ročnej abstinencii. Zaoberá sa špecifickými prvkami terapeutického vzťahu z pohľadu klienta a tiež osobnostným vybavením terapeuta.

**Školiace pracovisko:** Katedra sociálnej práce

**Vedúci školiaceho pracoviska:** PhDr. Milan Tomka, PhD.

**Dátum schválenia:**

.....

**podpis**

*Touto cestou by som sa chcela poďakovať v prvom rade Pánu Bohu, že ma počas písania tejto práce celý čas sprevádzal. Ďalej mojej konzultantke Doc. PhDr. Lube Pavelovej, PhD, vďaka ktorej som túto prácu mohla napísať. Za jej inšpirujúci, podporujúci a ľudský*

*prístup. Za všetky poskytnuté rady, usmernenia a odbornú pomoc. Nie v poslednom rade všetkým klientom, ktorí boli ochotní nájsť si čas, stretnúť sa so mnou a nahrat' rozhovor.*

*Pod'akovanie patrí aj mojim rodičom, priateľom i všetkým, ktorí ma akýmkoľvek spôsobom podporovali, pomohli pri prepisovaní rozhovorov, gramatickej kontrole, hľadani zdrojov a prispeli k tomu, aby táto práca bola na svete.*

*Venujem ju všetkým abstinujúcim alkoholikom, alkoholičkám a ich terapeutom.*

## **ABSTRAKT**

BOBOTOVÁ, Petra: Význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu. [Diplomová práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra Sociálnej práce. - Školiteľ: doc. PhDr. Luba Pavelová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister (Mgr.). – Nitra : FSVaZ, 2010. s.

Diplomová práca je zameraná na význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu. Práca pozostáva z teoretického a empirického charakteru. V rámci teoretickej časti rozpracujeme štyri kapitoly. V prvej sa venujeme súčasným výskumom, ktoré sa realizovali v oblasti terapeutického vzťahu v liečbe závislostí. V druhej kapitole poukazujeme na samotnú osobu terapeuta. Súčasťou tejto kapitoly je aj priebeh terapeutického procesu a vyskytujúce sa špecifické a nešpecifické faktory v ňom. Tretia kapitola je zameraná na základné formy liečby závislostí od alkoholu. V predposlednej kapitole je pozornosť venovaná samotnej charakteristike terapeutického vzťahu, jeho historického vývoja a výskumom, ktoré boli terapeutickému vzťahu venované. Hlavným cieľom prieskumnej časti práce, je zistiť význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkolickej liečby vo vybraných resocializačných strediskách na území SR a minimálne ročnej abstinencii. Empirickú časť práce tvorí predovšetkým analýza a interpretácia výsledkov prieskumu realizovaného prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru, u klientov závislých od alkoholu, zachyteného na diktafón, pričom klientmi sú muži aj ženy po viac ako ročnej abstinencii. V závere práce podávame výsledky prieskumu, diskusiu a odporúčania pre prax. V prílohách sú uvedené citované prepisy rozhovorov realizovaných s abstinujúcimi klientmi a klientkami, ako podklad pre interpretáciu cieľov.

**Kľúčové slova:** Terapeut. Liečba závislostí od alkoholu. Terapeutický vzťah.

**ABSTRACT**

BOBOTOVÁ, Petra: *Význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu*. [MA thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Social Work and Sciences; - Adviser: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. Type of University degree - Mgr. (Magister) - Nitra: FSWaHC, 2010. p.

This diploma work is specialized on the meaning of therapeutic relationship among alcohol addicted clients. The work has both theoretical and empirical characteristics. The theoretical part is covered into four chapters. The first chapter deals with contemporary research works which have been realized in the sphere of therapeutic relationship in the addiction treatment. The second chapter focuses on the very character of the therapist. Part of this chapter is also a development of therapeutic process and the specific and nonspecific factors in it. The third chapter deals with the basic forms of treatment of alcohol addiction. The penultimate chapter is devoted to the very characteristics of the therapeutic relationship, its historical development and research which has been dedicated to the therapeutic relationship. The main objective of the exploratory work is to assess the importance of therapeutic relationship with clients addicted to alcohol after the completion of alcoholism treatment in selected social reintegration centers in Slovakia and at least one year of alcohol abstinence. Empirical part of work primarily consists of an analysis and interpretation of survey data through semi-structured interview with clients addicted to alcohol recorded on a dictaphone, whereby the clients are men and women for more than a year of alcohol abstinence. The results of our work together with discussion and recommendations for practice are provided in conclusion. The transcripts of cited interviews conducted with both female and male clients to serve as a basis for the interpretation of goals are listed in the appendix.

**Key words:** Therapist. Treatment of alcohol addiction. Therapeutic relation.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>11</b>
<b>1 SÚČASNÝ STAV RIEŠENEJ PROBLEMATIKY</b>	<b>13</b>
<b>2 TERAPEUT</b>	<b>16</b>
2.1 Vymedzenie pojmu terapeut	16
2.2 Osobnostné predpoklady terapeuta	17
2.3 Profesionálny vývin terapeuta	19
2.4 Prístupy a role terapeuta pri práci s klientom	20
2.5 Priebeh terapeutického procesu	24
2.6 Špecifické účinné faktory	26
2.7 Nešpecifické faktory	27
<b>3 LIEČBA ZÁVISLOSTÍ OD ALKOHOLU</b>	<b>29</b>
3.1 Ambulantná liečba	31
3.2 Ústavná liečba	31
3.3 Anonymní alkoholici	32
3.4 Socioterapeutické kluby abstinentov	33
3.5 Minnesotský model liečby	33
<b>4 TERAPEUTICKÝ VZŤAH</b>	<b>34</b>
4.1 Charakteristika terapeutického vzťahu	34
4.2 Historický vývoj terapeutického vzťahu	36
4.3 Výskumy terapeutického vzťahu	37
<b>5 PRIESKUM TERAPEUTICKÉHO VZŤAHU U KLIENTOV ZÁVISLÝCH OD ALKOHOLU</b>	<b>40</b>
5.1 Ciele a otázky prieskumu	40
5.2 Metódy prieskumu	42
<b>6 VÝSLEDKY</b>	<b>48</b>

<b>7 DISKUSIA</b>	<b>59</b>
7.1 Klientove prežívanie vzťahu	60
7.2 Dôležitosť terapeutického vzťahu pre klienta	61
7.3 Pozitíva a negatíva liečby	62
7.4 Klientove predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu	63
7.5 Vnímanie terapeuta klientom	64
7.6 Osobnostné vlastnosti terapeuta	64
7.7 Role terapeutov	66
7.8 Prístupy terapeutov	67
7.9 Limity prieskumu	67
7.10 Odporúčania pre prax	68
<b>ZÁVER</b>	<b>70</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV</b>	<b>72</b>
<b>PRÍLOHY</b>	<b>77</b>
Príloha A - Dohoda o korektnosti informácií	78
Príloha B - Otázky na interview	79
Príloha C - Prepis rozhovoru Pani Katarína	80
Príloha D - Prepis rozhovoru Pani Agáta	83
Príloha E - Prepis rozhovoru Pani Lydka	85
Príloha F - Prepis rozhovoru Pani Paula	87
Príloha G - Prepis rozhovoru Pán Boris	88
Príloha H - Prepis rozhovoru Pán Peter	91
Príloha I - Prepis rozhovoru Pán Ondrej	94
Príloha J - Prepis rozhovoru Pán Edo	98
Príloha K - Dvanásť krokov Anonymných alkoholikov	101

## **ZOZNAM TABULIEK**

<i>Tab. 1</i> Zloženie prieskumného súboru z hľadiska pohlavia - ženy	<b>48</b>
<i>Tab. 2</i> Zloženie prieskumného súboru z hľadiska pohlavia - muži	<b>48</b>
<i>Tab. 3</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi?	<b>49</b>
<i>Tab. 4</i> Analýza odpovedí na podotázku: S kým sa vám lepšie spolupracovalo	<b>50</b>



s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou?	
<i>Tab. 5</i> Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa dôležitosti terapeutického vzťahu	<b>50</b>
<i>Tab. 6</i> Pozitíva a negatíva liečby - ženy	<b>51</b>
<i>Tab. 7</i> Pozitíva a negatíva liečby - muži	<b>51</b>
<i>Tab. 8</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na pozitíva liečby	<b>52</b>
<i>Tab. 9</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na negatíva liečby	<b>52</b>
<i>Tab. 10</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?	<b>53</b>
<i>Tab. 11</i> Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa predstáv o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu.	<b>54</b>
<i>Tab. 12</i> Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa vnímania terapeutov klientmi	<b>55</b>
<i>Tab. 13</i> Vlastnosti terapeutov podľa respondentov súboru	<b>56</b>
<i>Tab. 14</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na osobnostné vlastnosti terapeutov	<b>56</b>
<i>Tab. 15</i> Role terapeutov podľa respondentov súboru	<b>57</b>
<i>Tab. 16</i> Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?	<b>57</b>
<i>Tab. 17</i> Prístupy terapeutov podľa respondentov súboru	<b>58</b>
<i>Tab. 18</i> Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa prístupov terapeutov voči klientom	<b>58</b>

## **ZOZNAM SKRATIEK**

a kol. - a kolektív

t. j - to je

tzv. - tak zvané

Napr. - napríklad

AA - anonymní alkoholici

resp. - respektíve

a pod - a podobne

PAP - protialkoholická poradňa  
PAO - protialkoholické oddelenie  
KA - kluby abstinentov  
SR - Slovenská republika  
P.B. - Petra Bobotová

## ÚVOD

*„Zaobchádzajte s človekom podľa toho,  
aký je a on taký zostane. Zaobchádzajte s človekom podľa toho,  
aký môže a mal by byť a on sa takým stane“.*

*Goethe*

Človek - jemná, krehká, jedinečná a pritom tak zraniteľná bytosť. Bytosť, ktorú je potrebné milovať, aby jej existencia mala zmysel, za niečo naozaj stála a cítila, že je potrebná. V jej samotnej prirodzenosti je, aby sa socializovala a obklopovala ľuďmi, pri ktorých ona sama bude rásť. Rásť a tvoriť vzťah prípadne vzťahy.

Vzťah - tak často používané slovo v dnešnej hektickej dobe, zvlášť u mladých ľudí. Veľakrát počúvame frázu či vetu „všetko je to o vzťahoch“. A naozaj, keď sa pozrieme na to úplne od „podlahy“, aj náš život začína vzťahom. V tom lepšom prípade vzťahom medzi dvoma milujúcimi sa ľuďmi, v tom horšom a bohužiaľ v dnešnej dobe dosť častom, vzťahom založenom len na vášni a uspokojovaní svojich egoistických potrieb.

Hneď po počatí sa vytvára vzťah medzi matkou a dieťaťom. Ide o vzťah, ktorý ľudská bytosť, aj keď je ešte veľmi, veľmi malá vníma a cíti. Vlastná rodina, prvý kolektív v škôlke, škole, skupina priateľov ... všetko miesta, kde človek vstupuje do vzťahov.

Nielen život laický, ale aj ten profesionálny je o vzťahoch. Keďže v bakalárskej práci sme zistili, že nie viera, ale terapeut a terapeutický vzťah najviac respondentov počas liečby ovplyvnil, rozhodli sme sa nadviazať a zistiť, čo konkrétne ich v terapeutickom vzťahu ovplyvnilo. Či to boli vlastnosti terapeuta, rola, ktorú zastával, či prístup, ktorý voči klientom mal. Niektorí by mohli namietajú, že toto nie je téma pre sociálnych pracovníkov, ale pre psychológov. Myslíme, že by sa mýlil, pretože terapia ako taká je otvorená aj pre sociálnych pracovníkov. Problematikou závislostí sa zaoberajú viaceré rezorty, či už je to rezort sociálnych vecí, zdravotníctva, ale aj spravodlivosti.

V literatúre sa často stretávame s pojmom psychoterapeutický vzťah a niekde iba terapeutický vzťah. Keďže sme odbor sociálna práca, rozhodli sme sa používať v našej práci pojem terapeutický vzťah. Tým, že na zemi nie sme len muži alebo len ženy, formujeme a budujeme vzťahy rôzne. Pavol Hudák vo svojej knihe „Ďakujem, že si“ hovorí jednu veľmi krásnu vetu: „Svetom ženy je srdce a srdcom muža je svet“. V tom sme ako bytosti veľmi odlišné. Zatiaľ, čo žena pozerá na svet cez srdce, srdcom muža sa stáva svet. A táto vec, ktorá je medzi nebom a zemou ich spája. Zatiaľ, čo muža a ženu spojí sympatia, spoločné koničky, či rovnaké pohľady na život, terapeuta a klienta v terapii spája problém, s ktorým klient prichádza a popritom, aj keď niekedy nevedome, sa vytvára vzťah, ktorý klienta ovplyvňuje na celý život.

Cieľom našej práce je zistiť význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkoholického liečby v niektorých strediskách na území SR

a minimálne ročnej abstinencii, pričom poukazujeme na rozdiely vnímania terapeutického vzťahu mužov a žien. Metódy, ktoré sme pri zber dát použili bol pološtrukturovaný rozhovor, obsahová analýza a metóda komparácie. Čerpali sme z dostupnej literatúry a tiež z výskumov, ktoré sa v tejto problematike robili.

Goethe vo svojom výroku poukazuje na prijatie človeka takého, aký je. Aj v terapeutickom vzťahu by sme mali človeka prijať takého, aký je a neprijímať ho takého, akého by sme ho chceli mať my. Krásne to vyjadrila Matka Tereza, keď povedala: „Zo začiatku som si myslela, že ja musím obracať ľudí, ale po čase som zistila, že mojou úlohou je milovať a láska obráti, koho chce“. O toto by malo ísť aj v terapeutickom vzťahu - nie terapeut mení klienta, ale klient s pomocou terapeuta mení svoju situáciu, a zrazu akoby všetko dostávalo na zemi pre klienta nový zmysel, nový začiatok...

## **1 SÚČASNÝ STAV RIEŠENEJ PROBLEMATIKY**

*„Mám takú skúsenosť, že ľudstvo je vo svojej podstate dôveryhodné a smeruje k rozvoju,*

*diferenciácií a kooperácií vo vzťahoch“.*

*Carl Rogers (1961)*

Vzhľadom na malú dostupnosť cudzojazyčnej literatúry týkajúcej sa tejto problematiky, budeme vychádzať a čerpať z diplomovej práce, ktorá bola napísaná v Českej republike študentom psychológie Dávidom Ungerom (2006), kde sme našli niekoľko výskumov, ktoré boli realizované v zahraničí.

V liečbe závislostí bolo v posledných 20. rokoch vykonaných mnoho výskumov, ktoré sa týkali terapeutického vzťahu u rôznych druhov terapií, čo výskumníkov viedlo k zvýšeniu pozornosti výskumu práve v oblasti návykových porúch, hlavne drog.

Belding (1997) uvádza niekoľko súvislostí medzi skorým nadviazaním pozitívneho terapeutického vzťahu a úspešným výsledkom terapie, ktorý sa potvrdil napr. vo výskume Safrana a Wagnera u kognitívnej terapie depresii, vo výskume Franka a Gundersona pri podpornej terapii schizofrénnych porúch. Je potrebné si položiť niekoľko otázok. Ovplyvňuje terapeutický vzťah úspešnosť liečby závislostí? Ak áno, ako? Výskumy, ktoré sa v tejto oblasti uskutočnili, sa zaoberali nasledovnými výskumnými otázkami:

- Aký vplyv má terapeutický vzťah v liečbe závislých na samotný výsledok liečby?
- Aký vplyv má terapeutický vzťah v liečbe závislých na ich vytrvanie v liečbe?
- Aký vplyv má terapeutický vzťah v liečbe závislých na ich zapojenie sa do liečebného procesu?
- Ako ovplyvňujú charakteristiky klienta, terapeuta, terapeutickéj metódy úroveň terapeutického vzťahu u závislých klientov?

V roku 1999 Nancy a Bickel realizovali štúdiu so 114 závislými klientmi na opioidoch, pričom spomínaní klienti prešli 3-4 mesačný liečebný program. Z tejto štúdie vyplynulo, že klienti, ktorí si vytvorili so svojimi terapeutmi silnejší vzťah, liečbu častejšie dokončili.

Pantolon et al. (2004) vo výskume u 16 žien závislých na kokaíne, ktoré prešli kompletnou komunitnou liečbou, sledoval pomocou videonahrávok nezávislým pozorovateľom tri premenné terapeutického procesu t.j.:

- Empatia terapeuta
- Terapeutove pozitívne odpovede na vzdor klientov
- Terapeutický vzťah

Tieto premenné boli porovnávané s dĺžkou abstinencie po ukončení liečby. U klientov, ktorí v liečbe vytrvali tri a viac týždňov bolo zistené vyššie skóre v empatii terapeuta a pozitívnych odpovedí na vzdor.

V najnovších výskumoch, ktoré vykonával kolektív výskumníkov na Manchesterskej univerzite Meier et al. (2005a, 2006) sme sa dozvedeli, že v longitudinálnej štúdií skúmali charakteristiky 187 klientov z troch liečebných programov - jeden komunitného typu v dĺžke 9 mesiacov a dva minesotského 12 - krokového modelu. Liečebné programy pozorovali klientov pred nástupom na liečbu a ich vplyv na vývoj terapeutického vzťahu v priebehu liečby. Terapeutický vzťah bol skúmaný raz týždenne. V prvých troch týždňoch ukázali výsledky nízku koreláciu medzi posudzovaním zo strany pozorovateľa, zo strany klienta a terapeuta. V ďalších týždňoch došlo k zmene a to nielen s hodnotami klientov, ale i terapeutov. Toto výskumné zistenie potvrdilo hypotézu, že klienti so slabším terapeutickým vzťahom pravdepodobnejšie ukončia liečbu skôr ako tí, ktorí dokázali s terapeutom nadviazať pevnejší vzťah.

Z dvoch výskumov (Barber, Luborsky et al., 2001, Meier et. al., 2006) vyplýva, že terapeutický vzťah hodnotený klientmi významne nekoreluje s výsledkami liečby. Pričom naopak vzťah posudzovaný terapeutmi s výsledkami koreluje (Meier et al., 2006).

Bachelor (1995) tvrdí, že „klient a terapeut sú vysoko kompetentní k tomu, aby mohli posudzovať terapeutický vzťah viac, ako nezávislí pozorovatelia“. Na základe vierohodných výskumov terapeutického vzťahu v liečbe závislostí chceme k tomu dodať, že klienti nemusia vnímať a registrovať nekvalitný terapeutický vzťah, pretože doposiaľ nepoznali skutočný kvalitný vzťah. Preto toto ich hodnotenie nie je možné porovnávať s výsledkom ich liečby.

Meier et. al. (2005a) skúmali charakteristiky klientov, terapeutov a ich vplyv na vývoj terapeutického vzťahu. K silným prediktorom dobrého terapeutického vzťahu, ktoré uvádzali klienti, patrila motivácia, sociálna podpora, empatia, bezpečný dospelý štýl. Terapeuti uvádzali, že zložitejšie sa im nadväzoval terapeutický vzťah s klientmi, ktorí majú psychické problémy. Klienti s psychickými problémami hodnotili svoje vzťahy s terapeutmi horšie ako ostatní klienti. V tomto výskume sa tiež ukázalo, že skúsenejší terapeuti zaznamenávali horšie vzťahy s klientmi ako menej skúsení terapeuti. Toto zistenie autori vysvetľujú tým, že sa zvýšil počet klientov na jedného terapeuta, alebo to má súvis so syndrómom vyhorenia, ktorý je v pomáhajúcich profesiách dosť častým javom.

Klienti v tomto výskume hodnotili svoje vzťahy lepšie u terapeutov vyliečených zo závislosti a u mužov terapeutov.

## **2 TERAPEUT**

*„Kto chce ponúknuť ľuďom radosť*

*musí ju nosiť vo svojom vnútri. Kto chce byť nositeľom  
pokoja, musí ho najprv nájsť vo svojom srdci“.*

*Phil Bosmans*

## **2.1 Vymedzenie pojmu terapeut**

Myslíme si, že jednou z najdôležitejších osôb v skupine je terapeut. Ide o článok, osobu, ktorou to všetko začína i všetko končí. On je tým „hýbačom“, ktorý klientovi pomáha začleniť sa do skupiny, vytrvať v skupine, ale je i ten, ktorý terapiu ukončí, pokiaľ tak neurobí klient. Na prednáškach sme si hovorili, že terapeut je človek, ktorý sa pomocou psychologických prostriedkov klientovi snaží pomôcť v jeho probléme. Odborná literatúra uvádza, že „klient je za seba a svoje jednanie v terapii aj mimo nej plne zodpovedný, pričom terapeut nesie zodpovednosť za vytvorenie optimálneho a žiaduceho psychoterapeutického vzťahu pre terapiu“ (Mojtová, 2010, s.78).

„Práca skupinového terapeuta spočíva v tom, že vytvára terapeutické prostredie, uvádza skupinu do pohybu a udržuje jej činnosť tak, aby bola maximálne efektívna“ (Yalom, 2007, s. 125). Podľa Ohlsena (1977) by mal terapeut rozvíjať u svojich klientov pripravenosť k práci v skupine, budovať vzťahy v skupine, starať sa o ne a mal by vedieť identifikovať problém. Dobrý skupinový terapeut by mal mať organizačné schopnosti a schopnosť tímovej spolupráce.

Samotný terapeut, ako píše Čálek (1998, s. 68), „spolu s klientom vytvárajú špecifické interpersonálne prostredie, v ktorom vznikajú podmienky pre zmenu v klientovej osobnosti, vedúce k jeho uzdraveniu“. Je veľmi ťažké zistiť, o aké podmienky ide. Je potrebné vedieť, v akom stave musí byť klient a aké procesy uňho prebiehajú, aby zmeny vôbec nastali. Höschl, Libiger, Švestka, (2002) uvádzajú tieto existenčné podmienky skupiny, ktoré terapeut zaisťuje: čas a miesto konania, frekvenciu stretaní, podávanie základných rituálov a pravidiel. Terapeut je stále v centre pozornosti, preto je dôležité, aby on sám bol relatívne vyrovnaným človekom, „ktorý má vyriešené základné intra a interpersonálne problémy“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 676).

Mojtová (2010, s.78) uvádza, že „terapeut by mal vedieť, čo robí, prečo to robí a aké sily a procesy uvádza do pohybu a zároveň, aké môže očakávať výsledky“. V praxi hovoríme o terapeutoch, ktorí uplatňujú predovšetkým svoju odbornosť, ktorú získali štúdiom, ale aj takých, ktorí sa v nej angažujú svojou osobnosťou. Môžeme ich nazvať experti



a sprievodcovia. V podstatnej miere sa od seba odlišujú, pričom najdôležitejšie sú tri veci: používanie jazyka, poňatie cieľa liečby a spôsob jednaní s klientom (Mojtová, 2010).

## 2.2 Osobnostné predpoklady terapeuta

Vo vzťahoch k iným ľuďom si často hľadáme takých, ktorí by vyhovel našim požiadavkám, spĺňali našu predstavu o palete pozitívnych vlastností. Niečo podobné sa vyžaduje aj od terapeuta. Vieme však, že ideálny človek neexistuje, avšak každý, či už terapeut alebo laik, sa k dokonalosti môže približovať.

Živný a kol. (2004) uvádzajú niekoľko úvah, aký by mal terapeut byť a čo by mu nemalo chýbať. „Zrelý terapeut má vybudovaný svoj individuálny hodnotový systém, z ktorého implicitne vyplývajú vysoké nároky na jeho praktické správanie. Tento hodnotový systém by však nemal slúžiť ako meradlo na vyslovovanie hodnotiacich súdov o druhých. Terapeut nie je a nesmie byť sudcom. Mal by mať schopnosť vžiť sa do vnútorného života klienta, mal by porozumieť širším súvislostiam jeho životného príbehu.

Autenticita terapeuta je nielen jeho osobnou charakteristikou, ktorá „zvýrazňuje dôveryhodnosť“ terapeuta, ale približovanie sa k prirodzenej autenticite je nekončiacim procesom zrenia aj v profesionálnej roli. „Terapeut by mal byť kongruentný, jeho verbálny a neverbálny prejav by mal byť vždy v skutočnom vzájomnom súlade“ (Živný 2004 In Čistý deň, 1/2007, s. 13).

Gendlin (1990 In Čálek a kol, 1998, s. 69) „zastával názor, že to, ako terapeut žije osobne vo vzťahu ku klientovi, je dôležitejšie a omnoho viac špecifickejšie, než čokoľvek, čo zahrňuje a ponúka metóda“. Z toho vyplýva, že vytváranie dobrej atmosféry a dôvery medzi klientom a terapeutom závisí viac na osobnosti a vlastnostiach terapeuta ako na jeho psychoterapeutickom zameraní.

Medzi základné kvality terapeuta podľa Wrighta (1989 In Čálek a kol, 1998, s. 69) radíme:

- Schopnosť terapeuta vidieť klienta, ako individualitu a akceptovať jeho „pravdu“ a hodnotu
- Vieru v klientovej schopnosti a možnosti rastu a zmeny
- Vytvorenie podmienok k spojeniu schopností a možností klienta
- Schopnosti terapeuta, ktoré sú rozvíjané jeho tréningom v prežívaní

Na základe výskumu a empirických zistení, Rogers stanovil tri, pre terapiu najdôležitejšie postoje terapeuta:

- Autenticitu, pravdivosť alebo kongruenciu terapeuta
- Úplné prijatie klienta terapeutom bez akýchkoľvek podmienok
- Presné empatické porozumenie klientovi

Keď si vezmeme čisto osobnostné predpoklady terapeuta a uvažujeme o jeho osobnosti ako takej, môžeme povedať, že terapeut by mal mať:

- Autentickú účasť na snažení
- Potrebu cítiť sa členom širšej komunity a reálne byť členom menších skupín
- Svoju autonómnou, čiže samostatnú životnú filozofiu
- Schopnosť transcencie, čo značí prepájať medzi rôznymi oblasťami
- Dobrý vzťah k ľuďom
- Byť emočne vyvážený
- Realisticky vnímať svet a objektívne hodnotiť realitu sveta
- Schopnosť čeliť životným problémom a adekvátne ich riešiť
- Rozvinuté estetické cítenie
- Neustálu túžbu sa vzdelávať a profesionálne rásť, čo znamená mať isté kvantum vedomostí, zručností a vedieť ich využiť

Kompetentný a kvalifikovaný terapeut v terapii závislostí by mal byť osobnostne vybavený pre túto prácu, byť kvalifikovaný vykonávať túto prácu a mal by vedieť:

- Pochopiť a poznať rôzne modely a teórie závislostí - pojmy a koncepcie, ktoré sa vzťahujú k teórii, výskumu, praxi
- Poznať základné pojmy sociálnych, politických, ekonomických systémov a ich vplyv na problematiku závislostí od psychotropných látok
- Poznať históriu užívania legálnych a nelegálnych psychoaktívnych látok
- O farmakologických vlastnostiach a účinkoch všetkých psychotropných látok
- Poznať vývin človeka, zdravotné, psychické a sociálne problémy a poruchy spojené s užívaním drog, etické princípy, pravidlá a zásady terapeutickej práce
- Poznať všeobecné modely poskytovania sociálnych služieb osobám závislým ako je psychoterapie, svojpomocné skupiny, terénne programy, detoxifikačné programy, terapeutické komunity, resocializáciu
- Poznať úlohu a miesto rodiny v liečbe závislostí od psychotropných látok
- Pracovať v diagnostickom procese podľa platných kritérií
- Indikovať vhodné terapeutické programy a vhodne ich ponúknuť klientovi

(Živný 2004 In Čistý deň 2/2008, s. 12 - 13).

### **2.3 Profesionálny vývin terapeuta**

Živný (2004) uvádza, že v kariére pomáhajúcich pracovníkov je profesionálny vývin celoživotným vzdelávaním. Nekončí iba ukončením univerzity, ale pokračuje v priebehu celého života.

Každý terapeut po „vstupe do praxe sa stáva členom terapeutického tímu a dostáva sa do prvej fázy svojho odborného rastu, ktorú môžeme nazvať - laickou fázou, primárne omnipotentnou, neskúsenosťou“ (Živný a kol., 2004, s. 15). Terapeut v tejto fáze má pocit, že dokáže zachrániť každého človeka, vyriešiť každý problém, nechápe prístup kolegov ku klientom, je až príliš empatický, pričom klienti s ním manipulujú a končí to tým, že prežíva sklamanie (Živný a kol., 2004).

V druhej fáze, ktorá sa volá fázou obrannou prevláda skratové rozhodovanie terapeuta s pseudoprofesionálnym prístupom ku klientovi. Nedáva sa nachytať klientmi a má voči nim negatívny postoj. Považuje ich za zlých, nezodpovedných ľudí so stratenou existenciou a ignoruje ich.

Ak to v druhej fáze nevzdá, postupne sa prepracuje do tretej fázy - orientačnej. Túto fázou by sme charakterizovali ako takú, kde si terapeut prehlbuje znalosti z danej problematiky, objavuje jednotlivé skupiny klientov, je prácou zaujatý, selektuje terapeutickú pozornosť, už nevidí jednoliatu masu bezmocných obetí ako vo fáze prvej a ani množstvo beznádejných prípadov ako v druhej fáze. Sám si vie diferencovať terapeutické prístupy a programy, získava skúsenosti, čím jeho sebadôvera stúpa.

Realizačná fáza je štvrtou fázou, ktorou terapeut prechádza. Tu môžeme povedať, že má jasnú predstavu o svojej práci i o tom, čo chce robiť a ako to chce robiť. Je pripravený a schopný prijať spätnú väzbu, špecializuje sa na vybraný druh terapie. Jeho práca je efektívna, súťaživá a dosahuje úspech (Živný a kol., 2004).

Po dlhých rokoch práce sa môže stať, že terapeut príde do fázy, ktorá sa nazýva fázou pokory alebo fázou skutočnej spolupráce. „Svoju špecializáciu začína vnímať nie ako svoj rast, ale ako svoje obmedzenie“ (Živný a kol., 2004, s. 16). Ostáva partnerský, bez negativistických postojov voči klientovi, vie s prehľadom rozlíšiť, ktorý terapeut je pre klienta a jeho daný problém vhodný. Má oči i uši otvorené a vie pracovať tak, aby čo

najrýchlejšie a najadekvátnejšie klientovi pomohol riešiť jeho problém (Živný a kol., 2004).

Ako sa ukončia výcviky a terapeut absolvuje skúšky, nastáva postupne obdobie určitého oslobodzovania sa od vonkajších pravidiel, ktoré dovtedy musel mať na zreteli (Némethová, 2008).

V buletíne Empatia (Némethová, 2008, s. 25 - 36) sme našli uverejnené výskumy (Skovholt, T.M., Ronnestad, M.H. 1992, Skovholt, T.M., Jennings, L. 2005), ktoré sa orientujú na skúmanie charakteristík procesu vývinu terapeuta. „Podľa ich názorov profesionálny vývin poradcu/terapeuta je rastom k profesionálnej individuácii“. Pod pojmom profesionálna individuácia sa rozumie integrácia profesionálneho ja a osobného ja na čoraz vyššej úrovni. Táto integrácia znamená výraznú konzistenciu medzi ideológiou (hodnotami a teoretickým prístupom) a metódami a technikami, ktoré terapeut vo svojej praxi používa. Je to tiež posun od ideologického, predpísaného spôsobu fungovania k zvnútornenému spôsobu fungovania založenému na terapeutových vlastných generalizáciách vychádzajúcich z jeho vlastných skúseností - inak povedané, k fungovaniu založenému na terapeutom nazhromaždenej životnej múdrosti. Pre začínajúceho terapeuta je podľa tohto výskumu (Skovholt, T.M., Ronnestad, M.H. 1992) charakteristická orientácia na externé pravidlá a rigiditu v jeho role a štýle práce. Orientáciu začínajúcich poradcov na externe určené pravidlá a sklon k rigidite posilňuje aj skutočnosť, že poradcovia na začiatku svojho profesionálneho života prechádzajú mnohými náročnými skúškami v rámci svojho vysokoškolského a postgraduálneho vzdelávania, väčšina sa zarádajú a absolvuje terapeutické výcviky, pracujú na doktoráte a pod“ (Empatia, 2008, s. 27). „Profesionálna individuácia je charakteristická vysokou mierou autenticity. Presunu k vnútornému ja, ktoré do seba vsialo množstvo naučených pravidiel a odborných vedomostí a zároveň ich pretavilo do seba“ (Némethová, 2008, s. 28).

„K rozdielom medzi fungovaním začínajúceho a zrelého terapeuta patrí aj posun od získaného poznania k poznaniu konštruovaného terapeutom samotným. Začínajúci odborníci majú oproti skúsenejším tendenciu vnímať svojich starších kolegov s výraznými afektívnymi reakciami, t.j. majú tendenciu k ich obdivu alebo zamietaniu. Nadobudnutím skúseností sa takáto idealizácia alebo zamietanie miernia - a ľudská stránka starších kolegov, ich všednosť, silné stránky, aj slabosti a jedinečnosť je lepšie pochopená a akceptovaná“ (Némethová, 2008, s. 29).

## 2.4 Prístupy a role terapeuta pri práci s klientom

Poznať sám seba, poznať odpovede na otázky typu: „kto som, aký som, kam smerujem, prečo som sa rozhodol robiť práve túto prácu, v čom som dobrý a v čom menej“ sú otázky, ktoré každému terapeutovi napomôžu k poznaniu toho, aké má možnosti a aký potenciál v sebe nosí. Rola poradcu, či terapeuta, ako píše Gabura a Pružinská (1995) v poradenskom procese, závisí od preferovaného poradenského prístupu. Rozlišujeme dva prístupy, direktívny a nedirektívny.

V nedirektívnom prístupe sa poradca snaží pôsobiť ako katalyzátor pri riešení problému t.j. pomáha klientovi nájsť skryté potenciály a sprevádza ho v ťažkej životnej situácii. Nesnaží sa mu predostrieť riešenie, ale ukazuje mu rôzne alternatívy riešenia a tým ho vedie k tomu, aby on sám si vybral, ktorá cesta je pre neho tá najlepšia. Inak tento prístup nazývame aj konduktorským, kde poradca vedie klienta, aktívne zasahuje do poradenského procesu, navrhuje formy, metódy, postupy a rôzne alternatívy riešenia“ (Gabura, Pružinská, 1995, s. 70).

Direktívny alebo inak reaktorský prístup je charakteristický tým, že klient predkladá materiál, terapeut reaguje iba naň, pričom terapeut nekladá svoj materiál, ale rešpektuje iba priestor, do ktorého ho klient pustí. Zovšeobecnene môžeme povedať, že direktívny prístup je založený skôr na profesionalite, odbornosti, skúsenostiach poradcu, pričom nedirektívny prístup na osobnostných predpokladoch terapeuta (Gabura, Pružinská, 1995).

Pohľad na rôzne role a ich úlohy, ktoré terapeut môže vo svojej práci zastávať, nám podáva Kratochvíl (2005), keď role vodcov delí nasledovne:

### Rola aktívneho vodcu

Podľa Kratochvíla (1995) tu vodca určuje aktivity, usmerňuje dianie, vysvetľuje, objasňuje, riadi a učí ostatných. Túto rolu by sme mohli prirovnať k povolaniu učiteľa, inštruktora, režiséra, iniciátora, či ochrancu. Vodca tu priamo uplatňuje svoju moc a ňou zároveň ovplyvňuje členov skupiny. Zároveň touto mocou aktivizuje, nabáda, kritizuje, vedie, podporuje a konfrontuje členov skupiny. V takto vedenej skupine členovia vyhľadávajú rady, chcú poznať terapeutov názor a sú na ňom značne závislí. S názorom sa aj my stotožňujeme, pretože často klient práve v terapeutovi po prvýkrát nachádza akoby spriaznenú dušu, ktorá mu rozumie, chápe ho a prijíma. V tejto súvislosti Kratochvíl (1995) ešte pripomína, že terapeut si s využitím závislosti vytvorí skupinu, ktorá ho miluje,

počúva a riadi sa jeho pokynmi. V podstate má hlavné slovo v skupine. Skupina ho prijíma aj pri skupinových sedeniach, pri nácviku rôznych sociálnych zručností, ako je napr. konštruktívna hádka, účinné spôsoby vyjednávania, taktiež aj pri relaxácií, zastavovaní rušivých myšlienok, či zvládání stresu. Táto rola terapeuta, resp. aktívne vodcovské správanie, sa vo väčšej miere využíva v špeciálnych skupinách, napr. v skupine, ktorá je zložená z klientov so závažnými somatickými chorobami, v skupine s psychicky chorými klientmi, ktorí potrebujú podporu a vedenie (Kratochvíl, 1995, s. 57 - 58).

#### Rola komentátora

V tejto role, podobne ako v predchádzajúcej, terapeut necháva skupinovému daniu voľný príbeh, neriadi ho a ani aktívne ho neusmerňuje. Viac-menej sa v pravidelných intervaloch snaží strnúť a komentovať, čo sa v skupine deje. Je orientovaný na skupinový proces a nastavuje skupine zrkadlo. Jeho komentáre sú pravidelné a môžu mať charakter:

- pozorovania bez vyjadrovania vlastných pocitov a hodnotenia
- pomenovania a klasifikovania diania
- hypotéz k interpretácií toho, čo sa v skupine deje a prečo je tomu tak

Tieto neosobné popisy, často vyvolávajúce agresívne pocity u klienta, ho vedú k pochybnostiam o účelnosti terapeutovho správania. Rola komentátora má význam skôr v interakčne orientovanom sedení, kedy ide predovšetkým o to, ako naučiť členov chápať neverbálne metakomunikatívne aspekty skupinového sedenia a diania. Používa sa aj vo výcvikových skupinách, ktoré majú charakter výcviku v interpersonálnej senzitivite (Kratochvíl, 1995, s. 59).

#### Rola moderátora a experta

Podľa Kratochvíla (1995) moderátor nepreberá v skupine plnú zodpovednosť, ale necháva veciam voľný priebeh, pričom príležitostne zasahuje a usmerňuje dianie v skupine, aby smerovalo k požadovanému cieľu. Sám nehovorí o svojich pocitoch, ale navrhuje, čo by sa malo robiť, poskytne podnety, alebo v pravej chvíli zasiahne s vhodnou technikou, napr. kresbou sociagramu, zahráním nejakej psychodramatickej scény, či neverbálnym vyjadrením emócií. Následne nato, ako podá nejakú vhodnú techniku, stiahne sa do úzadia a nechá skupinu, aby ďalej pracovala sama. V skupine si všíma, kto sa nemôže dostať k slovu alebo má strach niečo vyjadriť a vtedy podnieti skupinu k tomu, aby mu dala príležitosť. Je zástancom toho, aby sa v skupine vyjadriло, čo najviac názorov. Skupina ho prijíma ako experta, ktorý rozumie svojej práci a môže poskytovať informácie, techniky,

interpretácie. Čo je dôležité dodať, že nevenuje svoje názory, či pohľady, ale neodmieta prispieť. Ak sa v skupine vyskytuje príliš dlhé ticho, terapeut sa snaží do tohto ticha vstúpiť a tak nestrácať čas.

### Rola autentickej osoby

Tu sa terapeut prejavuje ako jeden z členov skupiny a sám robí to, čo majú robiť iní a vyjadruje svoje vlastné pocity. Robí so svojou skupinou všetko. Keď chce aby sa hrali na malé deti v škôlke, hrá sa nimi, v arteterapii maľuje s nimi vlastné predstavy, v diskusii s nimi rozpráva o tom, čo cíti a nebojí sa im zveriť i svoje vlastné problémy.

Ako Kratochvíl (1995, s. 61) dodáva „nie je iniciátorom, pozorovateľom, alebo hodnotiteľom aktivít druhých, ale je jedným z nich, živý človek z mäsa a krvi, so svojimi ľudskými citmi“.

Nastoluje sa nám tu však otázka, že do akej miery je správne, aby bol autentický a sebaotvorený. Kratochvíl sa domnieva, že existujú tri obmedzenia.

- Obmedzenie dané vlastnosťami terapeuta

Ak sa chce terapeut plne autenticky chovať, mal mať osobné vlastnosti a postoje, ktoré sú pre vývoj skupiny pozitívne, ako je napr. skutočný záujem o druhých, úcta k druhému človeku, empatia. Samotný klient musí z terapeutovho správania cítiť, že je dobrý človek, ktorý ho má rád.

- Obmedzenie dané cieľom skupiny

Otvorene sa prejavujúci terapeut by mohol skupinu natoľko zaujať, že by začala pracovať s jeho vlastnými problémami. Nie je to však cieľom, pretože by to mohlo na skupinu pôsobiť negatívne a odvádzať by to pozornosť od plnenia si vlastných úloh.

V tejto súvislosti sa v Kratochvílovi (1995, s. 62) hovorí o „selektívnej autentickejšti, kde terapeut vyjadruje autenticky svoje pocity, ale neotvára sa so svojimi problémami“. Na druhej strane v Kratochvílovi (1995, s. 63) sa píše, že „môže byť užitočné, keď terapeut povie skupine niektoré svoje minulé alebo súčasné problémy a demonštruje ich tak, že existuje možnosť riešiť problémy konštruktívne“.

- Obmedzenia dané momentálnymi problémami skupiny alebo jeho členov

Autentický pocit, ako uvádza Kratochvíl (1995), sa môže niekedy dostať do rozporu s tým, čo je v danej chvíli terapeuticky žiadúce. Terapeut ako aj ostatní členovia skupiny cítia

antipatiu, pohrdanie, či zlosť na deviantného člena skupiny, pritom si však terapeut uvedomuje, že vyjadrenie takýchto pocitov by znamenalo zhoršenie vzťahov v skupine, zatvrdlivosť alebo úplný odchod zo skupiny. Preto sa skôr postaví zaňho, aby tak vyvážil negatívne hodnotenie skupiny. Skúsený terapeut má však širší repertoár citov a tak sa dokáže vcítiť do rôznych zážitkov klientov, čo mu môže pomôcť vyvolať iné pocity a vzťah, aký mal pôvodne. Treba však dodať, že skúsený terapeut svoje kladné pocity nehrá, ale ich skutočne prežíva.

## **2.5 Priebeh terapeutického procesu**

„Vo všeobecnosti môžeme tento proces popísať ako komunikáciu a vzájomnú interakciu terapeuta a klienta, kedy základná vzťahová požiadavka terapeuta je klientom prijímaná“ (Čálek a kol, 1998, s. 77). Čálek (1998) dodáva, že ak klient pocíti, že ho niekto skutočne počúva, javí oňho záujem a bezvýhradne ho prijíma, je schopný viac počúvať seba, odhaľuje v sebe skryté stránky, začína sa prijímať, akceptovať a stáva sa viac otvoreným a autentickým.

Vychádzajúc z tretej kapitoly bakalárskej práce (Bobotová, 2008, s. 28 - 30), ktorá je aktuálna aj pre našu diplomovú prácu, Gabura a Pružinská (1995, s. 124) predostierajú, ako sa Rotgers pokúsil pomocou zvukových nahrávok s klientmi identifikovať určité štádiá, ktorými klient prechádza od začiatku vstupu do terapie až po jej ukončenie.

Klient je v terapii kľúčovým pojmom, preto sa nám zdá byť logické zadefinovať si tento pojem skôr, ako budeme rozoberať jednotlivé štádiá terapeutického procesu. Strieženec (2001) uvádza klienta ako osobu, ktorá prichádza alebo je v starostlivosti sociálneho pracovníka. Ide o jedincov ktorí sú členmi skupiny a vyžadujú si sociálnu starostlivosť, sociálnu pomoc preto, lebo sa ocitli v sociálne kolíznej situácii. Majú určitý sociálny problém, ktorý je potrebné odstrániť a klient nie je schopný vlastnými silami túto obzvlášť preňho ťažkú situáciu prekonať. Medzi takýchto klientov patria napr.: drogový závislí, žiadatelia o štátne dávky, bezdomovci, emigranti, asociálne sa prejavujúci občania, starí ľudia. Vo všeobecnosti je klient človek, ktorý vyhľadá odborníka a žiada o odbornú pomoc.

Podľa Rogersa (1961) môžeme v procese terapie identifikovať sedem štádií:

- Prvé štádium

Vo veľkej väčšine prípadov klient v tomto štádiu nepríde k terapeutovi dobrovoľne, pretože si neuvedomuje žiadne problémy, netuží po zmene a ani nemá potrebu meniť sa.



Hovorí len o vonkajších záležitostiach a menej, alebo vôbec o sebe. Blízke medziľudské vzťahy považuje za nebezpečné. Svoje prežívanie viaže na minulosť (Gabura, 1995, s. 124). Čálek (1998) ešte dodáva, že nie je vôbec motivovaný k terapii a nerozoznáva svoje problémy, pocity ani osobné potreby.

- Druhé štádium

Do tohto štádia sa klient dostane iba vtedy, ak zo strany terapeuta cítil, že ho plne akceptoval v predchádzajúcom štádiu. Opäť hovorí o témach, ktoré s ním nesúvisia, resp. hovorí o neosobných témach a problémoch.

Necíti, že môže byť za problémy zodpovedný, pretože ich vníma ako vonkajšie, ktoré sa ho netýkajú. V tomto štádiu ešte klient nedokáže rozlíšiť, čo je preňho osobne významné. Vo svojich pocitoch sa nevyzná. Opisuje ako neosobné napr.: „Vždy bolo v mojom živote veľa chaosu“. Nepovie: „Môj život bol plný chaosu“.

- Tretie štádium

Aj v tomto štádiu sa klient ešte vyjadruje pomocou symbolov, ale začína hovoriť aj o zážitkoch, ktoré sa vzťahujú na jeho osobu. Môžeme to charakterizovať aj tak, že sa začína uvoľňovať. Nehovorí však o nich ako subjektívnych zážitkoch. Seba opisuje ako objekt, ktorý existuje predovšetkým v iných ľuďoch.

Napr. „Viem byť netrpezlivá ako môj otec a milá ako moja matka“. Veľmi málo akceptuje svoje pocity. Hovorí o nich ako o niečom hanebnom, zlom či inak neprijateľnom. Svoje prežívanie klient popisuje ako minulé a čosi veľmi vzdialené. Rozhodnutia, ktoré spraví, vníma ako neúčinné.

- Štvrté štádium

Pri zistení, že terapeut klientovi rozumie, že ho prijíma takého, aký naozaj je, dochádza u neho k uvoľneniu a voľnejšiemu plynutiu pocitov. Hovorí intenzívnejšie o svojich minulých pocitoch, o tom, ako ho niečo zasiahlo. Súčasné pocity opisuje ako objekty, začína si uvedomovať, že city, ktoré popiera, ktoré si nepriznáva, môžu byť uvedomené a to je niečo, čo je pre klienta desivé. Už si je vedomý, že v jeho prežívaní sú protirečenia a má o ne záujem.

Postupom času si začína uvedomovať svoju vlastnú zodpovednosť za problémy. V oblasti medziľudských vzťahov stále vidí nebezpečenstvo, ale aj napriek tomu začína riskovať.

- Piate štádium

Najväčšiu časť psychoterapie tvorí práve štvrté a piate štádium. V tomto štádiu klient voľne vyjadruje prítomné pocity. Prežíva ich naplno a presakujú do jeho vedomia. V klientovi narastá túžba byť sám sebou, byť ozajstným „ja“. Narastá v ňom túžba pochopiť, ako sám prispel k svojim problémom. Začína komunikovať so svojim vnútrom, pričom táto vnútorná komunikácia je voľnejšia, menej zablokovaná.

- Šieste štádium

Toto štádium je charakteristické tým, že city, ktoré klient doteraz popieral, začína bezprostredne prežívať a akceptovať. Neznamenajú preňho nič, čo treba poprieť, čoho sa treba obávať, voči čomu treba bojovať. Prežívanie je preňho jasné a oslobodzujúce. „Prežívanie nadobúda kvalitu procesu“ (Gabura, Pružinská, 1995, s. 126). Klient druhým opäť dôveruje v tom, že ho prijímajú takého, aký je. Súčasťou tohto procesu je aj fyziologické uvoľnenie.

- Siedme štádium

Do siedmeho štádia klient prechádza bez toho, aby potreboval pomoc terapeuta. Žiaľ, do tohto štádia sa dostane len veľmi málo klientov. Pretože ak ho aj dosiahne, ocitá sa v novej dimenzii. Gabura a Pružinská tvrdia, že v každom aspekte klientovho psychologického života je pohyb, plynulosť, premenlivosť. So svojimi pocitmi žije vedome, každú situáciu prežíva ako novú a dokáže ju aj interpretovať ako novú. V interpersonálnych vzťahoch absentuje stereotyp. Cíti sa zodpovedný za svoje problémy, ale aj voči životu. Čo je najpodstatnejšie, jeho vnútorný život je skutočne plný a naplnený (Gabura, Pružinská, 1995, s. 126).

## 2.6 Špecifické účinné faktory

Samotný resocializačný proces ako aj samotné prostredie, v ktorom sa človek nachádza mu ponúka množstvo faktorov, ktoré ho do istej miery niekedy viac, inokedy menej ovplyvňujú.

„Liečba v medicínskom modeli je zameraná na úpravu alebo odstránenie určitej odchýlky od normy, ktorá je definovaná fyziologicky“ (Pogády, Nociar, 1990, s. 31). Ako ďalej uvádzajú títo autori, „pri špeciálnej psychoterapii ide o špecifický, priamo cielený a systematický vplyv na individua, či skupinu, pričom používané psychoterapeutické techniky majú status pravých liečebných metód“. Je pritom veľmi ťažké vydiferencovať účinné, či neúčinné faktory samotnej psychoterapie.

„Rôzne projekty, ktoré sa venovali práve výskumu špecifických a nešpecifických faktorov naznačujú odlišné účinky rôznych foriem psychoterapie so zreteľom na klienta, jeho problémy, ako aj výsledky, ktorými sa dosahujú“ (Kratochvíl 1987, s. 278 - 279).

V psychoterapii existuje množstvo prehľadov účinných faktorov. Pogády (1990, s.33) uvádza tieto faktory: terapeutický vzťah, korektívna emočná skúsenosť, emočné faktory (uvoľnenie, či úľava), zmena vzťahov, návykov, postojov a prestavba hodnôt.

V zahraničnej literatúre sa môžeme stretnúť s Jonesovým (1977) členením účinných faktorov, ktorý ich uvádza nasledovne:

- Nasmerovanie na problém
- Integrovanie - kde sa zameriava na to, čo je fantázia a čo je realita. Potom na jedinca ako takého a jeho vzťahom s prostredím, ďalej na veci abstraktné a veci konkrétne.
- Počúvanie - tu dochádza ku konfrontáciám, k sledovaním verbálnych a neverbálnych prejavov
- Podpora - schopnosť klienta nasmerovať na novú cestu

Skupinová psychoterapia podľa Yaloma (1975) vyčleňuje tieto účinné faktory:

- Členstvo v skupine – kde klient potrebuje cítiť prijatie a uvedomiť si podobnosť problémov s inými klientmi
- Emočná podpora – tu je potrebná akceptácia nielen zo strany skupiny, či komunity, ale zo strany najbližších príbuzných
- Pomoc iným - ide o schopnosť altruizmu a taktiež sa tu využíva pravidlo „pomáhaním iným pomáham sám sebe“
- Sebapoznanie - klient odhaľuje svoje silné osobné city, ktoré sú v ňom niekde hlboko zakorenené
- Odreagovanie
- Spätná väzba - klient potrebuje od terapeuta počuť spätné informácie, či jeho napredovanie vedie k správnejmu cieľu. Zároveň je to „barlička“, ktorej sa môže počas terapie držať.
- Náhľad - tu ide o pochopenie mechanizmov poruchy správania, kde nastala chyba
- Korektívna emočná skúsenosť - klient v skupine zažije niečo, čo napr. vo svojej rodine nezažil, prípadne čo v jeho rodine abstinovalo
- Skúšanie a nácvik nového správania - využíva sa tu imitácia niektorých druhov situácií, prípadne psychodráma

- Získavanie nových informácií a sociálnych zručností

## 2.7 Nešpecifické faktory

Lazarus (1980) upozorňuje na potrebu všímať si aj nešpecifické respektíve mimo terapeutické vplyvy, ako sú biologické zmeny a zvraty, vývojové fázy, procesy zrenia, zmeny v sociálnom prostredí.

Frank (1986 In Pogády, 1990, s. 35) vybral niekoľko nasledovných nešpecifických faktorov, ktoré sú prítomné v každom priaznivom psychoterapeutickom vplyve:

- Intenzívny a emočne nasýtený vzťah k osobe, ktorá pomáha
- Existencia rozumového vysvetlenia, tzv. racionálne, terapeutické vysvetlenie akceptované klientom aj terapeutom, alebo objasnenie klientových ťažkostí, čím sa nepriamo posilňuje dôvera v terapeuta
- Poskytovanie informácií o povahe a príčinách klientových problémov a ukázanie alternatívnych spôsobov na ich zvládanie
- Naplnenie klientových očakávaní pomoci, ktoré sa dejú cez osobné kvality terapeuta
- Umožnenie toho, aby klient prežíval vlastný úspech a pokrok, čo zvyšuje jeho nádej a dáva mu pocit zvládnutia svojho problému
- Facilitáciu emočného prežívania, ktoré je veľmi dôležité v každom druhu terapie ako podklad k navodeniu zmeny
- Priestory, kde sa bude odohrávať terapia
- Zreteľne formulovaný postup pri odstraňovaní porúch alebo príznakov si vyžaduje aktívnu účasť klienta aj terapeuta

Podľa Franka (1986, s. 342) „účinnosť nešpecifických faktorov závisí od prítomnosti osobných kvalít terapeuta, ako aj od vnímavosti resp. receptivity klienta, ktorý je buď schopný alebo nie prijať a spracovať terapeutovu zručnosť, s ktorou spolu s klientom konštruuje presvedčivé, zmysluplné vyjadrenie alebo príbeh, ktorý vysvetlí príčiny klientových symptómov alebo ťažkostí a zároveň naznačuje spoločný postup pri ich prekonávaní“. „Úspešný terapeut často intuitívne používa metaforické vyjadrenia, alegórie a rôzne obrazové vyjadrenia, aby sústredil pozornosť klienta na nosné myšlienky terapeutického odkazu alebo posolstva a zároveň týmto myšlienkam dodal hodnovernosť“ (Pogády, 1990, s. 36).

Karasu (1986) vyčlenil tri triedy nešpecifických účinných faktorov:

- Afektívne prežívanie – toto prežívanie pripravuje klienta k zmene a robí ho prístupným voči prijatiu nových vysvetlení a ťažkostí.
- Kognitívne zvládnutie – týka sa hlavne integrácie nových náhľadov, myšlienok, sebapoňatia. Nejde na rozdiel od afektívneho prežívania len o prípravu, ale o racionálnu organizáciu zmeny s cieľom dosiahnuť alebo znovu obnoviť sebakontrolu. Kontrolu Ja nad vlastnými akciami.
- Regulácia správania – prejavuje sa v praktickom zvládaní problémov, v naučení sa novým formám správania, ktoré sú hmatateľným dôkazom dosiahnutej zmeny, ktorá keďže ide o intrapsychickú zmenu sa môže aj nemusí prejaviť vo vonkajšom spávaní“.

### 3 LIEČBA ZÁVISLOSTÍ OD ALKOHOLU

*„Nie je tragédiou zriekať sa v živote alkoholu,  
tragédiou je zrieknuť sa v alkohole života“.*

V súčasnom svete sa problém alkoholizmu považuje za jednu z najčastejších porúch zdravia a alkohol za najvýznamnejšiu návykovú látku (Petříková, 2007). Nemôžeme povedať, že sa dotýka len určitých vrstiev obyvateľstva. Práve naopak, dotýka sa všetkých, či chudobných alebo bohatých, vyššie, či nižšie postavených. Spoločnosťou je vysoko tolerovaný a býva sprievodným znakom pri mnohých spoločenských rituáloch. „Je charakteristický tým, že má tlmivé účinky na telesné pochody“ (Okruhlica, 1998, s. 51) Benkovič (2006) uvádza, že v terapeutických cieľoch:

- kompenzujeme telesné a psychické poruchy, v dôsledku dlhodobého pitia,
- snažíme sa o zmenu postoja pacienta voči alkoholu,
- zvyšujeme afektívnu a frustračnú toleranciu pacienta (možné dôvody relapsu),
- zlepšujeme sociálnu a profesionálnu integráciu, budujeme nové vzťahy,
- reštituujeme pôvodne autonómnu osobnosť, s ucelenou hierarchiou hodnôt.

To čo je tu však hlavným a nadradeným cieľom je úplná abstinencia.

„Závislosť od alkoholu patrí do skupiny chorôb, ktoré súhrnne nazývame toxikománia. Toxiko čiže jed a mánia chorobná túžba alebo drogová závislosť“ (Didakto, 2009).

Svetová zdravotnícka organizácia toxikomániou definovala ako „stav periodicky sa opakujúcej alebo chronickej intoxikácie jedinca, pričom je tento stav vyvolaný opakovaným užitím drogy prírodnej alebo syntetickej a škodí jedincovi samému i celej spoločnosti“ (Novomeský, 1996, s. 12).

Z definícií o závislosti na alkohole od Lindenmeyera (2009, s. 5) sa dozvedáme, že „závislý od alkoholu je buď ten, kto konzumáciu alkoholu nedokáže ukončiť, kým nenastúpi nepríjemný telesný alebo psychický stav alebo ten, kto nedokáže prestať s pitím napriek tomu, že dochádza k čoraz ťažším následkom“. Závislosť na alkohole je často veľmi ťažkým a pre niektorých až neriešiteľným problémom. V prípade, že si závislý prizná problém, že jeho pitie už presahuje hranice normality, ponúkajú sa mu rôzne formy liečby. Jaroslav Skála (1987) popisuje tri formy liečby závislosti na alkohole:

- Biologická liečba

Klient vhodný k terapii Antabusom by mal byť motivovaný, usilujúci sa o abstinenciu. Antabus by mu mal pomôcť prekonať pijanské stereotypy, spoločne so psychoterapiou vytvoriť nové vzorce chovania a adaptačných a obranných mechanizmov. Najvyšší účinok Antabusu po podaní je 24 - 48 hodín. K typickým príznakom alkohol-antabusovej reakcie patrí zčervenanie, bolesti hlavy, môže byť i zvracenie, najskôr vzostup a potom pokles krvného tlaku. Pri ťažkom priebehu môže stav končiť kŕčmi, infarktom alebo krvácaním do mozgu. Antabus sa väčšinou podáva počas jedného roka, je však možné sa dohodnúť s klientom na kratší alebo dlhšej dobe užívania.

Naltrexon je ďalší z preparátov užívaných pri liečbe závislostí na alkohole. Je považovaný za najbezpečnejší prípravok, ktorý sa užíva na zníženie túžby po alkohole.

- Psychoterapia

„Najzákladnejšou formou liečby závislostí je psychoterapia. Je označovaná za liečenie hraničných stavov psychologickými prostriedkami a duševných chorôb. Taktiež za jeden z účinných spôsobov psychologickej pomoci, ktorá je plánovaná a odborníkmi vykonávaná“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 488). Je veľmi podstatnou súčasťou liečby závislých na alkohole a ich liečebných programov. Existuje mnoho psychoterapeutických smerov a rôzne formy psychoterapie. V praxi sa viac využíva skupinová ako individuálna

psychoterapia.

Skála (1971) uvádza, že psychoterapia v liečbe závislostí na alkohole má dva ciele:

- klient má pochopiť, že jediným riešením jeho závislosti je trvalá abstinencia,
- samotná abstinencia nestačí, ale je potrebná celková zmena osobnosti

Pri liečbe závislostí Nešpor (1996) uvádza psychoterapeutické postupy, ako je posilňovanie motivácie, skupinová terapia, psychodráma, muzikoterapia, nácvik zvládania náročných situácií, kognitívne-behaviorálne postupy, realizačné techniky.

- **Doliečovanie**

Podľa Skálu (1987) sleduje doliečovanie dlhodobý efekt liečby a zdôrazňuje prevenciu recidív. Dlhodobým cieľom liečby je trvalá a dôsledná abstinencia, ktorá je optimálnou formou kompenzovaného stavu klienta. Na tomto mieste treba spomenúť aj možnosť tzv. kontrolovaného pitia, ktoré Skála doporučuje u ľudí mladých a slobodných. Pri plne rozvinutej závislosti nie je kontrolované pitie možné. Dôležitou súčasťou liečby závislých klientov v následnej a udržiavacej fáze sú kluby AA, rodičovské organizácie. Pomáhajú klientom po ústavnej či ambulantnej liečbe udržať si abstinentský životný štýl. Podobne fungujú svojpomocné tzv. encounterové skupiny, ktoré vedú abstinujúci závislí často v spolupráci s terapeutom - psychológom alebo psychiatrom (Alkoholizmus, 2009).

### **3.1 Ambulantná liečba**

Protialkoholická liečba zvyčajne začína ambulantnou fázou. „Na ambulantnú formu protialkoholickú liečby sú vhodní najmä klienti motivovaní pre abstinenciu, bez vážnejších somatických a psychických komplikácií, s dobre spolupracujúcim rodinným zázemím“ (Benkovič, 2006, 191 - 201). Taktiež sa táto liečba môže týkať i klientov, ktorí absolvovali ústavnú liečbu a chcú sa ešte doliečovať.

### **3.2 Ústavná liečba**

Táto forma liečby nastupuje v prípade, že vyššie uvedená ambulantná forma je neefektívna. Ide o najčastejšie využívanú formu liečby. Realizuje sa v špecializovaných protialkoholických zariadeniach alebo v špecializovaných ústavoch (Ďanovský, 2009).

„Ústavná liečba drogových závislostí je súborom psychoterapeutických, fyzických, kultúrnych a sociologických aktivít, ktoré nemožno presne vymedziť jednotlivými bodmi

liečebného systému. Jedna aktivita sa tu prelína aj do ďalších troch, štyroch oblastí“ (Združenie Abstinencov Slovenska).

„Na ústavnú protialkoholickú liečbu sú vhodní klienti s vážnymi telesnými a psychickými komplikáciami alkoholizmu, s dlhotrvajúcim alkoholizmom, ako aj slabo motivovaní jedinci pre abstinenciu, so slabou rodinnou podporou. Taktiež klienti, ktorí opakovane zlyhávajú v ambulantnej liečbe“ (Benkovič, 2006, s. 198). V niektorých mestách sú zriadené tzv. denné stacionáre, ktoré možno chápať ako prechod medzi ambulatnou a ústavnou formou.

Pre klientov s komplikovanejším priebehom liečby a s pretrvávajúcimi sociálnymi problémami sú veľmi vhodné pobyty v resocializačných zariadeniach. Kladie sa dôraz na také psychoterapeutické a rehabilitačné aktivity, ktoré pomôžu klientovi adaptovať sa na zmenu životných podmienok a začlenia klienta do normálneho fungovania v spoločnosti. Každé jedno zariadenie má svoj vlastný liečebný režim, ktorý obsahuje nasledovné body: budiček, rozcvička, osobná hygiena, úprava izieb, raňajky, lieky, bodovanie (ak je v sústave liečby), komunita, pracovná terapia (vizita), obed, autogénny tréning, psychoterapeutické aktivity (skupiny, biblioterapia, didaktoterapia a pod.; kultúrny program, kvíz), šport, knižnica, písanie denníkov, večera, osobné voľno, osobná hygiena, bodovanie, nočný pokoj.

### **3.3 Anonymní alkoholici**

Pojem anonymní alkoholici (AA) nie je v dnešnej dobe už neznámym pojmom. Práve naopak, tým, že alkoholikov čoraz viac pribúda sa tento pojem dostáva do povedomia širokej verejnosti. V tejto časti budeme vychádzať z článku od Vojtovej (2007), ktorá píše o anonymných alkoholikoch a ich dvanástich krokoch.

AA patria medzi najrozšírejšiu svojpomocnú skupinu na svete. Prvé stretnutie Williama Griffitha Wilsona a Dr. Roberta Hollbrooka Smitha (sú známi ako Bill W. a Dr. Bob) v roku 1935 v štáte Ohio, v USA sa považuje za počiatok práce AA. Dvaja, dalo by sa povedať „nevyliciteľní“ alkoholici sa pomocou spoločného zdieľania dostali k tomu, že obaja dokázali skutočne „vytriezviť“ a nevrátiť sa opäť k alkoholu. Ich nadšenie, vytrvalosť a sústredené úsilie dokázali dať život spoločnosti, ktoré sa postupne jasnejšie vymedzovalo až do podoby, v ktorej sa s ním stretávame dnes.



Mnohé štúdie potvrdili, že AA majú overiteľne nadpriemerné výsledky v liečbe závislosti od alkoholu (Johnson, 2003, Nešpor, 2002) a ukazuje sa, že dobrá spolupráca odborníkov (psychiatrov, terapeutov, psychológov) a samotných AA významne zvyšuje úspešnosť liečby. Sú spoločenstvom mužov a žien, ktorí sa navzájom delia o svoje skúsenosti, silu a nádej, aby mohli riešiť svoj spoločný problém a pomáhať ostatným uzdraviť sa z alkoholizmu. AA používajú svoju vlastnú terminológiu. Základnou podmienkou členstva v AA je túžba prestať piť. AA majú 12 - krokový model liečby, ktorý uvádzame v prílohe (K). Ide o súbor všeobecne prijatých duchovných zásad, ktoré keď si osvoja, ako svoj životný štýl, môžu človeka zbaviť návyku konzumovať alkohol a tiež pomôžu trpiacemu na závislosti od alkoholu prinavrátiť zdravie a nájsť opäť zmysel šťastného a plnohodnotného života. Každý z týchto krokov má nezastupiteľné miesto vo vytváraní si nového spôsobu života. Tento model liečby resp. týchto 12 krokov je psychologicky dobre zrozumiteľný a zlučuje sa s tým, čo vieme a používame v psychoterapii. Na rozdiel od klasickej psychoterapie je tento model založený na vzájomnej pomoci členov a ich rovnocennom postavení. To, čo je na tejto skupine iné je, že tu nie je prítomný terapeut - profesionál. Liečba má teda svojpomocný charakter. Nešpor a Csémy (1996) píšú, že vznik AA spôsobil revolúciu v medicíne, ktorá dodnes nie je ocenená. A práve „vznik tejto organizácie viedol k tomu, že zdravotníci začali klientov viac považovať za partnerov a spolupracovníkov“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 106).

### **3.4 Socioterapeutické kluby abstinentov**

Tieto kluby sú súčasťou psychiatrických zariadení, pričom abstinujúcim alkoholikom pomáhajú udržať sa v abstinencii. Ďalším zameraním týchto klubov je rozvoj sebapoznania, zlepšenie interpersonálnej komunikácie, tréning sociálnych zručností, rekonštrukcia rodinného zázemia, osobnostný rast, hľadanie zmyslu života (Mojtová, 2010, s. 78). Základom každého klubu podľa Pavelovej (2004) sú dva ciele: udržať abstinenciu a nájsť nový životný štýl, pričom to je skutočná integrácia do života.

### **3.5 Minnesotský model liečby**

Doyle et. al. (2003) „východiská liečby tohto modelu charakterizujú tak, že niektorí jedinci majú v sebe zvláštnu biologickú a osobnostnú zraniteľnosť voči alkoholu. Z praxe vieme, že alkoholizmus je často sprevádzaný popieraním závislosti na alkohole a jeho

samotných dôsledkoch a dopadoch na rodinu, vzťahy a sociálne prostredie. „Liečba tohto modelu je založená na pravidelnej účasti na skupinovej psychoterapii a je kombinovaná s ďalšími terapeutickými metódami, kde zaraďujeme napr. svojpomocné skupiny, rodinnú terapia, peer-programy a pod“ (Unger, 2006, s. 8).

## 4 TERAPEUTICKÝ VZŤAH

*„Akceptácia klienta terapeutom vedie  
u klienta k zvýšenej akceptácii seb“..*

*John Bradshaw (1988)*

Veľkú úlohu v našom živote zohrávajú vzťahy, ktoré sme tvorili, alebo tvoríme. Aj keď si to málokedy pripúšťame, ich intenzita do veľkej miery ovplyvňuje celý náš život. Vplyvy, ktoré vnímame, že sa nás dotýkajú, sú vplyvy zvonka i zvnútra. Zvonku máme na mysli prostredie, v ktorom sa nachádzame a vnútorné sú súčasťou našej osobnosti, ktoré sú nám dané, alebo sme ich počas života získali. Rozoznávame vzťahy k druhým ľuďom a vzťah k sebe samému. Vzťah k sebe, prijatie seba samého je veľkým plus pre prijatie druhých a našej schopnosti ich milovať. Sme schopní vytvárať vzťahy osobné, do ktorých vstupujeme celý so svojou bytosťou, či neosobné, do ktorých vstupuje iba niečo z nás,

niečo z našej osoby. Väčšinou ide o veci vonkajšie, ako je náš úsmev, pohyb, či gesto, pričom to má krátku intenzitu. Mnoho ľudí má vybudovaný vzťah k vyšším hodnotám, ako je viera, nádej, láska, dobro, krása a cez ne hľadá odpovede na zmysel svojho života.

V tejto kapitole sme sa venovali psychoterapeutickému vzťahu, v ktorom sa uskutočňuje príprava a proces zmeny. Jeho cieľom je spustiť a riadiť terapeutický proces. Ďalej sme sa pozreli na historický prierez terapeutického vzťahu.

V závere kapitoly sme uviedli výskumy, ktoré sa zaoberali skúmaním terapeutického vzťahu.

#### **4.1 Charakteristika terapeutického vzťahu**

Každý klient je iný, jedinečný, originálny, prichádza s jeho vlastným problémom. Toto sú fakty, ktoré spôsobujú, že aj terapeutický vzťah voči každému klientovi je iný. Niekedy ide o krátky, inokedy o dlhší časový úsek, v ktorom sa vytvára dôverný vzťah medzi klientom a terapeutom. Záleží to od mnohých faktorov, či už od individuality klienta, jeho problému a tiež od klientovej schopnosti veriť terapeutovi a nájsť v ňom oporu, či spriaznenú dušu.

Terapeutický vzťah je jeden z najvýznamnejších účinných faktorov v liečbe závislostí od psychotropných látok. Ide o „interpersonálny vzťah, ktorý okrem základných komunikačných zručností vyžaduje od terapeuta schopnosť prijímať klienta takého, aký je“ (Živný a kol., 2004, s. 16). Terapeut by mal voči klientovi zaujať akceptujúci prístup a nebyť sýtený predsudkami, či hodnotením.

Podľa Hanušovej (2004) patrí terapeutický vzťah medzi najvýznamnejšie všeobecné psychoterapeutické faktory. Sú to teda faktory, ktoré sa vyskytujú napriek všetkým psychoterapeutickým metódam a smerom.

Čálek (1998, s. 68) uvádza, že „terapeutický vzťah je považovaný za jednu z foriem interpersonálnych vzťahov.“ V Rogerovskej psychoterapii je ešte zdôraznený fenomén vzájomného stretnutia vo vzťahu človeka k človeku, ktorý je fenoménom k liečebnému účinku.

Podrobný prehľad terapeutického vzťahu opisuje Vavrda (2004). Psychoterapeutický vzťah je podľa neho druh medziosobného vzťahu, vzťahu medzi ľuďmi v situácii psychoterapie. Pričom každý medziosobný vzťah je tvorený:

- psychickými obsahmi - predstavy, očakávania, skúsenosti, potreby, postoje

- dynamikou vzťahu - vzájomné pôsobenie a vývoj psychických obsahov voči druhej osobe

Vavrda (2004) popisuje ako ďalší nástroj v psychoterapii, informácie o svete klientových vzťahov. „To ako sa klient vzťahuje k svojmu terapeutovi, prípadne aké vzťahy vytvára v skupine, je určitým odrazom klientovho všedného života. Vzťahy v terapii sú teda určitým modelom klientovho sveta vzťahov. Porozumenie týmto vzťahom sa potom stáva mimoriadne cenným príspevkom k pochopeniu klientových problémov“ (Vavrda, 2004, s. 98).

Vavrda (2004) uvádza, že v psychoterapeutickom vzťahu existujú tri dimenzie, ktoré určujú jeho charakter:

- Vzdialenosť vo vzťahu – si vyžaduje, aby bol vytvorený pocit oddelenosti, pretože príliš blízka vzdialenosť alebo splývanie môže byť ohrozujúce. A taktiež naopak, ak je vzdialenosť medzi terapeutom a klientom veľmi veľká, nie je možné nadviazať prospešný a vzájomný vzťah.
- Bezpečnosť vo vzťahu – je druhou dimenziou, ktorá je ovplyvnená pocitom základnej dôvery, ďalej tým, ako bol pevne stanovený pocit oddelenosti a tiež ďalšími životnými skúsenosťami. Zo strany terapeuta je nutné dodržiavať formálny rámec terapie, diskretnosť, záujem o klienta a jeho prijatie.
- Konzistentnosť vo vzťahu – terapeut sa snaží počas terapie zachovávať stabilnú podobu vzťahu

Predpokladom vzniku terapeutického vzťahu je stretnutie človeka, ktorý pomoc potrebuje s človekom, ktorý môže pomoc poskytnúť. V sociálnej práci je takmer každé stretnutie s klientom podnetom k vzniku takéhoto vzťahu. „Terapeutický vzťah profesionálneho sociálneho pracovníka ku klientovi je osobitným druhom medziľudského vzťahu, pretože vzniká v neobyčajných podmienkach“ (Žiaková, 2005, s. 107).

#### **4.2 Historický vývoj terapeutického vzťahu**

Tak ako všetko má svoj deň vzniku, resp. čas začiatku, aj psychoterapeutický vzťah má svoje korene. Horváth a Luborsky (1993) vo svojej prehľadovej štúdií uvádzajú, že korene konceptu psychoterapeutického vzťahu nachádzame u Sigmunda Freuda, zakladateľa psychoanalýzy. Freudovo chápanie vzťahu sa vyvíja od jeho chápania vzťahu ako

„vážneho záujmu“ alebo „súcitného porozumenia“, ktorý umožňuje, aby zdravá časť klientovho Self naviazala pozitívny vzťah s terapeutom.

Neskôr Freud prichádza na jeho klasické pochopenie vzťahu medzi terapeutom a klientom, t.j. vzťahu založenom na prenose a práce s ním. Terapeutov podporujúci vzťah umožní klientovi, aby si nevedome spojil osobu terapeuta s obrazmi významných ľudí z jeho života.

Do tejto prenosovej časti vzťahu je nutné zaradiť aj pojem protiprenos, pod ktorým rozumieme vplyv terapeutových ranných skúseností na formovanie vzťahu s klientom. Horváth a Luborsky (1993) v tejto súvislosti poznamenávajú, že nie je jednoznačné, či je protiprenos charakteristikou terapeuta, alebo ide o „interakčný fenomén“, t.j. či sa vzťahuje k špecifickému správaniu na strane klienta. Piper et. al. (Carroll, 1997) na základe svojho výskumu dospeli k zisteniu, že vysoká miera analýzy prenosu je u niektorých klientov spojená s horším terapeutickým vzťahom.

K vzťahu medzi osobou klienta a terapeuta, ktorý priamo nevyplýva zo vzťahu iných, dospel v polovici šesťdesiatych rokov Greenson, ktorý tento druh vzťahu označil pojmom „pracovný vzťah“ (working alliance). Jeho model zahŕňa tri komponenty vzťahu:

- prenos
- pracovný vzťah
- skutočný vzťah (real relationship)

Gitleson, Horwitz a Bowlby vychádzali z toho, že v terapeutickom vzťahu môže klient získať k terapeutovi takú väzbu, s ktorou sa v rannom detstve nestretol a tým mu je umožnené vedome rozlíšiť rozdiel medzi narušeným a skutočným vzťahom rozvíjali tretie poňatie terapeutického vzťahu (Horvath, Luborsky, 1993).

V priebehu druhej polovice 20. storočia sa vedľa psychoanalytických smerov, ktoré zdôrazňovali prenosové mechanizmy, vyvíjali aj smery, ktoré zdôrazňovali ďalšie dve dimenzie terapeutického vzťahu, ktoré sme uviedli. Ide o smery, ktoré chápu terapeutický vzťah predovšetkým na báze „skutočného vzťahu“, t.j. vzťahu založenom na stretnutí sa dvoch bytostí. Sú označované ako humanistické.

Martin Buber (1969) vo svojej filozofii dialógu rozlišuje dva základné ľudské postoje: Já - Ty a Já - Ono. Pričom Já - Ono je vzťah sveta skúseností, vzťah subjektu a objektu. Objekt však nie vo vzťahu so subjektom je len prostriedkom jeho skúseností, ktorá je plne záležitosťou subjektu. Takýto postoj poznáme v psychoterapii, kedy psychoterapeut zažíva

klienta ako človeka s určitými problémami alebo určitou poruchou, hodnotí ho, diagnostikuje.

Podľa Bordina (1999 In Chatoor, Krupnik, 2001) terapeut a klient k dobrému vzťahu potrebujú:

- dohodnúť sa na úlohách počas jednotlivých sedení
- schváliť a zhodnotiť cieľ terapie
- vytvoriť osobné puto

V modernej dobe sa vytvorili tri základné smery, ktoré odpovedajú na Greensonove komponenty terapeutického vzťahu uvedené vyššie, ktoré boli definované v polovicike šesťdesiatych rokov. Konkrétne ide o psychoanalýzu, ktorá zdôrazňuje prenos, potom behaviorálna terapia, zdôrazňujúca pracovný vzťah a nakoniec humanistické smery, ktoré si zakladajú na skutočnom vzťahu dvoch ľudských bytostí.

#### **4.3 Výskumy terapeutického vzťahu**

Do sedemdesiatych rokov v terapeutickom vzťahu dominovalo hodnotenie vzťahu nezávislými pozorovateľmi. Raue, Goldfried a Barham (1997) realizovali výskum, ktorý sa zaoberal porovnaním terapeutického vzťahu v rôznych terapeutických prístupoch a jeho súvislosti s výsledkami liečby. Mali vzorku 57 klientov s depresiou a 5 terapeutov. Všetci klienti absolvovali 16 sedení v psychodynamickej alebo kognitívno-behaviorálnej terapii. Vyššie skóre zaznamenali klienti, ktorí absolvovali kognitívno-behaviorálne sedenia ako tí, ktorí sa zúčastnili psychodynamickej terapii. Vo výsledkoch liečby neboli však príliš veľké rozdiely v oboch typoch terapií. Z tohto nám vyplynulo, že terapeutický vzťah má u rôznych smerov inú podobu.

Metódy výskumu terapeutického vzťahu podľa Chatooru a Krupnika (2001) rozdeľujeme na také, ktoré sú hodnotené zo strany klienta, zo strany terapeuta a napokon zo strany nezávislých pozorovateľov, ktorí analyzujú video alebo audio záznamy, prípadne zápisy z terapeutických sedení.

Výskumy (Mitchell, Mozart et.al. In Horvath, Luborsky, 1993) ukázali, že dôležitejšie pre klienta je vnímanie terapeuta ako empatického človeka, než samotná empatia, ako charakteristická vlastnosť terapeuta.

Greenson (In Chatoor, Krupnik, 2001) sa zameriava na rolu klienta, zase naopak Rogers sa zameriava na rolu terapeuta v úsilí o nejakú psychoterapeutickú zmenu. Rogersove štúdie

zo 60. rokov a štúdie Berretta-Lennarda z 80. rokov nám potvrdili, že terapeuti, ktorí vykazujú vyšší stupeň empatie, kongruencie a bezpodmienečného prijatia klienta zo všetkým, čo je a kým je, sú v terapii úspešnejší v porovnaní s tými, ktorí majú týchto charakteristík menej.

V psychoterapeutickom výskume v priebehu 80. rokov došlo k zmenám v niekoľkých oblastiach, ktoré sa týkajú psychoterapeutického vzťahu:

- Obrat ku konštruktivizmu

Ide o obrat k výskumu vnímania terapie samotnými aktérmi, teda klientom a terapeutom. V tejto súvislosti skúmal Meyer, Krupnik et. al. (2002) vzťah medzi pozitívnym očakávaním z liečby, zapojením sa do terapeutického procesu a výsledkom liečby kognitívno-behavióálnej terapie na vzorke 151 klientov s depresiou. Výsledky ukázali, jasnú koreláciu medzi klientovým zapojením sa do terapeutického vzťahu a výsledkom liečby.

- Posun od skúmania faktorov na strane terapeuta smerom ku skúmaniu interakcií medzi terapeutom a klientom

Horvath a Luborsky (1993, s. 563) uvádzajú, že „klientove hodnotenie terapie je z časti založené na jeho očakávaníach z terapie a na špecifickej interakcii s terapeutom, ako na faktoroch zo strany terapeuta“. Ďalej vo svojej štúdií Horvath (1993) uvádza, že za klientov, ktorí nevedia nadviazať vzťah s terapeutom sa považujú takí, ktorí majú narušené rodinné vzťahy, klienti, ktorí ťažko nadväzujú sociálne vzťahy, príp. ktorí majú veľmi nízku mieru očakávaného úspechu.

Piper et. al (In Carroll, 1997) prišli na to, že terapeutický vzťah je ovplyvnený skúsenosťami z ranného detstva, ale nie je tým predurčený. Potvrdilo sa, že silnejším faktorom úspešnej terapie sa stal psychoterapeutický vzťah ako ranné vzťahy.

- Zameranie pozornosti na tzv. nešpecifické faktory v terapii

Všeobecné a špecifické dimenzie terapeutického procesu, ako aj ich dopad na výsledok terapie skúmali Rounsavill, Elkin et. al. (1987). Respondentmi súboru boli tridsiati piati klienti liečení na depresiú a 11 terapeutov, pričom zvolená metóda skúmania bola krátkodobá interpersonálna terapia. Meralo sa pomocou Vanderbiltovej škály terapeutického procesu k meraniu výsledkov terapie Hamiltonovej škály depresie. Všeobecné dimenzie na strane terapeuta sa ukázali viac úspešné ako na strane klienta.

## **5 PRIESKUM TERAPEUTICKÉHO VŤAHU U KLIENTOV ZÁVISLÝCH OD ALKOHOLU**

Závislosť so sebou prináša veľké zmeny, či už psychické, duševné, biologické, alebo sociálne. Väčšina vzťahov, ktorých sme súčasťou od detstva, sa „vd'aka“ alkoholu ochladzuje, alebo úplne rozpadá. „Kvapky alkoholu“ nás oberajú o všetko. O rodinu, priateľov, prácu, vlastnú hodnotu a čo je najhoršie, aj o samotný zmysel nášho života. Keď všetci a všetko sa otáčajú chrbtom, keď rodina a najbližšie okolie sú na míle vzdialené, neprestáva na „nebi svietiť hviezda“, zvaná terapeut - človek, ktorý pomáha, keď my sami chceme jeho pomoc prijať. Často práve terapeutický vzťah sa pre závislého, psychicky chorého, či inak patologického klienta stáva jeden z najdôležitejších v živote.



Diplomovú prácu sme sa rozhodli realizovať ako nadstavbu na bakalársku prácu, v ktorej sme zistili, že najdôležitejším faktorom v liečbe závislých bol samotný terapeutický vzťah. Predmetom prieskumnej časti diplomovej práce bolo zistiť význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkoholického liečby vo vybraných resocializačných strediskách na území SR a minimálne ročnej abstinencii. Taktiež popísať špecifické prvky terapeutického vzťahu z pohľadu klienta a osobnostné vybavenie terapeuta, pričom sme sa nezamerali len na jedného terapeuta, ale na všetkých terapeutov, s ktorými respondenti súboru v priebehu protialkoholického liečenia vstúpili do vzťahu. Keďže sme kvalitatívny výskum realizovali aj s mužmi a aj so ženami, v závere sme porovnávali prežívanie vzťahu u mužov a žien.

### **5.1 Ciele a otázky prieskumu**

Predmetom diplomovej práce bolo zistiť význam terapeutického vzťahu klientov závislých od alkoholu. Živný a kol. (2004, s.16) sa o terapeutickom vzťahu vyjadruje tak, že ide o „interpersonálny vzťah, ktorý okrem základných komunikačných zručností vyžaduje od terapeuta schopnosť prijímať klienta takého aký je“.

V priebehu tvorby hlavného cieľa a výberu respondentov súboru sme zvažovali, či ročná abstinencia bude dostatočne dlhá na to, aby klienti mohli pravdivo zhodnotiť prežívanie terapeutického vzťahu. Ďalej sme si kládli otázky, či pri realizácii prieskumu osloviť iba mužov, alebo len ženy. Či ženy budú ochotné o svojom probléme so závislosťou rozprávať. Na základe konzultácií so školiteľkou a predprieskumu, ktorý sme realizovali, sme si stanovili hlavný cieľ prieskumu:

Hlavným cieľom prieskumnej časti práce, bolo zistiť *význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkoholického liečby vo vybraných resocializačných strediskách na území SR a minimálne ročnej abstinencii.*

Vzhľadom k prieskumnému zámeru sme naformulovali nasledovné čiastkové ciele:

#### *Čiastkové ciele*

- C1: klientove prežívanie vzťahu
- C2: dôležitosť terapeutického vzťahu pre klienta
- C3: pozitíva liečby
- C4: negatíva liečby

C5: klientove predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu

C6: vnímanie terapeuta klientom

C7: osobnostné vlastnosti terapeuta

C8: role terapeutov

C9: prístupy terapeutov

Na základe vyššie uvedených čiastkových cieľov sme dospeli k nasledujúcim prieskumným otázkam:

*Prieskumné otázky*

O1: Čo prežíval behom liečby vo vzťahu k terapeutovi?

O2: Ako bol preňho tento vzťah dôležitý?

O3: Čo sa mu na liečbe páčilo?

O4: Čo sa mu na liečbe nepáčilo?

O5: Aké predstavy mal o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?

O6: Ako klient vnímal svojho terapeuta?

O7: Aké osobnostné vlastnosti vnímal na terapeutovi?

O8: K akej roli by zaradil terapeuta?

O9: Aké prístupy používal terapeut vo vzťahu ku klientovi?

## **5.2 Metódy prieskumu**

### **Výberový súbor**

Pri výbere respondentov súboru našej diplomovej práce sme sa zamerali na klientov, ktorí absolvovali ústavnú liečbu v niektorých resocializačných strediskách na území SR a minimálne už rok abstinovali. V prieskume sme sa zamerali na terapeutický vzťah, ktorý je špecifickým faktorom v ústavnej liečbe. V tomto prípade nás zaujímala podoba terapeutického vzťahu z pohľadu klienta v protialkolickej liečbe. Pričom sme sa

nezamerali iba na vzťah klienta s jedným terapeutom, ale zaujímali nás klientove vzťahy s viacerými terapeutmi v priebehu ich celého protialkoholického liečenia. Medzi klientov patrili 4 ženy a 4 muži. Zámerné sme si vybrali aj mužov aj ženy, pretože v závere práce sme komparovali vnímanie terapeutického vzťahu u mužov a žien. Respondentov súboru sme vyberali na základe stanovených kritérií v súlade s cieľom práce. Navštívili sme kluby AA, kde sme sa predstavili a vysvetlili, aký prieskum vykonávame. Následne sme zozbierali kontakty od klientov, ktorí prejavili záujem zúčastniť sa nášho prieskumu a zároveň spĺňali kritéria v súlade s cieľom práce. Súhrnne môžeme povedať, že nášho prieskumu sa zúčastnilo 8 respondentov. Pre prehľadnosť a priblíženie respondentov uvádzame ich krátku charakteristiku.

#### Pani Katarína

Pani Katarína bola na štyroch protialkoholických liečeniach. Zo začiatku si svoj problém s alkoholom ako väčšina klientov, nepriznávala. Okrem závislosti na alkohole, bojovala aj so závislosťou na liekoch. Na liečbu sa rozhodla ísť kvôli deťom. Ako sama povedala, na liečbe síce prežívala peklo na zemi, ale uvedomila si, že sa v nej muselo niečo zlomiť, pretože už to dno bolo asi také, že keby neprestala piť, tak sa prepíše k smrti. Terapeutku považovala za určitý vzor, za človeka, ktorý ju chápe a ktorý jej dal kľúč k tomu, ako začať. Dnes abstínuje päť rokov. Vždy mala a aj má veľmi dobrú pracovnú pozíciu v banke. Žije so svojim manželom a deťmi v okrese Trenčín.

#### Pani Agáta

Pani Agáta bola na jednom liečení, vo vojenskej nemocnici v Ružomberku, kde ako ona sama hovorí dostala nový život. Svoju liečbu považuje za najkrajšiu dovolenku svojho života. Tu jej podali pomocnú ruku a ukázali, ako skoncovať s alkoholom, no nielen to. Aj vďaka pomoci terapeuta dokázala vo svojom živote urobiť rýzný krok, dať sa rozviť s chorobne žiarlivým manželom, ktorý ju týral. Zo začiatku sa jej terapeutka zdala veľmi prísna, až doslova ako sekera. Ale neskôr pochopila, že ona jej nechce zle. Dnes žije sama so svojou dcérou, abstínuje desať rokov a užíva si nový život.

#### Pani Lydka

Pani Lydka je žena na dôchodku. Bola na dvoch protialkoholických liečeniach vo veľkom Záluží a na Plných Páľkach, kde dlho spracúvala a priznávala si, že je alkoholička. Až keď dospela k tomuto poznaniu, začala vidieť zmysel liečby. Aj vďaka pomoci terapeutky si na liečbe prvýkrát v živote otvorila srdce i dušu. Začali sa riešiť všetky skryté problémy, ktoré mala. Abstinuje štyri roky, pričom raz mala recidívu. Je členkou AA, čo znamená pre ňu veľa. Je rozvedená, žije so svojou dcérou.

Pani Paula

S pani Paulou sa nám nepodarilo spraviť kompletný rozhovor, keďže z osobných a rodinných dôvodov nemohla. Žiadali sme ju aj o písomný prejav, ale žiaľ na jednej liečbe, ktorú absolvovala vo Veľkom Záluží, nezažila pravý terapeutický vzťah. Vieme o nej, že si adoptovala dievčatko z detského domova a žije s manželom, ktorý má tiež problém s alkoholom. Abstinuje viac ako desať rokov.

Pán Boris

Pán Boris je mladý, šarmantný štyridsiatnik, ktorý absolvoval jedno protialkoholické liečenie na Prednej Hore a abstinuje desať rokov. Liečbu považuje za dobrý odrazový mostík a začiatok jeho abstinencie. Pred nástupom na liečbu mal sociálne návyky, čiže počas liečby mu práca ani pravidelný režim nevadili. S terapeutkami sa mu pracovalo veľmi dobre. Počas liečby sa stretol s dvomi. Býva a pracuje v okrese Trenčín.

Pán Peter

Pán Peter bol na jednej liečbe a abstinuje viac ako dvadsaťpäť rokov. Pán Peter si uvedomoval, že pije, že stráca všetko čosi kedysi v mladosti vysníval. Pravidelný režim, ktorý musel na liečbe rešpektovať, mu pomohol nájsť opäť cestu. Je veľmi vďačný personálu, vďaka ktorému došlo k zmene v jeho živote a tiež ku zmene jeho myslení. Spolu s manželkou žije v meste Nitra.

Pán Ondrej

Pán Ondrej bol na štyroch protialkoholických liečeniach vo Veľkom Záluží, na Prednej Hore, v Pezinku a Sokolovciach, ktoré dnes neexistujú. Sebakriticky povedal, že nikdy

nebola chyba v liečebni, alebo v terapeutovi, chyba bola vždy v ňom. Voči terapeutovi bol nedôverčivý. Vždy musel mať pocit, že má o niečo viac, ako mali oni a o tom bránilo sa otvoriť. Dnes žije so svojou priateľkou, je členom AA a vedúcim speváckeho zboru.

Pán Edo

Pán Edo je slobodný muž, ktorý si prešiel dve dlhodobé liečby a osemnásťkrát bol na psychiatrii. Terapeutka mu po rokoch povedala, že kedysi by zaňho nedala ani päť korún. Vždy sa z liečby snažil odísť skôr, pretože mal pocit, že mu ujde práca. S terapeutkami vychádzal veľmi dobre. Dodnes s jednou komunikuje. Keď si po liečbe predsavzal, že chce byť dlhodobo triezvy, rozhodol sa chodiť medzi AA s myšlienkou, že aj keď tam bude len sedieť a počúvať, aj keď len jedna veta ho osloví, bude to plus. Dodnes je pravidelným členom.

## **Metódy**

Rozhovor, ako uvádza Ferjenčík (2000, s. 171) je nenahraditeľnou metódou pri zbere takých dát ako sú informácie o názoroch, postojoch, prianiach, alebo o tom ako daný človek porozumel situácií. Ďalej Ferjenčík (2000) uvádza, že najpodstatnejší rozdiel medzi pozorovaním a rozhovorom je v tom, že rozhovor predstavuje sprostredkovaný a vysoko interaktívny proces získavania dát. „Informácie, ktoré chce výskumník rozhovorom získať sú vždy sprostredkované“ (Ferjenčík, 2000, s. 171). Tiež je podstatné podotknúť, ako píše aj Ferjenčík (2000, s.171), že „akákoľvek výpoveď nikdy nedokáže vyjadriť jedinečnosť predmetu a skutočnosti“. Zjednodušene možno povedať, že „to čo si myslíme alebo cítime, nie je vždy možné adekvátne vyjadriť pomocou reči“(Ferjenčík, 2000, s. 171).

Podľa Skálovej (1983, In Gavora, 1999) je rozhovor výskumnou metódou, ktorá umožňuje zachytiť nielen fakty, ale i hlbšie preniknúť do motívov a postojov respondentov. Pri interview možno sledovať i niektoré vonkajšie reakcie respondenta a podľa nich potom pohotovo usmerňovať ďalší priebeh kladenia otázok.

Ferjenčík (2000, s. 175) tvrdí, že „v pološtrukturovanom rozhovore sa aktivita interviewujúceho zvyšuje. Má vopred pripravený zoznam otázok, pričom spôsob, forma odpovedí na tieto otázky ostáva voľná. Respondent si sám môže vybrať štýl odpovedí“.

Ako určite vieme a zároveň nám to potvrdzuje aj Gavora (1999, s.126 - 131) vo svojej knihe Úvod do pedagogického výskumu, že obsahom interview sú otázky a odpovede. Ide

o používanie uzavretých, polo uzavretých a otvorených otázok. Tým, že interview nám umožňuje voľnosť, pružnosť, ktorú dotazník nemá. Gavora (1999, s.127) uvádza, že „interview môže byť štruktúrované, pološtruktúrované alebo neštruktúrované“. Štruktúrované interview znamená, že otázky a alternatívy odpovedí sú pevne dané. Takéto interview je vlastne ústnym dotazníkom. Z časového hľadiska je menej náročné“. Ďalej píše, že „neštruktúrované interview umožňuje úplnú voľnosť odpovedí“, čo často vedie k tomu, že dostávame nepredpokladané informácie. Je tu však problém pri samotnej kategorizácii. Ako ďalej uvádza Gavora (1999, s. 127) „kompromisom medzi týmito dvoma možnosťami je pološtruktúrované interview, pri ktorom sa respondentovi ponúknu alternatívy odpovedí, ale potom sa ešte od respondenta žiada objasnenie alebo vysvetlenie (Gay, 1980, s. 279).

„Pri interview mnohí odpovedajúci reagujú dobre a odpovedajú zo široka. Niekedy ich odpoveď pokrýva vlastne viac otázok, nielen tú jednu, ktorú práve interviewujúci položil“ (Gavora, 1999, s.128). Toto isté sa stalo aj nám pri prieskume, kedy sme položili otázku a pritom respondent nám odpovedal nielen na ňu, ale aj na ďalšie dve.

### **Postupy a procedúry**

V našej diplomovej práci sme realizovali kvalitatívny prieskum, pričom sme použili metódu pološtruktúrovaného interview. Odpovede respondentov sme zachytávali na diktafón. Ako sme už vyššie uviedli metódou zberu dát pre náš prieskum bol pološtruktúrovaný rozhovor, ktorý sme rozdelili do piatich fáz:

- Respondentov súboru sme najskôr osobne navštívili na A-kluboch, na kluboch AA, či v príslušných resocializačných strediskách a vysvetlili im o čo v našom prieskume pôjde. Po súhlase nahrať s nami interview sme si vymenili telefónne čísla a vopred dohodli stretnutie v tichom prostredí, ktoré klientom najviac vyhovovalo a v ktorom sa cítili dobre.
- Pred začiatkom každého rozhovoru sme sa snažili nadviazať s klientmi neformálny dialóg, ktorý potom prešiel k téme rozhovoru. Ďalej sme sa snažili v tejto fáze uistiť klientov o korektnosti tohto prieskumu a jeho následného uverejnenia iba pre účely našej diplomovej práce, pričom sme im dali podpísať dve kópie dohody o korektnosti údajov. Jedna kópia ostala im a druhá nám (Príloha A).

- Mali sme vopred pripravenú kostru s otázkami na ktoré sme sa chceli zamerať, pričom sme kládli aj doplňujúce otázky. Klientov sme sa spýtali na to, ako dlho sa liečili, na koľkých liečbach boli a kde to bolo. V tejto časti sme sa snažili priviesť klienta do presného časového obdobia o ktorom nám chcel povedať.
- Ďalej nasledovali témy týkajúce sa absolvovanej liečby počas svojho života a zároveň jej hodnotenie. Uvedenie pozitív a negatív počas priebehu liečby.
- V tejto časti nasledovali témy, týkajúce sa samotných vzťahov s terapeutmi.
- V poslednej časti rozhovoru sme poďakovali klientom za ich čas, záujem a ochotu podieľať sa na tomto prieskume. Ďalej sme sa snažili klientom prejavovať podporu a zaželať silu v ich ďalšom boji so závislosťou a popriať im všetko dobré.

Ďalšou v poradí druhou metódou, ktorú sme v práci použili, bola obsahová analýza textu. Gavora (1999) uvádza, že obsahovú analýzu textu možno uskutočňovať nekvantitatívnym alebo kvantitatívnym spôsobom. V našej práci sme realizovali nekvantitatívny spôsob obsahovej analýzy, ktorý „sa uskutočňuje najrôznejším spôsobom - od jednoduchých rozborov obsahu textu až po hlboké interpretácie a vysvetlenia“ (Gavora, 1999, s.134). V práci sme do tabuliek uviedli najčastejšie sa vyskytujúce odpovede respondentov súboru.

Tretou metódou našej diplomovej práce, bola samotná komparácia. Porovnávali sme výpovede mužov a žien, ktoré sa zúčastnili nášho prieskumu.

### **Plán prieskumu**

Pri spracovávaní teoretickej a empirickej časti diplomovej práce sme postupovali nasledovne:

- V máji roku 2009 sme spolu s konzultantkou na základe výsledkov z bakalárskej práce naformulovali názov témy diplomovej práce a vyšpecifikovali respondentov súboru.
- Od júna až do septembra 2009 sme hľadali zdroje k príslušnej téme a výskumy realizované v tejto oblasti.
- Teoretickú časť diplomovej práce sme písali v mesiacoch október až december 2009. Zároveň v mesiaci december 2009 sme si vymedzili prieskumný cieľ a čiastkové ciele.
- V januári 2010 sme zrealizovali pred prieskum, ktorým sme chceli zistiť, či respondenti súboru budú ochotní s nami spolupracovať. Navštívili sme resocializačné strediská, kluby AA, A-kluby, kde sme sa stretli s ochotou.

- Vzhľadom na časovú náročnosť a obmedzený časový fond klientov, sme rozhovory na diktafón nahrávali od začiatku januára až do polovice marca 2010.
- Vyhodnotenie, prepis a interpretáciu výsledkov prieskumu sme uskutočnili od polovice marca až do polovice apríla 2010.
- V druhej polovici apríla 2010 sme vypracovali diskusiu, odporúčania pre prax a záver.
- Na konci apríla 2010 sme diplomovú prácu odovzdali.



## 6 VÝSLEDKY

V tejto časti práce chceme uviesť prehľad získaných výsledkov, pričom podrobnejší popis uvádzame v diskusii. Pod názvom respondentky, v texte myslíme ženy, respondentov myslíme mužov. Keď sa jedná aj o mužov aj o ženy uvádzame názov respondentí súboru. V práci uvádzame početnosť odpovedí na jednotlivé otázky, ktoré sme respondentom súboru pri rozhovore položili. Medzi počtom odpovedí a počtom respondentov súboru existujú diferencie, nakoľko niektorí respondenti súboru (8) uviedli viacero odpovedí. Pri realizácii tohto prieskumu sme sa obávali, či pre respondentov súboru nebude ťažké vrátiť sa späť do obdobia života, keď s abstinenciou začínali. Jedna respondentka nás však na konci rozhovoru povzbudila, že bolo pre ňu veľmi príjemné zaspomínať si na všetky vzťahy, ktoré počas liečby zažila. Nevýhodou, ktorú na prieskume vnímame, bol malý počet prieskumného súboru.

Tab. 1 Analýza prieskumného súboru z hľadiska pohlavia - ženy

Meno respondentky	Počet absolvovaných protialkoholických liečení	Miesto liečby	Počet rokov abstinencie
Katarína	4	Trenčín Veľké Zálužie	5
Agáta	1	Ružomberok	10
Lydka	2	Veľké Zálužie Plné Pálky	4
Paula	1	Veľké Zálužie	10

Tab. 2 Analýza prieskumného súboru z hľadiska pohlavia - muži

Meno Respondentov	Počet absolvovaných protialkoholických liečení	Miesto liečby	Počet rokov abstinencie
Boris	1	Predná Hora	10
Peter	1	Nitra	25
Ondrej	4	Veľké Zálužie Predná Hora Pezinok Sokolovce	3
Edo	2	Trenčín	10

Otázka č.1: *Zaujímalo by nás na koľkých liečbach ste boli, ako dlho ste sa liečili, kde to bolo a ako dlho abstínujete?*

**Komentár:** V tabuľke 1. vidíme prehľad respondentiek (4), ktoré sa zúčastnili prieskumu, počet absolvovaných protialkoholických liečení, miesta liečby, ako aj počet rokov abstinenencie. Tabuľka 2. znázorňuje prehľad respondentov (4), ktorí sa zúčastnili prieskumu, tiež počet absolvovaných protialkoholických liečení, miesta liečby a počet rokov abstinenencie. Súhrne môžeme povedať, že nášho prieskumu sa zúčastnili štyri ženy a štyria muži, pričom jedna žena nám len v krátkosti povedala o svojej liečbe. Ako sme pri rozhovoroch zisťovali, respondenti súboru absolvovali liečbu v rôznych resocializačných strediskách na území SR, pričom najviac vyskytovaným strediskom bolo Veľké Zálužie (5) Na Prednej Hore z celkového počtu (8) respondentov súboru, boli (2). Na psychiatrickom oddelení v Trenčíne (2) a v Nitre (1) respondent súboru. Každý z klientov abstínuje minimálne tri roky. Pri komparácií medzi respondentmi a respondentkami súboru sme zistili, že ženy najčastejšie liečbu absolvovali vo Veľkom Záluží. U mužov to bolo rovnako Veľké Zálužie a Predná Hora.

Tab. 3 Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: *Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi?*

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Ona na mňa pôsobila, ako taký vzor, taký dobrý bol, prvýkrát tak nejako až pri nej som sa otvorila, bola to skvelá žena, pre mňa znamenajú viac ako rodina, zo začiatku som ju vnímala, že je veľmi prísna, taká sekera, ale teraz viem, že robila dobre</i>	<b>Vysoko pozitívny vzťah</b>	7
<i>Nezažila som terapeutický vzťah</i>	<b>Žiadny vzťah</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 2: *Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi?*

**Komentár:** Behom liečby z celkového počtu (8) respondentov súboru (7) prežívali veľmi dobrý a pre ich život vysoko pozitívny vzťah. Zo začiatku možno (1) respondentka súboru v sebe cítila prísnosť, strach, odpor, nadradenosť zo strany terapeuta. Tým, že v liečbe vytrvala, zistila, že to pre jej život malo zmysel. Veľakrát práve terapeut, bol prvý človek v živote, ktorý ich chápal, prijímal takých, aký sú. Tu si po prvýkrát „odhalili“ svoje

vnútro, niektorí viac, iní menej. Začali riešiť problémy, ktoré sa s ich životom ťahali dlhé roky. Celkový počet odpovedí pri tejto otázke bol (8).

Tab. 4 Analýza odpovedí na podotázku: S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou?

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Skôr ma chápala žena, vždy som našla viac vo vzťahu so ženou ako s mužom, ja som mal iba ženy, vo všetkých liečbach som mal iba ženy terapeutky</i>	<b>Žena terapeutka</b>	6
<i>Ja som mal iba muža terapeuta</i>	<b>Muž terapeut</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>7</b>

Pri otázke č. 2 sme respondentom súboru položili podotázku pri ktorej nás zaujímalo, či mali v liečbe iba ženy terapeutky, alebo aj mužov terapeutov. Zistili sme, že z celkového počtu (8) respondentov súboru, (7) vo svojej liečbe zažili skôr ženy terapeutky, ako mužov terapeutov. Jeden muž sa stretol na liečbe aj s mužom terapeutom, ktorého sám neskôr viedol na protialkoholické liečenie. Keď sme sa pýtali, či si myslia, že je v tom nejaký rozdiel, väčšina z respondentov súboru sa nad tým vôbec nezamýšľala, pretože na liečbu nenastúpili kvôli terapeutom, ale kvôli svojmu problému s alkoholom. Čo sa nám zdalo byť odlišné, že ženy v terapeutickom vzťahu išli viac do hĺbky, chceli otvoriť skutočne všetko, čo ich trápilo. Pričom muži až na jedného, to brali skôr ako nutnosť. Nechávali si niektoré „komnaty“ svojho vnútra zatvorené. Celkovo bolo (7) odpovedí.

Tab. 5 Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa dôležitosti terapeutického vzťahu

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Určite bol, bol dôležitý, dôležité boli, určite bol pre mňa dôležitý, oni mi dali nový život, začala som nový život, dal mi základ, na ktorom budujem svoj život, preto, že som očakával, že budú trošku usmerňovať ten chaos čo som v hlave mal</i>	<b>Perspektíva do budúcnosti</b>	6
<i>Nebol, pretože som žiadny nezažila</i>	<b>Nebol dôležitý</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 3: *Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo? V čom?*

**Komentár:** Pri tejto otázke nás zaujímala dôležitosť terapeutického vzťahu. Pomocou podotázok sme sa chceli dozvedieť, že prečo bol pre nich tento vzťah dôležitý. Z odpovedí nám vyšlo, že pre respondentov súboru (8) bol terapeutický vzťah jeden z najdôležitejších vzťahov. Niekedy väčším, ako vzťahy s ich vlastnými rodinami. Dá sa povedať, že väčšina z nich (6) respondenti súboru odpovedali, že to bol základ, na ktorom začali budovať nový život. Hodnotili ho ako vysoko pozitívny. Okrem vzťahu s terapeutmi jeden muž ocenil vzťahy, ktoré mal s inými klientmi. Pre jednu ženu terapeutický vzťah na liečbe nebol dôležitý, pretože žiadny nezažila. Veľký rozdiel v odpovediach medzi respondentkami a respondentmi súboru nevidíme, pretože ako pre ženy tak aj pre mužov sa dá povedať, že bol veľmi dôležitý. Celkový počet odpovedí bol (7).

Tab. 6 Pozitíva a negatíva liečby - ženy

Meno respondentky	Pozitíva	Negatíva
Katarína	režim dňa	počuraní pacienti
Agáta	najkrajšia dovolenka v mojom živote, páčilo sa mi všetko	Žiadne
Lydka	učili nás schopnosti povedať svoj názor	nalinkované strojené dni
Paula	začala som abstinovať	všetko zamerané len na prácu

Tab. 7 Pozitíva a negatíva liečby - muži

Meno respondenta	Pozitíva	Negatíva
Boris	partnerský vzťah s terapeutom	spolupacienti a ich negatívne postoje ku všetkému
Peter	režim dňa, rozhovory v skupinách, odborné prednášky o alkohole a jeho dopadoch, personál, pracovná terapia	Žiadne
Ondrej	dobrá kolektív, partie	Žiadne
Edo	prístup personálu, vzťah s terapeutkou, čas na seba	miešanie s psychicky chorými

V tabuľke 6. vidíme kategórie odpovedí žien na pozitíva a negatíva liečby. Tabuľka 7. nám ukazuje kategórie odpovedí mužov na pozitíva a negatíva liečby.

Tab. 8 Analýza odpovedí respondentov súboru na pozitíva liečby

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Prístup personálu, vzťah s terapeutkou, partnerský vzťah s terapeutom, personál</i>	<b>Ľudský prístup</b>	4
<i>Režim dňa</i>	<b>Režim liečby</b>	2
<i>Učili nás schopnosti povedať svoj názor</i>	<b>Asertivita</b>	1
<i>Začala som abstínovať</i>	<b>Abstinencia</b>	1
<i>Rozhovory v skupinách, odborné prednášky o alkohole a jeho dopadoch</i>	<b>Odbornosť</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>9</b>

Tab. 9 Analýza odpovedí respondentov súboru na negatíva liečby

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>„Počuraní“ pacienti, spolupacienti a ich negatívne postoje ku všetkému, miešanie s psychicky chorými</i>	<b>Negatívni spoluklienti</b>	3
<i>Nalinkované strojené dni</i>	<b>Strojenosť</b>	1
<i>Všetko zamerané len na prácu</i>	<b>Nútená práca</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>5</b>

Otázka č. 4: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Vadilo, chýbalo?

**Komentár:** V tabuľke 8. vidíme pozitíva liečby, ktoré respondenti súboru (8) uvádzali.

Prvú kategóriu odpovedí, ktorú respondenti súboru (4) uvádzali, sme nazvali ľudskosť. Ďalej medzi pozitíva terapeutického vzťahu respondenti zaradili režim liečby (2), pre jednu ženu to bola najkrajšia dovolenka v jej živote. Liečba a teda aj samotní terapeuti respondentov súboru učili asertivite, schopnosti presadiť si svoj názor a vedieť povedať „nie“. Medzi klientmi sa dokázali vytvoriť veľmi dobré vzťahy, čo jednému respondentovi dodávalo sily. Jeden respondent ocenil odborné prednášky a rozhovory, ktoré v skupinách viedli. Pre všetkých respondentov súboru bola primárnym cieľom samotná abstinencia, pre ktorú sa rozhodli. Celkový počet výrokov na pozitíva liečby bol (9).

Tabuľka 9. nám ukazuje kategórie odpovedí respondentov súboru (8) na negatíva liečby. Do kategórie negatívni spoluklienti sme zaradili (3) odpovede. Išlo hlavne o miešanie a stretanie sa s psychicky chorými klientmi. Ďalej s klientmi, ktorí prišli síce na liečbu, ale boli tam súdne, alebo chceli zimu prežiť v teple. Ich negativizmus s ktorým k liečbe

pristupovali im prekážal. Tieto podmienky boli asi najväčším negatívom, ktoré na liečbe vnímali. Jeden respondent súboru za negatívum označil strojené, nalinkované dni. Žena, ktorá terapeutický vzťah na liečbe nezažila za negatívum označila nútenú prácu. Traja respondenti súboru na liečbe negatíva nenašli. Počet odpovedí na negatíva liečby bol (5).

Tab. 10 Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Hodnotím to, ako keby mi zachránili život, znamenala pre mňa dobrý odrazový mostík a taký začiatok mojej abstinencie, viedla ma ku krajšiemu a plnšiemu životu, pre mňa to veľmi veľa znamenalo, hodnotím ich veľmi pozitívne, klobúk dole pred tými ženami, ktoré tam pracujú a za to, že majú takú trpezlivosť</i>	<b>Nový život</b>	3
<i>Ale myslím, že dobré... dobre tam bolo, nemôžem sa sťažovať</i>	<b>Spokojnosť</b>	2
<i>Ja môžem povedať, že tá prvá liečba znamenala prelom</i>	<b>Prelom v živote</b>	1
<i>Bola som dne a pomohli mi zdvihnúť sa z toho dna</i>	<b>Odras od dna</b>	1
<i>Začala som abstinovať</i>	<b>Abstinencia</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 5: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?

**Komentár:** Z celkového počtu (8) respondentov súboru pre (3) znamenali liečby začiatok nového života. Jeden respondent hodnotil liečbu slovom dobre, že bol spokojný a ďalší, že on sa nemôže sťažovať. Pre jednu respondentku to bol prelom v živote a iná to považuje za odrazenie sa od dna, či bahna v ktorom bola ponorená. Ak by sa nestal vie, že by sa prepila k smrti. Veľký rozdiel v odpovediach medzi mužmi a ženami ani pri tejto otázke nevidíme. Celkový počet odpovedí bol (8).

Tab. 11 Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa predstáv o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu.

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Ja som nemala viac menej predstavu o tej liečbe, nie, nemal som žiadne predstavy</i>	<b>Žiadne predstavy</b>	6
<i>Ja som si to predstavovala, že tam budem ako taká alkoholička, že budú na mňa krivo pozerat'</i>	<b>Negatívna</b>	1

	predstava	
<i>Ked' boli, tak len veľmi malé</i>	Malé predstavy	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 6: *Zaujímalo by nás, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?*

**Komentár:** Taktiež nás zaujímalo, či respondenti súboru (8) predtým, ako šli na liečbu mali aj nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu. Tu sme sa väčšinou stretli s odpoveďami (6), že nemali žiadne predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu. Jedna respondentka si myslela, že budú na ňu krivo pozerat', ale prvý stisk ruky jej napovedal, že to bude miesto, kde začne novú etapu svojho života. A tak sa aj stalo. Iná žena nám odpovedala, že mala predstavy, ale veľmi malé. Pri komparácií odpovedí mužov a žien sme zistili, že nikto z mužov nemal predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu, pričom ženy tieto predstavy mali. Počet výrokov pri tejto otázke bol (8).

Tab. 12 Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa vnímania terapeutov klientmi

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Veľmi pozitívne, dokázal ma oceniť, pochváliť, povzbudiť, prijali ma takú akú som, ako dobrého človeka</i>	<b>Profesionalita</b>	4
<i>V prvom rade terapeut by mal byť pravdivý voči sebe, by som to charakterizoval ako priateľský, s tým, že ona bola terapeut a ja som bol pacient, terapeut by mal byť určite vyzretá osoba.</i>	<b>Osobnostné vybavenie</b>	3
<i>Nevníkala som terapeuta</i>	<b>Absencia vnímania terapeuta</b>	1

Otázka č. 7: *Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli?*

**Komentár:** Keďže pri tejto otázke boli odpovede respondentov súboru (8) rôznorodé, snažili sme sa vytvoriť čo najprehľadnejšie kategórie odpovedí. Prvú kategóriu (4) respondenti súboru, sme nazvali profesionalita. Terapeuti boli pre nich profesionáli, ktorý vedeli, čo robia.

Vnímali ich ako ľudí s tým najkrajším osobnostným vybavením. Jeden respondent súboru terapeuta vnímal ako vyzretú osobu. To čo sa od nich naučili bolo hovoriť pravdu, ale aj pravdu prijímať. Jedna žena na liečbe svojho terapeuta nevnímala, ako osobu terapeuta. Ale iba niekoho kto dáva príkazy, zákazy. Počet odpovedí spolu bol (8).

Tab.13 Vlastnosti terapeutov podľa respondentov súboru

Meno respondentky	Vlastnosti terapeuta	Meno respondenta	Vlastnosti Terapeuta
<b>Katarína</b>	empatická, ľudská	<b>Boris</b>	empatická, ľudská, profesionálky
<b>Agáta</b>	priateľský, empatický, ústretový, dobrý človek	<b>Peter</b>	lenivý, málo pravdivý
<b>Lydka</b>	ústretová, prísna, empatická,	<b>Ondrej</b>	vedela podržať človeka
<b>Paula</b>	nezažila terapeutický vzťah	<b>Edo</b>	profesionálka



Tab. 14 Analýza odpovedí respondentov súboru na osobnostné vlastnosti terapeutov

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Empatická, ľudská</i>	<b>Empatia</b>	5
<i>Priateľský, ústretová, podpora - vedela podržať človeka</i>	<b>Osobnostné predpoklady</b>	3
<i>Profesionálky</i>	<b>Profesionalita</b>	2
<i>Nezamýšľal/la som sa nad tým čo jej chýbalo</i>	<b>Iné</b>	2
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>12</b>

Otázka č. 8: *Ktorými osobnostnými vlastnosťami podľa Vás terapeuti vynikali a ktoré im naopak chýbali?*

**Komentár:** Empatická, ľudská, priateľský, ústretový... Toto sú vlastnosti, ktoré respondenti súboru z terapeutov cítili. Vo veľkej miere (5) odpovedí, dominovala vlastnosť empatia. Charakterizovali ju, ako schopnosť terapeuta rozumieť problému, vcítiť sa do toho, čo prežívali. Bezpodmienečné prijatie bez akéhokoľvek odsudzovania, priateľskosť, podpora ich viedli k tomu, že aj oni majú hodnotu. Toto sme zaradili do kategórie osobnostné predpoklady (3). Opäť tak ako v predchádzajúcej otázke sa tu vyskytuje kategória profesionalita (2). Dvaja respondenti súboru z celkového počtu (8) sa nad tým, čo terapeutom chýbalo, nezamýšľali. Počet odpovedí bolo (12).

Tab. 15 Role terapeutov podľa respondentov súboru

Meno respondentky	Rola terapeuta	Meno Respondenta	Rola terapeuta
<b>Katarína</b>	autentická osoba	<b>Boris</b>	aktívny vodca a autentická osoba
<b>Agáta</b>	aktívny vodca	<b>Peter</b>	autentická osoba
<b>Lydka</b>	aktívny vodca	<b>Ondrej</b>	moderátor a autentická osoba
<b>Paula</b>	neodpovedala	<b>Edo</b>	komentátor

Tab. 16 Analýza odpovedí respondentov súboru na otázku: *Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?*

Odpovede	Kategórie	Početnosť odpovedí
<i>Autentická osoba</i>	<b>Člen skupiny</b>	3

<i>Aktívny vodca, Aktívny vodca a autentická osoba</i>	<b>Aktívny člen skupiny</b>	2
<i>Moderátor a autentická osoba</i>	<b>Navrhovateľ a člen skupiny</b>	1
<i>Komentátor</i>	<b>Komentuje dianie v skupine</b>	1
<i>Neviem to posúdiť</i>	<b>Iné</b>	1
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 9: *Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?*

**Komentár:** Z teoretickej časti práce sme vybrali štyri role terapeutov, ktoré sme respondentom súboru pri rozhovore v krátkosti charakterizovali. Traja z celkového počtu (8) respondentov súboru svojho terapeuta priradili k roli autentickej osoby, ktorá je charakteristická tým, že robí to, čo robí aj skupina. Je jeden z členov, vyjadruje svoje vlastné pocity a zveruje aj svoje vlastné problémy. Potom sa odpovede líšili. Pre aktívneho vodcu je typické, že určuje aktivity, usmerňuje dianie v skupine, je akoby učiteľ. Túto rolu samostatne označil jeden respondent súboru, pričom druhý vo svojom terapeutovi videl niečo medzi aktívnym vodcom a autentickou osobou. Ďalej jeden muž pri odpovedi priradil k svojim terapeutom rolu autentickej osoby a rolu moderátora, ktorá je charakteristická tým, že terapeut nehovorí o svojich pocitoch, iba navrhuje čo by sa malo robiť. Rola komentátora sa vyskytla v odpovediach iba jedenkrát. Terapeut zastávajúci túto rolu necháva skupinovému daniu voľný priebeh, neriadi ho, ani o aktívne neusmerňuje, komentuje čo sa v skupine deje. Počet odpovedí pri tejto otázke bol (8).

Tab.17 Prístupy terapeutov podľa respondentov súboru

<b>Meno Respondentky</b>	<b>Prístup terapeuta</b>	<b>Meno Respondenta</b>	<b>Prístup terapeuta</b>
<b>Katarína</b>	Nedirektívny	<b>Boris</b>	direktívny
<b>Agáta</b>	Nedirektívny	<b>Peter</b>	nedirektívny
<b>Lydka</b>	Nedirektívny	<b>Ondrej</b>	nedirektívny
<b>Paula</b>	Neodpovedala	<b>Edo</b>	nedirektívny

Tab.18 Analýza odpovedí respondentov súboru týkajúcich sa prístupov terapeutov voči klientom

<b>Odpovede</b>	<b>Kategórie</b>	<b>Početnosť odpovedí</b>
-----------------	------------------	---------------------------

<i>Veľmi nedirektívny, nedirektívny nikam nevedie, na mňa moc nejaký direktívny nezaberá</i>	<b>Nedirektívnosť</b>	6
<i>Direktívny prístup, z toho čo nám povedala skôr direktívny, až mocenský prístup</i>	<b>Direktívnosť</b>	2
<b>Celkový počet odpovedí</b>		<b>8</b>

Otázka č. 10 *Aký z týchto prístupov používali vaši terapeuti?*

**Komentár:** Opäť vychádzajúc z teoretickej časti práce sme sa respondentov súboru (8) pýtali na prístup, ktorý terapeut voči respondentom súboru zastával. V jednoznačnej miere dominoval nedirektívny prístup (6), ktorý spočíva v pomáhání klientovi nájsť skryté potenciály a sprevádza ho v ťažkej životnej situácii. Nesnaží sa mu predostrieť riešenie, ale ukazuje mu rôzne alternatívy riešenia a tým ho vedie k tomu, aby on sám si vybral, ktorá cesta je pre neho tá najlepšia. Skôr ide o osobnostné predpoklady terapeuta. Dvaja respondenti súboru zažili direktívny prístup charakteristický tým, že klient predkladá materiál. Terapeut iba naň reaguje, pričom nevkladá svoj materiál, ale rešpektuje iba priestor do ktorého ho klient pustí. Je založený skôr na profesionalite, odbornosti, skúsenostiach terapeuta. V prístupoch, ktoré terapeuti voči respondentom súboru mali, sa okrem jedného muža a jednej ženy, ktorá terapeutický vzťah nezažila, zhodli. Celkový počet odpovedí bol (8).

## 7 DISKUSIA

*Nie je podstatné spadnúť,  
ale vedieť spadnúť a postaviť sa.  
(Anonymný autor)*

Mnohí zo závislých, či už na alkohole, alebo na iných drogách, si možno kladú otázky: „Prečo“? „Prečo práve ja som sa musel stať rukojemníkom, či rukojemníčkou drogy“? „Prečo si nevybrala napr. kamaráta, či susedu a ich neponorila do tohto špinavého bahna“? Možno to bude egoisticky povedané, ale aj preto museli spadnúť do tohto bahna, aby mohli vydať svedectvo pre našu prácu o tom, že nie je víťazom, ten kto padne, ale ten kto padne a postaví sa. Práve tieto „postavené“ ženy a títo „postavení“ muži boli ochotný podeliť sa s nami o svoj životný príbeh. O tom ako padli, ale nelenili vstať.

V tejto časti práce sa budeme venovať interpretácií výsledkov, ktoré možno vidieť aj v *tab. (1 – 17)* predchádzajúcej kapitoly, ktoré sme získali cez obsahovú analýzu prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru, ktorý sme s respondentmi uskutočnili. Pre prehľadnosť postupujeme nasledovne: uvádzame čiastkový cieľ a prieskumnú otázku, ktorú sme si zvolili. Následne podávame interpretáciu odpovedí, ktorú konfrontujeme s teóriou, či výskumami, ktoré sa v tejto oblasti realizovali. V závere kapitoly uvádzame limity a odporúčania pre prax.

Hlavným cieľom prieskumnej časti práce, bolo zistiť význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu po absolvovaní protialkoholického liečby vo vybraných resocializačných strediskách na území SR a minimálne ročnej abstinencii. Pričom sa nejednalo len o jedného terapeuta, ale kompletne o všetkých terapeutov, ktorých respondenti súbor v liečbe zažili.

Nášho prieskumu sa zúčastnilo 8 respondentov, 4 ženy a 4 muži. Z toho jedna žena nám o svojej liečbe a terapeutickom vzťahu povedala veľmi málo. Mená a iniciály ich priezvisiek nie sú totožné s ich vlastnými menami, nakoľko sme sa s respondentmi súboru na tom vopred dohodli. Prieskum sme realizovali pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru, vo vybraných resocializačných strediskách na území SR.

V práci sme si stanovili deväť výskumných otázok. Na začiatku každého interview nás zaujímalo na koľkých liečbách respondenti boli, ako dlho sa liečili, kde to bolo a koľko rokov abstinujú. Každí z respondentov súboru, ako možno vidieť aj v *tab. (1, 2)* si prešiel minimálne jednou liečbou. Najčastejším resocializačným zariadením, bolo Veľké Zálužie, jedna žena bola na liečbe v Ružomberku, dvaja muži Pán Boris a Pán Ondrej boli na liečbe na Prednej hore. Každý z respondentov súbor abstinuje minimálne tri roky. Najdlhšie abstinujúcou ženou bola Pani Agáta a Pani Paula, ktoré obe abstinujú viac ako desať rokov. Z mužov najdlhšie abstinujúcim respondentom bol Pán Peter, ktorý bol len na jednej liečbe a abstinuje dvadsaťpäť rokov. Prepisy kompletných rozhovorov uvádzame (príloha C, D, E, F, G, H, I, J).

### **7.1 Klientove prežívanie vzťahu (tab. 3, 4)**

**Cieľ:** Zistiť ako klient prežíval terapeutický vzťah počas liečby.

**Prieskumná otázka:** Čo prežíval behom liečby vo vzťahu k terapeutovi?

Potom, ako sme zistili na koľkých liečbach respondenti súboru boli, kde to bolo, ako dlho sa liečili a koľko rokov abstinujú nás zaujímalo, čo prežívali behom liečby vo vzťahu k terapeutovi.

Pri odpovediach sme vytvorili dve kategórie a to: *vysoko pozitívny vzťah (7)* kde sme začlenili odpoveď: *„Ona na mňa pôsobila, ako taký vzor“*, *„bola skvelá žena, i keď zo začiatku sa zdala byť prísna“*... Safran a Wagener vo svojich výskumoch, hovorili o tom, že skoršie nadviazanie terapeutického vzťahu má vplyv na úspešný výsledok terapie. Toto sa nám potvrdilo pri jednej respondentke, pre ktorú bol prvý stisk, prvé nadviazanie kontaktu potvrdením, že tam, kde sa nachádza začne nový život. Už pri prvom kontakte vedela, že to prečo sa rozhodla, skutočne aj dosiahne. Taktiež štúdia od Nancy a Bickela (1999) hovorí o 3 - 4 mesačnom liečebnom programe, ktorý ukázal, že klienti, ktorí si vytvorili so svojimi terapeutmi silnejší vzťah, liečbu častejšie dokončili.

Druhú kategóriu sme nazvali *žiadny vzťah (1)*, keďže respondentka hoci na liečbe bola o terapeutickom vzťahu sa tam hovoriť nedalo. Pretože celá liečba bola zameraná len nácvič sociálnych zručností, či na prácu.

Respondentom súboru sme položili aj pod otázku, v ktorej nás zaujímalo, či mali v liečbe len mužov, alebo len ženy terapeutky a s kým sa im lepšie spolupracovalo. Vytvorili sme dve kategórie *žena terapeutka (6)*, *muž terapeut (1)* - *„Ja som mal iba muža terapeuta, svojho terapeuta bohužiaľ viedol na liečenie“*. Zistili sme, že respondenti súboru mali v liečbe len ženy terapeutky - *„Ja som mal iba ženy. Pre mňa osobne je žena tá najlepšia“*. Iba jeden muž mal na liečbe aj terapeuta, ktorý však nebol preňho pozitívny vzor, keďže ho viedol na protialkoholické liečenie a nakoniec sa aj tak upil k smrti. Respondenti súboru rozdiely medzi mužmi a ženami terapeutkami vnímali len vo veľmi malej miere - *„Je v tom rozdiel. Zvyčajne ženy nadobúdajú iné vzťahy“*. Mužom sa lepšie pracovalo skôr so ženami terapeutkami, pretože ako nám jeden povedal, *„dvaja muži to je ako ego proti egu“*. Jedna respondentka súboru viac ocenila vzťah so ženou pri ktorej sa prvýkrát otvorila a od ktorej vnímala, že ju skutočne chápe, ako priateľka.

## **7.2 Dôležitosť terapeutického vzťahu pre klienta (tab. 5)**

**Cieľ:** Zistiť dôležitosť terapeutického vzťahu pre klienta.

**Prieskumná otázka:** Ako bol preňho tento vzťah dôležitý?

Touto otázkou sme chceli zistiť či bol pre respondentov súboru terapeutický vzťah dôležitý. Opäť sme si stanovili dve kategórie, pričom prvou z nich bola *perspektíva do budúcnosti (6)* a druhou kategóriou *nebol dôležitý (1)* - „*nebol, pretože som žiadny nezažila. Bolo to iba príkazy, tamto sprav*“...Pre jedného respondenta bolo dôležité, že na liečbe stretol klientov s ktorými si rozumel a vytvoril pozitívny vzťah.

V podstate môžeme povedať, že pre respondentov súboru to bol základ nového života, čo si uvedomujú až teraz odstupom času. Tak ako nám to povedala aj jedna respondentka, že bola za to vďačná, až potom, keď sa z toho dostala. Nielenže to malo význam pre ňu samotnú, ale taktiež aj pre jej rodinných príslušníkov - „*Začala som nový život. A nielen ja ale aj moja rodina*“.

Jeden respondent sa vyjadril nasledovne: „*najskôr som si nemyslel, že by som to mal s niekým preberať. Ale keď som zistil, že to sám nezvládam tak to bolo veľmi príjemné, že mi vedeli pomôcť*“.

Aj tu sa môžeme vidieť, aká úžasná je práca terapeuta. Aké je príjemné pre klienta zistiť, že existuje človek, ľudia, ktorí mu dokážu a chcú pomôcť.

Ďalším dôvodom prečo bol pre klientov terapeutický vzťah dôležitý bol ten, že boli skutočne oceňovaní, pretože zo strany svojej rodiny, či blízkeho okolia sa im nedostávalo žiadneho ocenenia - „*na druhej strane som veľmi rád oceňovaný, takže aj v tomto boli dôležité pre mňa. Keď som fungoval tak som išiel po oceneniach*“.

Okrem toho im terapeutický vzťah pomohol vyrovnať sa so všetkým, čo v ich živote bolo ťažké a nedoriešené. „*Pre mňa znamenajú viac ako rodina. Oni mi zachránili život*“., „*Nikdy som nedokázala rozprávať o sebe, dnes to už viem. Nevrela som o svojich pocitoch, všetko som v sebe dusila. A to bolo to najhoršie*“.

I toto bol dôvod prečo pre klientov mal tento vzťah význam.

### **7.3 Pozitíva a negatíva liečby (tab. 6, 7, 8, 9, 10)**

**Cieľ:** Identifikovať pozitíva a negatíva, ktoré klient vnímal na liečbe.

**Prieskumná otázka:** Čo sa mu na liečbe páčilo? Čo sa mu liečbe nepáčilo?

Cieľom tejto otázky bolo identifikovať pozitíva a negatíva, ktoré respondenti súboru na liečbe vnímali. Z odpovedí nám vyplynuli tieto kategórie: *Ľudský prístup (4)* pod ktorý sme zaradili partnerský vzťah s terapeutom, prístup personálu, vzťah s terapeutkou - „*Personál bol určite pozitívny, Taký skvelý prístup aký oni mali ten bol pozitívny*“.

*Režim liečby(1)* tiež respondenti súboru označili za pozitívum - „Prvé čo som vo svojom denníku ocenil, bol režim dňa, ktorý pre mňa bol akýmsi vodidlom k osvojeniu si presnosti, dodržiavania životných potrieb človeka - práca, jedlo, oddych, spánok“

*Asertivita (1)* bola takisto jedna z kategórií, keďže niektorí respondenti súboru si ju začali prvýkrát nacvičovať až na liečbe.

*Abstinencia (1)* je to najhlavnejšie pozitívum prečo išli na liečbu. Možno mnohý to počas interview, ani nespomenuli, ale v skutočnosti si myslíme, že je to najpodstatnejšie, čo im liečba dala, pretože cieľom každej liečby v akomkoľvek resocializačnom zariadení je úplná a trvalá abstinencia.

Jeden respondent ocenil rozhovory skupinách, odborné prednášky, besedy, ktoré sme zaradili do kategórie *odbornosť (1)* - „účasť na prednáškach a komunita na skupinách, odborné prednášky mi dali veľa. Rozšírili moje vedomosti nielen v oblasti alkoholizmu, ale tiež vo všetkých sférach v ktorých alkohol pôsobí. Veľký význam pre mňa mali rozhovory v skupinách, či už pri predstavovaní novoprijatých pacientov, kde som si mal možnosť porovnať svoje problémy, ktoré mi alkohol spôsobil a problémy iných či už to boli robotníci, technici, inžinieri alebo lekári. Každý z nás riešil svoje problémy svojším spôsobom – alkoholom. Nie len predstavovanie nových pacientov v skupinách bolo pre mňa poučné, ale aj vzájomná komunikácia členov skupiny, ich postoje voči sebe a iným, ako aj moje postoje k nim. To všetko mi bolo ponaučením a návodom ako dosiahnuť svoj cieľ“.

Pri analýze odpovedí na túto otázku respondenti súboru za negatívum považovali postoje klientov k liečbe a taktiež miešanie sa s psychicky, či inak chorými klientmi. Túto kategóriu sme nazvali *negatívni spoluklienti (3)* - „skôr mi vadili pacienti, ktorí všetko negatívne hodnotili“. „To negatívne bolo, že sa to na oddelení miešalo s psychicky chorými“. „Nepáčilo sa mi to, že som tam videla ľudí počúvaných... no proste hrozné stavy, nevlývalo to na mňa dobre“.

Inou kategóriou patriacou medzi negatíva liečby sme zaradili *strojenosť (1)* - „nepáčilo sa mi, že tam bolo všetko tak zaškatuľkované, že tam bol ten režim. Všetko také nalinkované, strojené, neúprimné“.

*Nútená práca (1)* bola poslednou negatívnou kategóriou - „A nepáčilo sa mi, že tam bolo všetko tak zaškatuľkované, že tam bol ten režim. Všetko také nalinkované, strojené, neúprimné“

Podobnou prieskumnou otázkou sme chceli zistiť, ako respondenti liečby hodnotia a čo pre nich znamenali. Najčastejšou kategóriou bol *nový život (3)*. Z odpovedí sme zistili, že liečby ich viedli k plnšiemu životu, ktorý žijú dodnes. Ďalšou kategóriou bola *spokojnosť (2)*, kde si respondenti súboru uvedomovali, že sa nemôžu sťažovať. Je to asi aj pochopiteľné, veď konečne po dlhom tápaní v „mori alkoholu“ našli „prístav“, kde mal niekto o nich záujem. Tak ako sa po oteplení prelamiujú a topia lody, aj v živote respondentov súboru sa niečo pohlo, prelomilo - „*môžem povedať, že tá prvá liečba znamenala pre mňa prelom*“. Túto kategóriu odpovedí sme nazvali *prelom v živote (1)*. *Odras od dna (1)* a následná abstinencia (1) boli ďalšími kategóriami odpovedí.

#### **7.4 Klientove predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu (tab. 11)**

**Cieľ:** Zistiť aké predstavy mal klient o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu.

**Prieskumná otázka:** Aké predstavy mal o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?

Neznámi ľudia, prostredie často vedú človeka k vytváraniu si svojich vlastných predstáv, či už pozitívnych alebo negatívnych. Cieľom ďalšej prieskumnej otázky bolo zistiť, či respondenti súboru pred nástupom na liečbu mali určité predstavy. Pri tvorbe kategórií sme to nemali príliš ťažké.

„*Nie, nemal som žiadne predstavy*“, „*Vôbec nie*“. *Nemal som žiadne predstavy, predovšetkým som chcel s tým niečo robiť*“. „*Ja som nemala viac menej predstavu o tej liečbe*“. Ako možno z odpovedí niektorých respondentov súboru vidieť, pred nástupom na liečbu predstavy o terapeutickom vzťahu nemali. Na základe toho sme vytvorili kategóriu *žiadne predstavy (6)*.

Jedna respondentka mala *negatívnu predstavu (1)*, pretože mala obavu, že jej dajú nálepku „alkoholička“. Rovnako len jedna respondentka mala *malú predstavu (1)* o terapeutickom vzťahu. Z prieskumu nám vyšlo, že keď nejaké predstavy respondenti súboru mali, tak väčšinou sa to vyskytovalo u odpovedí respondentiek.

#### **7.5 Vnímanie terapeuta klientom (tab. 12)**

**Cieľ:** Zmapovať ako klient vnímal terapeuta počas liečby.

**Prieskumná otázka:** Ako klient vníma/l svojho terapeuta?



Cieľom tejto prieskumnej otázky bolo zmapovať vnímanie terapeuta klientom a zistiť aký bol. V teoretickej časti práce sme uviedli niekoľko nešpecifických faktorov, ktoré sú prítomné v každom psychoterapeutickom vplyve. Jedným z nich o ktorom Frank píše je umožnenie toho, aby klient prežíval vlastný úspech a pokrok, čo zvyšuje jeho nádej a dáva mu pocit zvládnutia svojho problému. Aj v našom prieskume sme sa stretli s podobnou odpoveďou, keď terapeutka jednej respondentke natoľko dôverovala, že jej zverila niekoľko dôležitých úloh počas liečby. A práve toto jej dodávalo silu, že boj so svojim problémom vyhrá a liečbu skutočne dokončí.

Prvú a najpočetnejšiu kategóriu odpovedí sme označili *profesionalita (4)* - „*Veľmi pozitívne. Bol to človek, ktorý bol nesmierne ľudský a mal veľmi dobrý prístup*“.

Frank uvádza, že účinnosť nešpecifických faktorov závisí od prítomnosti osobných kvalít terapeuta. Druhou kategóriu boli *osobnostné vybavenie (3)*. Tu nám niektorí respondenti súboru odpovedali na ďalšiu, nižšie uvedenú otázku.

Respondentka, ktorá terapeutický vzťah nezažila, hoci na liečbe bola nám odpovedala, že prácu terapeuta na liečbe nevnímala. Z toho sme vytvorili kategóriu odpovedí *absencia vnímania terapeuta (1)*.

## **7.6 Osobnostné vlastnosti terapeuta (tab. 13, 14)**

**Cieľ:** Identifikovať aké osobnostné vlastnosti vnímal klient na terapeutovi

**Prieskumná otázka:** Aké osobnostné vlastnosti vnímal na terapeutovi?

Osobnosť terapeuta je jedným z najvýznamnejších faktorov v terapeutickom vzťahu. Literatúra za základné kvality terapeuta podľa Wrighta zaraduje jeho schopnosť vidieť klienta, ako individualitu a akceptovať jeho „pravdu“ a hodnotu. Terapeut musí veriť schopnostiam a možnostiam rastu a zmeny. Takisto musí vytvoriť vhodné podmienky, aby sa klient cítil bezpečne.

Našou snahou bolo počas prieskumu identifikovať osobnostné vlastnosti, ktoré respondenti súboru na terapeutoch vnímali. Niektorí z respondentov súboru už v predchádzajúcej otázke načrtli odpovede na to, čo sme sa pýtali teraz. Výskum Pantalona et. al. (2004) podáva správu o tom, ako pomocou videonahrávok nezávislým pozorovateľom, prišiel na tri premenné terapeutického procesu, kde začlenil empatiu terapeuta, terapeutove pozitívne odpovede na vzdor klientov a terapeutický vzťah. Práve *empatia (5)* ako schopnosť terapeuta porozumieť klientovým potrebám, vedieť sa vcítiť do jeho prežívania

a pristupovať ku nemu citlivo - empaticky, bola najviac vyskytujúcou sa osobnostnou vlastnosťou, ktorú respondenti súboru na terapeutovi spozorovali - „*Empatická, to určite*“, „*tá moja terapeutka bola empatická*“. Rogersove štúdie zo 60. rokov a štúdie Berretta-Lennarda z 80. rokov tvrdia, že terapeuti, ktorí vykazujú vyšší stupeň empatie, kongruencie a bezpodmienečného prijatia klienta zo všetkým čo je a kým je, sú v terapii úspešnejší v porovnaní s tými, ktorí majú týchto charakteristík menej.

Na druhej strane výskumy (Mitchell, Mozart et al. In Horvath, Luborsky, 1993) však podávajú informácie, že dôležitejšie pre klienta je vnímanie terapeuta ako empatického človeka, než samotná empatia, ako charakteristická vlastnosť terapeuta. My si však myslíme, že ak terapeut raz v sebe nosí empatiu, bude empatickým človekom.

Predpokladom pre terapeutickú prácu sú okrem príslušného vzdelania aj dostatočné osobnostné predpoklady. V prieskume nám to potvrdili aj samotní respondenti súboru, keď odpovedali, že boli „ľudský, priateľský, ústretový, pravdivý, asertívny, vedeli človeka podržať“. Túto kategóriu sme nazvali „*osobnostné predpoklady*“ (3). Niektorí za osobnostnú vlastnosť označili „*profesionalitu*“ (2) - „*bolo cítiť, že tie informácie, ktoré má, že nemá iba z kníh*“. Nejednalo sa však, ako aj sám respondent uviedol, iba o naštudovanú literatúru, ale celkovo o profesionálny prístup postavený na dlhoročných skúsenostiach so závislosťami.

„*Nemyslím si, že im niečo chýbalo. Myslím, že oni sa dopĺňali. Nad tým som sa ani tak nezamýšľal. Ja som sa skôr díval na seba. Nebol som tam preto, aby som na terapeutoch hľadal chyby*“. Aj toto bola jedna z odpovedí, ktorú sme zaradili do kategórie „*iné*“ (2).

## **7.7 Role terapeutov (tab. 15, 16)**

**Ciel:** Identifikovať aké role terapeut počas liečby zastával.

**Prieskumná otázka:** K akej roli by zaradil terapeuta?

Teória uvádza niekoľko typov rolí, ktoré terapeut vo svojej praxi predstavuje. My sme si vybrali nasledovné štyri role, ktoré sme respondentom súboru pri interview v krátkosti predstavili. Aktívny vodca - určuje aktivity, usmerňuje dianie, riadi, akoby učiteľ, uplatňuje svoju moc a ovplyvňuje členov skupiny. Komentátor - necháva skupinovému daniu voľný priebeh, neriadi ho, ani o aktívne neusmerňuje, komentuje čo sa v skupine deje. Moderátor, expert – nehovorí o svojich pocitoch, navrhuje čo by sa malo robiť. Autentická osoba –

robí to, čo robí aj skupina, je jeden z členov, vyjadruje svoje vlastné pocity, zveruje aj svoje vlastné problémy

Z odpovedí respondentov súboru sme zistili, že najčastejšie svojho terapeuta priradili k roli autentickej osoby. Vychádzajúc z toho, čo opisuje teória práve k tejto roli, ide o terapeuta, ktorý nielenže je fyzicky prítomný v skupine, ale robí so skupinou všetko. Keď sa kreslí, kreslí aj on, keď sa diskutuje zapája sa i on. A to najpodstatnejšie, čo tu vidíme, je že sa nebojí členom skupiny povedať o svojich vlastných pocitoch, problémoch, čím sa im stáva viac blízkym. Túto kategóriu sme nazvali *člen skupiny* (3).

Z obsahovej analýzy sme ďalej zistili, že druhou najpočetnejšou skupinou odpovedí bola *aktívny člen skupiny* (2), čo je niečo medzi rolou aktívneho vodcu a autentickej osoby. Rola aktívneho vodcu je charakteristická tým, že klienti sú vysoko závislí na terapeutovom názore. Závislosť ako takú využije na vytvorenie skupiny, ktorá ho zbožňuje, akceptuje, berie si za svoje jeho názory a riadi sa jeho inštrukciami. Je súčasťou skupinových sedení, a nácvikov sociálnych zručností.

*Navrhovateľ a člen skupiny* (1). V tejto kategórii odpovedí sa jednalo o rolu moderátora a autentickej osoby. Moderátor je rola typická, tým že terapeut nepreberá v skupine plnú zodpovednosť, ale necháva veciam voľný priebeh. Keď je potrebné tak ju usmerní.

Z odpovedí respondentov súboru sme vytvorili predposlednú kategóriu *Komentuje dianie v skupine* (1). Logicky nám z toho vychádza, že pôjde o rolu komentátora, pre ktorú je príznačné, že opäť necháva dianie v skupine voľný priebeh. Čo však pri tejto roli vidíme ako negatívum, je že terapeut síce pozoruje skupinu, ale keď má následne podať popisy skupiny sú príliš neosobné. A tento fakt často klientov vedie ku vnútornej agresivite a neistote, či vôbec terapeutove správanie má význam.

Ku kategórii *Iné* (1) sme zaradili odpoveď respondentky, ktorá sa nevedela vyjadriť k tejto otázke.

## **7.8 Prístupy terapeutov (tab. 17, 18)**

**Cieľ:** Zistiť aké prístupy terapeut mal voči klientovi

**Prieskumná otázka:** Aké prístupy používal terapeut vo vzťahu ku klientovi?

Cieľom prieskumnej otázky bolo zistiť ako terapeuti ku klientom pristupovali. Pri tejto otázke sme im stručne opísali dva prístupy, ktoré terapeut vo svojej práci používa.



Ferjenčík (2000) uvádza, že v pološtrukturovanom interview má interviewujúci vopred pripravený zoznam otázok, pričom spôsob, forma odpovedí na tieto otázky ostáva voľná. Respondent môže slobodne hovoriť o svojich zážitkoch, subjektívnych názoroch, či postojoch. Tu je potrebné povedať, že nebolo ľahké vyvarovať sa subjektívnemu hodnoteniu pri samotnej analýze a kategorizácii odpovedí. Naši respondenti súboru niekedy na otázky neodpovedali priamo. Tiež sa stalo, že nám odpovedali na viaceré otázky naraz, čo nás brzdilo aj pri tvorení samotných kategórií.

Napriek všetkým obmedzeniam, nám získané odpovede pomohli vidieť terapeutický vzťah nielen z pohľadu teórie, ale aj z praxe. Myslíme si, že to malo zmysel nielen pre účel nášho prieskumu, ale aj pre samotných respondentov súboru. Pretože mali možnosť zaspomínať si na „krížovú“ cestu po ktorej prešli. Pričom na konci ich nečakala porážka, ale abstinencia.

Na základe realizovania prieskumu, vytvorenia jednotlivých kategórií, môžeme formulovať odporúčania pre prax.

### **7.10 Odporúčania pre prax:**

Na základe zistení z prieskumu navrhujeme upriamiť pozornosť na:

- podmienky v rozvíjaní terapeutových premenných (kongruencia, empatia, akceptácia)
- faktory prispievajúce k pozitívnemu napredovaniu klienta: pravdivosť vo výrokochoch, primeraná a vhodne uplatnená prísnosť zo strany terapeutov
- zaradenie tém dôležitých pre klientov podľa našich zistení do výcviku pre terapeutov, či ich prehodnotenie
- význam nielen liečby, ale aj skupinových a individuálnych sedení
- celoživotné sebavzdelávanie, supervíziu, psychohygienu terapeutov
- kroky smerom k rodine závislých klientov, ktorá by mala možnosť zúčastniť sa odborných prednášok a besied, individuálnej terapie a pod.
- zlepšenie informovanosti o možnostiach liečby na území SR pre klientov závislých od alkoholu
- vytvorenie možností stretnutia formou sociálno – psychologického výcviku pre rodiny závislých klientov i laikov (informovanosť o možnostiach resocializácie a pomoci, nácviky komunikácie, asertívneho správania v rodine a pod)

- prehĺbenie frekvencie sociálno - psychologických výcvikov u študentov pomáhajúcich profesií
- vytvorenie projektu k získaniu finančných prostriedkov, ktoré by sa mohli využiť na vybudovanie nových typov resocializačných zariadení (oddeliť klientov s psychickým ochorením od závislých a pod.)

## **ZÁVER**

*„Človek, ktorý premiestni horu,  
začína prenášaním malých kamienkov“.  
(Čínske príslovie)*

Práve vďaka „spadnutým“ ženám a „spadnutým“ mužom, ktorí nelenili vstať, sme mohli vytvoriť túto prácu, prehĺbiť si poznatky o tejto problematike, ale hlavne poznať terapeutický vzťah od tých, ktorí ho prežili na vlastnej koži.

Podkladom pre zrealizovaný prieskum bola pre nás teoretická časť, kde sme sa venovali súčasným výskumom, ktoré sa v problematike terapeutického vzťahu u závislých klientov uskutočnili. Dôraz sme kládli na samotnú osobu terapeuta, ktorý, ako nám to potvrdil aj náš prieskum, je veľmi podstatnou zložkou terapeutického vzťahu. Pozornosť sme zamerali na jeho osobnostné predpoklady, ako je zrelosť, autenticita, kongruentnosť, úplne a bezpodmienečné prijatie klienta... Popísali sme štádia terapeutického procesu, ktorými sme chceli poukázať na niekedy zložitú cestu, ktorú terapeut s klientom musí absolvovať. Veľmi pozitívnym zistením pre nás bolo, že práve v terapeutickom vzťahu klienti mohli po prvýkrát „ísť s kožou na trh“ a necítiť odsúdenie. Dokým sa nedostali na liečbu videli iba jeden smer, jednu cestu. A zrazu jeden človek, jeden vzťah im pomohol pochopiť, že sa dá žiť aj inak.

Vzhľadom na zistenie z našej bakalárskej práce, že práve terapeutický vzťah bol významným faktorom, ktorý závislých v liečbe ovplyvnil, sme si za hlavný cieľ prieskumnej časti diplomovej práce zvolili význam terapeutického vzťahu u klientov závislých od alkoholu. Zaujímalo nás vnímanie terapeuta klientom, osobnosť a osobnostné vlastnosti terapeuta, pozitíva a negatíva liečby, role a prístupy, ktoré terapeuti v práci s klientmi používali. Respondentmi súboru boli muži aj ženy, ktorí absolvovali minimálne jednu liečbu v niektorom z resocializačných stredísk na území SR a aspoň rok abstinovali. Ako metódu zberu dát sme si zvolili ploštrukturovaný rozhovor, ktorý sme nahrávali na diktafón a následne sme ho prepisovali. Pomocou obsahovej analýzy a získaných odpovedí od respondentov súboru sme si vytvorili kategórie a napísali interpretáciu odpovedí, pričom sme komparovali odpovede mužov a žien. V závere práce sme uviedli výsledky realizovaného prieskumu u klientov závislých od alkoholu, diskusiu, limity práce a odporúčania pre prax.

Vďaka rozhovorom, ktoré sme s respondentmi súboru urobili sa nám podarilo zistiť, že terapeutický vzťah bol pre nich jeden z najvýznamnejších vzťahov na ktoré dodnes s radosťou spomínajú. Hodnotili ho ako vysoko pozitívny vzťah, ktorý ich viedol k abstinencii a k zmene ich doterajšieho života. V liečbe častejšie zažili a viac ocenili vzťah s terapeutkou ako s terapeutom. Terapeutický vzťah im pomohol nielen

v abstinencii, ale odbúral stres s ktorým dlhé roky žili. Bol spúšťačom k vyriešeniu ich osobných problémov, ktoré si vo svojom „batôžtku“ nosili ako „oko v hlave“. Znamenal pre nich odraz od dna v ktorom boli, prelom, ktorý prišiel „v hodine dvanástej“. Pomocou nácviku sociálnych zručností sa naučili asertivite, pravdivosti voči sebe aj iným. Schopnosti povedať a presadiť si svoj názor. Významným faktorom, ktorý v liečbe ocenili boli spoluklienti, ktorí sa delili o svoje skúsenosti, problémy. A tak sa navzájom „ťahali“ k abstinencii. Nielen terapeutický vzťah ako taký, ale samotný terapeut a jeho osoba bola významným faktorom v liečbe. Najčastejšie respondenti súboru uvádzali empatiu ako osobnostnú vlastnosť ktorou terapeut vynikal. Okrem nej vysoko pozitívne hodnotili profesionalitu a odbornosť s ktorou svoju prácu vykonávali. Stali sa pre nich snád' prví ľudia, ktorí ich vedeli oceniť, pochváliť, podporiť a neodsúdiť. Terapeutov prirad'ovali zväčša k roli autentickej osoby, ktorá sa snaží byť aktívnym členom skupiny. V práci terapeuti používali podľa respondentov súboru viac nedirektívny prístup, ako direktívny. Čo ich viedlo k väčšej dôvere k terapeutom. Až na minimálne negatíva, ktoré skôr na liečbe ako na terapeutickom vzťahu respondenti súboru zažili, vnímame, že práca terapeuta ma skutočne veľký význam. Nielen kvôli abstinencii, ale práve preto, že pozitívne mení životy ľudí, ich rodín a okolia. Respondenti súboru sú dodnes aktívnymi členmi klubov AA alebo A-klubov. Zúčastňujú sa rôznych mítingov, ktoré organizujú kluby AA a navzájom sa podporujú v snahe neustále dosahovať cieľ pre ktorý sa denne musia rozhodnúť - abstinencia.

Počas sedenia na klube AA nás zaujali slová jednej modlitby, ktoré sa anonymní alkoholicy modlia na každom stretnutí:

*„Bože daj mi vyrovnanosť, aby som prijal to, čo zmeniť nemôžem, odvahu aby som zmenil to, čo zmeniť môžem a múdrosť, aby som vedel odlišiť jedno od druhého“.*

Veríme, že vyrovnanosť, múdrosť a pravda, ktoré abstinencia okrem iného prináša, budú pre klientov motivujúcimi faktormi, ktoré ich i naďalej povedú k úplnej a celoživotnej abstinencii. A pre terapeutov budú „hnacím motorom“, ktorý im ukáže, že ich práca má obrovský význam, i keď niekedy to tak nevyzerá.

## **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

*Alkoholizmus*. [online]. 2009, [cit. 2010-01-02]. Dostupné na internete: [www.fedu.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/.../kp.../07\\_alkohol.doc](http://www.fedu.uniba.sk/fileadmin/user_upload/.../kp.../07_alkohol.doc).



BACHELOR, A. 1995. Clients' Perception of the Psychotherapeutic Alliance. A Qualitative Analysis. In *Journal of Counseling Psychology*. [online]. 1995, vol. 42, no. 3, p. 323-337. [cit. 2006, 12.5.] from Journals@Ovid Full Text database. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/journals/cou/42/3/323/>.

BARBER, J.P.- LUBORKY J. et al. 2001. Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome and Retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [online]. 2001, vol 69, no. 1, p. 119-124. [cit. 2006-12.05.] from Journals@Ovid Full Text database. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11302268>.

BELDING, M.A. - IGUCHI, M.Y. et. al. 1997. Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. [online]. 1997. p. 51-59. [cit. 2006-12-05.] from Science Direct database. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science?>

BENKOVIČ, J. 2006. *Pacient - alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára*. In *Via practica* [online]. 2006, roč. 4. s. 197–201 [cit. 2009-12-12.]. Dostupné na internete: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2390](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2390).

BOBOTOVÁ, P. 2008. *Analýza vybraných faktorov ovplyvňujúcich terapeutický vzťah u klientov závislých od drog s dôrazom na faktor viery*: bakalárska práca. Nitra: UKF, 2008. 69 s.

BOSMANS, P. 2000. *Kľúč šťastia*. Bratislava: Don Bosco, 2000. s. 90. ISBN 80-88933-50-1.

CARROLL, K. - ROUNSAVILLE, BRUCE, J. 1997. Contribution of the Psychotherapeutic Alliance to Outcome in Active Versus Control Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [online]. 1997, vol 65, no. 3, p. 510-514, [cit. 2006-12.05.] from Journals@Ovid Full Text database. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/65/3/510/>.

ČÁLEK, O. a kol. 1998. *Psychoterapia*. Praha: Triton, 1998. 229 s. ISBN 80-85875-87-X.

ĎANOVSÝ, J. – MARTINOVÉ, M. 2009. *Liečba a resocializácia ľudí so závislosťou na alkohole*. [online]. 2009, [cit.2009-15-12]. Dostupné na internete:

<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=318>

- DIDAKTO. [online]. 2009, [cit.2009-31-10]. Dostupné na internete: <<http://www.slovanet.sk/abstinencia/didakto.htm>
- DOYLE, M & COONEY, G. 2003. Family-oriented treatment for people with alcohol problems in Ireland. *A comparison of the effectiveness of residential and community-based programmes*. Journal of Family Therapy. [online]. 2003, [cit.2005-11-24] Dostupné na internete: EBSCO host database.
- FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- FRANK, J.D. 1986. *Psychotherapy – the transformation of meanings*: dicussion paper. Journal of the Royal Society of Medicine, 1986. 341-346 s.
- FRANK, J.D. 1987. *Psychotherapy, rhetorick and hermeneutics*. Implication for partice and research. Psychotherapy, 1987. 293-302 s.
- GABURA, J. - PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Praha: Slon, 1995. s. 124-126. ISBN 80-85850-106.
- GAVORA, P. 1999. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1999. s. 126 – 134. ISBN 80-223-1342-4.
- HANUŠOVÁ, I. 2004. *Účinné faktory psychoterapie*. In: Vymětal, Jan. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing. 2004. 115-126 s. ISBN 80-86123-02-2.
- HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HERETIK, A. 2008. *Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, 2008. 152 s. ISBN 9788089322015.
- HOSCHL, C. - LIBIGER, J. - ŠVESTKA, J. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002.
- HUDÁK, P. 2001. *Ďakujem že si*. Bratislava: Don Bosco, 2001. 125 s. ISBN 80-88933-75-7.
- JOHNSON et al. 2003. *Handbook of Clinical Alcoholism Treatment*. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins. 2003.
- JONES, G. 1977. *Group psychotherapy as experiencing, interpersonal perceiving and developing of values*. Stockholm: Almquist and Wiksell, 1977.
- KARASU, T.B. 1986. *The specificity versus nonspecificity dilemma*. Toward identifying therapeutic change agents. 1986. s. 687-695.

KRATOCHVÍL, S. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Gálen, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.

*Kroky AA*. [online]. 2008, [cit. 2010-02-02.]. Dostupné na internete:

<http://www.alkoholici-anonymni.sk/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=1>

LAZARUS, A.A. 1980. *Toward delineating some causes of change in Psychotherapy*. *Profesional Psychology*, 1980. 863-870 s.

LINDENMEYER, J. 2009. *Závislosť od alkoholu*. Trenčín: Pro mente sama s.r.o, 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.

*Manuál k vypracovaniu záverečnej práce na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre*, 2010.

MEYER, P.S. – KRUPNIK, J. et. al. Janice L., 2002. Treatment Expectancies, Patient Alliance and Outcome: *Further Analyse From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [online]. 2002, [cit. 2006-12-05]. vol. 70, no. 20, p. 1051-1055. Dostupné na internete: Journals@Ovid Full Text databáze.

MEIER, P.S. - DONMALL, M.C. et. al. 2005a. *Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse*. In *Addiction*. [online]. 2005, [cit. 2006-05-05]. p. 500-511. Dostupné na internete: EBSCO host database.

MEIER, P.S. – BARROWCLOUGH, CH. – DONMALL, M. 2005b. *The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse*. A critical review of the literature. In *Addiction*, [online]. 2005, [cit. 2006-05-05]. p. 304-316. Dostupné na internete: EBSCO Host database.

MEIER, P.S. - BARROWCLOUGH, CH. et. al. 2006. *The role of the early psychotherapeutic alliance in predicting drug treatment dropout*. In *Drug and Alcohol Dependence*, [online]. 2005, [cit. 2006-05-05]. p. 57-64. Dostupné na internete: Science Direct database.

MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: Vysoká škola sv. Alžbety, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

NÉMETHOVÁ, E. 2008. *Profesionálny vývin poradcu*. In *Empatia* [online]. 2008, roč. 15, č. 3. s. 25 - 37 [cit 2010-03-01]. Dostupné na internete:

<http://www.psychologia.sk/empatia/em08-3/emp3.pdf>

- NEŠPOR, K. *Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým. Alkoholismus a drogové závislosti*, 37, 2002, 3, s. 167-175.
- NEŠPOR, K. - Csémy, L. 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- NOVOMESKÝ, F. 1996. *Drogy*. Martin: Advent Orion, 1996. 120 s. ISBN 80-88719-49-6
- NOVOTNÝ, I. 2006. . In Čistý deň. ISSN 1336-4243, 2006, roč. 4, č. 2, s. 23.
- OHLSSEN, M. M. 1977. *Group Counseling*. USA: Holt, Rinehart and Winston.1977.
- OKRUHLICA, L. a kol. 1998. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí. 1998. 276 s.
- PANTALON, M.V. - CHAWARSKI, M.C. et al 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*. [online]. 2004, [cit 2006-05-05]. Dostupné na internete: EBSCO host database.
- PAVELOVÁ, Ľ. 2004. *Komunita ako priestor pre prácu svojpomocných abstinentských skupín*. In Čistý deň. ISSN 1336-4243, 2004, roč. 2, č.1, s. 6-7.
- PETŘÍKOVÁ, S. 2001. *Alkoholismus žien a rozpad rodiny*. [online]. 2001, [cit 2009-10-9]. Dostupné na internete:  
[http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf\\_doc/petrikova\\_slavka.pdf](http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf_doc/petrikova_slavka.pdf)
- POGÁDY, J. - NOCIAR, A. 1990. *Biologické aspekty osobnosti a psychoterapia*. Bratislava: Veda, 1990. 208 s. ISBN 80-224-0126-9.
- RAU, P.J. – GOLFRIED, M.R. & Barkham, M. 1997. The Therapeutic Alliance in Psychodynamic - Interpersonal and Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [online]. 1997. [cit 2006-25-09] From Journals@Ovid Full Text database. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/65/4/582/>
- ROTGERS, F. a kol. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- ROUNSAVILLE, B. - BRUCE, J. et al. 1987. *The Relation Between Specific and General Dimensions of the Psychotherapy Process in Interpersonal Psychotherapy of Depression*. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [online]. 1987. Vol. 55, no. 3[cit 2006-12-05] p. 379-384. Dostupné na internete: Journals@Ovid Full Text database
- SKÁLA, J. 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. 206 s.

- STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft, 2001. 197 s. ISBN 80-968294-6-7.
- UNGER, D. 2006. *Skúsenosť psychoterapeutického vzťahu u pacientů v dobrovolné ustavní protialkoholní léčbě* : diplomová práce. Brno: MU, 2006. 81 s.
- VAVRDA, V. 2004. *Psychoterapeutický vztah a psychoterapeutický proces*. In: Vymětal, Jan a kol. 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, s. 91-114, ISBN 80-86123-02-2.
- VOJTOVÁ, H. 2007. *Anonymní alkoholici a ich program dvanástich krokov*. [online]. 2007, [cit 2010-01-9]. Dostupné na internete:  
<http://www.klubabstinentov-nz.sk/modules.php?name=News&file=article&sid=45>
- YALOM, I. D. 1975. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York. Basic Books, 1975.
- YALOM, I. D. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. 647 s. ISBN 978-80-7367-304-8
- ŽIVNÝ, H. - KRČMÁRIKOÁ, Z. - KOVÁCOVÁ, E. 2004. *Kapitoly z terapie závislosti od psychotropných látok*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 105 s. ISBN 80-89185-07-X.

## **PRÍLOHY**

### **Príloha A                      Dohoda o zachovaní korektnosti informácií**

Pred tým, ako začneme spolu rozhovor, by som Vám chcela dať podpísať dohodu o tom, že všetky informácie, ktoré mi povieťe budú použité len na účely mojej diplomovej práce.

Zaručujem Vám, že pri prepisovaní rozhovoru zachyteného na diktafón nebudem používať vaše pravé meno, ale mená si vymyslím.

Taktiež Vám zaručujem, že zachytený rozhovor na diktafón a následne jeho spracovanie nebudem nikde inde zverejňovať a na nič iné používať iba na účely mojej diplomovej práce.

Ďalej Vám chcem touto dohodou zaručiť, že v prípade Vášho záujmu som ochotná vám poslať, prípadne odkopírovať výsledky empirickej časti mojej práce.

.....  
Bc. Petra Bobotová

.....  
podpis respondenta

## **Príloha B**

### **Otázky na interview**

1. Zaujímalo by nás na koľkých liečbach ste boli, ako dlho ste sa liečili, kde to bolo a ako dlho abstinujete?
2. Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou?

3. Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo? V čom?
4. Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Vadilo, chýbalo?
5. Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?
6. Zaujímalo by nás, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?
7. Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli?
8. Ktorými osobnostnými vlastnosťami podľa vás terapeuti vynikali a ktoré im naopak chýbali?
9. Teraz vám vymenujeme 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?
  - aktívny vodca – určuje aktivity, usmerňuje dianie, riadi, akoby učiteľ, uplatňuje svoju moc a ovplyvňuje členov skupiny
  - komentátor – necháva skupinovému daniu voľný priebeh, neriadi ho, ani o aktívne neusmerňuje, komentuje čo sa v skupine deje
  - moderátor, expert – nehovorí o svojich pocitoch, navrhuje čo by sa malo robiť
  - autentická osoba – robí to, čo robí aj skupina, je jeden z členov, vyjadruje svoje vlastné pocity, zveruje aj svoje vlastné problémy
10. Terapeut v práci používa nedirektívny (pomáha klientovi nájsť skryté potenciály a sprevádza ho v ťažkej životnej situácii. Nesnaží sa mu predostrieť riešenie, ale ukazuje mu rôzne alternatívy riešenia a tým ho vedie k tomu, aby on sám si vybral, ktorá cesta je pre neho tá najlepšia, skôr ide o osobnostné predpoklady) a direktívny prístup (klient predkladá materiál, terapeut reaguje iba naň, pričom terapeut nekladá svoj materiál, ale rešpektuje iba priestor do ktorého ho klient pustí, založený skôr na profesionalite, odbornosti, skúsenostiach poradcu). Aký z týchto prístupov používali vaši terapeuti?

## **Príloha C**

### **Prepis rozhovoru pani Katarína**

P.B: Zaujímalo by na koľkých liečbach ste boli?

K.L: „Bola som na štyroch liečbach, dvakrát na trojtýždňových a dvakrát na šesťtýždňových“.



P.B: Ako dlho ste sa liečili a kde to bolo?

K.L: „Bola som na dvoch trojtýždňových liečbach v Trenčíne a dvakrát na šesť týždňových vo Veľkom Záluží“.

P.B: Ako dlho abstinujete?

K.L: „5 rokov“.

P.B: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre Vás znamenali?

K.L: „Môžem povedať, že som tam nemala dobrý pocit. Tam išlo skôr o to, že ... to bol ten začiatok. Človek si ešte vtedy neuvedomoval, že je chorý, alebo teda závislý. A je pravda, že ja som tam tie tri týždne nikdy nevydržala. Jedenkrát som tam bola tri týždne a potom som tam bola len týždeň. Pretože ja som sa potom cítila fajn, som vyliečená, ja si s tým sama poradím. Asi tak. Potom som sa dopracovala k tomu, že vlastne ten problém sa ešte viac prejavoval, čo sa týka potreby dať si ráno tú dávku. Nebola som pijan, že by som sa opijala týždeň. Ja som skôr tak, že som si vypila na druhý deň mi bolo zle. Potrebovala som si vyrovnať a zase som mala strach, výčitky... Potom som sa zase držala dva tri mesiace a po nich som opäť do toho vletela. To boli tie moje trenčianske, čo som bola v Trenčíne. Vedela som, že mám problémy, ale akosi som si to nepripúšťala, respektíve pripúšťala, ale skôr ma hnevalo, že sú nespokojní doma. Pred deťmi som sa hanbila. Robila som to kvôli deťom, nie kvôli manželovi. Nemôžem povedať, že mám s ním zlý vzťah, ale nebolo to kvôli manželovi. Lebo on príležitostne a aj viac ako príležitostne pil. Ale môžem povedať, že on je pijan nielen príležitostný. V podstate my sme tak spolu začínali. Nikdy, keď sme si aj išli niekam sadnúť so známymi, nikdy to nebolo len tak, že na kávu. Vždy to bolo aspoň víno, nie tvrdé. Nikdy som nepila pivo, čo je zvláštne. Pivo mi bolo odporné, kvôli tomu, že môj otec bol alkoholik a on pil pivo. A ja som mu ho musela chodiť kupovať a boli mi to odporné. Potom v roku 2001 som sa dostala na liečenie do Zálužia. To bolo pre mňa kruté obdobie, lebo vtedy mi akurát promovala dcéra na psychológiu, syn mi odchádzal na vojnu, vtedy ešte bola vojna povinná. Aj tam som nebola desať týždňov, ale len šesť týždňov. S tým, že ja som tam prežívala doslova peklo na zemi, pretože som bola závislá aj na liekoch. Nezapíjala som nikdy lieky alkoholom, akurát, keď som nemala alkohol a bolo mi zle tak som si dala dijazepan. A stala som sa závislá aj na ňom. Ako som bola vo Veľkom Záluží, nebola som dva týždne v kontakte so svojim manželom, so svojou rodinou, pretože doktorka mi to zakázala. Ja som bola taká, že keď ja to sama zvládnem, nepotrebujem pomoc iného. Aj som si rozhnevala celý personál

v Trenčíne. Ako som bola druhýkrát vo Veľkom Záluží a tam som potom stretla terapeutku, volala sa Lenka, s ktorou som si neskôr tykala a telefonovala. Chodila som tam aj na preliečenia. Aj primára som mala veľmi rada. No a takto som abstinovala do roku 2006 a 8. januára 2007 som zrecidivovala. Čo sa týka, terapeutov to bola jediná tá Lenka a s tým primárom som mala veľmi dobrý vzťah. Taktiež aj v Trenčíne mám jednu terapeutku s ktorou si veľmi rozumiem. Je však aj jeden terapeut, s ktorým nemám dobrý vzťah. No a potom z ničoho nič, po jeden a pol mesiaci po recidíve, som z ničoho nič, prestala piť. A musím povedať, že musí niečo byť a v niečo verím také, že sa muselo niečo vo mne zlomiť, pretože už to dno bolo asi také, že keby som neprestala piť, tak sa prepíjem k smrti. Aj rodina sa mi po tejto recidíve obrátila. Pochopila, čo je to alkoholik. Pochopili, že aj oni musia byť iní. To sa nedá ani porovnať, ako to bolo predtým a ako je to teraz“.

P.B: Zaujímalo by ma, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?

K.L: „Keď boli, tak len veľmi malé. Viete ja som si myslela, že to zvládnem sama“.

P.B: Ako ste počas liečby prežívala vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou? Prečo? Videli ste aj nejaký rozdiel v čom to bolo iné?

K.L: „Ona na mňa pôsobila ako taký vzor. Jediná, ktorá ma akože chápe. Lebo ona mi povedala, že Katka ty si musíš odpustiť, pretože ak si ty neodpustiš, tak budeš mať tie výčitky stále a nezbavíš sa toho problému, tej závislosti. Muž a žena tam... Nemala som pocit, že by mali iný prístup. Ja sa rada porozprávam s tým, ktorý to prežil. Skôr ma chápala žena, čo sa týka vzťahu s mužom a s rodinou, dávať vzťahy dohromady. A čo sa týka muža on bol mladý. Môžem povedať, že viac ma chápala, ako ma chápala primár. Ako keď som išla do pracovne, tak sme sa rozprávali. Iný terapeut, s ktorým som sa stretla, to bral veľmi ostro. Čo bolo však zlé, že ja som bola závislá aj na práci, na tom, aby sa deti mali super. No proste na všetkom. Ja som sa starala o všetko a všetkých, pričom ja som bola kôpka nešťastia. Za všetko som sa obviňovala. Bolo to také seberovné“.

P.B: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo?

K.L: „Nepáčilo sa mi to, že som tam videla ľudí počúvaných... no proste hrozné stavy, nevlývalo to na mňa dobre“.

P.B: Terapeut v práci používa nedirektívny a direktívny prístup. Aký z týchto prístupov používali vaši terapeuti?

K.L: „Nemôžem povedať, že direktívny“.

P.B: Teraz vám vymenujem 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

K.L: „Poviem, autentická osoba. Tam nebol problém v alkohole teda, že by mal terapeut problém s alkoholom. Dokázal však hovoriť o svojich životných situáciách. A to sa mňa tak dotklo. Niekedy tie moje problémy sa mi zdali omnoho menšie ako tie ich“.

P.B: Bol pre Vás tento vzťah dôležitý?

K.L: „Ja som bola vďačná, veľmi vďačná, až potom keď som sa z toho dostala. Bola som rada, že mám okolo seba ľudí, ktorí ma chápu. A ona bola jedna z nich. Neskôr ako som z liečby odišla som ju chodila navštevovať. Určite bol. Začala som nový život. A nielen ja ale aj moja rodina. Nikdy som nedokázala rozprávať o sebe, dnes to už viem. Nevrela som o svojich pocitoch, všetko som v sebe dusila. A to bolo to najhoršie“.

P.B: Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli?

K.L: „Veľmi pozitívne. Bol to človek, ktorý bol nesmierne ľudský a mal veľmi dobrý prístup“.

P.B: Ktorými osobnostnými vlastnosťami podľa Vás terapeuti vynikali a ktoré im naopak chýbali?

K.L: „Tá moja terapeutka bola empatická, ako som už povedala ľudská. A nezamýšľala som sa nad tým, aké vlastnosti jej chýbali“.

P.B: To by bolo všetko. Ďakujem Vám za ochotu spolupracovať a tiež aj za Váš čas. Nech sa Vám darí aj v práci aj v rodine.

## Príloha D

## Prepis rozhovoru pani Agáta

P.B: Zaujímalo by ma na koľkých liečbach ste boli?

A.D: „Ja som bola na jednej liečbe“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili?

A.D: „6 týždňov“.

P.B: Kde to bolo a ako dlho abstínujete?

A.D: „Vo vojenskej nemocnici v Ružomberku a abstínujem desiaty rok“.

P.B: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?

A.D: „Pre mňa to znamenalo veľmi veľa. Sama by som sa z toho nedostala. Skúšala som ambulantne, nešlo mi to. Vedela som, že potrebujem odbornú pomoc. A aj to, že sa potrebujem odlúčiť od rodiny, lebo som pila kvôli problémom v rodine. A hodnotím to, ako keby mi zachránili život. Bola som dne a pomohli mi zdvihnúť sa z toho dna. Pomohli mi vstať. Pre mňa to veľmi veľa znamenalo“.

P.B: Zaujímalo by ma, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?

A.D: „Ja som si to predstavovala, že tam budem ako taká alkoholička, že budú na mňa krivo pozerieť. A bola som veľmi milo prekvapená ako som tam prišla. Keď mi doktor i sestričky podali ruku... Privítali ma ako osobnosť, čo som ja doma u manžela nemala, nezažila. Ten ma iba ponižoval, podceňoval. Ten prvý stisk ruky znamenal pre mňa, že sa budem liečiť a chcem to dokázať. Bolo to také príjemné a rada sa tam vraciam stále. Chodím tam vždy keď idem okolo Ružomberka“.

P.B: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Vadilo, chýbalo?

A.D: „Mne sa na liečbe páčilo úplne, úplne všetko. Nič mi nevadilo, nič mi nechýbalo. To bola najkrajšia dovolenka v mojom živote. Ani spoluklienti mi nevadili. Našla som tam odpovede na moje otázky v živote. Tam mi otvorili oči, že sa dá žiť aj inak“.

P.B: Ako ste počas liečby prežívala vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou? Prečo?

A.D: „Zo začiatku som ju vnímala, že je veľmi prísna. Taká sekera. Keď sme niečo nechceli povedať tak to z nás vyťahovala. Ale teraz viem, že robila dobre. Malo to svoj význam. Zo začiatku sme sa aj tak báli, alebo taký nepríjemný pocit, že už zase ide. Ale

potom sme jej ďakovali. Učili nás disciplíne, presnosti, dochvilnosti. Učili nás ako oponovať, ako byť asertívny, ako povedať nie. Tam mi pomohli odbúrať strach, s ktorým som dlho žila a preto som pila. Pre mňa znamenajú viac ako rodina. Oni mi zachránili život. Vedeli ma pochopiť, podať mi pomocnú ruku. A to som veľmi potrebovala. Vedeli si na nás nájsť čas aj mimo skupiny. Pre mňa neboli len terapeuti, ale ozajstní priatelia. Nedá sa slovami povedať aká som im vďačná“.

P.B: Teraz vám vymenujem 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

A.D: „Aktívny vodca. Viedli nás, zapájali sa, súcitili s nami“.

P.B: Terapeut v práci používa nedirektívny a direktívny prístup. Aký z týchto prístupov používali váš terapeuti?

A.D: „Nedirektívny. Ako keď mama učí dieťa v dobrom. Mali sme síce rešpekt, ale nebol to direktívny prístup“.

P.B: Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo? V čom?

A.D: „Určite bol. Oni mi dali nový život“.

P.B: Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli?

A.D: „Veľmi pozitívne. Dokázal ma oceniť, pochváliť, povzbudiť. Mohla som sa vyrozprávať. Prijali ma takú akú som. Žiadne odsudzovanie, karhanie“.

P.B: Ktorými osobnostnými vlastnosťami podľa Vás terapeut vynikal a ktoré mu naopak chýbali?

A.D: „Tými najlepšimi. Taká zdravá prísnosť. Priateľský, empatický, ústretový, dobrý človek“.

P.B: Ďakujem Vám za pomoc, za váš čas a tiež ochotu podeliť sa o zážitky a prežívanie. Prajem Vám mnoho pozitívnej energie a sily v napredovaní.

## Príloha E

## Prepis rozhovoru pani Lydka

P.B: Zaujímalo by ma na koľkých liečbach ste boli?

L.M: „Ja som bola na dvoch liečeniach“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili?

L.M: „Osem týždňov a druhýkrát dvanásť týždňov“.

P.B: Kde to bolo a ako dlho abstinujete?

L.M: „Na Plných Páľkach a vo Veľkom Záluží. Abstinujem štyri roky“.

P.B: Ako tieto liečby hodnotíte? Čo pre vás znamenali?

L.M: „Ja môžem povedať, že tá prvá liečba znamenala prelom, ale ešte stále som si nepriznávala, že ten problém závislosti tam je. Až po tej druhej liečbe som sa viac nad sebou zamýšľala, ale môžem povedať, že to bol taký odraz od toho dna. Potom však záležalo na mne, ako zúročím tie skúsenosti, zážitky, ktoré som absolvovala na tých liečbach. Ja môžem povedať, že pre mňa mal veľký význam skontaktovanie sa so skupinou AA, potom po absolvovaní liečeni, ktorá mi podala pomocnú ruku. To mi dalo smer do ďalšieho života“.

P.B: Zaujímalo by ma, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu?

L.M: „Ja som nemala viac menej predstavu o tej liečbe, čo to ako bude vyzerat'. Strašili ma, že sú tam strašné procedúry. Ja som tam bola viac menej dobrovoľne na silu. Ja som ani neuvažovala nad tým, či mi to má alebo nemá pomôcť. Nemala som to vôbec ujasnené a stále som si nepriznávala, že mám problém so závislosťou. Stále som si myslela, aj keď som sa vrátila z tej prvej liečby, že už som sa odliečila a budem môcť pokračovať v tom predošlom živote. A jednoznačne som si to ani nechcela uvedomiť, lebo som žila takým hektickým životom a k tomu patrilo určite aj alkohol“.

P.B: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Vadilo, chýbalo?

L.M: „Keď som nastúpila na tú liečbu ja som po prvých dvoch týždňoch chcela ujsť. Pripadala som si tak, že som prišla niekam kam nepatrím. A nepáčilo sa mi, že tam bolo všetko tak zaškatuľkované, že tam bol ten režim. Všetko také nalinkované, strojené, neúprimné. Niekedy sme si aj spolu s klientkami pripadli ako chudery, ako by sa nad nás vyvyšovali. A hlavne, že oni chceli zo mňa dostať von, aby som si priznala tú závislosť. Chceli odo mňa počuť niečo, čo ja som vtedy ešte nebola schopná zo seba dostať. Učili sme sa disciplíne, zodpovednosti, postaviť sa proti ľuďom, ktorí mi oponujú. Schopnosť povedať si svoj názor. Učili nás ako myslieť aj na seba nielen na iných. Až neskôr som sa tam začala cítiť dobre, začala som prijímať program a ku koncu sa mi odchádzať nechcelo. Lekár, ktorý ma prijímal, nebol to terapeut, ten na mňa šiel takým despotickým, direktívnym spôsobom. To bol však môj subjektívny pocit. Teraz viem, že prečo sa mi to zdalo. Bolo to preto, že ma obvinili, že som alkoholička a ja som si to nechcela priznať, respektíve ťažko sa mi prijímalo“.

P.B: Ako ste počas liečby prežívala vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo ženou terapeutkou? Prečo?

L.M: „Keď som spoznala terapeutku, ktorá ma sprevádzala po obidve liečby, som sa prvýkrát tak nejako až pri nej otvorila. Začali sme riešiť... Pre mňa bolo podstatné, že sa začali riešiť tie skryté bolesti, ktoré vo mne boli. Tam som si tak po prvýkrát otvorila dušu, či srdce. Môžem povedať, že to bola skvelá žena, aj keď ona mala svoje problémy a ťažkosti. Boli to ľudia, ktorí mi pomohli. Pomocou psychiatricky, ktorú som mala sa mi zlepšili vzťahy s mojou rodinou, s mojimi deťmi, konkrétne s dcérou. Keď mi napísala, že je šťastná, že som to dokázala. To mi veľmi pomohlo. Vždy som našla viac vo vzťahu so ženou ako s mužom, hoci lepšie si rozumiem s mužmi ako so ženami. Terapeutov mužov som ani nemala, len lekárov. Dávala mi dôveru. Učili nás pravdu prijať i dávať. Nedávať sa ovplyvňovať inými“.

P.B: Teraz vám vymenujem 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

L.M: „Aktívny vodca. Viac menej sme si to viedli sami, ale aktivity určovala ona“.

P.B: Terapeut v práci používa nedirektívny a direktívny prístup. Aký z týchto prístupov používali váš terapeut?

L.M: „Určite nedirektívny prístup“.

P.B: Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo? V čom?

L.M: „Určite bol. Pomohli vyrovnať sa so všetkým, čo v mojom živote bolo ťažké a nedoriešené“.

P.B: Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli?

L.M: „Ako dobrého človeka“.

P.B: Ktorými osobnostnými vlastnosťami podľa Vás terapeut vynikal a ktoré mu naopak chýbali?

L.M: „Bola ústretová, ale aj prísna. Empatická schopná nás chápať. Vždy odhalila, keď sa s nami niečo dialo“.

P.B: Som vám vďačná, že ste boli ochotná sa podieľať na tomto prieskume. Prajem Vám všetko dobré v boji so závislosťou.

## **Príloha F**

### **Prepis rozhovoru pani Paula**

S pani Paulou sme chceli ísť robiť rozhovor, ale z osobných dôvodov nám nechcela o tom rozprávať. Niežeby sa hanbila alebo nechcela. Nie raz o tom, ako pila a prestala rozprávať, ale v tom období mala toho veľmi veľa. Nielen vo svojej rodine, ale aj v práci. Rozhodli sme sa ju osloviť neskôr s tým, že sme jej dali možnosť, aby svoju výpoveď napísala v pokoji, tichu svojho domu. Po prečítaní otázok sa nám priznala, že ona síce bola v roku 1985 na liečbe vo Veľkom Záluží, ale že tam nezažila terapeutický vzťah. Musela by klamať a to sa jej zdalo nepekné. Skôr tá liečba bola orientovaná na návyk pracovných zručností, čo niekedy presahovalo rámec etiky, keď museli za trest čistiť toalety, upratať okolie a pod. Jediné pozitívne bolo, že začala s abstinenciou. Prácu terapeuta na liečbe nevnímala. Ich liečba prebiehala skôr na báze farmák a v dnešnej terminológii na báze ergoterapie, ako na terapeutickom vzťahu. Ale vtedy vedela, že s alkoholom má problém, tak sa rozhodla ísť na liečbu. Za terapeuta a toho, ktorý ju z tejto kaše vytiahol, považuje Boha.



## **Príloha G**

## **Prepis rozhovoru pán Boris**

P.B: Zaujímalo by ma na koľkých liečbach ste boli?

B.M: „Bol som na jednej liečbe“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili a kde to bol?

B.M: „Trvala tri mesiace, bolo to na Prednej Hore“.

P.B: Ako dlho abstinujete?

B.M: „Abstinujem desiaty rok“.

P.B: Ako túto liečbu hodnotíte?

B.M: „Hodnotím ju pozitívne“.

P.B: Čo pre Vás znamenala?

B.M: „Znamenala pre mňa dobrý odrazový mostík a taký začiatok mojej abstinencie. To je asi tak v krátkosti“.

P.B: Zaujímalo by ma, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu? Prípadne, či ste zažil terapeutický vzťah pred nástupom na liečbu?

B.M: „Nie, nemal som žiadne predstavy. Navštevoval som okresného psychiatra v Púchove, bolo to iba čisto o tom „Ako sa máte“? Čiste to bol asi 5 minútový rozhovor, chodil som tam raz za mesiac. Nejaký dlhší terapeutický vzťah predtým som nezažil, až tam na Prednej Hore som zažil ozajstný terapeutický vzťah“.

P.B: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Čo vám vadilo? Chýbalo?

B.M: „Nepáčilo sa mi na tom to, že som tam musel byť. No, ale nedalo sa nič iné robiť. Nemal som s tým problém. Nejde o to, že „páčilo – nepáčilo“ ,proste človek je tam preto, že je alkoholik a má problém. Ale časom, ako pribúdali dni a týždne som cítil, že to má zmysel a našiel som si vzťah k terapeutom. Taký dobrý, boli to profesionáli, vystupovali na úrovni, partnersky. Akože dobre, ja som bol spokojný. Tá liečba keď to teraz hodnotím sa mi veľmi páčila. No viete ako dovolenka sa Vám môže páčiť, ale protialkoholické liečenie, tam je to taká otázka ... ale bolo to dobré. V rámci toho, že som to aj potreboval.

Vadiť mi nevadilo nič na terapeutoch. Mne skôr však vadili spolupacienti, že vyložene si tam prišli oddýchnuť, vôbec tam nešli s tým, aby prestali piť. Frflali na všetko a vyložene najväčší problém je v tom, že nie terapeuti, ale spolupacienti odrádzali. Niektorí si tam ide odpočinúť, niektorí je tam súdne, niektorí sa tam ide zažiť na zimu, keď nemá bývanie a naje sa tam lacno. A inak sa nedá povedať, že by mi tam vyslovene niečo vadilo. Tam sa robili také normálne veci, ako som bol aj naučený z domu. Ja som sociálne návyky mal, peniaze, bývanie som vždy mal, ale čo, keď som proste alkoholik. Mne vôbec nevadilo, že ráno sa treba poumývať, upratať si nejaké veci, dodržiavať povinnosti, to som vždy robil. S výnimkou dní keď som chlastal, vtedy som nebol schopný. Nedá sa povedať, že by mi tam niečo vadilo. Skôr mi vadili pacienti, ktorí všetko negatívne hodnotili a terapeuti.... ja som spokojný, ja môžem byť spokojný“.

P.B: Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo so ženou terapeutkou?

BM: „Ja som mal iba ženy. A pracovalo sa mi s nimi veľmi dobre. Nemyslím si, že je to nejaký rozdiel. To záleží od toho, aký ten človek je. Či vidieť, že je to profesionál a že ho tá práca aj baví, a že to má aj také poslanie. Že to nerobí preto, že to len musí, alebo že to robí len pre prachy. Ale, že keď sa s ním človek rozpráva vie, že čo tá druhá strana hovorí, a že je to partnerský vzťah. Že to nie je tak, že ja som terapeut a som Boh. A teraz ma budeš poslúchať, ale je to také vzájomné. Radšej spolupracujem so ženami. Terapeuta som nikdy ani nemal. Ja to ani nemôžem hodnotiť a akože nemám ani prečo“.

P.B: Teraz vám vymenujem 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

B.M: „Tam boli dve terapeutky. Na tú jednu by sa skôr hodila tá jednotka, čiže rola aktívneho vodcu. Ale je to ťažké vyčleniť. Je to taká zmes. Prelína sa to. A tá druhá by sa mi hodila k autentickej osobe. Ak by som to mal povedať, tak asi tá rola aktívneho vodcu

a rola autentickej osoby. Tak spojené. Jasne dať najavo, že terapeutka je ona, ale dala pocítiť, že je aj taký rovnocenný partner. To sa mi zdá tak najviac charakteristické“.

P.B: Terapeut v práci používa nedirektívny, direktívny. Aký z týchto prístupov používali váš terapeuti?

BM: „Určite ten druhý prístup. Direktívny prístup“.

P.B: Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo?

B.M: „Bol dôležitý. Dôležité tam bolo to, že tam bolo pár pacientov s ktorými som mal dobrý vzťah. Ale ak by som mal definovať, že prečo, to je ťažko povedať“.

P.B: Čerpáte z neho aj teraz, keď ste z liečby už dávno odišli?

B.M: „Viete čo, ani nie. Ako bol to dobrý základ, ale teraz skôr čerpám z ďalších vecí. Zo stretnutí anonymných alkoholikov, z toho duchovného programu minimálne. Čerpám z kníh, ktoré teraz vychádzajú... Ale základ bol tam na liečení. V podstate čerpám z toho, ale nevraciam sa k terapeutom, že by som konzultoval niečo s terapeutkami, pretože sú ďaleko“.

P.B: Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli podľa Vás?

B.M: „Priateľský, ale ako nedal sa zneužívať. Tie hranice tam boli. Nedalo sa s nimi manipulovať. Mal som dve terapeutky a tá priateľskosť tam bola. Aj keď každá bola trochu v niečom iná, ale boli priateľské. Nebolo to tak, že ja mám patent na rozum a teraz ma budete poslúchať. By som to charakterizoval ako priateľský, s tým, že ona bola terapeut a ja som bol pacient. Nejaká tá hranica tam musí byť“.

P.B: Ktorými osobnostnými vlastnosťami terapeuti vynikali a ktoré im naopak chýbali?

B.M: „Empatická, to určite. A bola ...ľudská by som povedal. Taká, že bolo cítiť, že je to človek. A bolo cítiť, že tie informácie, ktoré má naučené, že nemá iba z kníh, ale že ... To boli obidve po päťdesiatke, ktoré už v živote a aj v praxi niečo preskákali. Jedna bola primárka a druhá bola klinický psychológ. A dlhoročná prax so závislosťami. Jedna bola taká veľkorysá, keď sa dávali nejaké čierne body, tak občas aj prižmúрила oko. Nemyslím si, že im niečo chýbalo. Myslím, že oni sa dopĺňali. Nad tým som sa ani tak nezamýšľal. Ja som sa skôr díval na seba. Nebol som tam preto, aby som na terapeutoch hľadal chyby. Aj keď zo začiatku má človek takú tendenciu. A hlavne tí, ktorí na všetko frflali, vlastne hľadali zmysel, prečo tam sú. Nepotreboval som sa dívať na ich chyby. Nikto nie je dokonalý. Myslím si, že čo sa týka profesionality, tak to boli dobré“.

P.B: Mali ste s terapeutmi kontakt aj mimo skupiny, alebo len na skupine?

B.M: „Tak občas hej. Oni tam bývali na Prednej Hore a robili tak do štvrtej, keďže tam boli zamestnané. Takže ten kontakt... Na to proste nebol čas. Občas sme sa stretli aj vonku, ale ... ten kontakt je skôr po liečení. Ale pre mňa je to ďaleko. Bol som tam po deviatich rokoch na taký posilňovací pobyt, takže ten kontakt bol dobrý“.

P.B: Odvtedy ako ste sa vrátil z liečenia ste nenavštívil nijakého terapeuta?

B.M: „Mám tu psychologičku. Ja tam chodím len raz za čas. Neriešime nič terapeutické. Už to nie o tom, že sa potrebujem niekomu vyplakať na pleci. Chodil som k nej len vtedy keď som mal problém s úzkosťou a depresiou. Ale tam sa o terapeutickom vzťahu hovoriť nedá. Je to skôr o tom, že pokecáme. Lieky už vôbec neužívam, myslím na depresiu. Ja skôr čerpám zo stretaní AA, kde mám priateľov, ktorí ma podržia a sme si bližší. Ja skôr používam program AA. Mám priestor na mítingoch a to je pre mňa najlepšia terapia. Už nepotrebujem terapeuta intímneho. Skôr som potreboval prehodnotiť veci zo začiatku a mať nejaké lieky na depresiu“.

P.B: Keby ste mohli niečo odkázať ľuďom, ktorí s alkoholom bojujú a stále sa odhodlávajú na liečbu, čo by ste im odkázali?

B.M: „Keď to nezvládajú sami, čo je ako úplne normálne, nech sa dajú liečiť, alebo nech začnú aspoň chodiť medzi anonymných alkoholikov, alebo na A-kluby. Ale poznám aj ľudí, ktorí neboli na žiadnom liečení a dostali sa z toho, len vďaka tomu, že začali chodiť medzi AA“.

## **Príloha H**

### **Prepis rozhovoru pán Peter**

P.B: Zaujímalo by ma na koľkých liečbach ste boli?

P.M: „V podstate na jednej. Najskôr moja cesta viedla na PAP (protialkoholická poradňa), ktorá ma presmerovala na PAO (protialkoholické oddelenie). Už nie ambulatná, ale základná liečba“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili, kde to bolo?

P.M: „Tri mesiace a bolo to v Nitre“.

P.B: Ako dlho abstinujete?

P.M: „Dnes abstinujem už 25 rokov“.

P.B: Ako túto liečbu hodnotíte? Čo pre Vás znamenala?

P.M: „Rozhodnutie o zastavení pochodu sa začalo naplňovať mojim príchodom na základnú liečbu. Liečbu, ktorá pre mnohých je akoby východisko z núdze, pre mňa začiatkom novej cesty v živote. Na základnú liečbu som nastúpil s vedomím, že chcem raz a navždy

skoncovať s alkoholom. Toto moje predsavzatie nebolo náhodné, vychádzal som z toho, že môj život s alkoholom mi nedá to, čo som si voľakedy ešte vo svojich mladíckych rokoch predstavoval. Hoci sa časť mojich snov splnila, mal som a mám milujúcu manželku, tri krásne deti, začal som však strácať to najcennejšie - zdravie, no nielen zdravie. Už som uprednostňoval alkohol a zanedbával rodinu, prácu. Keď som si toto všetko uvedomil, začal som hľadať pomocnú ruku. Tú neoceniteľnú som našiel na protialkoholickom liečení. Aj keď som na začiatku liečby nič nevedel o režime a systéme liečby, čoskoro som si na pobyt v tomto prostredí zvykol. Alkohol ma oberal o spánok a tu zrazu, len správnym denným režimom, bol vytvorený čas na všetko. Keď si to dnes premietnem, tak azda niet oblasti v živote človeka, kde by alkohol nezasahoval a to je to najväčšie zlo, ktoré jeho užívanie prináša. Význam týchto základných postupov v liečbe som si uvedomoval po skončení liečby, lebo mi dali základ, na ktorom budujem svoj ďalší život. Nepodceňoval som ani ostatné postupy pri liečbe: ako je príprava kultúrnych podujatí, kvízov, písanie denníkov a pod... Tieto vhodne dopĺňali režim liečby. Keď sa dnes vraciam k svojmu denníku, viem, že sled myšlienok v ňom zachytených je pre mňa cestou k dosahovaniu cieľov, ktoré pred sebou mám. S radosťou sa k nemu vraciam, lebo ma vedie ku krajšiemu a plnšiemu životu. K zmene môjho pohľadu na život a k zmene môjho myslenia ma viedol ošetrojúci personál spolu s lekármi, za čo im dnes vďačím a skladám poklonu. Základnú liečbu som skončil 29 januára 1985“.

P.B: Zaujímalo by ma, či ste mali nejaké predstavy o terapeutickom vzťahu pred nástupom na liečbu? Prípadne či ste zažil terapeutický vzťah pred nástupom na liečbu.

P.M: „Nemal som žiadne predstavy, predovšetkým som chcel s tým niečo robiť“.

P.B: Čo sa vám na týchto liečbach páčilo prípadne nepáčilo? Čo vám vadilo? Chýbalo?

P.M: „Prvé, čo som vo svojom denníku ocenil, bol režim dňa, ktorý pre mňa bol akýmsi vodidlom k osvojeniu si presnosti, dodržiavania životných potrieb človeka - práca, jedlo, oddych, spánok. Veď, koľko z týchto základných potrieb života mi uberal alkohol. Strácal som záujem o prácu, nechutilo mi jesť, čas na oddych som trávil v krčmách. Prácou pre mňa na oddelení bola účasť na prednáškach a komunita na skupinách. Odborné prednášky mi dali veľa. Rozšírili moje vedomosti nielen v oblasti alkoholizmu, ale tiež vo všetkých sférach, v ktorých alkohol pôsobí. Veľký význam pre mňa mali rozhovory v skupinách, či už pri predstavovaní novoprijatých pacientov, kde som si mal možnosť porovnať svoje problémy, ktoré mi alkohol spôsobil a problémy iných, či už to boli robotníci, technici,

inžinieri alebo lekári. Každý z nás riešil svoje problémy svojším spôsobom - alkoholom. Nielen predstavovanie nových pacientov v skupinách bolo pre mňa poučné, ale aj vzájomná komunikácia členov skupiny, ich postoje voči sebe a iným, ako aj moje postoje k nim. To všetko mi bolo ponaučením a návodom ako dosiahnuť svoj cieľ. K správnej postoj k práci ma viedla pracovná terapia. Zo začiatku pri priamom vykonávaní práce, neskôr pri organizovaní pracovnej terapie spolupacientov. Tu som mal možnosť vidieť u spolupacientov ich postoj k práci. Môžem skonštatovať, že väčšina z nich chápala prácu ako doplnok liečby, ale našli sa aj takí, ktorým práca bola nevyhnutným zlom. Význam týchto základných postupov v liečbe si uvedomujem teraz po ukončení liečby, lebo mi dali základ, na ktorom môžem budovať. Nemôžem vynechať z liečby aj získanie návyku na pravidelnom jedle a spánku, ktorú vysoko hodnotím, lebo toto bolo pre mňa v minulosti tabu. K získaniu týchto vlastností ma viedol personál, za čo im veľmi vďačím“.

P.B: Ako ste počas liečby prežíval vzťah s terapeutmi? S kým sa vám lepšie spolupracovalo s mužom terapeutom, alebo so ženou terapeutkou?

P.M: „Ja som mal iba muža terapeuta. Je v tom rozdiel. Zvyčajne ženy nadobúdajú iné vzťahy a môže to skončiť v posteli. Ja som svojho terapeuta bohužiaľ, viezol na liečenie.

P.B: Teraz vám vymenujem 4 základné role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

P.M: „Tak ten štvrtý. Tá autentická osoba“.

P.B: Terapeut v práci používa nedirektívny a direktívny prístup. Aký z týchto prístupov používali váš terapeuti?

P.M: „Direktívny nikam nevedie. Terapeut by nemal byť len terapeut do pol štvrtej. Mal by byť stále k dispozícii. Tak ako povedal docent Skála, že moji pacienti mi za to stoja“.

P.B: Bol pre Vás tento vzťah dôležitý? Ak áno prečo? Ak nie prečo?

P.M: „Určite bol, pretože mi dal základ na ktorom budujem svoj život“.

P.B: Ako ste vnímali terapeutov? Aký boli podľa Vás?

P.M: „Teraz budem taký impertinentný. Táto otázka zaznievala dosť často ideálny terapeut, ideálna terapeutka. Ideálna terapeutka by mala mať miery 90,60, 90. Vieme, že ideálny terapeut neexistuje. Pre každého je niečo iné ideálne. V prvom rade terapeut by mal byť pravdivý voči sebe“.

P.B: Ktorými osobnostnými vlastnosťami terapeuti vynikali a ktoré im naopak chýbali?

P.M: „Predovšetkým by nemal byť lenivý. Mal by abstinovať. Ďalej čo by terapeut nemal, nemal by byť závislý na peniazoch. Nemalo by mu ísť iba o hmotnú odmenu. Nemal by mať vyhradený čas iba do pol štvrtej“.

P.B: Ďakujem Vám za čas, ochotu podeliť sa o vaše zážitky a prežívanie vašich protialkoholických liečení. Želám Vám veľa sily a napredovania vo Vašej abstinencii.

## **Príloha I**

### **Prepis rozhovoru pán Ondrej**

P.B: Zaujímalo by ma na koľkých liečbach ste boli a kde to bolo?

O.J: „Ja som trochu komplikovaný. Tak dlhodobé liečby Veľké Zálužie, Predná Hora, Pezinok a Sokolovce, tie už dnes neexistujú. Čiže na štyroch“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili?

O.J: „Každá z nich trvala 3 mesiace teda 10 – 12 týždňov podľa toho ako to oni majú nastavené“.

P.B: Ako dlho abstinujete?

O.J: „Tri roky aj 10 mesiacov“.

P.B: Ako tieto liečby hodnotíte odstupom času?

OJ: „Tak odstupom času? Ako by som to povedal. Podľa mňa. No.... chyba nie je nikdy v terapeutovi, ani v liečebni, chyba vždy bola vo mne. Ja, keď som sa aj nejaký čas snažil poslúchať a dodržiavať niektoré veci, ktoré som sa tam naučil... Prišiel ten čas, kedy som si povedal, že ja budem ten výnimočný, ktorý to dokáže nejakým iným spôsobom. A skúsil som to a vždy to dopadlo zle. Ja si myslím, že všetky mali niečo do seba. Možno tie Sokolovce boli také veľmi, veľmi voľné. Vtedy som hovoril, že ako na prvej liečbe by som tam nechcel byť. Ja som bol informáciami nabitý. V podstate tam mi to aj vyhovovalo, pretože som potreboval, aby mi dali pokoj a klud. V podstate ja už som to mal v hlave ako tak trochu zrovnané. Keď ich mám tak všetky hodnotiť, myslím, že všetky tak v podstate nie sú tak rovnaké, vždy je trochu iné vždy... Ale myslím, že dobré... tak dobre tam bolo“.

P.B: Čo pre Vás tieto liečby znamenali?

OJ: „Ťažko povedať. Ono v podstate záležalo tak trochu aj od terapeuta. Prežil som aj takú, ktorá bola mladšia ako ja. Ju som bral ako takú kamarátku. Tých starších. Ja som mal to šťastie, že terapeutom bola vždy žena. No a ja som ich vždy bral ako takú „mama tetu“. A keďže ja mám trošku problém s autoritami a oni si toho boli vedomé. A tak... taká možno mama“.

P.B: Pred tým, ako ste nastúpili na liečbu mali ste nejakú predstavu o terapeutickom vzťahu?

OJ: „No prvýkrát vôbec. Bol som vyplašený“.

P.B: A pred tým ste chodili ambulantne?

OJ: „Ja som chodil ambulantne. Len to bolo klasicky ku psychiatrovi, ktorý nemal čas. Takže to bolo také ... dobre, dobre. A bu, bu tu máte lieky“.

P.B: Takže predpísal iba lieky a dovidenia?

OJ : „Hej také bu, bu a nepi, nepi“.

P.B: Čo sa Vám na týchto liečbach páčilo? Načo dodnes spomínate?

O.J: „Tak asi nejakým kolektívom. Väčšinou, čo som ja bol, tak som zažil také..., že sme boli fakt dobrí kamaráti a podmienky jedno s druhým, to sa tam tak vytvárala dobrá partia.“



Ja som nikdy nemal nejaký problém fungovať v nejakej inštitúcii, pokiaľ to nebolo až tak veľmi prísne a tým pádom ja som tam vedel fungovať absolútne bez problémov. Tam sa vedeli vytvoriť dobré partie. Na jednej strane sme sa vedeli podržať a na druhej strane ako takí jedno diagnózový sme vedeli po čom ísť, keď niekto chcel niečo zatajiť“.

P.B: Čo sa vám na liečbach nepáčilo?

O.J: „To je ťažko povedať. Možno napr. v takom Záluží, že je to tam miešané. Alkoholici, psychicky chorí pacienti. Na jednej strane človek vidí všeličo, ale na druhej to trošku možno ruší. Akože ja som s tým nemal nejaký veľký problém. Nejako som to.... Neviem ako by som to ja mohol riešiť. Tie negatíva neviem tak nejako povedať“.

P.B: Ako ste prežívali počas liečby vzťahy s terapeutmi?

OJ: „Ja som to skôr bral ako takú nutnosť. Ja som bol veľmi nedôverčivý. Musel som mať niečo ukryté v sebe. Nedal som sa terapeutom nejako absolútne odhaliť a tým pádom som to bral ako takú, takú hru. Že potiaľto ťa pustím a dost. Nieže by som nedôveroval tak, že tento človek ma sklame, podrazí alebo čo. Ale vždy som potreboval mať pocit, že mám aspoň trošku v čomsi máličko navyše“.

P.B: V liečbe ste mali len ženy terapeutky?

OJ: „Hej iba ženy“.

P.B: Myslíte si, že je v tom nejaký rozdiel?

OJ: „Pre mňa osobne je žena tá najlepšia. To záleží aj od vzťahu s otcom, ktorý som mal. Chlap to by bolo úplne, úplne ego proti egu. Teda z mojej strany“.

P.B: Teraz Vám vymenujem štyri role terapeutov. Ku ktorej roli by ste vy zaradili svojich terapeutov?

OJ: „Ja som sa stretol s tromi rolami. Okrem teda nejakého aktívneho vodcu, lebo odtiaľ by som bol asi zutekal. To by ma nejak, nie že neoslovilo, ale tam by automaticky išiel do opozície a bol by tam boj. Napríklad na tej poslednej liečbe to bol vyslovene moderátor. Ona nezasahovala do ničoho. A tým pádom aj mne nechala nejaký priestor. Na Prednej Hore bola asi posledná kategória, na tú človek rád spomína. Aj keď teda to vyšlo tak, ako to vyšlo. Predná Hora je taká... Nechcel by som nikoho podceňovať. Takže by som sa priklonil k tomu moderátorovi a k tej autentickej osobe“.

P.B: Aký prístup používali terapeuti? Bol direktívny alebo nedirektívny?

O.J: „Na mňa moc nejaký direktívny nezaberá. Ale myslím si, že nejak sa odlišovali. Asi podľa odhadu, ktorý z nás je tak nejak... O nejakom tom správaní sa. Aj trošku podľa

toho. Asi vedeli odhadnúť nejaký ten direktívny spôsob. Ale na mňa to neskúšali. Ale viem, že boli chalani, na ktorých to platilo“.

P.B: Vekový priemer terapeutov bol aký?

O.J: „Skôr staršie terapeutky. Skúsené profesionálky“.

P.B: Boli pre Vás tieto vzťahy dôležité? Ak áno prečo? Ak nie prečo?

O.J: „Dôležité boli. Dôležité boli aj preto, že som očakával, že budú trošku usmerňovať aj ten chaos v hlave, čo som mal. V rámci denníkov a takých nejakých vecí. Takže toto. A na druhej strane som veľmi rád oceňovaný, takže aj v tomto boli dôležité pre mňa. Keď som fungoval tak som išiel po oceneniach. A možno preto, že ja som takto dlho fungoval, tak mojim názvom to poviem, ja som nebol typická šedá eminencia, ja som bol, vždy všade. A proste v nejakej v tej skupine už som sa necítil ako ten číslo jedna. Tak číslo jedna som nechal akože to je terapeut a číslo dva som si nechával pre seba. A potreboval som počuť a cítiť aj nejakú akoby takú podporu“.

P.B: Stretávali ste sa s terapeutom aj mimo skupiny?

O.J: „Áno mali sme možnosť a priestor sa stretávať aj mimo skupiny“.

P.B: Dodnes komunikujete s terapeutmi?

O.J: „S jedným... A vlastne s dvomi. Z Prednej Hory sme sa stretli po rokoch“.

P.B: Ako ste vnímali svojich terapeutov? Aké mali vlastnosti?

O.J: „Terapeut by mal byť určite vyzretá osoba. V podstate akákoľvek slabosť... to je moment a alkoholik ide po nej. A to nie o tom, že by boli vyštudovaní psychológovia. Určite by mala byť vyzretá osobnosť a mala by mať prehľad v tej problematike. Nevie. Mój názor je taký, že akákoľvek neistota, alebo naznačená slabosť je použitá proti nemu. Na druhej strane by to mala byť chápaná osoba, empatická osoba“.

P.B: Akými vlastnosťami vynikali?

O.J: „No Andrejka tá bola „piraňa“. Vedela podržať človeka. A na druhej strane bola mladšia a potrebovala ochrániť. A cítila, že ja nie som potvora, potvorka a že to nezneužívam. A mal som taký pocit, že aj ona odo mňa niekedy niečo potrebuje. Bol to prospešný vzťah. A asi najviac sa podobala tomu ideálnemu typu. Lebo, čo som sa potom tak neskôr dozvedel, že ma mala chuť niekedy ťapnúť. To bol človek, ktorého som sa trošku bál. Na všelijakých doktorov a na všetkého som si ja trúfol. Tam som bol v takej neistote. Ten pocit, že nemám na vrch som si nechal“

P.B: Aj ste mal pocit z terapeutov, že sa nad Vás vyvyšujú?

O.J: „Z terapeutov ani nie. Skôr z doktorov a sestričiek“.

P.B: Čo čerpáte z terapeutického vzťahu pre svoj život teraz, keď ste už niekoľko rokov po liečbe?

O.J: „Neviem tam bolo strašne veľa informácií, ktoré som sa neskôr znova dočítal. Tam bolo kopec takýchto vecí. A vzhľadom na to, že som v AA a mám takú pozíciu akú mám. Koľko krát tak hľadám v hlave, čo by asi tak terapeut spravil. Aj keď viem, že ja nemôžem byť terapeut. Ale že akoby sa asi zachoval a ako to môžem otočiť pre pacienta, aby to bolo na jeho pôsobenie. Nie je to len v AA. Je to aj doma, v rodine, na pracovisku“.

P.B: Z čoho čerpáte dnes?

O.J: „Chodím do AA a tam sme si terapeutmi navzájom. A tam je veľa terapeutov, ale ja si vyberám práve teraz, ktorý je ten môj“.

P.B: Vďaka za rozhovor. Za vašu ochotu podeliť sa o to, čo ste prežili. Prajem Vám veľa zdravia, sily a mnoho úspechov v osobnom i pracovnom živote.

## **Príloha J**

### **Prepis rozhovoru pán Edo**

P.B: Zaujímaloby ma na koľkých liečbach ste boli?

E.E: „No, no bolo ich dosť. Prvá taká liečba, ktorú som absolvoval bola taká dlhodobá liečba vo Veľkom Záluží. Tam som bol tri mesiace. Po troch mesiacoch som bol na ďalšej. Potom som bol tri mesiace triezvy, zase som mal recidívu. Potom zase som vydržal dva mesiace, päť mesiacov... A takto to trvalo asi dva a pol roka. Stále som však chodil na liečbu. A na poslednej liečbe som bol pol roka“.

P.B: Ako dlho ste sa liečili?

E.E: „Spolu? Tak prvé boli tri mesiace a asi 18 krát som bol na psychiatrii hospitalizovaný. Alebo bolo tak, že som tam bol 5 dní. Ale všetko sa to počítalo dokopy“.

P.B: Ako dlho abstínujete?

E.E: „Desiaty rok“.

P.B: Ako tieto liečby hodnotíte?

E.E: „Teraz s odstupom? Hodnotím ich veľmi pozitívne. Klobúk dole pred tými ženami, ktoré tam pracujú a za to, že majú takú trpezlivosť. A je to dobré“.

P.B: Čo Vám táto liečba dala?

E.E: „Tak ja som hneď od prvej liečby očakával, že budem vyliečený a že bude dobre. Ale keď už som potom do toho padal stále a stále, tak to bolo také, že s tým musím už niečo robiť a naučiť sa s tým robiť. A ja som bol taký, že keď sa niečo naučím tak to bude ako v pohode a sám to zvládnem. No, ale sám som to nezvládol“.

P.B: Vo všetkých liečbach ste mali iba ženy terapeutky?

E.E: „Áno iba ženy“.

P.B: Ako ste vnímali, alebo vnímate ich prácu?

E.E: „Ako veľmi dobrú. Ja si myslím, že dosť pomohli“.

P.B: V čom Vám pomohli?

E.E: „Neviem, čo mám odpovedať, ale viem, že určite mi pomohli. Každá ma niekam nasmerovala. Pamätám si na prvú liečbu, to bolo v Záluží. Tam sme riešili otázku zamestnania. Ona mi povedala, že „keď budete chcieť môžete robiť, čo chcete“. Ja som sa na ňu len pozeral, že ako to ty môžeš vedieť takto dopredu. A teraz v podstate prichádzam na to, že mala pravdu. Každá mala čosi. Dajme tomu, keď som bol v Trenčíne som veľmi

málo rozprával. Bol som vždy radšej ticho. My sme si s terapeutkami písali, alebo napr. s pani doktorkou som si písal, alebo keď sme mali také sedenia, alebo úlohy, tak som si doma kreslil. Vždy našli spôsob, ako ma k niečomu motivovať“.

P.B: Keď ste nastupovali na liečbu mali ste aj nejaké predstavy?

E.E: „Vôbec nie. Ja som akože... Bratranec mal manželku chorú a prišiel za mnou a vraví: „Pozri sa, to sme už dlhší čas o tom hovorili. „To nič nie je. To je choroba, bež sa liečiť je to ako chrípka“. No vravím, že keď je to ako chrípka, tak to skúsím. A naozaj tú prvú liečbu som aj tak bral akože už som vyliečený“.

P.B: Čo sa Vám na týchto liečbach páčilo?

E.E: „Neviem. Mne každý hovorí, že tam je to prísnejšie, tam je to také.. Ja som to také nepociťoval. Ale mal som dost' voľnosti a času na seba. Ten prístup. My, keď sme si písali, tak ja som vlastne sedel v sneme s tou terapeutkou vtedy, kedy mala na mňa čas. Keď som jej niečo chcel napísať, tak vo svojom osobnom voľne som si našiel čas a napísal som jej to. Tí ostatní išli hneď preč, takže ja som to mal aj trošku ťažšie, keďže som nevedel o tom moc rozprávať“.

P.B: Čo bolo pre Vás pozitívne a čo negatívne na tej liečbe?

E.E: „Personál bol určite pozitívny. Pamätám si na jednu sestričku, tá bola vždy vysmiata. Také slniečko. Taký skvelý prístup aký oni mali, ten bol pozitívny. To negatívne bolo, že sa to na oddelení miešalo s psychicky chorými. Ale ja som mal stále taký pocit, že musím niečo doháňať, keď som na liečbe, že potom toho musím veľa doháňať. Tak preto som bol na tej liečbe čo najmenej. Potom som ani nechcel ísť na dlhodobé liečenie, len do mesta, z ktorého som pochádzal“.

P.B: Aký ste mali vzťah s terapeutkou? Aký bol?

E.E: „Taký dobrý bol. Ja som si s nimi so všetkými rozumel. Ale keď som začal abstinovať, teda už taký ten posledný krát, tam som si povedal dobre, už je koniec. Teraz musíš už nájsť niečo, aby si bol dlhodobo triezvy. Tak som začal chodiť na kluby AA. Pretože som si povedal, že aj keď tam budem len sedieť tú hodinu a že aj sa mi to bude zdať také o ničom. Ale tak aspoň to, že budem počúvať, aspoň jedna veta, keď mi niečo dá... Tak to bude plus. KA poriadajú každý rok výročné kluby, tancovačky. A odvtedy som na každý jeden, teraz už desiaty rok zavolať svoju terapeutku, aby sa prišla pozrieť, ako sa bavíme bez alkoholu. Som s ňou stále v podstate v kontakte. Aj teraz asi pred dvoma

mesiacmi sme ju s jedným pacientom stretli na chodbe. A ona tak úsmevne vravela, že kedysi by za tohto pacienta nedala ani päť korún“.

P.B: Aké mala vlastnosti?

E.E: „Bola veľmi príjemná. Snažila sa pomôcť. Bola profesionálka. Do svojej práce sa rozumela“.

P.B: Aký prístup mala direktívny alebo nedirektívny?

E.E: „Veľmi nedirektívny. Nič nebolo na silu. Taký skôr kamarátsky. Skôr to bolo o tom, že chcela poradiť, ale nie prikázať. Nič nanútené“.

P.B: Vymenujem vám role terapeutov. Ku ktorej roli by ste priradili vašich terapeutov?

E.E: „Asi komentátor“.

P.B: Bol tento vzťah pre Vás dôležitý?

E.E: „No jasné, určite bol pre mňa dôležitý“.

P.B: Keď teda bol dôležitý, tak v čom?

E.E: „Bolo to dôležité z toho dôvodu, že ja keď som aj... Najskôr som si nemyslel, že by som to mal s niekým preberať, ale keď som zistil, že to sám nevládam, tak to bolo veľmi príjemné, že mi vedeli pomôcť“.

P.B: Čo bolo pre Vás naštartovaním sa v tom, že nastúpite na liečbu?

E.E: „Tie problémy, ktoré som mal, boli väčšie ako som dokázal zvládnuť. Iste aj taký tlak okolia“.

P.B: Ako ste vnímali svojho terapeuta?

E.E: „Všetci tvrdili, že bola veľmi prísna. Ale ja si myslím, že bola taká akurát na mňa. Keby to bolo moc, tak by som tam nechodil. Pretože to robila tak, ako to robila, tak som tam chodil a pomohla mi. Vedela ako to má robiť. Mala veľa skúseností s prácou so závislými a vedela mi pomôcť“.

P.B: Keď riešite vo svojom živote nejaké veci, vraciate sa k tomu, čo Vám hovorila terapeutka?

E.E: „Áno“.

P.B: Čo na príklad?

E.E: „Napri. s prácou mimo zamestnania. Ona nám vždy vravela, aby sme vedeli správne oddychovať. Viem, že s tou prácou sa mi to dosť vynáralo. Napri., keď som pracoval v jednej firme 19 rokov a potom mi dali výpoveď, sa mi veľmi ťažko zháňala nová. Teraz je to už v pohode“.

P.B: Ste s ňou aj teraz v kontakte?

E.E: „Nie pretože už tam nerobí. Ale z času na čas ju stretnem v autobuse“.

P.B: Veľmi pekne Vám ďakujem za čas, ktorý ste mi venovali. Prajem Vám veľa sily v abstinencii a dobrých ľudí v ceste.

## **Príloha K**

### **Dvanásť krokov Anonymných alkoholikov**

- Priznali sme si svoju bezmocnosť nad alkoholom - naše životy sa stali neovládateľné
- Dospeli sme k viere, že len Sila väčšia ako naša obnoví naše duševné zdravie.
- Rozhodli sme sa odovzdať svoju vôľu a svoj život do starostlivosti Boha, tak ako ho my chápeme.
- Urobili sme dôkladnú a nebojácnu morálnu inventúru samých seba.
- Priznali sme Bohu, samým sebe a inej ľudskej bytosti presnú povahu svojich chýb.
- Boli sme úplne prístupní tomu, aby Boh odstránil všetky naše charakterové chyby.
- Pokorne sme ho požiadali, aby odstránil naše nedostatky.
- Spísali sme zoznam ľudí, ktorým sme ublížili a boli sme ochotní to napraviť.
- Urobili sme priamu nápravu vo všetkých prípadoch, v ktorých to bolo možné, okrem prípadov, keď by naše konanie im alebo iným ublížilo.
- Pokračovali sme v našej osobnej inventúre a keď sme urobili chybu, ihneď sme sa priznali.
- Pomocou modlitby a meditácie sme zdokonaľovali svoj vedomý styk s Bohom tak, ako ho my chápeme a prosili sme ho len o to, aby sme spoznali jeho vôľu a mali silu ju uskutočniť.
- Výsledkom týchto krokov bolo, že sme sa duchovne prebudili a usilovali sme sa odovzdávať toto posolstvo ostatným alkoholikom a uplatňovať tieto princípy vo všetkých našich záležitostiach“.

(Kroky AA, 2008)

