

Interpersonal Relationships during Drug Use and Addiction Treatment from the Perspective of Clients in a Therapeutic Community



KLIMAS, J.^{1,2}

¹ Department of Psychology, Faculty of Philosophy and Arts, Trnava University, Trnava, Slovakia

² School of Medicine and Medical Science, University College Dublin, Ireland

Citation: Klimas, J. (2012). Interpersonálne vzťahy v priebehu užívania drog a liečby závislosti z pohľadu klientov/iek v terapeutickej komunite. *Adiktologie*, (12)1, 36–45.

BACKGROUND: Interpersonal problems among drug users (DU) are frequent, are related to other problems, and improve during addiction treatment. **AIMS:** Using a retrospective methodology, to acquire a better understanding of changes in relationships which occur in the course of drug use and drug treatment, as well as their subjective appraisal by ex-drug users. **METHOD:** Semi-structured interviews with drug users in a therapeutic community (TC) were analysed by means of a descriptive-interpretive method. The coding of interview transcripts into categories was performed in two phases using the NVivo 7 qualitative software. Five interviews were coded in the pilot phase, followed by an audit by an external psychologist and progressive coding of the rest of the transcripts, with data saturation being reached in the second phase. **PARTICIPANTS:** Nine male clients and one female one, aged 18–36 years

(mean: 25.9), participated in the study, and the lengths of their stays in the TC were 2–35 months (mean: 9.9). Their approximate mean age at the time of the onset of drug use was 15.6 years (12–28). **RESULTS:** The analysis provided 21 categories which were divided into three domains based on chronological order. Changes in relationship priority during active drug use occurred on the basis of barriers (such as the need to obtain drugs and stigma), which restrained active drug users from engaging in and maintaining their social relationships. Re-prioritisation of relationships during treatment was facilitated by the experience of help, support, and the restoration of trust in relationships. **CONCLUSIONS:** This study builds on the previous work exploring the broad issue of the social consequences of drug use while also offering clients' perspectives on this topic.

KEY WORDS: INTERPERSONAL RELATIONS – DRUG USE – DRUG ADDICTION – THERAPEUTIC COMMUNITY – DRUG TREATMENT CENTRE – QUALITATIVE RESEARCH

Submitted: 9 / MARCH / 2011

Accepted: 16 / DECEMBER / 2011

Address for correspondence: Ján Klimas, MSc, PhD / halapartna@yahoo.com / Department of Psychology, Faculty of Philosophy and Arts, Trnava University, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, Slovak Republic

Interpersonálne vzťahy v priebehu užívania drog a liečby závislosti z pohľadu klientov/iek v terapeutickej komunite



KLIMAS, J.

¹ Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity, Trnava, Slovensko

² School of Medicine and Medical Science, University College Dublin, Írsko

Citace: Klimas, J. (2012). Interpersonálne vzťahy v priebehu užívania drog a liečby závislosti z pohľadu klientov/iek v terapeutickej komunite. *Adiktologie*, (12)1, 36–45.

VÝCHODISKÁ: Interpersonálne problémy u užívateľov/iek drog (UD) sú časté, späté s ďalšími problémami a zlepšujúce sa počas liečby závislosti. **CIELE:** Cieľom našej štúdie bolo pomocou retrospektívnej metódy bližšie porozumieť zmenám vo vzťahoch, ku ktorým dochádza v rôznych fázach užívania drog a liečenia závislosti, ako aj ich subjektívnemu hodnoteniu exužívateľmi/kami drog. **METÓDY:** Semištrukturované rozhovory s UD v terapeutickej komunite (TK) boli analyzované deskriptívno-interpretatívnym spôsobom. Kódovanie prepisov rozhovorov do kategórií prebehlo v dvoch fázach za pomoci kvalitatívneho programu NVivo 7. V pilotnej fáze bolo analyzovaných päť rozhovorov, nasledoval audit externým psychológom a neskôr postupné kódovanie zvyšných prepisov so sledovaním saturácie v druhej fáze. **SÚBOR:** Štúdie sa zúčastnilo 9 klientov a jedna klientka s priemerným vekom

25,9 rokov (18–36), ktorí boli v TK priemerne 9,9 mesiacov (2–35). Približný vek prvého užitia nelegálnych drog bol v priemere 15,6 rokov (12–28). **VÝSLEDKY:** Analýza poskytla 21 kategórií, ktoré boli podľa chronologickej postupnosti rozdelené do troch domén. Zmeny v prioritě vzťahov počas aktívneho užívania drog sa diali na základe bariér (potreba zaobstaráť drogy, stigma), ktoré bránili aktívnym UD vytvárať a udržiavať sociálne vzťahy. Reprioritizácia vzťahov počas liečby bola facilitovaná najmä zážitkom pomoci, opory a obnovením vzťahovej dôvery. **ZÁVERY:** Táto štúdia nadväzuje na závery predchádzajúcich prác v rozsiahlej oblasti sociálnych následkov užívania drog a ponúka pohľad klientov/iek na túto tému.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: INTERPERSONÁLNE VZŤAHY – UŽÍVANIE DROG – ZÁVISLOSŤ – TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – RESOCIALIZAČNÉ STREDISKO – KVALITATÍVNY VÝSKUM

Došlo do redakcie: 9 / BŘEZEN / 2011

Přijato k tisku: 16 / PROSINEC / 2011

Korespondenční adresa: Mgr. Ján Klimas, Ph.D. / halapartna@yahoo.com / Katedra Psychológie Filozofickej Fakulty Trnavskej Univerzity, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, Slovenská republika

● 1 ÚVOD

Interpersonálne problémy u ľudí nadmerne užívajúcich alkohol a iné drogy sú časté, späté s ďalšími problémami a zlepšujúce sa počas liečby závislosti.

Systematická metaanalýza štúdií o výskyte domáceho násilia a intoxikácie alkoholom preukázala vyššiu pravdepodobnosť násilia v prípade akútnej intoxikácie (Foran & O'Leary, 2008). Ďalej sa ukázalo, že rané traumy z detstva majú zvýšený výskyt u užívateľov/iek drog (UD) (Grayson & Nolen-Hoeksema, 2005).

Zatiaľ čo kvantitatívny výskum prináša prevažne negatívne závery o vzťahoch aktívnych UD, kvalitatívny výskum dopĺňa tieto zistenia výsledkami, ktoré sú niekedy opačné. Napríklad Simmons a Singer (2006) zistili, že v užívateľských pároch sa partneri/ky vzájomne podporovali pri zaobstarávaní drog, čo je podľa nich prejavom náklonnosti a altruizmu. V podobnej kvalitatívnej štúdií (Wright, Tompkins & Sheard, 2007) si autori/ky položili otázku, či môže vzájomné injikovanie drog predstavovať formu zneužívania partnera/ky. Výpovede participantov/iek podporili túto hypotézu, no napriek tomu bola v stabilnejších a nekonfliktných pároch prítomná aj neha a snaha aplikovať drogu bezbolestne, resp. bez zbytočného zranenia partnera/ky.

Rozdiely v uvedených kvantitatívnych a kvalitatívnych výskumoch by sa dali vysvetliť dvomi spôsobmi. Väčšina kvantitatívnych štúdií využíva liečených a nie aktívnych UD (Cunningham & McCambridge, 2011; Zinberg, 1984). Kvantitatívne výskumy s liečenými UD zvyčajne zisťujú iba počet vzťahov, frekvenciu interakcie, prípadne spokojnosť so vzťahmi (napr. Eldred & Washington, 1976). Z toho vyplýva, že pre podrobnejšie poznanie vzťahov UD by sa mal adiktologický výskum v oblasti vzťahov orientovať viac na kvalitatívne metódy a na skúmanie období aktívneho užívania drog, hoci aj retrospektívnym spôsobom.

Odhladnuc od toho, že väčšina našich poznatkov o vzťahoch UD pochádza z retrospektívneho skúmania liečených UD, faktom zostáva, že liečba závislosti je vo všeobecnosti účinná (Hubbard, Craddock & Anderson, 2003). Napríklad, účinnosť ambulantnej liečby bola potvrdená v doposiaľ najrigoróznnejšej štúdií sledujúcej rozdiely v rôznych druhoch terapie (Crits-Christoph et al., 1999). Vzťahové fungovanie sa zlepšilo o 23–29 %. Výskum terapeutických komunit (TK) potvrdil ich účinnosť, napr. systematickou prehľadovou štúdiou (Lees, Manning & Rawlings, 1999), hoci novšia prehľadová štúdia zistila nedostatok výskumov potvrdzujúcich ich účinnosť v prípade drogovej závislosti (Smith, Gates & Foxcroft, 2006). V tejto oblasti je stále deficit znáhodňovaných klinických štúdií (tzv. RCT) (De Leon, 2010).

Vzťahy sú dôležitým faktorom v liečbe závislosti. Ich pozitívny prínos sa prejavuje jednak vo vzťahu s terapeutom/kou (Barber et al., 2006), ale aj mimo terapeutickú interakcie (Orford et al., 2006; Prochaska & diClemente,

1982). Napríklad v liečbe alkoholovej závislosti sa zistilo, že aj individuálne liečenie otcov so závislosťou je prínosné pre celú rodinu (Andreas, O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). Toto naznačuje, že liečba závislosti by mala zahŕňať intervencie, ktoré sa jednak zameriavajú na vzťahové fungovanie klientov/iek a ktoré zároveň využívajú účinnosť interpersonálnych faktorov.

V adiktologickom výskume sociálnych aspektov závislosti je u nás deficit výskumov s aktívnymi UD. Kvalitatívnych štúdií je rovnako málo, zatiaľ čo výsledky kvantitatívnych prieskumov korešpondujú so zahraničnými. Napríklad, v slovenskej práci Andrého et al. (1994) hodnotilo vzťahy s príbuznými 35 % osôb vyšetrených pre podozrenie zo závislosti od drog ako disharmonické a 33 % nemalo kontakt s rodinou. Domáce kvalitatívne štúdie z prostredia liečby prinášajú výsledky, ktoré zodpovedajú kvantitatívnym výskumom z posledných rokov (napr. Molnárová, Prajsová, Večeřová & Kobližková, 2008). Ich závery podporujú funkciu vzťahových faktorov pri vzniku (napr. rodinná deprivácia, psychosociálna vulnerabilita, viz Miovský, 2000) aj pri úspešnej liečbe závislosti (Halama & Klimas, 2006; Radimecký, 2006).

Z uvedeného prehľadu literatúry vyplýva, že chýbajú kvalitatívne výskumy skúmajúce vzťahy počas aktívneho užívania drog. Skúmanie týchto vzťahov môže viesť k zmenám v tom, ako sa pozeráme na UD, a k zníženiu spoločenských predsudkov. Nepriamo sa tým môže zvýšiť dostupnosť pomáhajúcich služieb pre UD a aj samotné služby.

● 2 CIELE

Cieľom tejto exploratívnej štúdie bolo preto bližšie porozumieť vnímaniu interpersonálnych vzťahov u UD a zmenám, ku ktorým v nich dochádza v rôznych fázach užívania drog a liečby závislosti. Vnímanie minulých a súčasných vzťahov sme skúmali metódou retrospektívnych výpovedí u klientov/iek liečených v TK. Kvalitatívnu metodológiu sme zvolili preto, lebo predsudky o vzťahoch UD obmedzujú možnosti tradičného kvantitatívneho skúmania v tejto oblasti (Miovský, 2001), a dúfali sme, že kvalitatívna metóda nám umožní venovať sa negatívnym, až protirečiacim prípadom, čo je zároveň taktika na zlepšovanie kvalitatívneho výskumu (Fitzpatrick & Boulton, 1994).

● 3 VÝSKUMNÝ SÚBOR

Kvalitatívnych rozhovorov sa zúčastnilo 10 klientov/iek (z toho 1 žena) zo slovenskej TK. Rozhovory sme nahrávali od januára do septembra 2009 podľa toho, ako klienti/tka postupne naplňali podmienky zaradenia do výskumného výberu. Tieto podmienky boli vek (nad 18 rokov), dĺžka pobytu v TK (minimálne 2 mesiace, čo umožnilo určitý odstup a reflexiu obdobia pred liečbou) a nealkoholová, resp. kombinovaná závislosť.

Vo vzťahu k dĺžke pobytu v TK sme zvolili tzv. cieľný/teoretický nábor (ang. Purposive/Theoretical sampling) klientov/iek do vzorky, ktorý sa bežne využíva v kvalitatívnom výskume (Fitzpatrick & Boulton, 1994) a ktorý umožňuje vybrať takých participantov/ky, ktorí budú najlepšie ilustrovať skúmaný proces alebo fenomén. Zámerne sme preto zvolili klientov/ky TK, ktorí boli v rôznych fázach liečby, keďže sa dá očakávať, že svoje vzťahy budú subjektívne prežívať odlišne, napr. klienti/ky, ktorí sú v liečbe iba dva mesiace, sa spravidla zaoberajú vlastnou motiváciou k liečbe a na vnútorné vzťahy sa príliš nezameriavajú, zatiaľ čo ľudia po trojročnej liečbe môžu byť až „odtrhnutí“ od sociálnej reality mimo TK (viz napr. Kooyman, 2005; Radimecký, 2006). Takýto spôsob výberu participantov/iek nám poskytol relatívne široké spektrum perspektív na danú problematiku v súlade s uvedenými cieľmi štúdie.

Priemerný vek účastníkov/čky bol 25,9 rokov (18–36) a priemerná dĺžka pobytu v TK bola 9,9 mesiacov (2–35). Približný vek prvého užívania nelegálnych drog bol v priemere 15,6 rokov (12–28¹). Jeden klient bol inej než slovenskej národnosti. Najvyššia dosiahnutá úroveň vzdelania bola základná škola (2), SOU (2) a SŠ s maturitou (6). Pre štyroch klientov išlo o prvé liečenie, ktoré doposiaľ absolvovali. Liečba v TK prebieha na Slovensku v tzv. resocializačných centrách. Okrem komunitného programu, pracovnej terapie, individuálnej a skupinovej psychoterapie sú jej súčasťou aj iné aktivity (bližšie viz Šírová, 1999).

● 4 SPÔSOB VÝSKUMU

So všetkými účastníkmi/čkou sme po oboznámení s účelmi výskumu a podpise informovaného súhlasu nahrali semištrukturovaný rozhovor, ktorý exploroval dve základné témy. Prvou bol priebeh zmien vo vzťahoch, ku ktorým došlo od počiatkov užívania drog až dodnes, a druhou bola úloha, ktorú v tom hrali drogy. Pri analýze prepisov rozhovorov sme postupovali podľa zásad deskriptívno-interpretatívneho prístupu (Elliott & Timulák, 2005), ktoré sme podrobne opísali v pilotnom príspevku (Klimas, 2010). Po spracovaní prvých piatich rozhovorov prebehol externý audit a po ňom sme do analýzy postupne pridávali ďalšie prepisy a sledovali saturáciu pilotných kategórií. Zahrnutie ďalších prepisov prinieslo nové sub/kategórie, ktoré uvádzame v tomto článku.

Kvalitatívnu analýzu dvakrát auditoval externý audítor skúsený v kvalitatívnej metodológii a pracujúci v oblasti liečby závislostí, čo prispelo k celkovému posilneniu validity a „kredibility“, resp. dôveryhodnosti (ang. trustworthiness) analýzy (Hill et al., 2005). Validita a kredibilita kvalitatívnej analýzy bola, okrem sledovania saturácie dát a externého auditu, ďalej zvýšená využitím kvalitatívneho

softwaru NVivo na spracovanie dát (Bazeley & Richards, 2007).

Nahrávky rozhovorov prepísal priamo autor článku a súbory s prepismi boli následne importované do programu NVivo 7. Verzia 7, ktorú sme využili v analýze, bola vyvinutá austrálskou firmou (Qualitative Software Research) v 2007 na základe jej predchodcu NUD*IST. Tento komplexný program zlučuje v sebe výhody textového a tabuľkového editoru, multimediálneho prehrávača spolu so základným grafickým programom. Umožňuje pracovať s rôznymi typmi dokumentov a súborov naraz, čo facilituje porovnávanie a klasifikáciu (pre detailný popis pozri napr. Bazeley & Richards, 2007). Významové jednotky sme v tomto programe kodovali do tzv. uzlov (Free node) jednoduchým zvýraznením textu. Tieto sme neskôr kombinovali do širších kategórií a nakoniec domén (tzv. Tree nodes). Na základe podobností a rozdielov medzi jednotlivými kategóriami sme vytvorili štruktúru, resp. hierarchiu kategórií, ktorá obsahovala odkazy na výroky z jednotlivých prepisov.

Výskumná procedúra bola po etickej stránke schválená komisiou Katedry psychológie na TU v Trnave v rámci obhajoby dizertačného projektu autora článku (máj 2007).

● 5 VÝSLEDKY

Analýza poskytla celkovo 21 všeobecných, resp. „typických“ kategórií (viz Hill et al., 2005) a 13 subkategórií, ktoré boli na základe časovej postupnosti usporiadané do troch väčších skupín, t.j. domén. Okrem typických kategórií vznikli počas analýzy aj variabilné kategórie, ktoré boli sýtené príliš nízkym počtom klientov/iek (<4), a preto ich v tomto článku neuvádzame. Keď sme po pilotnej analýze postupne pridávali ďalšie prepisy, t.j. sledovali saturáciu, identifikovali sme 8 nových sub/kategórií. V tomto príspevku uvádzame výsledný zoznam kategórií a konkrétne príklady výpovedí klientov/iek. Čísla v zátvorkách reprezentujú počet klientov/iek zaradených do príslušnej kategórie (t.j. 7/10 znamená, že o danej kategórii vypovedalo 7 z 10 participantov/iek).

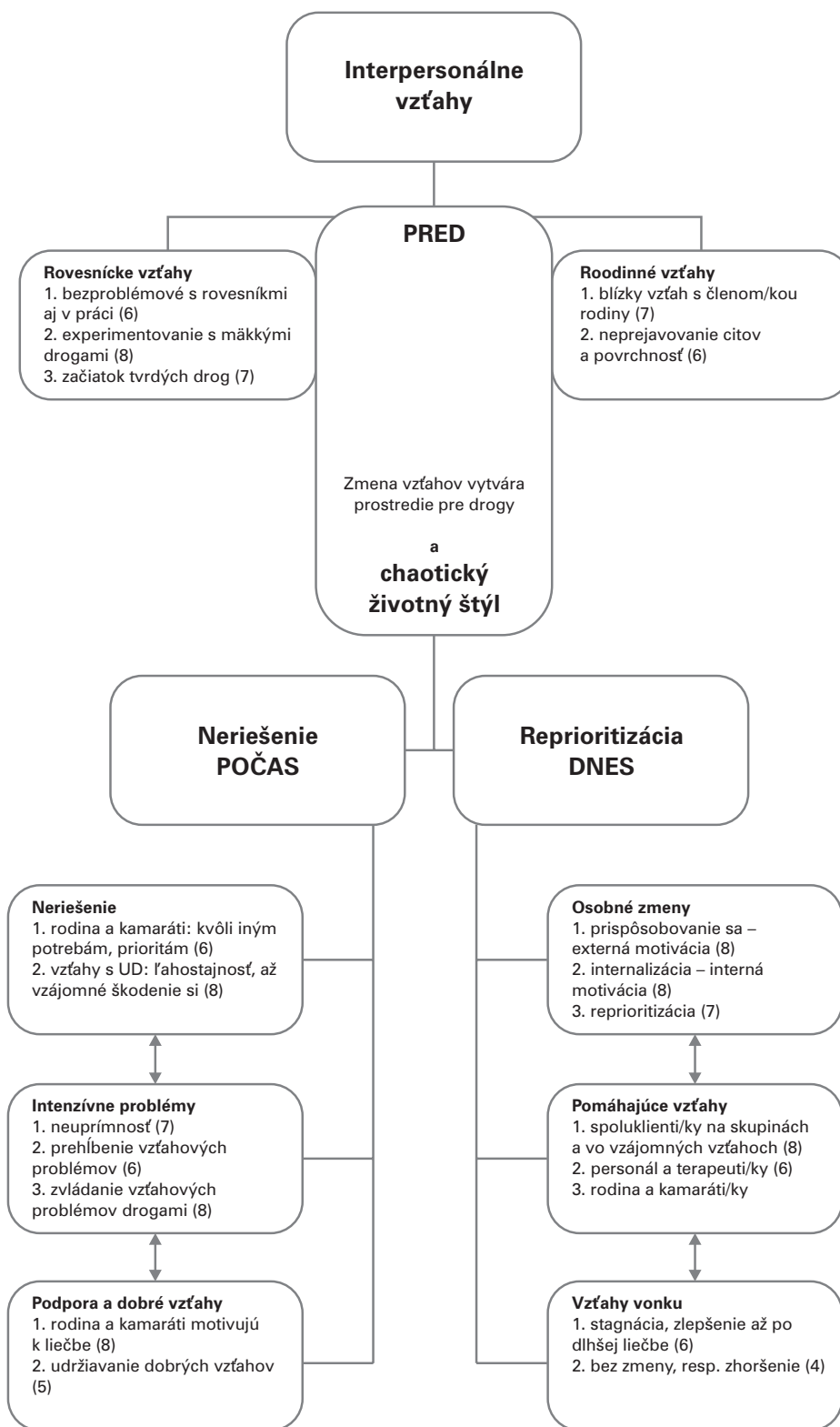
Prvá doména sa týka vzťahov **pred začiatkom** užívania drog, ako ich popísali účastníci/čky v rozhovoroch. Kategórie v tejto doméne opisujú predovšetkým rodinné a rovesnícke vzťahy na prelome začiatkov užívania drog (pozn.: tieto kategórie nemusia byť nevyhnutne charakteristické pre všetkých neskorších UD). Konkrétne ide o 7 hlavných kategórií a dve nové subkategórie (ktoré vznikli až po pridaní ďalších prepisov do analýzy, *obrázok 1*):

- **K mal/a pretrvávajúci blízky, až výlučný vzťah s rodinným príslušníkom/čkou (7/10)**

„...ako starká bola vždycky nejaký môj azyl, to je to, bolo tak, že keď bolo, neviem ako, zle, tak som vždycky došla k starkej, jak mi bolo zle, tak som išla k nej“ (rozhovor 1).

- **K vnímal/a výchovný štýl v rodine ako reštriktívny (4/10)**

1/ Jeden z klientov mal kombinovanú závislosť, kde bola primárna alkoholová závislosť, a preto uvádzame vek (28), v ktorom začal problémovo piť.



Obrázok 1 / Figure 1

Interpersonálne zmeny počas užívania drog a závislosti. (Čísla v zátvorkách znamenajú počet klientov/iek vypovedajúcich o danej zmene.)
 Interpersonal changes during drug use and addiction. (Numbers in brackets represent number of clients who reported the change.)

„...ja neviem, nemohol som si doma povedať vlastný názor a furt mi nadávali, jak sa obliekaš, hudbu, jakú máš, a nemal som takú slobodu v tomto“ (rozhovor 2).

- K vníma/a rodinné prostredie ako neúplné alebo konfliktné (4/10)

„Vždy som došiel domov a hádka bola na dennom poriadku, klasika, taká dosť blbá atmosféra bola kvôli tomu doma, to bolo roky, dlho. Vlastne žil som len s mamou, lebo otec odišiel, keď som mal 6“ (rozhovor 9).

- Neprejavovanie citov vo vzťahoch a povrchnosť v rodine (6/10)

„Otec a matka, nepamätám si, že by mi povedali, alebo ma objali, že ma majú radi, toto viem, že v našej rodine chýbalo, ale kvôli tomu som nezačal brať drogy“ (rozhovor 3).

- K vníma vzťahy s rovesníkmi, v práci ako bezproblémové (6/10)

„V rodine vzťahy super, s mamou, s otcom dobré vzťahy dodnes. V škole tiež normálne, priemerný prospech“ (rozhovor 11).

- Kolektív rovesníkov je priestorom pre experimentovanie s marihuanou a tanečnými drogami (8/10)

- K skúša marihuanu a iné drogy s najlepším kamarátom/ťou (4/10)

„...mám jedného kamaráta, najlepšieho kamoša. S ním som sa zdieľal o všetkom“ (rozhovor 8).

- Začiatok užívania heroínu/pervitínu pri nájdení kamaráta/ta, ktorí ich brali (7/10)

- Prevažne starší kamaráti/čky sú vzorom, aj v užívaní drog (5/10)

„Ja som mal 17, oni mali 30 rokov a oni ma naučili tamto i toto, poukazovali mi, kde sa predáva a tak“ (rozhovor 2).

Kategórie v druhej doméne obsahujú zmeny vo vzťahoch, ktoré sa diali počas aktívneho užívania drog a závislosti. Na rozdiel od pilotnej analýzy (Klimas, 2010) obsahuje táto doména novú kategóriu o udržiavaní dobrých vzťahov počas užívania a medzi liečbami. Do tejto domény sme zaradili 7 kategórií a tri subkategórie (viz obrázok 1):

- K hodnotí vzťahy počas užívania drog ako neúprimné voči rodine a priateľom/kám (7/10)

„...to je inak strašné, jak som bola neúprimná, lebo ona mi hovorila, pýtala sa ma, že aké to bolo, jak som s tým dokázala prestať, ako som sa cítila, a pritom som bola v období, kedy som zase brala tie drogy. Ale netvárila som sa, že ich beriem. Bolo to úplne v podstate neúprimné a falošné a nemala by som odvahu jej to povedať“ (rozhovor 1).

- K má v období chaotického životného štýlu intenzívne problémy v rodinných vzťahoch a s priateľmi (6/10)

„To boli každodenné hádky, doma toto zmizlo, potom 3 dni pokoj, zas hento zmizlo, to bolo strašné obdobie“ (rozhovor 2).

„Ja jej hlavne nechcem ublížiť, v tom svojom živote keby som pokračoval, tak by to zle dopadlo, lebo už som odsunul to manželstvo aj priateľov normálnych na druhú stranu a som si dal do popredia tie drogy hlavne. Robil som všetko preto, aby som nebol s manželkou, večer keď som prišiel z práce, tak som ju nechával samú, ona plakala a zle veľmi. Nikdy som ju nebil, ale až psychické týranie skoro. Ani na to nechcem spomínať“ (rozhovor 11).

- K rodina a kamaráti podporujú, motivujú k liečbe (8/10)

„Prišla na mňa kríza, tak mamka sa o mňa starala 3 dni, som tam krízoval, zvracal. Ten terapeut prišiel, lebo on bol na Vianoce tiež doma, on to sľúbil, tak som zavolať, že príde, vybavil to tu a išiel som. Mamka sa pýtala, že keď chcem, nech idem, že ona to zaplatí a išiel som sem“ (rozhovor 8).

- K „nerieši“ vzťahy počas užívania drog, t.j. nezaobere sa nimi, ani nie sú prioritou (10/10)

- K „nerieši“ vzťahy s rodinou a kamarátmi kvôli iným potrebám, prioritám (6/10)

- K „nerieši“ vzťahy s UD – vníma ľahostajnosť, až vzájomné škodenie si (8/10)

„...ja ti to neviem, ako ti to vysvetliť, lebo človek, keď fetuje, tak ho vôbec tie vzťahy netrápia, takže ti to neviem nejak definovať“ (rozhovor 6).

„...tam to fungovalo tak, za ten týždeň, že sedeli sme v aute a dajme tomu, že v 1 aute sú 4–5 ľudí. A ten 1 človek v tom aute ukradne 1 človeku niečo, a kým sa prejde 100 km, tak tomu, čo to ukradol, tak ten vedľa mu to ukradne a tomu zasa ten vedľa a nakoniec sa to dostane aj tak tomu prvému človeku, proste otras. Otras, tie vzťahy medzi sebou, že to bolo hrozné, toto ma dostalo do takého stavu, že som vyskočila po tom týždni z auta, že toto nemôžem“ (rozhovor 1).

- Zmena okruhu kamarátov vytvára prostredie pre užívanie drog a relapsy (8/10)

„Potom som už prestal aj medzi nich chodiť, chodil som medzi úplne iných ľudí, čo mne vyhovovali, ktorí niečo brali“ (rozhovor 2).

- K užíva drogy ako spôsob zvládania interpersonálnych problémov, straty (8/10)

„...prišiel som po nejakých 8–10 hodinách z práce a výsledok jediný bol mať doma natlakovanú matku a zažívať tie stavy, divadlá, výčitky. Načo? Koho to bavilo, tak som šiel von, zohnal som si niečo a bolo mi dobre“ (rozhovor 6).

- K si počas užívania udržiava dobré vzťahy s členmi rodiny (a kamarátmi) (5/10)

- K vzťahy sa zlepšujú v období medzi liečbami, než začal/a znovu užívať (4/10)

„Prvý polrok sa mi darilo, mal som priateľku, stály vzťah, ktorá nefetovala, som nechodil ani von, iba do práce a k nej. Chodil som ráno o 6 behať, prestal som fajčiť, huliť“ (rozhovor 10).

Kategórie v tretej doméne sa týkajú **obdobia súčasnosti, t.j. pobytu v TK**. V porovnaní s pilotnou analýzou došlo k najväčším zmenám v štruktúre kategórií práve v tejto doméne. Tieto zmeny zahŕňali premenovanie, reorganizáciu a vypustenie niekoľkých kategórií ako aj vytvorenie 5 nových subkategórií (viz obrázok 1). Výsledný zoznam pozostáva zo 7 kategórií a 8 subkategórií:

- K pociťuje pomoc od spoluklientov/tiek na skupinách a vo vzájomných vzťahoch (8/10)

- K sa začína otvárať na skupinách a vnímať pozitívne možnosť vyrozprávať sa (5/10)

- K sa učí zvládať záťažové interpersonálne situácie (zručnosti a stratégie) (6/10)

„...ono to tak funguje, že všetci si pomáhame, keď je niekomu zle, tak sa zvolá tzv. skupina, na ktorej sme všetci, a riešime ten problém. Pomáhame mu všetci“ (rozhovor 1).

- K pomáha pomoc od personálu a terapeutov/tiek (6/10)

„A vlastne 1 terapeut, čo tu robí, tak on ma sem zobral, to bol vlastne môj kamarát od piatich rokov, takže to som vedel, keby som tú šancu nemal, tak by som sa skôr zobral a išiel naspäť“ (rozhovor 8).

- K si postupne internalizuje ciele, metódy a filozofiu liečby (8/10)

- K porovnáva liečebne a prostredie TK vníma ako nápomocné (4/10)

- K má zvnútornené presvedčenie o nápomocnosti TK (4/10)

- K má vytvorený obraz o UD, t.j. narkomanská osobnosť, správanie (identifikuje sa ako narkoman) (5/10)

„Ja tomu niekedy tiež nerozumiem, ale viem, že tie vzťahy, ak sa to tu ukončí, tak sú lepšie. Býva to tak a je to tak u mňa určite“ (rozhovor 3).

- K prechádza procesom prispôsobenia sa životu, fungovaniu komunity (8/10)

- K pociťuje šok z odchodov, nestálosti komunity (4/10)

„...no, vlastne ten človek sa musí prispôbiť, a keď to vidím tak, ako oni hovorili, že každý tu má nejakú stratégiu prežitia, ako sa tu chová, aby mu tu bolo dobre“ (rozhovor 8).

- Vzťahy vonku stagnujú, zlepšujú sa až po dlhšej liečbe (6/10)

- Vo vzťahoch vonku sa nič nezmenilo, resp. zhoršilo (4/10)

„...no, ešte je to horšie, ako to bolo, proste ja mám doma alarmy, zrušili mi trvalý pobyt, takže oni už dali úplne odo mňa ruky preč, už toho majú dosť“ (rozhovor 2).

- K vníma podporu od rodiny a kamarátov, počas doterajšej liečby a predošlých pokusov, ako nápomocnú (6/10)

„On ma sem vlastne doviezol teraz. Keď potrebujem voľačo, napríklad odviezť, priviezť, tak mu poviem a on ide, nepovie nič, že nemôže alebo čo“ (rozhovor 5).

- „Reprioritizácia“, t.j. vzťahy s ľuďmi sa stávajú počas TK pre K prioritou (7/10)

- K pociťuje potrebu podpornej siete po liečbe a plánovať si vzťahy (6/10)

„...ten pohľad na svet, sa radujem aj z takých vecí, čo som mal predtým v piči, predtým ma vlastne zaujímali peniaze, heroín, aby som ho mal, a mal som všetko v piči, všetko mi bolo ukradnuté, vlastne. Teraz si začínam dávať ten život dohromady, a aby som ho viedol, ako ho mám bez tých drog sa ho naučiť žiť, tie vzťahy že sú dôležitejšie, z čoho sa mám radovať“ (rozhovor 8).

● 6 DISKUSIA

Cieľom našej štúdie bolo pomocou retrospektívnej metódy bližšie porozumieť vzťahom v priebehu užívania drog a liečby závislosti. Popri negatívnych kategóriách, ako napr. „neriešenie“ vzťahov počas aktívneho užívania drog, boli identifikované aj menej negatívne charakteristiky, ktoré naznačujú, že UD sa vzťahmi zaoberajú. Výsledky kvalitatívnej analýzy sú takto v niekoľkých prípadoch vo vzájomnom protiklade, čo obohacuje doterajšie poznanie o vzťahoch a drogách a zároveň ponúka nové námety pre adiktologické bádanie.

V období pred začiatkom užívania drog boli najvýraznejšie kategórie o pretrvávajúcom, až výlučnom vzťahu s rodinným príslušníkom/čkou, ktorý často trval až do súčasnosti, a zároveň kategórie o neprejavovaní citov v rodine. Absencia prejavovania citov v rodine je jedným z faktorov, ktoré môžu, ale nemusia nevyhnutne prispievať k tzv. „psychosociálnej vulnérabilite“ mladých ľudí voči návykovým látkam (ďalej sú to napr. rodinná konštelácia, vzťah UD k rodičom, výchovný štýl atď.), ktorá bola popísaná v odbornej literatúre (pozri napr. Miovský, 2000). Zatiaľ čo u UD v liečbe je možné absenciu prejavovania citov v rodine nezriedka identifikovať, nie je jasné, ako by to bolo u ich vrstovníkov/čok, ktorí/é drogy neužívajú. Možno by v tomto prípade mohlo ísť o charakteristiku typickú pre niektoré generácie rodín v česko-slovenskom sociokultúrnom kontexte. Otázkou zostáva, či by takáto rodinná konštelácia mohla zohrávať úlohu pri formovaní sociálnych zručností v detstve (napr. schopnosť vytvárať vzťahy), ktoré by spoločne s limitovaným zameraním sa na užívateľské vzťahy v dospelosti (viz K „nerieši“ vzťahy počas užívania drog, t.j. nezaobrá sa nimi, ani nie sú prioritou) a s potrebou zaobstarať si drogy (viz K má v období chaotického životného štýlu intenzívne problémy vo vzťahoch) mohli lepšie vysvetľovať vzťahy u aktívnych UD. Netreba však zabúdať aj na ďalšie premenné, ktoré môžu vplývať na vznik a rozvoj rizikového správania, napr. faktory bio-psycho-sociálneho modelu, či už na úrovni osobnosti jednotlivca, alebo sociálneho prostredia (viz Zinberg, 1984).

Čo sa týka rovesníckych vzťahov pred začiatkom užívania drog, hoci boli vzťahy v kolektíve rovesníkov/čok cel-

kovo vnímané ako bezproblémové, dochádzalo v nich k experimentovaniu s marihuanou a tanečnými drogami.

● 6 / 1 Neriešenie a reprioritizácia: nezaobranie sa vzťahmi počas užívania drog

V kategóriách z obdobia aktívneho užívania drog bolo možné sledovať spomínané protirečenia a zmeny v pozícii vzťahov na rebríčku priorít UD. Participanti/ky opisovali zníženie priority vzťahov ako tzv. „*neriešenie*“. Pojem „*neriešenie*“ sme prevzali priamo z výpovedí participantov/ky (tzv. „*in vivo*“ termín, založený na jazyku participantov, viz Creswell, 2009), pretože podľa nás najlepšie vystihoval vzťahy počas užívania drog. „*Neriešenie*“ znamená nezaobranie sa sociálnymi vzťahmi, pretože investovanie do vzťahov sa počas aktívneho užívania drog stalo otázkou priorít a preferencie zaobstarávania drog. Inými slovami, čas/energia venované zaobstaraniu drog boli nevyhnutne bariérou pre vytváranie/udržiavanie osobných vzťahov.

Vo výpovediach participantov/iek sa objavovali aj ďalšie bariéry, ktoré bránili väčšiemu investovaniu do vzťahov, väčšej úprimnosti, otvorenosti a tým narúšali dôveru a bránili rozvoju vzťahov, napr. pocit viny alebo strach z odsúdenia/odsudzovania (viz výrok pod prvou kategóriou v období aktívneho UD). Z toho sme sekundárne vyvodili, že ústrednou témou prežívania vzťahov u aktívnych UD bola dôvera. Dôvera bola dôležitá preto, lebo participantí/ky vnímali, že svojim UD kamarátom nemohli *veriť* a zároveň sa nemohli *zdôveriť* so svojimi problémami ani rodine, ktorá im tiež častokrát *neverila*. Slovom participantov:

„*A to trvá dlho, podľa mňa to sú roky, aby ti zase dôverovali a všetko.*“

„*Dlho sa to buduje a tu sú strašne rýchlo prevraty, ale taká tá ozajstná dôvera sa dlho buduje tu či vonku.*“

Napriek uvedeným bariéram, strate dôvery a „*neriešení*“ vzťahov bola podpora od rodiny a udržiavanie dobrých vzťahov prítomné hneď u niekoľkých účastníkov/čky. Hoci sú tieto zistenia v čiastočnom rozpore s vyššie uvedeným „*neriešením*“ vzťahov UD, domnievame sa, že identifikovanie takýchto protirečivých kategórií svedčí o tom, že sa nám podarilo naplniť jedno zo základných poslání kvalitatívneho skúmania, ktorým je identifikovanie javov, ktoré nezapadajú do existujúcich teórií a prinášajú hlbšie poznanie procesov ťažšie skúmateľných kvantitatívnym spôsobom (Fitzpatrick & Boulton, 1994). Na tomto mieste sa ponúka interpretácia, ktorú je nutné overiť ďalším výskumom. V TK ide v rámci prevencie relapsov o vybudovanie negatívneho postoja k drogám a celkovo dochádza k prehodnoteniu obdobia užívania a závislosti. Môžu byť výpovede o „*neriešení*“ vzťahov výsledkom takéhoto terapeutického pôsobenia a filozofie liečby v TK?

Celkovo z analýzy rozhovorov s klientmi/kami TK vyplýva, že sa UD počas obdobia užívania drog vzťahmi zaobrali, volili azda preto iba iné postupy, ktoré boli spojené

s drogami, napr. zvládanie či únik od vzťahových problémov prostredníctvom užívania drog. Z pohľadu liečby je dôležité neodsudzovať ich pre tieto postupy. Neodsudzujúci prístup je opakom moralizovania a nevyhnutnou podmienkou vytvorenia kvalitného terapeutického vzťahu tak, ako to opísal už Rogers (2000). Presadzovanie tohto prístupu je dôležité aj preto, že európske prieskumy ukazujú pretrvávajúcu prítomnosť stigmatizácie u pomáhajúcich profesií (napr. Gilchrist et al., 2011).

K tomuto obdobiu treba ešte dodať, že celkovo hodnotili účastníci/čky svoje vzťahy počas neho ako neúprimné, pretože nehovorili otvorene o drogách s rodinou, ani s priateľmi. S neúprimným správaním či klamaním u dospievajúcich je možné sa stretnúť v rôznych aspektoch života, napr. v škole, partnerských vzťahoch atď., aj bez toho, aby užívali nelegálne drogy. V niektorých prípadoch uvádzali participantí/ky aj intenzívne vzťahové problémy, ktoré sú známe aj z predošlých kvantitatívnych výskumov u nás (André et al., 1994). Spojitosť medzi vzťahovými problémami a drogami bola dvojako charakteru: interpersonálne problémy a ťažkosti niektorí/é zvládali pomocou úniku k drogám/alkoholu, čo predstavuje jeden z typov tzv. maladaptívnych kopingových stratégií (angl. maladaptive coping) (napr. Grayson & Nolen-Hoeksema, 2005), a zároveň boli problémom u iných spúšťačom relapsov.

Hoci našim zámerom nebolo skúmať priamo nápomocné faktory liečby v TK, klienti/ky počas rozhovorov spontánne rozprávali o tom, ako im sociálne prostredie v TK pomáhalo v procese liečby. Je možné, že vzťahové zmeny/procesy počas liečby a ich facilitujúce faktory boli pre nich natolko kompaktným celkom, že bolo náročné oddeliť jedno od druhého. Zároveň takáto úzka prepojenosť môže naznačovať prítomnosť tzv. nešpecifických faktorov liečby. Ako uvádzajú Hubble, Duncan a Miller (1999), sú z pohľadu klientov/iek v psychoterapii obvyčajne najdôležitejšie tzv. „*nešpecifické*“, t.j. všeobecné faktory terapie (napr. osobnosť terapeuta/ky; čas a priestor na rozprávanie; mať niekoho, kto sa zaujíma, počúva a rozumie; alebo niekoho, kto povzbudí a poradí). Na zásadný význam terapeutického vzťahu v psychoterapii poukazujú aj metaanalytické zistenia Assaya a Lamberta (1999) vo vyššie citovanej klasickej knihe Hubbleho et al., ktorí mu pripisujú až 30 % pozitívnej zmeny klienta/ky, pričom oveľa menší podiel na zmene majú terapeutické techniky (15 %) a klientove/kine očakávania, t.j. placebo efekt (15 %). Najsilnejším aspektom terapie (40 %) sú podľa nich tzv. mimoterapeutické faktory (angl. extratherapeutic influences), ktoré do istej miery korešpondujú s charakteristikami TK postavenými na využití vzťahu s personálom a so spoluklientami/kami, predovšetkým prostredníctvom sociálneho učenia vo vzájomnej interakcii „*tu a teraz*“, obojstrannej komunikácie, alebo individuálnej konzultácie medzi klientom/kou a personálom TK – v ktorých rovnako zohrávajú dôležitú úlohu interpersonálne

vzťahy (viz napr. De Leon, 2010; Halama & Klimas, 2006; Radimecký, 2006).

Najvýznamnejšie zistenia z obdobia pobytu v TK sa týkali reprioritizácie vzťahov, v pozadí ktorej možno pozorovať zmeny v oblasti dôvery. Napr. dôvera a úprimnosť, ktoré boli nižšie počas aktívneho užívania (viz prvý výrok v období aktívneho UD), sa stali základom pre vzťahy dnes. Klienti/ky mali možnosť otvárať sa voči vzťahom a nadobúdať dôveru vo vzťahoch s personálom a so spoluklientmi/kami jednak počas terapeutických, ale aj voľnočasových aktivít. Okrem toho bolo širšie chápané dôverovanie voči komunite a systému jej fungovania prítomné aj v oblasti prispôsobovania sa pravidlám fungovania a životu komunity. Toto korešponduje s transteoretickým modelom štádií zmeny (Prochaska & diClemente, 1982), podľa ktorého sú tzv. „pomáhajúce vzťahy“ jedným z hlavných procesov zmeny a vyžadujú dôverovanie druhým a akceptovanie ich podpory v liečbe. Rovnako to poukazuje na dôležitosť psychosociálnych faktorov v liečbe závislosti (viz Kostínková, 2008; Radimecký, 2006), na ktoré v rámci svojich účinných terapeutických faktorov TK upozornil aj Kooyman (2005). Okrem všeobecných faktorov poukazuje aj na faktory špecifické pre prostredie TK, napr. na funkciu TK ako náhradnej rodiny, na sociálne učenie v interakcii alebo na pozitívny tlak vrstovníkov (porovnaj napr. De Leon, 2010; Halama & Klimas, 2006; Radimecký, 2006).

Vo výsledkoch bola prítomná aj podpora zo vzťahov mimo TK a rodiny, čo je do istej miery, hoci nie úplne, konzistentné s doterajším kvalitatívnym výskumom (Orford et al., 2006). Ďalej sa vyskytli aj *negatívne* výpovede opisujúce proces prispôsobovania sa fungovaniu komunity a negatívne prežívanie vzťahov v rámci komunity, aj mimo nej. Keďže to bolo predovšetkým u klientov/iek v prvých mesiacoch liečby v TK, vysvetľujeme si to tak, že v tomto období bol vyšší tlak komunity na správanie konformné s jej pravidlami. Podľa Yaloma (1999) je takýto skupinový tlak v TK využívaný na testovanie reality („reality testing“), na potlačanie regresie a posilnenie pocitu osobnej zodpovednosti.

Systematický prístup ku kvalitatívnej analýze, ktorý sme zvolili, nám umožnil docieľiť vyššiu validitu a kredibilitu (angl. trustworthiness) jej výsledkov. Tento postup pozostával z aplikovania etablovaných spôsobov analýzy (Elliott & Timulák, 2005; Hill et al., 2005), z postupného vytvárania kvalitatívnych kategórií na základe saturácie výpovedami účastníkov/čok, ďalej tiež z externého auditu a využitia kvalitatívneho softwaru na organizáciu dát. Výsledky analýzy dosiahnuté uvedeným spôsobom však nemožno pokladať za reprezentatívne, či typické charakteristiky pre vzťahy všetkých UD, keďže išlo o výber účastníkov/čok z jedného zariadenia a dosiahnutie celoplošnej zovšeobecniteľnosti nebolo ani ambíciou tohto kvalitatívneho projektu.

Hoci išlo o malý výber z klientov/tiek jedného zariadenia, takýto spôsob výberu nie je netypický pre kvalitatívny výskum (Hill et al., 2005). Vo výbere bola len 1 žena, čo naznačuje možné skreslenie výpovedí v prospech mužov, no na druhej strane to reprezentuje pomer žien a mužov v TK na Slovensku. A nakoniec treba dodať, že náš výber nebol homogénny z hľadiska veku alebo dĺžky pobytu v TK. V tomto prípade nám išlo vo výbere o čo „najpestrejšie“ zastúpenie jednotlivých fáz liečby závislosti (tzv. ‘theoretical/ purposive sampling’, viz Fitzpatrick & Boulton, 1994).

● 7 ZÁVER

Vďaka použitiu kvalitatívnych metód sa nám podarilo podhaliť špecifická vzťahového fungovania počas užívania drog a liečby závislosti, ktoré neboli doposiaľ dostatočne reflektované vo výskumnej literatúre. Zaujímavým by z pohľadu ďalšieho výskumu mohlo byť aj replikovanie tejto štúdie na väčšom výbere a porovnanie identifikovaných kategórií s vekovo rovnocennou skupinou „neužívateľov/iek“ drog. Domnievame sa, že je potrebné v budúcnosti hľadať ďalšie spôsoby ako zapojiť aktívnych UD do výskumu, ktorý môže spätne informovať servisy a služby cieleňé na nich. Takto sa môžu ich názory a potreby dostať do fungovania servisov a plánovania služieb pre nich určených. Ďalším krokom by mohlo byť zastúpenie v rozhodujúcich orgánoch týchto služieb, ktoré jednoducho znamená uznanie ich pozície a integráciu v spoločnosti.

Podakovanie

Autor by rád poďakoval doc. Petrovi Halamovi a dr. Matúšovi Bieščadovi za odborné vedenie a pomoc s kvalitatívnou analýzou, ako aj klientom/kám, bez ktorých by tento článok nevznikol.

LITERATÚRA / REFERENCES

- André, I., Beniaková, J. & Čaplová, T. (1994). Sociálne-psychiatrické charakteristiky osôb vyšetrených pre podozrenie zo závislosti od heroínu a iných drog. *Protialkoholický obzor*, 29(3), 109–115.
- Andreas, J. B., O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (2006). Does individual treatment for alcoholic fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 74(1), 191–198.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: APA, p. 22–33.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. et al. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229–240.
- Bazeley, P. & Richards, L. (2007). *The NVivo qualitative project book*. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage Publications, Inc.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of general psychiatry*, 56(6), 493–502.
- Cunningham, J. A. & McCambridge, J. (2011). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*. (Early View).
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic communities*, 31(2), 104–128.
- Eldred, C. A. & Washington, M. N. (1976). Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. *Int. J. Addict.*, 11(1), 117–130.
- Elliott, R. & Timulák, L. (2005). Descriptive and interpretative approaches to qualitative research. In: J. Miles, P. Gilbert, (Eds.) *A Handbook of research methods in clinical and health psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. *Qual. Health Care*, 3(2), 107–113.
- Foran, H. M. & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222–1234.
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R. et al. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*.
- Grayson, C. E. & Nolen-Hoeksema, S. (2005). Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adult women. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 137–145.
- Halama, P. & Klimas, J. (2006). Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*, 6(3), 336–378.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B., Williams, E., Hess, S. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J. Subst. Abuse Treat*, 25(3), 125–134.
- Klimas, J. (2010). Zmeny v interpersonálnych vzťahoch počas užívania drog a závislosti: pilotný kvalitatívny výskum. In Zábrodská, K. & Čermák, I. (Eds.). *Kvalitatívny prístup a metódy vo vedách o človeku IX. Individualita a jedinečnosť v kvalitatívnom výskume*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, s. 318–326.
- Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro drogově závislé. In Nevšímal, P. (Ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeský kraj/o. p. s. Magdaléna, p. 10–39.
- Kostínková, L. (2008). Psychosociální podpora v substituční léčbě. *Adiktologie*, 8(1), 64–72.
- Lees, J., Manning, N. & Rawlings, B. (1999). Therapeutic community effectiveness. *A systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders, (CRD Report 17)*. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Miovský, M. (2000). *Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru (kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci studie projektu Copernicus: Global Approach on Drugs)*. Praha: Sananim.
- Miovský, M. (2001). Kvalitativní přístup ve výzkumu závislosti: teoretická východiska a aplikační možnosti. *Adiktologie*, 1(1), 70–83.
- Molnárová, M., Prajsová, J., Večeřová, A. & Kobližková, R. (2008). Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léčba buprenorfinem. *Adiktologie*, 8(1), 12–29.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R. et al. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101(1), 60–68.
- Prochaska, J. O. & diClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Radimecký, J. (2006). Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, 6(1), 42–53.
- Rogers, C. R. (2000). *Klientom centovaná terapie: Persona*.
- Simmons, J. & Singer, M. (2006). I love you... and heroin: care and collusion among drug-using couples. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 1, 7.
- Šírová, L. (1999). Resocializácia aktuálne abstínujúcich drogově závislých z aspektu sociálnej andragogiky. *Alkoholizmus a drogově závislosti*, 34, 239–248.
- Smith, L. A., Gates, S. & Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). Retrieved from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD005338/frame.html>. doi:10.1002/14651858.CD005338.pub2.
- Wright, N. M., Tompkins, C. N. & Sheard, L. (2007). Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users. *Health Soc. Care Community*, 15(5), 417–425.
- Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale: University Press.