

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Aspekty rozhodování o nástupu ústavní léčby u osob závislých na alkoholu

Bc. Dominika Four

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Praha 2021

Prague College of Psychosocial Studies



Aspects of decisions about entering institutional treatment for people addicted to alcohol.

Bc. Dominika Four

Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, PhD.

Prague 2021

Prohlášení:

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

V Praze dne Podpis

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Janovi Jakobovi Zlámanému, Ph.D. za pomoc a cenné rady při tvorbě této diplomové práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat řediteli MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, díky jehož vstřícnosti byla možná realizace výzkumu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Poděkování patří zejména klientům ČD, bez jejichž ochoty účastnit se výzkumu by tato práce nikdy nevznikla.

V neposlední řadě děkuji své rodině za bezvýhradní podporu a pochopení nejen při psaní této práce, ale během celého studia.

1 OBSAH

Úvod.....	5
1 Alkoholismus	6
1.1 Vymezení pojmů.....	6
1.2. Stádia Alkoholismu.....	8
1.3. Typologie závislosti na alkoholu	9
1.4. Stádia alkoholové intoxikace	10
1.5. Vliv závislosti na psychiku.....	11
2 Historie léčby závislosti na alkoholu v ČR.....	14
2.1. První protialkoholní léčebna	14
2.2. Ústavní léčba alkoholismu v Československu.....	15
2.3. Protialkoholní oddělení v Apolináři.....	16
2.4. Vývoj služeb pro osoby závislé na alkoholu v ČR po roce 1989.....	18
3. Střednědobá ústavní léčba pro osoby závislé na alkoholu.....	19
3.1. Výhody a nevýhody ústavní léčby	20
3.2. Indikace k ústavní léčbě	21
3.2.1. Možné psychosociální aspekty zahájení ústavní léčby	21
3.3. Optimální délka ústavní léčby	23
3.4. Cíle ústavní léčby	23
3.5. Metody a formy ústavní léčby.....	24
3.5.1. Svépomocné kluby v ústavní léčbě.....	25
3.6. Proměna tradiční ústavní léčby v červeném dvoře.....	26
3.7. Komplikace vyplývající z ústavní léčby	26
3.8. Využití farmakoterapie v léčbě závislostí	27
3.9. Využití psychoterapie v léčbě závislostí.....	28
4. Význam sociální práce v léčbě závislostí.....	32
4.1. Sociální práce v péči o závislé osoby	32
4.2. Specifika sociální práce s jednotlivci ve zdravotnických zařízeních.....	33
4.3. Sociální práce v průběhu pobytové léčby	35
5 Vlastní výzkumné šetření	37
5.1. Cíl šetření a výzkumný design	37
5.2. Cílová skupina výzkumu	37
5.2.1. Etické aspekty souboru.....	40
5.3. Použité metody	41
5.3.1. Metoda sběru dat	41
5.3.2. Analýza dat.....	41
5.3.3. Konkrétní uskutečnění analýzy.....	43
5.4. Výsledky.....	43
5.4.1. Téma: Uvědomění	44
5.4.2. Téma: Prožívání.....	47

5.4.3.	Téma: Aktuální stav klienta před nástupem do ústavní léčby.....	50
5.4.4.	Téma: Vliv.....	53
5.4.5.	Téma: Cíl.....	64
5.4.6.	Téma: Postoj k léčbě.....	68
5.4.7.	Téma: Možné zdroje obav před léčbou.....	72
5.4.8.	Téma: Covid-19.....	76
6	Aplikovatelné výsledky výzkumu a zjištění	80
7	Diskuse	83
7.1.	<i>Limity výzkumu.....</i>	<i>84</i>
	Závěr.....	86
	SEZNAM LITERATURY	87
	Elektronické zdroje	89
	SEZNAM ZKRATEK	92
	Seznam myšlenkových map, tabulek a grafů	93
	SEZNAM PŘÍLOH.....	94
	Přílohy.....	95

ABSTRAKT

Diplomová práce se věnuje problematice závislosti na alkoholu, konkrétně pojednává o aspektech rozhodování o nástupu do ústavní léčby u osob závislých na alkoholu. Práce je členěná do šesti kapitol. Čtyři kapitoly jsou teoretického zaměření. Pátá kapitola se věnuje výzkumnému šetření. Tato kapitola je zaměřena sběr a analýzu dat na základě kvalitativního výzkumu. Z dostupných kvalitativních metod byly využity polostrukturované rozhovory. Šestá kapitola se věnuje aplikovatelným výsledkům výzkumu. Cílem výzkumného šetření bylo především popsat psychosociální aspekty, které klienti vnímali před nástupem do ústavní léčby.

Klíčová slova: alkohol, osoba závislá na alkoholu, závislost na alkoholu, ústavní léčba, aspekt

ABSTRACT

The diploma thesis deals with alcohol dependence issues. It is focused especially on aspects of decisions about entering institutional treatment for people addicted to alcohol. Thesis is divided in four theoretical and one research chapters. This chapter is focused on data collection and analysis based on qualitative research. Semi-structured interviews were used from the available qualitative methods. Applicable research results were processed in the sixth chapter. The research describes the psychosocial aspects which clients perceived before entering institutional treatment.

Key words: alcohol, a person addicted to alcohol, alcohol addiction, institutional treatment, aspect

Úvod

Problematika závislosti na alkoholu je v dnešní době stále velmi aktuální téma, jelikož Česká republika dosahuje nejvyšších příček v žebříčku ve spotřebě alkoholických nápojů. Tato diplomová práce se zaměřuje na období před nástupem do ústavní léčby u osob závislých na alkoholu. Ústavní léčba v ČR vychází ze Skálovského modelu, přesto se stále vyvíjí a v současné době prochází psychiatrickou reformou. Autorka měla možnost absolvovat stáž na odděleních závislostí ve dvou ústavních zařízeních. Ústavní léčba sebou nese řadu nevýhod jako například vypadnutí klienta z jeho přirozeného prostředí, nižší kvalita ubytování či méně osobního prostoru z důvodu režimové léčby. Klient se během léčby potýká s odcizením se od rodiny a se změnou dosavadních návyků. A to je teprve začátek jeho dlouhé cesty k abstinenci. Autorku zajímá, jaké aspekty klienti vnímali během rozhodování o ústavní léčbě. Jakým způsobem na léčbu nahlíželi, co prožívali a s jakým cílem do léčby vstupovali.

Tato diplomová práce bude členěna do šesti kapitol. Čtyři kapitoly budou zaměřeny na teoretické poznatky o daném tématu alkoholové závislosti v souvislosti s ústavní léčbou. První kapitola je především úvodem do problematiky k bližšímu pochopení alkoholové závislosti, druhá kapitola historie bude začleněna pro lepší a ucelenou představu vývoje léčby, a to především ústavní kvůli porovnání s dnešními způsoby. Třetí kapitola se bude zabývat konkrétně ústavní léčbou a bude popisovat vše týkající se jí. Její výhody, nevýhody, cíle apod. Ve čtvrté kapitole autorka popíše význam sociální práce v léčbě závislých, zaměří se především na práci ve zdravotnických a pobytových zařízeních. Zbylé dvě kapitoly se budou věnovat kvalitativnímu výzkumu, který bude proveden s klienty v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Výsledky výzkumného šetření by mohly čtenářům přinést nové poznatky, rozšířit dosavadní obzory o této problematice a případně sloužit jako pomocný manuál pro terapeuty.

1 ALKOHOLISMUS

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ

Aspekt (aspect)

Aspekt lze vymezit jako hledisko, zřetel, pojetí, pohled na něco či zorný úhel. (Kraus, 2005)

Alkohol (alcohol)

V chemické terminologii označován jako ethanol, etylalkohol. Jedná se o látku s psychotropními účinky, která vzniká na základě fermentace cukrů kvasinkami (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Chemicky je označován jako C_2H_5OH . Jedná se o čirou, bezbarvou tekutinu mající charakteristický zápach s palčivou chutí. (Skála, 1987).

Ethanol je obsažen v alkoholických nápojích, proto bývá termín alkohol obecně veřejností využíván pro pojmenování těchto nápojů (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Alkohol je látka, jež lidstvo provází odjakživa a považuje se za jednu z nejstarších drog, kterou naše lidstvo zná. Původně měli alkoholické nápoje nízký obsah alkoholu, s objevením destilace obsah alkoholu prudce vzrostl (Dasgupta, 2012).

Přesto, že alkohol představuje značné riziko pro populaci, je v našich zemích spolu s nikotinem řazen mezi legální drogy (Minařík in Drogy a odpovědi, 2007).

Alkohol má výrazný vliv na fungování CNS, může vyvolávat stavy euforie, ale především má tlumící efekt na nervovou soustavu, zpomaluje reakce, má značný účinek na koordinaci pohybů a také se podílí na změnu fungování biochemických procesů v těle (Hartl, Hartlová, 2015).

Mimo jiné má alkohol sedativní a hypnotické účinky stejně tak, jako barbituráty. Následkem alkoholové intoxikace může být otrava nebo i smrt (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Alkoholismus (alcoholism)

Alkoholismus neboli etylismus je nemoc, která vzniká na základě nadužívání alkoholických nápojů. Při opakovaném, periodickém užívání alkoholu vzniká závislost. Ta zapříčiňuje ztrátu kontroly, poruchy tělesné i psychické, změny v mezilidských vztazích, v sociálním fungování i v dalším běžném fungování závislého jedince. Alkoholismus představuje neschopnost abstinence. (Hartl, Hartlová, 2015).

Jedná se o individuální, ale také celospolečenský problém, jelikož nadužívání alkoholu je chápáno jako vnější projev sociálních či psychických problémů jedince, pro kterého je alkohol prostředkem k úniku z reality (Bártlová, 1998).

Duševní poruchy a poruchy vyvolané alkoholem jsou dle MKN 10 klasifikovány jako poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek, konkrétně pod číslem F10 (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Jeden obyvatel vypije v průměru 10 litrů alkoholu ročně. V konzumaci piva byla ČR v roce 2003 na prvním místě v celosvětových tabulkách a zejména konzumace destilátů v posledních letech znepokojivě stoupla. Spotřebu a konzumaci může ovlivňovat také relativně nízká cena a vysoká dostupnost alkoholických nápojů v ČR (Popov, 2003).

Osoba závislá na alkoholu (people addicted to alcohol)

Je člověk, který je závislý na požívání alkoholických nápojů. Závislost mu způsobuje osobní, rodinné a sociální problémy. Osoba závislá na alkoholu není většinou schopna sama abstinovat. Tento stav vyžaduje zpravidla odbornou pomoc. (Hartl, Hartlová, 2015).

Syndrom závislosti (dependence syndrom)

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) definujeme syndrom závislosti jako souhrn fyziologických, behaviorálních, kognitivních jevů, kdy jedinec preferuje užívání nějaké látky před jednáním, na které byl předtím zvyklý (Nešpor, 2018).

Primárně hovoříme o silné touze látku užívat, která přechází v narušení kontroly nad látkou. Užívání často přetrvává i přes škodlivé důsledky, která jsou s ním spojena (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Diagnostikovat závislost lze v případě, že se během jednoho roku u jedince vyskytnou minimálně 3 a více z následujících jevů. V případě, že se objeví craving, problémy se sebeovládáním při užívání látky či přítomnost odvykacího stavu. Dále v případě, že je průkazná tolerance k účinku látky – tj. množství látky je nutné zvyšovat za účelem dosažení počátečního stavu užívání. Jedinec zanedbává nebo dává přednost získávání a užívání návykové látky před zájmy, které jedinec předtím preferoval. Nebo skutečnost, že jedinec pokračuje v užívání návykové látky i přes její škodlivé důsledky – tj. poškození jater nadměrným užíváním alkoholu, depresivní stavy či toxické poškození myšlení (Nešpor, 2018).

Potenciál vzniku si závislosti na alkoholu je poměrně vysoký. Vzniká závislost fyzická i psychická. Čím nižší je věk uživatele, tím je riziko vzniku závislosti vyšší. V případě dlouhodobého užívání může být vážně poškozeno zdraví uživatele, které může mít za následek i smrt (Minařík in Drogy a odpovědi, 2007).

Bažení (craving)

Definujeme jej jako velmi silnou touhu po psychoaktivní látce. Bažení zhoršuje sebeovládání a napomáhá ke ztrátě kontroly (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Bažení lze u jedince vyvolat vnitřními a zevními spouštěči. Mezi zevní spouštěče můžeme řadit např. rizikové prostředí a mezi vnitřní např. únavu či stres. Je velmi důležité, aby osoba závislá na alkoholu své spouštěče znala a dokázala je včas rozpoznat. Při tomto stavu dochází k oslabení paměti, vytrácí se schopnost rozhodování, prodlužuje se reakční čas, dochází ke změně fyziologickým reakcím (změna tlaku, pocení, vyšší salivace).

1.2. STÁDIA ALKOHOLISMU

Alkoholismus má čtyři stádia. Každé z nich je charakterizováno jednoznačnými příznaky. Dle E.M. Jellinka se nazývají jako vývojová stádia:

1. Vývojové stádium – stádium (iniciální) počáteční

Jedinec spatřuje v alkoholu benefity v podobě dobré nálady. Aby si tento stav nadále udržel, má potřebu postupně zvyšovat dávky alkoholu. Přestávky mezi požíváním se zkracují, ovšem stále dochází jen k subintoxikaci. (Skála, 1987).

2. Vývojové stádium – (prodromální) varovné stádium

V tomto stádiu stoupá tolerance k alkoholu. Jedinec se posouvá od subintoxikaci k alkoholické intoxikaci. Pro jedince je velmi obtížné dosáhnout stavu „dobré nálady“, proto se dávky alkoholu nadále zvyšují. Tím se mění způsob pití i druh preferovaného alkoholu dle koncentrace nápojů (Skála, 1987).

3. Vývojové stádium – (krucální) rozhodné stádium

Během třetího stádia se mohou objevit výpadky paměti tzv. Okénka – po vystřízlivění se u jedince závislého na alkoholu vyskytují mezery v paměti a vzpomínkách. Závislost propuká v plné míře. Jedinec ztrácí nad pitím kontrolu a ocitá se v bludném kruhu slibů a lží vůči sobě samému i okolí. Problémy se díky alkoholu násobí. Pokusy o abstinenci ve většině případech selhávají (Skála, 1987).

4. Vývojové stádium – (terminální) konečné stádium

V konečném stádiu závislá osoba není schopna fungovat bez požití alkoholu. Na rozdíl od třech předchozích stádií tolerance alkoholu klesá. Důsledkem nadměrného pití dochází k porušení jater a nervového systému. Zároveň se dostávají příznaky alkoholických psychóz např. delirium tremens aj. Skála (1988) hovoří o tzv. termínu debaklu – bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne. Během této fáze alkohol naplno ovlivňuje sociální i osobní život jedince. (Skála, 1987).

1.3. TYPOLOGIE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Předchozí popsaná vývojová stádia alkoholismu se vztahují k typologii závislosti. Ta byla popsána Jellinkem již v roce 1940 následovně:

Typ alfa označujeme jako problémové pití. Alkohol slouží k potlačení dysforie, úzkostí, depresivních stavů či k navození stavů euforie. Jedinec pije především o samotě. Alkohol je vnímán jako prostředek k rozvoji sociálních vazeb a potlačení tenze (Minařík & Kmoch in Kalina et al. 2015).

Typ beta jedná se o příležitostný abúzus, nejčastěji ve společnosti. Roli zde hrají především sociokulturní podmínky. Pro tento typ je charakteristické somatické poškození (Minařík & Kmoch in Kalina et al. 2015).

Typ gama tzv. anglosaský typ závislosti je typický konzumací piva a destilátů. Charakterizuje ho porucha kontroly nad pitím a postupný nárůst tolerance k alkoholu s typickou progresí konzumace. Důsledkem toho dochází k somatickému a psychickému poškození (Minařík & Kmoch in Kalina et al. 2015).

Typ delta

Tento typ se vymezuje chronickým, denním požíváním alkoholu. Můžeme jej charakterizovat trvalým udržováním „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Projevuje se zjevnou vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením (Minařík & Kmoch in Kalina et al. 2015).

Typ epsilon je epizodický abúzus jinak označován jako dipsomanie „kvartální pijáctví“. Jsou pro něj charakteristické periodické kvartální excesy. Konzumace alkoholu může trvat i několik týdnů (Skála, 1987).

Jedná se o méně častou variantu. Tento typ někdy může doprovázet afektivní poruchy (Minařík & Kmoch in Kalina et al. 2015).

1.4. STÁDIA ALKOHLOVÉ INTOXIKACE

Intoxikace je stav, který následuje po požití alkoholu. Vede k poruchám vědomí, úsudku, jednání, chování a dalším poruchám psychofyziologických funkcí. Projevem alkoholové intoxikace může být zarudnutí tváří, obtížná koordinace, zpomalené reakce, zhoršení úsudku, mnohomluvnost, letargie aj. Intoxikace je ovlivněna individuální tolerancí (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Minařík & Kmoch (2015 in Kalina et al. s. 52) charakterizuje stádia intoxikace následovně:

1. Excitační stádium (lehká opilost) – alkoholemie do 1,5 ‰
2. Hypnotické stádium (opilost středního stupně) – alkoholemie 1,6 ‰
3. Narkotické stádium (těžká intoxikace) – alkoholemie více než 2 ‰
4. Asfyktické stádium (těžká intoxikace se ztrátou vědomí a možnou zástavou dechu či oběhu) – alkoholemie nad 3 ‰

1.5. VLIV ZÁVISLOSTI NA PSYCHIKU

Při dlouhodobé konzumaci alkoholu dochází ke změnám v mozkové struktuře. Změny postihují zejména funkci mezimozku, mozečku, spánkového a čelního laloku koncového mozku. Probíhající neuropatologické změny mají za následek zhoršení kognitivních funkcí.

Fadda a Rossetti uvádí, že funkční změny v oblasti prefrontálního kortexu, jež je citlivý na zvýšenou hladinu ethanolu, mají významný vliv na vznik a rozvoj závislosti na alkoholu. V této oblasti zpravidla dochází ke snížení objemu mozkové tkáně a k poklesu funkcí. V případě abstinence může dojít k opětovanému zlepšení (Fischer & Škoda, 2009 s. 103).

Odvykací stav (F-10.3)

V případě vysazení alkoholu či redukce množství dochází k odvykacímu stavu neboli abstinenčnímu syndromu. Rozvíjí se několik hodin až dní po vysazení (Kalina, 2015).

Z fyzických symptomů se mohou objevit palpitace, tachykardie, hypertenze, nauzea, tremor, hyperhidróza aj. (Fischer & Škoda, 2009).

Mohou být doprovázeny neklidem, depresí, úzkostí, poruchami koncentrace, únavou, vyčerpáním a poruchami spánku (Kalina, 2015).

Nešpor (2018 s.26) uvádí, že pro potvrzení odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

- vysazení látky či redukce látky po dlouhodobém a chronickém užívání
- minimálně 3 příznaky jsou v souladu se známkami odvykacího syndromu, tj. již výše zmíněné nauzea, hyperhidróza, palpitace, halucinace, iluze, psychomotorický neklid, tremor, hypertenze aj.
- výše zmíněné příznaky nelze vysvětlit psychickou či behaviorální poruchou ani tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky

Při odvykacích stavech se objevují protichůdné problémy, než jsou účinky látky. Konkrétně u alkoholu se můžeme setkat s alkoholickými psychózami, které mohou být životu ohrožující (Nešpor, 2018).

Alkoholické psychózy

Psychotické poruchy vyvolané alkoholem vznikají, jako následek dlouhodobého chronického abúzu (Kalina, 2015).

Delirium tremens (F10.4) je definován jako akutní psychotický stav, nastupující při odvykání závislých osob na alkoholu. Zpravidla nastupuje 48 hodin a více po vysazení alkoholu. Je doprovázený dezorientací, zmateností, paranoidními představami, bludy, iluzemi, halucinacemi, neklidem, poruchami koncentrace, tremorem, hyperhidrózou tachykardií a hypertenzí. Obvykle mu předcházejí příznaky odvykacího syndromu (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Jedná se o nejzávažnější alkoholickou psychózu. V případě, že dojde k úmrtí pacienta je nejčastější příčina rozvrat minerálního a vodního metabolismu. Léčba pacientů s deliriem tremens se provádí interdisciplinárně ve spolupráci internistů a odborníků na závislosti. Ideální je takového pacienta umístit na jednotku intenzivní péče nebo na interní jednotku intenzivní péče s psychiatrickou konziliární službou (Nešpor & Csémy, 1996).

Alkoholická halucinóza a alkoholická paranoidní psychóza je psychotická porucha vyvolaná užíváním alkoholu. Přestože tyto pacienti mohou trpět současně interní nebo jinou chorobou nejzávažnější je jednoznačně psychická alterace. Jednání pod vlivem psychotických příznaků může vyústit v suicidium. Důležitý je nepřetržitý dohled a podávání neuroleptik (Nešpor & Csémy, 1996).

Alkoholová epilepsie se projevuje zejména u pacientů majících v anamnéze epileptické záchvaty. Při odvykacím syndromu je proto vhodné nasadit vhodnou medikaci. Status epilepticus při odvykacím stavu může být životu ohrožující. Stejně jako předchozí alkoholické psychózy vyžaduje intenzivní péči ve spolupráci s neurologem. V případě stabilizace je možné postupné vysazení medikace (Nešpor & Csémy, 1996).

Alkoholická demence (F10.7) označuje chronickou nebo postupující poruchu, která je následkem abúzu alkoholu. Dochází při ní k mnohočetnému poškození vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientaci, řeči a dalším dovednostem jako je počítání, čtení, psaní aj. Poruchy myšlení doprovází poruchy chování, emocí a motivace. Diagnostika alkoholické demence je sporná, někdy bývá spojována s jinými příčinami demence (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000).

Skála (1987 s.72) ji označuje jako konečné vyústění „alkoholické kariéry“. Uvádí, že se jedná nejčastěji o důsledek opakovaných a neúspěšně léčených alkoholických delirií a příbuzných alkoholických psychóz.

Korsakovův syndrom se objevuje nepodmíněně v průběhu závislosti na alkoholu či jako vyústění alkoholického deliria (Skála, 1987)

Vyznačuje se chronickým poškozením dlouhodobé paměti. Obvykle se jedná o poruchy časových vzpomínek. Přítomny mohou být i konfabulace. Další funkce myšlení bývají zachovány, nýbrž defekty paměti jsou nepřiměřené ostatním příznakům. Velmi často bývá přímým projevem Wernickeovy encefalopatie. Ta je charakteristická poruchami okohybných svalů, ataxií, apatií, zmateností, útlumem (Skála, 1987)

Studie ze spojených států z School of Nursing, Indiana University uvádí, že studenti ošetrovatelství a sociální práce nejsou zcela připraveni pečovat o pacienty při akutní intoxikaci alkoholem a odvykacím stavu. Při setkání s těmito stavy ztráceli studenti schopnost efektivně komunikovat a využívat potřebné dovednosti. Na tato zjištění přišli při simulované akci, kterou pro studenty těchto oborů připravili. Investice do školení může přispět k rozvoji připravenosti na krizové situace u budoucích sociálních pracovníků a zdravotních sester (Gates et al.,2017).

2 HISTORIE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU V ČR

2.1. PRVNÍ PROTIALKOHOLNÍ LÉČEBNA

První protialkoholní léčebna byla založena na našem území v roce 1909 v Kunčicích na Moravě jako reakce na narůstající alkoholismus na Valašsku. Tuto léčebnu zřídil páter Bedřich Koňářík – Bečvan. Účel spočíval ve vybudování první české útulny pro léčení a nápravy alkoholiků. Jednalo se o vůbec první léčebnu tohoto typu v celém Rakousku Uhersku (Kazimour, 2016).

V roce 1910 byl zřízen Křížový spolek pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky. Při jejím vzniku byl jako předseda zvolen MUDr. František Vavrouch a jako jednatel byl jmenován páter Bedřich Koňářík. V rámci spolku bylo rozhodnuto o vybudování již zmíněné léčebny ve Velkých Kunčicích v usedlosti Parmovice. Jednalo se o statek, jehož přestavba byla financována ze sponzorských darů. První protialkoholní léčebna byla otevřena roku 1911. Z počátku bylo otevřeno pouze 12 lůžek. V roce 1913 stoupl počet na 30 lůžek a v roce 1915 činila kapacita 78 lůžek, včetně 5 lůžek pro ženy. Pacienti byli přijímáni pouze na dobrovolnou léčbu. Podmínkou pro přijetí byla nepřítomnost nakažlivých chorob (např. TBC, syfilis) a duševních onemocnění. Léčba trvala půl roku až rok. Mezi hlavní zásady terapie patřila úplná abstinence, fyzická práce podle přísných pravidel a regulí, posilování vůle a výchova v rámci přednášek. Léčebna byla uzavřena v roce 1916 během první světové války (Kazimour, 2016).

Obdobná léčebna vznikla v Tuchlově u Teplíc v roce 1922-1923. Ta byla založená z iniciativy Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy (Mioviský & Šejvl, 2018). Vedením byl opět pověřen páter Bedřich Koňářík. Který byl toho času považován za odborníka s největšími teoretickými znalostmi a praktickými zkušenostmi potřebnými k provozování takového zařízení. Jednalo se o jediné zařízení svého druhu na území republiky, pokud nepočítáme léčebnu v Istenbom nad Oravou, která zanikla po necelých dvou letech od svého založení (Mioviský & Šejvl, 2018).

Léčebna v Tuchlově byla provozována v rámci Československého abstinčního spolku, který datuje své založení v roce 1922. Léčebné zařízení bylo zřízeno v bývalém loveckém zámečku v Tuchlově, v severních Čechách. Léčbu zde mohli podstoupit i nemajetní pacienti, jimž byl pobyt hrazen ministerstvem. Léčba byla dobrovolná, zpravidla byli přijímáni pouze motivovaní pacienti. V případě recidivy bylo možné, aby pacient absolvoval celý léčebný proces znovu. Cílem léčby byla naprostá abstinence. Léčebný program byl zaměřen na edukaci pacientů, nácvik pracovních dovedností a resocializace. Mezi další léčebné

prostředky patřili relaxační, pohybové aktivity a případně vhodná medikace. Důležitým prvkem bylo i striktní dodržování daných pravidel. K uzavření léčebny došlo roku 1938 vlivem příchozí německé armády (Miovský & Šejvl, 2018).

2.2. ÚSTAVNÍ LÉČBA ALKOHOLISMU V ČESKOSLOVENSKU

Léčbou alkoholismu se zabývala také léčebna ve Šternberku, která vznikla už roku 1892. Ta během 2. světové války zaznamenala značný úpadek při odchodu personálu před německou okupací. Ústav fungoval v omezeném režimu až do roku 1941, kdy byl uzavřen Adolfem Hitlerem. Následně byli nemocní pacienti zavražděni nacisty. Během poválečného období v roce 1946 došlo k znovuoobnovení provozu ústavu (Kazimour, 2016).

Už od nepaměti byly osoby závislé na alkoholu přijímány do psychiatrických léčeben či na psychiatrické kliniky. Nejednalo se ani tak o léčbu, jako především o detenci. Roku 1947 přichází pražská psychiatrická klinika s možností léčby alkoholismu emetinem a apomorfinem. Tato metoda se dále šíří po celém ČSR. Psychiatrická klinika v Praze tak přichází s komplexním plánem, pro který bylo nutné zřídit speciální protialkoholní oddělení. Medikamentózní léčba je doplňována psychoterapií, která má později zásadní vliv na uzdravení. V počátku trvala ústavní léčba pouze 3 týdny, až v průběhu vývoje došlo k prodloužení léčby na 8-12 a více týdnů.

Rok 1958 byl významný otevřením střediska pro dlouhodobou nucenou léčbu osob závislých na alkoholu na zámku v Lojovicích u Prahy (Skála, 1987).

Konceptem, který vybudoval Dr. Skála se při vzniku inspirovala i další léčebna Dobronice a v roce 1966 Červený Dvůr u Českého Krumlova. Červeném dvoře se dodnes specializují na střednědobou ústavní léčbu závislosti na návykových látkách a patologickém hráčství (Kazimour, 2016).

V roce 1988 trvala standartní léčba 3 měsíce, případně i delší dobu (Skála, 1987).

Dle modelu apolinářského oddělení vznikly další např. na psychiatrické klinice v Olomouci, ve Šternberku, v Bohnicích, Havlíčkově Brodě, Beřkovicích, Opavě, Dobřanech, Kroměříži, Žilině a v rámci neurologického oddělení v Mostě. Některá tato zařízení svou činnost nakonec ukončila, důvodem byl nedostatek psychoterapie, nejednotnost v metodice léčby, nedostatek personálu a nedostatečný zájem lékařů. Za příčinu malého počtu úspěchů lze považovat za náhodný výběr pacientů. Dohromady se tak léčili pacienti v prvoléčbě i v opakované léčbě, pacienti dobrovolně se léčící i pacienti s nařízenou léčbou soudem apod. Standardem nebylo ani dále sledovat pacienta po léčbě a zabývat se jeho následnou péčí o

něj. To mělo za následek malý zájem ze strany odborníků o tuto cílovou skupinu. Psychiatři měli tendence dívat se na osoby závislé na alkoholu hospitalizované v léčebnách spíše s despektem. Dle hlášení poraden v roce 1954 podstoupilo protialkoholní ústavní léčbu 1650 pacientů, z toho 980 dobrovolně a 670 nuceně. Čísla dle tehdejších dostupných statistik jsou poměrně zkreslená. Lze říci, že na základě dostupných informací protialkoholní poradny neposílaly do ústavní léčby každého pacienta, který by ji potřeboval. Pacienti, u kterých se očekával léčebný úspěch tak ve většině případech zůstávali v ambulantní léčbě, která ovšem nebyla dostačující. V ústavní léčbě byli nejčastěji hospitalizováni pacienti, kteří do léčení nastoupili pod nátlakem okolí, úřadů a dalších institucí.

Skála tvrdil, že je nesmírně důležité, aby činnost protialkoholních poraden fungovala správně a poukázal na to, že je nezbytné dodržovat určitý mechanismus při výběrů pacientů do ústavní léčby. Závěrem konstatoval, že ani poradny se neobejdou bez vhodné a kvalitní nemocniční léčby (Skála, 1958).

V roce 1988 máme zmínky o tom, že pacienti přicházeli do léčby dobrovolně, avšak stále často pod nátlakem rodiny nebo zaměstnavatele. Jako některé příčiny dobrovolného nástupu do ústavní léčby si můžeme uvést špatný zdravotní stav, rodinná situace, vzdálenost poradny, podmíněné odsouzení, slabá vůle při dodržování ambulantního režimu poradny, neschopnost vymanit se z alkoholového prostředí (Skála, 1987).

2.3. PROTIALKOHOLNÍ ODDĚLENÍ V APOLINÁŘI

Apolinářské oddělení psychiatrické kliniky fakulty všeobecného lékařství Karlovy univerzity v Praze zahájilo svou činnost v roce 1948 pod vedením Dr. Skály. Apolinář se zabýval terapeutickou, výzkumnou, výukovou a organizační činností. Je všeobecně uznávaným výukovým střediskem v oblasti léčby a prevence alkoholismu. Apolinářské oddělení se kromě alkoholismu zabývalo i problematikou závislostí na jiných látkách. Fungovaly zde různé druhy léčby např. základní dobrovolná lůžková protialkoholní léčba s doléčovacím programem, nedobrovolná léčba s přestupem do jiného zařízení, dobrovolná léčba s přestupem do jiného zařízení a léčba pro pacienty závislé na jiných drogách nežli alkoholu.

Skála definoval v jedné ze svých publikací pacienty u Apolináře jako tzv. alkoholickou elitu. K elitě je přisuzoval proto, že se dle jeho názoru jednalo o osoby závislé na alkoholu, které měli velkou šanci na uzdravení, jelikož se nenacházeli v konečných stádiích a na léčbu přicházeli většinou dobrovolně (Skála, 1987).

Součástí oddělení byla i záchytná stanice. Dále se v objektu Apolináře nacházel i socioterapeutický klub bývalých pacientů tzv. KLUS neboli „klub usilující o střízlivost“. Pro základní dobrovolnou protialkoholní léčbu byl klíčový režim (Skála, 1977).

Skála uvedl „Režim oddělení má integrovat terapeutické prvky tak, aby pacient získal nesnášenlivost až odpor k alkoholickým nápojům, zvyšoval si tělesnou a psychickou kondici, naučil se správné životosprávě a správným návykům, uplatnil během léčby své i pracovní schopnosti, byl stále stimulován a kontrolován, byla odváděna jeho přílišná pozornost od vlastních individuálních zájmů k zájmům o celek malý (světnice, rodina), k zájmům o celek větší (terapeutická komunita, pracoviště), k zájmům o celek velký (socioterapeutický klub, společnost)“ (Skála, 1977).

Apolinářský terapeutický model byl orientován na řízení, usměrňování a kontrolu. Od pacientů bylo vyžadováno přizpůsobení náročnému režimu oddělení. Ke snazšímu dodržování sloužil bodový systém, který měl při vzorném plnění mnohé výhody. Program nebyl individuální, nýbrž standardní pro všechny pacienty. Celkově byl program velice náročný nejen psychicky i fyzicky. Zahrnoval ranní rozvíčku, běh, pracovní terapii, jejíž součástí byla práce v nemocniční zahradě a úklid na oddělení. Program byl založen na změnu životních hodnot a postojů vůči alkoholu. Cílem bylo také dodat pacientům názorový systém, vztahující se k alkoholu i celkovému způsobu života a osvojení zdravé životosprávy. Tyto změny měly být usnadněné v rámci socioterapeutického klubu bývalých pacientů a volné tribuny. Volná tribuna byla tříhodinová schůze za účasti pacientů a personálu, kde byl prostor k diskusi a volnému vyjádření názorů.

Velký význam měla psychoterapie v malých skupinách. Zde byl prostor pro řešení problémů pacientů za přítomnosti terapeuta. Na podobné bázi fungovala rodinná terapie. Uskutečňovala se pro manželské páry pod dohledem sociální pracovnice. Prostor byl i pro individuální rozhovory. Ty byly však uskutečňovány pouze zřídka, probíhal na vyžádání a jeho realizaci si pacient zaplatil zkrácením víkendových vycházek o 6 hodin. Podporoval se především terapeutický způsob sdílení problémů s druhými pacienty.

Nesnášenlivost a odpor k alkoholu byla vyvolána apomofinovým protipodmiňováním. Jednalo se o dvě série sezení, při kterých docházelo k požívání alkoholických nápojů a vyvolávání neusey a zvracení pomocí apomorfinu. Dalším averzivním podnětům byli pacienti vystaveni při povinných službách na záchytných stanicích, kde byli nuceni být v kontaktu s osobou v akutní intoxikaci. Součástí programu byly mimo jiné aktivity také lékařské přednášky o alkoholismu vedené Dr. Skálou, kulturní programy, studium literatury

o alkoholu, písemné povinnosti ve formě osobních deníku, elaborátů a životopisu, zpěv apolinářské hymny nebo kvízy (Skála, 1977).

V rámci protialkoholního oddělení u Apolináře mohli propuštění pacienti po celý následující rok absolvovat doléčovací program. V doléčovacím programu byla zahrnuta povinná účast v socioterapeutickém klubu, užívání disulfiramu (antabusu) a tři dvoudenní opakovací léčebné pobyty. Nejdůležitější v apolinářském modelu bylo striktní dodržování všech pravidel a náročného režimu bez výjimek (Skála, 1977).

2.4. VÝVOJ SLUŽEB PRO OSOBY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU V ČR PO ROCE 1989

Počet tzv. AT ordinací neboli zdravotnických ambulancí pro závislé osoby se po roce 1989 výrazně snížil, přesto v některých městech nadále fungují. Stále poskytují psychoterapii, poradenství a farmakoterapii (Matoušek et al., 2007)

Nicméně došlo ke vzniku a rapidnímu nárůstu služeb pro osoby závislé na alkoholu, které jsou poskytované nestátními organizacemi (Matoušek et al., 2007):

Denní stacionáře poskytující ve všední dny několikahodinovou péči a speciální programy. Stěžejní je skupinová psychoterapie.

V **terapeutických komunitách** probíhá léčba až několik měsíců. Během ní klient postupuje několika fázemi. Vyšší fáze léčby klientovi umožňuje cítit vyšší odpovědnost za sebe i za chod zařízení.

Domy na půl cesty zajišťují ubytování a podporu při hledání zaměstnání závislým osobám.

Ambulantní doléčovací programy fungují podobným způsobem jako domy na půl cesty

Další novou službou po roce 1989 jsou terénní programy, které probíhají prostřednictvím streetworkerů, poskytujících základní péči nejen drogově závislým, ale také bezdomovcům, lidem žijícím se prostitutací a rizikové mládeži (Matoušek et al., 2007).

Po roce 1989 vzniklo v ČR mnoho skupin **Anonymních alkoholiků**, ale také další svépomocné skupiny, které lze považovat za efektivní formu pomoci (Matoušek et al., 2007).

3. STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA PRO OSOBY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU

Problémy, které sebou alkohol přináší mají velmi často stigmatizující charakter. Proto se mnoho pacientů dostává do lékařské péče s velkým zpožděním. V léčbě závislosti považujeme za klíčovou časnou intervenci. Léčba, která je poskytována v časných stádiích je snazší, levnější a mnohdy úspěšnější. Časná intervence probíhá v ordinaci lékaře, na pracovištích, ve škole, formou linek důvěry, svépomocných organizací či rodinných terapií (Nešpor & Csémy, 1996).

Řešení problému s alkoholem je individuální. Existují různé druhy odborné pomoci a pro každého klienta je vhodný určitý typ léčebné intervence (Ühlinger & Tschui, 2009).

Rozlišujeme ambulantní léčbu, stacionární léčbu a léčbu pobytovou (Pešek, 2018)

Každoročně podstupuje léčbu závislosti na alkoholu přibližně 10 000 lidí ve specializovaných ústavních zařízeních. Počet závislých osob na alkoholu je značně vyšší, než je toto číslo. Tyto osoby využívají jiné typy a formy léčby (Pešek, 2018).

Ústavní léčba, jinak též pobytová, rezidenční, lůžková. Může probíhat ve zdravotnickém zařízení nejčastěji v rámci psychiatrických nemocnic nebo psychiatrických léčeben. V těchto typech bývá léčba hrazena pojišťovnou klienta. Pobytová léčba může probíhat i v soukromých nezdravotnických zařízeních. Mezi ústavní a ambulantní léčbou nejsou pevně vymezené hranice. Řada služeb se vzájemně prolíná. Na závěr ústavní léčby bývají klientům nabízeny denní stacionáře, socioterapeutické kluby aj.

Především je velmi důležitá spolupráce a vzájemná komunikace mezi lůžkovým a ambulantním zařízením (Nešpor & Csémy, 1996).

Ústavní péče je vhodná pro jedince, kteří nejsou schopni svůj problém s alkoholem nebo jinou drogou zvládat ambulantně. Je určena pro osoby závislé na alkoholových a nealkoholových drogách od věku 15 let do 68 let. Léčba má většinou dobrovolný charakter s plným souhlasem pacienta. V případech, kdy je pacient nebezpečný sobě i svému okolí nebo při odsouzení osoby závislé na alkoholu za trestný čin je možné nařídit soudním rozhodnutím ochranné léčení (Marková et al., 2006).

Pobytové služby prošly v posledních letech procesem standardizace péče. Lůžková péče je tedy v současné chvíli personálně i institucionálně relativně dobře připravena na koncepční změny. Lůžková péče ve vývoji postupně vstřebávala prvky terapeutické komunity a vzdělává personál stále více v psychoterapii. Klasický medicínský model platí už

v málokterém zařízení. V současnosti je na klienta nahlíženo během léčebného procesu stále více jako na partnera. Pracuje se s motivací, léčebnými cíli apod. (Miovský et al., 2013).

Většina ústavních zařízení vyžaduje před přijetím detoxifikaci. Ta je poskytována v rámci detoxifikačních jednotek a slouží ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují okamžitou péči v jiném zařízení např. na jednotce intenzivní péče. Mohou být součástí léčebného zařízení nebo jsou zřízené jako samostatné jednotky v rámci nemocnic. Cílem detoxifikace je zvládnout odvykací stav a intoxikaci (Kalina et al., 2008).

Při detoxifikaci se mohou objevit různé problémy. Jedním z nich může být nedostatečný příjem tekutin a stravy, abstinenční příznaky, nedostatek spánku a odpočinku. Dále se mohou objevit pocity úzkosti a strachu (Marková et al., 2006).

3.1. VÝHODY A NEVÝHODY ÚSTAVNÍ LÉČBY

Ústavní péče má v porovnání s ambulantní léčbou dvě výhody. Za první výhodu je považováno bezpečnější prostředí, díky kterému má pacient k dispozici nepřetržitou odbornou pomoc. Je zde nižší dostupnost návykových látek a zároveň méně spouštěčů nežli v pacientově přirozeném prostředí. Druhou výhodou je poskytnutí intenzivnějšího programu, než je tomu v ambulantní léčbě (Nešpor & Csémy, 1996).

Tento program je komplexní a je tvořen multidisciplinárním týmem (Pešek, 2018).

Na druhé straně má ústavní léčba i jisté nevýhody. Jedna z nevýhod tkví ve finanční náročnosti. Ústavní léčbu v ČR, na rozdíl od většiny zemí ve světě zatím financuje stát. Nevýhodou ústavní léčby je, že klient nemá možnost docházet do svého stálého zaměstnání (Nešpor & Csémy, 1996).

V tomto ohledu může být hospitalizace pro klienta poměrně finančně náročná. Jedná se o celospolečenský problém a v blízké době nic nenasvědčuje zlepšení situace (Nešpor, 2011). Za nevýhodu lze považovat i nižší kvalitu ubytování či stravování a málo prostoru pro soukromé aktivity v důsledku režimových opatření. Setkat se můžeme také s nižší mírou individuálního přístupu, kvůli vyššímu počtu klientů (Pešek, 2018).

Ústavní léčbu lze nicméně podstoupit i v soukromém zařízení, kde bývá kvalita materiálního vybavení vyšší, psychoterapie má ambice být na dobré úrovni převážně proto, že v soukromém sektoru mají terapeuti méně administrativy a větší prostor k práci s klienty. Léčbu v těchto zařízeních si klienti hradí sami, což způsobuje nižší dostupnost. Nevýhodou

může být častá absence lékařů kompetentních ke zhodnocení aktuálního fyzického a psychického stavu klienta. Terapie neprobíhá pod odborným dohledem, na rozdíl od zdravotnických a sociálních služeb. Její kvalita tak zůstává stále sporná (Pešek, 2018).

3.2. INDIKACE K ÚSTAVNÍ LÉČBĚ

Včasná indikace dobře zvolené ústavní léčby představuje možnost, jak předejít zdravotním a sociálním škodám v životě klienta v důsledku recidivy.

Nešpor a Csémy (1996 s.114) uvádí následující okolnosti, při kterých je vhodné indikovat ústavní léčbu. Například v případě přítomnosti stavů, při kterých je nutný nepřetržitý dohled zdravotnického personálu. Může se jednat o odvykací syndrom, psychotické stavy, suicidální jednání. Předně jde o osoby, které jsou nebezpečné sobě nebo svému okolí nebo trpí duševní poruchou. Dále při těžkých emočních a behaviorálních problémech, ale také když jedinec je vysoce rezistentní vůči léčbě bez ohledu na důsledky jeho problémů. Tento stav vyžaduje intenzivní motivaci. Při neúspěšnost ambulantního léčení. Zvláště u osob, u kterých recidiva představuje významné riziko. Zvážit ústavní léčbu je vhodné i pokud pacient žije v nebezpečném či nevhodném prostředí. V neposlední řadě je třeba zmínit případy, kdy je ústavní léčba nařízená soudem. Jedná se o opak dobrovolné léčby, tzv. nařízená protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba. Zařízení nesmí pacienta propustit bez souhlasu soudu.

3.2.1. MOŽNÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ZAHÁJENÍ ÚSTAVNÍ LÉČBY

Během stádia rozhodování a příprav na léčbu negativní důsledky závislosti víceméně narůstají. V tomto období osoba závislá na alkoholu o léčbě vážně uvažuje. Odhodlání a motivace bývá zpravidla vysoká. V této fázi je klíčová podpora rodiny, která může spočívat i v ověření a získání informací a možností, které jedinec má, zároveň mohou pomoci při výběru vhodného typu léčby (Pešek, 2018).

Pro zahájení úspěšné terapie je důležitý náhled a uvědomění si problému. Zároveň i motivace ke změně hraje podstatnou roli, nicméně ta je dlouhodobým, nepřetržitým a vyvíjejícím procesem v léčebném úsilí jedince (Pešek, 2018).

Při rozhodování o léčbě a jejím výběru, mohou hrát roli i různé vnější nebo vnitřní vlivy z okolí. Studie z roku 2011 zjišťovala, zda existuje vztah mezi rozhodováním a motivací klienta k léčbě se sociálním tlakem okolí. Studie prokázala, že mladiství jsou často ovlivněni tlakem své rodiny k nástupu do léčby, což v mnohých případech může bránit rozvoji

autonomie a vlastního úsudku. Až 17 % mladistvých uvedlo, že tento tlak na vyhledání léčby pocítují i ze strany svých přátel. Dá se předpokládat, že v případě, že mladistvý jedinec nastupuje léčbu pod tlakem klesá jeho motivace, což se může podepsat i na zapojení do celkové léčby. Bylo prokázáno, že čím větší tlak od rodiny mladiství cítili, tím více nabývali přesvědčení, že vstup do léčby byl pouhou reakcí na popsany nátlak (Goodman et al., 2011).

Polcin & Weisner (1999) ve své studii uvedli, že informanti vnímali nátlak a dostali ultimátum minimálně od jedné osoby. Nátlak na vstup do léčby byl nejčastěji vnímán od členů rodiny, institucí, ale také zdravotníků. Dle studie nesouvisí rodinný stav nebo množství spotřeby alkoholu s vyššími požadavky okolí na nástup do léčby. Bylo ovšem prokázáno, že nejvýraznějším vnějším motivem při vstupu do léčby je v tomto případě rodina.

Perkinson (2004) uvádí, že problémy s alkoholem mohou rodiny zcela zničit. Jako důsledky uvádí rozvody a negativní vliv na děti žijící v rodině s osobou závislou na alkoholu. Navíc tyto děti vykazují až čtyřnásobně zvýšené riziko rozvoje poruchy.

Další výzkum z roku 2009 poukazuje na to, že u dospělých samotná léčba může ovlivňovat také sociální vazby klientů. Což může mít vliv na postoj k léčbě, zapojení se do léčby a abstinenci. Je důležité, aby kolem sebe měl klient sociální vazby, které ho budou podporovat v abstinenci (Litt et al., 2009).

To potvrdil i další výzkum v roce 2010, který byl proveden na Brownově univerzitě ve spojených státech (Longabaugh et al., 2010).

Za pozitivní prognostické faktory vystupující v před léčebném období bývá označována nedostatečná fyzická závislost, stabilní rodina, stabilní zaměstnání a absence psychiatrické diagnózy. Opakem jsou negativní prognostické faktory, mezi které řadíme závažnou závislost v pokročilém stádiu, ztrátu zaměstnání, ztrátu zázemí, ztrátu rodiny, opakované neúspěšné pokusy o léčení, těžkou fyziologickou závislost či přítomnost psychiatrické poruchy (Perkinson, 2004)

Léčebné cíle se můžou u různých klientů rapidně lišit. Cílem může být abstinence, kontrolované pití, chuť uspokojit touhy druhých a vyjít vstříc okolí, ale také odpočinek od pití a regenerace (Pešek, 2018).

Öjehagen & Berglund (1989) ve své studii zjistili, že v počátku léčby klienti uváděli abstinenci jako hlavní cíl léčby. Během dvou let docházelo k proměnlivosti cílů u skoro poloviny dotazovaných.

U klientů se před léčbou a během léčby může objevit popírání nemoci, nedostatek informovanosti o onemocnění, nedostatek sebeúcty, pocity osamělosti, poruchy nálad, násilí

zaměřené na sebe a okolí, nedostatečná spolupráce, poruchy paměti, poruchy soběstačnosti, poruchy spánku, poruchy vztahů, poruchy individuální přizpůsobivosti, užívání obranných mechanismů, komplex méněcennosti, sociální izolace, stavy beznaděje (Marková et al., 2006).

Vstup do léčby může být komplikován i řadou dalších bariér. Jednat se může o potíže při nástupu do léčby kvůli jiným povinnostem. Překážkou může být práce či rodina. V dalším případě se velmi často objevují obavy z léčby a strach z přístupu personálu, obavy ze složitosti a obtížnosti léčby. Příčinnou může být nová zkušenost nebo špatné předešlé zkušenosti. Mezi další překážky lze zařadit finanční potíže, formální bariéry týkající se např. dokladů. Velmi častou bariérou může být také klientova nedůvěra ve zlepšení jeho stavu (Mravčík et al., 2019).

3.3. OPTIMÁLNÍ DÉLKA ÚSTAVNÍ LÉČBY

V souvislosti s tzv. *matchingem* neboli přiřazováním jednotlivých intervencí dle potřeb klienta přiřazujeme i délku ústavní léčby (Nešpor & Csémy, 1996).

Obvyklá střednědobá ústavní léčba trvá 3-6 měsíců (Kalina et al., 2008).

Nešpor a Csémy (1996 s.115) v rozhodování o délce ústavního léčení by se měli brát v úvahu určitá kritéria, a to aktuální sociální situace klienta a síť jeho sociálních vztahů, zdravotní stav při přijetí do léčby např. u klientů se závažnými problémy jako jsou alkoholické psychózy, somatické potíže nebo organické poškození mozku se doporučuje delší léčba. Také schopnost osoby závislé na alkoholu využívat ambulantní léčbu, zároveň délka recidivy, délka předchozí abstinence a přítomnost duální diagnózy.

3.4. CÍLE ÚSTAVNÍ LÉČBY

Základním cílem ústavní pobytové léčby je především změna životního stylu a abstinence od návykových látek. Dvořáček (in Kalina et al., 2003) definuje ještě další léčebné cíle následovně:

- stabilizace a odbourání sekundárních problémů spojených se závislostí
- vybudování náhledu (přiznání si závislosti)
- postupné řešení důsledků závislosti (dluhy, vztahy)
- transformace motivace z vnější na vnitřní

- zvnitřnění abstinčních norem
- identifikace rizik relapsu, nalezení strategií k prevenci recidivy
- přiměřená změna sebepojetí a zlepšení prožívání (Dvořáček in Kalina et al., 2008).

Relativně vysoký počet klientů, disponuje další výraznou psychickou či sociální problematikou. Vzhledem k této skutečnosti a mimo jiné i k vysokému procentu klientů, kteří léčebný terapeutický program nedokončí, je stěžejní, aby zařízení bylo schopné nabídnout spolupráci směřující k přechodným a dlhším cílům klienta. K takovým, které jsou pro něj v současné chvíli reálné. Pro příklad lze uvést sociální stabilizaci s doporučením další péče či edukace minimalizace rizik (Dvořáček in Kalina et al., 2003)

3.5. METODY A FORMY ÚSTAVNÍ LÉČBY

Terapeutický proces zahrnuje strukturované aktivity, které by měly probíhat v minimálním rozsahu 20 hodin týdně. Proces je postaven na základě terapeutické komunity a zahrnuje psychoterapii – skupinovou a individuální, rodinnou terapii, farmakoterapii, edukaci, sociální práci, rehabilitaci směřující ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních dovedností klienta (Miovský et al., 2013)

Základní model ústavní léčby vychází stále z původního Skálova modelu. Nejdůležitější je strukturovaný program, jehož jednotlivé části jsou uspořádány tak, aby podporovaly efektivitu léčby (Kalina, et al., 2003)

Režim a pravidla jsou základem, k jejich dodržování je dosahováno odměnami a sankcemi. V tomto ohledu je používán bodový systém jako nástroj k hodnocení průběhu léčby. Léčebné zařízení by mělo poskytovat bezpečné prostředí a mělo by být místem interakce a zpětné vazby. Důležitým prvkem ústavní léčby je komunitní setkání, což je prostor pro řešení problémů, konfrontace s programem a hodnocení léčby. Významné a efektivní jsou skupinové a individuální terapie, přičemž se kombinuje více psychoterapeutických směrů. Dále také rodinné a partnerské poradenství, které je zaměřeno na zlepšení a navázání vztahů v podpurném rodinném prostředí. Program je koncipován tak, že zahrnuje i pracovní terapii a další volnočasové a sportovní aktivity (Kalina et al., 2008).

Volnočasové aktivity mají komunitní i individuální charakter. Smyslem komunitních je především koheze společenství a vytváření širšího prostředí pro rozvoj sociálních interakcí. Individuální aktivity jsou vhodné zejména pro odpočinek a zkušeni jak jinak a kvalitně lze

trávit volný čas. Tyto aktivity klientům pomáhají obnovovat smysl pro některé zdroje libosti (odměny). Souviset mohou například se sociálními kontakty či uvolněním ze sportu (Kalina et al., 2003).

3.5.1. SVÉPOMOCNÉ KLUBY V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ

Nejznámější svépomocný klub u nás i ve světě jsou anonymní alkoholici (AA). Název napovídá, že se jedinec může zůstat v anonymitě (Pešek, 2018).

Myšlenka AA má kořeny již v duchovně orientovaných Oxfordských kroužcích, jež doporučil C.G.Jung svému pacientovi po recidivě (Nešpor & Csémy, 1996).

V knize *Alcoholics Anonymous: The big book* je barvitě popsán příběh obchodníka Billa Wilsona, který vedl ke vzniku AA z roku 1935. Bill byl považován za „nevléčitelného alkoholika“. Po krušných chvílích, které díky alkoholu zažil se rozhodl abstinovat. Přesto se při jedné z pracovních cest dostal do krize. Billa napadlo zatelefonovat svému příteli Bobu Smithovi. Bob byl lékař rovněž závislý na alkoholu. Bill projevil o Boba zájem a zeptal se, zda mu může být v jeho situaci nápomocný. V tu chvíli došlo u Billa k prozření, uvědomil si, že ho bažení po alkoholu přešlo (Bill, 2019)

Na této příhodě je založen základní princip AA, tj. prostřednictvím pomoci druhým, pomáhat sobě. Anonymní alkoholici vznikli mnohem dříve, než se objevily první terapeutické komunity a začala být v léčbě využívána skupinová psychoterapie (Nešpor, 2018).

AA a sesterské organizace pro gamblery, narkomany aj. spojuje 12 kroků anonymních alkoholiků. Tyto jednotlivé kroky slouží k přiznání závislosti, přípravě na změnu a dalším důležitým úlohám, které jedince čekají.

Typické setkání spočívá v představení nových členů, společné modlitbě a ve vyprávění osobních příběhů. Během setkání probíhá přestávka s malým občerstvením a dobrovolná sbírka na provozní náklady. Na závěr se anonymní alkoholici loučí modlitbou nebo dvanácti kroky. Za významné se považuje patronství. Spočívá v doprovodu a podpoře poskytované děle abstinujícím členem nově příchozímu (Nešpor, 2018).

Organizace AA působí jako jedná z mála po celém světě. V roce 2017 AA odhadem evidovali více než dva miliony členů ve více než 170 zemích (Nešpor, 2018).

Výhodou je, že se zde může jedinec podělit o své problémy s dalšími členy a zároveň cítí, že někam patří (Pešek, 2018).

3.6. PROMĚNA TRADIČNÍ ÚSTAVNÍ LÉČBY V ČERVENÉM DVOŘE

Jak již bylo zmíněno ústavní léčba v lůžkových programech stále vychází z apolinářského modelu. Každé zařízení v ČR adaptovalo tento model různě, nicméně pro většinu z nich jsou společné vysoce strukturované programy, vysoká míra kontroly, hierarchie ve vztahu terapeut-klient, rozsáhlá pravidla, omezení kontaktu s rodinou a okolím, a sankční systémy.

Dvořáček (2020) uvádí, že některé tyto prvky jsou v nesouladu s konkrétními a individuálními možnostmi a potřebami klienta. Hovoří o důležitosti prostředí bez pokrytectví a zároveň nastavení partnerského vztahu mezi klientem a terapeutem. Klíčové je také uvědomění si terapeuta, že za klienta nerozhoduje. Klient zodpovědnost za sebe nese sám i během léčebného pobytu. V léčebně Červený Dvůr se proměna ústavní léčby zřetelná. V současné době se upustilo od bodovacího systému, kontrol a posiluje se svěbytnost a zodpovědnost klienta za sebe sama.

3.7. KOMPLIKACE VYPLÝVAJÍCÍ Z ÚSTAVNÍ LÉČBY

Příčiny komplikací během ústavní léčby mohou být různorodé. Jednat se může o relaps v průběhu léčby, o předčasné ukončení léčby tzv. „drop out“ či porušení základních pravidel v léčebném zařízení. Závislost je považována za chronické recidivující onemocnění, proto relapsy obzvláště během tzv. propustek nejsou zcela ojedinělou komplikací. Jednotlivá zařízení volí svůj přístup, který využívá v postoji k těmto relapsům. Přestože se jedná o vcelku logický projev závislosti, jedná se o záležitost narušující léčebné společenství. Procenta předčasně ukončených léčeb jsou poměrně vysoká a důvody zcela různé. Důvodem může být vlastní rozhodnutí či vyloučení z léčby z disciplinárních důvodů. Nejčastěji klienti odchází během prvního měsíce od zahájení léčby. Za vhodné se považuje nespoléhat se na motivaci klienta, která může být kolísavá a ambivalentní. Klíč pro udržení klienta v léčbě tkví v podpůrném vztahu mezi klientem a terapeutem a rovněž léčebném společenství (Dvořáček in Kalina et al., 2003)

3.8. VYUŽITÍ FARMAKOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Detoxifikaci lze definovat jako symptomatickou léčbu poruch metabolického stavu. Specifická farmakoterapie závisí na aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stádiích jsou podávány benzodiazepiny (diazepam, oxazepam), v těžších klomethiazol (Heminevrin) a při výskytu psychózy neuroleptikum tiaprid. Při křečích je podáván $MgSO_4$ nebo karbamazepin (Kalina et al., 2015).

Oporu v abstinenci zajišťuje disulfiram (Antabus), který blokuje enzym acetaldehyd dehydrogenázu a zajišťuje degradaci alkoholu. Disulfiram v kombinaci s alkoholem vyvolává silnou reakci v podobě závratí, nevolností, návalů a bolestí hlavy (Rotgers et al., 1999).

Disulfiram má potenciál podporovat abstinenci, nicméně představuje riziko pro pacienta při nedodržení úplné abstinence. Při podávání disulfiramu je proto nezbytné poučení a edukace pacienta o nutnosti absolutní abstinence (Mutschler et al., 2016).

Při úzkostně depresivních stavech jsou indikovány antidepresiva, která mohou mít pozitivní vliv na craving. Craving napomáhá zvládat lék acamprosat a naltrexon. Alkohol ovlivňuje syntézu a sekreci opioidních peptidů a má vliv na receptory. Stimuluje uvolňování dopaminu v mozku, které je regulováno opioidními receptory. V případě, že jsou tyto receptory blokovány, člověk nemá požitok z alkoholu a snižuje se i alkoholový craving. Terapie cravingu pomáhá usnadnit abstinenci po úspěšně absolvované léčbě. Význam má pouze v kombinaci s vhodnou psychoterapií (Zima in Kalina et al., 2015).

To ostatně potvrzuje i klinický pokus, který zmiňuje Rotgers, přičemž uvádí, že nejefektivnější byl účinek naltrexonu u skupiny pacientů, kteří jej užívali v kombinaci s klinicky řízenou psychoterapií. Terapie výrazně napomáhala snížit riziko cravingu a relapsu (Rotgers et al., 1999).

Výsledky studie z roku 2005 prokázaly, že u pacientů, kterým byla poskytnuta kombinace naltrexonu a KBT byl zaznamenán nižší počet relapsů. U druhé skupiny pacientů, kterým byl podáván naltrexon v kombinaci s motivační terapií nebyly tyto výsledky zaznamenány. Dle této studie je pravděpodobné, že naltrexon může snížit aspekty definované jako obsedantní myšlení na alkohol, kontroluje nutkání a posiluje schopnost odolávání alkoholu. (Anton et al., 2003).

Na pozitivní účinek naltrexonu poukazuje i studie z roku 2006. Pacienti, kterým byl naltrexon podáván v kombinaci s KBT vykazovali lepší výsledky než pacienti, kteří jej neužívali (Balladin et al., 2006).

3.9. VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Kalina et al. (2008) uvádí definici psychoterapie významné pro adiktologii následovně: „Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky“ a dále také „Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky“ (s. 159).

Při léčbě závislostí je psychoterapie podstatnou součástí celého léčebného procesu. Existují velmi odlišné směry a formy psychoterapie. K psychoterapii je rovněž řazena i rodinná terapie, relaxační techniky a terapeutická komunita. Dle dostupných informací jsou za nejvhodnější považovány kognitivně-behaviorální postupy. Dle průzkumů jsou velmi často účinnější nežli psychodynamické. V tomto ohledu je upřednostňována i skupinová psychoterapie před individuální (Nešpor & Csémy, 1996).

Behaviorální terapie

Behaviorální terapeutické metody vychází ze základního paradigmatu behaviorálních teorií. Závislost a další maladaptivní chování vysvětluje jako výsledek procesu učení, prostřednictvím základních forem např. klasické podmiňování, operativní podmiňování, sociální učení. Behaviorální terapie vychází z předpokladu, že obdobné procesy učení, které měli za následek problémové chování mohou vést k jeho změně. Přístupy behaviorální terapie využívané ke změně závislého chování, jsou založeny především na klasickém podmiňování, spočívající v podmiňování podnětu a operantním podmiňování, zaměřující se na manipulaci s následky. V rámci klasického podmiňování se závislost řadí do oblasti sekundárně naučených problémů, tj. vyhýbavého chování. Za primární symptom naučený podmiňováním je pokládána úzkost; úzkost vyvolává reakce, kterými se člověk snaží se jí vyhnout nebo se úzkosti zbavit, např. užitím návykové látky. Určité návyky a rituály spojené s prostředím a okolím, mohou přispívat ke cravingu nebo k vyvolání pseudoabstinenčních příznaků. Terapie předpokládá, že pokud se člověk naučil podmiňováním spojovat některé podmíněné reflexy s užíváním návykové látky, může se to také odnaučit (Kalina et al., 2015).

Operantní podmiňování je zaměřeno na odměny a tresty, které vedou ke zpevnění či oslabení vzorců chování. Manipulace s následky se projevuje v technikách behaviorální terapie spočívajících v plánování, úkolech a zpevňování žádoucího abstinenci chování. Operantní teorie uvádí, že klient je schopen sám zpevňovat chování, které je alternativou k užívání drogy nebo si sám může přivodit trestající důsledky. Operantní paradigma můžeme

nalézt v bodovacím a sankčním systému, který je tradiční pro ČR. Probíhá na specializovaných odděleních pro léčbu závislostí a vychází z původního Skálova apolinářského modelu. Systém zaměřený na odměny a tresty převzala a modifikovala většina oddělení pro léčbu závislostí už v tehdejší Československu. Za odměnu se považuje možnost vycházky, postup do vyššího stupně léčby, přeřazení klienta na otevřené oddělení a různé další benefity. V případě nedodržení určených pravidel jsou tyto možnosti odeprény (Kalina et al., 2015).

Behaviorální terapie využívá i další nácvikové metody např. nácvik relaxace, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, asertivní trénink. Behaviorální terapie zaměřená na změnu chování může přispět ke snížení užívání drog, posílení zapojení a udržení v léčbě. Také může fungovat jako prevence relapsu či přispět ke zlepšení kompliance s farmakoterapií v případě, že klient užívá anticravingové preparáty nebo jiná psychofarmaka. (Kalina et al., 2015).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie se využívá nejčastěji při léčbě závislostí, depresí, OCD, úzkostných poruch, fobií všeho druhu, nadměrných obav o zdraví, chronického únavového syndromu aj. (Pešek, 2018)

Kalina (2015) uvádí „Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) považuje užívání návykových látek za naučenou kognitivně-behaviorální strategii, která převládá v životě uživatele a v procesu zvládání jeho každodenních problémů“ (s. 408).

KBT vznikla integrací kognitivní a behaviorální terapie. Z kognitivního hlediska je zaměřená na procesy myšlení a z behaviorálního na chování. KBT disponuje širokým spektrem metod zaměřených na změnu čtyř složek psychiky, které se vzájemně prolínají. Jedná se o myšlení, emoce, tělesné reakce a zjevné chování. KBT se zaměřuje na řešení konkrétních problémů. V konkrétních situacích se u klienta mohou objevovat určité myšlenky, emoce nebo tělesné reakce vedoucí k určitému chování a negativním důsledkům. S ohledem na tyto problémy se stanovují konkrétní, realistické a měřitelné cíle. Terapeut hledá s klientem jeho silné stránky a pozitivní zdroje a následně možnost jejich využití v řešení problémů. KBT se také zaměřuje na osobní minulost klienta. Cílem je klientovo porozumění původu svých problémů a zpracování minulých emočně stresujících zážitků (Pešek, 2018).

Jedna z využívaných technik při individuální a skupinové terapii je Marlattova koncepce prevence recidivy. Tato technika je rozšířena v mnoha zemích světa. Autor rozlišuje krátkou recidivu (lapse) a recidivu protahovanou (relapse). Protahovaná recidiva je považovaná za nebezpečnější. (Nešpor & Csémy, 1996).

Psychodynamická terapie

Psychodynamické přístupy jsou orientovány na skutečnost, že osobnost klientů je formována jejich ranými zkušenostmi a na závislost nahlíží jako na uvíznutí v některých raných vývojových fázích člověka. Závislostní chování klienta je vnímáno jako důsledek nevědomě vyjádřených motivů a konfliktů. Terapie je zaměřena na identifikaci a odkrytí těchto konfliktů a motivů. Cílem je jejich plné uvědomění si a prožití (Vondráčková in Kalina et al., 2015).

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je považována za nejúčinnější a nejčastěji volenou formu terapie u osob závislých na alkoholu. Podle Popova (2003) se užívá skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie a terapeutické komunity v terapeutickém programu lůžkových oddělení (Kalina et al., 2015).

Cílem skupinové psychoterapie je především získání náhledu a proces, při kterém od náhledu verbálního přechází klient k náhledu produktivnímu. V tomto bodě je klient schopen začít realizovat změny ve svém životě a upevnit tím své rozhodnutí pro abstinenci (Kalina et al., 2015).

Skupinová dynamika probíhá mezi členy skupiny a terapeutem a mezi členy vzájemně. Skupiny mohou mít různou formu, podobu, a i přes značnou podobu se v některých aspektech odlišují. Od skupin vedených psychoterapeutem až po skupiny svépomocné, podpůrné např. Anonymní alkoholici (Pešek, 2018).

Psychoterapeutická skupina je obvykle složena z jednoho či dvou psychoterapeutů a cca 10 klientů. Skupinové sezení trvá zpravidla 90 minut. V případě, že se jedná o ambulantní skupinu, probíhá setkání obvykle jednou za týden. V rámci pobytové, ústavní léčby i několikrát týdně. Skupiny mohou být uzavřené, při čemž od počátku do konce psychoterapie jsou ve skupině stále stejní členové, nebo otevřené. V takovém případě mohou během terapie do skupiny vstupovat členové noví. Krátkodobá skupinová psychoterapie může trvat několik měsíců a dlouhodobá i několik let (Pešek, 2018).

Skupinová psychoterapie u nás, vychází z nejčastějšího výcviku typu SUR a jeho obdob. Jedná se především o psychodynamicko-interpersonální či více integrativní pojetí, které vychází od autorů Kratochvíla a Yaloma (Kalina et al., 2015).

V rámci skupinové psychoterapie využívají techniky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, psychodramatu i dynamické terapie.

Podle Miovského a Bartoškové (2003) je skupinová psychoterapie nejužitečnější v určitých fázích léčby. Často jí předchází individuální práce s klientem, která by klienta měla připravit a motivovat k dalšímu kroku, a tím je skupinová terapie (Kalina et al., 2015 s.432)

Rodinná psychoterapie

Ačkoliv je někdy rodina zdrojem masivní patologie, fungující rodina může během léčby naopak plnit významnou podpůrnou funkci. Její zapojení do terapie může zmírnit dopady nadměrného stresu (Nešpor & Csémy, 1996).

Je prokázáno, že rodinná a manželská psychoterapie má při léčbě závislostí na klienty velice příznivý dopad. Často je využívána v komplexnosti celého léčebného programu. Efektivita je viditelná i při výsledcích klientů, kteří ji využívají. Klienti, jejichž rodiny spolupracují v rámci terapie, mají prokazatelně lepší výsledky a větší pravděpodobnost, že léčbu dokončí (Nešpor, 2018).

Hlavním cílem je využít rodinné zdroje k podpoře změny závislého klienta, zvýšení motivace a zároveň ke snížení vlivu závislostního chování na jedince a jeho rodinu (Vondráčková in Kalina et al., 2015).

Rodinná terapie se využívá např. při práci s nezletilým a rodiči, dále při spolupráci s partnerem nebo partnerkou závislého klienta (Nešpor & Csémy, 1996).

4. VÝZNAM SOCIÁLNÍ PRÁCE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Matoušek (2008) definuje sociální práci následovně „Sociální práce je společenská vědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti) Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo i získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klient, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“ (s. 200-201)

Historie sociální práci v léčbě závislostí sahá už do dob Marry Richmondové, která byla matkou „sociálních případových prací“. Již v minulosti sociální pracovníci napomáhali osobám závislým na alkoholu. Doplnovali především lékařskou péči a péči následnou. Sociální pracovníci hrají velmi významnou roli v léčbě osob závislých na alkoholu a jiných drogách. Současně napomáhají jejich rodinám a bývají stále více zapojováni do léčebného procesu (Straussner, 2001).

V současné době řadíme mezi hlavní cíle sociální práce především zlepšování kvality života občanů ve společnosti, předcházení sociálního vyloučení a zmírnění jeho důsledků, pomoc při řešení problémů, prosazování sociální změny, ale především pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám ve zlepšování nebo obnovování jejich sociálního fungování. Za stěžejní cíl považujeme podporu, pomoc a doprovázení klientů (Arnoldová, 2015).

4.1. SOCIÁLNÍ PRÁCE V PÉČI O ZÁVISLÉ OSOBY

Klienti závislí na návykových látkách bývají hospitalizováni na detoxifikačních odděleních či jiných klinikách. Detoxifikace je základní proces a předpoklad k přijetí klienta do odvykacího programu probíhajícího v psychiatrických léčebnách a nemocnicích (Kuzníková et al., 2011).

Konkrétní forma sociální pomoci je nedílnou součástí léčby především u pacientů znevýhodněných socioekonomických skupin. Pacienti často trpí nedostatkem nadhledu nad

svými problémy a tíživou životní situací ve které se nachází. I terapeutický vztah napomáhá pacientovi k lepšímu zvládnání jeho problémů. V sociální práci u závislých pacientů na alkoholu či jiných drogách je důležité brát zřetel i na zájmy a potřeby lidí v pacientově nejbližším okolí. Často se nachází v nelehkých situacích a úkolem sociální pracovníka je jim tyto situace ulehčit. Za nejvhodnější se považuje práce s rodinou v jejich přirozeném prostředí (Nešpor & Csémy, 1996).

Během léčby má sociální pracovník možnost a prostor pro motivaci klienta k abstinenci a probudit u klienta chuť k životním změnám (Kuzníková et al.,2011).

Na psychiatrických klinikách, v léčebnách a dalších podobných zařízeních bývá využívána i skupinová sociální práce. Je třeba ji odlišovat od terapeutických skupin. Skupinová sociální práce v tomto případě slouží jako pomoc malým skupinám řešit jejich specifický problém a je založena primárně na sociální a psychologické dynamice (Kuzníková et al.,2011).

4.2. SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCI VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Individuální přístup a práce s klientem je ve zdravotnictví téměř stěžejní.

Řezníček (1994) uvádí „Během prvního kontaktu by měl sociální pracovník projevit opravdový zájem o klienta a snažit se navázat atmosféru důvěry a zjištění přání a očekávání klienta“ (Kuzníková et al.,2011 s. 65).

První rozhovor s klientem by měl trvat kratší dobu, aby měl klient možnost setkání zpracovat a připravit se na další návštěvu sociálního pracovníka. Při rozhovoru je důležité zachovat autonomii klienta, podporovat jej a zároveň dostatečně oceňovat. V rozhovoru není důležité jen umění hovořit, ale i naslouchat. Při naslouchání je klíčová empatie a schopnost vcítit se do druhého. Při spolupráci s klientem se může sociální pracovník setkávat s pochybnostmi o možnostech pomoci, odmítáním pomoci či s nedůvěrou. I přesto by měl sociální pracovník vynaložit veškeré úsilí k navázání důvěrného vztahu a poskytnout a vysvětlit všechny možnosti, které klientovi může v jeho aktuální situaci nabídnout (Kuzníková et al.,2011).

Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse

Tento přístup bývá uplatňován v situacích, které se pro klienta jeví jako bezvýhodné. Skutečně mnohdy řešení postrádají. Jednat se může o sdělení negativní prognózy onemocnění, úmrtí blízkého a další obtížné situace ve kterých se klient může nacházet a musí se s nimi vyrovnat. Nedirektivní psychoterapii Carla Rogerse využívá sociální pracovník také v případě, kdy jedná s nedobrovolným klientem, agresivním klientem nebo s klientem se zhoršenou schopností komunikace.

Carl Rogers je považován za zakladatele nejen poradenského rozhovoru, ale také poraden. V léčbě závislostí se jedná o poradenství pro osoby závislé na alkoholu, nikotinu, lécích a jiných drogách. Sociální pracovník by měl usilovat o bezpodmínečnost a akceptaci neboli klienta by měl umět přijmout bez hodnocení jeho chování. Dále o kongruenci a opravdovost, kdy prožívání je v souladu s chováním a konečně o empatii (Kuzníková et al.,2011).

Úkolově orientovaný přístup

Tento přístup byl vědecky aplikován a zkoumán na různých cílových skupinách s různým druhem problémů. Jeho účinek byl prokázán především při práci s psychiatrickými pacienty, klienty závislými na alkoholu a se seniory. Je vhodný při krátkodobé spolupráci s klientem, která je pozitivně motivovaný, autonomní a je ochoten se podílet na možnostech řešení, plnit úkoly. V tomto případě může dojít k rychlé orientaci v možnostech a následně k rychlému vyřešení problému (Kuzníková et al.,2011).

Praktické činnosti sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Mezi praktické činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení patří mnoho konkrétních úkonů a intervencí, které jsou pro výkon profese zásadní. Patří mezi ně následující:

Psychosociální podpora zahrnuje zajištění sociální podpory a pomoci při řešení finanční a existenční situace. Dále poskytnutí psychické podpory, krizové intervence a případně pomoc psychologa. Orientuje se také na podporu širších vztahů klienta a vytváření společného plánu následně navazující péče s klientem.

Součástí praktických činností je **edukace**. Souvisí s pomocí klientům i okolí klienta porozumět problému, nemoci, léčbě a důsledkům léčby. Edukace spočívá i ve vzdělávání rodinných příslušníků v dané problematice možností zdravotně sociální péče, pomáhá lépe se orientovat v nabídce dostupných služeb.

Stěžejní činností sociálního pracovníka je **poradenství**. Spočívá v řešení nepříznivých sociálních situací, poskytování informací o možnostech řešení těchto situací, v plánování propuštění a následné péče, v řešení obtížné finanční situace klienta.

Klíčová je také **komunikace**. Ta zahrnuje rozhovor s klientem, jeho rodinou, skupinou nebo rozhovor v rámci komunity. Patří sem také terapeutický rozhovor, asistence při rozhovoru klienta s odborníky interdisciplinárního týmu, ale také porady a rozhovory s profesním týmem a spolupráce s příslušnými osobami a orgány (lékaři, OSPOD, PČR, zdravotní pojišťovny, notáři, soudy) (Kuzníková et al., 2011).

4.3. SOCIÁLNÍ PRÁCE V PRŮBĚHU POBYTOVÉ LÉČBY

Pobytová léčba je poskytována v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. Mezi hlavní cíle léčby patří především změna životního stylu a přijetí abstinence jakou součást života klienta. Klient by se měl také naučit přijímat odpovědnost za své jednání. Součástí je i nácvik dovedností potřebných ke zvládnutí různých situací, zlepšování mezilidských vztahů, stabilizace sociálních podmínek klientova života, a především prevence relapsu. Aby došlo k naplnění stanovených cílů je nezbytné vytvořit bezpečné a podnětné prostředí. To je zajištěno vzájemnou komunikací mezi klienty a terapeuty (Matoušek, 2010).

Poradenství před nástupem do léčby by mělo zvýšit motivaci klientů, přesto mnoho z nich nastupuje do léčby spíše vnější motivační aspekty. Mezi ně patří hrozba trestního stíhání, ztráta rodinného zázemí, obava z odebrání dítěte a svěřením do náhradní rodinné péče či jiné alarmující životní podmínky. Výraznější motivace se u klientů rýsuje zpravidla v průběhu léčby. Klienti mohou mít zprvu obtíže v přizpůsobení se režimu léčebného zařízení. I z tohoto důvodu je klíčový vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeut v tomto případě vede klienta k separaci, individuaci, autonomii a soustřeďuje se také na zpětné hodnocení procesu léčby (Matoušek, 2010).

Za významnou úlohu sociální práce během pobytové léčby se považuje postupné navazování kontaktů s vnějším okolím a zlepšování kvality jeho sociálního fungování. Díky

rodinné terapii může klient obnovit a zlepšit komunikaci s rodinou. V tomto ohledu je hlavní podpora klienta i jeho rodiny a pomoc při řešení problémových situací (Matoušek, 2010).

Obnova sociálního fungování spočívá také ve schopnosti řešení tzv. čekajících problémů. U řady klientů se jejich problémy kumulují, a tak je jejich situace při nástupu do léčby obvykle komplikovaná. V takovém případě sociální pracovník nabízí klientovi dluhové poradenství. Pomoc nabízí při řešení plnění závazků vůči institucím (zdravotní pojišťovna, dopravní podniky) i vůči jednotlivcům (náhrada škody). Obvykle řeší klienti problémy týkající se trestního, občanského a rodinného práva. Někteří mohou být i ve svízelné situaci, přičemž hrozí trestní stíhání i uložení trestu. Proto se musí sociální pracovníci, kteří jsou součástí léčebného týmu dobře orientovat v zákonech a v možnostech řešení jednotlivých problémů. Neměli by však přebírat odpovědnost za jejich problémy, ale pouze je vést a podporovat v jednotlivých krocích.

V závěrečné fázi se klient připravuje na zvládnutí života, který ho čeká po léčbě. Prevence relapsu obvykle vyžaduje zásadní změny v dosavadním životě např. odpoutání od původní rodiny, nalezení trvalého partnerského vztahu, nalezení uspokojivého zaměstnání či zajištění bydlení. Za žádoucí se považuje přerušování kontaktů s lidmi, kteří jsou spojeni se závislostním prostředím a zvyšují tak riziko recidivy. Tyto radikální změny jsou mnohdy obtížné a složité, je proto důležité s klientem dlouhodobě a trpělivě pracovat.

5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1. CÍL ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ DESIGN

V rámci absolvování odborných stáží si autorka často kladla otázku, jak se cítí klienti závislí na alkoholu, kteří nastupují do ústavní léčby, zda jsou něčím či někým ovlivněni a jaká jsou jejich očekávání od léčby. Není tajemstvím, že u mnohých klientů se recidiva opakuje i po absolvování ústavní léčby, někteří ji ani nedokončí. Cílem tohoto výzkumu je **zmapovat a popsat aspekty rozhodování při nástupu do ústavní léčby.**

Základní výzkumná otázka zní: Jaké psychologické a sociální aspekty klienti vnímali při nástupu do ústavní léčby.

Za účelem naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkum, který poslouží k bližšímu porozumění zkoumaného jevu.

Americký sociolog Blau uvádí: „Kvantitativním výzkumem nelze zjistit nic více než to, co jsme „kvalitativně“ předem věděli, ale o čem jsme pouze nevěděli, jak je „to“ v populaci rozloženo“ (Švaříček & Šed'ová, 2014 s. 13-14).

Kvalitativní metodologie spočívá především v práci se slovy. Tím se výrazně liší od výzkumu kvantitativního, jehož předmětem jsou především čísla. Data, která jsme získali při sběru v kvalitativním výzkumu musíme interpretovat specifickými postupy, které jsou odlišné od postupů ve výzkumu kvantitativním (Švaříček & Šed'ová, 2014).

5.2. CÍLOVÁ SKUPINA VÝZKUMU

Realizace kvalitativního výzkumu započala v říjnu 2020 v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, pár dní před opětovaným vyhlášením nouzového stavu v důsledku celosvětové pandemie koronaviru SARS-CoV-2. Jedná se o jedinou plně specializovanou psychiatrickou nemocnici se specializací na léčbu závislostí. Je státním zařízením, zřízeným Ministerstvem zdravotnictví ČR. Psychiatrická léčebna se nachází v areálu zámku Červený Dvůr v blízkosti Českého Krumlova. V Červeném Dvoře se léčí závislosti na nealkoholových drogách, na alkoholu i patologické hráčství. Osobám závislým na alkoholu poskytuje léčebna střednědobou ústavní léčbu závislosti v délce 2-5 měsíců. Dále detoxifikaci a stabilizaci pacienta před zahájením terapie v jiných zařízeních. Léčebna má čtyři organizované oddělení. ČD poskytuje komplexní integrovaný, strukturovaný terapeutický program. Zvláštnost programu tkví především v důrazu na terapeutickou komunitu, na kompetentní roli pacienta a inspirující prostředí. Kapacita léčebny je 109 lůžek pro celorepublikovou klientelu. Lůžková kapacita je v posledních letech plně obsazena.

Čekací doba je zpravidla 4-12 týdnů. Červený Dvůr si jako léčebné zařízení závislostí vede v České republice velmi dobře. Jedná se o renomované zařízení, jehož cílem a prioritou je vytvořit centrum léčby závislostí odpovídající moderní psychiatrii (Dvořáček, 2019).

Moderní koncept léčby zajišťuje lidštější přístup též pro pacienty po relapsu (Debnar & Šejvl, 2019).

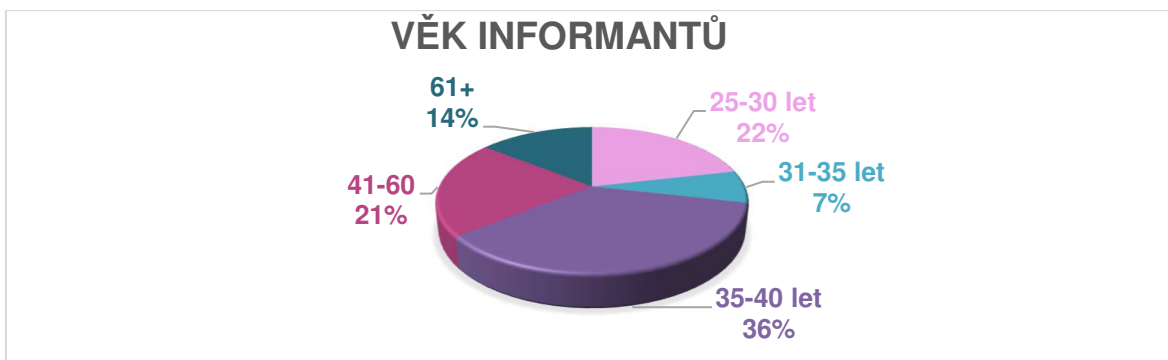
Pro výzkum byla zvolena byla kvalitativní metoda rozhovoru. Rozhovory probíhaly v prostorách psychiatrické léčebny tak aby byl klientům zajištěn klid a prostor pro sdílení. Kvůli zhoršující se epidemiologické situaci ohledně pandemie covid-19 byly některé rozhovory realizovány a dokončeny online prostřednictvím videohovorů v aplikaci ZOOM. Do výzkumu bylo náhodně vybráno 15 osob závislých na alkoholu, z toho 7 žen a 8 mužů. Informanti byli vybráni bez ohledu na věk, a počet hospitalizací v ústavní léčbě. Jediným výběrovým kritériem byla dobrovolná léčba nikoliv léčba nařízená.

V rámci rozhovorů byli zjišťovány následující sociodemografické údaje: věk, vzdělání a počet hospitalizací v ústavní léčbě kvůli závislosti na alkoholu. Ve věku 25-30 let se nacházeli tři informanti. V kategorii 31-35 let pouze dva informanti. Ve věku 35-40 let se nacházelo pět informantů. Kategorii 41-60 let obsadili tři klienti a poslední věkovou skupinu 61+ pouze dva informanti.

První léčbu podstupovalo osm informantů, čtyři informanti se nacházeli ve druhé léčbě a zbylí tři klienti mají za sebou 3 a více léčebných pobytů v ústavní péči.

Z dotazovaných jeden klient uvedl vyučení na středním odborném učilišti, devět klientů dosáhlo maturitního vzdělání a pět klientů má dokončené vysokoškolské vzdělání.

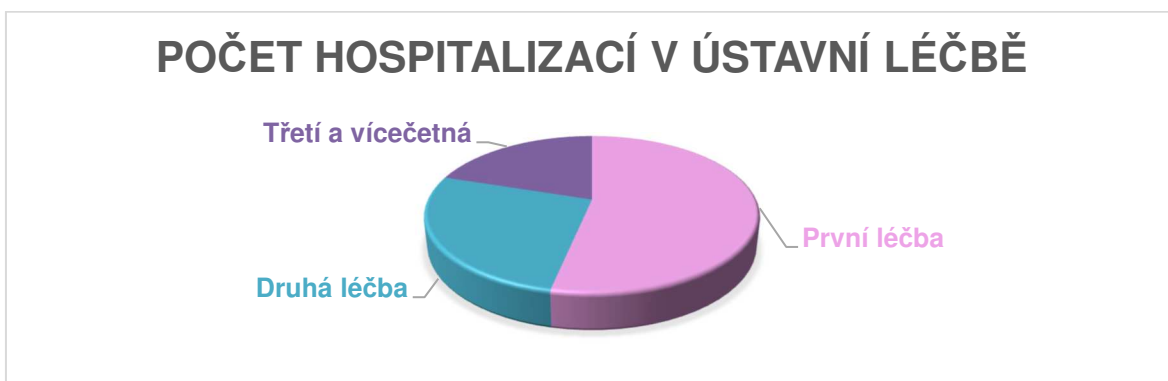
Pro lepší přehled o informantech jsou přiloženy grafy na následující straně.



Graf 1 Věk informantů (zdroj. Vlastní konstrukce)



Graf 2 Dosažené vzdělání (zdroj. Vlastní konstrukce)



Graf 3 Počet hospitalizací v ústavní léčbě (zdroj. Vlastní konstrukce)

Tabulka 1 Stručná charakteristika informantů

Informant	Věk	Dosažené vzdělání	Počet hospitalizací v ústavní léčbě
Jakub	35 let	SŠ s maturitou (nedokončená VŠ)	1.
Alex	40 let	SŠ s maturitou	1.
Jan	29 let	SŠ s maturitou	5.
David	28 let	VŠ	1.
Milan	38 let	SOU	1.
Daniel	49 let	VŠ	2.
Eduard	56 let	SŠ s maturitou	2.
Adéla	37 let	VŠ	2.
Anna	27 let	SŠ s maturitou	1.
Jitka	70 let	VŠ	2.
Nikola	56 let	VŠ	1.
Denisa	39 let	SŠ s maturitou	3.
Karolína	34 let	SŠ s maturitou	10.
Ema	36 let	SŠ s maturitou	1.
Darina	65 let	SŠ s maturitou	1.

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

5.2.1. ETICKÉ ASPEKTY SOUBORU

Tématika závislosti a léčebného procesu je velmi citlivé téma pro každého klienta. Před začátkem rozhovoru dostal každý klient k podpisu informovaný souhlas o zachování anonymity, byl mu vysvětlen model výzkumu a zodpovězeny veškeré dotazy ohledně něj. Informanti byly upozorněni na možnost okamžitého ukončení rozhovoru v jakékoliv fázi. Pro zachování anonymity byly všem informantům změněno jejich pravé jméno a uvedená místa na základě kterých by mohlo dojít k odhalení identity.

5.3. POUŽITÉ METODY

5.3.1. METODA SBĚRU DAT

Jako metoda sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Rozhovor je nestandardizované dotazování zpravidla jedním výzkumníkem. Umožňuje zachovat autenticitu odpovědí respondenta a ponechání výpovědí v jejich přirozené podobě (Švaříček et al., 2014)

Deset rozhovorů se uskutečnilo v léčebně Červený Dvůr, dalších pět rozhovorů proběhlo pomocí videohovorů v aplikaci ZOOM kvůli zhoršující se epidemiologické situaci během pandemie covid-19. Rozhovory „face to face“ trvaly v průměru 30-40 minut. Byly nahrávané na mobilní zařízení proto, aby nedošlo ke zkreslení výpovědí při přepisu.

Struktura rozhovoru byla předem připravena. V průběhu rozhovoru jsem otázky pokládala dle potřeby, případně jsem otázkami navracela informanty zpět k tématu v případě, že se během vyprávění odchýlili. Otevřené otázky jsem pokládala proto, aby došlo k podrobným vysvětlením prožívání a klient se neuchýlil pouze ke strohým odpovědím.

K realizaci rozhovoru byly využité následující **základní otázky**.

- **Jak vás poprvé napadla myšlenka nastoupit ústavní léčbu?**
- **Vzpomínáte si, jak jste se tehdy cítila před nástupem?**
- **Co přesně stálo a za vaším konečným rozhodnutím vzpomínáte si? (nějaká situace)?**
- **Cítil/a jste kolem sebe nějaké vlivy, které přispěly k vašemu rozhodnutí?**
- **Jaká jste měl/a od ústavní léčby očekávání?**
- **Co bylo vaším hlavním cílem při nástupu do ústavní léčby?**
- **Máte pocit, že k vašemu rozhodnutí přispěla i situace kolem pandemie covid-19?**

5.3.2. ANALÝZA DAT

K analýze sebraných rozhovorů byla využita metoda tematické analýzy. Braun a Clarke (2006) tuto metodu označují jako „metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorům (tématům) v datech“. Autoři vyzdvihují a oceňují především její flexibilitu.

Výzkumná otázka byla předem určena. Pro lepší porozumění tématu alkoholové závislosti a analýze dat tak, aby nedošlo k přehlédnutí významných aspektů byla prostudována odborná literatura.

Braun a Clarke (2006) uvádí šestikrokový postup pro správnou práci s daty pomocí tematické analýzy. Zdůrazňují důležitost a nezbytnost návratu k jednotlivým krokům, aby se tak předešlo ztrátě a přehlédnutí důležitých dat.

1. Seznámení se s daty

V prvním kroku je nezbytné opakovaně pročítat data. V tomto kroku je možné vyhledávat a všímat si možných významných pasáží. Rovněž výzkumník hledá první možné kódy.

2. Generování počátečních kódů

Během druhého kroku má výzkumník za úkol vytvořit první část kódů z oblastí, které výzkumník považuje za významné. Výzkumník se snaží najít společné rysy a vzorce na základě kterých může stanovit prvotní podklady pro zachycení témat.

3. Identifikace témat

Při identifikaci témat dochází k třídění, přezkoumávání kódů a vkládání do obecných témat. Můžeme rozlišovat témata hlavní a přiřazená subtémata. K větší přehlednosti se doporučuje využít mentální mapy a tabulky.

4. Přezkoumávání dat

Ve čtvrtém kroku se výzkumník opět vrací k posuzování a přezkoumávání jednotlivých textů s přidělenými kódy. V tomto kroku může dojít k sloučení či oddělení některých témat.

5. Definování a pojmenování témat

Výzkumník identifikuje podstatu jednotlivých témat a uvádí o čem jednotlivá témata vypovídají. Nad každým tématem uvažuje samostatně i v závislosti na jejich možné propojení.

6. Podání zprávy

V závěrečném kroku dochází k sepsání zprávy, která popisuje výslednou analýzu na základě již stanovených témat.

5.3.3. KONKRÉTNÍ USKUTEČNĚNÍ ANALÝZY

Při analyzování dat jsem se pevně držela jednotlivých kroků podle Braun a Clarke (2006 s. 76). Jejich návod mi umožnil náhled a podrobnější proniknutí do analýzy individuálních rozhovorů.

V prvním kroku jsem opakovaně pročítala všechna data a snažila se jim správně porozumět. Rozhovory jsem přepsala a přiřadila ke každému řádku čísla pro lepší vyhledávání kódů. Poté jsem je vytiskla do psané podoby pro lepší orientaci a práci. V jednotlivých textech jsem barevně vyznačovala pasáže, které mi připadaly zajímavé a něčím významné a mohly by být vhodné k následnému zpracování. Poté jsem začala objevovat první možné kódy a zapisovala je do tabulky. Následně jsem se ke kódům opakovaně vracela a přezkoumávala je. Na základě podobných vzorců jsem rozčleňovala kódy do prvotních obecných témat. V tomto kroku jsem využívala mentální mapy, které mi pomohli k lepšímu pochopení a k vytvoření subtémat.

Následně jsem data znovu přezkoumávala, zda skutečně odpovídají jednotlivým výrokům. K rozhovorům jsem se neustále vracela a pročítala, abych předešla přehlédnutí něčeho významného. Došlo k pozměnění některých témat či k vytvoření nebo smazání subtémat. Stejně tak i k reorganizaci některých výroků.

Pomocí těchto jednotlivých kroků jsem se snažila o zajištění spolehlivosti kvalitativního výzkumu z pohledu Brauna a Clarka (2006), kterou popisuje zároveň i Miovský (2006 s. 262) jako „Vnitřní provázanost dat, umožňující na základě podrobného seznámení se s výzkumnou zprávou replikovat jednotlivé kroky“. Ve své práci jsem k zachování důvěryhodnosti vkládala citace respondentů a celé části rozhovorů beze změny, aby nedošlo ke zkreslení a výsledky vyhodnocení byly co nejpřesnější.

5.4. VÝSLEDKY

Rozhovory s respondenty byly zpracovány pomocí tematické analýzy a bylo nalezeno 8 základních témat, která se v provedených rozhovorech objevovala. Každé téma je podrobně popsáno a vysvětleno z pohledu výzkumníka. Všechna témata a přiřazená subtémata jsou znázorněna v Tabulce č. 2 a zároveň jsou graficky znázorněna, aby došlo k jejich lepšímu pochopení. Jednotlivá témata a subtémata jsou podložena přímými citacemi informantů.

Tabulka 2 Témata a subtémata (zdroj. Vlastní konstrukce)

Téma	Subtéma
Uvědomění	Připuštění si
	Nepřipuštění si
Prožívání	
Aktuální stav klienta před nástupem do ústavní léčby	Psychický stav
	Fyzický stav
Vliv	Vnitřní vlivy
	Vnější vlivy
Cíl léčby	Abstinence
	Životní změna
	Seberozvoj
Postoj k léčbě	
Možné zdroje obav před léčbou	Spojené s rodinou
	Spojené s léčbou
	Spojené s existencí
	Spojené se smrtí
covid-19	Možná souvislost
	Nemá souvislost

5.4.1. TÉMA: UVĚDOMĚNÍ

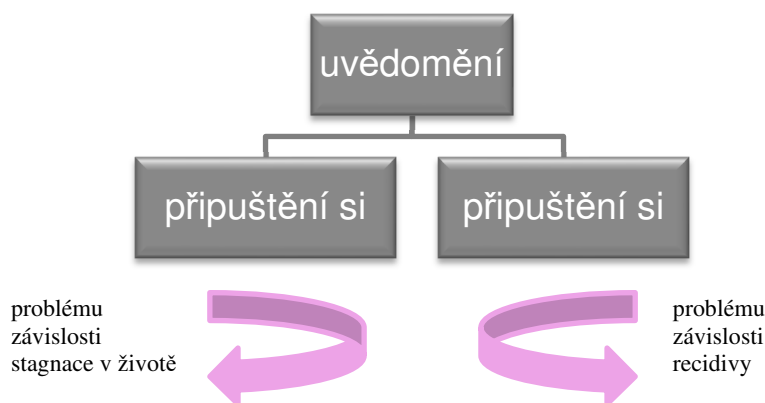
Subtéma 1: Připuštění si

Subtéma 2: Nepřipuštění si

Téma **uvědomění** je před nástupem do léčby hraje roli v léčebném procesu. Vědomí či nevědomí, a především **připuštění** či **nepřipuštění** si toho, že mám problém, že jsem závislý, že stagnuji kvůli závislosti v životě apod.

Nešpor (2009) považuje uvědomění „mindfulness“ za užitečný prvek prevence a léčby a usnadňuje řešení problémů a psychoterapii.

V počátku si osoba závislá na alkoholu své problémy zpravidla nepřipouští, naopak je stále přesvědčen, že situaci zvládá a pití alkoholu má pod kontrolou. V další fázi, ve které se člověk obvykle nachází může dojít k uvědomění, ale zároveň i k touze svůj problém skrývat před okolím i před sebou (Ühlinger & Tschui, 2009).



Myšlenková mapa 1 Téma: Uvědomění (zdroj: Vlastní konstrukce)

K připuštění si problému došlo u **David**a: „*V tu chvíli to na mě dolehlo, že takhle to dál nejde.*“ (David, řádek 65)

Anna si rovněž uvědomovala, že má problém s alkoholem. „*A to, že teda vypiju pomalu půl flašky denně vodky, sem si připustila hned když mi doporučili ústavní léčbu.*“ (Anna, řádek 14-15)

Stejný problém si uvědomoval i **Alex** u něhož pití alkoholu narůstalo: „*A je to pořád dokola a najednou prostě vidíte, že lijete od rána do večera.*“ (Alex, řádek 37-38)

Nikola vnímala svoji závislost jako velký problém ve více oblastech, a to především v rodině a v práci. „*Už jsem to vnímala jako velký problém v rodině, v zaměstnání a, že to prostě musím řešit.*“ (Nikola, řádek 22)

Jitka si rovněž uvědomovala váhu svých problémů a nutnost je řešit. „*Já jsem prostě věděla, že když zůstanu v těch problémech viset, tak že to bude pořád stejný.*“ (Jitka, řádek 34-35)

Klíčovou roli v léčbě a následné péči hraje **připuštění si závislosti**. U mnohých klientů k tomuto jevu dochází až v průběhu léčby, u některých až po dokončení léčby či po recidivě.

Darina si byla vědomá své závislosti již při vstupu do léčby. „*Protože už jsem věděla, že je to jakoby závislost.*“ (Darina, řádek 6)

Milan v souvislosti s připuštěním si závislosti uvedl, že si uvědomil, že je alkoholik. „*Protože prostě jsem alkoholik, který se musí léčit.*“ (Milan, řádek 39)

Stejně vyjádření o sobě použila také **Jitka**: „*Protože jsem alkoholik, tak to vždycky skončí celou lahví*“ (Jitka, řádek 5-6)

Toto zjištění přišlo u **Jitky** až při druhé léčbě: „*Při té první jsem si v podstatě říkala, že abstinence nebude problém, posléze jsem zjistila, že jsem alkoholik a, že to problém je.*“ (Jitka, řádek 97-98)

Jedním z dalších jevů bylo **připuštění si stagnace v životě**. **David** uvedl, že měl pocit stagnace v životě a ve škole kvůli alkoholu. „*Zároveň jsem viděl, jak to studium pořád, tak jako prodlužuju, tak moji nejlepší dva kamarádi se kterými to táhnu už celý ty roky i v tom studiu už od základky tak vlastně už udělali inženýra, před rokem a půl, možná před dvěma lety a jakože mi utíkají v životě, že já jsem takovej zaostalej. To mě taky jakoby, tlačilo.*“ (David, řádek 76-80)

Stagnaci v životě si připustil rovněž **Jan**. „*No žádnéj posun, žádnéj progres prostě.*“ (Jan, řádek 75)

David hovořil také o **připuštění si ztráty času v životě**: „*Že jsem takovej hodně zpožděnej, ztracenej čas úplně. Tak tohle mě hodně nakoplo se sebou něco dělat.*“ (David, řádek 80-81)

Alex si před léčbou uvědomil a **připustil si dopady alkoholu** a to, že mu alkohol v životě jen bere nikoliv dává. „*Bylo to v podstatě tak, že člověk si nakonec uvědomil, že celou tu dobu mu ten alkohol jenom bral.*“ (Alex, řádek 115-116)

Milan také uvedl uvědomění, že alkohol ho v životě o určité věci připravil. „*Ten alkohol mi nepomohl, a ještě více ublížil.*“ (Milan, řádek 63)

Adéla si také před nástupem do druhé léčby uvědomovala působení alkoholu na svou osobnost. „*Kdyby tam ten alkohol nebyl, tak bych to všechno řešila jinak a mě ten alkohol fakt hrozně ovládal a já se nechala.*“ (Adéla, řádek 117-18)

Protipólem připuštění si je **nepřipuštění**. Ne každý si byl před vstupem do léčby plně vědom svých problémů, své závislosti a dalších jevů.

Adéla si **problém s alkoholem nepřipouštěla** velmi dlouho: „*Já jsem si vlastně dlouho neuvědomovala, že mám problém s tím pitím, pořád jsem myslela, že to zvládnou sama.*“ (Adéla, řádek 6-7)

„*A pořád jsem si nepřipouštěla problém tý závislosti, a to byl můj problém a stahovalo mě to pořád.*“ (Adéla, řádek 22-23)

Stejně vnímala svou situaci také **Denisa** jejíž připuštění problému přišlo až během léčby: „*Já jsem věděla, že mám problém, ale to připuštění s tím alkoholem přišlo až teď*“ (Denisa, řádek 5-6)

S tímto se ztotožňuje také **Ema**: „*Já jsem v tom jakoby, neviděla nikdy moc problém.*“ (Ema, řádek 5-6)

„*Až vlastně až tady jsem si uvědomila, že ten problém určitě je.*“ (Ema, řádek 6)

Karolína uvedla, že jí také trvalo, než si problém připustila: „*No u mě to taky chvíli trvalo, taky to nebylo hned.*“ (Karolína, řádek 79)

Anna si byla vědomá svých problémů, ale nepřipouštěla si přímou souvislost s alkoholem. „*Já jsem si nepřipouštěla ze začátku, že mám ten problém s alkoholem a, že je to tak navázaný na sebe.*“ (Anna, řádek 72-73)

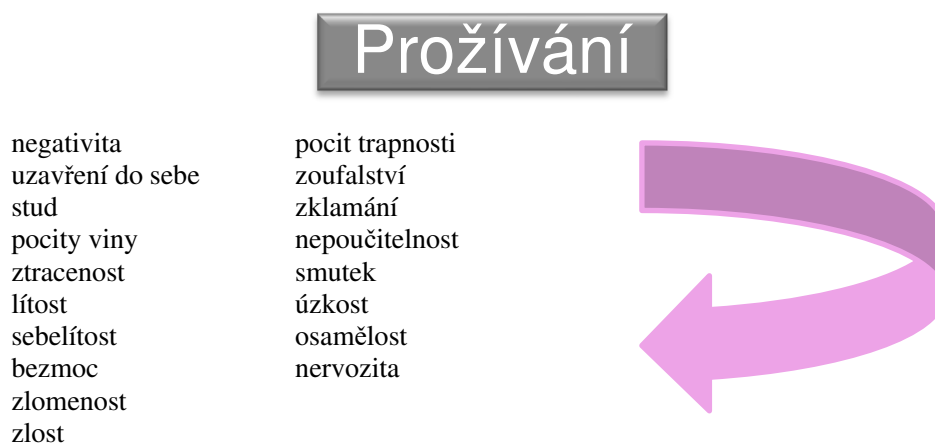
Nejen o nepřipuštění si problémů, ale také o **nepřipuštění si závislosti** se zmínila **Adéla**: „*A pořád jsem si nepřipouštěla problém tý závislosti, a to byl můj problém a stahovalo mě to pořád.*“ (Adéla, řádek 22-23)

Objevoval se také jev o **nepřipuštění si recidivy**. **Denisa** si nepřipouštěla, že by se po první léčbě ještě někdy vrátila. Považovala se ze závislosti za zcela vyléčenou. „*Když jsem končila tady léčbu tak jsem si říkala, že jsem vyléčená, vůbec jako nějaký pojmy jako recidiva a takový, to jsem si jako říkala, to se mě nemůže stát, já jsem tady byla a jsem vyléčená.*“ (Denisa, řádek 21-23)

Stejný problém vnímala také **Karolína**: „*Já si nikdy nemyslela, že se tam někdy vrátím. Já si to jako úplně nepřipouštěla upřímně řečeno.*“ (Karolína, řádek 18-19)

5.4.2. TÉMA: PROŽÍVÁNÍ

Téma prožívání souvisí s emocemi a pocity klientů před nástupem do léčby. Většina klientů byla poměrně otevřená a sdílá při popisování svých pocitů. Pocity související s nástupem byly převážně negativní.



Myšlenková mapa 2 Téma: Prožívání (zdroj. Vlastní konstrukce)

Jakub popisuje pocity, které se v něm odehrávaly před nástupem jako zvlášť **negativní**: „*Byly opravdu hodně negativní a už to rozhodně nechci zažít.*“ (Jakub, řádek 86)

Eduard popisuje **uzavírání se do sebe**: „*Já jsem se v podstatě uzavřel do ulity.*“ (Eduard, řádek 102)

Téměř čtvrtina klientů pociťovala **pocit viny**. **Adéla** uvedla, že pocit viny se u ní projevoval ve vztahu k sobě i k druhým. „*Pocity viny vůči sobě i vůči malý. Vlastně vůči všem.*“ (Adéla, řádek 43)

Vůči dětem se cítila provinile i **Ema**: „*Cítila jsem se i jako dost provinile vůči těm dětem. Protože to vnímají. Takže takovej nějaký tam byl pocit viny.*“ (Ema, řádek 30-31)

Stejně pocity vůči své závislosti prožívala také **Karolína**: „*Ta závislost je silnější, a to jsou ty pocity viny.*“ (Karolína, řádek 182-183)

Pocity viny popisuje také **Alex**, který trpěl především výčitkami související se zničením partnerského vztahu v důsledku pití alkoholu. „*Všechno pramenilo z toho, že já jsem věděl, že jsem zavinil nějakou situaci, věděl jsem, že jsem to zavinil já.*“ (Alex, řádek 89-90)

U **Emy**, **Karolíny**, **Denisy** a **Daniela** se objevoval **stud**. **Ema** cítila stud ve chvíli kdy se opětovaně vracela do léčebny a její děti znovu skončili v pěstounské péči. „*Vezla mě sem ta pěstounka od dětí, tak jsem se i jako styděla před ní. Styděla jsem se, že jsem to nezvládla, že mi zase odebrali děti.*“ (Ema, řádek 29-30)

Denisa popisuje svůj stud při opětovaném nástupu do léčby následovně: „*No, když jsem šla potom podruhé, tak jsem se hrozně styděla. Strašnej stud.*“ (Denisa, řádek 85)

Stejně se cítil i **Daniel**: „*Takový ten pocit, že to bude ostuda, že se vracím zpátky no.*“ (Daniel, řádek 45)

Daniel a **Karolína** prožívali pocit **trapnosti** a **rozpačitost** v souvislosti s opakovaným nástupem do léčby. „*Samozřejmě bylo mi to trapné.*“ (Daniel, řádek 43)

Karolína uvádí: „*Cítila jsem se, jakože fakt trapně*“ (Karolína, řádek 41)

Karolína pociťovala také **smutek** „*Já jsem byla doslova na zhroucení.*“ „*Opravdu jsem jenom brečela.*“ (Karolína, řádek 56)

Adéla zdůrazňuje pocit **lítosti**: „*Šílená lítost.*“ (Adéla, řádek 47)

O **sebelítosti** se zmiňuje **Karolína**: „*Pocity tý viny a sebelítosti, že vy víte, že to děláte špatně.*“ (Karolína, řádek 183)

Stejně pocity uvádí také **Alex**: „*Člověk se dostane do nějaký své sebelítosti.*“ (Alex, řádek 33)

Klíčová emoce byla **zlost**, kterou popisují čtyři informanti. **Anna** měla zlost vzhledem ke stavu v jakém se nacházela a k problematickému nástupu do léčby. „*Měla jsem zlost.*“ (Anna, řádek 26)

Denisa měla zlost na sebe sama kvůli narůstajícímu pití: „*Já jsem byla nas*aná sama na sebe*“ (Denisa, řádek 115)

Adéla také zdůrazňuje zlost, kterou měla v souvislosti se svou stávající situací, problémy s alkoholem a nedokonanou sebevraždou. „*Měla jsem vztek, že jsem to nezvládla řešit včas.*“ (Adéla, řádek 49)

Daniel pociťoval zlost na sebe kvůli recidivě a opětovanému návratu do léčby. „*Převládá ten vztek a vůbec to nechápání, že jsem takovým způsobem zase skončil.*“ (Daniel, řádek 46)

Anna a **Adéla** pociťovaly před nástupem **bezmoc**. **Anna** měla potíže s přijetím do léčby kvůli chybějícím dokladům a její problémy s pitím se stále zhoršovaly. „*Cítila jsem bezmoc, už jsem nevěděla, co mám dělat.*“ (Anna, řádek 22)

Adéla po pokusu o sebevraždu vnímala také **bezmoc**: „*Šílená bezmoc.*“ (Adéla, řádek 47)

V souvislosti s touto situací prožívala **Adéla** i pocit zlomenosti: „*Já jsem sem šla vlastně rovnou z nemocnice, asi po 14 dnech, takže jsem byla fakt taková zlomená, vyřízená.*“ (Adéla, řádek 62-63).

U obou žen se objevovalo také **zoufalství**. **Anna** se cítila zoufale především jak už bylo zmíněno kvůli problematickému přijetí do léčby. „*Hlavně to bylo zoufalství, A tím, že mě teda odmítali na různých místech. Vždycky to bylo, ale vy nemáte občanku a vy nemáte pojištění, přijela jste bez věcí.*“ (Anna, řádek 26-27)

Adéla uvádí: „*Já jsem byla strašně zoufalá a nevěděla jsem co se semnou děje.*“ (Adéla, řádek 41)

V kontextu zoufalství uvedl **Daniel** následující: „*...pocit, že jsem se dostal až na úplné dno.*“ (Daniel, řádek 39)

Bylo uvedeno, že s nástupem se pojí také **nervozita**. Tu pociťovala **Karolína** během čekací doby na léčbu, která byla v souvislosti s pandemií covid-19 protáhnuta. „*A prostě byla jsem nervózní*“ (Karolína, řádek 60)

O nervozitě hovořila též **Nikola**, ale v opačném případě. Když se její nástup do léčby začal blížit nervozita opadla: „*Už jsem nebyla nervózní.*“ (Nikola, řádek 33)

Darina před nástupem prožívala **pocit úzkosti**, která podle jejích slov pramenila zejména ze změny prostředí. „*Před nástupem určitá úzkost.*“ (Darina, řádek 45)
„*Z toho jiného prostředí*“ (Darina, řádek 47)

Úzkosti přetrvávající i po dobu ústavní léčby prožívala také **Adéla**: „*Já jsem ještě měsíc tady měla tak strašný úzkosti, že to jsem nikdy nezažila.*“ (Adéla, řádek 57)

Mezi jevy se vyskytla také **osamělost**. Uvedla ji respondentka **Darina** v souvislosti narůstajícím pitím alkoholu a blížící se léčbou. „*Takže možná i ta osamělost hrála roli.*“ (Darina, řádek 78)

Jan jako jediný uvedl **zklamání** a **pocit nepoučitelnosti**, které prožíval při nástupu do páté léčby po prodělaných recidivách. Vystihuje velmi stroze: „*Zklamání, nepoučitelnej.*“ (Jan, řádek 64)

5.4.3. TÉMA: AKTUÁLNÍ STAV KLIANTA PŘED NÁSTUPEM DO ÚSTAVNÍ LÉČBY

Subtéma č.1: Psychický stav

Subtéma č.2: Fyzický stav



Myšlenková mapa 3 Téma: Aktuální stav klienta před nástupem do ústavní léčby (zdroj: Vlastní konstrukce)

Dalším tématem je **aktuální stav klienta před nástupem do ústavní léčby**. Téma je rozděleno do dvou subtémat, a to na **psychický stav** a **fyzický stav**.

Prvním subtématem je **psychický stav**. Byla popsána **nespavost**, **nesoustředěnost**, **nepoznávání sebe sama**, **nespolehlivost**, **vztahovačnost** **zhoršení paměti**, **halucinace**, **paranoia**, **úzkosti**, **ztráta chuti do života**, **neschopnost komunikace**, **apatie**.

David a **Jitka** popisují **nespavost**. David uvedl, že přestože byl vyčerpaný trpěl nespavostí. „...protože jsem vlastně trpěl nespavostí, vlastně ten alkohol to ještě podporoval a vlastně jsem docela dost proležel, než jsem někam šel tak jsem si vždycky musel ještě lehnout. Ale když už jsem pak pil hodně tak jsem vůbec nespal...“ (David, řádek 39-41)

S vyšší spotřebou alkoholu souvisela **Jitčina nespavost**: „...což se samozřejmě projevovalo tak, že jsem nemohla spát...“ (Jitka, řádek 21-22) „...že nemám sílu, že nemůžu spát, já jsem taky dokázala jako tři nebo čtyři dni za sebou nezavřít oka, bezesný noci, já jsem teda jako nezůstala ležet, já jsem šla něco dělat, protože já bych se zbláznila v tý posteli že jo...“ (Jitka, řádek 66-68)

Oba klienti hovořili zároveň o **nesoustředěnosti**. **David** zmínil: „...nedokázal jsem se soustředit...“ (David, řádek 88-89)

Jitka měla se soustředěním také problém: „...nemohla jsem se soustředit...“ (Jitka, řádek 22) Zároveň v tomto období **nepoznávala sama sebe**: „...na sobě jsem viděla, že jdu dolů strašným způsobem, že mě nic nebaví. Prostě už jsem sama sebe nepoznávala...“ (Jitka, řádek 22-23)

Jitka uvedla také **ztrátu chuti do života**. „...na sobě jsem viděla, že jdu dolů strašným způsobem, že mě nic nebaví.“ (Jitka, řádek 22-23)

David začal být **nespolehlivý**. „Že jsem začal být nespolehlivej, občas jsem se prostě opil před nějakou schůzkou. Už jsem se bál trochu, že to uvidí, už to bylo takový neúnosný. Nebyl jsem schopnej fungovat, občas jsem i něco zrušil, protože mi nebylo dobře. Nebo jsem něco odložil.“ (David, řádek 32-35)

Zároveň pozoroval **zhoršení paměti**: „...paměť nefungovala, tak jsem z toho byl taky špatnej. Do budoucna bych nebyl vůbec schopnej pracovat.“ (David, řádek 89-90)

Anna popsala **vztahovačnost**, objevovaly se u ní i **halucinace a paranoia**. „...byla jsem strašně vztahovačná až jako paranoidní.“ (Anna, řádek 46) „Asi i na ty halucinace jsem byla zvyklá pod vlivem té látky halucinogenní, ale tohle to bylo za střízliva,“ dodala. (Anna, řádek 47-48) „...že jsem měla halucinace a takový ty psychotický stavy...“ (Anna, řádek 12-13) „...paranoia, to není nic příjemnýho.“ (Anna, řádek 64)

Uvedla také, že před nástupem do léčby **nebyla schopná komunikovat** a byla **apatická**. „...nebyla jsem jako schopná vůbec nijak jako komunikovat...“ (Anna, řádek 19) „...jak jsem byla hodně apatická...“ (Anna, řádek 75-76)

Společně s **Adélou** zdůraznily **úzkostné stavy**, které je provázely: „Ano, asi to byl důsledek užívání i jiných drog, já jsem měla hlavně ty úzkosti, myslela jsem, že budu muset

do ústavní péče hlavně kvůli těm úzkostem...“ (Anna, řádek 6-7) „...jsem měla ty šílený úzkosti...“ (Anna, řádek 63)

Adéla uvedla, že ještě po nástupu **úzkostné stavy** přetrvávaly. *„Já jsem ještě měsíc tady měla tak strašný úzkosti, že to jsem nikdy nezažila...“ (Adéla, řádek 57)*

Adéla i **Anna** hovořily také o agresivitě. Adéla byla agresivní především na manžela. Situace stále gradovala: *„Byla to šílená agresivita v tý opilosti. Já jsem dokázala vůči manželovi být hrozně agresivní, verbálně, fyzicky. Chtěla jsem ze sebe vymlátit to, že se mi něco nelíbí...“ (Adéla, řádek 26-27)* **Anna** uvedla, že byla agresivní i před dětmi: *„...roztřískala jsem celou kuchyň. Nepustila jsem svého muže domů a v následujících asi dvou dnech jsem se chovala opravdu nepřičetně, že jsem třeba rozbíjela i skleněný výplně ze dvěří. Pořezala jsem se a brala jsem různé nebezpečný předměty a děti do viděli, takže to byl takovej impuls, že už je to jako fakt neúnosný.“ (Anna, řádek 40-43) „...že jsem zdemolovala, co se dalo...“ (Anna, řádek 45)*

Druhé subtéma je **fyzický stav**. Někteří klienti uvedli **nechutenství, třes, vyčerpání a špatnou fyzickou kondici**.

Jan pozoroval **nechutenství** a **třes** jako abstinenční příznaky: *„...když se ráno nenapijete, nechutenství, třes.“ (Jan, řádek 59-60)*

Jakub je nevidomý a ruce jsou jeho cenným nástrojem ve vnímání a poznávání okolí, navíc je hudebník. Když se u něj objevil **třes** zpozorněl: *„...a už jsem začal pozorovat už nějaký třes s rukou a tak podobně.“ (Jakub, řádek 24-25)*

David se mimo jiné kvůli nespavosti cítil **vyčerpáně**: *„Byl jsem naprosto vyčerpanej fyzicky...“ (David, řádek 38-39)*

Jitka měla zcela stejný problém s **vyčerpáním**: *„...Ale prostě byla jsem vyčerpaná jo, strašně.“ (Jitka, řádek 68-69)*

Jan uvedl, že byl ve **špatné fyzické kondici**: *„...jsem to pocítoval na těle, jakože fyzicka a skončil jsem i s tím sportem.“ (Jan, řádek 57-58) „...prostě jako už tělo je zhuntovaný, máte dietu.“ (Jan, řádek 85-86)*

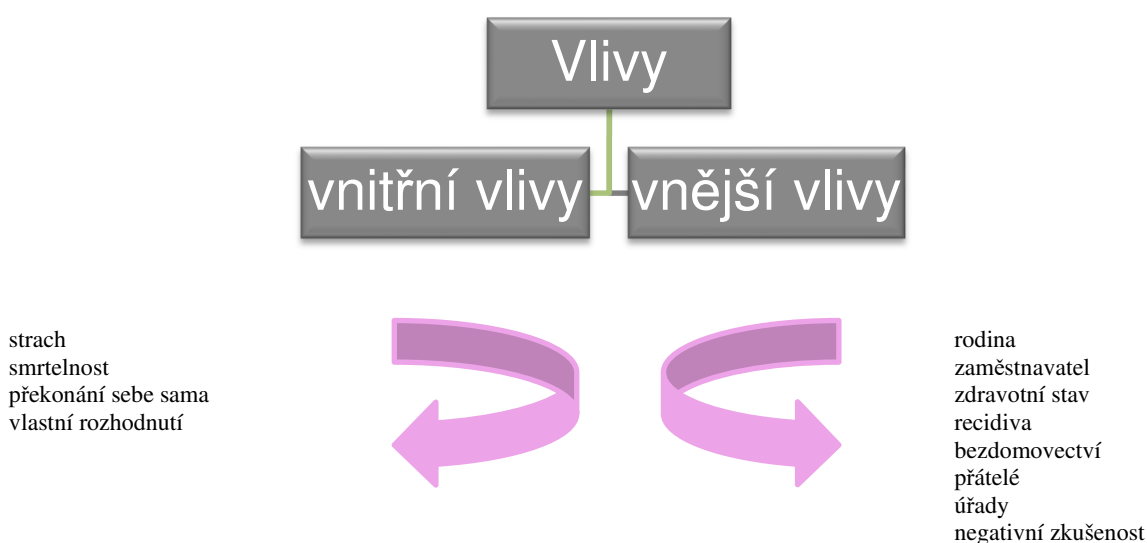
5.4.4. TÉMA: VLIV

Subtéma č.1 – vnitřní vlivy

Subtéma č.2 – vnější vlivy

Vlivy neboli působení, lze chápat také jako motivaci k léčbě, což je dynamický proces, který se může v čase měnit. Motivaci je důležité podporovat, přestože se může zdát v počátcích nízká (Zernig, 2000).

Vlivy mohou na jedince působit přímo i nepřímo. Jedinec si jich může, ale také nemusí být vědom.



Myšlenková mapa 4 Téma: Vlivy (zdroj: Vlastní konstrukce)

Mezi **vnitřní vlivy** byl zahrnut **strach, smrtelnost, překonání sebe sama a vlastní rozhodnutí.**

Vliv **strachu/obav** je popsán detailně v tématu **Obavy**. Je motivem a zároveň se jedná o významnou kategorii, které jsem věnovala samostatné téma.

Motiv **smrtelnosti** popisuje **Darina** následovně: „... s každým pohřbem a rozloučením si to víc uvědomuju...“ (Darina, řádek 118-119)

Překonání sebe sama jako vliv uvedl **Milan**: „Ano, bylo jich strašně moc. Jednak jsem se pohyboval kolem těch lidí, co pili a bylo tam strašně moc lidí co ano zkusili to, nebo to dokonce dostali jako tu nařízenou ústavní léčbu, tak prostě mi říkali negativní věci, že je to pakárna, sezení, besedy, psaní deníků a mě to spíš nakoplo v tom, že prostě oni to nedali a já to dám.“ (Milan, řádek 66-69) „Ano, já jsem si říkal, oni to nedali a ty to dáš. Řekl jsem si, jak to říkám celý život.“ (Milan, řádek 71)

Objevovalo se také **vlastní rozhodnutí** k nástupu do léčby. **Denisa** uvedla: „...a já už jsem věděla, že teď se musím rozhodnout sama, jinak to bude prostě k ničemu.“ (Denisa, řádek 101-102)

Milan zmínil: „...ale už jsem si sám řekl, že je třeba s tím něco dělat...“ (Milan, řádek 31)

David zdůraznil, že léčba bylo především jeho rozhodnutí: „Já bych řekl, že jsem v tomhle poměrně unikátní. Mě do toho nikdo netlačil, rozhodl jsem se sám.“ (David, řádek 67-68)

Stejně tak to cítí i **Karolína**: „...ale už je to spíš čistě moje rozhodnutí, dřív mi něco říkali, ale teďka už je to vždycky moje rozhodnutí.“ (Karolína, řádek 105-106)

Adéla zdůraznila, že při druhé léčbě se jednalo o její vlastní rozhodnutí na rozdíl od první léčby: „Když jsem šla poprvé tak to bylo hlavně na popud toho okolí. A teď to bylo čistě jakože moje rozhodnutí.“ (Adéla, řádek 79-80)

Vnější vlivy lze definovat jako působení okolí, byť přímé či nepřímé. U klientů se objevovaly různé formy vnějších vlivů. Jednalo se o **rodinu, zaměstnavatele, zdravotní stav, recidivu, bezdomovectví, přátele, úřady a negativní zkušenost ve svém okolí.**

Nejrozšířenějším vlivem byla **rodina**. Zmiňovány byly například **obavy o ztrátu rodiny, touha zlepšit rodinné vztahy** či **rodinu založit.**

Perkinson (2004) uvádí, že problémy s alkoholem mohou rodiny zcela zničit. Jako důsledky uvádí rozvody, domácí násilí a negativní vliv na děti žijící v rodině s osobou závislou na alkoholu. Navíc tyto děti vykazují až čtyřnásobně zvýšené riziko rozvoje poruchy.

Jan popsal vztahy v rodině jako problémové. „...samozřejmě s rodinou problémy...“ (Jan, řádek 40)

Vztahy s rodinou přerušil i **Milan**: „...nebavil jsem se s nikým z rodiny...“ (Milan, řádek 9-10)

Vliv celé rodiny popsal **Jakub** následovně: „Tak určitě jak jsem říkal manželka, dcera, ta práce i moji rodiče, který tak už mi říkali, že to takhle dál nejde, pořád se snažili mi to rozmlouvat, abych si sám uvědomil, že prostě opravdu je to už na denním pořádku, že se z toho nedokážu sám dostat, že ani ta ambulantní léčba nezabírá...“ (Jakub, řádek 112-115)

Karolína uvedla, že nástup do první léčby nebylo její rozhodnutí, ale matky: „...poprvý mě tam vlastně nechala převízt máma...“ (Karolína, řádek 3)

Momentálně pociťuje stále vliv rodičů: „...vždycky rodiče, kteří jsou vždycky naštvaní, ale tu už to dávají najevo spíš takovým tím, hele jako fakt už je toho dost, ale myslím si, že i kdyby sebevíc tlačili, už to nemá takový efekty.“ (Karolína, řádek 102-104)

Zkušenosti z první léčby popisuje podobně **Adéla**. První léčbu necítila jako vlastní rozhodnutí, ale rozhodnutí své matky. „To chtěla máma. To nebylo moje rozhodnutí. Prostě maminka řekla, že jdu a já jsem taky jako byla vyděšená z toho, jak jsem byla agresivní a z těch prášků, tak jsem prostě šla. Maminka řekla, zařídila a už to bylo. To rozhodnutí udělali za mě. Nebylo to opravdový, ze mě.“ řekla. (Adéla, řádek 120-123)

Vliv matky uvedla i **Anna**: „Taky vliv mojí matky, která se o mě nikdy nezajímala a nestarala, ale když viděla, že jsem v životě fakt jako zabloudila hodně, tak přišla a řekla „to by stačilo – udělej to jinak“. A to bylo jedna z mála dobřejch věcí, který mi řekla „najdeme odbornou pomoc“ a já jsem se tomu vůbec nebránila. Viděla jsem, že je to závažný, když to říká i tenhle člověk.“ (Anna, řádek 52-55)

Vliv otce popsala také **Ema**. Viděla, že otce její závislost ničí: „...táta můj a teta, to jsou jediný lidi, co mám v rodině, protože se sourozencema nemluvíme, takže táta a teta se k tomu přiklání, s tím že když vlastně budu v pořádku, že mi můžou i pomoci, i když táta mi pomáhal i když jsem pila, ale byl takovej nešťastnej, je hodně starej, takže jsem si taky říkala, že by už chtěl abych se dala do kupy.“ uvedla. (Ema, řádek 60-64)

Stejně vnímal situaci také **Eduard**, jehož matku jeho závislost trápila. „...hodně jí to zarmucovalo ten můj alkoholismus a trápila se tím. Bylo vidět, že třeba když jsem něco provedl, to znamená, že jsem se opil a třeba jsem upadl na chodbě do bezvědomí tak, že jí to pak celou noc trápilo a chodila mě kontrolovat, jestli jsem v pohodě. A tohleto všechno patřilo mezi ty důvody, že jsem si prostě řekl, že musím skončit.“ (Eduard, řádek 73-77)

David se zmínil rovněž o tom, že jeho rodiče těžce nesli jeho závislost. „Tak na rodičích jsem viděl, že jsou utrápený, třeba když jsem přijel z toho Švédska tak oni měli celou dobu strach, co tam piju, pak když jsem se vrátil, a byl jsem tam třeba o těch Vánocích, a nějak jsem to skrýval tak mamina z toho nebyla spokojená.“ (David, řádek 73-75)

Milan uvedl: „Samozřejmě k tomu přispěl i můj táta, řekl že je ochoten mi pomoci, ale pokud tohle nepodstoupím tak mu nemám už ani volat, že se distancuje, ale ba naopak, když tady tohle absolvuju, tak je ochoten mi pomoci do začátku, můžu se na něj obrátit. Ví, že můžu získat zase to zázemí. Dříve když viděl, že se snažím, měl jsem všechno. A teď, když něco udělám tak mohu zase něco získat.“ (Milan, řádek 74-78) „... řekl mi: „Tohle všechno

můžeš mít, ale musíš proto něco udělat. ' Nejde o to, že táta má peníze, já si je dokážu vydělat, ale spíše mít takovou tu, cítit takový to, že mě ta rodina má ráda. Jde spíše o tu citovou vazbu než o nějaké majetky. ' (Milan, řádek 89-92)

Jan vnímal, že jeho matka chce, aby svojí situaci určitým způsobem řešil a dává od něj ruce pryč: „...matka říkala: *Prostě Honzo je to v p*deli, to nezvládáš, nemakáš jako, žít tě nebudu.*“ uvedl. (Jan, řádek 71-72)

Jakub uvedl, že pociťoval určitý závazek vůči svým rodičům a přál si, aby na něj rodiče mohli být po léčbě znovu pyšní. „*No tak protože samozřejmě asi jako každým rodičům na tom dítěti záleží a viděli, že ten problém mám a neumím si s ním poradit. Pochopitelně chtěli, abych se zase léčil, abych zase byl v pořádku. Jim šlo teda hlavně o to moje zdraví, ale hlavně taky to bylo o tom, že tím, že věděli, že se starám o malý dítě a pomáhali nám ten byt zařizovat tak i odemně to byl určitej nějaký závazek vůči nim jo. Že prostě, něco jsme do tebe vložili a ty to prostě takhle zahazuješ, takže já jsem aniž by mi to oni sami říkali, tak já jsem cítil, že jako je potřeba abych jim tohle nějak vracel, že takhle to dál nejde a taky, že už nejsou nejmladší. Měl jsem strach, že už nikdy na mě pyšný nebudou, ale když jsem se o tom s nima pak bavil tak říkali, že jo, že když se pokusím být v pořádku a bude se mi to dařit, tak že zase pyšný budou a, že hlavně jde o to aby, když už jsem si někoho vzal tak na mě apelovali, že když mám někoho s kým mám dítě tak bych měl myslet taky nejenom na sebe, ale i na okolí.*“ (Jakub, řádek 140-150)

Podporu a vliv rodičů zmínil také **Daniel**: „...*vlastně i táta s maminkou tak táta mi pomohl z těch největších problémů co se týkalo dluhů vůči státu, finanční úřad, pojišťovny a tak, takže to spolu nějak souviselo a řekli: Ano, my ti pomůžeme, ale ty se půjdeš léčit...*“ (Daniel, řádek 105-107)

Darina zaznamenala před léčbou vztahové problémy s manželem a cítila menší nátlak. „*No a já mam ted' taky velký problémy vztahový s manželem po 44 letech mi dal vlastně, nechci říct přímo nůž na krk, ale jakože chtěl abych se šla léčit. Neříkam, že pod nátlakem, ale bylo to tak trošičku.*“ (Darina, řádek 59-61)

Nátlak partnera pociťovala také **Denisa**: „*Tak ted' při té poslední tak určitě vliv toho partnera.*“ (Denisa, řádek 123)

Vzhledem k tomu, že prochází léčbou už opakovaně vnímá **Karolína** také vliv svého manžela. „*Jako takhle, vždycky je tam manžel.*“ (Karolína, řádek 102) „*Partner určitě, jak říkam jsme spolu dlouho, máme tam děti, vadí mu to.*“ (Karolína, řádek 110-111)

Alex pociťoval vliv své přítelkyně, která si přála, aby nastoupil do ústavní léčby. „...*ona mi říká, hele tak takhle ne,jo. Buď to budeš řešit, nebo nebudeme spolu, já u tebe*

ztrácím veškerou autoritu, ztrácím respekt a vůbec to, že bych se na tebe mohla nějak spolehnout. Tohle jsi smazal, jo.“ (Alex, řádek 27-29) „...řekla hele ty máš mnohem větší problém, než abys docházel na ambulantní jo. Ty potřebuješ prostě ústavní detox...“ (Alex, řádek 55-56)

Milan rovněž uvedl vliv přítelkyně: *„Hodně mi aj jako přítelkyně se kterou jsem byl, řekla že už to jako dál nejde, že bych měl něco dělat, cítil jsem se před ní trapně, protože už semnou zažila hodně věcí. Nejdřív kriminál, pak jsem se postavil na nohy, zařídil jsem fúru věcí a pak jsem zase dopadl takhle.“ (Milan, řádek 97-99)*

Daniel zmínil, že přítelkyně také nebyla spokojená s jeho dosavadním stavem a chtěla, aby nastoupil léčbu. *„...mám teď přítelkyni, která nebyla spokojená, už bydlela u mě, takže ta mi jasně řekla, že takhle to dál nejde a měla pravdu, protože umím si představit, že přijde domů a já prostě je vidět, že jsem se opil, připil, tak asi to moc na náladě nepřidá. Takže kromě té práce, ta přítelkyně taky nebyla spokojená, nicméně vydržela semnou až do mého nástupu.“ uvedl. (Daniel, řádek 140-144)*

Jakub měl obavu, že by mohl přijít o svou manželku, a to pro něj bylo naprosto nepředstavitelné. *„...hlavně manželka. Já jí mám prostě rád, a hlavně ta představa, že bysme se měli rozejít pro mě byla jako absolutně nepředstavitelná, nepřijatelná, to prostě bylo něco, čím jsem si byl naprosto jistej, že to prostě nechci.“ (Jakub, řádek 118-121)*
„...manželka tak trochu využila situace kdy jsem to přehnal a řekla mi, že v podstatě mi dala ultimátum, že buď se sebou budeš něco dělat, anebo se budeme muset rozejít. No, a to pro mě bylo neakceptovatelný ta představa, takže jsem na to kejvnul, že opravdu půjdu.“ (Jakub, řádek 38-40)

Darina vděčí za své rozhodnutí vstoupit do léčby nejen sobě, ale také rodině. *„...jako v podstatě, zaplat' pánbůh, že mám rodinu, takže to bylo i jejich rozhodnutí, ale hlavně moje rozhodnutí.“ (Darina, řádek 3-4)*

Darině před léčbou připadalo, že rodinu nezvládá: *„Stupňovalo se to, nezvládala jsem to, ani rodinu ani domácnost.“ (Darina, řádek 57)*

Eduard zase připustil, že už nechtěl být ostudou rodiny. *„Já už jsem nechtěl bejt ostudou rodiny“ (Eduard, řádek 69)* rodina nástup do léčby uvítala: *„Tak rozhodně rodina byla šťastná. Rodina byla šťastná a teď jim dokážu...“ (Eduard, řádek 82)*

Daniel zmínil své sourozence: *„Určitě, před tou první léčbou ano. Protože tam vlastně moji sourozenci, sestra a bratr, ti viděli, že je to semnou špatné no.“ (Daniel, řádek 104-105)*

O sestře hovořil i **Eduard**: „*No to byl pohovor se sestrou a bavili jsme se jako kámoši, ne jako sourozenci a ona mi říkala, hele ty už máš jediný východisko, nikdo ti líp nepomůže než tam. No, takže to bylo pro mě taky takový definitivní zkrátka, že to musím udělat.*“ (Eduard, řádek 56-58)

Davidova sestra byla z jeho situace také nešťastná: „*Ségra taky ne. Té jsem s tím pitím tak jako nepřímo dlouhodobě ubližoval,*“ řekl. (David, řádek 75-76)

Ema kvůli alkoholu přerušila své vztahy s bratrem: „*Jako i o ten vztah s bratrem jsem přišla kvůli alkoholu, protože semnou kvůli tomu nemluví. Takže tak, ale ten už semnou nikdy mluvit nebude i když se vyléčím, on je takovej prostě,*“ uvedla. (Ema, řádek 79-81)

Karolína další léčby nastupovala vždy především kvůli **dětem**. „*Ty poslední roky jsou to každopádně děti, to v každém případě.*“ (Karolína, řádek 71) Obává se především o ztrátu svých dětí a zároveň si přeje, aby se svými dětmi mohla být: „*Že o ně nechci přijít, že prostě nechci, aby mě tak viděly, že se chci o ně starat se vším všudy, chci si s nima užívat ty krásný chvíle, chci je učit a já mam zaplat' pánbůh krásný, chytrý, zdravý děti, no zdravý, S Natálkou je to těžký, ale mám prostě šikovný děti, všichni si je strašně chválej a když si představím, že tomu synovi je vlastně už 6 let skoro a teď to budou minimálně druhý narozeniny kdy s nima nebudu doma, já s nima nebudu moct udělat ani moje narozeniny. Já si pamatuju za těch 9 let, já jsem byla minimálně na svoje 4 vlastní narozeniny pryč. Nebyla jsem doma. Na Vánoce jezdím na propustku, já tohle prostě nechci.*“ (Karolína, řádek 83-89)

Emě byli děti přímo odebrány z péče, uvádí to jako důvod k nástupu do léčby: „*Taky mi sebrali děti, to je už podruhý teď. To je asi 3 roky zpátky.*“ (Ema, řádek 14)

Anna pro změnu uvedla, že má obavy, aby v opilsti svým dětem neublížila nebo aby děti o ní neměli strach: „*No určitě ty děti oni plakaly, nechtěla jsem, aby se mě třeba bály nebo o mě měly strach, oni se mě teda nebály, ale spíš o mě měly strach, oni tomu nemohly rozumět, jsou ještě maličký. Nechtěla jsem třeba házet a kopat, abych ho zabila...*“ popsala Anna během rozhovoru. (Anna, řádek 58-60)

Adéla chtěla znovu začít fungovat jako matka pro svou dceru: „*...že mám doma tu Klárku. Ona za nic nemůže, ona tu maminku prostě potřebuje*“ (Adéla, řádek 67-68)

„*Vliv dcery, to že kvůli určitému zdravotnímu problému ta holčička přišla o mámu. A to je asi ta největší motivace pro mě,*“ dodala. (Adéla, řádek 92-93)

Nikola pociťovala vliv svého syna, který viděl, že není zcela v pořádku: „*...syn se zrovna vrátil ze zahraničí, kde byl pracovně a viděl mě v tomhleto stavu a už mu to bylo*

nepříjemný a chtěl, no, taky mi řekl: Já tě mám rád, chci ti pomoci a řekni mi co mám dělat. Takže v tom byl i můj syn...“ (Nikola, řádek 55-57)

Jitka také cítila nátlak ze strany syna při nástupu do první i druhé léčby: *„...samozřejmě na mě i tlačil syn, který taky samozřejmě viděl, že už nejsem v dobré kondici.“ (Jitka, řádek 3)*

„...tak při obou asi byl už v té době dospělejší, dneska je mu 42, tak jako i v podstatě dost na mě tlačil, a i jako to poprvé zařizoval, aby to bylo hrozně rychle, takže jedinej kdo mě jako nějakým způsobem nechci říct, že dohnal, protože to bylo jako o mě, ale kdo na mě velmi působil v tomto směru tak to byl syn.“ (Jitka, řádek 59-62)

Jakub si pro změnu uvědomoval, v jakém světle ho jeho dcera vidí: *„Taky dceři v té době bylo pět a i to byl velký vliv. Na tom pětiletém dítěti už člověk vidí, že si to jako začíná všechno hodně uvědomovat a hodně mi probíhala hlavou taková jedna věta, kdy já jsem zrovna ležel opilej doma a oni byli někde na víkend, vrátili se domů a já jsem jenom slyšel, jak dcera ke mně přišla a povídá: Hele mami on táta nějak divně kouká, on je asi zase opilej. A teď jako mě najednou problesklo hlavou, ježíš marjá, takže ona už ví, že když se něco děje, tak, že je to prostě tímhle, ona to prostě ví, že ten problém mám a já jsem si v tu chvíli říkal, tak když už i to pětileté dítě ví co se děje, tak to už je opravdu něco špatně...“ (Jakub, řádek 130-138)*

Vliv **zaměstnavatele** zmínila **Nikola**, která příkládá tomuto vlivu velký význam. Když jsem se zeptala, jak ji poprvé napadla myšlenka na ústavní léčbu odpověděla následovně: *„Takhle, napadla, spíš to byl podnět od zaměstnavatele, protože jsem s tím už měla velký problém a začalo se to projevovat už v práci, že jsem přišla pod vlivem alkoholu do práce, takže zaměstnavatel říkal, že mi tu šanci dá, že chce abych u něho pracovala, ale musím se jít léčit“ (Nikola, řádek 2-5)* **Nikola** popisovala situaci kterou zažívala v práci před nástupem do léčby: *„...moje okolí to vědělo i ten zaměstnavatel předtím to věděl, toleroval to, nevyhodili mě, nikdy mi nic nevyčetli, nikdy mě nevyhodili z žádného zaměstnání. To se teda týkalo spíš toho posledního, protože tam už ty alkoholové úlety byly o trochu větší.“ (Nikola, řádek 13-16)* Na léčbu ji, jak už bylo zmíněno přivedl její zaměstnavatel, který ji podpořil: *„Zaměstnavatel mi řekl: Já tě mám rád, mám pro tebe slabost, jsi šikovná holka, je mi jedno jestli přijdeš za půl roku, ale chci abys byla v pořádku.“ (Nikola, řádek 42-43)* *„...od začátku jsem věděla, že dám ambulantní léčbu, ale pak jak jsem mluvila s tím zaměstnavatelem, tak on říká: No to ne, to nemá smysl, na tu nejsou tak dobré výsledky, bude lepší, když půjdeš tam.“ (Nikola, řádek 58-60)*

Ema přišla o práci kterou měla ráda: „*Přišla jsem o práci, o jednu hodně dobrou, to už je možná půl roku před nástupem, ale to bylo mě zaměstnala kamarádka z vysoký školy, potom všem i věděla, že jsem po léčbě, dala mi tu šanci, potom jsem jí vlastně zklamala, vyhodila mě z práce dobře placený, já jsem si sice našla práci v trafice, která nebyla na mojí kvalifikaci, nebyla dobře placená, ale i stejně odtamtud mě vyhodili kvůli alkoholu, takže už jsem prostě nezvládala bez toho alkoholu bejt.*“ (Ema, 66-70)

Jakub je nevidomý. Při jeho handicapu je poměrně složité najít práci, která by mu vyhovovala. Pracuje jako hudebník a průvodce na výstavě. Obával se, že návštěvníci na něm jeho problém poznají: „*...vzhledem k tomu, že já jsem mimo jiné klavírista, dělám zvukaře, dělám hudbu, tak mi to už i v tý práci nějak vadilo. A taky další práce, kterou dělám je, že jsem průvodce na neviditelný výstavě, což je provázení lidí ve tmě, kdy provádíme lidi ve tmě a ukazujeme jim jaký to je být nevidomej. A už jsem se začal i setkávat s tím, že jsem měl dojem, že ty lidi to na mě poznaj, že nemluví úplně dobře, že to ze mě možná je i cítit, že jsem s nima opravdu v hodně úzkym kontaktu a už jsem jakoby cejtil, že to takhle nejde.*“ (Jakub, řádek 25-30) **Jakubovi** nevyhrožoval zaměstnavatel propuštěním, ale přišla na něj do zaměstnání stížnost od nespokojeného návštěvníka. Podnětem stížnosti byla jeho opilost při prohlídce: „*No tam mi teda zaměstnavatel nijak nevyhrožoval tím, že bych tu práci ztratil, jediný co teda bylo, že zamnou přišla šéfová a říkala: Hele přišla tady nějaká zpětná vazba od nějakýho návštěvníka na tý výstavě, kdy on teda říkal, že měl pocit, že průvodce je opilý, že z něj cejtil alkohol, tak si to nech projít hlavou jestli to bylo nebo nebylo a koupili jsme alkohol tester a pokud prostě uvidíme, že se to nějak bude opakovat tak, že to prostě budeme muset řešit, no a mě to prostě vyděsilo v tu chvíli. Takže jsem si řekl, že tady fakt jako už je to na hraně a, že s tím musím něco dělat.*“ (Jakub, řádek 152-158)

Jitka naopak popsala, že měla dojem, že na svou práci už nestačí stejně jako dřív: „*už jsem cítila, že to jako netáhnou v tý práci tak jako dřív.*“ (Jitka, řádek 65)

Stejný pocit měla při nástupu do poslední léčby také **Denisa**: „*Zaměstnání, během tý první a druhý léčby tam nebyl takovej vliv, já jsem fungovala víceméně dobře, až teď při tý poslední léčbě jsem začala prostě flinkat i práci, že jsem do ní nešla, takže jsem o ní přišla.*“ (Denisa, řádek 130-132)

Problém v práci kvůli alkoholu pozoroval také **Jan**: „*...Tam se chlastalo. No a pak přišli nějaký áčka, že jo, nějaký absence, prostě přišly dny, kdy jsem si nepamatoval ty stavy.*“ (Jan, řádek 39-40)

Adéla v práci problémy neměla, ale přesto věděla, že dřív nebo později by se objevily. Obávala se ztráty zaměstnání, které měla ráda: „*...i vlastně kvůli práci. Abych*

fungovala normálně. V práci jsem sice nepila, ale chtěla jsem tam fungovat jako dřív, a to by s alkoholem rozhodně nešlo. (Adéla, řádek 82-83) „Nechtěla jsem přijít o tu práci. Vim, že kdybych to pití neřešila tak by to dřív nebo později byl problém.“ (Adéla, řádek 85-86) „...v práci o tom nevěděli, tam jsem neměla, jakože žádný problémy, nikdy jsem se tam nenapila, ale ta práce mě prostě baví a nechtěla jsem o ni přijít.“ (Adéla, řádek 89-90)

Daniel po druhé léčbě zrecidivoval a dostal výpověď. Na tomto základě se rozhodl nastoupit do léčby znovu: „...jsem přemýšlel co dál, takže jsem vlastně bez práce, musím si najít práci, jsem bez příjmu a jestli to je takto, tak toho využiji a půjdu do té léčby, dám se do pořádku...“ (Daniel, 92-93)

Mezi vnější vlivy byl řazen také **zdravotní stav**. **Jitka** uvedla, že se k léčbě rozhodla ve chvíli, kdy prodělala akutní meningitidu: „...k abstinenci mám za sebou už dlouhou cestu a podruhé jsem se rozhodla, protože jsem byla těsně po zánětu mozkových blan, víceméně zázrakem se podařilo, že jsem z toho vyvázla ještě úplně bez následků.“ (Jitka řádek 6-8)

I **Dariny** zdravotní stav se před léčbou zhoršil a urychlil tak nástup do léčby: „...začaly bejt zdravotní problémy, a to už bylo vlastně rychlý.“ (Darina, řádek 17) „Měla jsem problém se žaludkem, teď podle výsledků mám i chycený játra nebo něco.“ (Darina, řádek 19)

Nikola také vzpomínala na zhoršení svého zdravotního stavu: „...bylo to špatný i se zdravím.“ (Nikola, řádek 30)

Jan se také zmínil o zdravotních problémech: „...a prostě jako už tělo je zhuntovaný, máte dietu. (Jan, řádek 86)

Rovněž u **Jitky** byl motivem k léčbě zdravotní stav: „Ten zdravotní stav, když jsem prostě věděla, že ten alkohol nesmím.“ (Jitka, řádek 52) „...protože ty tři měsíce na tý Bulovce, když jsem byla upoutaná na lůžko, napojená na všechny možný hadičky, pak jsem vylezla po 3 měsících z postele, mě bolely úplně svaly, učila jsem se chodit, a nevěděla jsem, jestli to bude mít nějaký následky nebo nebude.“ (Jitka, řádek 53-55)

Vliv **bezdomovectví** se objevil u **Milana** jako u jediného. Pobyt na ulici působil Milanovi potíže: „Dospělo to až do toho stádia, že už jsem neměl kam jít, skončil jsem na ulici.“ (Milan, řádek 6) „No já bych řekl, že mě ten alkohol dostal až na tu ulici.“ (Milan, řádek 52) Neměl nejen doklady, ale ani žádné životní jistoty. „... v Michli, tam je ubytovna pro ty bezdomovce a tam jsem dojížděl, a to bylo tak, že člověk tam přijel o půl deváté, mohl

se vykoupat, najíst a ráno ho vykopli a co s celým dnem. Byl jsem bez dokladů, bez peněz, protože mě tam okradli.“ uvedl. (Milan, řádek 13-16)

Významným vlivem mohou být i **přátelé**. **Darina** uvedla, že ji na její závislost upozorňovali přátelé: *„Jednak mě upozorňovali kamarádi teda, že už je to trochu moc teda, nebo spíš kamarádka.“* (Darina, řádek 13) Začala se svým přátelům vyhýbat: *„Kamarádka říkala: Tak půjdem na kafe, já jsem jí říkala, že nemůžu, že jsem nastydlá.“* (Darina, řádek 58) Poté situace vyústila až ve ztrátu přátel. *„Třeba těch posledních pět let mi odcházela jedna kamarádka za druhou.“* (Darina, řádek 64) V poslední době ji také někteří z přátel zemřeli: *„ted' mi taky umřelo pár dobrých kamarádů.“* (Darina, řádek 116)

Nikola stejně tak jako uvedla **Darina**, cítila, že ztratila přátele. *„Já jsem už v té době kolem sebe nikoho neměla. Já jsem si tím alkoholem odstříhla i ty nejbližší kamarády.“* (Nikola, 48-49)

David hovořil o určitém vlivu **terapeuta**. Navštěvoval individuální psychoterapii, kde se zabýval komplexními problémy s terapeutkou: *„...bavil jsem se o tom se svojí terapeutkou.“* (David, řádek 4) Během sezení mu byla doporučena ústavní léčba: *„...ona říkala, že není jiná možnost než se jít léčit.“* (David, řádek 6) *„Už párkrát mi to problesklo hlavou, ale vážně jsem o tom začal přemýšlet až na její popud, když řekla, že by to jako chtělo.“* (David, řádek 12-13)

Pro **Emu** a **Karolínu** byly silným vlivem **úřady**, a to především **OSPOD**. **Emě** byly odebrány děti z péče: *„Tak určitě tam naléhali, protože mi byli odebrány děti z péče.“* (Ema, řádek 22) Přestože Emu z OSPODU varovali, nebrala varování v potaz: *„...z toho OSPODU ty varování chodily. Říkala jsem si pořád, že jsou lidi co pijou denně a neseberou jim ty děti a já piju jen jednou tejdně.“* (Ema, řádek 33-34) *„...Z OSPODU na mě taky tlačili...“* dodala znovu. (Ema, řádek 60)

Karolína měla zcela stejný problém: *„No máme za sebou taky OSPOD, že jo. Vždycky tam něco je. Hlavní je tam ted' ten OSPOD a rodina. Já mám jakoby dohled na děti už.“* (Karolína, 119-120)

Jitku a **Daniela** k léčbě motivovala prodělaná **recidiva** po první léčbě. **Daniel** uvedl: *„...tam jsem úplně z neznámých důvodu, přestože jsem byl naprosto spokojený a všechno se mi dařilo, tak jsem si tu láhev koupil a celou jsem jí vypil.“* (Daniel, řádek 89-90) *„...impuls*

byl ten, pozor, jestli to takhle necháš tak dopadneš stejně jako předtím.“ (Daniel, řádek 97)
 Recidivy se zalekl a ihned nastoupil do léčby zpět „*No nicméně se stalo to, co se stalo, že jsem se napil, a tak nějak mě to naštvalo, vylekalo, že jsem teda zavolal a přijel jsem sem.*“ (Daniel, řádek 172-173)

Jitka prožívala takové myšlenky, kdy si nebyla jistá, že abstinenci vydrží a plně si tuto skutečnost uvědomovala. „...*protože jsem si jako nebyla jistá, že bych se jako nenapila, protože já jsem sice abstinovala, ale každý tři nebo pět měsíců se vždycky opakovalo nějaký napití. Takže já jsem si nebyla jistá, kdybych teda náhodou, tak abych tomu předešla a šla jsem sem.*“ (Jitka, řádek 9-12)

Tři klienti vnímali vliv **negativní zkušenosti ze svého okolí**. **Darina** hovořila o kamarádce jejíž matka spáchala pod vlivem alkoholu sebevraždu: „*No a její maminka skočila vloni v alkoholický psychóze z okna, zabila se. Ona se s tím vším předemnou netajila a já byla vyřízená, že to může skončit až takhle. Já ji říkala: ‘ proč jste jí nějak nepomohli?’ Asi nad ní zlomili hůl no. Já jsem tu mamku teda znala jen zběžně, ale dotklo se mě to.*“ (Darina, 109-112)

Milan se během života na ulici setkal s otřesnými negativními zkušenostmi alkoholiků. „*Takhle, určitě znáte hlavní nádraží, když jste z Prahy nebo tam studujete. A zažil jsem tam strašně nepříjemných situací, když jsem viděl, co dokáže z toho člověka ten alkohol udělat jo. Pětkrát jsem tam zachraňoval lidský život. A takový extrém, pak jsem viděl, že ten člověk si z toho nic nevezme. Byl tam mladej kluk 34 roků, vzali mu tam kus jater, ledviny a pustili ho z nemocnice a první co udělal šel chlastat. Nebo tam jeden dostal epileptický záchvat, zavolala se mu sanitka a za dvě hodiny tam přijel znovu a dejte mi napít. Viděl jsem, co to dokáže z člověka udělat a nechtěl jsem takto dopadnout.*“ (Milan, řádek 102-108)

Stejnými myšlenkami procházel i **David**. Vyprávěl o své dobré známé, kterou zná od dětství a se kterou rovněž pil alkohol: „*A já najednou viděl, jak na tom není dobře a, že bych nechtěl skončit jako ona,*“ přiznal. (David, řádek 84-85)

Vliv velmi zajímavě shrnul jako **riziko ztráty životních jistot** **Jakub**: „...*ale protože jsem už dostal v podstatě nůž na krk a věděl jsem, že mi hrozí, že o nějaký ty životní jistoty přijdu, na kterých mi opravdu záleží tak v podstatě mi nic jinýho nezbylo. Takže ona je to taková dobrovolnost-nedobrovolnost.*“ (Jakub, řádek 106-109)

5.4.5. TÉMA: CÍL

Subtéma 1: Abstinence

Subtéma 2: Životní změna

Subtéma 3: Seberozvoj

Téma **Cíl** je klíčovým faktorem při nástupu do léčby. Někteří klienti do léčby nastupují bez cíle, jiní ho mají předem stanovený. Velmi často se cíle během léčby mění, a tak se nakonec původní cíle rozvinou, doplní či zcela změní.

Abstinence nebo dramatické změny v životním stylu mohou být pro klienta velmi často vzdálené a mohou sebou nést značné obavy. Je důležité neustále cíle posilovat a dodávat naději a smysl v jeho úsilí (Zernig, 2000).



Myšlenková mapa 5 Téma: Cíl (zdroj. Vlastní konstrukce)

Téměř u většiny klientů je základním cílem **abstinence**. **Nikola** uvedla abstinenci jako nejdůležitější cíl léčby. „*Já jsem sem šla s tím, že ten cíl mám jasný, že budu abstinovat.*“ (Nikola, řádek 74)

U **Dariny** byl cíl abstinence vyřčen poměrně nejistě: „*Ten cíl byl asi ta abstinence, ale když to tu teď vidím, ty relapsy a recidivy, že jo.*“ (Darina, řádek, 142)

David připodobňuje svůj cíl podobným způsobem: „*Asi myšlenkově to byla absolutní abstinence, ale emočně jsem to tak nevnímal.*“ (David, řádek 102-103)

Denisa si stanovila jen krátkodobý cíl v abstinenci: „*Třeba teď ten cíl mám, že půl roku bych chtěla abstinovat.*“ (Denisa, 163-164)

Cíl byl také definován jako **zbavení se závislosti**. Eduard uvedl, že cílem léčby bylo především nebýt alkoholik a zcela se zbavit závislosti: „*Věřím a doufám, že to bude mít pro mě přínos ten, že už nebudu alkoholik a nebudu závislý.*“ (Eduard, řádek 7-8)

Nikoly očekávání a cíl byly stejné. „*No očekávání jsem měla, že se tady zbavím opravdu té závislosti.*“ (Nikola, řádek 64)

Daniel se dostal do finanční tísně a jeho problémy narůstaly. Důležitou roli v jeho problémech hrál alkohol a závislost. I přes tuto skutečnost a vědomí problémů si před první léčbou nedokázal představit trvalou abstinenci: „*Takže já jsem sem šel s tím, že se toho potřebuji zbavit i když přiznávám, že před tou úvodní léčbou jsem si toho nebyl úplně vědom, neuměl jsem si to představit, že bych se do konce života nemohl napít.*“ (Daniel, řádek 169-171)

Ema popisala přesah svojí závislosti nejen na alkoholu, ale také na partnerovi, na vztazích: „*Že se dokážu vymanit z té závislosti na tom chlapovi, já tam mam nějakou...nejen na chlapovi, ale celkovou závislost, já neumím bejt sama se sebou*“ (Ema, řádek 92-93)

Další jevy, které se v rámci subtématu abstinence objevovaly jsou **zbavení se chutí na alkohol, odolání a odvyknutí si na alkohol**.

Milan uvedl: „*Ale asi očekávám hlavně to, že se tady zbavím nějakých těch chutí...*“ (Milan, řádek 118-119) „*Zbavit se těch chutí na ten alkohol, vlastně ho de facto odbourat.*“ (Milan, řádek 125)

Danielův cíl u první léčby rovněž souvisel s odoláním alkoholu: „*...když jsem šel poprvé, tak to bylo naučit se s tím alkoholem nějak žít a naučit se odolat.*“ (Daniel, řádek 161-162)

Jakub popisuje cíl stejně „*Tak pro mě hlavním cílem bylo, jednak, že si odvyknu od toho pití. Takže nějakou časovou distanci, nějakou odstup...*“ (Jakub, řádek 173-174)

U **Daniela** a **Jana** hrála určitou roli také možnost **kontrolovaného pití**.

Daniel si nebyl zcela jistý, zda přímo cíl první léčby bylo kontrolované pití, ale jak už bylo zmíněno, nedokázal si představit, že by se už nikdy nenapil alkoholu. Na zmínku o kontrolovaném pití zareagoval následovně: „*Přiznám se, že asi ano. Já jsem si to moc nepřipouštěl, ale teď když se nad tím zamyslím tak dejme tomu, že jsem četl nějaké články v rámci nějaké studie, kdy psal o pacientovi, který 15 let funguje, že si opravdu povolí pití o dovolené a jakmile je zase zpátky tak celý rok se alkoholu nedotkne, ustojí to, funguje mu to, má pevnou vůli zřejmě. Ale to je jeden případ, co si takhle pamatuji, že jsem četl. Já jsem doufal, že to asi tak nějak půjde, a neuměl jsem si představit, to že bych už nikdy. Takže to je asi moje odpověď.*“ (Daniel, řádek 181-186)

Jan uvedl, že rovněž očekával od léčby kontrolované pití: „...*prostě potom jsem si říkal, že už jsem chytřejší, a to kontrolované pití no.*“ (Jan, řádek 100)

Jakub si s touto myšlenkou před nástupem do léčby rovněž pohrával. „...*to je takový kyvadlo mezi myšlenkou toho, že tou léčbu projdu a dál zkusím nějak kontrolovaně pít, protože v té době jsem si dál pohrával s myšlenkou nějakýho kontrolovanýho pití, kdy si člověk pořád říká: ,tak ale teď se budu už opravdu hodně snažit to prostě utajit, budu.*‘ Pořád jsem si sliboval, ty dávky budou nižší, bude to míň často, budu si to opravdu hlídat, ale prostě nechtěl jsem to pustit z hlavy tu myšlenku, že to prostě zase zkusim dál.“ (Jakub, řádek 88-93)

Druhým subtématem je **životní změna**. Cílem mohou být jevy související s **rodinou, odstranění přidružených problémů** či **normální život**.

Rodina může představovat cíl léčby v různých podobách. Zahrnuje založení rodiny, získání rodiny či zlepšení vztahů.

Denisa uvedla jako cíl budování rodiny: „...*a začít budovat tu rodinu, kterou jsem vždycky chtěla. Jo s přítelem uvidíme, jak to bude, protože jo je mi 39, miminko bych chtěla...*“ (Denisa, řádek 163-164)

Podobné plány zmínil i **Milan**: „*Chci zázemí. Mám dvě sestry, které mají děti a já jsem je třeba ještě ani neviděl...*“ (Milan, řádek 85-86) „...*chci s nimi navázat normální vztahy. Kolikrát koukám na ten facebook a říkám si, hele o tohle všechno jsi přišel.*“ (Milan, řádek 86-87)

Karolína uvedla, že by chtěla být dobrou matkou pro své děti: „...*abych byla normální, zdravá, fungující matka se vším všudy.*“ (Karolína, řádek 180-181)

Anna hovořila o stejném přání: „...*normálně fungovat jako člověk, pro ty svoje děti...*“ (Anna, řádek 76-77)

Eduard by rád zlepšil své vztahy v rodině: „*No to znamená dát si do pořádku sousedský vztahy, vztahy hlavně s rodinou.*“ (Eduard, řádek 101)

Milan uvedl, že jeho cílem je získat určitou **image** a **ctižádost** na kterou byl kdysi zvyklý: „...*přesně, důstojnost, řekl bych i image...*“ (Milan, řádek 58) „*Já jsem byl zvyklej na takovou tu ctižádost, což jsem měl už z toho sportu. To se přeneslo i do toho zaměstnání a kolektivu.*“ (Milan, řádek 61-62)

Dále se často klienti zmiňovali o jevu **normální život**. **Eduard** zdůraznil, že by chtěl napravit chyby a vrátit se do normálního života „...*co všechno jsem ztratil, tak dát zase do*

kupy. “ (Eduard, řádek 17-18) „... *No cíl, vrátit všechno do původního stavu.* “ (Eduard, řádek 98)

Pro **Daniela** je rovněž důležité vrátit se k původnímu životu během kterého se cítil spokojeně: „... *Vrátit se k tomu stylu života, který jsem měl dřív. To znamená takový ten suverénní a spokojený život...* “ (Daniel, řádek 196-197)

S tímto tvrzením se ztotožňuje také **Adéla**: „... *abych dokázala ten život zase žít normálně, když jsem to předtím dokázala a bez toho.* “ (Adéla, řádek 78-79)

O novém životě a životním uspořádání hovořil **Jan**, který uvedl, že od páté léčby očekával následující: „*Tak od té páté víceméně nověj začátek života...*“ (Jan, řádek 104) „*Spořádaněj život ted’.*“ (Jan, řádek 110)

Cílem **Jakuba** a **Nikoly** je odstranění **přidružených problémů jejich závislosti**.

Nikola zjistila, že její jediný problém není pouze alkoholismus, ale také úzkosti. Cílem léčby je umět si s nimi poradit či je odstranit: „... *tak já mám nějaké ty úzkostné stavy a já se snažím díky tady terapeutickému týmu zbavit se ještě tohodle.* “ (Nikola, řádek 69-70)

Jakub měl stejný cíl, chtěl zjistit příčiny, které vedly k alkoholismu: „...*jsem chtěl přijít na to, proč vlastně jsem do toho spadnul. Proč mám ty úzkosti a deprese, proč piju. Vrátit se na počátek a zkusit to tak nějak znovu a bud’ teda přijít na důvod proč ty úzkosti pořád mám. Já jsem sem nešel jen kvůli alkoholu, ale taky protože jsem chtěl vědět proč mám neustále ten sevřenej pocit tý úzkosti, kdy nejsem schopnej normálně fungovat.* “ (Jakub, řádek 181-185)

Adéla uvedla jako jeden z cílů také **připuštění si závislosti**, která ji dohnala k pokusu o sebevraždu: „*Abych si připustila tu závislost. Tu vážnost tý závislosti, že už se toho prostě nedotknu.* “ (Adéla, řádek 114-115)

Třetím subtématem je **seberozvoj**. Seberozvoj lze nazvat jako klíčem k úspěchu. Při léčbě je důležité orientovat se a zaměřit se na tuto oblast.

Karolína zdůrazňuje **sebepoznání** jako cíl. Uvádí, že cítí, že nikdy neměla žádnou osobnost a chce poznat a najít samu sebe. „...*člověk, když na to kouká úplně jinak, tak já si vždycky říkala, že mi vlastně ta závislost vzala mojí osobnost, ale ted’ jsem došla k tomu, že já žádnou osobnost ani nikdy neměla, takže mi jí vlastně nemohla vzít.*“ (Karolína, řádek 167-169) „*chci pokročit dál, najít samu sebe,*“ řekla. (Karolína, řádek 170)

Najít v sobě **sebedůvěru** je cíl, kterým disponuje **Adéla**, která nevěří v samu sebe, že leccos je schopná zvládnout sama. „... *že si začnu věřit, že zvládnou bydlet sama, zvládnou fungovat sama za sebe...* “ (Adéla, řádek 100)

Dalším jevem, který se objevuje u **Adély** je **učení se nových řešení problémů**: „...*naučit se řešit ty problémy jinak než alkoholem.*“ (Adéla, řádek 101)

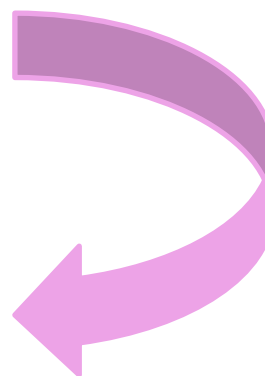
Daniel zdůrazňuje jako další jev související se seberozvojem **nalezení vnitřního klidu**. „...*dostat se vnitřně, jako já sám do pohody, takové, na jakou jsem byl zvyklý vždy...*“ (Daniel, 190-191)

5.4.6. TÉMA: POSTOJ K LÉČBĚ

Jedním z klíčů úspěchu v léčbě je **Postoj k léčbě**, se kterým klient do ústavní léčby vstupuje. Postoj může mít pozitivní či negativní charakter. Během procesu léčení může klient dojít k vývoji a změně postoje.

postoj k léčbě

zjišťování informací a referencí o léčbě
 natěšenost na léčbu
 radost z léčby
 léčba jako smilování
 léčba jako naděje
 léčba jako výzva
 zvědavost na léčbu
 negativní předchozí zkušenost
 předpojatost k léčbě
 nedůvěra k léčbě
 nejistota z léčby
 léčba jako trest
 léčba jako potupa
 léčba jako možnost přemýšlet
 léčba jako pomoc a poskytnutí nových informací
 léčba jako režim
 léčba jako jistota abstinence



Myšlenková mapa 6 Téma: Postoj k léčbě (zdroj. Vlastní konstrukce)

K utváření postoje k léčbě může přispět **zjišťování informací a referencí o léčbě**.

Ema uvedla: „*Já jsem ji znala z vyprávění, protože se tady léčil otec mé dcery. Věděla jsem, co a jak.*“ (Ema, řádek 84)

Alex zareagoval: „*To je právě to, že já mám docela udělanej obrázek už od těch klientů, co tady byli, takže já jsem poměrně dobře věděl jak je tu režim, jak to funguje a co od toho čekat.*“ (Alex, řádek 163-164)

Eduard věděl také dopředu co od léčebny očekávat: „*Takhle, já tím, že jsem si četl všechny ty recenze a tak, tak jsem věděl, že dělám správně, že je to ono. Už dopředu jsem věděl, že je to ono.*“ (Eduard, řádek 40-41)

Darina odpověděla: „*Samozřejmě leccos jsem si přečetla na webových stránkách, člověk věděl, do čeho jde.*“ (Darina, řádek 37-38)

Daniel též nenechal nic náhodě a zjistil si informace o léčbě: „*...jsem si ještě pozjišťoval nějaké informace a sice ta úspěšnost není zas tak velká, tak v podstatě ten Červený Dvůr ve srovnání s ostatníma má vysokou úspěšnost. Takže ten impuls byl takový, že jsem už věděl, že ta léčba existuje a kromě toho, ještě spolužák mého bratra absolvoval také léčbu a po první léčbě úplně dlouhodobě abstínuje.*“ (Daniel, řádek 80-84)

Pozitivní postoj k léčbě zaujmula **Ema**, která se na ústavní léčbu **těšila**, především kvůli změně prostředí a novému kolektivu: „*...na jednu stranu jsem se jako těšila i mezi takový ty normální lidi, protože já jsem obklopená jako lidma který jenom pijou, takže jsem se těšila mezi ty jakoby normální lidi a i mezi ty terapeuty.*“ (Ema, řádek 23-25)

David zažíval stejné pocity. „*...vlastně jsem se fakt těšil a když pak byla možnost přijít na ten dřívější termín, tak jsem vlastně byl rád*“ (David, řádek 44-45)

Alex se také těšil na změnu prostředí: „*...ale těšil jsem se na to, že za chvíli někde budu.*“ (Alex, 100-101)

Eduard též uvedl: „*...Já jsem se sem těšil.*“ (Eduard, řádek 48) Prožíval vysloveně radost. „*Radost určitě, já jsem měl radost, že budu mezi chlapama, radost sám ze sebe, že dělám dobře, to byla jedna věc, že v tom chci pokračovat*“ (Eduard, řádek 50-54)

Radost z léčby měla také **Nikola**. „*...měla jsem radost.*“ (Nikola, řádek 34)

David bral léčbu jako **smilování**. „*Pak už jsem na to vlastně čekal jako na smilování. Jsem tu frázi několikrát použil, protože jsem byl opravdu v p*deli. Na dně.*“ (David, řádek 25-26)

Pro **Alexe** byla léčba **výzva**, jelikož díky ní může začít novou životní etapu: „*...neskutečná výzva.*“ (Alex, řádek 113)

Jan uvedl, že pátou léčbu bral jako **naději** na nový začátek. „*Tak od té páté víceméně nověj začátek života.*“ (Jan, řádek 104)

Anna měla stejný postoj: „*Protože mi to přišlo, že je to nějaká naděje.*“ (Anna, řádek 33-34)

Jan i **Nikola** pociťovali určitou **zvědavost**, jaký bude mít léčba průběh a jak dopadne. **Jan** zdůraznil: „A i zvědavost, protože jsem si říkal, že musím něco dělat.“ (Jan, řádek 61-62)

Nikola hovořila též o zvědavosti: „...byla jsem zvědavá...“ (Nikola, řádek 33)

Jakub měl s léčbou **negativní předchozí zkušenost**: „Ne teda kvůli alkoholu, ale už tehdy jsem ten problém měl a byl jsem tam kvůli depresím a úzkostem a doufal jsem, že mi to tam nějak pomůže a odcházel jsem ještě mnohem víc zničenější a v depresi, protože to prostředí, já jsem si tam opravdu připadal jak v kriminále. Působilo to tam na mě strašně depresivně a už bych tam nikdy nechtěl jít.“ (Jakub, řádek 58-62) „...jsem měl negativní zkušenost,“ přiznal. (Jakub, řádek 63-64)

Jakub byl od té doby k ústavní léčbě **předpojatý** a cítil **nedůvěru**. „...takže jsem měl k té ústavní léčbě dost velkou předpojatost a nedůvěru.“ (Jakub, řádek 62-63)

Ústavní léčba pro něj představuje **omezenost, izolaci a ztrátu sebeúcty**: „Už když si člověk řekne, jdu do psychiatrické léčebny a budu tam zavřenej, měl jsem vlastně takovej, takový to hlavní co mi běželo hlavou bylo: zase budu někde zavřenej. Budu zbavenej osobní svobody, budu prostě někde pod dohledem no, a protože já jsem už dřív strávil spoustu času po nemocnicích z důvodu zdravotních komplikací a už se mi to tak nějak začalo zajídat, že prostě bejt někde zavřenej, omezenej, hospitalizovanej, nemít ty možnosti a bejt pod dohledem, člověk vlastně přichází o nějakou sebeúctu.“ (Jakub, řádek 66-71)

Jakuba i **Jana** provázela **nejistota z léčby**. Jakub uvedl: „...já jsem si byl hrozně nejistej.“ (Jakub, řádek 161)

Jan řekl: „Nevíš, co bude, prostě nejistota, jaký to bude.“ (Jan, řádek 61)

Pro **Jana** byla první léčba zároveň **trest**: „Tak poprvé jsem víceméně jako neprotestoval, ale bylo to pro mě za trest.“ (Jan, řádek 98)

Daniel ji bral zase jako **potupu**: „...v té době jsem tu léčebnu bral jako takový, no zpočátku jako potupu, jako něco, co chci tajit...“ (Daniel, řádek 35-36) „...potupa, pocit, že jsem se dostal už na úplně dno a, že jsem na tom špatně...“ (Daniel, řádek 38-39)

Ema na léčbu nahlížela jako na **možnost přemýšlení**. „...nějakej čas pro sebe, zamyslet se a rozmyslet se co dál, co je nejlepší a jak by to mělo bejt.“ (Ema, řádek 100-101)

Mnozí klienti zdůraznili, že léčba pro ně znamená **pomoc a poskytnutí nových informací**. **Karolína** uvedla: „Očekávám, že se posunu někam dál, něco se dozvim co mi pomůže udržet se venku.“ (Karolína, řádek 174-175)

Adéla zmínila podporu terapeutů: „Třeba by mi ve všem mohli pomoci terapeuti si říkam.“ (Adéla, řádek 109)

Darina měla stejný postoj: „...naučí mě tady, i když to musím teda sama, ale že mě naučí jak zvládnout tu situaci...“ (Darina, řádek 122-123)

Emma uvedla, že jejich vztah s přítelem nefungovalo, a tak doufala, že jí v léčbě pomohou terapeuti pochopit důvod. „Nefungovalo, tak jsem si i říkala, že tady mi možná pomůžou pochopit proč to nefunguje.“ (Ema, řádek 37) „...hodně jsem spoléhala na to, že díky té párové terapii mi pomůžou, jestli zůstat v tom vztahu nebo ne, že to jakoby rozhodně někdo za mě.“ (Ema, řádek 85-86)

David v léčbě spatřoval také vidinu pomoci: „... jsem čekal, že mi to pomůže určitě...“ (David, řádek 93)

Zároveň bral léčbu jako určitý **režim**: „Očekávání jsem měl, že tu bude hodně přísněj režim...“ (David, řádek 92) „Takže jsem sem šel i s tím, že budu mít nějaký režim.“ (David, řádek 106-107)

Adéla zmiňovala léčbu jako útěk do bezpečného prostředí: „Byl to i takovej útěk do toho bezpečnýho prostředí.“ (Adéla, řádek 44-45)

Jitka brala léčbu také jako útěk: „Já jsem potřebovala z toho všeho vypadnout pryč...“ (Jitka, řádek 34)

Denisa zdůraznila: „Předtím jsem sem šla, protože jsem to venku nezvládala a chtěla jsem od toho všeho utýct.“ (Denisa, řádek 6-7) „...já jsem vlastně takovej celoživotní útekář před všim,“ dodala. (Denisa, řádek 19)

Anna to vnímala stejně: „Já jsem potřebovala honem rychle jako někam uklidit.“ (Anna, řádek 15) Uvedla taktéž, že k léčbě přistupovala s **nezájmem**. „...vlastně jsem se o to ani nezajímala, nezajímala jsem se o nic v té době.“ (Anna, řádek 66-67)

Karolína na léčbu nahlížela jako na **jistotu abstinence**: „V první řadě jsem chtěla vystřízlivět už, protože a celkově dostat se z toho kolotoče hnusnýho ven, a to byl takovej kolotoč, že nešlo z toho ven.“ (Karolína, řádek 150-151)

Stejně tak i **Jitka**: „A při té druhé léčbě zase, šla jsem, protože jsem se bála a abych měla potom nějakou jistotu, že se hned nenapiju.“ (Jitka, řádek 84-85) „...vlastně za ty 4 roky jsem se 3x napila, teď potřetí, tak sem jedu, abych to nějakým způsobem doléčila a zabránila tomu.“ (Jitka, řádek 14-15)

5.4.7. TÉMA: MOŽNÉ ZDROJE OBAV PŘED LÉČBOU

Subtéma 1: spojené s rodinou

Subtéma 2: spojené s léčbou

Subtéma 3: spojené s existencí

Subtéma 4: spojené se smrtí

Obavám jsem záměrně věnovala zvláštní kapitolu a nezahrnovala jsem je do prožívání, jelikož mi přišly obsahově velmi bohaté. Dalo by se říci, že hrají významnou roli v prožívání klientů před nástupem do léčby. Obavy se pojí s rodinou, léčbou, existencí, ale také se smrtí.



Myšlenková mapa 7 Možné zdroje obav před léčbou (zdroj. Vlastní konstrukce)

První subtéma **Rodina** zahrnuje **obavy ze ztráty rodiny** a **obavy z odloučení**.

Jakub zmiňuje obavu o **ztrátu rodiny** a **strach z rozvodu**: „...už jsem měl i jakoby strach o tu rodinu, i o ztrátu, a měl jsem strach, že by to mohlo dojít až k rozvodu...“ (Jakub, řádek 7-8)

Podobné pocity prožívala také **Karolína** ohledně svých dětí: „...že o ně nechci přijít...“ (Karolína, řádek 83)

Zároveň měla strach **z odloučení**, které ji během léčby s dětmi čeká: „No samozřejmě mi nebylo dobře, že tam budu bez dětí, bez syna, třeba v těch Bohnicích tam to nejde že jo“ (Karolína, řádek 51-51)

Darina prožívala také **obavy z odloučení** od své rodiny, přestože návštěvy rodiny byly povolené od prvního dne pobytu: „...vůbec z toho, že nevidím třeba pesjka, vnoučata. I když ty návštěvy jsou tady povolený od prvního dne pobytu.“ (Darina, řádek 40)

Poměrně hojným subtématem byla **lčba**. Ohledně léčby se objevily **obavy z institucí, z přijetí do kolektivu, z prostředí, z režimu, z hodnocení**. Tyto obavy nebyly prioritou jen u prvolčeb, ale objevovaly se i u klientů, kteří nastupovali opakovaně.

Jakub hovořil o **obavách z institucí**, které ho provázejí celý život už od školního věku: „...*vlastně ten důvod proč jsem se bál bylo to, že já jsem vždycky měl strach z institucí jo takovej.*“ (Jakub, řádek 54-55)

Obavy z přijetí do kolektivu zdůraznila **Denisa**: „...*obavy z nepřijetí, jak mě přijmou, jak se na mě budou koukat, to jsem měla i teď jako, jak zapadnu do té komunity, jak mě bude vnímat ten kolektiv...*“ (Denisa, řádek 77)

Podobně reagovala také **Anna**: „*Já jsem měla sociální fobii, docela těžkou, takže jsem měla strach, že nebudu tady přijatá do kolektivu*“ (Anna, řádek 32-33)

Darina se také obávala také do jakého kolektivu přijde a jací budou ostatní pacienti: „*Jednak jsem měla strach, protože jsem tušila, že tu bude většina lidí mladejch, takže jsem měla strach vzhledem k svému věku, jestli zapadnu nebo nezapadnu...*“ (Darina, řádek 38-39)

„...*jestli tu najdu nějakou spřízněnou duši, s kým si budu moct popovídat,*“ přiznala. (Darina, řádek 53-54)

David zmínil rovněž obavy týkající se kolektivu. „...*jaký tu budou lidi...*“ (David, řádek 22)

Karolína měla podobné myšlenky i po opakovaných léčbách: „...*co bude, kdo tam bude, zase...*“ (Karolína, řádek 51)

Karolíny obavy z kolektivu úzce souvisí s **obavami z hodnocení**. „...*no já mám problém jako co se týče lidí, já jako úplně to není diagnostikovaný, ale víceméně mám sociální problém, když jsem někde venku, mám pořád pocit, že mě někdo sleduje, někdo mě hodnotí, jestli dělám tohle správně, jestli vypadám, jestli se oblíkám a všechno takhle.*“ (Karolína, řádek 43-46) Při opakovaném nástupu do léčby se bála také hodnocení ze strany terapeutů: „...*a teď ti terapeuti už na mě budou koukat blbě...*“ (Karolína, řádek 62)

Výrazným jevem jsou **obavy z prostředí**, které popsala **Darina, Karolína, Anna i David**.

Darina popisuje obavy z prostředí následovně: „*Z toho jinýho prostředí. Já neříkam, že jsem konzervativní typ. Já jsem dost přizpůsobivá, ale že budu někde jinde. Budu 160 km daleko. Je to něco novýho.*“ (Darina, řádek 47-48)

Karolína to vnímala podobně: „...*ježišmarjá kam zase přijdu...*“ (Karolína řádek 62)

Z prostředí měla obavy také **Anna**. „...*bála jsem se trochu, že to tady bude prostředí, no že to tu bude vostrý.*“ (Anna, řádek 32)

David popisoval své obavy stejně: „*Z té léčby, protože mám obavy z nového prostředí, nevěděl jsem jaký to tu bude...*“ (David, řádek 21-22)

Jakub uvedl, že měl strach z prostředí léčebny především kvůli izolaci. „*Měl jsem strach z té izolace i prostorový i sociální...*“ (Jakub, řádek 166)

Zároveň zmiňuje, že výraznou emoci v jeho prožívání v před léčebném období byl právě strach: „*No já jsem cítil hlavně ten strach*“ (Jakub, řádek 160)

Darina měla také **obavy z režimu**, zda ho zvládne ve svém věku: „...*ale vlastně z toho režimu co tu je. Já jsem dlouho v důchodu, takže jak to budu zvládat.*“ (Darina, řádek 54-55)

Třetím **subtématem** jsou **existenční obavy**. Ty souvisely zejména se **ztrátou zaměstnání** a **ztrátou bydlení**. Přímo byly uvedeny jen u **Jakuba**. „*V té době jsem to cejtíl hlavně tak, že mám nějaký existenční strach o tady ty základní věci,*“ řekl. (Jakub, řádek 43-44)

Jakub zdůraznil, že nechtěl přijít o vybudované zázemí s manželkou „...*já jsem opravdu nechtěl jakoby, přijít o to co už jsme spolu budovali.*“ (Jakub řádek 8-9) „*Taky máme, nebo měli jsme v té době společně byt v pronájmu a jeden z nás by v té době musel odejít a vzhledem k tomu, že ta chyba byla na mojí straně a měli jsme tam i dítě, který je na ten byt zvyklý, tak ten, kdo by musel odejít z toho bytu, jsem byl já. A já jsem i takovej, že se na to prostředí dost fixuju. Když si ho nějak buduju, tak mám k tomu nějaký vztah, takže i to zázemí.*“ (Jakub, řádek 121-125) Obavy pociťoval **Jakub** také v **zaměstnání**: „... *A už jsem se začal i setkávat s tím, že jsem měl dojem, že ty lidi to na mě poznaj, že nemluvím úplně dobře, že to ze mě možná je i cítit, že jsem s nima opravdu v hodně úzkým kontaktu a už jsem jakoby cejtíl, že to takhle nejde. Měl jsem strach abych o tu práci nepřišel.*“ (Jakub, řádek 28-31)

Čtvrté subtéma nese název **obavy spojené se smrtí**. Uvedeny byly **obavy ze smrti** a **obavy ze sebezabití**.

Obavu ze smrti uvedla **Jitka** a **Jan**. **Jitka** uvedla, že zdravotní stav se zhoršil natolik, že mohla zemřít: „...v nemocnici mi řekli, že jestli se teda ještě napiju, že by to mohl být i konec.“ (Jitka, řádek 8-9) „...měla jsem strach...“ (Jitka, řádek 48) „...ty tři měsíce na tý Bulovce, když jsem byla upoutaná na lůžko, napojená na všechny možný hadičky, pak jsem vylezla po třech měsících z postele, mě bolely úplně svaly, učila jsem se chodit, a nevěděla jsem, jestli to bude mít nějaký následky nebo nebude. Bála jsem se o život.“ (Jitka, řádek 53-56)

Jan zdůraznil také **obavy o svůj život**. „...nebo jsem prostě už věděl, že chcípnu. A jestli chci nějak jakoby žít, tak bimbá ten zvonek.“ (Jan, řádek 68-69) „...nebo umřu že jo“ (Jan, řádek 79) „Což to je špatný, prostě umřu zbytečně brzo, by byl jasnej důsledek, kdybych pokračoval dál.“ (Jan, řádek 86-87)

Anna během úzkostí před léčbou také prožívala obavy o život: „...bála jsem se o svůj život, no...“ (Anna, řádek 63)

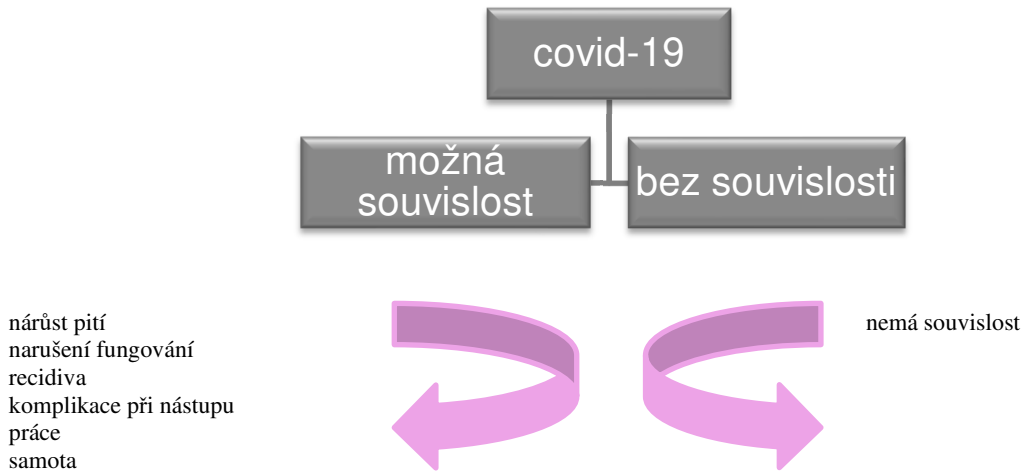
Adéla se po pokusu o sebevraždu bála **sebezabití**. Obávala se, že se situace bude opakovat a bude mít špatný konec. „...ty stavy došly tak daleko, že jsem v mžiku sekundy udělala to, že jsem sedla do auta a vjela pod vlak, tak až v nemocnici mi došlo, že tohle už je hodně přes čáru, že to rozhodně nezvládnou sama a, že pokud se nepůjdu léčit, tak že to jednou dopadne tak, že něco provedu.“ (Adéla, řádek 6-10)

Ema se během pár dnů pokusila o demonstrativní sebevraždu dvakrát. „Jo, dá se říct, takovej demonstrativní jakoby. Jak jsem byla opilá, tak bůh ví, kam by to zašlo ještě.“ (Ema, řádek 49-50) „Jo, zvlášť ty koleje, protože kdyby tam jel vlak a nechodili kolem lidí a ty mě nestáhli tak jsem mrtvá, nepřežila jsem.“ (Ema, řádek 55-57)

5.4.8. TÉMA: COVID-19

Subtéma č.1 – možná souvislost

Subtéma č.2 – bez souvislosti



Myšlenková mapa 8 Téma: covid-19 (zdroj. Vlastní konstrukce)

Pandemie nemoci **covid-19** způsobená koronavirem SARS-CoV-2 na území České republiky započala v březnu 2020. V průběhu první vlny došlo k vyhlášení nouzového stavu 12.března 2020. Byly uzavřeny školy, provozovny, restaurační zařízení, uzavřeny byly také státní hranice a byla vyhlášena povinnost nosit zakryté dýchací cesty. Nastalá situace znamenala pro všechny velkou životní změnu v dosavadních zvyklostech a rituálech. Je tedy bez pochyby, že se dotkla i osob závislých na alkoholu a případně jim ještě více zkomplikovala situaci kolem jejich závislosti.

Agentura IPSOS Instant Research realizovala v dubnu 2020 pro zdravotní pojišťovnu MVČR online průzkum, do kterého bylo zapojeno 1649 respondentů z ČR ve věkové kategorii 18-65 let. Bylo prokázáno, že téměř 18 % Čechů v době nouzového stavu zvýšilo spotřebu alkoholu (ZPMVČR.cz, 2020).

Miovský (2020) k průzkumu zdravotní pojišťovny MVČR dodává: „Současné období lze naopak vnímat jako příležitosti, jak s pitím skončit. Díky omezenému provozu restaurací a klubů, a tedy i menším možnostem společenských setkání totiž nemusíme čelit obvyklému tlaku okolí. Ten je jedním z největších svodů k nadměrné konzumaci alkoholu a opakovanému selhávání při pokusech přestat pít.“

Ema popsala nárůst pití v období první vlny pandemie: „*Tak je pravda, že v tý první vlně jsem se rozpila teda hodně.*“ (Ema, řádek 112)

Alex uvedl, že díky této situaci začal také více pít: „*Ano, já jsem úplně typický příklad covidu. Úplně typický.*“ (Alex, řádek 183-184) „*Neuvěřitelným způsobem jsem se rozpil během tý karantény,*“ přiznal. (Alex, řádek 211)

Narušení fungování zaznamenalo pět informantů. **Karolína** uvedla, že si po předchozí léčbě vybuodovala určitý režim, který jí pandemie řádně narušila. „*Já si po tý poslední léčbě něco vybuodovala, začala jsem něco mít, začala jsem chodit ven, jednou tejdne chodit na cvičení...*“ (Karolína, řádek 187-188) „*A všechno se nějak zlepšovalo, já se zlepšovala a tímhle se všechno utlo. Syn byl doma a vlastně, takže dvě děti najednou, malá byla taky ještě malá, byla vzteklá, teď jí rostly zuby, syn byl smutnej, že nemá školku a kamarády, nebo byl otravnej, nebylo co s nima dělat, nemohla jsem na hřiště, nemohla jsem nikam, takže jsem se rozpila a po krátký době jsem věděla, že tohle je zas fakt průšvih.*“ (Karolína, řádek 192-196)

O stejném problému mluvil též **Daniel**: „*Určitě v okamžiku, kdy by nebyl covid tak bych chodil na doléčování, což skončilo v okamžiku vyhlášení stavu nouze, ztratil jsem ten kontakt, dále potápění, prostě aktivita, na kterou jsem se strašně těšil, bázen najednou zavřený. Já jsem tam předtím pomáhal se školením těch potápěčů. Najednou to taky úplně vypadlo. Takže já jsem měl naplánovanou nějakou činnost po návratu – práce, doléčování, potápění. Nějaký další sport. Tak 95 % z toho najednou vypadlo.*“ (Daniel, řádek 221-226)

Narušení běžného denního harmonogramu uvedla i **Darina**: „*Je fakt, že v tý době, kdy to začalo jsme tak akorát šli nakoupit a se psem, ani nikam jsem nejezdila, taky jsem se trochu bála, nikdo k nám nejezdil ani vnoučátka.*“ (Darina, řádek 148-150)

Alex zůstal na home office a jak zmínil nudu zaháněl alkoholem: „*...přesně covid byl ten, kdy jsem seděl na tom home office v obýváku a podíval jsem se směrem kde jsem měl alkohol od klientů a podobně a říkal jsem si: ,tak co mám dělat, nikam nemůžu‘. Všechno bylo zavřený, to bylo tenkrát opravdu v tý karanténě a nic se nemohlo.*“ (Alex, řádek 191-193) „*Ale ten začátek pití v rámci toho covidu, nebyl stresového charakteru, nic, to byla vysloveně nuda.*“ (Alex, řádek 200-201)

Recidiva během jarní karantény se objevila u **Jitky, Daniela a Karolíny**. Jitka uvedla: „*Ano, opět jsem se napila.*“ (Jitka, řádek 102)

Daniel hovořil o recidivě následovně: „*Nejhorší na tom je, že tento čas jsem tak nějak ustál, a pak jsem ujel až když už ta situace byla lepší, ale stejně si myslím, že ten covid na tom měl vliv. Ono i to, že jsem se udržel a pak se uvolnil, tak i to byl důvod k tomu, že jsem po té flašce sáhl. Ten stres byl hodně velký.*“ (Daniel, řádek 227-230)

O recidivě se zmínila také **Karolína**: „...*přispěla k tomu, že jsem začala zase pít.*“ (Karolína, řádek 186)

Situace kolem pandemie covid-19 se dotkla po **pracovní stránce Emy, Nikolý i Daniela** a přispěla tak k pití či recidivě. **Nikola** uvedla, že jí během karantény chyběl pracovní řád: „...*že já prostě potřebuju pracovat, abych věděla, že se večer nemůžu napít, protože ráno vstávám do práce, a najednou nic takovýho jsem neměla.*“ (Ema, řádek 112-114)

Nikola musela zůstat z práce doma a o to více pila: „...*protože pracuji v obchodě, a tam ta situace byla hodně komplikovaná, jak se vše zavíralo a od zaměstnavatele jsem měla taky omezený ten příjem, a já byla taky jen doma takže jsem nědělala nic jiného, než jsem si chodila kupovat pití a pila jsem a spala jsem.*“ (Nikola, řádek 74-76)

Daniel během nouzového stavu dostal výpověď: „*Přiznám se, že nechci to na to svádět. Ale já jsem odcházel z léčby v lednu. Tu práci jsem si našel tři týdny před tím, než byl vyhlášen stav nouze a ve zkušební lhůtě jsme dostali výpověď. Pak vlastně tři měsíce jsem byl bez práce při stavu nouze, všechny odpovědi byly buď je stop stav nebo, odpovědní pracovníci jsou na home officu.*“ (Daniel, řádek 216-219)

Během jarního lockdownu pociťovala **Nikola a Daniel osamocení**. U **Nikolý** se samota ještě více prohloubila: „...*já žiju sama a ta samota v tom hraje největší roli, celkově...*“ (Nikola, řádek 78-79)

Daniel měl během samoty více času na přemýšlení: „*A říkám, byl jsem sám v tom bytě, takže tam bylo opravdu strašně moc času, který jsem se snažil nějak jinak vyplnit a prostě na to přemýšlení tam byl čas.*“ (Daniel, řádek 226-227)

Bylo rovněž uvedeno, že situace způsobená pandemií covid-19 komplikovala i nástup do léčby. **Karolína** měla nástup o to komplikovanější, jelikož do léčby chtěla nastoupit s dítětem. „...*blbý bylo ještě, že tu byla ta čekačka. A kord ještě když chci jít s dítětem tak ta čekačka je mnohem delší.*“ (Karolína, řádek 196-197)

Čekací doba byla protažena i u **David**a: „*Já se rozhodl ještě předtím a vlastně jsem byl nešťastnej, že se to protáhlo.*“ (David, řádek 115)

Darina také hovořila o složitosti situace: „*Tady v té době bylo teda zavřeno, nepřijímali pacienty...*“ (Darina, řádek 150)

Komplikací se obával i **Jakub**: „*Měl jsem to už před domluvený, že sem pojedou a to, že do toho přišel covid mě spíš jako trošku... jsem se kvůli tomu bál, že to bude zavřený nebo nějak omezený, takže spíš jsem se modlil, aby do toho ten covid nějak nezasáhnul. Byla by to komplikace a byla by to škoda.*“ (Jakub, řádek 193-196)

Alexovi bylo při jeho rozhodnutí řečeno, že léčebna ve stávající situaci nepřijímá pacienty: „*...a volal jsem do Červeného Dvora a tady mi řekli: ‚No je covid. My nepřijímáme a tady jsou takový poradníky, že vůbec tady o tom neuvažujte a řešte jiný zařízení.‘ A hlavně oni nevěděli co bude.*“ (Alex, řádek 206-208)

Anna, Denisa, Milan, Adéla, Eduard a **Jan** uvedli, že situace kolem covid-19 **neměla žádnou souvislost** s jejich nástupem do léčby ani nepocítili její vliv na svou závislost.

Anna měla rozdělenou léčbu. „*Ne to vůbec, protože já mám léčbu rozdělenou, to znamená, že jsem tady byla dva měsíce, pak měsíc doma, pak zas dva měsíce, takže vlastně ne.*“ (Anna, řádek 79-80)

Adéla uvedla, že v době jarní první vlny pandemie řešila sebe a podstatnější záležitosti v životě. „*Myslím si, že ne. Já jsem v tu dobu řešila mnohem vážnější problémy. Takže covid jsem brala, že prostě je a vůbec jsem se s tím v tu dobu nějak nezatěžovala.*“ (Adéla, řádek 125-126)

Jan rovněž popřel souvislost pandemií covid-19, jelikož o léčbu si žádal mnohem dříve: „*No jako to ne, já vlastně končím teď za 14 dní a jsem tady čtyři a půl měsíců a ještě jsem čekal, teď nevím jak dlouho, ta paměť už není, co byla dřív. Takže to s koronou nemá nic společnýho. Nebyla ta doba, a já to potřeboval tak i tak.*“ (Jan, řádek 113-115)

6 APLIKOVATELNÉ VÝSLEDKY VÝZKUMU A ZJIŠTĚNÍ

Výsledky výzkumného šetření neboli popsaná témata považuji za možný pomocný manuál pro terapeutů. Výzkum byl sondou do prožívání osob závislých na alkoholu před nástupem do ústavní léčby. Témata jsou zároveň hypotézami pro další možný výzkum. Níže popisují aplikovatelné výsledky výzkumu a překvapivá či některá nová zjištění.

Uvědomění může hrát poměrně klíčovou roli v zahájení léčebného procesu. Téma uvědomění si bylo popsáno přímo od informantů v různých souvislostech. Informanti hovořili o připuštění si problému, závislosti či stagnace v životě. Protipólem bylo subtéma nepřipuštění si. Někteří informanti si nepřipouštěli problém, závislost či možnost recidivy před vstupem do léčby.

Za překvapující označuji také zjištění týkající se postojů klientů k léčbě. Předpokládala jsem, že postoje jsou obvykle negativní. Kromě negativních postojů se objevovalo i mnoho pozitivních mezi které můžeme zahrnout nahlížení na léčbu jako smilování, naději, výzvu. Byla uvedena též radost z léčby, zvědavost, natěšenost. Téměř všichni informanti si před vstupem do léčby zjišťovali potřebné informace a reference o konkrétní léčbě. To považuji za pokrok a výhodu pro klienty, kteří ví co od léčebného procesu v ústavní léčbě očekávat.

Z hlediska před léčebných cílů jsem předpokládala, že většina klientů vstupuje do léčby s cílem abstinence, což se potvrdilo. Někteří klienti považovali za cíl dosažení kontrolovaného pití, což je téma, které vyvolává mezi mnohými odborníky diskuse. U mnohých klientů byl cíl v životní změně. Uvedeny byly ale i cíle spjaté se seberozvojem. V této souvislosti se objevovalo sebepoznání, sebedůvěra, učení se novým způsobům řešení stávajících situací a také nalezení vnitřního klidu.

Objevily se také vnější vlivy, které klienti před nástupem do léčby vnímali. Vedle rodiny, zaměstnavatele, zdravotního stavu, bezdomovectví, přátel, úřadů se objevila také recidiva a negativní zkušenost z okolí. Recidiva některé klienty po léčbě natolik zaskočila, že přispěla k opětovanému návratu do ústavní léčby. Překvapilo mě, že též negativní zkušenost popsal více klientů jako možný vliv.

Mezi vnitřní vlivy byl zařazen strach, smrtelnost, překonání sebe, ale také vlastní rozhodnutí. Z rozhovorů jsem nabyla přesvědčení, že k nástupu do léčby je zapotřebí vlastní rozhodnutí. Mnoho informantů hovořilo o tom, že v minulosti léčbu podstupovali kvůli někomu nikoliv z vlastního rozhodnutí a opět zrecidivovali. U dvou klientů jsem dokonce

cítila určitou nejistotu, zda rozhodnutí bylo jen jejich vlastní nebo zda mají pocit, že šlo o rozhodnutí někoho jiného.

Pouze šest informantů z celkového vzorku popisovalo svůj aktuální psychický a fyzický stav před léčbou. Zmíněna byla nespavost, nesoustředěnost, nespolehlivost, nepoznávání sebe sama, zhoršení paměti, halucinace, vztahovačnost, paranoia, neschopnost komunikace, apatie, agresivita, ztráta chuti do života, ale také fyzické projevy jako např. třes, nechutenství, vyčerpání a špatná fyzická kondice. Téměř všichni informanti poměrně do hloubky popisovali své vnitřní prožívání, které bylo spjato s negativními pocity. Téměř čtvrtina klientů popsala pocity viny. Mimo jiné byl za výrazný pocit označován také stud, zlost a zoufalství. Objevovaly se i další pocity jako např. uzavření se do sebe, lítost, ztracenost, nervozita, bezmoc, zklamání, trapnost, úzkost, osamělost, smutek, nepoučitelnost.

Mezi možné zdroje obav před léčbou byly zahrnuty obavy spojené s rodinou, s léčbou, s existencí a se smrtí. Jednalo se o velmi široce pojaté téma. Obavy hrály u informantů velkou roli v jejich prožívání. Nejvýraznější a nejpočetnější skupinou byly konkrétně obavy spojené s léčbou. Zmíněny byly obavy z režimu, z institucí, z kolektivu, z hodnocení a z prostředí. Další početnější skupinou byly obavy spojené se smrtí. Hovořilo se nejen o strachu ze smrti, ale také o strachu ze sebezabití.

Pandemie koronaviru SARS-CoV-2 nastala v České republice na přelomu jara 2020. Jedná se doposud o jednu z největších událostí novodobých dějin 21. století. Je to něco zcela nového a neprobádaného v oblasti medicínské, psychologické, sociální i pedagogické. Skutečné dopady pandemie uvidíme až za několik let. Když jsem začala s výzkumným šetřením napadlo mě zahrnout do otázek i zda pandemie přispěla k rozhodnutí nastoupit léčbu. Výsledky byly překvapující. Devět informantů uvedlo, že vidí možnou spojitost jarního lockdownu a vliv na jejich závislost. Objevovalo se téma možného nárůstu pití, souvislost s narušením běžného fungování, vliv na recidivu, souvislost s komplikacemi při nástupu, možný vliv na práci a také vnímání samoty.

Šest informantů uvedlo, že nepocítily žádnou souvislost s covidem-19 a jejich nástupem do léčby. Z výsledků je evidentní, že covid-19 může do jisté míry mít vliv na osoby závislé na alkoholu a rovněž může přispět ke zvýšení zájmu o ústavní léčbu. Mimo jiné dostupné zdroje avizovaly, že oddělení závislostí byly během pandemie zcela přeplněné.

Hypotézou mého výzkumu je, že covid-19 měl vliv na rozhodování o nástupu do ústavní léčby. Navrhuji hypotézu ověřit v kvantitativním výzkumu prostřednictvím dotazníku.

7 DISKUSE

Alkohol je celosvětový problém. Miovský hovoří o standartním umístění ČR na nejvyšších příčkách spotřeby alkoholu. V lednu 2021 v online pořadu Večery na FFUK uvedl, že až 1 261 000 jedinců pije alkohol rizikově.

Cílem mého výzkumu bylo především zmapovat psychologické a sociální aspekty, které vnímají osoby závislé na alkoholu před nástupem do ústavní léčby. V rámci tematické analýzy jsem identifikovala 8 základních témat, přičemž některá měla svá vlastní subtémata. Témata jsou detailně popsána ve výsledcích výzkumného šetření.

Za velmi významné téma považuji **vnější vlivy**, které pociťují klienti před nástupem do léčby. Téměř všichni klienti vnímali určité vnější vlivy, které nějakým způsobem přispěly k jejich léčbě.

O vnímání nátlaku a ultimát od okolí, a to především od rodiny, hovoří **Polcin & Weisner** (1999) ve své studii, viz. DP s. 23.

To samé mohu potvrdit i já na základě výpovědí informantů v mém výzkumném šetření. Objevovaly se různé motivy související s rodinou – obava o ztrátu rodiny, touha zlepšit vztahy, či založit rodinu. Tyto jevy popsali všichni informanti.

Perkinson (2004) viz DP s. 23 uvádí mezi důsledky alkoholismu rozvod. Velké obavy z rozvodu měl především informant **Jakub**.

Beckman (1986) viz. DP s.23 zmiňuje ve své studii možnost odrazování přátel od léčby. V provedeném výzkumném šetření vidím podobnost s touto studií, jelikož informant Milan jako jediný uvedl, že přátelé měli k jeho léčbě odmítavý postoj. Nenechal se však odradit, a i přesto léčbu nastoupil.

Tato studie rovněž uvádí predikci, že ženy mohou mít v sociálním prostředí menší podporu než muži. Je pravděpodobné, že mohou cítit menší podporu od své rodiny a přátel. Ženy dle provedené studie pociťovaly větší podporu od dětí a rodičů, muži naopak od svých manželek. Podporu rodičů ze zúčastněných ve výzkumném šetření vnímala Ema, Anna, Milan, Daniel, Jakub. Podporu od přítelkyně pociťoval Alex.

Výsledky této studie ukázaly také, že ženy alkoholičky měly méně finančních prostředků než muži. V kvalitativním šetření uvedli problémy s penězi pouze dva muži, a to Milan a Daniel.

Studie také prokázala, že ženy mohou mít odmítavější postoj ke zdravotnickému personálu a k terapeutům než muži, což může být jedna z překážek v léčbě. Informantky v tomto výzkumném šetření tento předpoklad nepotvrdily. Naopak Karolína, Darina, Adéla i Ema uvedly, že očekávaly pomoc od léčby, terapeutů a odborníků.

Marková s. 24 DP popisuje různé jevy, které se mohou u klientů objevit. U informantů se ze zmíněných objevilo konkrétně popírání nemoci, nedostatek sebeúcty, pocity osamělosti, násilí zaměřené na sebe i okolí, poruchy paměti, poruchy spánku, sociální izolace i stavy beznaděje.

Mravčík s. 24 DP hovoří o komplikacích a bariérách spjatých se vstupem do léčby. Zdůrazňuje obavy z léčby a strach z personálu. Obavám je ve výsledcích věnováno samostatné téma, jelikož je považuji za významný jev v prožívání klienta v před léčebném období. Hovoří přímo o možné příčině, kterou může být předchozí negativní zkušenost, kterou ve výzkumném šetření přímo zdůraznil informant Jakub.

Mravčík s. 24 DP uvádí, že překážkou mohou být také finanční potíže. Respondent Milan uvedl, že při první léčbě měl dluhy a finanční problémy. Při vstupu do druhé léčby byl zajištěný a nástup pro něj byl díky tomu příjemnější a jednodušší.

Formální bariéra může být i ztráta dokladů. Informantka Anna měla problémy, jelikož neměla doklady a její nástup do léčby byl o to více ztížený.

7.1. LIMITY VÝZKUMU

Za limit mého výzkumného šetření považuji fakt, že jsem mohla jít při rozhovorech ještě více do hloubky. Uvědomuji si, že při kvalitativním výzkumu nejde o zobecnitelnost na širší populaci, nicméně o hloubku prožívání jedinců. Kvůli pandemii covid-19 nebylo možné vést rozsáhlé a dlouhé rozhovory. Navíc během zhoršující se epidemiologické situace došlo k nemožnosti provést další rozhovory „face to face“. Výzkum byl dokončen podle plánu jen díky řediteli PL Červený Dvůr MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, který mi ochotně a vstřícně zprostředkoval videorozhovory s klienty léčebny. Troufám si říct, že v jiných léčebnách a nemocnicích, které jsem měla možnost poznat jako stážistka bych takovou příležitost nejspíše neměla.

Data z videorozhovorů považuji za kvalitní materiál, přesto se jedná o ztíženou komunikaci, přičemž bylo složitější navázat kontakt s klienty, což mohlo přispět k

jejich menší otevřenosti. Za těchto podmínek považuji za úspěch zpětnou vazbu od jedné z klientek, která mi po videorozhovoru sdělila, že ji rozhovor semnou velmi pomohl a že je ráda, že se výzkumu zúčastnila.

Uvědomuji si také možné subjektivní zkreslení při interpretaci dat. Abych předešla a snížila možné zkreslení postupovala jsem podle rad a postupů v tematické analýze Braun & Clarke, Švaříčka a Miovského.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této diplomové práce byly aspekty rozhodování o nástupu ústavní léčby u osob závislých na alkoholu. Cílem práce bylo zmapovat a popsat s využitím kvalitativní metody jaké psychosociální aspekty klienti vnímali při nástupu do ústavní léčby. Zmapovat celkové prožívání, postoje k léčbě, cíle, očekávání v před léčebném období a nahlédnout tak do vnímání informantů.

Diplomová práce je členěna do šesti kapitol. Z toho čtyři kapitoly jsou teoretického zaměření.

Pátá a šestá kapitola se věnuje výzkumnému šetření, a to především analýze dat s využitím tematické analýzy a výsledkům. Využit byl kvalitativní výzkum, z dostupných metod byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumu se účastnilo 15 informantů, z toho sedm žen a osm mužů závislých na alkoholu. Jediné kritérium k výběru byl dobrovolný nástup do léčby, nikoliv léčba ochranná. U informantů byly zjišťovány základní sociodemografické údaje – věk, vzdělání a počet hospitalizací v ústavní léčbě kvůli alkoholu. Výzkum byl proveden v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Z hlediska zhoršující se epidemiologické situace v souvislosti pandemií koronaviru SARS-CoV-2 byly některé rozhovory dokončeny pomocí videohovoru v aplikaci ZOOM.

Šestá kapitola nese název aplikovatelné výsledky výzkumu a zjištění. Kapitola nabízí ucelený přehled výsledků, které je možné uplatnit v praxi. Výsledky mohou do jisté míry sloužit jako pomocný manuál pro terapeuty.

Hypotézou tohoto výzkumu je, že pandemie covid-19 měla vliv na rozhodování o nástupu do ústavní léčby. Navrhuji hypotézu ověřit v dalším kvantitativním výzkumu prostřednictvím dotazníku.

Závěrem lze říci, že tato práce umožnila autorce nahlédnout hlouběji do problematiky alkoholismu a zároveň do prožívání a vnímání osob závislých na alkoholu, které stojí před velkým rozhodnutím a čeká je zásadní změna v jejich životě.

SEZNAM LITERATURY

- Arnoldová, A. (2015). Sociální péče. Díl. Učebnice pro obor sociální činnost, Praha.
- Bártlová, S. (1998). Sociální patologie. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Bill, W. (2019). Alcoholics Anonymous: The Big Book. Newburyport: Dover Publications.
- Dasgupta, A. (2012). The science of drinking: How alcohol affects your body and mind. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2009). Sociální patologie. Grada Publishing as.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Portál.
- Kalina, K. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). Základy klinické adiktologie. Grada Publishing as.
- Kalina, K. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing as.
- Kazimour, I. (2016). Historie českého zdravotnictví. E-knihy jedou.
- Kraus, J. (2006). Nový akademický slovník cizích slov: A-Ž: Studentské vydání. Praha: Academia.
- Kuzníková, I. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Matoušek, O. (2007). Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). Slovník sociální práce. 2. přeprac. vyd. Praha. Portál.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2012). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Mravčík, V., & kolektiv. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- SANANIM, K. A. S. (2007). *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál.
- Skála, J. (1977). *Až na dno!?: Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu*. Praha: Avicenum.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Skála, J. (1958). *O organizaci boje proti alkoholismu v ČSR a jak se na něm podílí pracovníci ve zdravotnictví*. Psychotherapeutický Antabus.
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Perkinson, R. R. (2004). *Treating alcoholism helping your clients find the road to recovery*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Pešek, R. (2018). *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta.
- Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. (2000). Praha: Psychiatrické centrum.
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- Ühlinger, C., & Tschui, M. (2009). *Když někdo blízký pije: Rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál.
- Zernig, G. (2000). *Handbook of alcoholism*. Boca Raton: CRC Press.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., ... & Woolson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of clinical psychopharmacology*, 25(4), 349-357. Dostupné z: https://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2005/08000/Naltrexone_Combined_With_Either_Cognitive.10.aspx

Ballidin, J., Berglund, M., Borg, S., Månsson, M., Bendtsen, P., Franck, J., ... & Willander, A. (2003). A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1142-1149. [online]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1097/01.ALC.0000075548.83053.A9>

Beckman, L J; Amaro, H (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(2), 135–145. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3713175/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

Debnar, A., Šejvl, J. (2019). Případová studie Červeného Dvora – část druhá (1971 až 2016). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 2(2), 82–92. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/pripadova-studie-cerveneho-dvora-cast-druha-1971-az-2016/>

Dvořáček, M. J. Proměny léčby závislostí–terapie bez moci (bezmoci). Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202002-0008_promeny_lecby_zavislosti_-_terapie_bez_moci_bezmoci.php

Gates, S. A., & Brown, J. R. (2017). Preparing nursing and social work students to care for patients in acute alcohol withdrawal. *Journal of Addictions Nursing*, 28(3), 143-147. Dostupné z:

https://journals.lww.com/jan/Abstract/2017/07000/Preparing_Nursing_and_Social_Work_Students_to_Care.8.aspx

Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660-668. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460311000311>

Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: network support project 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(2), 229. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/a0015252>

Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 837-846. Dostupné z: <https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsad.2010.71.837>

Miovský, M., & Šejvl, J. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1 (2), 68-78. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/prvni-zarizeni-pro-ustavni-lecbu-zavislosti-na-alkoholu-v-ceskoslovenske-republice-pripadova-studie-lecebny-v-tuchlove-1923-1938/>

Miovský, M., VAVRINČÍKOVÁ, L., & LIBRA, J. (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Klinika adiktologie, 1. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/444/koncepce-siti-blok-online.pdf>

Mutschler, J., Grosshans, M., Soyka, M., & Rösner, S. (2016). Current findings and mechanisms of action of disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Pharmacopsychiatry*, 49(04), 137-141. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-103592>

Nešpor K. (2011) *Léčba závislosti na alkoholu podle NIAAA* Dostupné z: www.drnespor.eu

Nešpor K. (2009) Uvědomování v medicíně a psychoterapii. Dostupné z: www.drnespor.eu

Někteří Češi během nouzového stavu zvýšili spotřebu alkoholu. Ten však oslabuje imunitu. (n.d.). Retrieved February 21, 2021. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/nekteri-cesi-behem-nouzoveho-stavu-zvysili-spotrebu-alkoholu-ten-vsak-oslabuje-imunitu>

Öjehagen, A., & Berglund, M. (1989). Changes of drinking goals in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors*, 14(1), 1-9. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0306460389900117>

Polcin, D. L., & Weisner, C. (1999). Factors associated with coercion in entering treatment for alcohol problems. *Drug and alcohol dependence*, 54(1), 63-68. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871698001434>

Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatr. praxi*, 1, 29-32. Dostupné z: <http://solen.cz/savepdfs/psy/2003/01/07.pdf>.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (2019) *základní informace* Dostupné z: https://cervenydvur.cz/?page_id=3

Straussner, S. L. A. (2001). The role of social workers in the treatment of addictions: A brief history. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 3-9. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1300/J160v01n01_02?scroll=top&needAccess=true

SEZNAM ZKRATEK

AA – anonymní alkoholici

PL – psychiatrická léčebna

PN – psychiatrická nemocnice

ČD – Červený Dvůr

SEZNAM MYŠLENKOVÝCH MAP, TABULEK A GRAFŮ

Graf 1 Věk informantů (zdroj. Vlastní konstrukce)	39
Graf 2 Dosažené vzdělání (zdroj. Vlastní konstrukce).....	39
Graf 3 Počet hospitalizací v ústavní léčbě (zdroj. Vlastní konstrukce).....	39
Myšlenková mapa 1 Téma: Uvědomění (zdroj. Vlastní konstrukce).....	45
Myšlenková mapa 2 Téma: Prožívání (zdroj. Vlastní konstrukce)	47
Myšlenková mapa 3 Téma: Aktuální stav klienta před nástupem do ústavní léčby (zdroj. Vlastní konstrukce)	50
Myšlenková mapa 4 Téma: Vlivy (zdroj. Vlastní konstrukce)	53
Myšlenková mapa 5 Téma: Cíl (zdroj. Vlastní konstrukce).....	64
Myšlenková mapa 6 Téma: Postoj k léčbě (zdroj. Vlastní konstrukce)	68
Myšlenková mapa 7 Možné zdroje obav před léčbou (zdroj. Vlastní konstrukce)	72
Myšlenková mapa 8 Téma: covid-19 (zdroj. Vlastní konstrukce)	76
Tabulka 1 Stručná charakteristika informantů	40
Tabulka 2 Témata a subtémata (zdroj. Vlastní konstrukce)	44

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Přepis rozhovorů.....	96
-----------------------------------	----

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Přepis rozhovorů

Zde jsou přiloženy přepisy rozhovorů, které byly v rámci výzkumu provedeny. Rozhovory neprošly jazykovou korekturou. Z etického hlediska byla pozměněna veškerá jména a místa, která by mohla umožnit odhalení identity informantů.

V případě, že byla zmíněna jakákoliv nespokojenost s předchozím léčebným zařízením jsou názvy léčebny označeny otazníkem, aby práce splňovala etické aspekty.

BIBLIOGRACICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Dominika Four

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Aspekty rozhodování o nástupu ústavní léčby u osob závislých na alkoholu

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2021

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

Přímé citace: 2 375

Ostatní text: 175 709

Celkový počet znaků: 178 084

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD Text práce ve formátu PDF:

DP_Four_Aspekty_rozhodovani_o_nastupu_ustavni_lecby_u_osob_zavislych_na_alkoholu.pdf

Text práce ve formátu DOC:

DP_Four_Aspekty_rozhodovani_o_nastupu_ustavni_lecby_u_osob_zavislych_na_alkoholu.doc

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Dominika Four

Obor studia: Sociální práce

Název práce: Aspekty rozhodování o nástupu do ústavní léčby u osob závislých na alkoholu

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 91

Počet stránek příloh: 61

Počet titulů v seznamu literatury: 51

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1	2		
--	---	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

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

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Námět k diskusi:

Otázka k obhajobě:

Co si kolegyně myslí, jaká jsou tzv. „bílá místa“ procesu přijímání klientů do ústavní léčby?

Navrhla by nějaké změny?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci. Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce obsahuje ve čtyřech kapitolách základní pojmy, historii a strukturu protialkoholních ústavní péče, vymezení pojmu sociální rehabilitace a sociální práce v ústavní péči. Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného. V další páté kapitole, která je zároveň empirickou částí práce, kolegyně provádí kvalitativní výzkumné šetření s cílem zjistit: „Jaké psychologické a sociální aspekty klienti vnímali při nástupu do ústavní léčby.“ Pro svojí kvalitativní výzkumnou sondu 15 probandů z řad klientů psychiatrické nemocnice. Pro sběr dat použila polostrukturované rozhovory, které analyzovala za pomoci Tematické analýzy.

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromáždění informací o daném tématu. V empirické části zvládla získat důvěru probandů a navzdory pandemii sebrat mnohovrstevnatý materiál. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost uplatnit kvalitativní metodologické postupy, kategorizovat data a srozumitelně interpretovat výsledky.

Připomínky:

Formální: Nenacházím závažnější formální nedostatky.

Obsahové: Chybí mi kritický pohled autorky na systém procesu přijímání klientů do ústavní léčby. Podr. viz. otázka k obhajobě.

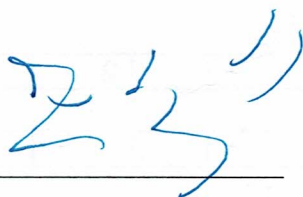
Celkově: Ocenit musíme schopnost autorky zpracovat precizní kvalitativní výzkumnou sondu do procesu rozhodování o ústavní léčbě pacientů se závislostí.

Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Dominika Four

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Aspekty rozhodování o nástupu ústavní léčby u osob závislých na alkoholu

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D..

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 91

Počet stránek příloh: 52

Počet titulů v seznamu literatury: 53

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlete pojem craving.
- 2) Charakterizujte osobní předporozumění výzkumnému problému.
- 3) Jaká výzkumná zjištění Vás překvapila?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka DP se zabývá prožíváním osob závislých na alkoholu, respektive jejich rozhodovacím procesem směřujícím k nástupu do ústavní léčby.

V teoretické části autorka nejprve věnuje pozornost problematice alkoholismu, dále se zaměřuje na historii léčby závislosti v ČR. Poté specifikuje metody a formy střednědobé ústavní léčby, poukazuje na její výhody i nevýhody, zabývá se využitím svépomocných klubů, psychoterapie a farmakoterapie. V poslední kapitole teoretické části se zabývá významem a možnostmi sociální práce při léčbě závislosti. V praktické části předkládá kvalitativní výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zmapovat a popsat aspekty rozhodování participantů výzkumu při nástupu do ústavní léčby v PL.

Klady a nedostatky DP:

Zvolené téma odpovídá studovanému oboru.

Text je srozumitelný a čtivý, pouze výjimečně se v něm objevují překlepy.

Autorka prokázala schopnost širšího porozumění klíčovými pojmy, vhodným způsobem propojila teorii s praxí.

Drobné připomínky mám k obsahové a formální stránce. V praktické části postrádám podkapitulu autorčina osobního předporozumění (viz základní princip kvalitativní metodologie). Osobní předporozumění je tak pouze rozptýleně zachyceno v textu (např. na s. 80). Přílohy jsou číslovány chaoticky – někdy římskými znaky, jindy klasickým číslováním, na jiném místě jsou bez označení.

Přes tyto drobné nedostatky považuji celkově DP za pečlivě koncipovaný a inspirativní text.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 16/5 2021 Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

