

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Léčba závislostí a význam psychoterapie v sociálních službách z pohledu klientů

Zdeněk Rameš

Vedoucí práce: MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



**Addiction Treatment and the Importance of
Psychotherapy in Social Services from the Clients'
Perspective**

Zdeněk Rameš

The Bachelor Thesis Work Supervisor: MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Praha 2017

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá významem psychoterapie v léčbě závislosti. Zaměřuje se na lidský faktor v kontextu sociální práce a zkoumá, do jaké hloubky vnímají tento vliv sami klienti. Teoretická část se zabývá historií léčby, trendy, očekáváním společnosti, prací s motivací a terapeutickými metodami. Praktická část monitoruje a zkoumá vnímání těchto vlivů subjektivním pohledem klientů. Účelem práce je přiblížit oba mikrosvěty a porovnat je. Tato práce měla za hlavní cíl provedení orientačního šetření volnou formou, jehož výsledek nám umožnil nahlédnout do představ klientů v léčbě.

Klíčová slova

psychoterapie, léčba závislosti, sociální práce, očekávání

Abstract

This bachelor thesis deals with the importance of psychotherapy in the treatment of addictions. It focuses on the human factor in the context of social work and it examines how deeply the clients perceive this influence. The theoretical part deals with the history of treatment, trends, expectations of society, work with motivation and therapeutic methods. The practical part monitors and examines the perception of these influences by the subjective view of clients. The purpose of the work is to bring the two microcosms closer together and compare them. The main aim of this work was carrying out an orientation survey in a free form and the result allowed us to look into the conceptions of clients in the treatment.

Key words

Psychotherapy, addiction treatment, social work, expectations

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 21. 4. 2017

.....
Zdeněk Rameš

Poděkování

Děkuji panu MUDr. Karlu Nešporovi, CSc. za jeho ochotu, podporu a významné podněty při utváření této práce.

Obsah

ÚVOD	9
1 HISTORIE A VYMEZENÍ VZNIKU LÉČBY ZÁVISLOSTÍ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY	11
1.1 HISTORIE OBECNĚ.....	11
1.2 ANONYMNÍ ALKOHOLICI V USA.....	12
1.3 POČÁTKY LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČESKOSLOVENSKU.....	13
1.4 POVÁLEČNÝ VÝVOJ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČR A TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	14
1.5 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE	17
2 SOCIÁLNÍ JEVY SPOJENÉ SE ZÁVISLOSTÍ	20
2.1 NELÉČENÍ LIDÉ TRPÍCÍ ZÁVISLOSTÍ.....	20
2.2 LÉČENÍ LIDÉ SE ZÁPORNOU ČI NEDOSTATEČNOU ZKUŠENOSTÍ.....	22
2.3 PŘÍČINY A DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI V SOCIÁLNÍM KONTEXTU.....	24
3 SPOLEČNÉ CÍLE LÉČBY ZE STRANY SPOLEČNOSTI A KLIENTŮ	26
3.1 ZAMEZENÍ KRIMINALITĚ A DELIKVENCÍ	26
3.2 OCHRANA DĚTÍ A MLÁDEŽE.....	26
3.3 OCHRANA ZDRAVÍ	28
3.4 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A POTÍŽE V SOCIÁLNÍ OBLASTI	29
4 MOTIVACE	32
4.1 ÚLOHA MOTIVACE V PŘÍMÉ TERAPEUTICKÉ A SOCIÁLNÍ PRÁCI S KLIENTY	32
4.2 CÍLE MOTIVAČNÍHO ROZHOVORU	33
4.3 TECHNIKY A NÁSTROJE MOTIVAČNÍHO ROZHOVORU.....	35
5 DŮVĚRA A PODPORA	37
5.1 ÚZKOST, STRACH A NADĚJE	37
5.2 POROZUMĚNÍ PROCESU LÉČBY PROŽITKEM.....	38
5.3 OBRANNÉ MECHANIZMY	39
6 ÚSKALÍ LÉČBY	40
6.1 POPÍRÁNÍ NEMOCI A PROCES PŘIJETÍ.....	40
6.2 DOLÉČOVÁNÍ A RECIDIVA.....	41
6.3 NESPLNĚNÁ OČEKÁVÁNÍ.....	42
7 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	43
7.1 CÍL PRÁCE.....	43
7.2 HYPOTÉZY	43
8 VÝBĚROVÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	45
8.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR.....	45
8.2 POUŽITÉ METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	45
9 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT	48
9.1 POUŽITÉ METODY ANALÝZY DAT	48
9.2 POSTUP PŘI ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKU	48
10 ETICKÉ ASPEKTY	50
11 VÝSLEDKY	51
12 DISKUZE	58
12.1 OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI TVRZENÍ HYPOTÉZ.....	58
ZÁVĚR	61

SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ	62
PŘÍLOHY	1
PŘÍLOHA 1	1
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	3
EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY.....	4

Úvod

Téma mé bakalářské práce začalo klíčit během stáže v K-centru organizace SANANIM z. ú. při poznávání drogově závislých klientů. Téměř tři měsíce intenzivní práce v tomto nízkoprahovém zařízení mi zásadním způsobem změnilo pohled na problémy uživatelů drog a možnosti jejich sociální existence či adaptace. Právě zde jsem si začal klást mnoho otázek o smyslu pomoci lidem závislých na návykových látkách, v tomto případě konkrétně na drogách. K rozhodnutí volit právě toto téma přispěla i další etapa mého života, práce na oddělení závislostí v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích. Většina publikací od známých i méně známých autorů pojednává o sociální práci se závislými klienty z odborného hlediska čerpajícího z empirických zkušeností. Existuje mnoho dobrých studií, které se zabývají výzkumem efektivity prevence i následné péče poskytované rizikovým a závislým s ohledem na snižování negativních dopadů pro společnost. Poznal jsem na vlastní kůži, jak je však sociální práce s klienty v této oblasti náročná, vyčerpávající, mnohdy bezbřehá až zdánlivě bezvysledná. Na druhou stranu nelze pominout přes veškerá úskalí její zajímavost. Jedná se o práci s lidmi, kteří jsou sice velmi často na dně, jejich lodě ztroskotaly, ale jejich živé příběhy plné souvislostí, které ledacos vysvětlují a poukazují na zřejmá, či skrytá nebezpečí, jenž život před nás klade, nesou mnoho překvapivého. Hovoří o paradoxech západní společnosti, počáteční magii drog, alkoholu a hazardních her, útrap a pastí prožívaných v dětství, slepých uličkách, všemožných cestách v dospívání, pokusech o změnu, vrcholných prožitků, vysokých úspěchů, ale také strmých pádů, tvrdých ran, působení neštěstí druhým, beznaděje a zoufalství.

Uvědomil jsem si, že lidé trpící závislostí, mají k dispozici systém, či mnoho dílčích systémů, které se je snaží zachytávat, podporovat a léčit, ale to, na čem mnohdy záleží nejvíce, jsou jejich vlastní motivy, uchopení životní energie, hledání potenciálu, vnímání naděje, chuť něco měnit, či přijmout. Váhají, zda má smysl zaplatit nějakou cenu za něco, co nepoznali, je nejisté, ale druhými doporučováno, čeho se možná ve skrytu svých duší bojí a co je mnohem složitější, čemu sami nerozumí či z různých důvodů nedůvěřují. Je to možná další rozměr,

který je dán lidskou individualitou a nekonečnou paletou kombinací, které hrají roli při utváření lidské osobnosti. Fascinující je skutečnost, jak silný význam hrají v jejich životech nejen vzorce, ale i určité dané role a strach.

Že má sociální práce a psychoterapie pro klienty a pacienty neocenitelný význam v překonávání těchto překážek a osobním rozvoji, je popsáno v mnoha monografiích, odborných studiích a člancích. Během mé praxe se však poměrně často stávalo, a i nadále stává, že mnoho klientů a pacientů trvale recidivuje, mnohdy pomoc přijímá jen na oko, ignoruje, či otevřeně odmítá. Chci se proto v této práci zaměřit spíše na subjektivní pohled klientů a pacientů, než na objektivně vyzkoumané faktory. Zajímá mě lidský rozměr vnímání léčby a pokouším se porozumět tomu, co klienti skutečně chtějí, či odmítají, proč tomu tak je, na rozdíl od hlavního směru společensky nastaveného systému péče. Proč se z našeho pohledu ženou spíše do záhuby, než by přijali bezplatnou péči.

Velkou inspirací se pro mě stali v této oblasti autoři jako MUDr. Jaroslav Skála (význam režimu v lidském životě), I. D. Yalom (práce se skupinou), H. P. Röhr (blízkost, láska a uznání), M. Heidegger (přítomnost strachu z lidské konečnosti), MUDr. Karel Nešpor, CSc. (smích a zdravý životní styl) a Prof. PhDr. Jan Vymětal (psychoterapie). Významnými se pro mne stala osobní setkání s lidmi jako je MUDr. Renata Školoudová (obětavá lékařka pracující pro SANANIM se srdcem na pravém místě), paní Arnoštka Maťová (velmi milá sociální pracovnice spojená s profesním životem MUDr. J. Skály), Doc. PhDr. Oldřich Čálek CSc. (výcvikový vedoucí s hlubokým lidským cítěním), doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. (odborník v adiktologii) a celá řada dalších lidí, mých kolegů, jejichž jednání i vzájemné rozhovory tvoří pro mne cenný lidský a profesní materiál přispívající k formování nejen této práce.

Všichni tito lidé mne ovlivnili v pohledu nejen na odbornou rovinu sociální práce se závislými osobami, ale významnou měrou pomohli poodkrýt méně viditelné aspekty existenciální, tedy způsob lidského prožívání, který při uplatnění v sociální práci vnímám jako hodnotově vyšší.

Teoretická část

1 Historie a vymezení vzniku léčby závislostí na území České republiky

1.1 Historie obecně

Léčba závislostí je velmi úzce spojena se sociální a zdravotní politikou. Práce se závislými lidmi v kontextu sociální práce se prolíná s dalšími obory jako zdravotnictvím, s hlavním podoborem psychiatrie. Rovněž zde má své místo psychologie a psychoterapie. Vymezit tedy přesné hranice, kde a jaký obor končí, zřejmě úplně nelze. Pokud bychom chtěli mapovat souvislost v historii, je určitě dobré zvolit nějaký mezník. Tím je naší zemi kulturně a geopoliticky nejbližší vývoj ve střední Evropě. S rozvojem možností a blahobytu můžeme spojovat s průmyslovou revolucí. V té době tu již samozřejmě byla problematika závislostí dávno přítomna, ale sociální práce se v té době vázala zejména k církevním zařízením, což byly špitály. Později byly zřizovány špitály měšťanské a nakonec městské (Matoušek aj., 2012).

Do té doby však nelze hovořit o nějaké systematické pomoci osobám trpícím závislostí. Protože tehdejší společnost nepovažovala alkoholismus za nemoc. Závislí končili často ve vězení pro různé delikty. Ve špitálech končili ti, co si přivodili nějakou vážnou nemoc, neměl se o ně kdo starat, a tak se jich obvykle na konci sil ujaly milosrdné sestry. Bylo potřeba si nejprve odpovědět na často kladenou otázku, zda je alkoholové opojení něco, před čím bude někdy v budoucnu nutno se chránit, případně chránit druhé (Skála aj., 1982).

Jak Skála (1998) říkal, lidé, kteří se v té době pohybovali se závislostní problematikou, měli za sebou zřejmě stovky a stovky intoxikací různých intenzit. Později se při práci v Apolinárii vytvořilo důrazné pojmenování, že sama abstinence není cíl, jenom prostředek ke změně životního stylu a způsobu života a zformulovalo se označení pro vážnou intoxikaci, kdy byl dotyčný označen jako „*nebezpečný sobě a svému okolí*“ (Skála, 1998. s. 45).

Významnou inspirací pro Jaroslava Skálu bylo setkání s členy amerických Alcoholics anonymous, spolek Anonymních alkoholiků. Více podrobností o tomto setkání a významu pro léčbu v ČR rozeberu až v následující kapitole, kde se této události věnuji po chronologické ose. Anonymní alkoholici (AA) jsou mezinárodní svépomocná skupina pomáhající sobě i příchozím osobám postiženým závislostí na alkoholu. Organizace datuje své založení k roku 1935 dvěma muži: Billem Wilsonem a Bobem Smithem. Událost se odehrála ve městě Akronu amerického státu Ohio (Alcoholics anonymous, 2017).

1.2 Anonymní alkoholici v USA

Jak AA sami uvádějí (Alcoholics anonymous, 2017), je primárním účelem jejich hnutí pomoci alkoholikům „zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům dosáhnout střízlivosti“. Bill Wilson a Bob Smith, spolu s dalšími zakládajícími členy, vytvořili „Dvanáct kroků“ – duchovní program vývoje každého člena. Protože oba zakládající členové byli křesťané protestantské církve, vytvořili těchto dvanáct kroků po vzoru náboženských pravidel, s podporou vyšší moci, prezentované jako Bůh. Vyšší moc lze však vnímat duchovně velmi univerzálně, a pak 12 kroků může sloužit i lidem bez náboženského zaměření, či orientovaným k jiným náboženstvím, která vnímají transcendentální autority.

AA dle své tradice doporučují, aby členové skupiny zůstávali v anonymitě, nezištně pomáhali ostatním alkoholikům a vyhnuli se oficiálním vztahům s jinými organizacemi. Také radí velmi striktně dodržovat a dbát na hierarchii svých dvanácti kroků (Alcoholics anonymous, 2017).

Podle jejich vzorů následně vzniklo společenství Anonymních narkomanů.

Dle jejich vlastního průzkumu AA bylo v roce 2014 27% členů střízliví kratší dobu než jeden rok, 24% zvládlo 1-5 let střízlivosti, 13% z nich 5-10 let, 14% 10-20 let a 22% členů více než 20 let zůstalo střízlivých. Přesná studie však není známa (Alcoholics anonymous, 2017).

První vnější člen, Florence Rankin, se připojil k AA v březnu 1937, a první neprotestantský člen, římský katolík, se připojil v roce 1939. Členové přicházejí z různých kultur, mají odlišné víry a hodnoty, včetně geopolitických oblastí odolných vůči podobným hnutím. Více než 2 miliony lidí na celém světě jsou členy AA dle údajů z roku 2016 (Alcoholics anonymous, 2017).

Název AA je odvozen od první knihy jeho zakladatele Billa Wilsona, neformálně s názvem „The Big Book“, původně s názvem „Anonymní alkoholici: Příběh jak více než sto mužů se zotavilo z alkoholismu“ (Alcoholics anonymous, 2017).

V České republice je společenství AA od roku 1990 a dnes je zde více než 60 skupin ve 41 městech. V Praze a Brně probíhají mítinky každý den.

1.3 Počátky léčby závislostí v Československu

Problémem alkoholismu se zabývala již nově vzniklá Československá vláda krátce po 1. světové válce vydáním zákona č.86/1922Sb., který mimo jiné zakazoval dnes známé pravidlo podávání alkoholických nápojů osobám do 18 let věku, opilým a podnapilým. Současně měl být zřízen poradní sbor pro boj proti alkoholismu. Bohužel sbor se sešel až v roce 1935 a navíc nevyvíjel žádnou činnost. Jediným, kdo v té době nějakou činnost oficiálně vyvíjel, byl „Československý abstinentní svaz“. Ale ani tento svaz nebyl úspěšný, a to zejména pro svoji „extrémní“ ideu absolutní abstinence, a tak byl nakonec přeřazen pod Československý červený kříž, kde se rovněž pro nezáměr činitelů

z ČSČK neprosadil. A tak další tažení v té době pokračovalo jen na vládní úrovni, a to v podobě normativní. Vznikl například další zákon o potírání alkoholismu č. 87/1948Sb., který v podstatě kopíroval znění předchozího zákona a rozšiřoval jej o zákaz podávání nápoje řidičům motorových vozidel. Dále umožňoval národním výborům omezovat provozní dobu k podávání určitých alkoholických nápojů a umožňoval nařídít povinnou léčbu alkoholikům v protialkoholních poradnách (Skála aj., 1982).

Ještě před vznikem Československa, tedy v období Rakousko-Uherské monarchie, lze na území Čech zaznamenat vyvíjenou praktickou snahu. Na základě potřeby byly zřizovány tzv. ochranné stanice pro opilce. Praktické řešení alkoholové závislosti na našem území se věnovaly ještě o něco dříve, na přelomu 19. a 20. století, nově vznikající protialkoholní spolky v tehdejší C. K. mocnářství. Dle dochovaných záznamů prvním na území Česka vzniknul v Brně. Dalším významným krokem byla 1. léčebna založená v roce 1910 ve Velkých Kunčicích pod Radhoštěm (Skála aj., 1982).

1.4 Poválečný vývoj léčby závislostí v ČR a terapeutické komunity

Velmi významnou osobností byl tehdy v Československé republice psychiatr MUDr. Jaroslav Skála, který se úzce specializoval na léčbu závislosti na alkoholu. V roce 1946, kdy byl vyslán do Bruselu, navázal významné kontakty. Byl inspirován hnutím amerických Anonymních alkoholiků a založil obdobné sdružení začátkem roku 1948 pod názvem KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). Bohužel pro spirituální podtext filosofie sdružení byl nucen tuto činnost po vítězném únoru přerušit (Kazimour, 2016).

Významnou roli v tehdejší době, tedy v letech 1946 až 1952, sehrála Pražská psychiatrická klinika. Psychiatři Roubíček a Knobloch se vrátili ze stáží v Anglii s poznatky o LSD a terapeutické komunitě. MUDr. Skála, který v té době jezdil hodně po světě, se začal více soustředit na léčbu závislostí. 10. září roku 1948 došlo k přesunu protialkoholní oddělení do budovy Apolináře. Zde vzniklo

specializované zařízení léčby závislosti mužů pod vedením MUDr. Skály s padesáti lůžky a intervenční modelová část čítající dvacet lůžek (Skála, 1998).

V roce 1951 zde MUDr. Skála otevřel první záchytnou stanici na světě. Během let 1956 až 1981 vypracoval komplexní systém léčby závislosti na alkoholu a jiných toxických látkách. Jako bývalý nadšený člen Sokola propagoval zejména zdravý životní styl postavený na sportu, zejména běhu, který byl jedním z jeho hlavních činnostních terapeutických programů. Význam zde hrála přirozená tvorba endorfinů, která nahrazuje umělé povzbuzující látky. Mimo jiné se věnoval psychoterapii, a od roku 1968 založil 20 výcvikových komunit (Kazimour, 2016).

Zařízení u Apolináře však nebylo na dlouho jediným zařízením v Československu. Postupně vznikala a někdy i zanikala další. Například v roce 1950 byla v Ostravě otevřena další záchytná stanice v suterénní místnosti, která byla velmi stroze vybavena, a k dovozu podnapilých se využívalo hasičů. Zařízení však nebylo zdravotní, pouze represivní, a tak nakonec došlo ke zrušení v listopadu 1951 (Skála aj., 1982).

V tehdejší Československé republice lze také zaznamenat vznik historicky druhé manželské poradny, a to v Brně 1. 2. 1948, která působila ve společných místnostech s protialkoholní poradnou na policejním ředitelství. Tehdejší zjištění se opíralo o hodnotu 11 % celorepublikového podílu pití alkoholu zodpovědné za rozvrat manželství až s polovinou případů ve vinařských oblastech země. Odborníci se však shodují, že uváděný podíl je oproti tehdejší zkušenosti s „problémovými pijany“ až o 10 % podhodnocen (Novák, 2004, s. 52).

Se závislostí na alkoholu se neléčili jenom muži. V Lojovicích vznikla pobočka Pražské psychiatrické kliniky s protialkoholním oddělením pro ženy, která byla vybavena 32 lůžky a určena pro spádovou oblast Prahy (Skála aj., 1982).

Alternativní a intenzivní formou léčby závislostí jsou v současnosti již dobře zaběhnuté terapeutické komunity. Zpočátku v ČR vznikaly výhradně pod národním zdravotnictvím. Jedno z prvních zařízení komunitního typu

v Československu (a na světě vůbec) vytvořil v roce 1949 Jaroslav Skála právě v nemocnici u Apolináře. Další terapeutická komunita vznikla v Lobči pro pacienty s neurózami pod vedením MUDr. Knoblocha. V letech 1960 až 1970 přibývaly další v Sadské, Brně, Kroměříži, Opavě, Horních Beřkovicích a Dobřanech. Na rozdíl o léčby neuróz a později psychóz, kterým se tyto další zařízení věnovala, soustředil se Skála na metodiku kázně a pořádku, která se v léčbě závislostí prokázala jako dobrá cesta. Život v terapeutické komunitě simuloval náhradní rodinu ve zdravém pojetí. Vedl pacienty k posilování vůle, novým zájmům, dobrým návykům, posilováním zdrojů zdravé euforie, ale i vyrovnávání se s těžkými situacemi a napětím. A to vše bez návratu k alkoholu. Pacienty vystavoval záměrně zvýšené zátěži jak psychické, tak i fyzické, a vedl je k přebírání větší odpovědnosti za svá jednání. Pacienti se učili podílet na spoluutváření svého „osudu“. Tento model přijala mnoho našich zařízení. Bohužel pro léčbu mladistvých a mladších jedinců závislých na drogách a nevyzrálých osobností se tento postup nejevil jako ideální. Mnoho těchto pacientů v léčbě neobstálo. Proto v období 90. let 20. století vznikl nový typ terapeutické komunity v Němčicích, kterou založila PaedDr. Těmínová s dalšími. Cílovou skupinou jsou drogově závislí a inspirace pochází od Daytop a Phoenix House. Principem je dodržování stejných pravidel, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti. Ty si různým způsobem musí zasloužit a udržet. Systém funguje samosprávně a terapeutický tým v hierarchii má sice právo veta, ale na komunitu se přenáší větší odpovědnost, než tomu bylo v Skálově systému (Kalina, 2008, s. 202).

Nově vznikající komunity jsou buď pod patronací neziskových organizací, např. ADVAITA Liberec, nebo vznikly rozšířením zdravotních zařízení, která se začala více přizpůsobovat požadavkům doby, tedy léčbě drogových závislostí a orientovat se více na potřeby mladších pacientů za použití moderních poznatků, např. v Bílé Vodě s šesti různě zaměřenými odděleními. Terapeutický tým komunit sdružuje pracovníky z několika oborů a se zaměřením psychoterapeutickým, speciálně-pedagogickým, lékařským a sociálním (Kalina, 2008, s. 205).

V současné době čelí léčebná zařízení novým výzvám, kterými jsou závislosti navazující na alkoholové, ale mohou být i samostatnou problematikou. Tím je patologické hráčství, které se dynamicky rozvíjí spolu s elektronickými komunikačními technologiemi a závislost na samotných komunikačních technologiích, respektive prvcích, které v sobě přinášejí. Mezi ně můžeme zařadit internet, virtuální hry, sociální sítě a další mobilní aplikace, které už dávno nejsou doménou stolních počítačů, ale přesunuly se do tzv. „chytrých“ mobilních telefonů.

1.5 Léčba závislostí v kontextu sociální práce

Sociální práce jako pomoc, nebo solidarita s lidmi společensky hendikepovanými, je velmi starou záležitostí. Historicky jako součást etiky byla spojena s filosofií náboženskou, a to až do doby průmyslové revoluce. Podpora potřebným byla v kompetenci rodiny, a tam, kde rodina chyběla, zastupovala možnost pomoci církev. V dávném starověku evropské civilizace nebylo myslitelné považovat etické zásady, právo a náboženství za oddělitelné (Matoušek aj., 2007).

Přesuňme se nyní ještě trochu do historie. Po převzetí moci Komunistickou stranou v Československu v roce 1948 byl převzat Sovětský model řízení země nazývaný centrální plánování. To znamená, že všechna odvětví převzal do ruky stát, potažmo Komunistická strana. A to včetně sociální politiky a sociální péče. Soukromý sektor, dobrovolnické spolky, jakož i církevní organizace najednou postrádaly plnění svých úloh. Byly buď úplně zlikvidovány, v rámci tehdejší jednotné politické ideologie, nebo přežívaly v ústraní. Vznikl však zvláštní jev. I přesto, že sociální politika a péče byla plně závislá na státním aparátu, nevěnovala se jí zdaleka taková pozornost jako ostatním odvětvím. Důvodem byl předpoklad materialistické ideologie, že všechny sociální problémy jako chudoba, nezaměstnanost, kriminalita, prostituce, alkoholismus, násilí apod., jsou jen dočasné. Mělo se za to, že jsou to nedostatky související s buržoazně kapitalistickou společností, která se stala minulostí, a problémy s novým zřízením a sociální rovností zmizí. Sociální práce se tak stala „nepotřebnou“ a

nežádoucí disciplínou, která do socialistického zřízení nepatří (Matoušek aj., 2007, s. 140-141).

Člověk závislý na alkoholu, jiných toxických látkách nebo patologickém hráčství, se může léčit ve zdravotnickém, nebo jiném zařízení za předpokladu, že je tzv. objektem sociální politiky. Léčbu v takovém případě hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Pokud taková osoba objektem sociální politiky v případě závislosti není, je např. cizincem, nebo člověkem, který do systému nepřispíval dle pravidel, stává se samoplátcem (Matoušek aj., 2007, s. 160).

Jednotlivec, který se v sociálním systému pohybuje, může být jen opečovávaným nebo stimulovaným. V prvním případě se může snadno stát vězněm sociální pasti, zbaven snahy ke změně a k návratu do samostatného života. V druhém případě je cílem maximalizovat využití jeho vlastních zdrojů a přenést váhu na jeho úsilí a schopnosti seberealizace. Teprve když veškeré pokusy o vrácení do běžného života selžou, nastupuje náhradní péče (Matoušek aj., 2007, s. 161). Podle tohoto vodítka je zřejmé, že i cílem léčby závislostí, a tedy i terapeutického spolupůsobení všech zúčastněných, by měla být podpora sebeaktualizace.

Jako i v jiných odvětvích, i v sociální práci se objevují paradigmatata. Podle Navrátila (2001) se hovoří o třech typech paradigmat, která můžeme sledovat také v linii léčby závislostí. Sociální práce jako terapeutická pomoc si klade za cíl psychické zdraví a pohodu člověka. Smyslem sociální práce je potom terapeutická intervence směřující k podpoře jednotlivců, skupin a komunit, aby se tohoto cíle dosáhlo. Druhé paradigma tvoří význam sociální práce jako reformu společenského prostředí, zaměřuje se na porozumění solidaritě, která přináší lepší možnost určité sociální rovnosti. Posiluje vědomí, že je možné spoluvytvářet dění ve společnosti pozitivním směrem. Pomáhá lépe se orientovat ve světě a být aktivnější v širším společenském měřítku. A nakonec je tu poradenské paradigma sociální práce, což obsahuje, zjednodušeně řečeno, sociálně právní pomoc. Typicky se jedná o úkolově orientovaný typ práce na dílčích záležitostech klienta. V léčebnách je touto prací obvykle pověřen právě sociální pracovník, který pomáhá klientům vyřídit si tzv. existenční záležitosti.

Mnoho pacientů, kteří se do léčby dostanou, mohou být aktuálně bez zázemí, bez prostředků, trestně stíháni, mohou mít nevypořádané dluhy, které jim narůstají, nemají obvykle ani zaměstnání, tedy zdroj příjmu. Pro ně je taková pomoc jedinou příležitostí, jak se dostat ze sociální pasti ven.

Vztah sociální práce přímo navazuje na ostatní disciplíny v léčbě pacienta, například na psychologii a psychoterapii (Matoušek aj., 2007, s. 192). Nepřímo je sociální práce spojována se zdravotnictvím, zejména psychiatrií.

Sociální práce se závislími lidmi pracuje s mnoha teoriemi vycházejícími z psychologických a psychoterapeutických směrů. Za výchozí bod můžeme považovat odpovědnost každého pracovníka, který nějakým způsobem intervenuje do života člověka, potřebuje znalosti určitých vodítek, teorií významných pro sociální práci. Sociální práce je v tomto ohledu multiparadigmatická. To znamená, že nepřevládá žádné pojetí, ale naopak se navzájem jednotlivé přístupy doplňují a podporují (Matoušek aj., 2007, s. 200).

Terapeutické skupiny a komunitně režimový systém léčby podporuje v mnoha ohledech vnímání systému solidarity. Prožitek solidarity v pozitivním smyslu je, když pacient podnikne něco pro komunitu, ta to potom na společném ranním sezení ocení. Například pacient přednáší „samořídící“ program. Pro tuto příležitost si zajistí hudební nástroj, na který zahraje a nabídne komunitě společně nacvičit píseň. Někteří členové komunity se mohou natolik otevřít, že poskytnou své dovednosti, aby program ještě zlepšili. To je příklad pozitivní solidarity.

Na druhou stranu může být podobný model uplatňován k solidaritě záporné. Uvedu na příkladu: Komunita toleruje, že někteří pacienti kouří na záchodě, ačkoliv je to zakázáno, je k tomu vyhrazena místnost kuřárny a všichni pacienti dle pravidel nesou oznamovací povinnost. Dotyčné neupozorní, ani věc neoznámí personálu. Personál toto porušení odhalí a následuje společný trest pro všechny členy komunity, např. zákaz sledování TV ve večerních hodinách.

2 Sociální jevy spojené se závislostí

2.1 Neléčení lidí trpící závislostí

Při úvaze vycházím ze zkušenosti z práce v K-centru a v terénu. Ačkoliv si nízkoprahová zařízení vedou určitou statistiku, která je spojena zejména s výdejem a výměnou HR materiálu, navázáním kontaktů a prováděním případných následných služeb, jejichž vrcholem je případová studie, je zřejmé, že existuje určitý proměnný počet klientů, kteří nevyužívají služeb nijak pravidelně, neprošli žádnou léčbou a pohybují se docela volně.

Pravděpodobnost, že tito lidé nejsou a nebudou dostatečně vyšetřeni a diagnostikováni, tedy ani léčeni, je poměrně vysoká a to nejčastěji z několika důvodů:

- síť zdravotních zařízení je nezachytí (sebepoškozující či ohrožující faktor není zaznamenán)
- klienti vnímají silný odpor a stigmatizaci ze strany společnosti jako nevýhodnou, ohrožující
- svoji osobní představu o svobodě si nedokáží spojit dlouhodobým seberozvojem
- sebepoškozování příliš nevnímají, či jej zatím převyšují pocity zisku než ztráty
- dosud se nestřetli s fatálním zážitkem, významným k vytvoření motivace, či jej nevyužili

Obvykle se jedná o lidi závislé na drogách, alkoholu, mnohdy kombinované duální poruchou bez rodinného zázemí. Můžeme je najít na ulicích, v parcích, žijí ve squatech, stahují se do větších měst, kde vyhledávají anonymitu a vnímají možnost získání nějaké obživy či nějaké příležitosti k lepší prosperitě. Takováto představa je často utvářena závislostním chováním, očekáváním, že „se o mě

nakonec někdo postará, nějak to dopadne, vždy mi někdo pomohl“. Nebo naopak, „nikdo mi nemůže pomoci, pomoci si musím sám, cizí pomoc odmítám, protože druhým nelze věřit“. Tato schémata si přinesli získáním životní zkušenosti a nemají tušení, že by existovala jiná možnost. Čím více se však pomoci vyhýbají, ztrácejí zdravé sociální vazby, více se upínají na informace z nezdravého patologického prostředí, a jejich možnosti se úží. Falešná prostá očekávání zásahu vyšší moci již mnoho lidí zavedlo do záhuby (Frankl, 1998).

V článku Lee a Petersena (2008), kteří provedli kvalitativní rozhovor s 50 uživateli drog bez domova, se dozvídáme více o přehlížení této cílové skupiny. Zdá se, že tito lidé jsou často vnímáni jako ti, kteří „dělají potíže“, než jako ti, kteří „jsou v potížích“. Bohužel není výjimkou, že tyto předsudky se objevují i u zdravotnického personálu v léčbě. Proto je podle této studie klíčové, aby především v nízkoprahových zařízeních klienti zažili přijetí, bez odsouzení a další stigmatizace. Konkrétně mluví o potřebě přijetí, vytvoření bezpečného prostředí, zlidštění jejich situace, nabídnutí vztahu, který bude funkční pro klienta, a vytvoření programu, který bude sloužit potřebám klienta.

Možnost obživy už prakticky nenacházejí v přirozených způsobech, ale uchylují se zcela jednoznačně k patologickým formám, jako je žebrání, sběr a kriminální činnost. Tato cesta se stává s přibývajícím časem osvědčenou a univerzální.

S tím samozřejmě vzniká celá řada obtíží, počínaje téměř trvalými frustracemi, ztrátou naplňování základních lidských potřeb, strádáním psychickým i fyzickým, zejména ztráty lidské důstojnosti. Vnímání pohledu společnosti typu “můžeš si za to sám, tak nepřekázej” navíc ještě graduje, tak, že jej daný člověk sice přijme časem za vlastní, ale nestane se jím negativní motivací ke změně, nýbrž se jej naučí využívat u soucitných lidí, jako jeden z osvědčených prostředků obživy, či finančních prostředků k získání dávky, či alkoholu. Charakteristickým rysem je ztráta dovednosti kooperace, veškerého smyslu po životě a chuť jeho hledání, síly po změně. Jediných východiskem se stává touha po trvalé intoxikaci, která je již nezbytná.

Kromě kriminality, jak jsem sám zjistil ze své praxe v K-centru, tvoří další velké úskalí choroby vznikající z nedostatečné hygieny spojené s onemocněními plynoucími z nadužívání toxických látek, nechráněným sexem kombinovaným s promiskuitou, či výměnou materiálu mezi sebou. Jedná se zejména o různé varianty hepatitidy, HIV infekce, kožní, cévní, zažívací nemoci, cukrovku, poškození chrupu, ale i neurologická poškození. Často se objevují i různé zlomeniny způsobené ztrátou koordinace při intoxikaci, nebo devastující zranění způsobená vzájemným fyzickým napadením, obvykle pro maličkosti, neshody a drobné krádeže mezi sebou. Surovost při takovýchto jednáních je pro zdravého člověka často nepochopitelná. Velkým rizikem pro společnost je tedy přenos nakažlivých nemocí.

Dalším rizikem těchto lidí je pro ně samotné, že bývají dosti často terčem zneužívání. Mohou sloužit jako bílí koně. Zejména mladší muži mohou sklouznout k prostituci. Starší lidé bývají terčem různých sadisticky orientovaných extremistů, kteří si na nich zkoušejí svoji sílu a “bojové dovednosti”, případně ukájejí své sadistické touhy.

Mnohdy je tedy tato problematika velmi úzce spojena s bezdomovectvím. Samostatnou kapitolou jsou mladiství lidé ve věkové kategorii do 15 let, a poté od 15 do 18 let.

2.2 Léčení lidé se zápornou či nedostatečnou zkušeností

Léčebná síť zaměřená na závislostní problematiku se v České republice, vzhledem k její rozloze a hustotě obyvatel, může jevit jako dostatečná. I přes velké množství lidí, kteří se do léčby nějakým způsobem zapojí, jich mnoho léčbu přeruší, či se k ní nehodlá dobrovolně vrátit. Příčin může být mnoho.

Jedním ze základních důvodů, který se vyskytuje u prvoléčby, drogově závislých a převážně mladistvých pacientů, je odmítání cizí pomoci. Lze také vnímat odpor

k instituci, a také to, co režimovou léčbu provází. To jsou tedy různá omezení a pravidla, která pro člověka, který do té doby udržoval jen minimální či žádný režim, bývají jen velmi obtížně akceptovatelná. Takové zážitky jsou pro něj nepříjemné a neposkytují žádný smysluplný nebo přijatelný směr, kam by se chtěl, nebo mohl ubírat (Frankl, 1996).

Dalším důvodem je rozdílné prožívání. Zážitky, například získané na drogách, jsou příjemné, a užívání ještě nedospělo do fáze, kdy uživatel bojuje o zachování normálního stavu a stále si bere drogu jenom pro radost.

Lze tedy říci, že pokud se ve vztahu v léčbě nevytvoří dostatečné pole důvěry v přínos, což není nic jiného než uvědomělé prožívání pozitivní zkušenosti, může převládnout odpor a klient možnost léčby volí jako jeden z posledních způsobů řešení svých potíží. Obvykle se do léčby dostává nedobrovolně, posbírán někde z ulice, či je na něj přivolána záchranka a policie, neboť se chová výrazně společensky nepřístojně (např. pokřikuje, obtěžuje, pobíhá bez oděvu).

To však neplatí jednoznačně kategoricky, ale je to pouze jednou z možných variant přístupu související s řadou podmínek zafixovaných osobní zkušeností, přenesenou z dětství a posílenou v průběhu života. Více o tomto tématu hovořím v kapitole Motivace.

Pokud si klient prošel pouze začátkem léčby, detoxifikační částí, může se stát, a je tomu poměrně často, že zažívá nejtěžší období léčby. Jak sami klienti na skupinách uvádějí, pamatují si nejčastěji tyto negativní zážitky: odvykací stav, pobyt v uzavřeném zařízení strohého vzhledu (holé stěny, mříže, pásy pro omezení pohybu, „ústavní“ pyžamo), nevlídná společenská atmosféra (spolupacienti v různých stavech odvykání, halucinující, neklidní, agresivní), případně vnímání chování personálu (odměřený, přísný, neindividuální přístup, kategorizující, přepracovaný), nedostatek nikotinu (v případě kuřáků), kávy, a jiných stimulantů, nedostupnost komunikačních kanálů (styk s veřejností, mobilní telefony a internet, TV a média), a podobně.

V této fázi bývá mnoho pacientů nejpříjemnějších, protože dochází velmi často k

sebezpytování (bolestná zkušenost) a jeví se nejvyšší šance využití negativní motivace. Na druhou stranu se u mnoha pacientů dostavuje odpor k zařízení a touha po úniku z “nepříjemné” situace. Nechtějí si dopřát čas, domnívají se, že tak “příšerné” to bude i nadále, ne-li horší. Pokud v této fázi z léčby odejdou (nejčastěji formou negativního reverzu), odcházejí s negativní zkušeností, která je pro ně pro tuto a další chvíle jedinou. Tento prožitek mohou následně velmi úspěšně šířit v komunitě spoluzávislých osob.

Jak ukazuje i studie Bermana a kolektivu (2008), je odchod z léčby v části detoxifikace velmi častý – uvádí se čísla mezi 30 a 40 %. Kromě rizikových faktorů na straně klienta (např. mladší věk a komorbidity) při vypadnutí z léčby (z anglického slova „drop-out“) hrají důležitou roli i faktory na straně zařízení. Především pak nedostatečné plánování léčby ze strany personálu, kdy pacientovi nejsou vysvětleny další kroky léčby, ani to, jak dlouhá bude náročná detoxifikační část a co ho dále v léčbě čeká. Dalším rizikovým faktorem pro odchod z léčby je fakt, že pacienti sami nemohou participovat na svém léčebném programu. Jedním z dalších podceňovaných kroků je správné nastavení farmakologické léčby v těžké fázi odvykání, ať už ve formě mírnění abstinčních příznaků, či podáváním substituční léčby. Posledním důležitým vlivem na předčasný odchod z léčby je podle Bermana a kolektivu (2008) častý chladný přístup v detoxifikační části léčby. Na místě by měla být naopak velká snaha o vytvoření brzké pracovní aliance nejen s terapeutu a lékaři, ale také se sociálními pracovníky.

2.3 Příčiny a důsledky závislosti v sociálním kontextu

Příčin vzniku závislostí může být mnoho. Jednu z hlavních lze hledat v rodinných základech jedince. *“Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot a jejich preference a ty*

ovlivňují chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.” říká Fischer a Škoda (2014, s. 155-156), a dále poukazují, že: *“V některých případech se rodina může stát sama o sobě zátěží. Může se tak stát i zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů”* (dysfunkce spojená až s psychickou deprivací, problém anomálních osobností rodičů, problém úplnosti rodiny a problém týraného dítěte se syndromem CAN). Takové problémy považujeme za poruchy rodičovské role (Fischer a Škoda, 2014, s. 155-156).

Moje vlastní zkušenost při práci v kontaktním centru vyústila v rozlišení těchto kategorií zázemí klientů:

- oběti až krutého týrání (již zmíněný CAN syndrom)
- život ve skleníku (hyperprotektivní rodič, či rodiče, častěji matka, otec pasivní)
- život v luxusu (dítě zahrnuté hmotnými požitky)
- život bez dostatečných podnětů (rodiče zaneprázdnění, dítěti se nevěnují přímo)

Rozdělení do těchto kategorií nelze očekávat v bezpodmínečně oddělené formě, faktory se kombinují v různém rozsahu.

3 Společné cíle léčby ze strany společnosti a klientů

3.1 Zamezení kriminalitě a delikvenci

Se zneužíváním drog je úzce spjata kriminalita. Nejedna trestný čin byl spáchán pod vlivem alkoholu nebo jiné drogy. Za další důvody, proč dochází ke kriminální činnosti, lze považovat potřebu získat prostředky na nákup drog, případně zapojit se do jejich nedovolené výroby a distribuce. Jindy jde o vloupání do lékáren, nebo falšování receptů. Pod vlivem drog nejsou neobvyklé ani sebevražedné tendence a sebevraždy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Vzhledem k vysokému stupni společenské nebezpečnosti si zcela pochopitelně tyto sociálně patologické jevy dlouhodobě nutí zvýšenou pozornost většiny jejich členů. Pozornost je soustředěna na racionální řešení tohoto problému. K tomu patří jednak ochrana společnosti, dále ale také způsob a cíl zacházení s pachateli kriminálních deliktů. Na otázku kriminality se zaměřuje celá řada vědních disciplín, na řešení se podílí množství různých odborníků. Obecný cíl všech, kteří se na řešení podílejí, spočívá ve snaze o dosažení změn. Kladou si za cíl svými specifickými postupy dosáhnout korekce ve vzorcích chování, které s uvedenými jevy souvisejí, do sociálně žádoucí nebo alespoň přijatelné formy. Pokud je to možné, pak takovým způsobem, aby byla změna, pokud možno trvalá (Fischer a Škoda, 2014).

3.2 Ochrana dětí a mládeže

U dětí, které nemají pevná a klidná zázemí v rodinách, dochází velmi často k zvýšenému nebezpečí vyhledávání si alternativního společenství. Problematika se netýká jen dětí, které pocházejí z problematičtějšího zázemí. I děti, které vyrůstají poměrně v harmonických rodinách, se potýkají s potřebou vyrovnat se

a obstát mezi svými „zkušenějšími“ vrstevníky, aby byly společenstvím přijaty a ne odmítnuty. Podmínky pro takové přijetí mohou být různé. Od používané mluvy, chování, úpravě zevnějšku, oblékání, vztahu k hudbě, a konečně také k návykovým látkám od cigaret, k alkoholu a drogám (Martínek, 2015, s. 119).

Patologické chování mládeže začíná velmi nenápadně. Zapojování se do různých skupin, partiček, bez aktivních koníčků a zájmů, které později tvoří gangy, se postupně vydělují od společenského chování, navzájem se ovlivňují v neprospěšné činnosti. K tomu se obvykle přidává absence ve školní docházce a postupně se členové navzájem manipulují až ke kriminální činnosti (Martínek, 2015, s. 119-120).

Drogová politika v ČR se drží v mezinárodním měřítku středního proudu. Cíle, o které usiluje, můžeme považovat za racionální a dosažitelné. Nepředpokládá společnost bez drog, ale naopak ani volnou ruku braní a obchodování. Pracuje se čtyřmi základními pilíři: primární prevencí, snižováním rizik, léčbou závislostí spolu s resocializací a vymáhání práva. Podle dostupných a ověřitelných informací lze považovat současný trend v užívání drog za rostoucí. Bohužel spolu s tím zaznamenáváme klesající věkovou hranici. To má za následek nárůst kriminality mládeže. Trendu nahrává zvědavost, která vede k experimentování s drogami. To je také nejčastějším motivem k prvnímu užití. Velký vliv, jak se ukazuje, mají osobnostní a situační charakteristiky. Užívání drog mladistvými je významným nebezpečím pro budoucí vývoj společnosti s ohledem na spojenou kriminální činnost, která není jen majetkové povahy. Mnohdy se na ni váže i násilná trestná činnost. Můžeme si povšimnout tří základních skupin osob, které v souvislosti se zneužíváním drog páchají trestnou činností. V první skupině se objevují přímo osoby, které páchají trestnou činností. Obvykle drogy samy vyrábějí, nebo se podílejí na jejich distribuci. Menší část této skupiny drogy prodává jen pro to, aby si mohli opatřit dávku. Většina prodej používá k obživě a obohacování se. Druhou skupinu tvoří toxikomani, kteří páchají trestnou činností jen pro to, že užívají drogy. Obvykle se podílejí na majetkové trestné činnosti, též označované jako „opatřovací“, za účelem získání prostředků na pořízení drogy. V poslední skupině se vyskytují pachatelé, kteří zneužívají druhé osoby chorobně

závislé na drogách, což mohou být například tzv. pasáci, kteří dívkám, které nutí k prostituci, sami obvykle drogu poskytují a používají její dávkování jako donucovací prostředek (Matoušková, 2013, s. 34-35).

3.3 Ochrana zdraví

Návykové nemoci neboli návykové poruchy, anglicky addictive disorders, jsou takové poruchy, které vyvolávají zdraví škodlivé látky, zejména alkohol a drogy. Návykovou nemocí mohou být také zdraví škodlivé návyky, jako třeba v případě patologického hráčství (Raboch aj., 2012, s. 208).

Jak uvádí Raboch a kolektiv (2012, s. 208) „podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek“.

Přímý dopad na zdraví jedince mohou mít dvě varianty problematiky. První je akutní intoxikace, přicházející bezprostředně po požití psychoaktivní látky, kdy jde o přechodný stav netrvajících obvykle déle než několik hodin. Míra intoxikace je úměrná požitému množství, druhu látky a schopnosti tolerance uživatele. Druhou variantou je škodlivé užívání. Jeho důsledkem je odpovídající míra zdravotního poškození jak v oblasti somatické (HIV, hepatitidy a jiné infekce) tak i v oblasti psychické (úzkosti, deprese, psychotické a suicidální stavy, apod.) (Raboch aj., 2012, s. 208).

Nešpor hovoří o syndromu závislosti jako o skupině fenoménů, v nichž jedna látka nebo jejich soubor má pro pacienta vyšší význam než jiné jednání, kterého si v minulosti cenil. Diagnóza závislosti se určuje, jestliže během roku došlo ke třem a více jevům z následující tabulky (2011, s. 9-10).

Tab. č. 1 Diagnostika závislosti pomocí 6 bodů

1.	Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
2.	Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
3.	Tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky (někdy je používána jiná látka s podobnými účinky)
4.	Průkazná změna tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného menšími dávkami (typickým příkladem je uživatel, který bere takové denní množství látky, které by zneschopnilo, či usmrtilo jiného člověka bez této tolerance)
5.	Postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času a úsilí k získání nebo užívání látky, nebo zotavení z jejího účinku
6.	Pokračování v užívání přes zjevný důkaz škodlivosti následků: poškození jater, poškození chrupu a pokožky, depresivní stavy, toxické psychózy, apod.

Zdroj: Nešpor, 2011, s. 10

3.4 Škodlivé užívání a potíže v sociální oblasti

Co je škodlivé užívání a kdy už se jedná o závislost? Podle odborníků Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je bezpečným množstvím asi 20 g 100% lihu, což se dá srovnat s ½ litru 12° piva nebo 2 dcl vína. Požití většího množství neznamená automaticky závislost, ale každá taková opakovaná zkušenost riziko závislosti zvyšuje (Nešpor, 2006).

Co je tedy škodlivé užívání? Jedna z možných starších definic závislosti na alkoholu podmiňuje jeho požívání takovou měrou, kdy dochází k vytváření trvajících problémů v některé z oblastí života. Tato definice se již pro určení závislosti nepoužívá, můžeme ji však použít jako laické měřítko škodlivého

užívání. Můžeme tedy škodlivé užívání shrnout do prosté úvahy: Jestliže něco užívám a škodí mi to v jakékoliv oblasti, může se jednat o škodlivé užívání. Je zde totiž nebezpečí, že nám praktický lékař předepíše nějaké léky na bolest, které však mohou být návykové. Závislost na lécích, zejména benzodiazepinech, patří k nejproblematičtějším z pohledu léčby a tvoří se poměrně krátce již v průběhu 2 měsíců užívání (Nešpor, 2006).

Rizika v sociální oblasti lze rozdělit na podskupiny: Vztahy k druhým lidem, finance, životní styl a práci (Nešpor, 2006). Podívejme se na tyto skupiny nyní podrobně:

- **Vztahy:** k druhým lidem: Hádky kvůli pití v rodině, problémy se sousedy a širším okolím, výmluvy, napětí ve vztazích, nedůvěra ze strany druhých lidí, člověk se dostává do role černé ovce (vždy to je on, kdo je považován za špatného), pocity provinilosti vůči druhým lidem, nesoustavnost ve výchově dětí, střídání náklonnosti a nezájmu o ně, zanedbávání rodiny, násilí v rodině, odcizení partnera, hromadění neřešených problémů v mezilidských vztazích, vyšší riziko rozvodů. Lidé pod vlivem alkoholu jsou častěji zneužíváni druhými, přepadáni, okrádáni, vydírání. Osamělost. Nerozvážné jednání vůči druhým, kterého pak člověk lituje. Lidé pod vlivem alkoholu se častěji dopouštějí zejména násilných trestných činů a také se častěji stávají jejich oběťmi.

- **Finance:** Ztráty peněz vydaných za alkohol, ušlý zisk v důsledku nižší pracovní výkonnosti, vyšší nemocnost, výdaje v souvislosti s úrazy, krádežemi, požáry a nehody pod vlivem alkoholu. Investice do alkoholu jsou nevratné (jinak investované peníze by mohly přinést užitek nebo zisk). Nerozvážné výdaje pod vlivem alkoholu, nevýhodné obchody, zbytečné nákupy. Prodej věcí pod cenou pod vlivem alkoholu, nebo pro jeho získání.

- **Životní styl:** Chudý životní styl (práce - hospoda - práce - hospoda ...), uzavírá se světu a druhým, nedostatek času a peněz na lepší věci, zanedbávání péče o zevnějšek, někdy i trpí hygiena, pití přináší z dlouhodobého hlediska utrpení.

- **Práce:** Větší riziko pracovních úrazů, častější pracovní neschopnost, pokles výkonu, někdy vykonává člověk kvůli pití práci hluboko pod své možnosti a svoji kvalifikaci. Pozdní příchody, absence, dovolená vybíraná po dnech k zakrývání svého pití, nižší příjmy, oslabená prestiž v zaměstnání. Při recidivě se obtížně hledá kvalitní práce. Riziko chybných úkonů a propuštění, zhoršení vztahů na pracovišti, výčitky a skryté nebo zjevné napětí ve vztazích (Nešpor, 2006).

Souhrn v těchto podskupinách neplatí jen pro závislost na alkoholu, ale i pro drogové závislosti, a je do určité míry poplatný i pro některé typy dalších závislostí, např. hazardních hrách.

Jak je vidno, dopad se nepřímou i přímo dotýká dalších osob, které jsou spojeny s člověkem závislosti trpícím. V přímém kontextu nejvíce trpí rodina a partneři. V dalším řádu a již nepřímou na společnost, která může být ohrožena přímo fyzicky, nebo nepřímou například daňovou zátěží ve veřejných financích. Problematika sama nevymizí a je potřeba se jí věnovat. Z průběžných výzkumů se stále jako nejúčinnější forma potvrzuje prevence.

4 Motivace

4.1 Úloha motivace v přímé terapeutické a sociální práci s klienty

Hledání motivace úzce souvisí se změnou, ke které se pacient chystá. Potíž spočívá v tom, že pacient sám netuší, jak hodně do své osobnosti bude muset zasáhnout, jaká oběť je procesem vyžadována. Jakmile získá většinu základních informací a je postaven před úkol v jeho plné barvitosti, je vystaven nemalému stresu. Určitá část pacientů to tedy vzdává již na startu a z léčby uteče anebo nastoupí do pozice mrtvého brouka, v domnění, že to nějak přečká, a pak se uvidí. Motivace ke změně pochází od vnitřních zdrojů člověka. K uskutečnění takového procesu je potřeba několik základní fragmentů auto sanačního potenciálu. Jedná se o: důvěru, schopnost snášet frustraci či utrpení, schopnost vytvoření vztahu. Jsou-li tyto předpoklady splněny, je možné se vydat na cestu, kdy půjde o komunikaci v dialogu nejenom s okolím, ale i sama se sebou (Kalina aj., 2008, s. 66).

Motivace ke změně znamená soustředění veškeré energie na proces změny, potlačení a pozdvižení některých aktivit v životě člověka za určitým konkrétním cílem. V tomto procesu hraje nemalou roli porovnání zisku a ztrát. Způsob nahlížení a vnímání skutečnosti se však s časem dotváří (Kalina aj., 2008, s. 122). Nešpor (2011, s. 59) ve svém grafu ukazuje, v jakém postoji je pacient před léčbou a jak u něho probíhá proces spontánní změny motivace. Všimněme si, že poslední stadium Recidiva uzavírá kruh a vrací pacienta na začátek. Je tedy důležité zakotvit v předposledním stadiu Udržování. Zde pomáhají doléčovací metody, které ovšem pacienti velmi často podceňují.

Obr. č. 1 Graf, který ukazuje spontánní změnu motivace.

	Nestojí o změnu (chce pokračovat v návykovém chování)	
Recidiva (návykové chování) 		Rozhodování (váhá, zda se změnit) 
Udržování (udržuje si dobrý stav)		Rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)
	Jednání (uskutečňuje změnu)	

Zdroj: Nešpor (2011, s. 59)

4.2 Cíle motivačního rozhovoru

Jak uvádí Kalina a kolektiv (2008, s. 122), primárním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn v různých aspektech života, vedoucí zejména ke změně životního stylu. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti celkového zdraví (tělesného i mentálního), sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací, vztahu k policii, soudům a jiným institucím. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problému. Hledání cílů a označování problémů by měl určovat klient, přičemž terapeut (poradce, konzultant, kontaktní pracovník) by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení.

Terapeut klienta při práci informuje o etických aspektech, neboť vždy se nějakým způsobem dotýká jeho práv v rámci intervence, což při práci s motivací

může nastat. Klienti často přicházejí ve stavu na pokraji sil a jde o práci s emocemi. Klienti bývají velmi zranitelní, zvláště na samém počátku ještě v detoxifikační zařízení, nebo i v jiných životních situacích, v kterých se mohou nacházet (VODÁČKOVÁ, aj., 2012).

Úkolem terapeuta je rovněž využívat otevřená bolestná témata, různé životní utrpení a obtížné zkušenosti klienta k hledání nového postoje. Pátrat po způsobu, jak dát těmto zatěžujícím věcem smysl, protože právě tyto prožitky jsou skutečné a mohou být velmi cenné. Některé významné změny ani bez utrpení poznat nelze, tak proč hledat nové, když lze využít již to prožité (Frankl, 2006a).

Terapeut podporuje klienta v sebezvoji, posiluje jeho rozhodování, odpovědnost, sebevědomí a dohlíží na reálnost jeho cílů. Cíl by měl být určitý a jasný. Terapeut tedy přispívá k projasňování a vede klienta k definování a ohraničení cíle. Pro klienta může být někdy velmi obtížné ujmout se úkolů jisté transcendence ve smyslu změny z pouhého diváka svého neradostného života do jeho tvůrce (Patočka, 1996).

„Prochaska a DiClemente popsali v 90. letech model pěti stádií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny“ (cit. dle Kaliny aj., 2008, s. 123):

1. **Prekontenplace** – předléčebné stádium, kdy klient své závislostní užívání nepovažuje za škodlivé. Pokud už je schopen problém označit, obvykle jej externalizuje (označuje za příčinu svých obtíží okolní svět). Motivační rozhovor může poukazovat na rozpory a chybné úsudky v jeho úvahách. Jedná se spíše o zobrazování škod, které jemu a okolí jeho užívání způsobilo.
2. **Kontenplace** – v této fázi si již je klient schopen dát některé provázející problematiky svého nezdravého užívání do souvislosti. V rozhovoru lze posílit uvědomění a naději, že zastavení páchání dalších škod je možné.
3. **Rozhodnutí** – klient si uvědomuje ztráty, přímý dopad a ohrožení a rozhoduje se pro změnu, zatím však neví, co by přesně měl

podniknout. V této etapě je klient ochoten přistoupit na léčbu, nebo pokud se v ní ocitl bez svého původního záměru, může využít nabídky v léčbě setrvat. Zde je možné začít sestavovat základní plán, vytvořit zakázku, kterou si klient za podpory terapeuta vytváří sám.

4. **Jednání** – zde dochází k prvnímu naplňování klientem stanovené zakázky. Důležité je, aby si klient uvědomil své byt' i nepatrné úspěchy a začal více využívat svých možností.
5. **Udržování** – klient je připravován na život po léčbě, v abstinenci. Plánuje si doléčovací program, který si již v předchozí části vyzkoušel. Dochází k odpoutání.
6. **Relaps** – selhání klienta ho může dovést opět na začátek, kdy nestojí o změnu. Důležité je užívání co nejdříve zastavit. Relaps však může být i přínosem jako zkušenost přinášející klientovi pochopení, pokoru a zvláště respekt, že kontrolované užívání pro něj není možné.

4.3 Techniky a nástroje motivačního rozhovoru

„Podle Bella a Rollnicka a Millera a Rollnicka se aktivní složky motivačního rozhovoru popisují akronymem FRAMES“ (cit. dle Kaliny aj., 2008, s. 125):

F (feedback) – poskytování zpětné vazby (cit. dle Kaliny a kol., 2008, s. 125).

R (responsibility) – odpovědnost klienta za rozhodnutí o změně

A (advice) – poskytování jasných a objektivních rad

M (menu) – nabídka možností změn a různých strategií

E (empathy) – s empatií poskytované informace

S (self-efficacy) – podpora klientovy sebedůvěry své situace účinně zvládat

„Bell a Rollnick a Miller a Rollnick popisují pět hlavních technik vedení motivačního tréninku“ (cit. dle Kaliny aj., 2008, s. 125) :

1. **Vyjádření empatie** – znamená dát klientovi najevo, že mu rozumíme, akceptujeme jej, ale při tom nemusíme se vším, co říká, souhlasit. Rozpory

přijímáme jako normální, čímž snižujeme napětí a případný odpor ze strany klienta.

2. **Vytváření rozporu** – pracujeme s rozpory, které klient vnímá mezi svým chováním a cíli. Pracujeme s napětím, které klient pociťuje při popisu svého chování.
3. **Vyhýbání se sporu** – spory bývají zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace, proto přesvědčování logickými argumenty, včetně nálepkování klienta „alkoholik“, „feťák“ (které je však v léčbě významné, pokud jej učiní klient sám) může tyto spory vyvolávat. Je dobré se předem těmito situacím vyvarovat.
4. **Práce s odporem** – patří k nejdůležitějším prvkům motivačních rozhovorů. Odpor může vznikat z různých příčin, od nedobrovolnosti, ke špatným zkušenostem z předchozích léceb, až po nenaplněná přehnaná očekávání. Na místo konfrontace je dobré použít naslouchání, parafrázování směřující k pocitům, přeinterpretování, prozkoumání problému v celé šíři kontextu. Odpor může dobře označovat, kde se klient v terapii právě nachází.
5. **Podpora sebedůvěry** – klient zažívá těžkost za převzetí odpovědnosti ke změně, strach z překážek, které budou se změnou souviset, a tak může vydatně pomoci terapeutova podpora jeho důvěry ve vlastní schopnosti.

Výsledkem motivační spolupráce nemůže být přímá pomoc pacientovi ke změně jako taková, ale k oživení jeho schopnosti ptát se po smyslu, proč dělat právě to či ono, a jak to pro jeho další kvalitu života může být dobré. Jak to, co právě dělá, uvádí k životu a jeho vůli ke smyslu nadále samostatně posilovat (Frankl, 2006b).

5 Důvěra a podpora

5.1 Úzkost, strach a naděje

Úzkost a strach jsou emočními ději provázející celý náš duševní život. Pacient, který přichází do léčby, má jistá pozitivní očekávání, ale na druhou stranu prožívá strach ze změny, která vždy přináší nějakou nejistotu. Byť je cílem změna k lepšímu, je zde prožívání šedé až černé přítomnosti, vytržení z cesty, kterou znal. Úzkost i strach jsou emoce, jejichž význam je v zásadě pozitivní, protože plní funkci naší ochrany. Jejich hodnota je však pozitivní jedině tehdy, pokud jsou pro nás srozumitelné a zvládnutelné. Pokud tomu tak není a jejich intenzita je dlouhodobě překročena, stávají se pro nás utrpením a zdrojem případných dalších zdravotních obtíží (Vymětal aj., 2007, s. 21-23). Pacient v takovém emočním rozpoložení podává žádost o revers a odchází předčasně z léčby.

Pacienti, kteří do léčby přicházejí, trpí obvykle pocity zoufalství, viny a beznaděje. Proto v jakékoliv psychoterapii platí nutnost orientace na dodávání a udržování naděje. Naděje není nutná jen k tomu, aby klient v léčbě vydržel, ale také pro to, že víra v účinnost terapeutického procesu je už sama jedním ze základních terapeutických faktorů nezbytných pro další úspěch (Yalom, 2007, s. 24). I když jsou sociální zvyklosti pacienta velmi roztroušené a často trpí poruchou osobnosti, přesto má jaksi za své, že je autonomní bytostí, která se o sebe musí dokázat postarat sama. Z mé vlastní praxe se mi zdá, že pro pacienty bývá velmi těžké na počátku přijmout cizí pomoc, pokud není jím přesně vyžadována. To, že se v léčbě objevil, a třeba i poskytl písemný souhlas, ještě neznamená, že je psychicky dostatečně připraven a otevřen. Celou nabízenou podporu za definovaných podmínek režimového principu tak dokáže řada pacientů nějaký čas přetrpět, zadržovat svoje pocity a pak v návalu jejich uvolnění žádat o okamžité propuštění z léčby. Obvykle režimově nastavené hranice nepochopili, nepřijali a nemají tedy v systému potřebnou důvěru. Celou věc často ještě komplikují jejich spouštěče a bažení, které mohou prožívat v různé intenzitě.

Těmito prožitky nejčastěji trpí nováčkové v první léčbě, nebo ti, kteří ještě žádnou z léceb řádně nedokončili a utekli dříve, než se jich mohl dotknout pocit smyslu léčby. Pacienti na začátku léčby mají v hlavě zmatek a očekávají rychlou úlevu, která nepřichází. Pomoci jim může rozhovor s terapeutem a také zkušenější spolupacienti, kteří již nějakou léčbu úspěšně prodělali a dokázali po určitém významnější dobu abstinovat.

Mnoho svépomocných skupin funguje na principu sdílení podobných peripetií a pomoc naděje zde přichází v podobě porozumění. Klient také na začátku testuje, jak skupina přijímá to, co jí sděluje, nakolik může být otevřený a co skupina snese, než jej bude „kritizovat“, nebo jinak nepříjemně reflektovat. Pro klienty je velmi přínosné, pokud je v jejich blízkosti někdo, kdo byl na tom například kdysi podobně špatně a nakonec dokázal poměrně dlouhou dobu abstinovat (Yalom, 2007).

Dalším důležitým faktorem je porozumění procesu léčby.

5.2 Porozumění procesu léčby prožitkem

Pacienti zejména v první léčbě očekávají hlavní účinek léčby zvenčí. Pro to je terapeutovým úkolem ve skupině v první řadě přeorientovat nově příchozí pacienty na dění teď a tady. Odvede skupinu od povrchních diskuzí o okolním světě k mikrosvětlu uvnitř skupiny, ke vzájemným vztahům, které zde působí. O to se s ním obvykle podělí zkušenější pacienti, kteří již dokáží na nováčky v tomto směru aktivně, či pasivně působit.

Sami si dokáží již dopřát čas v naslouchání, pokládání otázek na důležité momenty spojených s jejich zkušeností a dokáží reagovat i povzbudivě. Tímto vzájemným působením se mohou účastníkům otevírat nové způsoby prožitků, jsoucna, která, pokud by pobývali mimo skupinu, byla by jim skryta. Dopřávají si vzájemně odvahy na sebe působit a zažívají úlevný pocit již ze samé autentické přítomnosti. Nemusí jít tedy nutně o nějaké tajemné odhalení se, ale hlavně o jiný

způsob zažívání, který by si jinak, jinde a za jiných okolností nemohl dopřát (Heidegger, 2002).

Pacienti takový pocit na ranní komunitě obvykle popisují jako úlevu z povědí, ale je viditelné, že sami mnohdy nedokáží pocity popsat, je však z jejich projevu patrná skutečně zažitá radost. Svůj prožitek si spojují s terapií v léčbě, kterou mohou nadále již s vyšší důvěrou přijímat. Zájem pacientů dále roste do té míry, že se stávají aktivnějšími, vyhledávají příležitost k další terapeutické práci na sobě a dokáží do určité míry významně podpořit i další spolupacienty.

5.3 Obranné mechanismy

Ačkoliv jsou obranné mechanismy pro přežití člověka důležité, setkáváme se s nimi u pacientů v léčbě závislostí poměrně často. Jejich nebezpečí v rozvoji osobnosti leží v četnosti použití, kdy postupně nahrazují reálná řešení (Říčan, 2010, s. 143). Na druhou stranu, pokud terapeut obranné mechanismy zaznamená, může takovou situaci terapeuticky využít.

Základním obranným mechanismem, který se projevuje u pacientů v léčbě závislostí, je odpor k režimu a terapeutickým skupinám. Projevuje se nechutí ke všemu významnému, co léčba obnáší, a charakteristickým přístupem je snaha se nepříjemným prvkům vyhnout. Pacient nechce pokračovat v léčbě v momentech, kdy okamžité nevýhody převyšují nad výhodami. Projevuje se také delšími odmlkami, neschopností sdělovat své představy, nespoluprací, pozdními příchody na programy, pohybuje se v kruhu. Chování pacienta lze také popsat jako častý projev pasivní agrese (Raboch, aj., 2012).

6 Úskalí léčby

6.1 Popírání nemoci a proces přijetí

Röhr (2015) přirovnává proces přijetí skutečnosti, že jsem závislý, k přijetí ztráty blízké osoby způsobené smrtí. I zde lze zaznamenat obdobné čtyři fáze, které v daném procesu hrají svou významnou roli.

Když se pacient dozví, že trpí závislostí, dostává se do první fáze a tou je popření. Odmítá informaci, nechce nic vědět, a hledá jakýkoliv důvod ve skupině, který mu pomůže se od ostatních vymezit. Od pacientů často slyším slova typu „nejsm jako vy, nejsem na tom tak špatně, mne se to netýká, už vím dost, fakt, že jsem skončil v léčbě je pro mne dostatečnou výstrahou a už můžu jít domů,“ a podobně.

První fáze se vyznačuje popřením (Röhr, 2015). Pacienti obvykle podávají revers, protože jsou znechuceni.

Druhá fáze přináší bolest, zoufalství, vztek a sebe nenávisť. Röhr (2015) popisuje dostavující se bolest, úzkost, strach, kdy intenzita může být nesnesitelná. Život jakoby opustila všechna radost, nic jej nedokáže utěšit. Pacient obvykle požádá lékaře, aby jej zamedikoval, pokud s tím nepřijde lékař sám. U jiných pacientů se rozjíždí bažení a začínají uvažovat o jediném východisku - co nejrychleji se napít, intoxikovat se. Hledá vnějšího viníka. Pro člověka západní civilizace není truchlení přirozeným procesem, a tak se snaží o únik, dokonce je v tom svým okolím mnohdy podporován. V léčbě jej může podpořit terapeutický tým, ale hlavně spolupacienti. Mnohdy se jim podaří úspěšně rozmluvit dotyčnému únikové tendence a posílit jeho vytrvalost.

Třetí fáze, jak uvádí Röhr (2015), je určena zpracování smutku a převzetí odpovědnosti. To neznamena nic jiného než projít si bolestí, což mnoho pacientů nezná, nebo to již zapomněli. Smutek je západní společností tabuizován, jakoby do našeho světa nepatřil. Okolí neví, jak se k truchlícímu chovat - mohu se smát,

když se nesměje on? Aby sami necítili provinění, snaží se jeho myšlenky násilím rozptýlit, nebo přenést jinam. Pacient zažívá pocit prázdnoty, protože po závislosti, s kterou se loučí, mu tam najednou zůstane velká prázdnota. Podpůrným prostředkem je aktivní účast v terapeutické skupině - hovořit o svých pocitech, poznávat svoji nemoc a způsoby, jak s ní žít.

S příchodem čtvrté fáze dochází k integraci. Ideální oporou je pracovní terapie. Röhr (2015) hovoří o završení procesu, kdy člověk říká své budoucnosti „ano“. Dochází k přijetí nemoci. Mění se jeho přístup, kdy nepovažuje léčbu za konec, ale naopak za nový začátek. Učí se teoretické poznatky aplikovat a používat.

6.2 Doléčování a recidiva

Mnoho pacientů si nepřipouští možnost recidivy. Jsou odhodláni vše dělat na 100% a nepřipouští si možnost chyb. Někteří se v tomto sebevědomí potom dopouštějí zásadních chyb, i přesto, že teoreticky se připravovali velmi svědomitě. Nabydou dojmu, že již všechno důležité znají a časem opouštějí systém doléčování, nebo do něj vůbec nenastoupí, neboť upřednostní jiné aktivity s odůvodněním, že na doléčování budou chodit, jedině když jim zbyde nějaký čas.

Největším rizikem recidivy je snížené sebeovládání. Stresové a různé nepříznivé situace, nebo naopak úspěchy, které jakoby svádějí k odměně, k tomu jen přispívají.

Recidiva může nastat i bez bažení, jak uvádí Nešpor (2011, s. 145) ve třech případech: Když člověk jedná automaticky (obvykle v rizikovém prostředí), nebo špatně vnímá sebe sama anebo si nepřizná závislost a bažení považuje za projev svobodné vůle.

6.3 Nesplněná očekávání

Nejčastějším fenoménem, s kterým se u pacientů setkávám, je pasivní očekávání změny. Kdy pacient do léčby nastoupí a domnívá se, že za pomoci medikamentů a „lázeňským“ pobytem se jakoby zázrakem něco změní. Jeho obrany mohou být z různých důvodů tak silné, že dokáže v léčbě setrvat až do konce, dodržuje režim, ale dál neudělá vůbec nic pro svoji aktivní změnu. Nezapojuje se na skupině a vyhýbá se větší spolupráci. Někdy vyhledává individuální pohovory, ale jakoby ani tam nešel naproti a zůstával v očekávání. Na vině mohou být samozřejmě hlubší psychické obtíže, neurologické vady, biologická poškození, silné poruchy osobnosti a další mnohdy skryté a nejasné vlivy. Mnozí z těchto pacientů závislost po celou dobu popírají a bagatelizují ji na jakýsi drobný problém. Někdy přiznávají, že tento krok podnikli jen pro to, aby měli v rodině klid. Dost často se tento postoj vyskytuje u mladistvých, nevyzrálých osobností anebo naopak u lidí, kteří za sebou mají již kus života, rodinné zázemí a něco kariérně dokázali.

Další problematikou, kterou zaznamenávám v nepatrné míře, je vnímání sociálních rozdílů u některých pacientů. Pro některé pacienty je velmi těžko přijatelné existovat ve skupině s ostatními, kteří podle nich mentálně nedostačují jejich kvalitám, pocházejí z kriminálního prostředí, či trpí špatnými sociálními či hygienickými návyky. Tito pacienti jsou méně rezistentní a snadno odvádějí pozornost od svých obtíží. Prezентují to až tak, že se přes to nemohou přenést a soustředit se na léčbu.

A třetím faktorem je nevyvážená skupina dle diagnóz. Někdy je například ve skupině mnoho alkoholiků a jenom jeden toxikoman, který se cítí být osamocen. Jindy to může být jediný gambler v celé komunitě. Jejich skupinové prožívání je potom méně provázeno vzájemným sdílením a empatií, kterou by očekávali. Přesto, že závislosti na alkoholu, toxických látkách a gamblerství mají mnoho společných jmenovatelů, je zřejmé, že zde odlišnosti jsou. V případě gamblerství se zde nevytváří závislost na látce, ale na procesu (Kalina, 2008, s. 237).

Praktická část

7 Cíl práce a hypotézy

7.1 Cíl práce

Primárním cílem empirické části této bakalářské práce je zjistit subjektivní pohled klientů pobytové léčby na význam skupinové psychoterapie a porovnat jej se zaběhnutou rutinou opírající se o převzaté zkušenosti a teorie. Poodkrýt vlivy, které v tomto procesu často hrají určité role různého významu. Jde o přiblížení obou mikrosvětů, náhled do jejich „zákulisí“ a porovnání, jak jsou si ve skutečnosti blízké či vzdálené.

Pro zjištění potřebných informací byla použita metoda orientačního šetření, kterou jsem zvolil z důvodu získání základního přehledu. Přesto, že se nejedná o plnohodnotnou výzkumnou práci, bylo využito některých nástrojů, které jsou těmito metodami využívány.

7.2 Hypotézy

Při tvorbě hypotéz se opírám o poznatky uvedené v teoretické části této práce a o vlastní pozorování klientů. Takto vzniklo 5 tvrzení:

Hypotéza č. 1: Očekávání klientů od skupinové psychoterapie nejsou často realistická.

Hypotéza č. 2: Klienti ústavní léčby považují skupinovou psychoterapii za důležitou.

Hypotéza č. 3: Klienti ústavní léčby se domnívají, že direktivní způsob vedení skupiny je pro jejich léčbu přínosnější.

Hypotéza č. 4: Klienti ústavní léčby očekávají od skupiny a terapeuta více podpory při řešení sociálních situací.

Hypotéza č. 5: Vlivem skupinové psychoterapie dochází ke změnám na emoční úrovni (např. pocit úlevy, pochopení, solidarita atd.).

8 Výběrový soubor a použité metody

8.1 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvoří klienti ústavní léčby Psychiatrické nemocnice Bohnice se závislostní problematikou. Jedná se o muže léčené na oddělení č. 18 a č. 35 následné péče, kde probíhá léčba závislosti na alkoholu, toxických látkách a patologickém hráčství.

Výběrová kritéria pro zařazení do výzkumu jsou následující:

- a) klient je muž
- b) národnost česká
- c) věk od 18 do 65 let
- d) délka pobytu v léčbě od přijetí nepřerušeně nejméně 20 dní

Výzkumný vzorek je sestaven z počtu 24 klientů.

8.2 Použité metody získávání dat

Metoda

K získání dat je použita metoda dotazování, tedy získávání primárních dat.

Provedení

Praktické provedení proběhlo formou předložení dotazníku výběrovému souboru respondentů, tedy písemnou formou.

Kontaktování

Výběrový soubor byl osloven zadavatelem vždy na společné ranní komunitě jednotlivých oddělení. Nabídka ke spolupráci byla uvedena jako dobrovolná. K předávání informací (sběru dat) docházelo písemnou formou. Respondenti

výběrového souboru, kteří se rozhodli pro spolupráci, si vyzvedli dotazník, samostatně jej vyplnili a opět odevzdali.

Dotazník

Dotazník je strukturovaný. Obsahuje jak otázky polootevřené, kde je možné volit z několika možných odpovědí, tak i otázky volné, kde je poskytnut prostor pro odpověď zapsanou vlastními slovy.

Obsah dotazníku

Název – Anonymní dotazník

Postup – popis způsobu práce (vyplňování dotazníku)

Hlavní část – otázky a odpovědi, případně prostor pro volný text odpovědi

Informační část - vysvětlení cíle, údaje o zadavateli, informace o době a průběhu

Závěr – poděkování za spolupráci

Text postupu

Na otázku 1. a 5. odpovězte slovně. U otázek č. 2, 3 a 4 zakroužkujte správnou odpověď, např. takto: „b) zbytečnou“ (vložen grafický symbol kroužku).

Formulace otázek a možných odpovědí

Formulace otázek je zvolena tak, aby ověřily hypotézy uvedené v předchozí podkapitole č. 8.2.

Otázka č. 1: 1. Co očekáváte od skupinové terapie?

Odpověď: - prostor pro volný text

Otázka č. 2: 2. Skupinovou terapii považujete pro svoji léčbu za:

Odpověď:

- a) Velmi důležitou
- b) Důležitou
- c) Zbytečnou
- d) Škodlivou

Otázka č. 3: 3. Pracovalo by se vám lépe ve skupině, která:

Odpověď:

- a) Má jasnou strukturu a řád?
- b) Probíhá volně a nestrukturovaně?

Otázka č. 4: 4. Myslíte, že skupinová terapie pomůže:

Odpověď:

- a) Přímo vyřešit vaše existenční problémy
- b) Vyřešit vaše existenční problémy nepřímo
- c) Nepomůže

Otázka č. 5: 5. Jak se se cítit během skupinové terapie a bezprostředně po jejím skončení?

Odpověď: - prostor pro volný text

Administrace

Požadavek autora této práce je, aby byla práce s dotazníkem co nejjednodušší, vzhledem ke schopnostem a možnostem pacientů. Proto celá administrace, předložení, vyplnění dotazníku a odevzdání dotazníku netrvala déle než 10 minut.

9 Analýza a zpracování dat

9.1 Použité metody analýzy dat

Protože se jedná pouze o orientační šetření, nikoliv plnohodnotný průzkum, jsou získaná data zpracována jednoduchou formou, které využívá některé poznatky kvantitativní i kvalitativní metody. V případě využití kvantitativních metod se šetření opírá o dedukci. Základem je formulace hypotéz vzešlých z teorie a pozorování. Hypotézy jsou následně testovány (porovnávání se získanými daty) a interpretace jsou zobecněny.

Ke zpracování dat je využito počítačové technologie, tabulky Excel. Data byla statisticky zpracována a připravena k interpretaci.

9.2 Postup při zpracování dat z dotazníku

Data z dotazníku byla převáděna do Excel tabulky takto:

Každé otázce je v tabulce přidělen jeden list. Na každém listu je v prvním sloupci seznam možných odpovědí. Druhý sloupek je určen součtům hodnot a v každém poli tohoto sloupku je nastaven automatický vzorec SUMA (součet) pro všechny následující pole v daném řádku. Každý další sloupek je vyhrazen jednomu respondentovi. Pokud se daná odpověď u respondenta vyskytne, je přidělena hodnota 1 a zapsána do příslušného řádku. V opačném případě zůstává hodnota 0. Nakonec je vygenerován graf, který slouží k usnadnění vyhodnocení.

Výsledné hodnoty a grafy jsou uvedeny v kapitole č.11 Výsledky. S výsledky se nadále bude pracovat v diskuzi, kde dojde k porovnání výsledných hodnot s hypotézami.

Část otázek, jedná se o otázky č. 1 a č. 5, umožňuje respondentovi zapsat volné odpovědi. Ty jsou následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Tyto volné

odpovědi jsou rozděleny podle svého obsahu do jednotlivých kategorií. Dále se s těmito kategoriemi nakládá stejně jako s předem definovanou odpovědí, viz předchozí odstavec.

10 Etické aspekty

Etické aspekty budou po celou dobu provádění výzkumu, tvorby práce a následného období dodržovány za všech okolností a pro všechny zúčastněné v těchto úrovních:

- právo na informaci
- právo na ochranu osobních dat
- právo odstoupit od výzkumu

Administrace, sběr i vyhodnocení dotazníků je zcela anonymní. Dotazníky předkládané klientům byly označeny pouze pořadovými čísly, tak aby se zachovala anonymita klientů a zamezilo se úniku či neoprávněné manipulaci s daty. Jmenný seznam, který byl použit pouze jako pomocný, posloužil výhradně jen k označení jmen klientů, kteří již dotazník vyplnili, aby nedocházelo k duplicitě a někteří klienti nevyplňovali více jak jeden dotazník. Počet odznačených klientů na jmenném seznamu musel souhlasit s celkovým počtem vyplněných dotazníků. Tento seznam byl ihned po odebrání vyplněných dotazníků skartován.

V rámci průzkumu bylo dále dbáno na emoční bezpečí (Hendl, 2005) zejména pro to, že se jedná o práci s klienty, kteří v rámci své diagnózy mohou trpět zvýšenou mírou citlivosti, lability, stresu, úzkostí, depresi, či se u nich mohou vyskytovat jiné možnosti duševních poruch.

V rámci výše uvedeného bylo při průzkumu postupováno citlivě a s vyšší mírou empatie (Pelikán, 1998). Klientům byla vysvětlena ochrana jejich dat a dobrovolnost ve smyslu absence nároku na odměnu za účast. Dotazník byl také předložen ke schválení primářce MUDr. Haně Karbanové, vedoucímu lékaři pavilonu 18 MUDr. Ottu Matanellimu a vedoucí lékařce pavilonu 35 MUDr. Renatě Kovandové.

11 Výsledky

Výsledky jsou uvedeny posloupně tak, jak respondenti odpovídali na každou jednotlivou otázku. Vždy je připojena tabulka součtu respondentů, kteří volili každou jednu příslušnou odpověď, případně odpověď obsahovala tvrzení, kterým spadala do jedné z kategorií (v případě volných odpovědí). Každý výsledek je pro větší přehlednost vyjádřen v grafické podobě. Zde je také k otázce č. 1 až č. 4 uveden zaokrouhlený procentuální podíl z celkových odpovědí v tzv. koláčovém grafu. Otázka č. 5 využívá pro lepší přehlednost graf sloupcový, protože koláčový graf by se jevil nepřehledným pro větší počet kategorií. Původně byl záměr autora kategorie zjednodušit, ale protože výsledek poukazoval na zajímavé postřehy, rozhodl se ponechat širší počet pro zachování vypovídající hodnoty lidských pocitů.

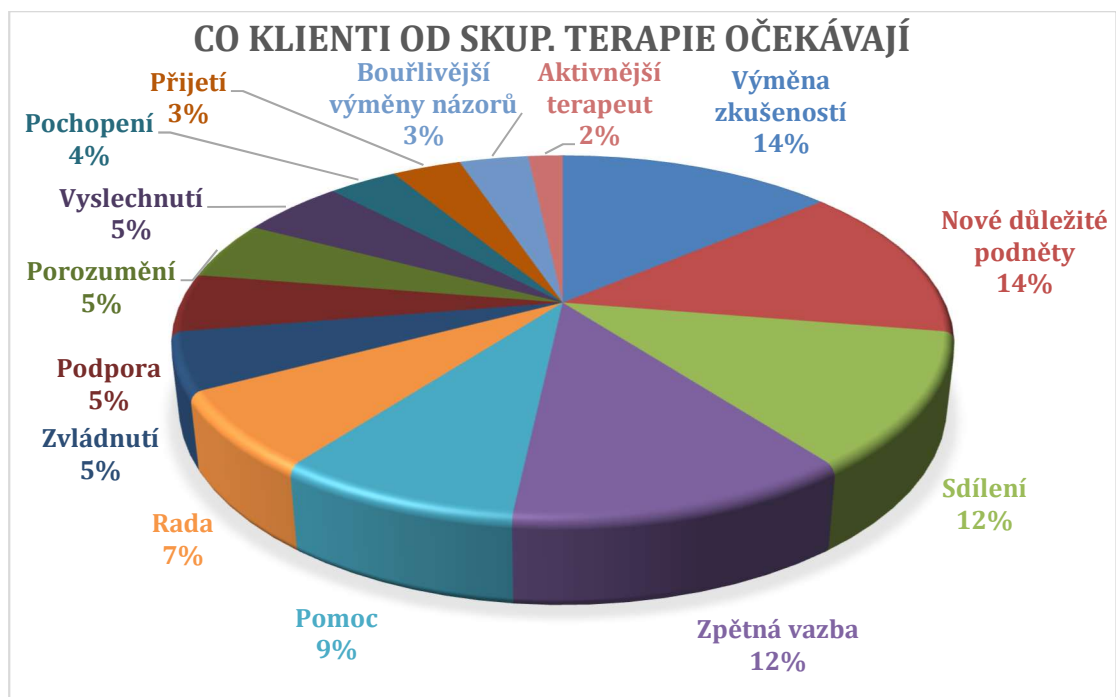
Otázka č. 1: Co očekáváte od skupinové terapie?

Odpovědi byly převedeny na následující kategorie, které uvádím s počtem výskytu odpovídajících tvrzení:

Tab. č. 2 Výčet a počty odpovědí na otázku č. 1

Výměna zkušeností	8
Nové důležité podněty	8
Sdílení	7
Zpětná vazba	7
Pomoc	5
Rada	4
Zvládnutí	3
Podpora	3
Porozumění	3
Vyslechnutí	3
Pochopení	2
Přijetí	2
Bouřlivější výměny názorů	2
Aktivnější terapeut	1

Graf č. 2 Procentuální zastoupení odpovědí, co klienti od skup. terapie očekávají



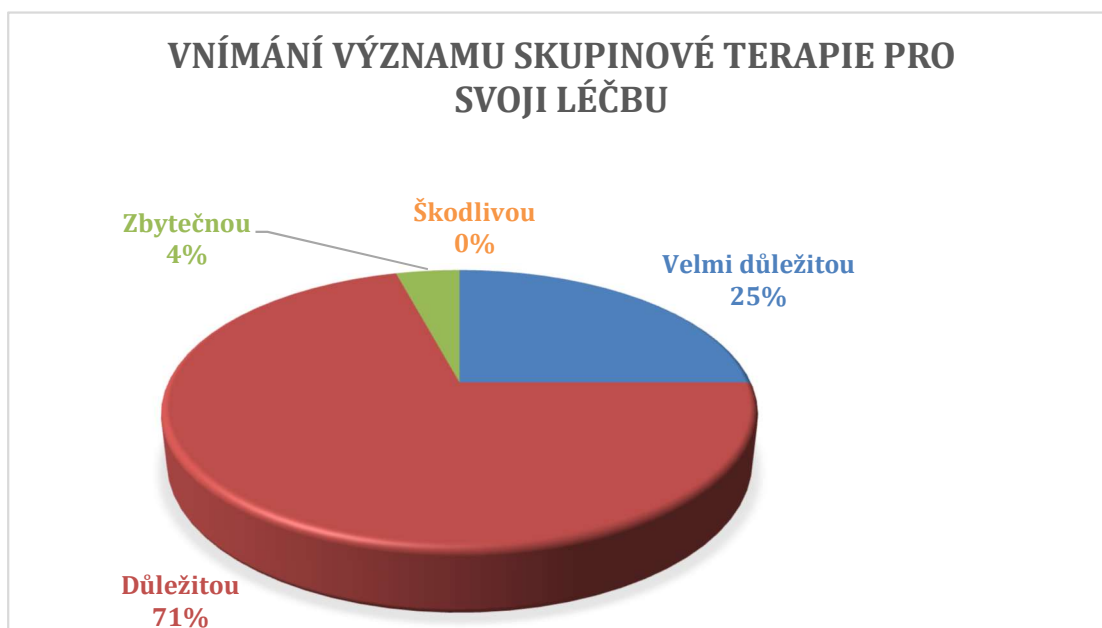
Otázka č. 2: Skupinovou terapii považujte pro svoji léčbu za:

Výskyt odpovědí dle četnosti:

Tab. č. 3 Výskyt odpovědí dle četnosti na otázku č. 2

Velmi důležitou	6
Důležitou	17
Zbytečnou	1
Škodlivou	0

Graf č. 3 Procentuální znázornění odpovědí, do jaké míry klienti vnímají význam skupinové psychoterapie pro svoji léčbu.



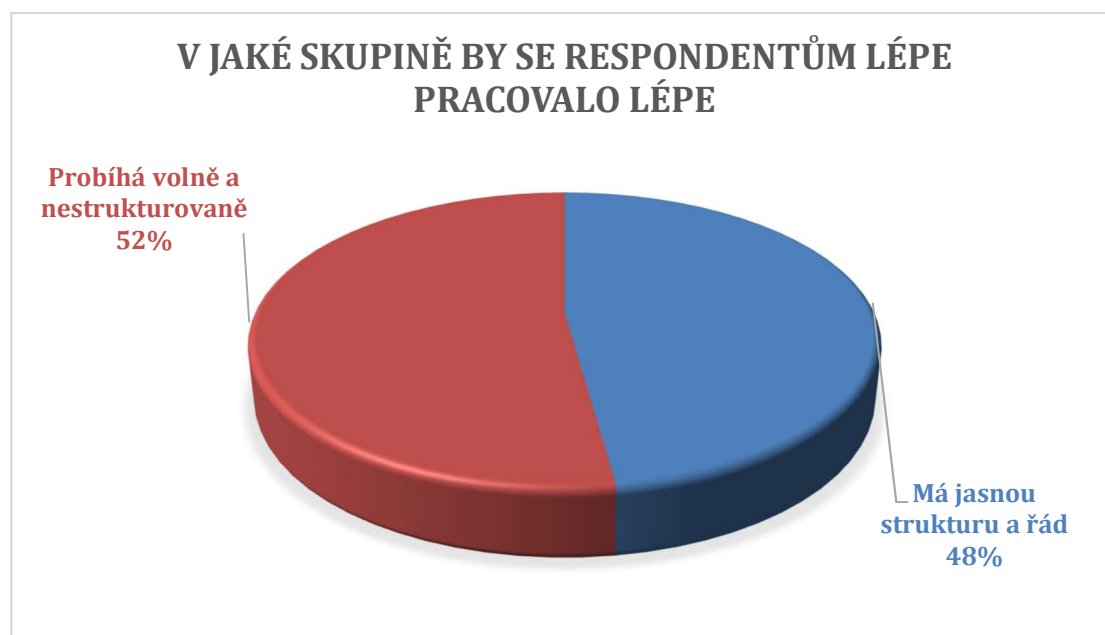
Otázka č. 3: Pracovalo by se vám lépe ve skupině, která:

Tab. č. 4 Výskyt odpovědí dle četnosti na otázku č. 3

Má jasnou strukturu a řád	11
Probíhá volně a nestrukturovaně	12

Poznámka: Zde jeden respondent neoznačil žádnou z odpovědí.

Graf č. 4 Procentuální vyjádření odpovědí na otázku, jaký typ skupiny dle struktury a volnosti klienti preferují.

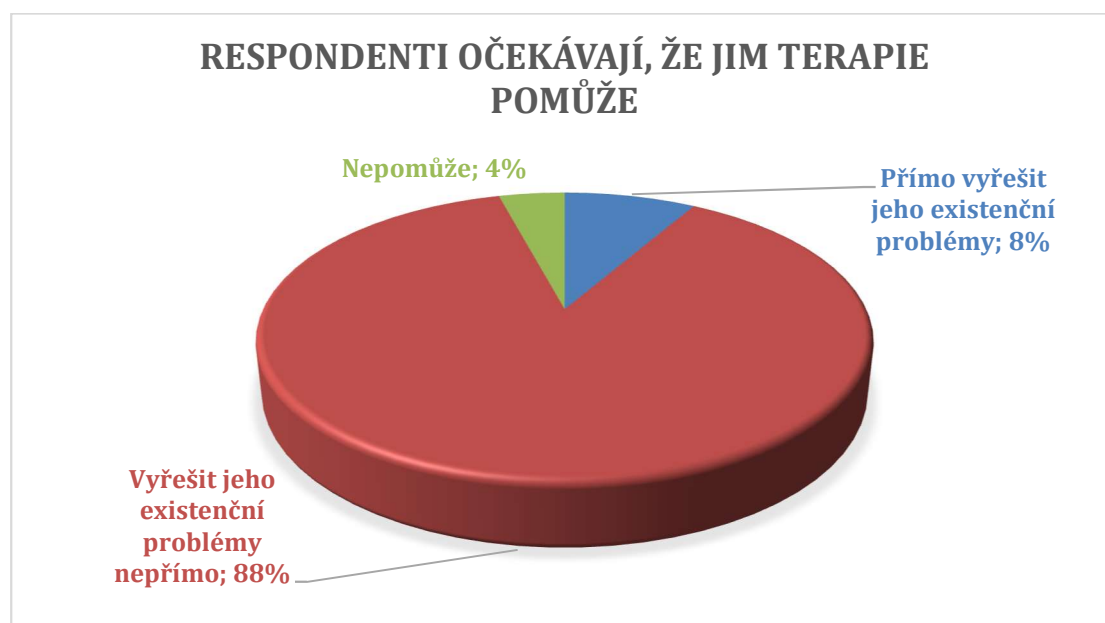


Otázka č. 4: Myslíte, že skupinová terapie pomůže:

Tab. č. 5 Výskyt odpovědí dle četnosti na otázku č. 4:

Přímo vyřešit jeho existenční problémy	2
Vyřešit jeho existenční problémy nepřímou	21
Nepomůže	1

Graf č. 5 Procentuální vyjádření odpovědí, do jaké míry klienti očekávají od terapie pomoc při řešení svých existenčních problémů.



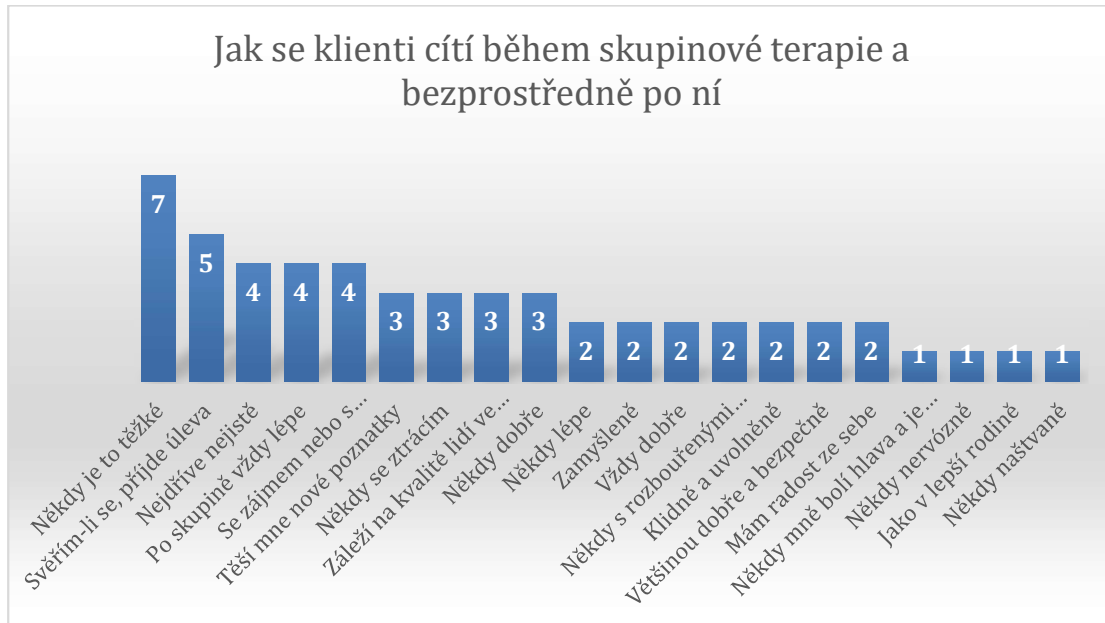
Otázka č. 5: Jak se se cítit během skupinové terapie a bezprostředně po jejím skončení?

Odpovědi byly převedeny na následující kategorie, které uvádím s počtem výskytu odpovídajících tvrzení:

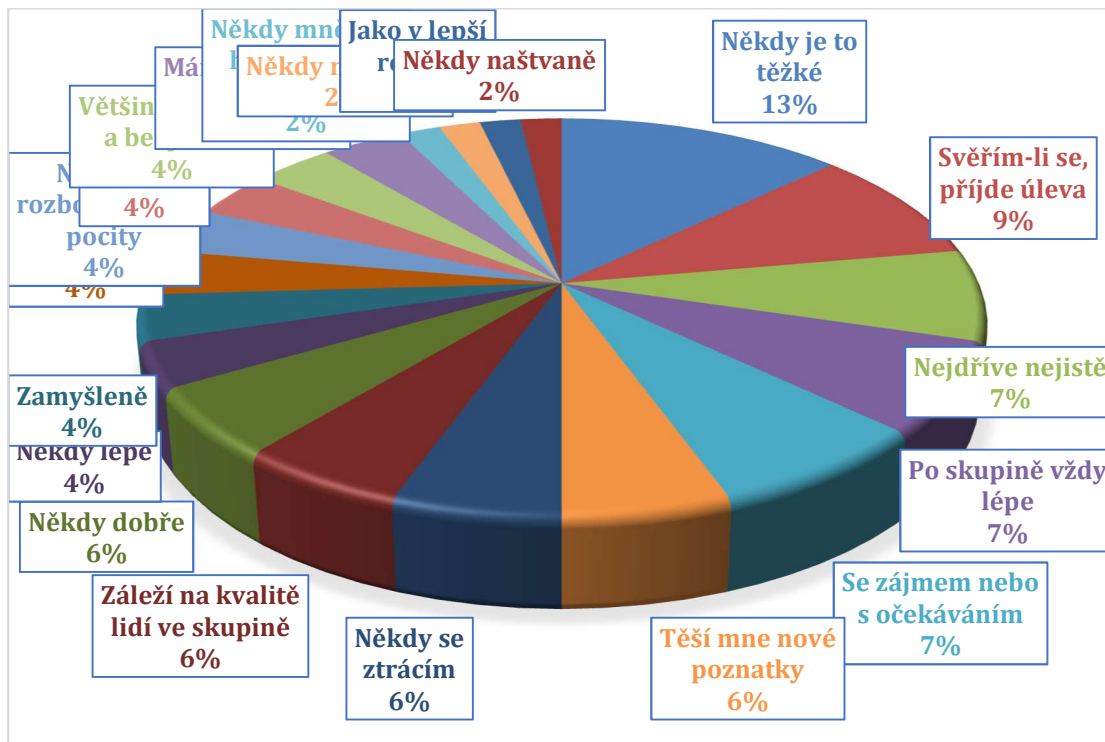
Tab. č. 6 Výčet a počty odpovědí na otázku č. 1

Někdy je to těžké	7
Svěřím-li se, přijde úleva	5
Nejdříve nejistě	4
Po skupině vždy lépe	4
Se zájmem nebo s očekáváním	4
Těší mne nové poznatky	3
Někdy se ztrácím	3
Záleží na kvalitě lidí ve skupině	3
Někdy dobře	3
Někdy lépe	2
Zamyšleně	2
Vždy dobře	2
Někdy s rozbouřenými pocity	2
Klidně a uvolněně	2
Většinou dobře a bezpečně	2
Mám radost ze sebe	2
Někdy mně bolí hlava a je mi úzko	1
Někdy nervózně	1
Jako v lepší rodině	1
Někdy našťvaně	1

Graf č. 6 zobrazuje, jak se klienti nejčastěji cítí v průběhu skupinové psychoterapie a bezprostředně po jejím ukončení.



Graf č. 7 zobrazuje, jak se klienti nejčastěji cítí v průběhu skupinové psychoterapie a bezprostředně po jejím ukončení



12 Diskuze

Primárním cílem empirické části této bakalářské práce bylo zjistit, jaký je subjektivní pohled klientů pobytovou léčby na význam skupinové psychoterapie. Pojdme se tedy nyní podívat na porovnání hypotéz a výsledků analýzy dat.

12.1 Ověřování platnosti tvrzení hypotéz

Hypotéza č. 1 uvádí, že očekávání klientů od skupinové psychoterapie nejsou často realistická. Z výsledků vyplývá, že pro klienty je na prvním místě výměna zkušeností se 14 % podílu a stejnými 14% také nové důležité podněty. Další místo obsadil důraz na sdílení a zpětnou vazbu. Obě tyto skupiny získaly po 12 % podílu. V celých 9 % se objevuje slovo pomoc. Domnívám se, že hovoří o určitém pocitu bezradnosti. Může to znamenat, že klienti, kteří své odpovědi směřovali do této skupiny, nyní prožívají spíše stagnaci, kdy sami neví, jak v životě v některých důležitých věcech pokračovat a očekávají naději v skupinové terapii. Dále potom následují pomoc, rada, zvládnutí, podpora a porozumění, které se pohybují v podílu 5 až 3 %. Na konci se nachází pochopení, přijetí, bouřlivější výměny názorů a požadavek na aktivnějšího terapeuta. Tyto mají 2 až 1 %. Tato skladba odpovídá teoretickým možnostem psychoterapeutických skupin tak, jak jsem je zaznamenal z dostupných pramenů i vlastní praxe. Výsledek analýzy hovoří o realistických očekáváních klientů na rozdíl od hypotézy, která tvrdí opak. Hypotéza č. 1 neodpovídá výsledku a lze ji považovat za vyvrácenou a tedy neplatnou.

V Hypotéze č. 2 se hovoří, že klienti pobytové léčby považují skupinovou psychoterapii za důležitou. Co na to říkají výsledky? 71% respondentů ji považuje za důležitou a 25% dokonce za velmi důležitou. Pouhá 4 % respondentů se domnívá, že jde o záležitost zbytečnou. Za škodlivou ji neprohlásil nikdo. Je možné se zamýšlet, co je tedy v léčbě považováno za důležitější než skupinová terapie, či je to kladeno do roviny vedle ostatních programů. Zda třeba klienti považují skupinovou terapii například za stejně

hodnotnou jako pracovní terapii, sport, nebo farmakoterapii. Samozřejmě to nepopírá, že by se jednalo o nějaké podceňování terapie. Celkem tedy 96 % respondentů se dle výsledků domnívá, že skupinová psychoterapie je pro jejich léčbu skutečně důležitá. Hypotéza je v souladu s výsledkem analýzy a lze ji považovat za platnou.

Třetí hypotéza praví, že se klienti pobytové léčby domnívají, že direktivní způsob vedení skupiny je pro jejich léčbu přínosnější. Za direktivní vedení skupiny považují takový přístup, který má jasnou strukturu a řád. Opačná varianta nabízela volnost a nestrukturovanost. Z výsledků šetření je zřejmé, že je to téměř nerozhodně. O nepatrné 2 % zvítězila volnost nad řádem. Navíc jeden respondent neoznačil žádnou z možností, takže těžko se domnívat, zda se nemohl rozhodnout, či přehlédl otázku a zda by nějak významněji pomyslně kyvadélko odklonil. I tak by byl výsledek poměrně těsný. Otázkou také může být, zda by jim více vyhovovala skupina bez přítomnosti terapeuta, kde mohou být otevřenější z důvodu chybějící autority ze strany terapeutického týmu. Je možné pokračovat v úvaze, zda pacientům vyhovují svépomocné skupiny typu AA anebo terapeut, který jen méně zasahuje do dění ve skupině. Možná, že velkým faktorem může být právě neuvědomování si potřeby přítomnosti řádu v životě člověka trpícího závislostí. Vzhledem k výsledku je možné i s tímto poznatkem více pracovat právě ve skupinové terapii. Toto zjištění je i pro mne osobně překvapivé, neboť jsem čekal větší požadavek na strukturovanost a vedení. Z výsledku analýzy lze vyvozovat, že klienti nejsou jednoznačně rozhodnuti, co by pro ně bylo přínosnější a určitě by bylo zajímavé problematiku dále studovat. Hypotézu lze tedy považovat za nepotvrzenou, ale vzhledem k těsnosti výsledku nelze tvrdit ani její jednoznačné vyvrácení.

Hypotéza č. 4 praví: klienti pobytové léčby očekávají od skupiny a terapeuta více podpory při řešení sociálních situací. Zde se testovalo očekávání respondentů a z výsledku vychází následující fakta. 88 % respondentů očekává řešení existenčních potíží nepřímo. To může znamenat, že si uvědomují sílu psychoterapie, ale mnohem více je pro ně zajímavá alternativa sociálního poradenství. Prožívání na skupinách není pro mnohé jednoduchou záležitostí.

Mnoho členů skupiny, jak se ukazuje v ostatních zkoumaných otázkách, se domnívá, že skupina není místem, kde mohou být příliš otevření, a tak spíše testují její funkčnost na obecné bázi. Sociální témata jim připadají také hodně blízká, mnohdy pro to, že celá řada z nich se setkala s bezdomovectvím, či se dostali do vážných ekonomických potíží. Pokud bychom brali v potaz naplnění smyslu, vždy pro ně na prvním místě bude zajištění základních sociálních potřeb, a pak se možná budou schopni více soustředit na existenciální témata. Elementární prvky očekávají tedy z velké části tak, jak praví tato hypotéza. Zajímavé je, že až 8 % by čekalo přímé vyřešení. Což by mohlo navíc částečně potvrzovat platnost první hypotézy o nerealistických očekáváních.

A poslední hypotéza č. 5 tvrdí, že vlivem skupinové psychoterapie dochází ke změnám na emoční úrovni (např. pocit úlevy, pochopení, solidarita atd.). Jak to tedy ukazuje výsledek? Nejvíce hlasů získává skupina, kde si klienti stýskají nad tím, jak je to někdy emočně obtížné. Hned druhý nejvyšší počet hlasů ale dali zkušenosti „pokud se svěřím, přijde úleva“. Následují emoční stavy jako: „nejistota, po skupině je vždy lépe, zájem s očekáváním a potěšení z nových poznatků“. Další poměrně silnou skupinu tvoří stavy charakterizované hesly: „někdy se ztrácím, záleží na kvalitě lidí ve skupině, někdy dobře, někdy lépe, až zamyšleně“. Na konci pořadí jsou spíše varovné stavy, kde si klienti převážně stěžují. Největší kategorii obsazuje tvrzení „někdy je to těžké“ s 13 %, dá se předpokládat, že skupinová práce je pro klienty náročná zejména pro svoji zvýšenou psychickou zátěž. Ale možná tím tvrzením mohou mít na mysli i jiné významy. Druhou skupinou je tvrzení "svěřím-li se, přijde úleva". Toto tvrzení může mít daleko konkrétnější vypovídající hodnotu. Znamená to rovněž, že klienti, kteří zaujímají aktivní přístup a berou si na skupině slovo proto, aby se svými obtížemi podělili, docházejí mnohdy k úlevě. Každopádně lze z obou tvrzení spolu s ostatními hesly, která zaujímají přední pozice usoudit, že průběh skupiny je pro ně náročný. Je také zřejmé, že bezprostředně po ukončení skupiny dochází k procesu uvolnění napětí, mnohdy radostnému, či úlevnému. Tuto hypotézu lze tedy potvrdit jako platnou.

Závěr

Je nutné připustit, že orientační šetření, za použití mnou zvoleného postupu, má své slabiny. Jak se ukázalo, zejména v části, kde je v dotazníku prostor pro volné odpovědi, není z některých tvrzení možno úplně přesně určit, jak to respondenti mysleli, v jakém kontextu. Například zde se otvírá prosto pro další zkoumání.

Orientačním šetřením lze tedy dojít k závěru, že 3 z 5 hypotéz se nám naprosto potvrdily. Jedna zůstala nepotvrzená i nevyvrácená současně a jednu jsme zpochybnili. Z povahy šetření není úplně žádoucí vytvářet přesný matematický výsledek, který by hovořil o platnosti hypotéz na desetiny výsledné hodnoty. Každopádně lze říci, že z větší míry hypotézy platí a teoreticko-praktické hodnoty této práce jsou potvrzeny.

Znamená to konkrétně, že terapeuti a odborníci mají do určité vyšší úrovně pohled klientů zmapovaný. Nedá se však hovořit o situaci, že by byl znám naprosto přesně. Ale protože se jedná hlavně o práci s člověkem, jeho jedinečností bytí a mnoho podob individuality, různobarevnost charakterů, osobností, pacientů, i různá stádia psychického poškození, ukazuje se, že je zde ještě dostatek prostoru pro další hlubší a podrobnější průzkumy. Takové studie, domnívám se, by zajisté měly svůj význam pro zvyšování kvality vzájemné spolupráce, vzdělávání, a možná i větší prostor pro rozvoj uplatnění a způsobu vedení psychoterapeutických skupin.

Sekundárním přínosem může být získání celé řady pohledů pro laiky, kteří se o podobnou problematiku zajímají, ať už z řad pacientů, jejich blízkých, ale kohokoliv jiného, kdo by se rád dozvěděl něco ze zákulisí léčby.

Další alternativou, kterou vnímám, je možnost rozvoje dovedností terapeutického personálu, hledat další výzvy, být jim otevřen a podporovat posun v ruce s nejmodernějšími poznatky ze zahraničí.

Na závěr mohu říct, že i přes to, že se s tvorbou prací tohoto typu seznamuji a učím, získal jsem neocenitelné zkušenosti pro další uplatnění v tomto poslání. Celou práci považuji za zajímavou cestu, která mi pomohla uspořádat si mnoho myšlenek a poznatků, ale současně i odhalit určité rezervy.

Seznam literárních zdrojů

Alcoholics anonymous. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, last modified on 14 April 2017 [cit. 14. 4. 2017]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Alcoholics_Anonymous

BERMAN, A. H., KÄLLMÉN, H., BARREDAL, E., a. LINDQVIST P. 2009. Hopeless patients? A study of illicit opiate users who drop out from in-patient detoxification: Stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center [Online]. *Journal Of Substance Use*, **13**(2), 121-130. <https://doi.org/10.1080/14659890701682287>

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

FISHER, Slavomír a ŠKODA, Jiří. 2014. *Sociální patologie*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

FRANKL, Viktor. E. 1996. *Lékařská péče o duši*. Přeložil Vladimír JOCHMANN. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.

FRANKL, Viktor. E. 1998. *Psychoterapie pro laiky*. Přeložil Vladimír SMÉKAL. Brno: Cesta. ISBN 80-85319-80-2.

FRANKL, Viktor. E. 2006a. *A přesto říci životu ano*. 2. opravené vydání. Přeložil Josef HERMACH. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-848-8.

FRANKL, Viktor. E. 2006b. *Vůle ke smyslu*. Přeložil Vladimír JOCHMANN. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-084-3.

HEIDEGGER, Martin. 2002. *Bytí a čas*. 2., opravené vydání. Přeložil Ivan CHVÁTÍK, Pavel KOUBA, Miroslav PETŘÍČEK jr. a Jiří NĚMEC. Praha: OIKOYMENH. ISBN 80-7298-048-3.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

KALINA, Kamil., a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-8.

KAZIMOUR, Ivan. 2016. *Historie českého zdravotnictví*. Praha: Martin Koláček – E-knihy. ISBN 978-80-7512-595-8.

LEE, Sophia a. PETERSEN, S. R. 2009. Demarginalizing the marginalized in substance abuse treatment: Stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center [Online]. *Addiction Research*, **17**(6), 622-636. <https://doi.org/10.3109/16066350802168613>

MARTÍNEK, Zdeněk. 2015 *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5309-6.

MATOUŠEK, Oldřich., a kol. 2007. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4580-0.

NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NEŠPOR, Karel. 2011. *Návykové chování a závislosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. 2015. *Sebeovládání: Stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0827-3.

NOVÁK, Tomáš. 2004. *Jak bojovat se stresem*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0695-4.

PATOČKA, Jan. 1996. *Péče o duši*. Sebrané spisy. Svazek 1. Praha: OIKOYMENH. ISBN 80-86005-24-0.

PELIKÁN, Jiří. 1998. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-569-8.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel., a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1985-9.

ROHR, Heinz-Peter. 2015. *Závislost, Jak jí porozumět a jak překonat*. 1. vyd. přeložil Petr BABKA. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0927-0.

ŘÍČAN, Pavel. 2010. *Psychologie osobnosti*. Dotisk 1. 2011. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.

SKÁLA, Jaroslav., a kol. 1982. *Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi*. Praha: AVICENUM / ZDRAVOTNICKÉ NAKLADATELSTVÍ. Ed. č.: 828503.

SKÁLA, Jaroslav. 1998. *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel. ISBN 80-2020-0663-9.

VODÁČKOVÁ, Daniela., a kol. 2012. *Krizová intervence*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYMĚTAL, Jan., a kol. 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.

YALOM, Irvin. D. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Přeložila Hana DRÁBKOVÁ a Martin HAJNÝ. Brno: Cesta. ISBN 80-85319-80-2.

Přílohy

Příloha 1

Příloha 1 obsahuje vzorový anonymní dotazník, který byl rozdán klientům.

Anonymní dotazník

Postup:

Na otázku č. 1. a 5. odpovězte slovně.

U otázek č. 2, 3 a 4 zakroužkujte správnou odpověď, např. takto: „b) zbytečnou“

1. Co očekáváte od skupinové terapie?	
2. Skupinovou terapii považujete pro svoji léčbu za:	a) Velmi důležitou b) Důležitou c) Zbytečnou d) škodlivou
3. Pracovalo by se vám lépe ve skupině, která:	a) Má jasnou strukturu a řád b) Probíhá volně a nestrukturovaně
4. Myslíte, že skupinová terapie pomůže:	a) Přímo vyřešit vaše existenční problémy b) Vyřešit vaše existenční problémy nepřímo c) nepomůže
5. Jak se cítíte během skupinové terapie a bezprostředně po jejím skončení?	

Celá práce, předložení dotazníku, vyplnění, by neměla trvat déle než 10 minut.

Dotazník slouží k anonymnímu průzkumu jako příloha bakalářské práce, na téma Význam psychoterapie v léčbě závislostí z pohledu klientů. Zadavatelem je student Pražské vysoké školy psychosociálních studií, oboru Sociální práce a sociální politika se zaměřením na aplikovanou psychoterapii, Zdeněk Rameš.

Dotazník nebude možné spojovat s vaším jménem a nemá žádnou spojitost s vaší léčbou ani zdravotní dokumentací. Výsledek výzkumu může být prospěšný k možnosti zlepšení služeb v dané oblasti.

Velice děkuji za Váš čas a spolupráci!

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora:	Zdeněk Rameš
Studijní program:	Sociální politika a práce
Studijní obor:	Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce:	Léčba závislostí a význam psychoterapie v sociálních službách z pohledu klientů
Počet stran (bez příloh):	65
Celkový počet stran příloh:	2
Počet titulů české literatury a pramenů:	27
Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:	4
Počet internetových odkazů:	1
Vedoucí práce:	MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Rok dokončení práce:	2017

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta: Zdeněk Rameš

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

Název práce: Léčba závislostí a význam psychoterapie v sociálních službách z pohledu klientů

Vedoucí/oponent* práce: MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 34

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

		0	3	
--	--	---	---	--

Formální zpracování

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

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co by autor ve světle svých zjištění doporučil v podmínkách svého pracoviště:

1. Při přípravě klientů na skupinovou terapii?
2. Při vedení skupinové terapie?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Při hodnocení je třeba brát v úvahu mnohaleté zkušenosti autora při léčbě návykových nemocí. Proto bych mu odpustil drobné formální nedostatky a místy nedokonalé formulace. Např. závěr, zvláště má-li sloužit i jako souhrn, by měl být srozumitelný sám o sobě, aniž by musel čtenář pátrat v textu, co jsou to „hypotézy 3 až 5“.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře



Datum, podpis: 03.05.2017, MUDr. Karel Nešpor, CSc.

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

Jméno a příjmení studentky: Zdeněk Rameš

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

Název práce: Léčba závislostí a význam psychoterapie v sociálních službách z pohledu klientů

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 65

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 31

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		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

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) Popište pracovní náplň sociálního pracovníka působícího na oddělení závislostí v psychiatrické léčebně.
- 2) Co znamená antabus a jak souvisí s léčbou závislostí v ČR?
- 3) Vysvětlete rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):
profesní

Cílem autora bakalářské práce bylo zpracovat téma týkající se léčby závislostí a zachytit, jaký význam má pro závislé klienty psychoterapie, využívaná v sociálních službách. V teoretické části BP autor nejprve popisuje počátky léčby závislostí v Československu včetně podob jejího poválečného vývoje a představuje specifika léčby v kontextu sociální práce. Dále se zabývá příčinami a sociálními důsledky závislostního chování, společenskými cíli léčby závislostí, významem a formou motivace v přímé terapeutické práci s klienty. Poté autor vymezuje účinné terapeutické faktory typu důvěry, podpory a dodávání naděje. Současně poukazuje i na možná úskalí léčby závislostí a zdůrazňuje význam doléčování. V praktické části autor předkládá orientační šetření, jehož cílem bylo zjištění subjektivního pohledu klientů pobytové léčby na význam skupinové psychoterapie.

Klady a nedostatky BP:

Autor zvolil téma, úzce související se studovaným oborem. Dodržování citačních norem spolu s gramatickou úrovní textu odpovídá nárokům BP. Oceňuji autorův zájem o danou problematiku, textu by však významně prospěl pečlivější přístup a zpracování.

Připomínky k obsahové a formální části BP:

Po obsahové stránce postrádám v textu bližší specifika sítě sociálních služeb včetně zachycení profesní role sociálního pracovníka ve státních i nestátních zařízeních zabývajících se problematikou závislostí. Autor opomíjí představení a vymezení psychoterapie v ČR ve smyslu jejich nejčastěji užívaných forem a metod, přestože to úzce souvisí s tématem, které si stanovil. V této souvislosti se autor zaměřuje pouze na motivační rozhovory. Text BP působí místy roztržitě a zkratkovitě neboť důležité informace jsou v něm rozptýleny.

Aplikace orientačního šetření, které autor realizoval, obsahuje pouze dílčí metody kvantitativního přístupu. O kvalitativním uchopení, o němž se autor zmiňuje, nelze v tomto představeném případě vůbec uvažovat. U dat získaných z dotazníku, na který měli dle autorových slov respondenti pouhých 10 minut, nemůžeme uvažovat o využití kvalitativní metody, obsahové analýzy, která má v realitě mnohonásobně širší dimenze, než je pouhé přepsání odpovědí respondentů do grafu. Praktická část BP postrádá některá základní charakteristická zakotvení kvantitativního výzkumu a evokuje následující otázky: Proč autor nezvolil pro účely výzkumu standardizovaný dotazník? Jakým způsobem testoval hypotézy? Jak byla zajištěna validita a reliabilita zvolené strategie? Připomínky k formální části BP: Autor opomněl rozdělit zdroje na literární a internetové, u jednoho internetového zdroje používá odlišný typ písma.

Doporučení k obhajobě: doporučuji
Navrhovaná klasifikace: dobře
Datum, podpis: 17/5 2017


Mgr. Lucie Vacková Ph.D.