

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě

Veronika Ziková

vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, Ph.D.

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



The social worker`s meaning and application during the treatment of alcohol dependency in therapeutic community

Veronika Ziková

The Bachelor Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír LACA, Ph.D.

Praha 2017

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá významem a uplatněním sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě. Autorka bakalářské práce představuje charakteristiku a léčbu alkoholismu, možnosti sociální práce s lidmi závislími na alkoholu a věnuje se také prevenci alkoholismu. Zabývá se vývojem terapeutických komunit, jejich filosofií a účinnými faktory charakteristickými pro léčbu závislosti v terapeutické komunitě. Cílem metodologické části práce je zjistit, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti na alkoholu vnímána jako pomoc. Výsledky výzkumného šetření kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření jsou ověřeny Chí-kvadrát testem.

Klíčová slova: alkohol, alkoholismus, terapeutická komunita, sociální práce, sociální pracovník

Abstract

This bachelor's thesis discusses the importance and purpose of the social worker during the treatment of alcohol dependency in therapeutic community. The author of the thesis is introducing the nature and treatment of alcoholism, the possibilities of social work with people addicted to alcohol and focuses on prevention of alcoholism. It considers the development of therapeutic communities, their philosophy and effective factors characteristic for addiction treatment in a therapeutic community. The objective of methodological part is to determine whether the work of social worker in connection with treatment of alcohol dependency is in fact seen as helping. Results of the research quantitative method through a questionnaire poll are validated by Chi-square test.

Key words: alcohol, alcoholism, therapeutic community, social work, social worker

Prohlášení

Prohlašuji, že předloženou práci jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 10. 4. 2017

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a vřelý přístup při vypracování práce.

Obsah

ÚVOD	1
1 CHARAKTERISTIKA ALKOHOLISMU	3
1.1 Teorie alkoholismu	5
1.2 Modely alkoholismu	9
1.3 Typy a stádia alkoholismu	12
1.4 Důsledky závislosti na alkoholu	15
2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	19
2.1 Filosofie terapeutických komunit	21
2.2 Účinné faktory terapeutických komunit	23
2.3 Sociální pracovník v terapeutické komunitě	26
2.4 Komunita anonymních alkoholiků	30
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZÁVISLÝMI NA ALKOHOLU	33
3.1 Sociální služby pro lidi se závislostí na alkoholu	33
3.2 Léčba závislosti na alkoholu	36
3.3 Sociální prevence alkoholismu	41
4 METODOLOGICKÁ ČÁST	46
4.1 Cíl výzkumu	46
4.2 Hypotézy výzkumu	46
4.3 Výzkumný vzorek	47
4.4 Metody výzkumu	50
4.5 Výsledky výzkumu	51
4.6 Diskuse	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM LITERATURY	59
INTERNETOVÉ ZDROJE	61
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	62
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Alkohol je nejrozšířenější a zároveň nejtolerovanější drogou v naší společnosti. Závislost na alkoholu je závažným problémem, který postihuje nejenom samotného konzumenta, ale také jeho rodinu, blízké okolí a je tak problémem celospolečenským. K našim životům alkohol patří, bez ohledu na to, zda jsme jeho konzumenty, či nikoliv. Je téměř nemožné vyhnout se reklamě na alkohol slibující mimo skvělou chuť propagovaného alkoholu i to, jakou „pohodovou“ atmosféru nám alkohol dokáže navodit. Restaurace, hospody, bary a kavárny jsou vždy připraveny pohostit nás sklenkou nějakého dobrého moku. To, jak kdo z nás na drogu v podobě alkoholu pohlíží, ovlivňují naše hodnoty, postoje, zkušenosti, rodinné a kulturní prostředí, ze kterého pocházíme. Alkohol můžeme vnímat jako příjemný, lákavý, milovaný, ale i jako zatracovaný, destruktivní a nenáviděný. Nicméně je skutečností a jeho existenci nelze popřít.

Téma alkohol a alkoholismus je velmi obšírné a napsáno už bylo mnohé. Naším záměrem je uvést přehledný popis problematiky závislosti na alkoholu. Zaměříme se na léčbu závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě a na význam a uplatnění sociálního pracovníka při práci s touto klientelou. Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol, kdy první až třetí kapitola jsou teoretické a čtvrtá kapitola je metodologická.

V první kapitole bakalářské práce se zabýváme charakteristikou alkoholismu. Věnujeme se teoriím a modelům alkoholismu, typům a stádiím závislosti a z nich plynoucím důsledkům v somatické, psychologické a sociální rovině konzumenta.

Ve druhé kapitole práce se zabýváme terapeutickými komunitami v systému léčby závislosti na alkoholu. Věnujeme se jak vývoji terapeutických komunit, jejich demokratické a hierarchické struktury a přístupu k léčbě, tak léčebné filosofii terapeutických komunit, která tvoří spojnicí mezi oběma přístupy. Zabýváme se účinnými faktory terapeutických komunit a teoriemi závislosti, které objasňují možné příčiny vzniku závislosti. Přibližujeme pojetí sociální práce jako terapeutické pomoci, reformy společenského hnutí a sociálně-právní pomoci jako poradenského pojetí sociální práce. Zabýváme se významem a uplatněním sociálního pracovníka v terapeutické komunitě. Stručně představujeme také filosofii svépomocných skupin v systému léčby závislosti na alkoholu v čele s organizací Anonymních alkoholiků.

Ve třetí kapitole bakalářské práce přibližujeme čtenářům potenciál sociální práce při práci s lidmi závislími na alkoholu. Věnujeme se jednotlivým službám sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Stručně představujeme historii léčby závislosti a blíže se věnujeme ústavním a ambulantním formám léčby. Zabýváme se také sociální prevencí alkoholismu, kde vycházíme z přesvědčení, že pokud se nezmění shovívavý pohled společnosti na problematiku konzumace alkoholu, lze jen velmi těžko minimalizovat škodlivé důsledky, které s nadměrnou konzumací souvisejí a které dopadají jak na konzumenta samotného, tak na celou společnost.

Metodologická část bakalářské práce představuje výzkum v Terapeutické komunitě Harmonie v Bílé Vodě. Cílem výzkumu je zjistit, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti vnímána jako pomoc. Tato část práce zahrnuje cíle a hypotézy průzkumu, představuje zkoumaný vzorek, metody průzkumu a prezentaci výsledků průzkumu. Stanoveny jsou dvě výzkumné hypotézy, jejichž platnost je ověřována výzkumem.

1 CHARAKTERISTIKA ALKOHOLISMU

„Alkoholismus začíná tam, kde se již za alkohol platí něčím jiným než penězi.“

Vladimír Pohl

Mnoho alkoholiků a závislých lidí zobrazuje sama sebe jako snílky, osoby svým způsobem tvořivé a vnímavé vůči intenzitě a kráse života, pro které je obtížné potýkat se se složitým a náročným světem a vlastní složitostí emocionálního, psychologického a duchovního života. Tito lidé si připadají odlišní, izolovaní, osamělí, jako by zvenčí nahlíželi kamsi dovnitř, na zbytek světa. Často si připadají neschopní, ostudní, méně důležití, inteligentní či výkonní než ostatní lidé, pociťují neklid, touhu po něčem větším. Reakcí na složitost tohoto světa je pak vytvoření pečlivě propracovaných a důmyslně vytvořených mechanismů, které jim tak umožňují přežít nebo uniknout problémům jejich existence. Rozumově si zdůvodňují a popírají důvody i důsledky svého jednání, aby jej opakovali zas a znovu. Nakonec se tak ocitnou v ničivém kruhu závislosti, neschopni ovládat svůj vztah k návykové látce, kterou si zvolili jako odpověď na své problémy. Teprve ve chvíli, kdy dopadnou na dno, ocitajíc se v pozici bezmocného člověka čelícího tváři v tvář realitě, objeví mnozí, co po celou dobu hledali (Grof, 1993, s. 22 - 23).

Zmínila jsem, že alkohol je nedílnou součástí našich životů. Pakliže sami nejsme konzumenty, velmi pravděpodobně známe někoho, kdo konzumentem je. Prakticky každý z nás se s alkoholem dříve nebo později setká.

Zhruba každý pátý člověk alkohol odmítne, dál jej nepije buď vůbec, anebo zcela výjimečně. Ostatní lidé (4/5 populace) ve větší či menší míře alkohol konzumují. Je možné pozorovat přímou úměru mezi spotřebou alkoholu a společenským klimatem. Zhruba každému desátému člověku způsobí alkohol občas nějaké obtíže, nicméně tyto obtíže zpravidla nevedou ke stupňující se konzumaci alkoholu. Pakliže se začnou obtíže s konzumací alkoholu stupňovat, začnou výrazně zasahovat a měnit původní život člověka, hovoříme o závislosti na alkoholu. Bludné kolo závislosti, kde se příčina mění v důsledek a důsledek v příčinu, se roztáčí. Do této situace dospějí asi 3 % populace (Heller, Pecinovská, 2011, s. 13).

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize vyhotovená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) zařazuje poruchy vyvolané užíváním alkoholu, s označením F10, do kategorie Duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek. Akutní intoxikace, označení F10.0 je přechodný stav po požití alkoholu, který vede k poruchám vědomí, poznávání, vnímání a emotivity. Je diagnostikována v případě, kdy se intoxikace vyskytuje bez vážnějších současných nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním alkoholu. Označení F10.1 - škodlivé užívání znamená takové užívání alkoholu, které poškozuje tělesné, nebo duševní zdraví uživatele. Zpravidla je kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Syndromem závislosti, označení F10.2, rozumíme skupinu fyziologických, behaviorálních (týkající se chování) a kognitivních (týkající se poznávání a chápání) skutečností, v nichž užívání alkoholu má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Velmi silná a často převládající touha po alkoholu, tzv. bažení, a při přerušení užívání se objevující abstinenci příznaky jsou typickými znaky pro diagnózu syndromu závislosti (Csémy, Nešpor, 1996, s. 31 - 32; Nešpor, 2000, s. 16 - 17).

O překročení hranice mezi škodlivým užíváním a syndromem závislosti hovoříme při rozpoznání nejméně tří, z celkem šesti, jevů během jednoho roku (Csémy, Nešpor, 1996, s. 31 - 32).

Jedná se o tyto jevy (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 227):

- silná touha, nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání při užívání látky – začátek, množství a ukončení užívání látky
- odvykací tělesný stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, k mírnění tohoto stavu je také někdy užívána látka s podobnými účinky,
- zvýšení tolerance k účinku látky - je vyžadováno vyšších dávek, aby bylo dosaženo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívání látky společně se zvýšeným množstvím času k získání a užívání látky, anebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání, přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků v biologické, sociologické a psychologické úrovni.

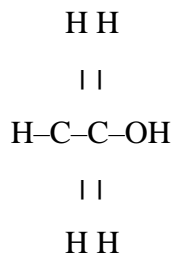
O alkoholismus jde tehdy, jestliže požívání alkoholu způsobuje dlouhodobý a vlastními silami neřešitelný závažný problém v rodině, nebo problémy pracovní, zdravotní a společenské – až po konflikty se zákonem (Profous, 2011, s. 16).

Když se alkohol pro závislého stane prioritou, kvůli níž je schopen odsunout do pozadí veškeré své jiné zájmy, je definitivní diagnózou závislost na alkoholu.

1.1 Teorie alkoholismu

Objev alkoholu je připisován Arnaudovi de Villeneuve ve 13. století, ale někteří alchymisté ho pravděpodobně dokázali izolovat ještě dříve než on. První zmínka o použití destilačního přístroje pochází z roku 1469 ze Švédska. Koncem 16. století znala destiláty již celá západní Evropa. Každá země objevila svůj oblíbený nápoj, ale všude se postupovalo podle stejného výrobního procesu pomocí destilačních přístrojů. Skotové vyráběli whisky, Němci schnaps, Rusové vodku, Angličané gin, střední Evropa a Balkán slivovici (Sournia, 1986, s. 35 - 38).

Chemický vzorec alkoholu je C_2H_5OH a jeho struktura vypadá takto:



K řetězci dvou atomů uhlíku se pojí pět atomů vodíku a hydroxylová skupina (kyslík-vodík). Výsledkem je poměrně jednoduchá struktura, nesoucí relativně málo informací, čímž si alkohol vysloužil u biochemiků pohrdavé označení „hloupá molekula.“ Z chemického hlediska je správným pojmenováním pro alkohol ethylalkohol nebo ethanol. Při pokojové teplotě je alkohol bezbarvá tekutina, která má ve své čisté formě stahující účinky a v ústech je značně odporná. Naředěním vodou se nepříjemná chuť částečně zmírní. Atraktivní chuť dodávají alkoholu chemické látky, které se do něj dostanou v průběhu výrobního procesu. Odstraněním i malého množství ochucujících látek (cukr, chmel, ječmen atd.) vznikne nápoj, který bude jen chabou náhražkou připomínající originál. Je možné vyrobit pivo, které neobsahuje téměř žádný alkohol a které přitom stále chutná jako pivo. Jednoduše řečeno, není to alkohol, ale právě ochucující látky, které způsobují, že je pití tak chuťově atraktivní pro nos i jazyk. Uvedené příměsi jsou tím, co

proměňuje směs alkoholu a vody v dobré pivo, plné víno nebo jemnou sladovou whisky. Vodka neobsahuje téměř žádné ochucovací látky, a právě proto je relativně bez chuti a zápachu (Edwards, 2000, s. 8 - 9).

Opium, kokain a alkohol byly prokazatelně konzumovány již v dobách mladší doby kamenné. Nápoje podobné vínu z datlí, fiků a medu se vyrábějí už alespoň 10 000 let (Göhlert, Kühn, 2001, s. 16).

Pravděpodobně první surovinou, z níž se vyráběl požitelný alkohol, byl med. Kolem roku 1000 př. n. l. začali Řekové pěstovat vinnou révu. Homér, Anakreón, Euripides a mnozí další, opěvovali vynikající vlastnosti vína. Kdo ale neznal míru v pití, na toho bylo pohlíženo skrz prsty. V 6. století př. n. l. vysvětluje Platón, jak se má správně pít. Do osmnácti let pití vína zakazuje, do třiceti let povoluje umírněné pití, po čtyřicítce se může pít bez omezení. Od dob antiky je víno popíjené ať už o samotě nebo ve společnosti určitým symbolem radosti, života, dobré pohody, vstřícnosti. Je zdrojem inspirace, nejenom v básnické a lyrické tvorbě. Symbolika spojovaná s vínem se postupně přenesla i a ostatní alkoholické nápoje a rozšířila se mezi ostatní národy (Sournia, 1986, s. 20 - 26).

S rozmachem pěstování vinné révy se zvyšovala i konzumace vína. Seneka se zmiňuje o lidech, kteří mohou hojně pít, aniž by se opili, zatímco druzí pití špatně snášejí. Plinius se zase podivuje nad tím, že někteří lidé nemohou odolat pokušení pít za všech okolností, třeba i nazí v lázních. To jsou ukázky případů chronické intoxikace (otravy) a závislosti na alkoholu, a není proto pochyb, že alkoholismus existoval již v dobách římských. Křesťanství si podmanilo západní Evropu zhruba ve stejné době jako víno, které se stalo běžně konzumovaným nápojem všech společenských vrstev. Církev nemohla nechat tento kulturní jev bez povšimnutí, a tak se v období od 6. do 9. století na několika církevních koncilech zvedly hlasy proti nadměrnému pití – opilství, které způsobuje nebezpečná onemocnění, ochabuje ducha a vede k nedobrym skutkům (Sournia, 1986, s. 27 - 31).

Skutečnost, že se různí lidé pod vlivem alkoholu různě chovají, je evidentní pro každého pozorovatele. Obvyklé projevy opilosti nám už před čtyřmi sty lety popsal alžbětinský spisovatel Thomas Nash v knize Nářky nad opilstvím (Nash, 1592 cit. podle Edwards, 2000, s. 50): „*První je opilá Opice, skáče, zpívá a tančí až k zbláznění; druhý je opilý Lev, rozbíjí nádoby po domě, nepěkně častuje svou paní, rozbíjí okna svou zbraní a je hotov přít se s každým, kdo na něj promluví; třetí je opilý Vepř, je těžkopádný, nemotorný a*

ospalý a křičí, aby mu přinesli další pití a nějaké přikrývky; čtvrtá je opilá Ovce, domýšlivá, i když ze sebe nemůže vypravit slovo; pátý je opilý Racek, když jeho přítel fňuká u piva začne mu povídat: „Proboha kapitáne, mám Vás rád, ať děláte, co děláte; vy na mě myslíte tak často, jako já na Vás. Ani bych Vás nemohl mít víc rád“ a pak si nacpe prsty do uší a křičí; šestá je opilá Vlačstovka, když je druhý opilý, začne, třeba dosud střízlivá, pít také; sedmý je opilý Kozel, když se opije, myslí jen na smilstvo; osmý je opilý Lišák, vychytrale se opijí, jako mnoho Holanďanů, kteří obchodují jen v opilosti.“

Počátkem 18. století si někteří osvícení lidé v západní Evropě začali lámat hlavu nad stále stoupajícím pijáctvím. Pijáctví se nerozvíjelo ve všech zemích stejnoměrně a se stejnou intenzitou a také se rozdílně projevovalo. Ti, kdo se tímto problémem zaobírali, zůstávali ve svém úsilí často osamoceni, popřípadě byli podporováni jen nepoččetnými skupinkami. V každém případě se v té době rozšířily dva názory, které měly obecnou platnost po další dvě století, a to že opilectví je záležitostí slabších sociálních tříd a je hlavní příčinou kriminality (Sournia, 1986, s. 40 - 41).

Mimo poznání skutečnosti, že opilstvo je nepříjemným důsledkem požívání alkoholu, došli lidé i k dalšímu poznatku – že se někteří lidé se opíjejí, kdykoliv k tomu dostanou příležitost. A pokračují v takovém chování, aniž by brali zřetel na jakýkoliv nátlak, například ze strany rodiny, který by je nutil ke změně jejich chování. Na toho, kdo měl opakovaně problémy s ovládním svého pití, bylo pohlíženo jako na někoho, kdo z nějakých vnitřních důvodů, když začne pít, nemůže vůlí své pití ovládat. Tedy, že takto „porouchaný“ konzument je obětí choroby (Edwards, 2000, s. 91).

Myšlenka, že nestřídmé pití je stav vyžadující zásah lékaře, se poprvé objevila v 18. století. Postupně získávala na racionalitě a mezi lékaři převládal názor, že opilství je chování, které má své logické příčiny, a lze jej proto měnit racionálními zásahy. Zastánci tohoto názoru byli i dva lékaři – myslitelé Thomas Trotter a Benjamin Rush (Edwards, 2000, s. 113).

Doktor Thomas Trotter usiloval o označení nestřídmých pijáků jako nemocných. Upozorňoval zejména na stavy a změny, které alkohol způsobuje v těle pijáků a které postupně vedou k vážnému narušení zdravých funkcí. Součastníkem Trotterova byl armádní lékař Benjamin Rush, který na rozdíl od Trotterových argumentů na poli fyziologickém poukazoval na argumenty na poli psychologickém. Opilství je porucha vůle, pití

alkoholických nápojů je na začátku otázkou svobodné vůle, která se později mění v nutnost (Sournia, 1986, s. 52).

Alkoholismus, jako nadměrná nebo pravidelná konzumace alkoholických nápojů, je termínem poprvé použitým švédským lékařem Magnusem Hussem. Ve svém díle *Alcoholismus chronicus* (Chronické alkoholové onemocnění) z roku 1849, které je přehledem alkoholických nemocí postihujících celý organismus, poukazuje na skutečnost, že u pacientů, u nichž bylo předchorobním patologickým jevem nadměrné a dlouhodobé pití, byl alkohol skutečně i příčinou jejich duševní choroby. Zároveň ale také připouští, že ne všechny poruchy vnitřního ústrojí jsou způsobeny výlučně vlivem alkoholu, stejně tak jako že ne všechny duševní poruchy pozorované u alkoholiků jsou následkem nadměrné konzumace alkoholických nápojů (Sournia, 1986, s. 70 - 72).

Teprve o sto let později, v roce 1951 zásluhou WHO, byl alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém a klasifikován jako nemoc (Kalina et al., 2003a, s. 151).

Nevyhnutelným důsledkem tohoto kroku bylo, že pojetí alkoholismu jako nemoci se stalo legitimním objektem vědeckého zkoumání a jako takové bylo a je stále ve větší míře podrobováno odborné kritice. Teorií, které se pokoušejí popsat a vysvětlit závislost na alkoholu jako nemoc, je celá řada. Patří mezi ně dnes již klasická Jellinekova typologie, se kterou se blíže seznámíme v části práce věnované typům a stádiím závislosti, nebo tvrzení o biologicky vrozených dispozicích, kterým se budu věnovat v části práce zaměřené na modely alkoholismu. Autoři jako Gossop, Kooyman, Heather, Robertson uvádějí řadu argumentů pro potvrzení svých závěrů, že alkoholismus je spíše formou naučeného jednání než nemocí s jasnými příčinami svého vzniku, svou prognózou a léčbou. U takového jednání jsou v případě závislosti symptomy skryté a jsou biologické, psychologické a sociální povahy. Opírají se mimo jiné také o skutečnost, že na rozdíl od většiny nemocí neexistuje pro „léčbu“ závislosti jedna účinná forma léčby. Teorie závislosti, jako naučeného chování, směřuje k nazírání na závislost jako na formu naučeného chování, kterému se lze odnaučit, respektive je změnit v méně rizikové a škodlivé (Radimecký, 2006).

Pojmout fenomén závislosti a jeho teorie komplexně je, jak je z výše uvedeného patné, velmi složité a sjednocující teorie neexistuje. V průběhu věků byly ustavovány rozličné teorie, které usilovaly o vysvětlení příčin a souvislostí vedoucích ke vzniku a rozvoji

alkoholismu. Jednotlivé teorie vycházely z předpokladu, že problém závislosti vzniká v určité oblasti a v této pak byly hledány jak příčiny, tak způsoby léčby. Některé teorie jsou obecného charakteru a jiné se vztahují pouze k dílčím oblastem, které jsou biologické, psychologické nebo sociální povahy. Základní dělení modelů teorií závislosti představíme v další kapitole.

1.2 Modely alkoholismu

V této kapitole se budeme věnovat modelům alkoholismu z biomedicínského a bio-psycho-sociálního pohledu. V rámci biomedicínského pohledu je závislost chápána jako chronická nemoc, která se, pokud vůbec, dá vyléčit jen těžko. Základem bio-psycho-sociálního modelu je pak komplexní pohled na lidskou osobnost a zahrnuje tak všechny její složky, včetně složky spirituální.

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislosti na alkoholu po dlouhá desetiletí. Na alkoholismus nahlíží jako na nemoc v lékařském smyslu slova, jako na chorobnou poruchu mozkových funkcí s určitými dědičnými dispozicemi. K hlavním východiskům patří tvrzení o biologicky vrozených dispozicích, které má jedinec nedobrovolně a které jej s vysokou mírou pravděpodobnosti předurčují k tomu, aby se stal na užívání alkoholu závislý. Například teorie o biologicky vrozené poruše vnitřní kontroly ve vztahu k užívání alkoholu, která jedinci brání překonat nutkání požívat alkohol. Na alkoholismus nahlíží stejnou optikou jako například na cukrovku, tedy jako na nemoc, která není vyléčitelná, ale je léčitelná. Může dojít ke změně, k celkovému zlepšení stavu závislého, a to za předpokladu dodržení stanovené diety, v našem případě abstinence od alkoholu. (Kalina et al., 2003a, s. 78 - 79).

Z dnešního pohledu je však biomedicínský pohled na problematiku závislosti považován za zjednodušující a nedostatečný. Jeho přínos spočívá mimo jiné v odmítnutí tradičního pojetí závislosti jako morálního selhání. Příkladem postupu v rámci biomedicínského modelu je medikace (Radimecký, Janíková a Piskáčková, 2007, s. 27).

V šedesátých 20. století letech byl biomedicínský model rozšířen o sociální a psychologickou úroveň.

Bio-psycho-sociální model je rozšířením biomedicínského modelu o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje, vzájemného podmiňování a sociálního prostředí. Alkoholismus vzniká v průběhu vývoje osobnosti, ve vzájemné interakci biologických, psychologických a sociálních faktorů. Genetické a psychologické dispozice získané v raném dětství, zranitelnost a odolnost jedince vyvíjející se na podkladech těchto dispozic, sociální a životní události v životě jedince, to vše může být spouštěčem závislosti. Proto i léčení závislosti musí obsáhnout všechny biologické, psychologické i sociální faktory, a jeho základem je komplexní pohled na osobnost člověka. Bio-psycho-sociální přístup není sice přístupem tradičně lékařským (biomedicínským), ale v zásadě zůstává přístupem ze zdravotnictví vycházejícím. Dokáže však spojovat jak biologické, psychologické, tak sociální a spirituální poznatky a rozvíjet tak spolupráci mezioborových týmů, aplikovat nové metody a pomáhat tak pacientům či klientům účinným a vědecky ověřitelným způsobem (Kalina et al., 2003a, s. 78 - 79).

Biologická úroveň - za biologické faktory považujeme některé problematické okolnosti v průběhu těhotenství matky – zda sama byla alkoholička. V případě, že se plod setkával s účinky alkoholu ještě před narozením, mluvíme o fetálním alkoholovém syndromu. Důsledky abúzu (nadužívání) alkoholu během těhotenství jsou například růstový deficit s nesouměrnou postavou, nebo změny v obličeji (tenký horní ret, malá vzdálenost mezi očima apod.). Kromě fyzického postižení bývá zasažena i oblast psychiky. Děti v kojeneckém věku jsou plačtivější a neklidné. Později se objevují potíže s pamětí, řečí, intelektové opožďování, potíže s pozorností a chováním. Abúzus alkoholu během těhotenství je častou příčinou mentální retardace (Černá, 2011).

Mylně bývá ve společnosti za pozitivní ukazatel označována zvýšená odolnost a tolerance vůči množství vypitého alkoholu v porovnání s ostatními, stejně konzumujícími jedinci. To je zatím dosud jediná, geneticky ověřená, souvislost týkající se vyšší vrozené tolerance alkoholu u dětí rodičů - alkoholiků. To, co je zprvu obdivováno, totiž že dotyčný jedinec má vyšší snášenlivost vůči alkoholu, nebývá mu zle v intoxikaci a ani po jejím odeznění – kocovině, je příčinou toho, že jedinec konzumuje více alkoholu než ostatní, pro dosažení stejného účinku (Kalina et al., 2003a, s. 91).

V důsledku působení alkoholu dochází také ke změnám v centrální nervové soustavě (CNS), k narušení přirozené rovnováhy a změně vnímání. Přirozená rovnováha CNS je nezbytná pro fungování organismu. Dlouhodobá, pravidelně se opakující intoxikace

rovnováhu CNS významně narušuje. Ve snaze udržet rovnováhu se CNS přizpůsobuje opakovaně alkoholem narušovanému a měněnému stavu této rovnováhy a pro její udržení je tedy stále nutná přítomnost alkoholu v organismu. Po přerušení konzumace se pak objevují abstinenční příznaky.

Psychologická úroveň - významnou roli na psychologické úrovni hraje prožívání matky v průběhu těhotenství, samotný porod a následná péče o dítě po porodu, kvalita a konzistentnost v uspokojování potřeb dítěte. Podpora v období dospívání, v období hledání vlastní identity. Duševní poruchy a choroby, například deprese, u nichž může být alkohol zpočátku jakousi sebemedikací vedoucí k uvolnění a zlepšení nálady, mohou vést k pozdějšímu abúzu alkoholu. Alkohol sám se tak stává příčinou depresivních a úzkostných stavů a posiluje tak další abúzus směřující ke vzniku a rozvoji závislosti (Kalina et al., 2003a, s. 92).

Sociální úroveň – prostředí, kde jedinec žije, jeho vztahy s okolím, společenský status, jeho sociální a finanční zajištění a další, individuální a specifické okolnosti, to vše tvoří rámec, který významnou měrou ovlivňuje vznik a rozvoj závislosti. Nedostatek času a pozornosti rodičů může vést mladistvé k hledání identifikačních vzorů mimo rodinu. Pocit přijetí a sounáležitosti pak vede k hledání takových jedinců nebo skupin, ke kterým by mohli přináležet, pakliže tato potřeba není uspokojována základní rodinou. Jestliže dítě vyrůstá v rodině, jejíž člen nebo členové jsou závislí, vyrůstá v rodině, kde je pití alkoholu jakousi normou. V dysfunkční rodině, nepřehledných vztazích, nejistotě a strachu, kde velký vliv na funkčnost rodiny má skutečnost, zda je rodič intoxikován, či se snaží o odčinění následků intoxikace. Také únava nebo přepracování mohou být využívány jako zástěrky pro opilost. Vznik závislosti, a závislost sama, také podléhá vlivům významných životních a sociálních událostí, jako jsou například narození dítěte, rozvod, ztráta zaměstnání, finanční problémy, onemocnění. Ty mohou být jak příčinou, tak důsledkem závislosti (Kalina et al., 2003a, s. 93).

Jak uvádí Radimecký (2007, s. 11), v kontextu sociální úrovně si všímáme vlivu vztahů s okolím, které formují jedince jak v kladném, tak v záporném smyslu. Patří sem okolnosti jako rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociálního zajištění, vlastní prostředí jedince a další specifitější ovlivňování jako například kvalita rodinných vztahů, proces sociálního učení s podílem rodiny a jejími pravidly a morálkou.

Je patrné, že příčiny vzniku a rozvoje alkoholismu jsou různorodé. Nelze identifikovat jednu konkrétní vrozenou nebo získanou příčinu či okolnost, která by predikovala vznik a rozvoj závislosti. Jednou z mnoha příčin může být například dlouhodobá a snadná dostupnost alkoholu v prostředí, kde je pití levné, neomezeně dostupné, nebo kulturní prostředí, které častou konzumaci alkoholu toleruje. Specifičtějšími okolnostmi je kupříkladu vztah základní rodiny, partnera či přátel ke konzumaci alkoholu, nebo druh zaměstnání. Tyto jsou pak pro konzumenta větším či menším rizikem vzniku závislosti. Jednou z dalších možných příčin vzniku závislosti může být duševní choroba. Deprese se může stát příčinou k rozvoji závislosti u někoho, kdo ke vzniku závislosti nemá žádné vrozené předpoklady. Jeho základní rodina zaujímala ke konzumaci alkoholu negativní postoj a žije a pracuje v prostředí, kde není alkohol téměř vůbec konzumován. Jediným možným závěrem je, že ke vzniku závislosti přispívá mnoho různých faktorů.

1.3 Typy a stádia alkoholismu

Závislost na alkoholu se neprojeví vždy navlas stejně. Podoba závislosti bude ovlivněna vlastnostmi postiženého jedince, prostředím a kulturou, v nichž žije a pije. Důvody vedoucí ke vzniku závislosti nelze objasnit jediným vysvětlením, které by se hodilo na každého závislého. Nelze říci, že určitá část lidí je, například kvůli svým genům, odsouzena k závislosti, zatímco ostatní můžou beztréstně popíjet. Výsledky mnoha výzkumů však nasvědčují, že genetické vlohy mohou být určitým predisponujícím faktorem vzniku závislosti. Zároveň nám ale také genetické studie dokazují, že pouhé geny k vysvětlení vzniku závislosti nestačí (Edwards, 2000, s. 59).

Jinak vypadá rané a jinak pozdní stádium závislosti. Jsou však určité specifické rysy syndromu závislosti, které se projeví velmi podobně u každého jedince. Ať už se jedná o mladého nebo starého člověka, muže či ženu, pocházející ze stabilního, nebo nestabilního sociálního zázemí, povahou veselého, nebo naopak depresivního. Závislost je duševní, duchovní i tělesná choroba.

Světová zdravotnická organizace přijala za svou definici lékaře E. M. Jellineka (Sournia, 1986, s. 205): „*Alkoholici jsou nadměrní pijáci, jejichž závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že se u nich projevují značné duševní poruchy nebo jsou patrné následky na duševním či tělesném zdraví, na mezilidských vztazích, na normálním*

sociálním a profesním postavení, nebo u kterých se projevují náznaky uvedených následků. V tomto případě je potřeba, aby podstoupili léčbu.“

Stěžejním je pak Jellinekovo dílo *The disease concept of alcoholism* (Alkoholismus jako nemoc) z roku 1960, v němž definuje alkoholismus jako jakýkoliv způsob užívání alkoholických nápojů, který poškozuje jedince nebo společnost, nebo jedince i společnost. Jellinek popsal pět stádií – typů, alkoholismu (Sournia, 1986, s. 206):

- typ alfa - setrvalá, čistě psychologická závislost, kdy člověk hledá útočiště v alkoholu při tělesných a duševních obtížích; alkohol slouží jako prostředek ke sblížení se s lidmi; psychická a somatická závislost není přítomna; nevede ke ztrátě schopnosti abstinovat,
- typ beta - typický je přizpůsobivý piják; příležitostné pití vedoucí k abúzu alkoholu, může často souviset s touhou odlišit se od ostatních; tolerance a frekvence se stupňují, zatím ale bez tělesné nebo psychické závislosti,
- typ gama - se projevuje tělesnou závislostí na alkoholu se stoupající tolerancí vůči alkoholu, opakujícími se abstinenčními příznaky vedoucími ke ztrátě kontroly a schopnosti abstinovat; rozvíjí se psychická závislost,
- typ delta - neschopnost abstinovat, jedinec není ani opilý ani střízlivý – je zvyklý na určitou hladinu alkoholu v krvi, bez přísunu alkoholu se projevují abstinenční příznaky; v popředí je závislost somatická,
- typ epsilon - je blízký závislosti typu delta; často se opakující intoxikační krize a alkoholické excesy; rizika jsou zde somatického a psychického rázu.

Dlouhotrvající nadměrné pití, ať už jsou jeho příčiny jakékoliv, způsobuje adaptaci buněk organismu na přísun alkoholu. Což má za následek stále se zvyšující stupňování dávek k dosažení účinku, ke kterému dříve stačila menší dávka látky. Při poklesu nebo odnětí látky – alkoholu je typický neklid, nervozita, třes, pocení, návaly horka, dávení až zvracení, nespavost, děsivé sny. Pokud se tyto komplikace objevují ještě za přítomnosti látky v těle, například při hladině alkoholu 1-1.5 promile, lze očekávat intenzivní odvykací příznaky (Heller, Pecinovská, 2011, s. 22).

Již víme, že na vznik a rozvoj závislosti mají vliv různé okolnosti. Patří mezi ně i věk při začátku pití a způsob zneužívání alkoholu. Obecně lze konstatovat, že čím více biologických dispozic a sociálních okolností a čím mladší jedinec začne alkohol pravidelně

konzumovat, tím rychleji se závislost rozvíjí. Závislost lze vypěstovat i dlouhotrvajícím pravidelným pitím, což ale zabere více času.

Rozvoj závislosti od zdánlivě nevinného společenského pití až po chronický alkoholismus podle Jellinekovy klasifikace vývojových stádií závislosti (Heller, Pecinovská, 2011, s. 14 - 19):

1. stádium – iniciální, počáteční; svým pitím se jedinec nijak neliší od svého okolí a společenských norem, neobjevují se zřetelné opilosti a ve společnosti má takový jedinec pověst člověka, který hodně snese a není to na něm vidět. Alkohol se mu osvědčuje pro řešení situací, které se mu ve stavu střízlivosti zdají neřešitelné – jinak svůj problém řešit neumí. Pokud najde řešení problému, třeba za pomoci psychoterapie, omezí i své pití.

2. stádium – prodromální, varovné; rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání žádaného pocitu je potřebná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, která se už projevuje zřetelnou opilostí, ta se ovšem objevuje jen jako jakési „nedopatření.“ Jedinec si je vědom, že jeho pití může být nápadné, a proto se v opilosti maximálně kontroluje a začíná své pití skrývat. Pije potajmu, což v něm prohlubuje pocity viny, a za své jednání se začíná stydět, usiluje o ovládnutí účinků alkoholu, čímž uvede do pohybu bludný kruh závislosti.

3. stádium – kruciální, varovné; jedinec snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná opilost, dochází však k tomu, že hladina, která je jedincem vnímaná jako příjemná, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Dochází ke změně kontroly, kdy jedinec usiluje o napítí, ale s cílem neopít se – přestat včas a ne vždy každé napítí končí opilostí. Mluvíme tedy pouze o změně, nikoliv o ztrátě kontroly v pití. Jedinec buduje racionalizační systém – systém, jímž se snaží sobě i okolí omluvit a vysvětlit své pití. Čím více se chování jedince vzdaluje od jeho původního systému hodnot, tím více roste jeho pocit viny a tím více začíná věřit svému racionalizačnímu systému. Usiluje o „pití s mírou.“ Jeho cílem není nepít, ale neopít se. Jedinec, často pod tlakem okolí, dokáže i dlouhodobě abstinovat, tuto abstinenci však paradoxně vnímá jako důkaz toho, že ještě může „kontrolovaně“ pít. Původní problémy, které pití odstartovaly, ustupují do pozadí a v popředí již stojí problémy způsobené nadměrným pitím. V tuto chvíli se jedná o projev choroby, kterou nemůže zastavit jedinec sám a ani jeho okolí, neobejde se bez odborné pomoci.

4. stádium – terminální, konečné; charakteristickým znakem čtvrtého stádia jsou tzv. ranní doušky, kdy je jedinec nucen nepříjemný stav po vystřízlivění léčit další dávkou alkoholu, a pokračuje-li dál, vzniká několikedenní tah, během něhož jedinec nevystřízliví. V důsledku vyčerpání rezerv organismu a poškození jater stačí jedinci už malá dávka alkoholu. Objevují se nejrůznější orgánová poškození, ať už jater, slinivky břišní, trávicího, oběhového či nervového systému, včetně duševních poruch. Jedná se o stav, kdy to nejde ani s alkoholem a ani bez něj. Ve třetím a čtvrtém stádiu může dojít v důsledku abúzu alkoholu ke vzniku chronického stádia závislosti na alkoholu - následky abúzu se stávají trvalými a neodstranitelnými.

V prvním stádiu jsme zmínili, že pokud jedinec své problémy vyřeší, omezí se zpravidla i jeho konzumace alkoholu. Je však pravděpodobné, že na další problémy bude znovu reagovat pitím. První a druhé stádium závislosti ještě není nemocí v lékařském slova smyslu. O vlastní nemoci začínáme hovořit ve třetím a čtvrtém stádiu. Většina pacientů nevyhledá léčbu ani ve třetím stádiu. K tomu obvykle dochází až ve čtvrtém stádiu.

1.4 Důsledky závislosti na alkoholu

Z hlediska sociální práce definuje Matoušek (2003, s. 270) závislost jako „*Stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak psychickou i sociální.*“

Závislost na alkoholu zasahuje jak do somatického, psychického, tak sociálního fungování jedince. Tyto tři oblasti jsou závislostí navzájem propojeny, zhoršení v jedné oblasti se tedy zákonitě projeví i zhoršením ve zbývajících dvou.

Somatické důsledky závislosti na alkoholu - játra jsou orgánem, který je nadměrnou konzumací alkoholických nápojů poškozen nejdříve. Pokud pití pokračuje, rozvíjí se jaterní cirhóza. Je-li jaterní buňka soustavně zatěžována odbouráváním alkoholu, dochází ke změnám v metabolismu lipidů (tuků), což má za následek jaterní steatózu (ztukovatění jater). Ta může, pakliže cirhotik nedodrží trvalou abstinenci, která je základní podmínkou pro udržení života, vyústit až v jaterní selhání a smrt. Byl prokázán přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a výskytem jaterních cirhóz. Nejméně 50 % všech cirhóz je způsobeno abúzem alkoholu. Vzhledem k individuální rozdílnosti v odolnosti každého jedince je obtížné stanovit bezpečnou dávku alkoholu. Zdá se ale, že již denní dávka

20 gramů čistého alkoholu (tj. 0,5 l 12° piva, 0,2 l vína, 0,05 l destilátu) může, při dlouhodobé konzumaci vést nejenom k poškození jater. K rozvoji jaterní cirhózy stačí konzumovat denně, po dobu pěti let, 60 gramů čistého alkoholu u muže a 20 gramů alkoholu u ženy. Slinivka břišní je dalším orgánem, který trpí dlouhodobým abúzem alkoholu. Akutní zánět slinivky břišní je velmi bolestivé onemocnění, které může vést k úplnému zničení slinivky břišní a k úmrtí postiženého. Trávicí trakt je poškozován přímým kontaktem alkoholu s citlivou sliznicí, od dutiny ústní až po konečník. Na poškozené sliznici snadno vznikne žaludeční vřed. Přímým, toxickým vlivem alkoholu na sliznici tenkého střeva dochází ke zhoršenému vstřebávání vitamínů a živin. U nadměrně pijících žen se lze často setkat se záněty močových cest. Alkohol narušuje také vzhled svých uživatelů. Porucha odbourávání steroidů v játrech vede k feminizujícímu efektu u mužů a maskulinizujícímu efektu u žen. Zjednodušeně řečeno, alkohol bere mužům mužnost a ženám ženskost. Kožní projevy mohou být jak nápadné (zarudlá tvář a víčka, zduřelý červený nos, překrvení spojivek apod.), tak diskrétní. Například modřiny po těle, jejichž původ nedovede postižený objasnit (Heller, Pecinová, 2011, s. 55 - 63).

Psychické důsledky závislosti na alkoholu - mezi důsledky alkoholové závislosti, které poškozují psychiku, patří delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, Korzakovova psychóza a alkoholická demence (Heller, Pecinová, 2011, s. 71 – 82):

- delirium tremens se typicky rozvíjí 48 – 72 hodin po přerušení, nebo výrazném omezení příjmu alkoholu; může ale se objevit i 7 až 10 dní po přerušení konzumace alkoholu; mírnějšími projevy je pocení, nervozita, úzkost, neklid, nespavost a děsivé sny následovány zrakovými halucinacemi v podobě malých zvířat i lidských postav, které postižený volá, dezorientace v čase a místě; delirium obvykle trvá 3 až 6 dní a je zakončeno hlubokým spánkem,
- alkoholická halucinóza je provázena sluchovými halucinacemi a pocitem pronásledování; často je provázena nočními děsy nebo hrůznými sny, které přetrvávají do probuzení, na rozhraní mezi spánkem a bděním,
- alkoholická paranoidní psychóza se častěji vyskytuje u mužů a lze ji rozpoznat jako obranný postoj, do kterého se jedinec dostal fakticky kvůli alkoholu; podezřívavost, vztahovačnost, nedůvěřivost, opakované nedorozumění a hádky, spolu s pocitem viny a narušením sexuálního života, prohlubují žárlivecký blud postiženého; terapie této psychózy bývá náročná, s farmakologií, v kombinaci s dlouhodobou psychoterapií, se

ale ukazuje být účinná; přesto některé pozůstatky psychózy, podle struktury osobnosti, postiženého jedince zůstávají,

- Korzakovova psychóza nese jméno po S. S. Korzakovovi, který tuto psychózu v roce 1887 popsal; typickým příznakem je porucha krátkodobé paměti; mezery v paměti postižený vyplňuje konfabulacemi (smyšlenkami), kterým sám věří; častěji se vyskytuje u žen, okolo padesátého roku věku, po dlouhodobém abúzu alkoholu, zejména destilátů; alkoholická demence znamená celkový úbytek duševních schopností a od stařecké demence se liší zejména dobou nástupu, kdy tato přichází okolo 50. roku, ale i dříve.

Obecně lze konstatovat, že každá z uvedených psychóz je následkem dlouhodobého nadužívání alkoholu a musíme ji považovat za závažnou chorobu, zanechávající trvalé stopy poškození na psychice postiženého (Heller, Pecinová, 2011, s. 71 – 82).

Sociální důsledky závislosti na alkoholu - ke zhoršení kvality života dochází také v sociálním prostředí postiženého. Následky závislosti jsou devastující nejenom pro závislého samotného, ale i pro jeho rodinu a společnost. Primárně bývá postižena rodina závislého jedince. Mění se chování jedince narušuje podmínky pro tvorbu příznivého rodinného prostředí a vztahů. Závislí jedinci jsou často agresivní, se sklonem k jednání v afektu. Bývají bezohlední ke svým partnerům a dětem. Závislý člen rodiny není schopen plnit své základní rodinné funkce. V podstatě nezastává svou roli jako partner, rodič nebo - - častěji v případě závislých mužů - jako živitel a ochránitel rodiny. Klesá míra ochoty zůstat ve vztahu se závislou osobou, která je způsobena postupnou ztrátou důvěry a úcty k závislému, a je proto častým důvodem k rozvodu manželů a rozpadu rodiny. Zpravidla jsou to ženy, které setrvávají po boku závislého partnera déle. Ženy také častěji získávají děti do své péče.

Kolegové v práci nebo sousedé, kteří zaregistrovali opakující se opilosti postiženého, se od něj začínají odvracet. Nežádá kdy je závislost doprovázena ztrátou zaměstnání, k níž vedlo zhoršení pracovní výkonnosti jako důsledek snížené koncentrace a většího množství chyb. Ztráta zaměstnání může vést až k úplné ztrátě pracovních návyků, což následně vytváří větší nároky na systém sociálního zabezpečení. Není výjimkou, že tyto lidé končí jako bezdomovci na ulici. Společnost zprvu reaguje na drobné výkyvy jako na jakási uklouznutí a nedopatření, postupně však začíná svůj postoj k závislému měnit, pokud jedinec opakovaně překračuje normu konzumace alkoholu. Sociální status

postiženého jedince se zhoršuje a je na něj pohlíženo skrz prsty. Pod vlivem alkoholu je také častěji páchána trestná činnost, častěji dochází ke škodám, ať už na zdraví, či majetku.

Za sociální indikátory možného výskytu závislosti lze podle Pecinové a Hellera (2011, s. 106) považovat následující ukazatele:

- rodinné a partnerské konflikty, stížnosti sousedů, zásahy police, rozvodové řízení,
- hrubé nedostatky v péči o děti, zhoršení jejich prospěchu ve škole, násilí na dětech, nebo jejich sexuální zneužívání,
- ztráta zaměstnání, neuvážená výpověď závislého, navzdory kvalifikaci propad do nekvalifikovaného zaměstnání,
- absence v zaměstnání, maskovaná jednotlivě čerpanými dny dovolené, útoky do nemoci, omluvy prostřednictvím rodinných příslušníků, ztráta důvěry zaměstnavatele,
- odejmutí řidičského průkazu následkem řízení v opilosti,
- opakující se pobyty na záchytné stanici.

Poruchy, ať už tělesného či psychického rázu, způsobené alkoholem mají oproti podobným poruchám, které jsou vyvolané jinými příčinami, určitá specifika. Míra poškození organismu závisí jak na denní dávce alkoholu, věku při začátku pití, frekvenci pití a době trvání abúzu, tak na individuální vnímavosti jedince a na dané genetické dispozici.

2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Komunita je ze sociologického hlediska v Českém Encyklopedickém slovníku (1993, s. 534) definována jako společenství osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku. Z psychologického hlediska (tamtéž) pak jako typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti (např. mezi pacienty a personálem), čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.

Ve Slovníku sociální práce definuje Matoušek (2003, s. 92) komunitu jako společenství, zahrnující lidi, kteří žijí, či spolupracují v jedné instituci, nebo jedné lokalitě.

Terapeutická komunita je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, při níž spolu klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, po určitou dobu žijí a kde je kladen důraz na všestrannou, otevřenou komunikaci. Kromě skupinových sezení sdílejí společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společenosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Klienti přestávají být pasivními konzumenty terapie a jsou vedeni k tomu, aby si při léčení vzájemně pomáhali. Komunita je terapeutická proto, že kromě zmíněné projekce umožňuje zpětné informace o sociálně nežádoucím, nepřizpůsobivém chování a podněcuje k získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl při jejich vzniku. Umožňuje korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších, adaptivnějších, způsobů chování (Kratochvíl, 1979, s. 11 - 13).

Od konce 2. světové války začaly vznikat terapeutické komunity pro pacienty s psychiatrickými problémy, zejména vojáky s psychickými traumaty. Kooyman (2004, s. 11) uvádí, že základy modelu terapeutických komunit tedy vznikly jako reakce na požadavek zotavení co největšího množství vojáků tak, aby se mohli vrátit zpět na frontu. Tom Main provedl po skončení války reorganizaci získaných zkušeností a zavedl pro model léčebné jednotky, jako společenství povzbuzovaného vzájemnou podporou a spoluprací a na které pohlížel jako na kolektivního doktora a zároveň také jako na prostředek léčby, termín „terapeutická komunita“ (Kalina, 2008, s. 24).

Zejména Maxwell Jones popsal a realizoval principy, z nichž pak vycházeli a dále je rozvíjeli další následovníci. V roce 1948 formuloval pět základních zásad terapeutických komunit (Kalina, 2008, s. 28):

- oboustranná komunikace na všech úrovních,
- proces rozhodování na všech úrovních,
- společné vedení,
- společný postoj v přijímání rozhodnutí,
- sociální učení v interakci tady a teď.

Terapeutické komunity zakládané po vzoru Maina a Jonese, které jsou nazývány komunitami demokratickými, vnesly řadu revolučních pohledů do systému psychiatrické péče. Zejména snahu přeměnit hierarchické vztahy na demokratičtější a otevřenější, díky čemuž vstoupily na pole psychiatrie jiné profese, a mohl se tak rozvíjet mezioborový přístup. Ke vzniku hierarchických komunit vedla rostoucí populace drogově závislých a přesvědčení, že psychodynamické a humanistické přístupy jsou u drogově závislých nefunkční. První hierarchickou komunitou byl Synanon založený Charlesem E. Dederichem. Dederich nebyl profesionálem z oblasti duševního zdraví. Byl to bývalý alkoholik, aktivní člen Anonymních alkoholiků, od nichž odešel se svou představou společenství, které se nejenom pravidelně schází, ale dlouhodobě spolu žije. Principem, na kterém hierarchické komunity stavěly, byla konfrontace, kdy se členové skupiny učili nebát se vzniku konfliktů a učili se je řešit adaptivnějším způsobem, stupňovitá hierarchie členů týmu, klientů a spiritualita. Hierarchické komunity byly převážně neprofesionální, zdůrazňovaly svépomoc a postupnou hierarchii směrem nahoru, od ex-userů přes členy terapeutického týmu a vedení komunity (Kalina, 2008, s. 33 - 41).

Oba dva přístupy se po dlouhou dobu uplatňovaly zcela odděleně. Demokratický přístup se setkával s nezdarem při práci s drogovou a alkoholovou závislostí a hierarchický zase pohlížel na profesionály z řad psychiatrů, psychologů a terapeutů s nedůvěrou. Jako na ty, kteří toho nemohou mnoho nabídnout, pakliže si sami závislostí neprošli. Martien Kooyman transformoval strukturu, kterou nabízel hierarchický model, do modelu demokratického v terapeutické komunitě Emiliehoeve. Ta se tak stala příkladem profesionálně vedené terapeutické komunity, využívající skupinovou dynamiku a sociální učení pro práci s náročnou klientelou závislých. Společnými znaky obou typů komunit je

neformální a otevřená atmosféra, místo pro setkávání celé komunity, společné úsilí při udržování a chodu komunity, terapeutická úloha klientů a jejich podíl na vedení komunity, společné hodnoty a myšlenky (Kalina, 2008, s. 58).

Terapeutické komunity, které vznikaly v USA zejména na podkladě svépomocných skupin, stejně jako komunity vznikající v Evropě po 2. světové válce byly odpovědí na trestající formu léčby. Tedy na zavírání a kontrolu nemocných jedinců do léčebných zařízení, která existovala dříve. Terapeutické komunity pro psychiatrické pacienty a komunity pro závislé vznikaly odděleně. V evropských komunitách, které byly zakládány na Jonesových demokratických principech, měli pacienti respekt a autoritu profesionálů, kteří se o svou profesionalitu dělili s pacienty (Kooyman, 2004, s. 14).

Terapeutická komunita je zpravidla nestátní zdravotnické zařízení. Jedná se o specializované pobytové zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k takovému způsobu života, který je spojen s abstinencí. Cílovou skupinou jsou tedy osoby závislé na návykových látkách.

2.1 Filosofie terapeutických komunit

Sdílení demokratických rysů představuje spojnici mezi demokratickým a hierarchickým typem komunit. Vývoj ukazuje, že jak důsledné formální dodržování principů demokracie (rovnost hlasů při rozhodování), tak opomenutí demokratických principů (neomezená moc vůdce, či skupiny, vláda pravidel a hierarchické struktury) nejsou možné pro udržení bezpečného terapeutického prostředí. Snaha proto směřuje k rozvoji terapeutických komunit s kulturou tzv. omezené demokracie. Tedy takovou kulturou, kde jsou pravidla a struktura hierarchie průhledná, o rozhodnutích lze diskutovat a klienti se podílejí na vedení komunity a přijímají odpovědnost za její chod (Kalina, 2008, s. 78).

Terapeutické komunity sdílejí humanistické pojetí člověka jako bytosti, která je primárně hodná úcty a respektu, je obdařena rozumem a svobodnou vůlí a která není prvoplánovaně špatná a zlá, nýbrž je obdařena velkým potenciálem dobra. Dívají se na člověka jako na bytost, která může podlehnout pudům ničícím sebe i okolí, ale která má svobodu rozhodnout se, jaký životní směr a dráhu si zvolí, co opustí a v čem setrvá (Kalina, 2008, s. 78).

Nespornou výhodou terapeutických komunit je, že jejich filosofie je pro klienty pochopitelná. Kooyman (2004, s. 14) uvádí, že velká většina komunit přijala za svou filosofii tak, jak ji formuloval Richard Beuvasie :

„Jsme tady, protože už není, kam bychom unikli sami před sebou. Dokud se člověk nepostaví před zraky a srdce ostatních, utíká. Dokud člověk nevěří druhým, aby s nimi mohl sdílet svá tajemství, není v bezpečí. Když se bojí, že jej poznají, nemůže poznat sám sebe ani druhého. Bude stále sám. Kde jinde, než mezi sebou najdeme takové zrcadlo? Tady – společně – se člověk může konečně podívat na sebe jasně. Neuvidí hrdinu svých snů, ani trpaslíka svých nočních můr, ale pozná se jako člověk, část celku se svým dílem odpovědnosti. Na takovém místě můžeme všichni zakořenit – a růst. Již nikdy sám – do smrti, ale žít s druhými a pro druhé.“

Základy léčebné filosofie terapeutických komunit lze shrnout následovně (Kalina, 2008, s. 80):

- diagnóza není rozhodující – uvnitř komunity má malou výpovědní hodnotu (např. ji mají všichni), cílem je bránit stigmatizačnímu dopadu diagnózy,
- symptomy nejsou v popředí pozornosti – význam se symptomům přikládá v interpersonálním a sociálním kontextu, zájem je soustředěn nikoliv na projev, ale na podstatu poruch,
- rozhodující je zdraví, ne nemoc – úsilí směřuje k rozvoji potenciálu člověka, k jeho zdraví, růstu, seberealizaci a vnitřní svobodě,
- bio-psycho-sociální přístup – jako přístup oslovují komplexnost člověka, který je často rozšířen i spirituální úroveň,
- zdrojem problému, či poruchy je jedinec – vztah individuálního já k sobě samému, k okolí a ke svému životnímu příběhu,
- terapeutická komunita je místem změny – kde vztah k sobě, vztahování se k druhým, hodnoty a postoje závislého podléhají revizi; kde dodržování pravidel a rolí vede k žádoucím změnám a kde se zkušenosti, problémy a obtíže „tam a tehdy“ mohou měnit na „tady a teď“
- změna se upevňuje i mimo prostředí komunity – cílem je zachování dosažené změny, užívání získaných, či obnovených schopností a dovedností, zvládnání krizových situací,

- změna promítnutá do celého života – zotavení je součástí celoživotního scénáře a procesu osobního růstu.

Filozofie, na které je pobyt v terapeutické komunitě postaven, spočívá mimo jiné na dobrovolném vstupu klienta. Jeho pobyt a odchod z komunity je zcela dobrovolný.

2.2 Účinné faktory terapeutických komunit

Škodlivé užívání se mění v závislost v tu chvíli, kdy uživatel ztrácí kontrolu nad užíváním alkoholu, a ten pak začne řídit jeho život. Nepít je nemožné a pití se změnilo v nutkavé jednání. Závislost je pokračující škodlivý proces, kde se původní adaptivní jednání vymklo kontrole a začalo být samo o sobě problémem zasahujícím komplexnost člověka. Po biologické stránce přináší přerušování užívání zcela opačné pocity než ty, které jsou požadovány po užití drogy – alkoholu. Dlouhodobé poškozování mozku alkoholem vede ke ztrátě individuální schopnosti regulovat a kontrolovat pití a vede k oslabení ega, v důsledku čehož je velmi těžké odolat chuti na alkohol. V psychologické oblasti se závislí cítí provinile, že drogu užívají. Tento pocit po užití drogy mizí, ale po odeznění účinku se vrací v ještě silnější podobě. V partnerském vztahu nemusí být závislý jedinec schopen čelit partnerovi, jehož sebeúcta pramení z toho, že žije vedle závislého a slabého jedince. V rodině tak může závislý zastávat zástupnou roli, pro odvrácení pozornosti od jiných problémů v rodině. Ve společnosti je závislý člověk stigmatizován a společnost takové jedince nezřídka nepřijímá, a to ani po absolvování léčby, v duchu hesla „jednou alkoholik, navždy alkoholik“ (Kooyman, 2004, s. 22 - 25).

K tomu, aby byla komunitní léčba úspěšná, je nutné pracovat se všemi zmíněnými oblastmi. To je možné právě v bezpečném prostředí komunity, které na jedince působí po celou dobu jeho příslušnosti k tomuto společenství. V komunitě se jedinec zaměřuje sám na sebe a na vztahy k ostatním členům komunity. Právě vztahování se k druhým a následné vyvolané reakce, kterým jedinec nerozuměl, nebo je neuměl zpracovat adaptivnějším způsobem, stojí často v popředí vzniku závislosti.

Kooyman (2004, s. 25 - 28) pracuje v kontextu léčebného postupu uplatňovaného v terapeutické komunitě s následujícími teoriemi závislosti, které objasňují možné příčiny vzniku závislosti.

Biologická teorie závislosti - pracuje s teorií, že lidé, kteří se stávají závislími, mají někdy sníženou toleranci vůči bolesti – jsou více zranitelní, kdy tato zranitelnost může být následkem traumatu, nebo může být vrozená. Terapeutické komunity nenabízí, v souladu se svou základní filosofií, žádnou náhražku drogy. Jedinec se buď snaží své emoce skrývat (například fyzickou a psychickou bolest jako následek dávných traumat), nebo má opačnou tendenci, a to bolestivé zážitky vyhledávat (traumatizované osoby mají tendenci traumatickou situaci opakovat). Terapie pak usiluje o prolomení individuálních obran proti bolestivým vzpomínkám.

Psychoanalytické pojetí teorie závislosti - se od psychoanalytické léčby v terapeutické komunitě značně liší. Klient v komunitě ponejprv mění své chování, pak prožívá emoce, které změnu doprovázejí, a nakonec se učí rozumět tomu, co se děje. V psychoanalýze je tomu zpravidla naopak.

Behavioristická teorie závislosti - vychází z rámce terapeutické komunity jako prostředí, kde se klient „přeučuje“ a mění sociálně nežádoucí chování. Žádoucí chování je posilováno ostatními členy komunity. Nést zodpovědnost za své chování, konfrontace s emocemi, kterých se klient bojí, a učení se překonávat strach jsou základními pilíři, na kterých behaviorální terapie staví.

Systémově orientovaná teorie závislosti - představuje pro klienty terapeutické komunity systém náhradní primární – rodinné péče, jako náhradní rodiny, poskytuje bezpečné místo pro osobní růst a učení se z chyb. Neustálá podpora systému – komunity mění škodlivé obrany a nefunkční chování ve funkční a vytváří pozitivní vzorce k zvládnání problémů. Podporováno je pozitivní chování, s negativním „závisláckým“ chováním je klient tvrdě konfrontován. Klienti se učí respektovat sebe i druhé, dávat a přijímat lásku a cit.

Sociální teorie závislosti - klient se nachází v prostředí, které je diametrálně odlišné od toho, ve kterém dosud žil. Klienti jsou chráněni před všemi připomínkami na prostředí, ve kterém žili a drogu užívali. Dlouhé vlasy jsou ostrihány, oblečení vyhozeno, či spáleno. Z komunity klienti vyrážejí do „vnějšího“ světa, do muzeí, divadel, za sportem a učí se poznávat dobré a zajímavé věci, o kterých pak ve společných seminářích diskutují.

Komunitní struktura umožňuje každému členovi být aktivní ve vlastním procesu zotavení. Konflikt, krize, rozlada, nebo osobní krize jsou žádaným terapeutickým

materiálem pro korektivní zkušenost a sociální učení. Existují však pacienti, kteří se nesnadno sžívají s komunitním životem a raději by zaujali pasivní roli, kdy zodpovědnost za jejich léčbu nese personál a lékař. Cesta, jak ze společenství původně neznámých lidí lidi vytvořit terapeutickou komunitu, je nelehká a vyžaduje mnoho úsilí a práce jak ze strany terapeutického týmu, tak ze strany samotných klientů. „*Komunita je čímsi více než souhrnem svých částí, svých individuálních členů*“ (Hartl, 1997, s. 183).

Všechny zmíněné teorie závislosti společně s léčebným procesem v terapeutické komunitě tvoří jádro účinných prvků, které představuje základní charakteristiku terapeutických komunit a které je pilířem, na němž stojí úspěšný výsledek léčby. Významu jednotlivých prvků může každá teorie přikládat větší či menší význam. Obecně lze účinné faktory, které jsou teoriím společné a vytvářejí prostředí terapeutické komunity, shrnout následovně. Jako prostředí, v němž jedinec nalezne:

- terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem,
- spoluúčast všech členů komunity na léčení, kdy se každý člen stává aktivním účastníkem na své léčbě i na léčbě ostatních,
- náhradní rodinu, která poskytuje bezpečné prostředí a ochotu ke spolužití, ve kterém se klienti učí překonávat své individuální rozdíly,
- terapeutickou strukturu, která nabízí bezpečí a jistotu; existuje zde poměrně málo pravidel, ale ta jsou jednoznačná a snadno pochopitelná a jejich dodržováním se tak předchází ztrátě kontroly a vzniku chaosu,
- ucelenou a srozumitelnou filosofii,
- vzájemnou komunikaci, která probíhá na všech úrovních bez ohledu na hierarchii a přináší do vztahů, nejenom mezi klienty, ale i mezi personálem otevřenost, vstřícnost, porozumění i vhléd do chování jednotlivců a mezilidských vztahů,
- rovnoprávnost v rozhodování a rovnováhu mezi demokracií a autonomií; členové se sami podílejí na řízení komunity,
- pospolitost, která vzniká rozvíjením vztahů mezi členy komunity; klient se podílí na chodu komunity a tím pozvolna překonává strach ze selhání a odmítnutí, to má pozitivní vliv na růst jeho sebevědomí; pomocí druhým si klient uvědomuje, že má pro druhé cenu, což zvyšuje jeho sebeúctu,

- zpětnou vazbu jako informaci o tom, jak jeho chování působí na druhé lidi; klient se díky tomu učí rozumět svému chování, učí se dělat rozhodnutí a přijímat důsledky za svá rozhodnutí,
- konfrontaci, kdy je podporováno řešení konfliktů tváří v tvář a klient zjišťuje, že konfrontace nemíří vůči jeho osobě, ale vůči jeho chování,
- interpersonální učení, ke kterému dochází v rámci vzájemných vztahů při společném soužití členů komunity, díky čemuž má jednotlivec možnost poznat a korigovat své působení na vznik, trvání a opakování svých problémů a konfliktů,
- katarzi, emoční podporu a uvolnění jako součást terapeutického procesu, pomáhající klientům odstranit bariéru původně nepřímo projevovaných nežádoucích emocí (úzkost, hněv), která byla vystavena proto, aby tyto emoce zadržela jako nežádoucí; emoční uvolnění bývá spojeno s prožitkem přijetí (terapeutem, skupinou, sebou samým) klientovy jedinečnosti, která je pak představována sdílením emocí a projevováním účasti a porozuměním.

Lze tedy říci, že účinným terapeutickým prostředkem je terapie samotná. Díky zkušenostem z komunity je jedinec schopen žít bez závislosti. V komunitě se naučil, jak zvládat krizové a konfliktní situace bez užití návykové látky. Prostřednictvím zpětné vazby a interakcí s ostatními členy komunity dospěl k přehodnocení svých minulých zkušeností se sebou a s ostatními. Naučil se jiným, adaptivnějším způsobům chování a rozvíjel své sociální dovednosti. Zažil pocit přijetí, podpory, sounáležitosti a pocit bezpečí v řádu a struktuře. To mu umožnilo porozumět svému chování a prožívání, tak jako porozumět chování a prožívání druhých. Postupně také převzal odpovědnost za své jednání a své pocity a v bezpečném prostředí komunity si vyzkoušel nové způsoby, jak být s druhými. Přesvědčil se o funkčnosti pozitivní změny a nabyl důvěru v sám sebe, ve své jednání, chování a prožívání tak, aby byl přesvědčen, že se může odvážit i dalších změn a života mimo terapeutickou komunitu.

2.3 Sociální pracovník v terapeutické komunitě

Jedna ze starších definic sociální práce nám říká, že sociální práce je zkrátka to, co dělají sociální pracovníci. Formulace cílů a poslání sociální práce se proměňuje v závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu. Matoušek (2003, s. 213) uvádí pod pojmem sociální práce společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování zmírňování a řešení sociálních problémů.

Podstatou sociálního fungování je udržení rovnováhy mezi požadavky a očekáváním sociálního prostředí, na které je jedinec nucen reagovat. Je-li tato rovnováha jako následek nedostatku dovedností na straně jedince nebo nepřiměřenosti požadavků prostředí vůči jedinci na straně druhé narušena, vzniká problém. Cílem sociální práce je snaha o podporu nebo znovuoobnovení této rovnováhy. Závislí klienti se často ocitají v takových životních situacích a pohybují se v sociálně a kulturně odlišné společnosti, která na ně klade jim nesrozumitelné, těžko přijatelné a obtížně zvládnutelné požadavky (Kalina et al., 2003b, s. 70).

„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám, zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu podmínek pro tento cíl“ (Národní asociace sociálních pracovníků, 1973 cit. podle Matoušek, 2012, s. 184).

Vychází-li sociální pracovník z této definice, je nezbytné, aby si ujasnil dvě stanoviska, která z podpory schopnosti sociálního fungování vycházejí. Které činitele sociálního fungování považuje za podstatné a které překážky, problémy a předpoklady sociálního fungování sehrály nebo sehrávají v životě klienta, či skupiny klientů rozhodující úlohu. Na zřetel sociální pracovník také bere jedinečnou osobnost každého klienta. I s přihlédnutím k této jedinečnosti pak volí takové cíle a metody intervence, které mohou přispět ke změně životního prostředí klienta, vedou k posílení jeho schopnosti obstát v požadavcích sociálního prostředí a vedou tak k obnovení nebo udržení jeho sociálního fungování (Matoušek, 2012, s. 186).

Z výše uvedeného vyplývá, že je třeba seznámit se nejen s klientem jako takovým, ale i s prostředím, se kterým je klient ve vzájemné interakci.

O teorii a praxi v sociální práci nelze uvažovat jako o dvou oddělených nádobách. Obojí dohromady pomáhá sociálnímu pracovníkovi utvářet reálný obraz o klientovi a zároveň identifikovat, které aspekty z jeho prostředí na něj působí rozhodující měrou. Zde bere sociální pracovník v potaz nejen klientovo bezprostřední okolí, ale i například politické, sociální a kulturní aspekty. Kombinací teoretických znalostí a zkušeností získaných dosavadní praxí může sociální pracovník nejen rozšířit svůj odborný profesní záběr, ale i lépe a rychleji reflektovat klientovy potřeby (Payne, 2014, s. 33).

Sociální práce jako terapeutická pomoc, sociální práce jako reforma společenského prostředí a poradenské paradigma sociální práce - tak jsou označovány tzv. malá paradigmatu sociální práce, která vznikala v sociální práci v průběhu 20. století (Matoušek, 2012, s. 187).

Za stěžejní pilíř sociálního fungování, jako terapeutického paradigmatu, je považováno duševní zdraví a pohoda člověka. Pomoci jednotlivcům, skupinám a komunitám zabezpečit psychosociální pohodu, je cílem terapeutické intervence v tomto pojetí sociální práce. Důraz je kladen na komunikaci a budování vztahu. Sociální pracovník se soustředí na rozbor životní situace a osobnosti klienta a na zvládnutí požadavků společnosti klientem. Profesionální výbava sociálního pracovníka se pak opírá zejména o psychologické znalosti a terapeutický výcvik. Toto pojetí sociální práce staví na základě Rogersem formulovaných podmínek terapeutického vztahu. Přístup sociálního pracovníka má pak být nedirektivní, nehodnotící a jeho součástí je aktivní naslouchání a opravdovost (Kalina et al., 2003a, s. 71).

Druhé paradigma usiluje o reformu společenského prostředí. Představitelé tohoto pojetí sociální práce věří, že podpora a solidarita společenské vrstvy s vyšším socioekonomickým statusem má pomoci členům marginalizovaných skupin získat větší vliv na vlastní životy. Vychází z přesvědčení, že osobního a sociálního rozvoje, tak jak o něj usilují zastánci terapeutického a poradenského pojetí práce s klientem, nelze dosáhnout za nerovnoměrných sociálních podmínek ve společnosti. Představa sociálního fungování je tak opřena o společenskou rovnost. Sociální pracovník se opírá o vzdělání z oboru politologie, sociální filozofie a sociologie (Matoušek, 2012, s. 187).

V sociálně-právní pomoci, jako poradenském paradigmatu sociální práce, představuje sociální fungování schopnost zvládat problémy, možnost přístupu k informacím a odpovídajícím službám. Toto pojetí sociální práce je jedním z hledisek systému sociálních služeb, kdy cílem je především individuální pomoc klientům spočívající v zajištění dosažitelnosti potřebných sociálních služeb, a to poskytováním informací a kvalifikovaným poradenstvím. Zastánci tohoto pojetí sociální práce usilují o to, aby společnost a její instituce lépe vyhovovaly potřebám občanů. Kombinace znalostí z oboru psychologie, sociologie a práva tvoří rámec pro tuto formu pojetí sociální práce (Matoušek, 2012, s. 188).

Přes rozdíly mezi jednotlivými paradigmaty v přístupu k sociální práci a jejich vymezení sociálního fungování lze mezi nimi nalézt i společné cíle. Sociální pracovník v komunitě vychází ze sociální práce, jako z terapeutické pomoci, zejména kladením důrazu na komunikaci a budování vztahu. Druhé paradigma, sociální práce, jako reforma společenského hnutí, nabízí sociálnímu pracovníkovi pohled na společnost – komunitu, kde jsou si, ať už mají jakýkoliv sociální status, všichni rovni ve svém úsilí překonat závislost. A konečně třetí, poradenské paradigma, je reflexí úsilí sociálního pracovníka poskytnout klientům terapeutických komunit informace a poradenství o možnostech využití sociálních služeb.

Na sociálního pracovníka v komunitě jsou kladeny poměrně velké nároky, a to jak na jeho znalosti, profesionální dovednosti, tak na jeho osobnost. Spektrum znalostí, které by měl komunitní sociální pracovník obsáhnout, zahrnuje znalosti z oboru filozofie, sociologie, psychologie, sociální práce, sociální politiky a ekonomie. Osobnost sociálního pracovníka je jedním z jeho nejdůležitějších profesních nástrojů a zahrnuje určité předpoklady, které by měly být sociálnímu pracovníkovi vlastní. Úcta a respekt ke klientovi, víra, že každý jedinec je schopen růstu, rozvoje a sebezdokonalení, uznání klientovy hodnoty a důstojnosti, jeho jedinečnosti a kvality jeho osobnosti, schopnost vnímat klienta s jeho kladnými i zápornými vlastnostmi, přístup bez předsudků, nehodnotící, nemoralizující postoj, snaha o vcítění se do pocitů a situace klienta, právo klienta svobodně se rozhodovat a diskrétnost v zachování důvěrně sdělených informací (Matoušek, 2013, s. 36 - 37).

Při sociální práci se závislými jsou nezbytné systematické znalosti o jejich závislosti. O souvislostech jejího vzniku, jejím vývoji a důsledcích. Sociální pracovník věnuje pozornost nejenom zjevným problémům, ale také širším souvislostem klientovy situace. Proto je pro sociálního pracovníka nezbytné naslouchat klientovi tak, aby se dobře orientoval v jeho problémech, pochopil, jaké jsou jeho potřeby, a zvolil ze spektra možností sociálních služeb takovou, která bude nejvhodněji reflektovat a naplňovat potřebu klienta. V komunitě působící sociální pracovník by měl být schopen vykonávat svou práci v prostředí konfliktů a napětí. Měl by umět naslouchat potřebám jednotlivých členů i skupin žijících v komunitě, pomáhat členům komunity zapojit se do procesu léčby, hledat sociální priority a potřeby jednotlivce i komunity, vybízet členy komunity k poznání a uznání svých problémů, informovat o možnostech řešení a pomáhat s řešením těchto problémů v rámci možných dostupných sociálních služeb (Matoušek, 2013, s. 278).

Mezi často se vyskytující sociální záležitosti klientů v terapeutických komunitách patří zejména problematika (Makovská-Dolanská, 2007, s. 155):

- chybějících nutných osobních dokladů – občanský průkaz, průkaz pojištěnce,
- neplacení zdravotního pojištění,
- zajištění příjmu – obvykle formou sociálních dávek,
- trestně-právní problematika,
- možnosti bydlení a zaměstnání po ukončení léčby, registrace na úřadu práce
- ostatních zbývajících dluhů – například vůči institucím, rodině apod.

Role sociálního pracovníka v komunitě zahrnuje podporu a hledání pozitivních vlastností a zdrojů jak v komunitě jako celku, tak v jejích jednotlivých členech. Sociální pracovník si všímá zejména pozitivních zkušeností získaných v průběhu řešení problémů uvnitř komunity a oceňuje je. Přímé jednání, které vede k řešení problematických situací v komunitě, je vždy záležitostí jejích členů. Sociální pracovník však nabízí podporu a služby k řešení těchto situací (Sobotka, 2012, s. 58).

Je zcela patrné, že sociální práce a sociální pracovník, který ji vykonává, jsou nedílnou součástí léčebného procesu. Definovat jednotnou podobu a úlohu sociální práce je velmi obtížné. Jednou z možností je vidět sociální práci jako skutečně nedílnou součást léčebného procesu v komunitě. Druhý z možných pohledů sice začleňuje sociální práci do léčebného procesu, nicméně ji vnímá jako samostatnou aktivitu vyžadující určité oddělení od léčebných, terapeutických a jiných aktivit. Podstatné je, aby sociální práce nebyla vyloučena ze zorného pole jak odborného týmu, tak klientů. Pokud by totiž byla terapeutická práce nadřazována, mohlo by se to následně projevit na snížené motivaci klientů řešit své sociální problémy a vnímat je jako nedůležité (Makovská-Dolanská, 2007, s. 153 - 154).

2.4 Komunita anonymních alkoholiků

Svépomocné skupiny patří v současnosti k nejrychleji rostoucím formám pomoci na světě a reagují tak na současnou poptávku po širších možnostech výběru ve způsobu poskytování sociální pomoci. Důvodem pro vznik stále většího množství svépomocných

skupin je i fakt, že příčinou k jejich zakládání jsou, mimo jiné, i problémy ve stávajících sociálních organizacích a ve způsobu, kterým poskytují sociální pomoc. Svépomocné skupiny vznikají i jako reakce na nedokonalé, nebo chybějící profesionální služby. Dalším důvodem je i skutečnost, že profesionální pomoc vždy nese i určitou roli nadřazenosti, roli „experta“ v osobě poskytovatele pomoci. Přes veškeré znalosti a dovednosti, které může profesionál nabídnout, není v jeho schopnostech plně pochopit a obsáhnout, co znamená problém, s nímž se jedinec den co den potýká, žít. Svépomoc pak tento deficit odstraňuje, a to z prostého důvodu, že její členové sdílejí podobný osud. Sami se s problémem buď potýkali, nebo potýkají (Hartl, 1997, s. 164 - 165).

Anonymní alkoholici je celosvětová svépomocná skupina založená 10. června 1935 Billem Wilsonem a Bobem Smithem v Akronu ve státě Ohio jako společenství mužů a žen, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem je touha přestat pít. První otevřené setkání Anonymních alkoholiků se na území tehdejšího Československa konalo 5. 5. 1988 v protialkoholní léčebně u Apolináře (*Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v České republice, 2017*).

Představíme příklady hesel, která organizace typu Anonymních alkoholiků pokládají za stěžejní a určující pro svou filosofii (Kalina et al., 2003b, s. 85):

- abstinovat právě dnes,
- nejdůležitější nejdříve – prvotně je nutné zachovávat abstinenci, čímž se vytváří zázemí pro řešení problémů v oblastech života, které jsou závislostí zasažené,
- abstinovat lze,
- pozitivní přístup,
- napodobuj, až uspěješ – zpočátku se může jednat o mechanické napodobování osvědčených postupů při překonávání závislosti, internalizovány mohou být tyto postupy až později,
- jde to snadno – zásada vybízející k vyhýbání se nadměrnému stresu a snaha o rozumný život,
- předej to – doporučení přijmout věci, které nelze změnit.

Za pozornost stojí i dvanáct formulací programu Anonymních alkoholiků (Anonymní alkoholici, 1996, s. 67 - 68).

1. Přiznali jsme si svoji bezmocnost – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duchovní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela povolni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

Nelze si nevšimnout zdůrazňované duchovní úrovně. Proto považujeme za důležité objasnit, že se organizace Anonymních alkoholiků neobrací k určitému náboženství a mezi jejími členy je i řada ateistů. Matoušek (2012, s. 107) uvádí, že pod představou Boha a oné „vyšší síly“ tak, jak ji sami chápeme, můžeme spatřovat jakoukoliv jinou mocnost, božstvo, přírodu, společenství lidí, tradici nebo i samotnou skupinu Anonymních alkoholiků.

Svépomocná organizace Anonymních alkoholiků je dobrovolné sdružení mužů a žen uvědomujících si, že jsou a už navždy budou alkoholiky. Lidmi, kteří si uvědomili, že svou závislost na alkoholu nejsou schopni zvládnout v žádné formě, a proto vyhledali pomoc. Zcela zásadním prvkem je pak to, že se nesnaží tento problém řešit sami, ale sdílí ho s ostatními alkoholiky, a posilují tak svoji i jejich víru v uzdravení.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZÁVISLÝMI NA ALKOHOLU

V této kapitole se budeme zabývat potenciálem sociální práce s cílovou skupinou klientů závislých na alkoholu. Představíme možnosti sociálních pracovníků při práci s touto klientelou. Věnovat se budeme také léčbě závislosti na alkoholu. S komunitním způsobem léčby, jako jedné z možných forem ústavní léčby, jsme se již seznámili. V této části práce se seznámíme s jejími dalšími formami a pozornost budeme věnovat také ambulantním formám léčby. Abychom vytvořili rámec pro možnosti sociální práce s naší cílovou skupinou, představíme v této kapitole typy poskytovaných sociálních služeb. Budeme se zabývat sociálním poradenstvím a službami sociální péče. Věnovat se budeme také jednotlivým službám sociální prevence alkoholismu. Prevenci alkoholismu se budeme věnovat v části práce věnované sociální prevenci alkoholismu.

3.1 Sociální služby pro lidi se závislostí na alkoholu

Sociální služba je službou veřejnou. Jde o činnost, která poskytuje lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, podporu při jejich znovu se začleňování do společnosti, ochranu před sociálním vyloučením a jejím cílem je znovu umožnit zapojení se do běžného života společnosti (Tošnerová et al, 2006, s. 153).

Sociální poradenství je primární činností poskytovatelů sociálních služeb a znamená poskytování všech potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. Odborné poradenství cílí vždy na konkrétní skupinu osob, kterým je poradenství poskytováno v jednotlivých typech poraden – občanských, manželských, rodinných a poraden zaměřených na pomoc lidem se závislostí - AT poraden a ordinací. AT poradny pomáhají klientům zorientovat se v jejich situaci a nabízejí podporu při řešení problémů spojených se závislostí, které prožívají jako tíživé či neřešitelné. Cílem je podpora klienta a rozvoj jeho kompetencí tak, aby dokázal lépe zvládat své problémy, například zprostředkováním kontaktu s dalšími subjekty. Primárně jde tedy o poskytování kvalitních a odborných informací klientům a zájemcům o službu. Někteří klienti si mohou jako cíl stanovit přípravu a nástup do rezidenční (pobytové) léčby. Součástí přípravy na léčbu je řešení sociálních záležitostí nezbytných pro nástup do léčby (dokumenty, zdravotní pojištění, evidence na úřadu práce). Cílem poradenství je také podpora klienta při řešení otázek spojených s nepříznivou sociální situací – poradenství v oblasti sociálních dávek, finančního plánování, řešení dluhů, hledání zaměstnání.

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je poskytování takových služeb, které napomáhají osobám znovu se začlenit do běžného života společnosti. Nežádá se závislé osoby dostávají do situací, kdy například v důsledku ztráty zaměstnání nemají dostatečný příjem, nebo v důsledku nepříznivého zdravotního stavu již nejsou schopny vlastními silami nepříznivou situaci, jako důsledek závislosti, překonat. Cílem poskytování sociálních služeb je tak zajištění důstojného prostředí a zacházení, tedy takového prostředí, které jim umožní zlepšení jejich sociálního fungování.

Patří sem například domov se zvláštním režimem, kde je závislým osobám poskytována zvláštní péče a kde je kladen důraz na volnější režim. Program zahrnuje i sociálně terapeutické a aktivizační služby s přihlédnutím k potřebám jednotlivých klientů. Zařízení tak může být využito jak klienty, kteří absolvovali pobytovou léčbu k stabilizaci nově získaných nebo znovu obnovených návyků, tak klienty, jimž závislost způsobila závažné zdravotní nebo psychické problémy.

Mezi služby sociální péče patří také pobyt v terapeutické komunitě, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, centra denních služeb. Patří sem také denní stacionáře a nízkoprahová zařízení, kterým se budeme blíže věnovat v další kapitole jako jedné z možných forem ambulantní léčby.

Sociální prevence, tedy cílem služeb sociální prevence je snaha o zabránění sociálního vyloučení osob, které jsou ohroženy nepříznivou sociální situací v důsledku svých životních návyků a způsobem života, který vede ke konfliktům s většinovou společností, nebo osob, které pocházejí ze sociálně znevýhodňujícího prostředí. Sociální prevence usiluje jak o pomoc osobám s překonáním jejich nepříznivé situace, tak o ochranu společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Tošnerová et al, 2006, s. 146).

Některé ze služeb sociální prevence, které mohou využít lidé se závislostí na alkoholu, představíme nyní.

Pobyt v azylovém domě může mít v životě závislého jedince velký význam. Sociální pracovníci mohou pracovat s motivací závislého jedince ve smyslu směřování závislého k zahájení léčby. Azylové domy jsou místem, které zachytí závislého před životem na ulici

s možností návratu k běžnému životu. Pro klienta, který ztratil zázemí, je azylový dům místem, které mu poskytne základní bezpečí a oporu na cestě ke změně. Neplní funkci léčebnou či terapeutickou, je ale potřebným zázemím pro to, aby měli klienti, kteří jsou pro změnu životního stylu motivováni, zajištěny základní podmínky k tomu, aby takovou formu pomoci mohli vyhledat.

Dům na půl cesty je pak jakýmsi pomyslným protipólem azylového domu. Osobám, které prošly léčebným programem, ale nemají uspokojivé zázemí nebo postrádají potřebnou jistotu pro návrat do běžného života, tak může sociální pracovník nabídnout nebo doporučit pobyt v domě na půl cesty. Klienti si za ubytování platí, sami udržují chod své „domácnosti.“ Důraz je primárně kladen na soběstačnost a samostatnost. Zpravidla se jedná o přechodný pobyt a jsou poskytovány takové typy služeb a programů, které podporují klientův plynulý přechod do běžného života, a to prohlubováním a upevňováním získaných sociálních, ekonomických a pracovních návyků získaných nebo znovuobnovených během léčby.

Noclehárna je krátkodobou (poskytuje služby jen přes noc) formou azylového ubytování, která je poskytována lidem bez přístřeší, kteří nemají možnost ubytování v azylovém domě nebo domě na půl cesty. Noclehárny poskytují svým klientům sprchu a zpravidla také jídlo a ošacení. Podmínkou je, aby klient, kterému je nocleh poskytnut, nebyl pod vlivem alkoholu.

Dalšími službami sociální prevence jsou kontaktní centra, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny apod. Patří sem také nízkoprahová denní centra, která jsou zároveň i jednou z možných forem ambulantní léčby. Nízkoprahovými centry se budeme zabývat v části práce věnované léčbě závislosti na alkoholu.

Představili jsme sociální služby, které mohou využívat lidé závislí na alkoholu. K tomu, aby mohly být tyto služby, které mohou klientovi pomoci znovu se stát osobou vědomou si své hodnoty nejen pro sebe, ale i pro společnost, plnohodnotně využity, je nezbytné brát v potaz ještě jeden, dle našeho názoru zcela zásadní prvek, a tím je osobnost sociálního pracovníka.

Stejně jako jiná povolání má i tato profese svou odbornost zahrnující množství vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon tohoto povolání osvojit. Velmi

podstatnou roli zde však hraje jeden, zcela zásadní prvek, a to lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Sociální pracovník se často setkává s lidmi v nouzi, kteří se žádostí o sociální pomoc zcela automaticky ocitají v závislém postavení. Tito lidé zpravidla potřebují mnohem více, než aby se pracovník choval pouze v souladu s konvencemi, což znamená slušně. Klient potřebuje prožívat, že sociálnímu pracovníkovi není na obtíž, že není souzen. Potřebuje pocít přijetí, spoluúčasti a porozumění. Klient, často nevědomě, vnímá i drobné neverbální projevy v komunikaci se sociálním pracovníkem. Co ale vnímá vědomě, je atmosféra a kvalita jeho prožitků při setkávání se. Klient potřebuje sociálnímu pracovníkovi důvěřovat, cítit se bezpečně a přijímaně. Bez tohoto rámce se sociální práce stává pouze výkonem svěřených pravomocí. Nároky na pomáhající pracovníky tedy nezahrnují pouze požadavky na jejich znalosti a odbornost, ale kladou i velké nároky na jejich osobnost (Kopřiva, 2013, s. 15).

3.2 Léčba závislosti na alkoholu

V průběhu let se s lidmi, kteří měli problém s pitím, prováděly ve jménu léčby neuvěřitelné věci. Některé léčebné postupy byly tak brutální, že se stěží dalo rozlišit mezi léčbou a mučením. Čas od času se předepisovaly nejrůznější léky, z nichž některé vyvolávaly závislost, nebo byly jinak nebezpečné. Některé navrhované postupy byly až legrační. Například doktor Shilo obhajoval v roce 1961 dietu, při níž se muselo zkonzumovat 231 citrónů přesně za 29 dní. Všech pět subjektů, které ve své léčbě uváděl, ztratilo po této léčbě zájem o alkohol a veškeré chutě na pití je zcela přešly (Edwards, 2000, s. 113).

Američtí lékaři stáli v 19. století v čele hnutí usilujícího o vybudování zařízení určených pro léčbu alkoholismu. Doporučená doba takového léčení byla pět až deset let. Typické byly velké sociální rozdíly. Pro alkoholiky z vyšších tříd, kteří byli schopní si léčbu platit, existoval promyšlený terapeutický program. Na alkoholiky z nižších sociálních vrstev, kteří byli označováni jako chovanci, čekal uzavřený ústav připomínající daleko spíše vězení, a kde se stěží dočkali nějaké terapie. Snahy zavírat a izolovat alkoholiky do ústavů, nebo nápravných zařízení, vydržely jen několik desetiletí. Ukázalo se, že zavírání opilců je drahé a navíc problém alkoholismu neřeší. Sami někteří lékaři začali zpochybňovat účinnost dlouhodobé izolace. Po poklesu zájmu o ústavní izolaci se žádný nový návrh na léčbu alkoholismu neobjevil. Každý z lékařů většinou upřednostňoval jeden ze škály dosud známých léčebných postupů. Bylo to období neopodstatněného

nadšení, silných výroků a nedostatečných důkazů. Zkrátka nic nebylo nemožné. Nezbyvá než usilovat o pochopení pro lékaře, kteří se podle svého nejlepšího vědomí a svědomí snažili léčit takový závažný stav, jakým alkoholismus je (Edwards, 2000, s. 115 – 124).

Do poloviny 70. let minulého století byla léčba závislosti především uniformní. Po detoxikaci (základní vystrízlivění) a následné hospitalizaci prošly osoby závislé na alkoholu léčbou trvající 28 dní. Dále pak mohly pokračovat ve svém úsilí o udržení abstinence pomocí svépomocných skupin. Současná forma léčby je založena na psychoterapii, jejímž cílem je seznámit klienta s problematikou alkoholismu a dovést ho k trvalé abstinenci. Přestože dnes už je léčba odborná, snaha o udržení dlouhodobé abstinence a zamezení relapsů (návratů ke konzumaci) je pro odborníky z řad profesionálů zabývajících se touto problematikou stálou výzvou pro hledání nových cest.

Významnou měrou k progresu v práci s lidmi závislými na alkoholu přispěl Jaroslav Skála. Docent Skála pracoval po celý svůj profesní život na Lékařské fakultě Karlovy univerzity, na psychiatrické klinice. V roce 1948 se zasloužil o přesunutí protialkoholní léčby z hlavní budovy do Apolináře. Zde se v dalších čtyřech letech etablovalo první specializované padesátilůžkové protialkoholní oddělení pro muže a protialkoholní záchytná stanice o kapacitě dvaadvaceti lůžek jako model krizové intervence. Konceptí instituce, která se měla původně jmenovat ochranná stanice, ale kterou úřední orgány označily za záchytnou stanici, bylo, že jednorázová intoxikace je provázena situacemi, které lze zkráceně označit jako „nebezpečný sobě a svému okolí.“ Pobyť na záchytné stanici trval 10 – 12 hodin, v případě potřeby i déle. Účelem byla detoxikace, kdy hladina alkoholu v krvi postupně klesne na nulu. Pražská záchytka byla příkladem pro zakládání desítek dalších záchytných stanic po celé republice. A nejen to, záchytka byla kopírována a uzpůsobována i pro fungování v zahraničí. Stala se naším hlavním vývozním protialkoholním artiklem (Skála, 1997, s. 37 - 46).

Model léčby závislosti rozvíjený v Apolináři (též označovaný jako Apolinářský či Skálův model) propojuje prvky terapeutické komunity a behaviorálních přístupů. Zdůrazňuje jak individuální, což je v léčbě pravidlem, tak kolektivní odpovědnost. K důležitým složkám Apolinářského modelu patří pravidelná komunitní shromáždění, skupinová terapie a práce s rodinou. Důraz se klade také na vzdělávání pacienta a jeho fyzickou zdatnost. Propojuje některé zásady terapeutických komunit s náročným strukturovaným režimem a bodovacím systémem. Skála byl zřejmě prvním průkopníkem,

který na poli léčby závislostí použil principy léčebně výchovného kolektivu a přizpůsobil komunitu Maxwellovského typu léčbě lidí závislých na alkoholu. O českém modelu lze hovořit jako o zdařilém sloučení hierarchického a demokratické typu komunit (Kalina, 2008, s. 67 - 74).

Ambulantní léčba je formou léčby, která je poskytována ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních, státních i nestátních institucích. Jde o takovou formu léčby, při níž pacient do léčebného zařízení dochází. Výhodou těchto zařízení jsou ordinace, které bývají uzpůsobeny tak, že lidé mohou navštěvovat po práci, a tento typ léčby tak nevyžaduje pracovní neschopnost. Je poskytována takovou formou, která klientovi umožňuje, aby nebyl zcela vyčleněn ze svého přirozeného původního prostředí. Ambulantní přístup lze využít u osob, u kterých nedošlo k rozvoji závislosti do terminálního stádia. Mají dobré sociální zázemí, kde mohou nalézt podporu, jsou v tomto prostředí schopni sebekontroly a především jsou motivováni ke změně životního stylu. Spojovacím prvkem jsou tak návštěvy u odborníka a následný návrat do běžného života. Ambulantní léčba je poskytována v protialkoholních poradnách - AT poradnách a ordinacích, denních stacionářích a nízkoprahových zařízeních.

AT poradny poskytují své služby nejen lidem závislým, ale také experimentátorům, konzumentům bez závislosti, problémovým uživatelům nebo lidem, kteří jsou ve styku s uživatelem návykové látky. Navštívit AT poradnu mohou všechny potřebné osoby bez ohledu na věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání nebo sociální status, a to i zcela anonymně. U klientů se škodlivým užíváním alkoholu je cílem pracovníků AT poraden především snaha o zabránění vzniku a rozvoje závislosti. U klientů, u nichž už je závislost rozvinuta, je pak cílem bránit vzniku psychických a somatických komplikací. AT poradny poskytují jak péči preventivní, tak léčebnou, která má prvky bio-psycho-sociálního modelu (Kalina, et al, 2003, s. 172 - 175).

Denní stacionáře jsou zařízení intenzivní denní péče na rozhraní péče ambulantní a ústavní. Jsou určeny především pro uživatele návykových látek s dobrým sociálním zázemím (Radimecký, Janíková a Piskáčková, 2007, s. 39).

Denní stacionáře se opírají především o strukturovaný denní program, který je definován jako léčebný, případně léčebně-výchovný nebo léčebně-resocializační, jehož cílem je komplexní nabídka podnětů, které působí na klientovu osobnost s cílem vyvolat

změnu v klientově sebepojetí, jeho postojích a chování. Základní náplň programu je tvořena komunitním setkáváním, skupinovou a individuální terapií, poradenstvím, pracovní terapií, klubovými a volnočasovými aktivitami a sociální prací. Délka léčby má charakter střednědobé léčby (3 - 6 měsíců) a pokrývá minimálně 5 dní v týdnu, přičemž denní program by měl trvat přibližně stejnou dobu jako práce nebo vyučování. Sociální pracovník se v denním stacionáři zaměřuje na stabilizaci sociálních podmínek klienta tak, aby byly vhodné pro jeho léčení a následnou abstinenci. Tedy na podporu a pomoc v řešení problému bydlení, finančního zajištění, získání dokladů, splácení dluhů, hledání zaměstnání (Kalina, et al., 2003. s. 185).

Nízkoprahová zařízení jsou klientům dostupná bez nutnosti se objednávat či prokazovat svou totožnost. Zejména klientům s nízkou motivací k léčbě nebo skupinám, které nemají snahu spolupracovat se standardními organizacemi. Mají podobu komunitních center, kde se mohou setkávat například mladí lidé nebo uživatelé návykových látek. Význam zařízení spočívá i v tom, že se zde mohou setkávat dospívající, kteří jsou ohroženi nadužíváním alkoholu. Sociální pracovník má tak možnost působit na dospívajícího a ovlivňovat jeho postoj k alkoholu, nebo v případě, že již k rozvinutí závislosti došlo, soustředěně pracovat s klientovou motivací k léčbě. Abstinence není podmínkou ke spolupráci. Cílem nízkoprahových center je včasná krizová intervence, poradenství, minimalizace zdravotních a sociálních rizik a sociální pomoc (Kalina, et al., 2003. s. 165 - 167).

Ústavní léčba je vhodnou formou léčby ve chvíli kdy osoba závislá na užívání alkoholu ztrácí schopnost vlastními silami zvládnout stav po přerušení užívání a opakovaně se k užívání vrací, bez ohledu na škody na svém zdraví a okolí (rodina, zaměstnání) a je nutná hospitalizace (Heller, Pecinovská, 2011, s. 125).

Ústavní léčba bývá doporučována po neúspěšném pokusu zvládnout ambulantní formu léčby. Ústavní léčba, též označovaná jako pobytová nebo rezidenční, probíhá ve zdravotnických zařízeních – psychiatrické léčebně zaměřené na léčbu závislostí, na specializovaných psychiatrických odděleních pro léčbu závislosti nebo v terapeutických komunitách. Oproti ambulantní léčbě má ústavní léčba dvě nesporné výhody. Tou první je bezpečnější prostředí, kde je nepřetržitě k dispozici odborná péče a je zde výrazně sníženo riziko dostupnosti alkoholu. Ústavní prostředí je také prostředím, kde je mnohem méně spouštěčů než v klientově přirozeném prostředí. Druhou je pak intenzivnější léčebný

program než v případě ambulantní léčby. Každá mince má však dvě strany, a tak má mimo výhod oproti ambulantní léčbě ústavní léčba také své nevýhody. Je dražší, a pokud má klient zaměstnání, vyžaduje pracovní neschopnost, neboť nejkratší smysluplná doba ústavní léčby je 4 - 6 týdnů (Nešpor, Csémy, 1996, s. 114).

Ústavní forma léčby zpravidla trvá v rozpětí 3 - 6 měsíců a je tak označována za střednědobou. Cíle střednědobé ústavní léčby musí být adekvátní délce programu a potřebám klienta. Nevýhodou léčby v psychiatrické léčebně může být, že je primárně zaměřena na problém závislosti. Menší pozornost pak věnuje ostatním problémům spojeným se závislostí a resocializací, která je důležitá pro návrat do běžného života. Bývá pak nutné navázat na léčbu doléčovacím programem.

V ústavních zařízeních často převládá činnost vychovatelská, zdravotnická a rehabilitační. Pobytové ústavy mají také tradiční tendenci k izolovanosti od bezprostředního i vzdáleného světa občanské společnosti. V tomto ohledu nejsou možnosti sociální práce v pobytových zařízeních zcela využity. Zpravidla jde o nedostatečnou koordinaci spolupráce s jinými zainteresovanými profesemi a institucemi (Řezníček, 2000, s. 29).

Typické cíle ústavní léčby směřují k abstinenci a znovupřevzetí původních životních rolí. Mezi tyto cíle zahrnujeme (Kalina, et al., 2003. s. 195 - 196):

- stabilizaci sekundárních problémů spojených se závislostí,
- uznání závislosti jako svého problému a potřeby se léčit,
- postupné zahájení řešení problémů vzniklých v důsledku závislosti – sekundárních problémů,
- zvnitřnění abstinenčních norem a zvnitřnění struktury dne a týdne,
- změny v původním prostředí – změna nevhodného zaměstnání, rizikových známostí a rizikových míst pro trávení volného času,
- rozpoznání rizik relapsu a nalezení vhodných strategií pro minimalizaci těchto rizik,
- zlepšení sebehodnocení a prožívání.

Základem ústavní léčby je struktura léčebného procesu, která umožňuje jak zpřehlednění činnosti pacienta během dne, tak zpřehlednění postupu léčby. Strukturovaný

program obsahuje ve vyvážené podobě jak aktivity psychoterapeutické, tak aktivity pracovní a volnočasové. Léčba je zpravidla uspořádaná do tří fází, kterými klient prochází a které jsou od sebe výrazně odděleny. Každá z těchto etap obsahuje sled úkolů a nároků na vzrůstající odpovědnost klienta v souvislosti s naplňováním léčebných cílů (Kalina, 2008, s. 191).

Jak uvádí Benson (2004, s. 143) prognóza úspěšnosti léčby je ovlivněna řadou podmínek, např. včasným zahájením léčby, motivací pacienta, ale i sociální stabilitou, jako je stálý příjem a podpora ze strany rodiny, věk pacienta, rysy jeho osobnosti a jeho náhled na léčbu samotnou.

Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel a režim. Pravidla jsou nutná k udržení přehledného a klidného terapeutického prostředí. Dodržování režimu, nejčastěji v podobě bodovacího systému, přináší výhody, anebo naopak sankce, podle kvality jeho dodržování. Smyslem tohoto bodování je i hodnocení zvládnutí léčby a představuje jeden z nástrojů týdenního hodnocení průběhu léčby. Cílem je však přechod od vnějšího režimu a struktury k takovým pravidlům, režimu a struktuře, kterou si klient dokáže udržet sám. Ústavní léčba závislosti se uskutečňuje v prostředí léčebného společenství s průměrným počtem 20-30 klientů a snaží se pracovat na některých základních principech terapeutické komunity. Mezi hlavní patří bezpečné, klidné a důvěrné prostředí, interakce a zpětné vazby. Důležitým prvkem v závěru terapie je přesný plán následné péče, a to z důvodů, že změny, ke kterým došlo v průběhu ústavního pobytu, mohou mít tendenci po návratu do původního prostředí mizet (Kalina, et al., 2003b. s. 195 - 199).

3.3 Sociální prevence alkoholismu

Význam sociální prevence návykových látek, zejména všeobecně nejrozšířenější návykové látky jakou alkohol je, vychází z prostého faktu, že je lepší a levnější nežádoucím jevům předcházet než následně napravovat škody (Matoušek, 2013, s. 192).

Cílem prevence je snížit škody způsobené návykovými látkami, tedy nejenom vznik závislosti, ale také intoxikace, úrazy a četné zdravotní komplikace. Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. Nejde tedy jen o předání maxima informací, bez ohledu na to, jak budou tyto informace využity. Účinnou preventivní strategií je snaha

o snižování nabídky ve smyslu menší dostupnosti návykových látek, jdoucí ruku v ruce se snižováním poptávky, tedy menšího zájmu o návykové látky (Nešpor, Csémy, 1996, s. 20).

Preventivní strategie prošly zajímavým vývojem, který ukázal, že ani dobře míněné akce nemusí mít pozitivní efekt. Jako neúčinné se tak ukázaly přednášky pro dospívající podávané neosobním a věcným informováním, s cílem posluchače zastrašit. Naopak, taková jednorázová přednáška může u dospívajících vzbudit chuť experimentovat. Prevence se musí vyhnout základním chybám. Patří sem například odstrašování formou jednorázového zdůrazňování negativních a varovných informací, odsuzování a poučování ohrožených nebo postižených osob, poukazování na jejich slabosti a poruchy (Heller, Pecinovská, 2011, s. 200).

Podle Nešpora (2006, s. 33) je smysluplná soustavná a systematická preventivní práce. Ve vztahu k sociální práci je prevence souborem opatření, jimiž se předchází takovým typům sociálních selhání (kriminalita, toxikomanie, alkoholismus, prostituce apod.), které ohrožují základní hodnoty společnosti (Matoušek, 2003, s. 164).

Sociální prevence závislosti na alkoholu je aktivitou, která vede k posílení a ochraně zdraví a k výchově ke zdravému způsobu života. V souvislosti s pojmem sociální prevence se setkáváme s jejím dělením do tří oblastí označených jako primární, sekundární a terciální (Heller, Pecinovská, 2011, s. 199 - 203):

- primární prevence závislosti - je zaměřena na udržení a podporu zdraví jednotlivce a společnosti. Je to vlastně práce se zdravou populací a její motivací k plnohodnotnému životu. Primární prevence si tak klade za cíl předejít užívání všech typů návykových látek a tím tak předejít problémům spojených s jejich užíváním. Cílovou skupinou je ta část populace, která návykové látky neužívá. Pilířem, o který se primární prevence opírá, je povědomí obecných norem, které jsou stanoveny a udržovány názorem většinové společnosti. Jsou to normy, které nejsou konkrétně vědomé, ale podvědomě podle nich jednáme a považujeme je za svůj názor. Zjednodušeně řečeno, že „normální“ je nepít.
- sekundární prevence - se zaměřuje na pomoc v již existujícím nebezpečí závislosti, tedy pomoc u těch, kteří už začali návykové látky užívat. Je snahou o co nejvčasnější rozpoznání symptomů a ukazatelů závislosti a směřuje k jejich, co možná nejrychlejšímu omezení a zmírnění škod v souvislosti s užíváním návykové látky.

Cílem sekundární prevence je včasné zajištění odborné pomoci a zotavení, a to v bio-psycho-sociálním kontextu, snahou změnit získané systémy závislosti a dosáhnout takového stavu zdraví, které je chápáno jako výsledek vlastního přičinění.

- terciální prevence - se zaměřuje na jedince a skupiny, u kterých došlo k rozvinutí závislosti na návykových látkách. Prakticky se tedy jedná o léčbu závislosti s cílem snižovat nepříznivé zdravotní, sociální a psychické důsledky užívání návykové látky. Zahrnuje taková opatření, která zabraňují návratu do akutního stádia závislosti. Soustřeďuje se na podporu léčby a jejích výsledků, které je nutno po návratu do běžného života neustále upevňovat a trénovat, a na pozvolné odstranění následků závislosti. Cílem je podpora při přijímání nového hodnotového systému, utváření aktivního způsobu života a podpora sociální zodpovědnosti.

Sociální prevence ve vztahu k návykovým látkám je, nejenom z pozice odborné veřejnosti, pokládána za mnohem důležitější a účinnější než následné snahy o potlačení všech důsledků spojených s problematikou závislosti. Místem největšího potencialu sociální, zejména pak primární prevence je formativní věk a formativní prostředí. To znamená věk, ve kterém se u dětí a dospívajících vytvářejí normy a hodnoty, a prostředí, ve kterém se tak děje. Za primární cílovou skupinu označujeme tu část populace, jejímuž uživatelskému chování chceme předejít – tedy osoby ve formativním věku. Sekundární skupinou je ta část populace, která má velký vliv na skupinu primární – tedy rodiče, učitele, vychovatele a další (Kalina, et al., 2003b. s. 278).

Primární prevence je účinná, pokud je prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením. Je vhodné zaměřit ji s ohledem na věk a na prostředí, v němž je poskytována (Heller, Pecinovská, 2011, s. 200).

Rodina a škola jsou stěžejním aktérem primární prevence. Rodina je bezesporu nejdůležitější sociální skupinou, kde jsou naplňovány fyzické, psychické a sociální potřeby člověka. Rodina formuje jedince po čas jeho vývoje, a to svým specifickým systémem hodnot. Upřednostňování některých hodnot a jejich vlivu na chování členů rodiny ve vztahu k okolí a společnosti je významným katalyzátorem pro formování budoucích hodnot jedince a jeho identity obecně (Fischer, Škoda, 2014, s. 155).

Pro prevenci v rodině je vhodná vřelá, středně omezující výchova. Rodič se zajímá o problémy dítěte, projevuje starost a snahu mu porozumět. Zároveň ale také uplatňuje

svou výchovnou pozici, prosazuje tak určitá pravidla a trvá na jejich dodržování. Zásady pro prevenci v rodině jsou (Nešpor, Csémy, 1992, s. 28 - 41):

- získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat,
- umět s dítětem o návykových látkách hovořit,
- předcházet nudě,
- pomáhat dítěti přijmout takové hodnoty, které mu umožní návykové látky odmítat,
- vytvářet zdravá rodinná pravidla,
- pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti,
- posilovat sebevědomí dítěte.

Prevence v rodině tak tvoří základní pilíř ochrany dětí a dospívajících před užíváním návykových látek. Vhodnou strategií je nabídnout dítěti jinou alternativu, jiný zájem, například v podobě zájmového kroužky, sportu a jiných podobných aktivit (Nešpor, 2006, s. 98).

Na školách je nutné, aby se problematika zneužívání návykových látek stala součástí vzdělávání, výchovy a především nefalšovaného postoje a přesvědčení pedagogických pracovníků. Prevence na půdě škol by měla být (Heller, Pecinová, 2011, s. 200):

- prováděna jako kontinuální proces,
- přiměřená a přizpůsobená různým věkovým skupinám,
- pojata jako možnost zisku informací a poznatků o problémech závislosti,
- podávána osobou s přirozenou autoritou a schopností vytvořit si vztah k dětem,
- orientována na vytváření takových hodnot, postojů a dovedností, které učí žáky nacházet řešení životních situací bez užívání návykových látek.

V České republice je stále ještě patrný trend očekávat primární prevenci, nejenom co se užívání návykových látek týká, od školy. Školní prostředí a výuka je bezesporu vhodným prostředím pro poskytování primární prevence, nicméně pro její maximální účinnost je vhodné udržovat rovnováhu v jejím poskytování mezi školou a rodinou (Kalina et al., 2003b s. 279).

Jak jsme již uvedli v úvodu své práce, považuji za nezbytné, aby ke změně primárně došlo v pohledu společnosti na problematiku konzumace alkoholu. Stavebním kamenem a základní sociální buňkou společnosti je pak rodina, a proto tak za stěžejní považuji prevenci především v rodině.

4 METODOLOGICKÁ ČÁST

Cílem metodologické části práce je zjistit, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti vnímána jako pomoc. Pro naplnění tohoto záměru jsou stanoveny dva výzkumné cíle, k nimž jsou stanoveny výzkumné hypotézy. Představujeme výzkumný vzorek, metodu sběru dat a jejich následného vyhodnocení. Výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty v závěru výzkumu.

4.1 Cíl výzkumu

Prvním stanoveným cílem metodologické části práce bylo zjistit, zda je **počet** klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc **v léčbě**, **stejný** jako počet klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc **po léčbě** závislosti. Druhým stanoveným cílem pak bylo zjistit, zda je **rozdíl mezi počtem klientů**, kteří poprvé kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti v **průběhu léčby** v TK, a počtem klientů kteří kontaktovali sociálního pracovníka **před léčbou nebo po ní**.

4.2 Hypotézy výzkumu

Cíl 1 - zjistit, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc v léčbě, a mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc v souvislosti s léčbou závislosti po léčbě závislosti.

Hypotéza H_0 - Mezi počtem klientů v léčbě a po léčbě, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc, není signifikantní rozdíl.

Alternativní hypotéza H_1 - Mezi počtem klientů v léčbě a po léčbě, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc, je signifikantní rozdíl.

Cíl 2 - zjistit, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří poprvé kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti v průběhu léčby v TK, a počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní.

Hypotéza H_0 - Mezi počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti poprvé až během léčby, a klienty, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní.

Alternativní hypotéza H_1 - Mezi počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti poprvé až během léčby, a klienty, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní, je signifikantní rozdíl.

4.3 Výzkumný vzorek

Respondenty výzkumu byli klienti Terapeutické komunity Harmonie v Bílé Vodě. Z celkového počtu 60 respondentů, jejichž vyplněné dotazníky byly použity k výzkumnému šetření, tvořili polovinu klienti, kteří byli v době průzkumu ve třetí etapě léčby závislosti na alkoholu na oddělení TK Harmonie. Léčba v TK Harmonie trvá 15 týdnů a je rozdělena do tří etap, vždy po 5 týdnech. Druhou polovinu výzkumného vzorku tvořili bývalí klienti TK Harmonie, kteří byli minimálně rok od ukončení léčby v TK Harmonie.

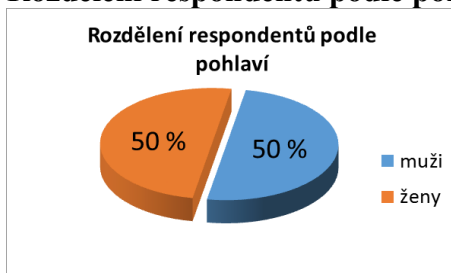
Podmínkou pro vyplnění dotazníků pro obě zkoumané skupiny bylo, aby alespoň jednou před, během nebo po léčbě, kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti. Celkem bylo distribuováno 80 dotazníků. Klientům v léčbě bylo rozdáno 35 dotazníků v období od listopadu 2016 do února 2017. Jejich návratnost byla stoprocentní, ovšem 5 dotazníků bylo z důvodu jejich nesprávného vyplnění nutno z výzkumu vyloučit. Klienti po léčbě závislosti byli obesláni formou interaktivního dotazníku v únoru 2017. Z celkového počtu 45 obeslaných klientů dotazník vyplnilo 34 klientů a pro potřeby výzkumu bylo použito 30 dotazníků, které bylo možno považovat za validní.

Pro snadnější orientaci v získaných datech jsou v práci zobrazeny tabulky a grafy, kde jsou respondenti rozdělení podle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu a bytové situace. Pro veškeré tabulky a grafy platí: zdroj - autor práce, vlastní šetření.

Počet mužů a žen byl v průzkumu rovnoměrný. Lze tvrdit, že příčiny, které vedou ke vzniku a rozvoji závislosti, mají pro ženy a muže určitá specifika a liší se i počet závislých napříč pohlavím. Naším cílem nebylo zkoumat rozdíl v počtu mužů a žen závislých na alkoholu, tedy jsem usilovala o rovnoměrné zastoupení obou pohlaví.

Tabulka č. 1; graf č. 1 - Rozdělení respondentů podle pohlaví

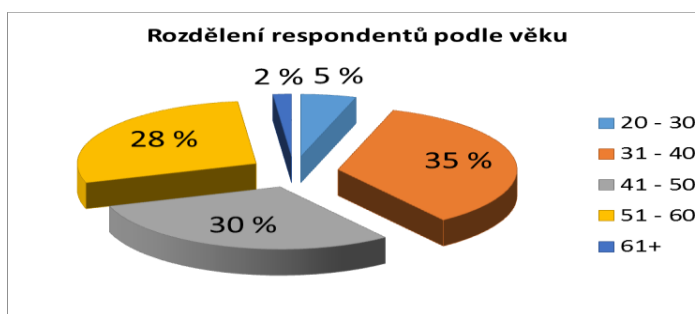
Pohlaví	Počet
Muži	30
Ženy	30
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



Dále jsou respondenti rozdělení podle věku. Jak je již v práci uvedeno, je věk při začátku a délka trvání zneužívání alkoholu významným faktorem pro vznik a rozvoj závislosti. Lze tedy předpokládat určitou souvislost s věkem, ve kterém klienti léčbu vyhledávají. Následující tabulka a graf zobrazují věkové rozpětí, ve kterém klienti léčbu vyhledávají.

Tabulka č. 2; graf č. 2 - Rozdělení respondentů podle věku

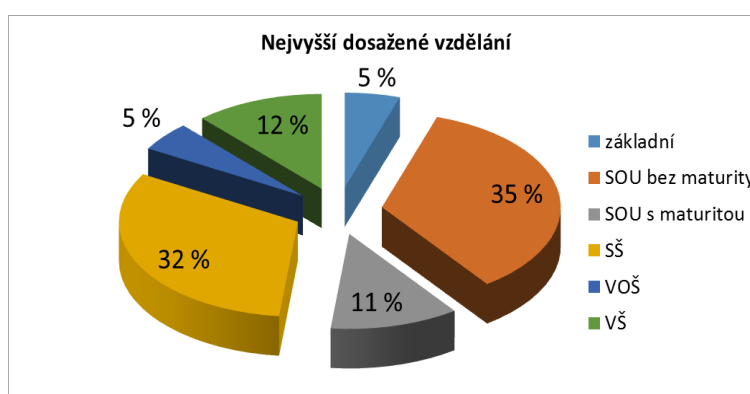
Věk	Počet
20 – 30	3
31 – 40	21
41 – 50	18
51 – 60	17
61+	1
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



Dále byli respondenti rozdělení podle dosaženého vzdělání. Alkoholismus je sociálně patologický jev, kterým je postihována celá společnost, bez ohledu na dosažené vzdělání. Bylo by tedy přinejmenším krátkozraké tvrdit, že se jedná o problém nižších sociálních tříd s nižším dosaženým vzděláním. Stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání u respondentů dotazníku zobrazuje následující tabulka a graf.

Tabulka č. 3; graf č. 3 - Rozdělení respondentů podle vzdělání

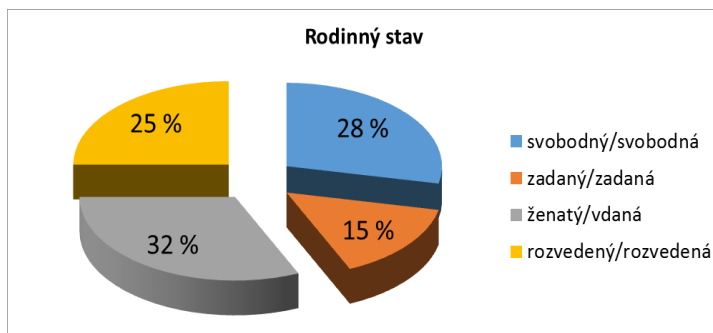
Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet
Základní	3
SOU bez maturity	21
SOU s maturitou	7
SŠ	19
VOŠ	3
VŠ	7
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



Zaměřili jsme se také na rodinný stav respondentů. Rozvod může být jak příčinou, tak důsledkem, závislosti na alkoholu. Sociální pracovník může pomáhat klientům například s vyřízením nebo podáním žádosti o rozvod. Na straně druhé, jak již bylo uvedeno, je podpora ze strany partnera a rodiny pro závislého velmi důležitá a je i zdrojem motivace k léčbě. Sociální pracovník tak může pomoci se zprostředkováním kontaktu mezi klientem, jeho partnerem a rodinou.

Tabulka č. 4; graf č. 4 - Rozdělení respondentů podle rodinného stavu

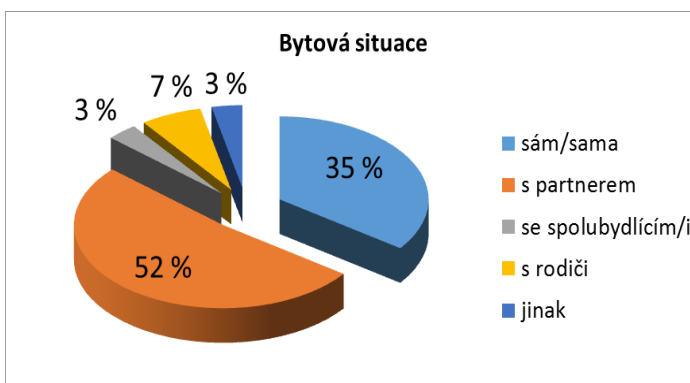
Rodinný stav	Počet
Svobodný/svobodná	17
Zadaný/zadaná	9
Ženatý/vdaná	19
Rozvedený/rozvedená	15
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



Jedním z dalších kritérií průzkumu byla bytová situace respondentů. Sociální pracovník v terapeutické komunitě může pomoci klientům, kteří nemají uspokojivé zázemí, kam by se mohli po ukončení léčby vrátit, se zajištěním možnosti ubytování, například v domě na půl cesty. Naopak sociální pracovník může klientovi v azylovém domě, nebo v centru denních služeb pomoci vyhledat a zajistit vhodnou formu léčby, například v terapeutické komunitě.

Tabulka č. 5; graf č. 5 - Rozdělení respondentů podle bytové situace

Bytová situace	Počet
Sám/sama	21
S partnerem	31
Se spolubydlícím/i	2
S rodiči	4
Jinak	2
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



4.4 Metody výzkumu

Pro zjišťování dat byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Výsledky šetření byly dále ověřeny testem dobré shody, tzv. Chí-kvadrát testem.

Dotazník byl pro průzkum vhodný, protože dokázal pojmout větší výzkumný vzorek respondentů, jimž byla zachována jejich anonymita. Stěžejní pro sestavování dotazníku je dbát na technickou stránku stavby otázek dotazníku. Důležité je dbát na to, aby otázky měřily skutečně to, co měřit mají, aby byly otázky srozumitelné každému respondentovi dotazníku. Je třeba neptat se na dvě věci najednou, vyhnout se sugestivním otázkám a věnovat pozornost tomu, zda je výčet kategorií pro odpověď na uzavřenou otázku úplný.

Kvantitativní výzkum nalézá řešení pro takové problémy, které je možno popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými. Takový problém je pak přeložen do jazyka hypotéz. Hypotézy navrhují, jaké spojení mezi proměnnými bychom měli najít, je-li naše hypotéza pravdivá. Pak následuje sběr dat. Odpovídají-li závislosti mezi sebranými daty vzorci předpovězenému v hypotézách, přijmeme hypotézy jako platné. Jinak musíme hypotézy zamítnout (Disman, 2011. s. 76-77).

Pro interpretaci výsledků byla použita statistická metoda test dobré shody – Chí-kvadrát test. Pozorování vztahu mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi je základem této statistické metody, jejímž předpokladem je tzv. nulová hypotéza. Nulová hypotéza předpokládá, že vybrané charakteristiky zkoumaných souborů se od sebe v zásadě neliší, tedy že rozdíly mezi nimi jsou nevýznamné – nesignifikantní (Ferjenčík, s. 234, 2000).

Pozorované četnosti představují data získaná od respondentů, očekávaná četnost je získána výpočtem následujícího vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

kde:

O – pozorovaná četnost

E – očekávaná četnost

Chí-kvadrát test dobré shody je založen na posouzení rozdílu mezi skutečnými (pozorovanými) četnostmi výskytu hodnot ve výběrovém souboru a očekávanými

četnostmi, odpovídajícími příslušnému předpokládanému rozdělení pravděpodobností. Pokud má testovaná náhodná veličina předpokládané rozdělení, má náhodná veličina přibližně rozdělení chí-kvadrát. Hodnotu veličiny porovnááme s kritickou hodnotou příslušného rozdělení chí-kvadrátu na požadované hladině významnosti. Při výpočtu χ^2 testu dobré shody vycházíme z předpokladu, že platí nulová hypotéza, a jestliže je vypočítaný χ^2 menší než 0,05, pak nulovou hypotézu zamítáme, a to proto, že rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi byl způsobem náhodnými činiteli (Bedáňová, 2016).

Data z výzkumného šetření byla vyhodnocena pomocí Microsoft Office Excel, přičemž byla použita statistická funkce CHISQ.TEST.

4.5 Výsledky výzkumu

Prvním stanoveným cílem práce bylo zjistit, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc v léčbě, a mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc v souvislosti s léčbou závislosti po léčbě závislosti. Z výsledku šetření vyplývá, že 49 respondentů dotazníku vnímá práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou jako pomoc. Přičemž 28 respondentů vnímá práci sociálního pracovníka jako pomoc v léčbě a 21 respondentů po léčbě. Tyto odpovědi byly následně ověřeny Chí-kvadrát testem, který vyšel 0,020. Na základě tohoto výsledku byla **zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní hypotéza H₁** - Mezi počtem klientů v léčbě a po léčbě, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc, je signifikantní rozdíl.

Kontingenční tabulka č. 1 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro Cíl 1

Pozorovaná četnost	Ano	Ne	Celkem
V léčbě	28	2	30
Mimo léčbu	21	9	30
<i>Celkem</i>	49	11	60
Očekávaná četnost	Ano	Ne	
V léčbě	24,5	5,5	
Mimo léčbu	24,5	5,5	
<i>Celkem</i>	49	11	

Signifikance Chí-kvadrát testu = 0,020 < 0,05, nulovou hypotézu zamítáme

Druhým stanoveným cílem pak bylo zjistit, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří poprvé kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti v průběhu léčby v TK, a počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní. Z celkového počtu 60 respondentů 25 uvedlo, že kontaktovali sociálního pracovníka v průběhu léčby, a 35 respondentů pak uvedlo, že kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní. Tyto odpovědi byly následně ověřeny Chí-kvadrát testem, který vyšel 0,793, čímž **byla potvrzena nulová hypotéza H_0** - Mezi počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti poprvé až během léčby, a klienty, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní, není signifikantní rozdíl.

Kontingenční tabulka č. 2 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro Cíl 2

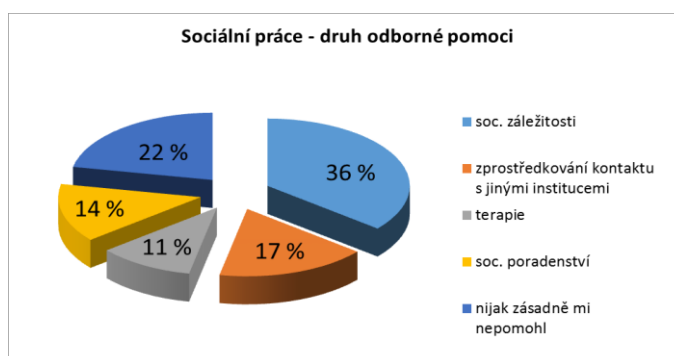
Pozorovaná četnost	Ano	Ne	Celkem
V léčbě	12	18	30
Mimo léčbu	13	17	30
<i>Celkem</i>	25	35	60
Očekávaná četnost	Ano	Ne	
V léčbě	12,5	17,5	
Mimo léčbu	12,5	17,5	
<i>Celkem</i>	25	35	

Signifikance Chí-kvadrát testu = 0,793 > 0,05, nulovou hypotézu potvrzujeme

Sociální pracovníci disponují určitým portfoliem sociálních služeb určených pro naši cílovou skupinu. Jedná se o sociální poradenství a služby sociální péče a sociální prevence. Úkolem sociálního pracovníka je pak nabídnout klientovi takový druh pomoci, který mu nejvhodněji pomáhá situaci řešit, a hledá možnosti pro řešení problémů, se kterými klient přichází. Následující tabulka ukazuje jaké druhy, jaké konkrétní formy odborné pomoci, byly využity respondenty dotazníku.

Tabulka č. 6; graf č. 6 - Sociální práce - druh odborné pomoci

Sociální práce – druh odborné pomoci	Počet
Sociální záležitosti	23
Nijak zásadně mi nepomohl	14
Zprostředkování kontaktu s jinými institucemi	11
Sociální poradenství	9
Terapie	7



Jak jsme již uvedli, jsou na sociálního pracovníka kladeny velké nároky nejen co se jeho znalostí a profesních dovedností týká, ale také na jeho osobnost. Přístup sociálního pracovníka velmi významně ovlivňuje vnímání sociální práce a jejích možností klientem a má tak přímý vliv na spokojenost klienta s prací sociálního pracovníka.

Tabulka č. 7; graf č. 7 - Spokojenost s přístupem a prací sociálního pracovníka

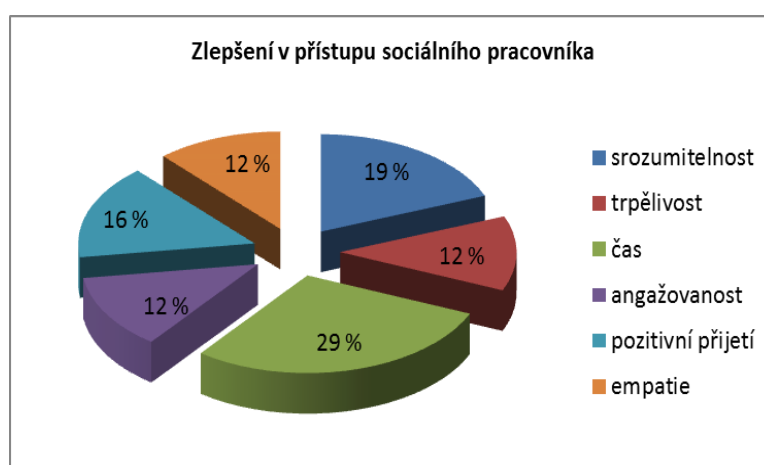
Spokojenost s přístupem a prací sociálního pracovníka	Počet
Ano	49
Ne	11
<i>Celkem</i>	<i>60</i>



Následující tabulka zobrazuje, ve kterých z uvedených oblastí by respondenti dotazníkového šetření ocenili zlepšení v přístupu sociálního pracovníka. Z následující tabulky a grafu je patrné, že nejvíce by respondenti ocenili více času, který by jim mohl sociální pracovník věnovat. Naším závěrem pak je, že pokud by měl sociální pracovník více času, který by mohl věnovat jednotlivým klientům, měl by tím i více možností jak vysvětlit klientům postupu při řešení například právní problematiky, který může být pro klienty těžko srozumitelný.

Tabulka č. 8; graf č. 8 - Zlepšení v přístupu sociálního pracovníka

Zlepšení v přístupu sociálního pracovníka	Počet
Čas	35
Srozumitelnost	23
Pozitivní přijetí	19
Angažovanost	15
Trpělivost	15
Empatie	14



4.6 Diskuse

Cílem metodologické části práce bylo zjištění, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti vnímána jako pomoc. Pro naplnění tohoto záměru byly stanoveny dva výzkumné cíle, k nimž byly formulovány výzkumné hypotézy. Představen byl výzkumný vzorek, metoda sběru dat a jejich následné vyhodnocení. Zkoumaný vzorek není natolik obsáhlý, abychom mohli výsledky průzkumu vztahovat na celou populaci, nicméně i tak lze vyvodit určité závěry.

Prvním stanoveným cílem práce bylo zjištění, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc v léčbě, a mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc v souvislosti s léčbou závislosti po léčbě závislosti. Na základě odpovědí respondentů, které byly ověřeny Chí-kvadrát testem, byla přijata alternativní hypotéza H_1 - **Mezi počtem klientů v léčbě a po léčbě, kteří vnímají práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc, je signifikantní rozdíl.**

Z výsledku vyplývá, že klienti vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc. Rozdíl je mezi počtem klientů, kteří vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc v léčbě, a klienty, kteří vnímají práci sociálního pracovníka jako pomoc po léčbě. Sociální pracovník pracuje s klientem v různých stádiích jeho závislosti. Pracuje i s jeho rozhodnutím a motivací závislost v jednotlivých stádiích překonat. V počátečních stádiích závislosti posiluje sociální pracovník klientovu motivaci k léčbě, například tím, že pomocí aktivního naslouchání pomáhá klientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije a jak by žít chtěl. Ve třetím a čtvrtém stádiu závislosti podporuje klienta v uvědomění si rozdílu mezi tím, co mu alkohol přináší a co mu bere. Vede klienta k poznání rozporu ve vnímání závislosti a vnímání hodnot, v jejichž naplnění mu závislost na alkoholu brání. Pakliže dojde klient k poznání, že negativa převažují nad pozitivy, a rozhodne se vyhledat léčbu, podává sociální pracovník klientovi informace o možných způsobech léčby a zajištění léčby samotné. Řada klientů nastupuje léčbu ve chvíli, kdy již nemá uspokojivé sociální zázemí, finance, osobní doklady. Za cíl práce sociálního pracovníka v terapeutické komunitě pak považujeme sociální stabilizaci klienta. Sociální pracovník motivuje klienta k řešení sociálních problémů, pomáhá mu jednotlivé problémy identifikovat a společně navrhuje plán jejich řešení. Před dokončením léčby považujeme za ideální stav, kdy klient opouští léčebné zařízení a má zajištěné bydlení, případně zaměstnání, doléčování a došlo

k rozvinutí a posílení jeho sociálních dovedností - ve smyslu orientace ve vlastních problémech a umění je řešit za pomoci přírodních institucí.

Druhým stanoveným cílem pak bylo zjištění, zda je signifikantní rozdíl mezi počtem klientů, kteří poprvé kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti v průběhu léčby v TK, a počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní. Na základě odpovědí respondentů, které byly ověřeny Chí-kvadrát testem, byla potvrzena nulová hypotéza H_0 - **Mezi počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti poprvé až během léčby, a klienty, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní, není signifikantní rozdíl.**

Z výsledků vyplývá, že počet klientů, kteří poprvé kontaktují sociálního pracovníka během léčby v terapeutické komunitě, se neliší od počtu klientů, kteří kontaktují sociálního pracovníka před léčbou nebo po ní. Je zřejmé, že práce sociálního pracovníka je tak nedílnou součástí léčebného procesu. Rozdíl je v tom, ve které fázi léčebného procesu klient pomoc sociálního pracovníka vyhledá. Za důležité považujeme, aby byl sociální pracovník klientovi k dispozici v jakémkoliv stádiu jeho závislosti a fázi léčebného procesu a nebyl tak zmeškán okamžik, kdy klient pomoc sociálního pracovníka potřebuje.

ZÁVĚR

Záměrem teoretické části bakalářské práce bylo podat přehledný popis problematiky závislosti na alkoholu. Zaměřili jsme se na význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti v terapeutické komunitě. Cílem metodologické části práce bylo zjistit, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti vnímána jako pomoc. Sociální pracovník může pracovat se závislým klientem v kterémkoliv stádiu jeho závislosti. Důležitým úkolem sociálního pracovníka je pracovat jak s motivací klienta k léčbě závislosti a během léčby, tak s jeho motivací k řešení sociálních záležitostí. To znamená být mu k dispozici v kterémkoliv stádiu jeho závislosti a jeho potřeby závislost překonat.

V první kapitole jsme se zabývali charakteristikou alkoholismu. Definovali jsme teorie závislosti, modely alkoholismu, typy a stadia alkoholismu, abychom tak mohli lépe pochopit, jak závislost na alkoholu vzniká a jak se rozvíjí. Víme, že existuje mnoho teorií, které usilují o vysvětlení příčiny vzniku a rozvoje alkoholismu, a víme také, že žádná sjednocující teorie neexistuje. Faktorů a příčin je mnoho a je tak třeba nahlížet na tuto problematiku komplexně. Nadměrné požívání alkoholu poškozuje nejenom uživatele samotného, ale v mnoha případech může také zodpovídat za rozpad rodiny, vztahů s přáteli a blízkými osobami, ztrátu zaměstnání apod. Závažný dopad má tak nadměrné užívání alkoholu nejenom na sociální okolí a vazby závislého, ale projevuje se také zhoršením somatického a psychického stavu závislého.

Druhá kapitola byla zaměřena na terapeutické komunity v systému léčby závislosti na alkoholu. Stručně jsme představili historii vzniku terapeutických komunit, jejich hierarchickou a demokratickou strukturu. Zabývali jsme se filosofií terapeutických komunit, jejíž nesporná výhoda spočívá především v tom, že je pro většinu klientů snadno srozumitelná. Blíže jsme se věnovali účinným faktorům terapeutických komunit a hledali ty, které jsou společné pro všechny zmíněné teorie závislosti. Terapeutická komunita, která správně funguje, poskytuje svým členům pocit sounáležitosti, přijetí, akceptace, povzbuzení, možnost projevit se v bezpečném prostředí terapeutické komunity a být aktivním účastníkem nejenom svého zotavení, ale i zotavení ostatních členů komunity. Zjednodušeně řečeno, terapeutická komunita je místem změny. Pozornost jsme věnovali významu sociálního pracovníka v terapeutické komunitě. Stručně jsme si definovali cíl a poslání sociální práce a zevrubněji se věnovali pojetí sociálního fungování, v jehož

rehabilitaci sehrává práce sociálního pracovníka nezastupitelnou úlohu. Zaměřili jsme se také na osobnost a profesní vybavenost sociálního pracovníka. Představili jsme si filosofii svépomocných skupin, v čele s celosvětově nejznámější svépomocnou skupinou – Anonymní alkoholici.

V poslední kapitole teoretické části práce jsme se věnovali možnostem sociální práce s lidmi závislými na alkoholu. Sociální pracovník sehrává v procesu léčby jak roli podpůrce změny a motivátora k léčbě, tak roli koordinátora sociálních služeb, kdy sociální pracovník poskytuje klientovi všechny potřebné informace, jež vedou k jeho stabilizaci a následnému zotavení. Představili jsme služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Stručně jsme si představili historii léčby závislosti na alkoholu a zevrubněji jsme pak věnovali pozornost ústavním a ambulantním formám léčby závislosti, a to tak, aby bylo zřejmé, v jakých typech zařízení je zvolená forma léčby poskytována, pro kterého klienta je konkrétní typ a forma léčby vhodná, co klienta během léčby čeká a jaké na něj budou kladeny nároky. V neposlední řadě jsme pozornost věnovali sociální prevenci alkoholismu. Vycházíme z již zmíněného faktu, že je lepší a levnější nežádoucím sociálně patologickým jevům, jakým alkoholismus je, předcházet, než následně napravovat škody ve všech oblastech života člověka, které jsou závislostí zasaženy. Představeny byly tři oblasti dělení sociální prevence, a to primární, sekundární a terciální. Za stěžejní považujeme prevenci v nejdůležitější sociální skupině, jakou je rodina. Za ideální pak považujeme stav, kdy je prevence prováděna soustavně a systematicky z více rovin, jakými jsou škola, úřady, média apod.

V metodologické části práce bylo naším cílem zjištění, zda je práce sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti vnímána jako pomoc. Pro naplnění tohoto záměru jsme si stanovili dva výzkumné cíle, k nimž byly formulovány výzkumné hypotézy. Představili jsme si výzkumný vzorek, metodu sběru dat a jejich následné vyhodnocení. Z výsledků výzkumu vyplývá, že práce sociálního pracovníka je klienty vnímána jako pomoc. Ve které fázi léčebného procesu klienti práci sociálního pracovníka jako pomoc vnímají, pak ovlivňuje zejména to, zda klienti kontaktují sociálního pracovníka během léčby samotné, před jejím zahájením nebo po jejím ukončení. Z výsledku výzkumu je také patrné, že jako pomoc je práce sociálního pracovníka vnímána především během léčby samotné a že rozdíl mezi počtem klientů, kteří poprvé kontaktují sociálního pracovníka až během léčby v terapeutické komunitě, a počtem klientů, kteří kontaktovali sociálního pracovníka před zahájením léčby nebo po jejím ukončení, není

statisticky významný. Práce sociální pracovníka je tak nedílnou součástí léčebného procesu a považujeme za důležité, aby postavení sociální práce, respektive její význam a důležitost, byla zejména klientům, kteří léčbou procházejí, dobře srozumitelná. A to proto, aby klienti rozuměli důležitosti řešit své sociální problémy a záležitosti tak, aby nebyly překážkou v jejich zpětném zapojení se do normálního života. Sociální pracovník může klienta provázet během celého léčebného procesu a stejně tak mu může být k dispozici pouze v určité fázi léčebného procesu. V obou zmíněných případech je ale práce sociálního pracovníka pro klienta důležitou a významnou pomocí na jeho cestě k zotavení.

SEZNAM LITERATURY

Anonymní alkoholici: příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. 1996. 2. čes. vyd. New York: Alcoholics Anonymous World Services. ISBN 9780916856281.

BENSON, C. Nigel. 2004. Introducing psychiatry. Cambridge: Icon. ISBN 1840465379.

DISMAN, Miroslav. 2011. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 4. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 9788024619668.

EDWARDS, Griffith. 2004. Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu. Přeložila Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: NLN. ISBN 8071066966.

FERJENČÍK, Ján. 2000. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál. ISBN 8071783676.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2014. Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024750460.

GROF, Christina. 1998. Žízeň po celistvosti. Přeložily Pavla CÍSAŘOVÁ a Veronika HANUŠOVÁ. Praha: Chvojko nakladatelství. ISBN 8086183068.

HARTL, Pavel. 1997. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 8085850451.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. 2011. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga. ISBN 9788087258620.

KALINA, Kamil et al. 2003a. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil et al. 2003b. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. 2008. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada. ISBN 9788024724492.

KOOYMAN, Martien a George DE LEON. 2004. Terapeutická komunita pro drogově závislé. Přeložil Petr NEVŠÍMAL. Praha: Středočeský kraj. ISBN 8071068764.

KOPŘIVA, Karel. 2013. Lidský vztah jako součást profese. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026205289.

KRATOCHVÍL, Stanislav. 1979. Terapeutická komunita. Praha: Academia.

MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ, Pavla. 2007. Sociální práce. In: Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe. Praha: Středočeský kraj – Magistrát hl. m. Prahy – Magdaléna. ISBN 9788071069379.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

- MATOUŠEK, Oldřich. 2012. Základy sociální práce. 3. rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026202110.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. Metody a řízení sociální práce. 3. rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026202134.
- NEŠPOR, Karel. 2006. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Brno: Host. ISBN 8072942069.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. 1992. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. 1996. Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 8085121522.
- PAYNE, Malcolm. 2014. Modern social work theory. 4th ed. London: Palgrave MacMillan. ISBN 0230249604.
- PROFOUS, Jiří. 2011. Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů. Praha: Galén. ISBN 9788072628209.
- RADIMECKÝ, Josef et al. 2007. Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze, 2007. ISBN 9788023999600.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 8085850001.
- ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ, Jaroslava DITTRICHOVÁ et al. 2006. Dětská klinická psychologie. 4. rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 8024710498.
- SKÁLA, Jaroslav. 1997. Lékařův maraton: ber a dávej. Praha: Český spisovatel. ISBN 8020206639.
- SOBOTKA, Jan. 2010. Práce s komunitou. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. ISBN 9788090454149.
- SOURNIA, Jean-Charles. 1999. Dějiny pijáctví. Přeložil Petr HIMMEL a Galina KAVANOVÁ. Praha: Garamond. ISBN 8086379019.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2006. Vzdělávání pro pracovníky sociální péče: učební texty pro projekt. Praha: Česká asociace pečovatelské služby. ISBN 802396951X.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Historie Anonymních alkoholiků v České republice. Anonymní alkoholici.cz [online]. ©2011, poslední revize 26. 1. 2017 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/historie-cr.html>

BEDÁŇOVÁ Iveta. Biostatistika. chí2-test.cz [online]. ©2017, poslední revize 13. 2. 2016 [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://cit.vfu.cz/statpotr/potr/teorie/predn3/chi2test.htm>

ČERNÁ, Kateřina. Fetální alkoholový syndrom. Maminka.cz [online]. ©2016, poslední revize 5. 4. 2011 [cit. 2017-01-04]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz/clanek/fetalni-alkoholovy-syndrom>

RADIMECKÝ, Josef. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? Adiktologie.cz [online]. ©2011, poslední revize 1. 3. 2006 [cit. 2017-01-04]. Dostupné z: <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu->

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1, graf č. 1 - Rozdělení respondentů podle pohlaví	48
Tabulka č. 2, graf č. 2 - Rozdělení respondentů podle věku 1	48
Tabulka č. 3, graf č. 3 - Rozdělení respondentů podle vzdělání	48
Tabulka č. 4, graf č. 4 - Rozdělení respondentů podle rodinného stavu	49
Tabulka č. 5, graf č. 5 - Rozdělení respondentů podle bytové situace	49
Tabulka č. 6, graf č. 6 - Sociální práce – druh odborné pomoci	52
Tabulka č. 7, graf č. 7 - Spokojenost s přístupem a prací sociálního pracovníka	53
Tabulka č. 8, graf č. 8 - Zlepšení v přístupu sociálního pracovníka	53
Kontingenční tabulka č. 1 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro Cíl 1	51
Kontingenční tabulka č. 2 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro Cíl 2	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I. Dotazník pro klienty v léčbě

Příloha č. II. Dotazník pro klienty po léčbě

Příloha č. I

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Ziková a jsem studentka 3. roč. oboru Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma „Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě.“ Tento dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění Vám nezabere více než 10 minut. Předem Vám velmi děkuji za čas, který věnujete jeho vyplnění.

Vybrané odpovědi, prosím, označte křížkem.

1. Jste v současné době léčen/a v TK Harmonie?

ANO NE

2. Jste spokojen/a s přístupem a prací sociálního pracovníka v souvislosti s Vaší léčbou?

ANO NE

3. Jaký druh odborné pomoci Vám sociální pracovník nabízí?

- řešení sociálních záležitostí (např. zdravotní pojištění, osobní doklady, evidence na úřadě práce, sociální dávky - dávky hmotné nouze, existenčního minima, apod.)
- zprostředkování kontaktu s jinými institucemi (např. léčebná zařízení, chráněná bydlení, doléčovací centra, centra následné péče, apod.)
- terapie
- sociální poradenství (informace přispívající k řešení nepříznivé situace související s léčbou závislosti na alkoholu)
- nijak zásadně mi nepomohl

4. Kontaktoval/a jste v souvislosti s léčbou závislosti sociálního pracovníka poprvé až během léčby v TK?

ANO NE

5. Ocenili byste v uvedených oblastech zlepšení v přístup sociálního pracovníka ?

srozumitelnost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
trpělivost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
dostatek času	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
angažovanost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
pozitivní přijetí	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
empatie	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

6. Vnímáte práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc?

ANO NE

7. Pohlaví

žena muž

8. Věk

20 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61+

9. Nejvyšší dosažené vzdělání

ZŠ SOU bez maturity SOU s maturitou SŠ VOŠ VŠ

10. Rodinný stav

- svobodný/svobodná
- zadaný/zadaná
- ženatý/vdaná
- rozvedený/rozvedená

11. Bytová situace

- sám/sama
- s partnerem (druh, družka, manžel, manželka)
- se spolubydlícím/i
- s rodiči
- jinak

Děkuji Vám.

Příloha č. II

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Zlková a jsem studentka 3. roč. oboru Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma „Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě.“ Tento dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění Vám nezabere více než 10 minut. Předem Vám velmi děkuji za čas, který věnujete jeho vyplnění.

Vybrané odpovědi, prosím, označte křížkem.

1. Byl/a jste léčen/a v TK Harmonie?

ANO NE

2. Byl/a jste spokojen/a s přístupem a prací sociálního pracovníka v souvislosti s Vaší léčbou?

ANO NE

3. Jaký druh odborné pomoci Vám sociální pracovník nabízí?

- řešení sociálních záležitostí (např. zdravotní pojištění, osobní doklady, evidence na úřadě práce, sociální dávky - dávky hmotné nouze, existenčního minima, apod.)
- zprostředkování kontaktu s jinými institucemi (např. léčebná zařízení, chráněná bydlení, doléčovací centra, centra následné péče, apod.)
- terapie
- sociální poradenství (informace přispívající k řešení nepříznivé situace související s léčbou závislosti na alkoholu)
- nijak zásadně mi nepomohl

4. Kontaktoval/a jste v souvislosti s léčbou závislosti sociálního pracovníka poprvé až během léčby v TK?

ANO NE

5. Ocenili byste v uvedených oblastech zlepšení v přístup sociálního pracovníka ?

srozumitelnost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
trpělivost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
dostatek času	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
angažovanost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
pozitivní přijetí	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
empatie	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

6. Vnímali jste práci sociálního pracovníka v souvislosti s léčbou závislosti jako pomoc?

ANO NE

7. Pohlaví

žena muž

8. Věk

20 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61+

9. Nejvyšší dosažené vzdělání

ZŠ SOU bez maturity SOU s maturitou SŠ VOŠ vš

10. Rodinný stav

- svobodný/svobodná
- zadaný/zadaná
- ženatý/vdaná
- rozvedený/rozvedená

11. Bytová situace

- sám/sama
- s partnerem (druh, družka, manžel, manželka)
- se spolubydlicím/i
- s rodiči
- jinak

Děkuji Vám.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Veronika Zíková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě

Počet stran (bez příloh): 62

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 4

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2017

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Veronika Ziková

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

Název práce: Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 62

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 35

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

		X		
--	--	---	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

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

Návaznosť kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie, všetky boli vydiskutované v rámci konzultácií.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autorka Veronika Zikova sa zaoberá vo svojej práci aktuálnou a sociálnou problematikou v súčasnej spoločnosti, ktorou je význam a uplatnenie sociálneho pracovníka pri liečbe závislosti na alkohole v terapeutickom komunitnom prostredí.

Štruktúra práce je dobrá a je vyvážená v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej teoretickej a empirickej časti ktorou sa zaoberá v posledných kapitolách svojej práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú rozdelila na monografie a internetové zdroje, a uvádza ju v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen ČR literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala). Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza dotazník.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku (alkoholizmom, terapeutickou komunitou, sociálnym pracovníkom, sociálnu prácou so závislými klientmi, iné). Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu štruktúrovaného dotazníka a zvolila si hypotézy, kde na overovanie svojich výsledkov použila štatistickú metódu „Chí-kvadrát test“. Musím pochváliť diplomantku, a jej praktické skúsenosti z danou problematikou s ktorou sa stretla na praxi, taktiež chválím jej prístup k písaniu práce a spoluprácu, to hodnotím veľmi kladne. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavou spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 25.05.2017



* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studentky: **Veronika Zíková**

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

Název práce: **Význam a uplatnění sociálního pracovníka při léčbě závislosti na alkoholu v terapeutické komunitě**

Oponent práce: PhDr. Hana Hejná

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 62

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 31

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost 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			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak vnímáte význam sociálního pracovníka ve fázi před léčbou a ve fázi doléčování pro úspěšný proces terapie?

Celkové hodnocení práce:

Autorka se ve své práci věnuje tématu stále aktuálnímu a lze očekávat, že aktuální bude i v budoucnu. Práce je rozdělena na dva celky – teoretickou a metodologickou část.

Autorka v teoretické části velmi čtivě přibližuje problematiku alkoholismu. Dále se zabývá specifikou terapie v komunitách a sociální práce s klienty závislími na alkoholu, včetně možností sociální prevence ve vztahu k návykovým látkám. Kapitoly na sebe logicky i tematicky navazují.

Výzkumné šetření, které je součástí metodologické části práce se zabývá zjištěním, jak vnímají klienti pomoc sociálního pracovníka v době léčby a po léčbě. Dále se šetření zabývá zjištěním, jaký je rozdíl mezi počtem klientů, kteří kontaktují sociálního pracovníka v době léčby, před a po léčbě a zda je mezi jejich počtem signifikantní rozdíl. Zvolená metoda kvantitativního šetření odpovídá zvolenému cíli výzkumu a výzkum je zpracován na úrovni odpovídajícím nárokům na bakalářskou práci. Výsledky výzkumného dotazníkového šetření ukazují na důležitost sociální práce v terapii závislosti.

Závěr práce shrnuje obsah celé bakalářské práce. Bylo by přínosné, kdyby autorka v závěru refletovala možnosti praktického využití výsledků výzkumného šetření.

Použitá literatura a formální stránka práce odpovídá nárokům na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **1 - výborně**

Datum, podpis: 10.5.2017

PhDr. Hana Hejná