

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Význam sociální práce při léčbě alkoholové závislosti  
pohledem abstinující osoby (případová práce)**

Bc. Sára Josefina Vobořilová

**Diplomová práce**

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii – kombinované studium

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

**Praha 2023**

**Prague College of Psychosocial Studies**



**The importance of social work in the treatment of alcohol dependence from the perspective of abstinent person (case work)**

**Bc. Sára Josefina Vobořilová**

**The Diploma Thesis**

**The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.**

**Prague 2023**

## **Prohlášení**

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

V Praze dne 30. 04. 2023

---

Bc. Sára Josefína Vobořilová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Bc. Aleně Hricové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá problematikou alkoholismu, s důrazem na možnosti sociální práce v oblasti léčebného a poléčebného procesu. Práce má za cíl zkoumat, jak vybraná dlouhodobě abstinující informantka prožívala intervence sociální práce v rámci léčby a v poléčebném procesu. Výzkum je koncipován jako případová práce. Získaná data byla analyzována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. Z výsledků výzkumu je patrné, že sociální práce měla a stále má podstatný vliv na léčebný i poléčebný proces u vybrané informantky. Zjištěné poznatky jsou následně diskutovány s teoretickými poznatky z dalších výzkumů.

## **Klíčová slova**

Alkohol, abstinence, alkoholismus, sociální intervence, interpretativní fenomenologická analýza

## **Annotation**

The diploma thesis is focused on the issue of alcoholism, with an emphasis on the possibilities of social work in the field of treatment and post-treatment process. The aim of the work is to investigate how the selected long-term abstinent informant experienced social work interventions within the treatment and after the treatment process. The research is designed as a case study. The obtained data were analyzed with the interpretative phenomenological analysis. It is evident from the results of the research that social work had and still has a significant influence on the treatment and post-treatment process for the selected informant. The findings are then discussed with theoretical findings from further research.

## **Keywords**

Alcohol, abstinence, alcoholism, social intervention, interpretative phenomenological analysis

## Obsah

Úvod .....	1
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>3</b>
1.1 Alkoholismus .....	3
1.1.1 Alkohol a jeho účinky .....	3
1.1.2 Vznik a rozvoj závislosti.....	6
1.1.3 Projevy alkoholismu .....	8
1.1.4 Příčiny nadměrné konzumace alkoholu .....	9
1.1.5 Sociální a zdravotní problémy spojené s alkoholismem.....	11
1.2 Léčba alkoholové závislosti a její prevence .....	14
1.2.1 Pojmy spojené s léčebným procesem .....	14
1.2.2 Prevence alkoholismu .....	16
1.2.3 Formy léčby .....	20
1.3 Intervence pomáhajících pracovníků .....	23
1.3.1 Vymezení intervence v sociální práci.....	23
1.3.2 Pomáhající pracovník jako intervenující osoba v sociální práci.....	25
1.4 Možnosti sociální práce s klientem závislým na alkoholu.....	27
1.4.1 Etapy sociální práce s klientem závislým na alkoholu .....	27
1.4.2 Vybrané metody sociální práce s osobami závislými na alkoholu .....	33
<b>2 Výzkumná část.....</b>	<b>37</b>
2.1 Výzkumný cíl .....	38
2.2 Výzkumný soubor a metoda sběru dat .....	39
2.3 Výzkumné otázky.....	42
<b>3 Analýza sběru dat a interpretace výsledků .....</b>	<b>44</b>
3.1 Rozbor dat .....	45
3.1.1 Život před léčbou (K1) .....	45

3.1.2	Léčba (K2) .....	46
3.1.3	Režim v léčbě (K3) .....	50
3.1.4	Personál – pracovníci pomáhajících profesí (K4).....	53
3.1.5	Sociální služby (K5) .....	55
3.1.6	Život po léčbě (K6).....	60
<b>4</b>	<b>Shrnutí výsledků získaných analýzou dat .....</b>	<b>65</b>
<b>5</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>68</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>72</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>74</b>
	<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>79</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>80</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>1</b>

# Úvod

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou alkoholismu, s důrazem na možnosti sociální práce v oblasti léčebného a poléčebného procesu. Vybraná problematika byla v minulosti a stále je velice aktuální, především s ohledem na čísla statistických úřadů, která poukazují na skutečnost, že počet lidí závislých na alkoholu vyžadujících léčbu každoročně stoupá. Výběr tématu jsem zvolila na základě zkušenosti se závislostí na alkoholu u mnoha osob v mém blízkém okolí. Sociální práce hraje velmi důležitou roli v systému léčby této závislosti. Danou problematiku se snažím zmapovat tak, abychom dosáhli co nejucelenějšího pohledu na možnosti v oblasti sociální práce a pomáhajících pracovníků. Přínosem práce může být nový pohled na možnosti v této oblasti a zkvalitnění služeb spojených s léčebným a poléčebným procesem v rámci alkoholismu.

Diplomová práce má za cíl zkoumat, jak vybraná dlouhodobě abstinující osoba prožívala intervence sociální práce v rámci léčby a v poléčebném procesu. Právě zásah pracovníků pomáhajících profesí v rámci léčby a v poléčebném procesu osob závislých na alkoholu je klíčový na cestě za jejich uzdravením. Je nepostradatelným také v rámci resocializačního procesu, který díky sociálním pracovníkům může probíhat mnohem snáze a osobě abstinující může ulehčit opětovné začlenění do společnosti a pracovního procesu. Pracovníci pomáhajících profesí fungují při koordinaci jednotlivých sociálních služeb, jsou také součinní v rámci terapií, podporují a motivují. Jsou oporou klientům v jejich nelehké situaci a snaží se jim cestu za jejich uzdravením ulehčit.

V rámci použité strategie jsem zvolila kvalitativní výzkum s designem případové práce, realizovaný formou rozhovoru, který bude rozdělen na dvě části. První část bude takzvaně narativní, kdy informant bude volně vyprávět svůj příběh, již s vyžádáním na důraz kladený na oblast pomáhajících pracovníků a na funkčnost sociální práce v rámci dané léčby a poléčebném procesu. Dle mého názoru je ale tato část velice důležitá k pochopení podstaty celého kontextu příběhu daného informanta. Druhá část se bude věnovat již konkrétním otázkám směřovaným právě k prožívání informanta v rámci intervence sociálních pracovníků, ke konkrétním úkonům s léčbou spojených, s léčebným a poléčebným programem a úlohou pracovníků v tomto procesu.



U informanta se zaměřím také na pocity, chování a prožívání v návaznosti na léčbu a polečebný proces v souvislosti s činností pracovníků pomáhajících profesí.

Výběr zkoumané osoby bude probíhat metodou snowball neboli řetězovým výběrem. Tuto metodu jsem zvolila, jelikož je vhodná pro výzkum obtížněji dostupných skupin v rámci populace, pro které neexistují seznamy ani jiná spolehlivá metoda výběru.

Teoretická část práce je členěna do čtyř kapitol dle ústředních témat, které řeší. První kapitola se zabývá pojmem alkoholismu jako takovým. Dále se v ní zaměřuji na oblast alkoholu a jeho účinků, na vznik a rozvoj alkoholové závislosti, její projevy, příčiny, které k nadměrné konzumaci alkoholu vedou a v závěru také na sociální a zdravotní obtíže s alkoholismem spojené. Druhá kapitola řeší léčbu alkoholové závislosti a její prevenci. Třetí kapitola se zaměřuje na intervence pracovníků pomáhajících profesí. Poslední kapitola teoretické části se zabývá možnostmi sociální práce s klientem závislým na alkoholu. V této kapitole rozeberu charakteristiku takových klientů a možnosti pracovníků v rámci podpory a koordinace v oblasti sociálních služeb spojených s léčením alkoholismu.

Současný stav bádání je v posledních deseti letech velice obsáhlý. Téma alkoholismu je často skloňováno jak na poli naučné, tak populárně naučné literatury. V dnešní době je již téma velmi probádané, ale v souvislosti s proměnami společnosti se na něj lze stále dívat z různých nových úhlů pohledu.

Množství literatury v daném tématu každoročně narůstá. Mezi nejznámější autory, kteří se tématem zabývají v zahraničí, patří například Peter Anderson, Ben Baumberg či Katherine van Wormer, která konkrétně řeší téma alkoholismu ve spojitosti se sociální prací. U nás se tématu aktivně věnuje například Karel Nešpor, Jirí Heller, Kamil Kalina či Oldřich Matoušek, který také začleňuje téma do oblasti sociální práce.

# 1 Teoretická část

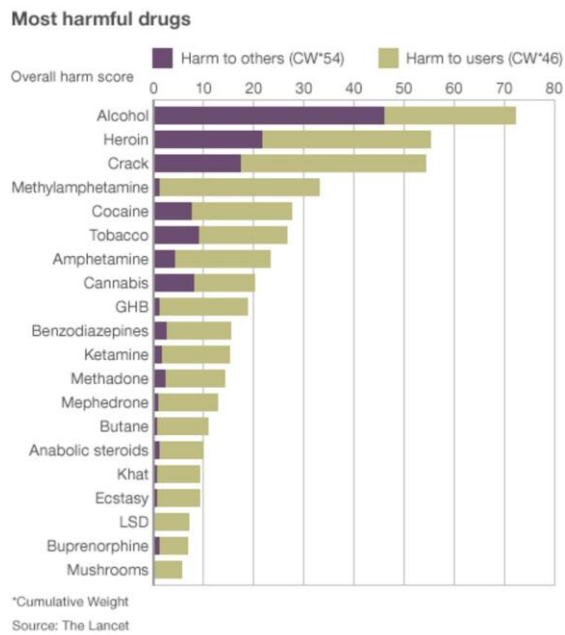
## 1.1 Alkoholismus

Kapitola se věnuje základním informacím spojeným s alkoholismem, pro co nejlepší vhléd do tématu. Zaměřím se v ní na alkohol jako takový ve spojitosti s jeho účinky, dále na to, jak závislost na alkoholu vzniká, jaké jsou její příznaky, příčiny a v poslední části také sociální a zdravotní dopady alkoholismu. Tato kapitola je velmi podstatná pro pochopení chování a jednání lidí, kteří jsou na alkoholu závislí.

### 1.1.1 Alkohol a jeho účinky

Alkohol, chemicky vyjádřeno etanol, je látka, která vzniká jako produkt kvašení cukrů za působení kvasinek (Machová a kol., 2009). V chemii je tato látka vyjádřena vzorcem  $C_2H_5OH$  a v současné době se jedná o jednu z nejrozšířenějších a nejčastěji užívaných psychoaktivních látek v našem sociokulturním prostředí (Urban & Dubský, 2008). Alkohol se řadí mezi nejstarší a nejhojněji užívanou psychoaktivní látku na světě, především proto, že jeho užívání je ve většině zemí světa legální a společensky přijatelné (Edwards, 2004). Slovní pojem alkohol pochází z arabštiny a vyjadřuje jemnou substanci. Byl tak označován vinný extrakt, který byl objeven alchymisty již ve 12. století v oblasti jižní Itálie (Šamánek & Urbanová, 2010).

Nezávislá vědecká rada pro návykové látky potvrdila díky četným výzkumům, že se jedná o drogu mnohonásobně nebezpečnější než například heroin, ať z hlediska poškozování společnosti i negativních dopadů na zdraví, ekonomiku a sociokulturní faktory (Independent Scientific Committee on Drugs, 2010). Konkrétně profesor David Nutt v rozhovoru pro BBC (2010) toto tvrzení potvrzuje a zdůrazňuje, že až za alkoholem se v žebříčku umístil heroin, kokain či pervitin.



**Obrázek č. 1 (Zdroj BBC)**

Účinky alkoholu zabírají širokou škálu v oblasti našeho těla. Začneme proto u dopadu na orgánovou soustavu. Alkohol působí především na CNS neboli centrální nervový systém. Jeho účinek je takřka vždy závislý na konzumovaném množství, ale i dalších faktorech, kterými jsou například zdravotní dispozice. Stav, který se objevuje po větším množství požití látky, se nazývá opilost (*ebrieta*, *ebrietas simplex*). V případě požití nižších dávek působí alkohol stimulačně, při vyšších spíše tlumí. Zpočátku jsou patrné projevy lepší nálady, zvýšeného sebevědomí, návalu energie. S další konzumací se pak dostavuje také ztráta zábran. Při vysokém množství nastává útlum, únava a následně spánek. Lze definovat 4 fáze/stádia intoxikace alkoholem, v závislosti na naměřeném množství alkoholu v krvi:

1. Lehká opilost – stádium excitační (alkoholemie do 1.5 promile či 1.5 g/kg).
2. Opilost středního stupně – stádium hypotonické (alkoholemie 1.6 promile).
3. Těžká opilost – stádium narkotické (alkoholemie více než 2 promile).
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou oběhu a dechu– stádium asfyktické (alkoholemie nad 3 promile) (Kalina, 2015).

Národní zdravotnický informační portál (NZIP) na svém webu uvádí, že odbourávání alkoholu v těle probíhá rychlostí 0,12 – 0,2 ‰/hod., muži jej oproti ženám odbourávají

přítom mnohem rychleji. Tuto rychlost nelze žádným způsobem urychlit. Ani tipy které jsou často uváděny jako účinné – pití většího množství tekutin, kávy, pohyb či studená sprcha nemají téměř žádný vliv na vyloučení alkoholu z těla ven.

Mezi krátkodobé účinky intoxikace alkoholem patří například snížené svalové napětí, špatná rovnováha, zvracení, nevolnost. Lze pozorovat zvýšenou agresivitu a sníženou sebekritičnost. Tyto doprovodné znaky mohou vést až k velice riskantnímu chování, které mnohdy končí úrazem a při vyšší intoxikaci také až poruchami vědomí, v nejhorším případě smrtí. Jedním z dalších typů intoxikací je tzv. patická opilost, která se ale vyskytuje v relativně nízkém měřítku. Vzniká v důsledku oslabení organismu a následného požití i malého množství alkoholu, což může způsobit poruchu vědomí, halucinace, bludy apod. Stav končí spánkem, po kterém může být patrná amnézie (Kalina, 2015).

Z dlouhodobých účinků je důležité zmínit negativní vliv na zažívací ústrojí, které může vyústit v poruchu trávení, časté průjmy, dlouhodobé zvracení. Pokud se potíže nezačnou řešit a člověk neprodleně nezačne abstinovat, může dojít až k rozvoji nádorového onemocnění (např. rakovina jícnu, žaludku, střev, jater). Často se lze v souvislosti s alkoholismem setkat také s diabetem či silnou podvýživou. Velice závažnými důsledky častého pití alkoholu je také porucha krvevorbny, chudokrevnost či poškození endokrinního systému, které u mužů může vést až k impotenci. U těhotných žen může dojít k fetálnímu alkoholovému syndromu (FAS), který je spojen s vážným poškozením plodu (Kalina, 2015).

Alkoholici se také často potýkají s psychickými obtížemi, které bývají spojeny s poškozením mozku v důsledku chronického abúzu. To doprovází nejen výkyvy nálad, deprese, ale v horším případě také halucinace, bludy ad. Například u Korsakovova amnestického syndromu je narušení kognice natolik závažné, že dochází k rozpadu krátkodobé paměti, kdy stav může dojít až k demenci (Heller & Pecinová, 2011).

Organizace WHO (2018) ve svém článku s faktografickými údaji uvádí, že ročně na následky užívání alkoholu zemře 3 miliony lidí, což činí 5,3 % ze všech úmrtí. Zdůrazňují také, že jejich studie potvrzují přímou souvislost mezi duševními onemocněními

a vysokou konzumací alkoholu. Obecně tvrdí, že alkoholismus stojí za více než 200 onemocněními.

Studie provedené Hygienickou stanicí hlavního města Prahy poukazují na skutečnost, že v rámci České republiky je patrná nadprůměrná spotřeba alkoholu. Dle statistik je náš stát řazen na čtvrté místo ve spotřebě alkoholu, na druhé místo pak v mezinárodním měřítku ve spotřebě čistého ethanolu v rámci Evropy (Fuksová & Boublík, 2019).

### **1.1.2 Vznik a rozvoj závislosti**

V současné době evidujeme značné množství teorií příčin vzniku a rozvoje závislosti. Jednotlivé teorie se velice liší co do rozsahu i obsahu, avšak jednu věc mají společnou – nedokáží odpovědět jednotně na to, proč závislost vzniká. Nešpor v nejedné své knize poukazuje na jistou skepsi spojenou právě s teoriemi, které se snaží objasnit příčinu závislosti či lék, který je schopný ji vyléčit (Nešpor, 2000).

Závislost na alkoholu, je dle WHO klasifikována jako psychické onemocnění. Je řazena mezi duševní poruchy a poruchy způsobené užíváním alkoholu. MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) označuje nemoc kódem diagnózy F10.2. Dle ní jedinec dává přednost užívání látky před jednáním a prožitky, kterých si dříve cenil mnohem více (Kučerová, 2013). Minařík (2014) uvádí, že závislý si svou nemoc často neuvědomuje. Uvědomuje si ale své chování, které se většinou marně snaží kontrolovat.

Klient může být označen za závislého v případě, že se u něj projeví minimálně 3 vzorce maladaptivního chování během posledních 12 měsíců. Jednou z nich je například tolerance vůči vyšší konzumaci alkoholu, typický průběh odvykacích stavů, opakované a neúspěšné pokusy o abstinenci či vliv na jeho sociální či ekonomickou situaci (Millerová, 2011).

Poprvé byl pojem alkoholismus užit švédským lékařem Magnussem Hussem roku 1849. WHO jej následně o dva roky později oficiálně klasifikovala jako problém sociální deviace, která se projevuje duševní poruchou a má viditelné následky na duševním a zdravotním stavu daného jedince (Sournia, 1999).

Vývoj závislosti řeší Skála (1988) s odvoláním na Jellineka, který tato stádia vymezil. Stádia jsou rozdělena do čtyř částí. **První vývojové stádium** neboli počáteční, se vyznačuje tím, že dodává danému člověku pocity uvolnění, zlepšení nálady, pomalu nastupující euforie.

Dávky alkoholu však časem musí navyšovat kvůli vznikající toleranci. Přestávky mezi jednotlivými konzumacemi se časem zkracují. Taková osoba konzumuje alkohol pouze za účelem dostat se do podnapilého stavu spojeného s dobrou náladou. V závislosti na mnoha faktorech může přejít po několika měsících či letech do stádia druhého (Hosák et al., 2015; Matějková, 2009).

**Druhé stádium** neboli varovné, vykazuje známky opravdu silné opilosti. V tomto stádiu si však těchto problémů ještě nevšímá okolí dotyčného. Z pití se vytvoří silný návyk, je třeba dávku stále zvyšovat k dosažení požadovaného stavu. Stádium se vyznačuje tím, že se z lehčího alkoholu, např. vína či piva, přechází k alkoholu tvrdému. Pro dotyčného je důležité obklopit se lidmi, kteří pijí stejně jako on a vyhledává situace, kdy okolí nepřijde jeho opilost zvláštní (oslavy, párty apod.) (Hosák et al., 2015).

**Stádium třetí** neboli rozhodné, již vykazuje u dané osoby závislost na alkoholu. Stádium již doprovází probuzení s tzv. okny, kdy si dotyčný vůbec nepamatuje okamžiky spojené s dobou opilosti. Ztrácí se kontrola nad pitím, alkohol již osobu ovládá. V této fázi je člověk již považován svým okolím za alkoholika, všímá si negativních posudků ostatních na jeho osobu, společnost nesouhlasí s jeho projevy v opilosti. Důvody pití nachází prakticky v každé části svého života – v partnerství, v rodině, v zaměstnání i v běžných denních činnostech. To je poté další důvod k následné konzumaci. Tato fáze může trvat několik let (Ehrmann & Hůlek, 2014; Hosák et al., 2015; Matějková, 2009).

**Čtvrté stádium** je poslední a nazývá se konečným. Z uvedených je prokazatelně nejhorší a trvá nejdéle se do ní dostat – až 15 let. Alkoholik se již v ranních hodinách po probuzení uchyluje ke konzumaci alkoholu. Jinak není schopen běžně fungovat. Důležité pro závislého v tomto stádiu je udržovat tzv. hladinku – stálé množství alkoholu v oběhu. Každá dávka následuje další a další. Tito lidé se již minimálně dostávají do střízlivého stavu. Odolnost vůči látce se snižuje, dávka alkoholu potřebná

k dosažení stavu opilosti se snižuje až na polovinu. Poslední stádium je nejkritičtější z hlediska dopadů na fyziologický i psychický stav (deprese, úzkosti, agrese, třes rukou, špatná orientace, ad.). Situace je pro závislého již bezvýchodná (Hosák et al., 2015; Matějková, 2009; Skála, 1988).

Vznik definice zmíněných stádií se sice datuje již do 80. let, dodnes je však tato klasifikace velmi aktuální a pracuje s ní řada expertů. Proto jsem se rozhodla ji jako zdroj zařadit i do této práce.

Jellinek dále poukazuje na vztah mezi typem závislosti a daným stádiem. **Alfa** je spojená s občasným pitím, alkohol navozuje příjemný stav, kterého ale konzument dosahuje i bez něj. **Beta** souvisí se sociálním přijetím. Konzument se přizpůsobuje svému okolí, které také pije. **Gama** souvisí již s psychickou závislostí a dochází ke každodenní opilosti (Nešpor, 2007). Předposlední, **delta**, je spojena s fyziologickými projevy závislosti. Osoba již není schopna fungovat bez stálé hladiny alkoholu v krvi. Alkohol je součástí každodenního rytmu člověka, pokud se nenapije může dojít až k delirickému stavu. Závěrečný typ je **epsilon**, je spojen s pijáckými epizodami – závislý několik dní abstinuje a poté několik dní pije. Takto je schopen fungovat velmi dlouhou dobu (Nešpor, 2011).

### 1.1.3 Projevy alkoholismu

Alkoholismus, jak již bylo uvedeno výše, je dle MKN značen kódem F10.2. Základními projevy alkoholismu je silná touha po požití alkoholu. Terminologicky tento stav označujeme jako bažení neboli craving. Díky častému požívání, které je takřka nekontrolovatelné, se zhoršují kognitivní funkce, což má za následek zhoršení usuzování a v tomto stavu může taktéž docházet k opětovnému požívání alkoholu. Dalším důležitým znakem je výrazně zhoršené sebeovládání. Somatický stav při odvykání se vyznačuje typickými projevy jako jsou bolest hlavy, pocení, průjem, zvracení, vysoký tlak či bludy a halucinace.

Tolerance vůči alkoholu navíc stále vzrůstá. Pacient je tak nucen svému tělu dodávat stále vyšší množství látky, aby dosahoval stále stejného stavu. Člověk závislý se projevuje ztrátou zájmu o veškeré činnosti a sociální interakce, které mu do té doby

byly blízké. Ztrácí zájem o koníčky, přátele, rodinu, práci a mnohdy i sám o sebe a svůj zevnějšek či zázemí. Svůj čas věnuje zcela a pouze požívání alkoholu. Mnoho z pacientů v tomto stádiu alkoholismu popisuje, že žijí pouze pro to, aby mohli nadále užívat alkohol, což jim působí jediné potěšení v životě. K jednomu z posledních znaků alkoholismu patří také skutečnost, že závislý pokračuje v jeho užívání i přesto, že si je zcela vědom dopadů jeho užívání na jeho život i jeho sociální okolí (Nešpor, 2007).

Projevy alkoholismu jsou také mnohdy velmi rozdílné u mužů a žen i u jednotlivých věkových kategorií. U žen se často setkáváme s tím, že alkohol užívají tajně a samostatně, jelikož jim stále záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své sociální okolí i například v práci. Muži naproti tomu pijí většinou spíše na veřejnosti a vrchol závislosti se pohybuje kolem jejich 40. – 50. roku. Věkové rozmezí je velmi podobné i u žen (Sobotková, 2001).

Psychologická a psychiatrická klinika AdiCare (2019) na svém webu v rubrice „Jak poznat alkoholika?“ uvádí, že je třeba přihlížet ke skutečnosti rozdělení fází alkoholismu a typů alkoholiků. Není dobré se uchylovat k tomu, že považujeme za alkoholika pouze člověka, který má viditelné fyziologické známky a je z něj cítit alkohol. Důležité je ale pozorovat změny u daného člověka v horizontu alespoň půl roku, kdy se projevuje ztrátou zájmu o svou rodinu, přátele, práci, koníčky, často chodí pozdě, je nespolehlivý, zhoršuje se jeho pracovní morálka či navštěvuje zaměstnání pod vlivem.

#### **1.1.4 Příčiny nadměrné konzumace alkoholu**

Důvodů a příčin pro vznik závislosti je opravdu velké množství. Jde ale o kombinaci tří základních pilířů, které na vznik alkoholové závislosti mohou mít vliv. Prvním z nich je faktor biologický – ten určuje genetický předpoklad vzniku závislosti. Druhým faktorem je faktor psychický, který určuje strukturu naší osobnosti. Třetím velmi důležitým faktorem je sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Každá z těchto složek má neopomenutelný vliv, a to nejen na frekvenci užívání, ale také právě na vznik závislosti. Tato látka se významně podílí na potlačení strachu a pomáhá člověku zapomenout na problémy, které ho trápí. V některých případech, jak je nám známo již u některých umělců/alkoholiků, je patrné, že alkohol pomáhá v rozvoji jejich kreativity.



Bio-psycho-sociální model nám pomáhá sledovat, jak u konkrétního jedince funguje dopad genetiky na strukturu osobnosti, kterou poté ovlivní jeho sociální prostředí. Tato kombinace je klíčová v rozvoji alkoholové závislosti (Lawson, Rivers, 2001 in Millerová, 2011).

Jak bylo již zmíněno výše, příčin nadměrné konzumace alkoholu může být spousta. V mnoha případech dojde ke zvýšení konzumace v důsledku zahánění stresu či smutku v kontextu nešťastných událostí. Tím může být například ztráta blízké osoby, dluhy, ztráta zaměstnání, nemoc apod. Dalším faktorem jsou i dědičné dispozice, jak jsme již nastínili výše. Častou příčinou bývá převzatá zkušenost z rodiny, špatná výchova, nevhodné sociální prostředí. V případě našich přátel, blízkých, zaměstnanců apod., lze vypožorovat problémy s alkoholem dle některých změn návyků. Mezi varovné signály patří například nespolehlivost, pozdní příchody, nezájem o koníčky, rodinu (Hosák et al., 2015; Marhoutová, 1995).

Marhoutová (1995) také zdůrazňuje čtyři funkce alkoholu, které spolu nemusí nutně souviset. První z nich je funkce výživná, kdy je alkohol součástí konzumace jídla. Například při večeři, kdy si daná osoba dá ráda víno či pivo jako součást jídla. Druhá funkce je sociální, která přispívá k sociálnímu začlenění, lepšímu vrůstání do kolektivu. Dále je funkce anxiolytická, která napomáhá proti stresu a úzkostem. Poslední je funkce orgiastická, která slouží jako prostředek k záměrné intoxikaci, kdy osoba již prahne po stavu opilosti.

Kalina (2008), na rozdíl od Marhoutové, poukazuje na členění spojené s konzumováním alkoholu obecně. Lidi dělí do čtyř skupin, kterými jsou abstinenti, konzumenti, pijáci a osoby závislé. Abstinence se vyznačuje tím, že daná osoba alkohol odmítá a nevidí na jeho konzumaci nic pozitivního. Jde o člověka, který po dobu minimálně 3 let nepožil žádný alkoholický nápoj. Konzument naopak pije alkoholické nápoje v přiměřeném množství, ve vhodném věku a volí takové nápoje, které jeho organismus nejlépe zvládá. V dnešní době většina populace patří právě do této skupiny. Je velice tenká hranice mezi tím, kdy se z konzumenta může stát piják. Ten již vyžaduje po konzumaci příval euforie a pozitivních pocitů. V této fázi se člověk nachází na začátku cesty, kdy se z něj může velmi snadno stát alkoholik.

### **1.1.5 Sociální a zdravotní problémy spojené s alkoholismem**

#### **Sociální problémy**

Alkohol má prokazatelný vliv jak na sociální prostředí závislého, tak na jeho zdravotní stav. Prvním bodem sociálního prostředí je rodina, která je alkoholismem některého z jejích členů velmi ovlivněna. Dopad alkoholismu nevnímají jen samotní členové rodiny, ale také okolí jednotlivých členů. V rámci rodiny je závislost na alkoholu vnímána jako velký problém zasahující do jejího běžného fungování. Má vliv na její ekonomickou situaci, sociální kontakty, dále na jednotlivé vztahy mezi členy rodiny i na rodinnou dynamiku (Kohoutek, 2007).

Nešpor (2001) uvádí, že struktura rodiny může mít mnohdy dopad na vznik samotné závislosti. Ta poté zrcadlí nespokojenost v partnerství, dluhy, problémové vztahy v rodině, nespokojenost s chováním jednotlivých členů. Členové rodiny se snaží alkoholika přimět, aby začal znovu plnit svou funkci v rodině. Ten se v rámci závislosti již není schopen opětovně do fungování rodiny začlenit, proto jednotliví členové přebírají jeho roli.

Pokud se alkohol týká dospívajících či dokonce dětí, je potřeba dodat, že u těchto skupin závislost vzniká v mnohem kratší době, nežli tomu je u dospělých. Souvisí to nejen s nižší tolerancí k alkoholu, ale také s nižšími zábrany způsobenými mladistvým věkem. Vzhledem k této skutečnosti není překvapující, že v případě dětí a dospívajících je mnohem vyšší procento otrav alkoholem, úrazů vzniklých intoxikací touto látkou a další okolnosti, které s užíváním mohou souviset (Matějková, 2009; Skála, 1988).

Daná věková kategorie je spojena také s tím, že u ní není dokončený psychosociální vývoj, který může být užíváním alkoholu také velice narušen. Je běžné pozorovat, že již v tomto věku lidé často experimentují s alkoholem v rámci určité etapy v jejich životě. Důležité je, aby daná osoba nesklouzla k pravidelnému užívání, kterým bude řešit své potíže. S užíváním alkoholu souvisí také páchaní trestné činnosti, užívání návykových látek a další nebezpečné faktory (Fischer, & Škoda, 2009).

Velkým sociálním problémem je také užívání alkoholu v těhotenství. V České republice se s touto problematikou setkáváme v nižší míře. Jde obzvláště o více rodičky, mnohdy z nižších sociálních vrstev. Tyto ženy také často kouří a jsou závislé i na jiných psychotropních látkách. Dlouhodobé užívání alkoholu má velmi negativní vliv na vývoj dítěte, ale i na tělo matky. Největší vliv na vývoj je již v prvním trimestru, kdy může dojít až k potratu. Děti také po narození často trpí tzv. fetálním alkoholovým syndromem. Mezi typické příznaky tohoto syndromu patří mentální a růstová retardace, nízká porodní hmotnost, jaterní obtíže, vývojové vady srdce apod. (Vavřínková, Binder, 2006).

Rizikovou skupinou v oblasti alkoholismu jsou také senioři. Zde je velké riziko u lidí, kteří žijí sami, trpí například depresemi či jinými duševními onemocněními, nemají dostatek peněz a cítí se osaměle. Problém u těchto osob spočívá také v tom, že často nemají ideální zdravotní stav, což může způsobit zhoršení zdravotních obtíží (Nešpor, 2000).

Pokud se alkoholismus dostane do fáze, kdy má vliv i na pracovní sféru dané osoby, je velmi pravděpodobné, že s tím vzejdou další problémy k řešení. U alkoholika se snižuje produktivita, zvyšuje se riziko chyb, mohou se zhoršit pracovní vztahy (Nešpor, 2006).

Z legislativního pohledu je navíc požití alkoholu na pracovišti nepřípustné. V souladu s ustanovením m § 106 odst. 4 písm. e) zákona c. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, je zaměstnanec povinen: nepožívat alkoholické nápoje na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod vlivem alkoholických nápojů na pracoviště zaměstnavatele (Zákoník práce).

Je patrné, že závislost na alkoholu není zátěž pouze pro daného jedince, ale má negativní vliv na partnerství, rodinu i sociální vazby. S alkoholismem souvisí i možnost, že člověk o svou práci úplně přijde. Jeho ekonomický stav se zhoršuje, rozpadají se sociální vztahy, může se uchýlit k páchání trestné činnosti z důvodu finanční tísně. Časem se dostává do sociální izolace a výjimečně se obklopuje jen lidmi, kteří také pijí (Chadima, 2007).

## **Zdravotní problémy**

S nadměrným užíváním alkoholu po dlouhou dobu souvisí mnoho zdravotních obtíží a orgánových poškození. Rozsah těchto obtíží závisí na délce užívání i množství konzumovaného alkoholu, vliv má ale i genetika a celková tělesná dispozice daného člověka. Je však prokázáno, že alkohol oslabuje imunitu a podílí se také na vzniku nádorových onemocnění. To nejčastěji napadá části trávicího ústrojí. Vliv lze také pozorovat v oblasti plodnosti, jak u mužů, tak u žen. Souvisí také s možností obezity, má vliv na periferní nervy, na vitamínové zásoby v těle, poškozuje tvorbu jednotlivých složek krve ad. Časté jsou také poruchy spánku, paměti, koordinace, myšlení, vnímání. Projevem může být až tzv. alkoholový tremor – třes prstů, hlavy, jazyka, víček a dalších částí těla. Způsobuje i nemoci oběhového systému, hypertenzi, nemoci dýchací soustavy, trávení, cirhózu jater, kožní onemocnění a mnoho dalších obtíží (Fišer, 2009; Heller & Pecinová, 2011; Chadima, 2007).

S nadměrnou konzumací alkoholu je také často spojeno kouření. Procentuální zastoupení uživatelů alkoholu, kteří jsou zároveň kuřáky, je cca 50-90 %. Spojitost alkoholu s kouřením vytváří v těle prostředí, které ještě zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění či například k rozvoji rakoviny (Budinský, 2010).

Zdravotní obtíže se nevztahují pouze k somatickým onemocněním, ale také k duševním. Dlouhodobé užívání alkoholu může přispět až ke vzniku duševní poruchy či poruchy chování (Smolík, 2002). U některých uživatelů se může objevit i patologická intoxikace alkoholem, psychotická porucha spojená s halucinacemi, bludy a paranoiou (Nešpor 2002). Nežádá se konzumace spojená také s depresivními epizodami, které mohou v těch nejvážnějších případech končit až sebevraždou. Schuckit (2000) ve své knize uvádí, že 10-15 % chronických uživatelů nakonec spáchá sebevraždu.

## **1.2 Léčba alkoholové závislosti a její prevence**

Pro podrobný vhled do tématu je třeba v práci přiblížit možnosti spojené s léčbou alkoholové závislosti a její prevencí. Vzhledem k tomu, že vybraný participant absolvoval léčebný proces v rámci České republiky, bude tato kapitola zaměřena pouze na léčbu a možnosti s ní spojené v této zemi.

### **1.2.1 Pojmy spojené s léčebným procesem**

Podkapitola se věnuje pojmům, se kterými se lze setkat v rámci léčby alkoholové závislosti. Je tedy na místě je zde zmínit.

#### **Abstinence**

Tento pojem není spojen pouze s alkoholovou závislostí, ale se závislostmi obecně. U jakékoliv závislosti ve spojitosti s návykovými látkami se mohou objevit abstinenci příznaky. Pokud tělo delší dobu nepřijme danou látku, vzniká u něj abstinence. Abstinence může přerůst až v abstinenci syndrom, což ovšem závisí na tom, po jak dlouhou dobu je droga užívána. Abstinence je tedy stav, při kterém závislý abstinuje a neužívá danou látku. Takto se může rozhodnout z důvodů zdravotních, rozumových či například etických (Hartl & Hartlová, 2000).

#### **Abstinenci syndrom**

Abstinenci syndrom vzniká jako reakce organismu na nedostatečné množství dané látky v těle. Může vzniknout nejen při jejím úplném vynechání, ale také při výrazně sníženém množství. Nastává v souvislosti s vysazením drogy, kterou dotyčný užíval opakovaně

a dlouhodobě. Projevuje se jak fyziologickými, tak psychickými změnami. Mezi fyziologické projevy patří například třes v různých částech těla, nejčastěji jde o víčka, jazyk či ruce, tělesný neklid, bolest hlavy, zvracení, průjem, pocení, malátnost či pocit, že se dotyčný nemůže nadechnout. Mezi duševní projevy lze zařadit podrážděnost, úzkost, poruchy spánku, přechodně také halucinace, iluze a bludy (Korean Journal of Family Medicine).

Závažnost tohoto stavu se mění s délkou jeho trvání. Na počátku jsou patrné lehké projevy bolestivosti, třesu a zmíněné nevolnosti. Dojít ale může až k životu ohrožujícímu stavu spojeným s deliriem tremens a epileptickými záchvaty (Kalina, 2003).

### **Recidiva**

Recidiva se vyznačuje tím, že závislý se po delší abstinenci opět navrátí k užívání látky, v tomto případě k alkoholu. Jednoduše jde o porušení abstinenčních zásad. Nemusí nutně dojít k plnému rozvoji choroby, často tomu však tak bývá (Hartl & Hartlová, 2000). Nešpor, Pernicová a Csémy (1999) ve své knize uvádí, že recidivu je třeba neprodleně zastavit. Zároveň ale může posloužit závislému jako cenná zkušenost, a tak ho následně vést ke zvýšené opatrnosti.

Recidiva představuje velkou zkoušku pro samotného alkoholika i jeho okolí. Pokud si je pacient vědom svého selhání, může se příště situaci vyvarovat a vzít si z ní řádné ponaučení do budoucna. Je důležité pozorovat již zmíněné varovné signály – lhaní, pozdní příchody, nespolehlivost, vysokou emotivnost, závislostní myšlenky apod. Pokud se jeden z varovných signálů objeví, je třeba neprodleně kontaktovat terapeuta, sociálního pracovníka či kohokoliv blízkého, komu daný člověk důvěřuje (Ühlinger & Tschui, 2009).

### **Relaps**

Relapsem se rozumí takový stav, kdy se závislý plně navrátí k dřívější úrovni užívání látky poté, co se užívání snažil redukovat či zcela ukončit. Může být také brán jako výsledek intervencí. Alkoholik se opět vrací k užívání alkoholu v rozsahu, v jakém ho konzumoval před abstinencí. Tím se také vrací na začátek celkové léčby. Nejde pouze o jednorázovou událost, ale o opakované užívání drogy v plném rozsahu. Hlavní příčinou relapsu bývá craving, tzv. bažení po droze (Kalina & kol., 2003).

### **Delirium tremens**

Delirium tremens představuje velice závažný, mnohdy až život ohrožující stav. Statistiky vykazují, že je při něm doposud poměrně vysoká mortalita. Vyznačuje se silným kognitivním narušením a poruchou vědomí. Halucinace dosahují nebývalých rozměrů – ať už po stránce vizuální, tak sluchové, či dokonce čichové. Doprovází ho

také bludy, dezorientace, třes v různých částech těla, neklid a křeče. Nejčastější a nejsilnější projev je spojen s nočními hodinami, závislý poté trpí nedostatkem spánku (Hosák et al., 2015; Kalina & kol., 2003).

### **1.2.2 Prevence alkoholismu**

Alkoholismus je klasifikován jako nemoc a je třeba na tuto závislost tak i pohlížet. Pokud má jedinec dostatek vůle a odhodlání, je velká pravděpodobnost, že se z nemoci vyléčí. Nejlepší samozřejmě je, pokud k závislosti ani nedojde. Prevence je zásadním prvkem v celé problematice alkoholismu. Lze ji dělit na prevenci primární, sekundární a terciální (Řehan, 2007).

Primární prevenci dále dělíme na nespecifickou a specifickou. Specifická se dále dělí na selektivní, všeobecnou a indikovanou. V této kapitole se zaměříme především na specifickou primární prevenci, která má dle statistik prokazatelně vyšší účinnost.

Primární prevence se zaměřuje především na vzniklý vztah mezi drogou, jedincem a jeho sociokulturním prostředím. Jde o osoby s většinou zajímavou charakteristikou osobnosti. Pověšinou lze pozorovat snížené sebevědomí, problémy spojené s rodinným nebo sociálním prostředím a také se stresem obecně. Většinu postojů spojených s návykovými látkami si tvoříme právě skrze naše blízké a prostředí, ve kterém trávíme čas. Proto můžeme být do jisté míry ovlivněni rodinou, přáteli či našimi vzory. Cílem primární prevence je zamezit vznik a vývoj závislosti. Zásadní je zaměřit se především na děti a mládež (Heller & Pecinová, 2011).

Důležitou roli ve vzniku závislosti hraje také styl výchovy. Je vhodné, aby se rodič dostatečně staral a zajímal, zároveň aby jeho starostlivost nebyla přehnaná a dítě mělo volnost spojenou s pocitem důvěry. Dítěti je třeba porozumět a nastavit přiměřená pravidla k jeho věku, které dítě musí respektovat. Rodič by měl také pozorovat prostředí přátel, ve kterém se dítě pohybuje. To ovlivňuje jeho názory a postoje stejnou, někdy i vyšší mírou než samotní rodiče. V této souvislosti definujeme také pojem peer program, který se zabývá aktivní účastí stejně starých jedinců, působící jako pozitivní vzor v oblasti závislostí. Peer podpora může jednotlivcům v nízkém věku pomoci

orientovat se v nabízené pomoci a sociálních službách, a tak snížit hospitalizaci nebo jinou úroveň péče (The American Journal of Drug and Alcohol Abuse).

Celá podstata primární prevence spočívá v pochopení společenských vlivů a cesty nastavení zdravého životního stylu. Ten by neměl obsahovat braní drog, učí jedince vyrovnávat se se svými problémy a pomáhá vést k poklidnému a spokojenému životu (Kalina a kol., 2015).

Veškeré nespecifické formy prevence jsou i tak velmi důležité, jelikož tvoří základ pro prevenci specifickou. Ovšem její efektivita není jasně měřitelná, a tudíž nemá takové využití. Lze sem zařadit všechny aktivity, které mnohdy ani nesouvisí s rizikovým užíváním alkoholu, avšak pomáhají lépe a efektivněji trávit volný čas. Díky tomu je snížené riziko vzniku alkoholové závislosti, jelikož je jedinec spokojený a umí trávit čas smysluplněji než požíváním dané látky. Naproti tomu specifická prevence využívá specifických specializovaných programů, které přímo souvisí s rizikovým chováním – v tomto případě s užíváním alkoholu. Tato prevence se nadále rozděluje do tří úrovní, které jsou stanoveny dle míry ohrožení dané cílové skupiny. Ta je posuzována zejména prostřednictvím věku, sociálního prostředí, zdravotního stavu a příslušné instituce, která ji zajišťuje. Prevence se poté realizuje na základě zvolené zátěže (Heller & Pecinová, 2011; Kalina a kol., 2015).

Všeobecná primární prevence je zaměřena na běžnou část populace, bez dalšího rozdělení. Zaměřuje se na oddálení s počátečním užíváním alkoholu ve všech skupinách. Selektivní primární prevence se naproti tomu zaměřuje již na užší skupinu, která má vyšší tendenci k provozování rizikového chování. Úkolem této prevence je neprodleně odhalit kritická místa a spouštěče užívání. Dále spolupracuje s rodinou a školou, kde řeší případné další problémy, které by k užívání dále mohly vést (Gabrhelík, 2012).

Poslední, indikovaná primární prevence je tím nejvyšším stupněm specifické prevence. Zaměřuje se čistě na vysoce rizikové skupiny a jedince, kteří již vykazují prvky závislosti na alkoholu, užívají ho častěji a mnohdy ve velmi nízkém věku. Důležité je, že tyto jedinci nespádají do diagnostické úrovně pro léčbu. Mezi indikovanou prevencí a léčbou je však velmi tenká hranice. Indikovaná léčba často pracuje s projevy



nejrůznějšího chování jako jsou problémy ve škole, v rodině, užívání dalších návykových látek, problémy se zákonem či násilí a agrese. Zaměřuje se také na psychické či zdravotní onemocnění. V této fázi je velmi důležitá součinnost školy, jednotlivých učitelů, lékařů, rodičů a blízkého okolí. Důraz je kladen především na sebereflexi daného jedince (Kalina a kol., 2015).

Sekundární prevence se oproti primární vztahuje převážně na jedince, u kterých již alkoholická závislost propukla. Jejím primárním záměrem je tedy především předcházet rozvoji nemoci a odstranit přetrvávající rysy nemoci. Obecně se dá považovat sekundární prevence za kombinaci vhodného léčení a včasnou intervenci všech pomáhajících profesí činných v tomto procesu, která by měla vést k naprosté abstinenci (Heller & Pecinová, 2011).

Léčba se dá rozdělit na tři podkategorie. První, ta nejčastější vede k naprosté abstinenci, což je ideálním případem v případě požívání alkoholu. Druhý typ léčby vede ke kontrolovanému užívání, což není příliš hojně uznávaný způsob. Poslední je zaměřen na léčbu s tzv. udržovací substitucí. Zde je záměrem terapeutické léčby zvolení vhodné substituční látky. Toto se ale praktikuje převážně u velmi silných závislostí. Vyšší využití tato metoda nachází v oblasti tvrdých drog jako je pervitin či heroin. V kombinaci s alkoholismem se s ní setkáme velice zřídka. Léčba se nevztahuje pouze na jedince jako takového, ale na jeho celkové prostředí – přátele, rodinu a nejbližší osoby, které v rámci procesu v ideálním případě spolupracují. Součástí léčby jsou také nemedicínské postupy, kde se jedinec opětovně začleňuje do společnosti formou resocializace, reedukace některých systémů a využívá se zde hojně právního i sociálního poradenství (Kalina, 2008).

Sekundární prevencí se v současné době zabývá velké množství nejrůznějších institucí. V první řadě je vhodné zmínit telefonické linky, které mnohdy bývají první záchranou pro alkoholiky v nouzi. Poskytuje se zde poradenství a terapeutická pomoc. Všechny tyto linky jsou v rámci České republiky nezpлатněny (Nešpor, 1991).

Druhou důležitou oblastí institucí jsou tzv. K-centra neboli Kontaktní centra. Ty se zabývají včasným poskytnutím intervence, sociálních a zdravotních služeb a širokého spektra poradenství. Tyto centra si kladou za cíl minimalizovat rizikové chování

spojené s užíváním dané látky, pomáhají mu opět se zařadit do společnosti, navázat důvěru se svým okolím, motivují v léčebném procesu a pomáhají vyhledávat navazující instituce činné v tomto procesu. Celkově se snaží o kompletní změnu návyků a životního stylu závislého jedince. Mimo výše uvedené se tyto centra zabývají edukací rizik spojených se závislostmi, informují veřejnost, pořádají semináře a vytváří terénní programy (Kalina, 2008).

Třetí a velice známou skupinou jsou Anonymní alkoholici. Jedná se o skupinu lidí, kteří se sami potýkali s problematikou závislosti a sdružují takové osoby. Navzájem si pomáhají, motivují se a poskytují si terapeutické zázemí. Společně se podporují a získávají nové informace a zkušenosti prostřednictvím dalších závislých osob. Poslední jsou alkoholové poradny, které se již zabývají především zdravotnickou péčí s psychiatrickým léčebným programem. Je zde poskytována ambulantní péče (Kalina, 2003). Svěpomocná skupina AA je založena především na komunikaci, kolektivu, sdílení a sounáležitosti. Je zde využíván model tzv. 12 kroků. Ten je začleněn již v prvním sezení a vztahuje se k určitým změnám v návycích závislého chování. Zaměřuje se na všechny dimenze spojené s člověkem, jeho tělem, chováním či postoji – dimenze biologická, psychologická, sociální, duchovní apod. (Rotgers, 1999).

Terciální prevence považuje závislost za nemoc, ze které se nikdy nelze zcela vyléčit. Závislý dle tohoto způsobu uvažování tedy zůstává již navždy nemocným, tedy alkoholikem. Zásadním rozdílem je tedy to, zda se mu v rámci léčebného procesu podaří dosáhnout schopnosti abstinovat, a to po zbytek jeho života. Tato prevence se tedy zaměřuje na kooperační proces s léčbou, jehož cílem je zmírnit dopady způsobené alkoholismem. Hlavním cílem je co nejvíce zmírnit následky, které závislost zanechává na zdraví daného jedince. A to jak z fyziologického, tak psychického hlediska (Heller & Pecinová, 2011).

Kalina (2008) popisuje terciální prevenci v rámci jednotlivých bodů – resocializace, sociální rehabilitace, intervence. Resocializace a sociální rehabilitace probíhají především u klientů, kteří již mají za sebou léčebný proces a abstinují. Intervence probíhá u klientů, kteří drogu stále užívají, a ještě nedošli k plnému rozhodnutí její užívání ukončit. V rámci terciální prevence pracovníci pomáhají dotyčné osobě hledat zaměstnání, bydlení, jednat s navazujícími institucemi. Finálním výstupem této

prevence je v ideálním případě tedy klient, který se opět zařazuje zpět do společenského systému, je schopen se o sebe postarat, docházet do zaměstnání a má vlastní bydlení. Jde tedy o běžný život kompletně bez užívání jakýchkoliv návykových látek. Do této části bezpochyby lze zařadit i veškeré léčebné programy závislostí či resocializační centra. Dle projevu autorky Sarah Drage pro TEDx (2021) je důležité dbát také v rámci terciální prevence na odbourání stigmatu spojené s alkoholismem a umožnit alkoholikům, aby se otevřeně a svobodně zotavili, spíše, než je zahanbit do mlčení a anonymity.

### **1.2.3 Formy léčby**

V rámci České republiky lze rozlišovat velké množství forem léčby alkoholové závislosti. V této podkapitole si tedy zmíníme ty nejdůležitější. Zásadní v případě léčby je vůle daného člověka chtít řešit svůj problém se závislostí, uvědomit si a nepopírat, že takový problém zde je a mít opravdu zájem s nemocí bojovat. Ještě mnohem důležitější je dle Nešpora (2006) ale spontánní motivace. Ta je podle jeho názoru mnohem účinnější a motivuje klienta tím správným způsobem.

#### **Ambulantní léčba**

Ambulantní léčba je často považována za počátek cesty klienta k abstinenci. Nespornou výhodou této formy léčby je to, že klient stále zůstává ve svém přirozeném prostředí. Do ambulance lze pak docházet za velice diskrétních podmínek. Nemusí se tedy obávat, že by přišel o zaměstnání, kontakt s rodinou, o své zájmy a koníčky. Nevýhodou této léčby je skutečnost, že ne každý se s první fází léčby srovnává dobře. Tělo může reagovat různými způsoby a je tedy vhodné alespoň v první fázi být pod lékařským dohledem. Velmi důležité je, aby klient setrval v docházení do ambulance v denní frekvenci a aby měl ve svém okolí dostatečnou podporu a neuchyloval se k tomu opětovně zařadit alkohol do svého života, k čemuž může lehce dojít, vzhledem k tomu, že jedinec není od možnosti alkohol požití úplně odtržen. Je tedy potřeba mít velkou motivaci a silnou vůli, aby tento nápor vydržel. Tato léčebná forma s sebou také nese velké množství pravidel, které musí jedinec dodržovat (Ühlinger, Tschui, 2009).

Ambulantní léčbu lze najít ve specializovaných zařízeních. Navštěvovat je mohou všichni starší 18 let, kteří pocítují silnou touhu látku užívat, mají oslabenou

sebekontrolu, užívají stále vyšší množství, zažívají nepříjemné stavy spojené s alkoholem jako je úzkost, změny nálad či dokonce deprese a to především, pokud delší dobu alkohol neužívají. Dále jsou zařízení vhodná, pokud dotyčný kvůli alkoholu pociťuje ztrátu svých zájmů či začíná zanedbávat své povinnosti. Taktéž pokud jde o nesoulad v partnerství či jiných vztazích. Léčba spočívá v důkladném vyšetření stavu pacienta po všech jeho zdravotních stránkách, v podávání injekcí, Antabusu, vitamínů. Dále vedle řešení zdravotní stránky se léčba zaměřuje především na psychoterapii daného klienta, do které je zařazena také jeho rodina. Léčba se plně přizpůsobuje pracovní době klienta, lze do ní také docházet zcela anonymně (Nešpor, 2000).

Dle mého názoru je ambulantní léčba skvělou možností řešení pro lidi, kteří se potýkají s lehkou formou závislosti na alkoholu. Pokud jde o závislost těžkou, není to příliš vhodná volba. Daleko účinnější je v tomto případě léčba ústavní.

### **Ústavní léčba**

Ústavní léčba má v rámci České republiky již dlouholeté působení. První ústavní léčba byla poskytována od roku 1948, kdy doc. J. Skála založil první samostatné oddělení psychiatrické kliniky k léčbě alkoholových závislostí u nás. Jeho jméno je dodnes neodmyslitelně spojeno s léčbou alkoholové závislosti, která byla založena na režimové a skupinové terapii (Fischer & Škoda, 2009). Ústavní léčba je dobrovolná, pokud není soudně nařízena. Ve většině zdravotních zařízeních v ČR je doba ústavní léčby pevně dána, a to nejméně na dobu tří měsíců. Záleží ovšem na progresu daného klienta a schopnosti dodržovat stanovená pravidla. Zohledňuje se zde také zdravotní stav pacienta, předešlé pokusy o abstinenci, či jeho životní situace. U většiny zařízení se také setkáváme s tím, že je zde snaha při ústavní léčbě o celkovou abstinenci. Nelze zde tedy využívat léčby substituční či kontrolované. Léčba začíná kompletní detoxifikací, navazuje léčba režimová. Důležité je, aby pacienti během pobytu získali náhled na svou závislost a prohloubili svou motivaci k abstinenci. Po ukončení léčby je zde možnost docházet do zařízení a účastnit se doléčovacích aktivit (Nešpor, 2000).

Psychiatrická nemocnice Bohnice na svých internetových stránkách (2023) přímo uvádí, že nedílnou součástí léčby je dobrovolné omezení kontaktu s okolním světem. Je proto třeba odevzdat zpočátku mobilní telefon, který je navrácen v pravidelných intervalech pouze, aby dotyčný mohl zavolat rodině či blízkým. Návštěvy téměř nejsou

možné, není zde přístup k internetu a není možno vycházet mimo areál nemocnice. Všechna uvedená omezení se v průběhu léčby zmírňují a spějí až k opuštění nemocničního prostředí. Celodenní režim se nese v poměrně přísném duchu a je spojen s povinnými aktivitami pro pacienty. Den se začíná brzkou ranní rozvíčkou a následně komunitní terapií. Pacienti jsou nuceni omezit kouření. Aktivity jsou hodnoceny bodovým systémem. Organizace také spolupracuje s již zmíněnými Anonymními alkoholiky.

### **Stacionáře, záchytná stanice**

Stacionáře se rozdělují na denní a noční. V případě denního stacionáře je pacient v pracovní neschopnosti a dochází sem stejně, jako by chodil do práce. Naopak noční stacionář slouží spíše lidem, kteří mají rodinné problémy, přišly o rodinu či bydlení a snaží se postavit se na vlastní nohy. Dochází sem každý den po práci, absolvují příslušný program, vyspí se a ráno jdou opět do zaměstnání. Záchytná stanice naproti tomu slouží jako preventivní instituce. Zajistí detoxikaci zachycené osoby, která byla do zařízení dopravena z důvodu, že je nebezpečná sobě či svému okolí. Zde osoba pobývá do vystřízlivění (cca 8-24 hodin), následně je vyrozuměna o možnostech léčby. Pokud je její stav výjimečně vážný, například upadne dotyčný až do bezvědomí, je třeba jej ošetřit v rámci nemocničního odd. ARO či JIP (Nešpor, 2003).

Česká republika v současné době disponuje velkým množstvím nejrůznějších organizací spojených s léčbou alkoholismu. Do léčby závislosti se ročně investují miliardy korun prostřednictvím pojišťoven. Každoročně u nás vyhledá pomoc 40 tisíc lidí, 65 % z toho je závislých na alkoholu. Národní monitorovací středisko v rámci vládní zprávy z roku 2021 uvádí, že v Česku je závislých 150 tisíc lidí a dalších 500 tisíc užívá alkohol v nadměrné míře a v riziku závislosti se stále pohybuje (VZP, 2022).

### **1.3 Intervence pomáhajících pracovníků**

Kapitola se věnuje intervencím pracovníků pomáhajících profesí. Důraz je zde kladen především na oblast sociální práce, jelikož jde o ústřední téma předkládané práce. Nejprve se zaměřím na vymezení a definici intervence v oblasti sociální práce. Dále na osobu intervenující. Zmíním zde i typy intervencí, které jsou nejčastěji užívány v oblasti sociální práce. Další kapitola se poté zaměří na konkrétní intervence ve spojitosti s léčbou alkoholismu.

#### **1.3.1 Vymezení intervence v sociální práci**

Intervence v oblasti sociální práce má své nenahraditelné místo. Intervence mnohdy bývá v různých odvětvích vnímána jako určitý typ zákroku. V oblasti sociálních věd se ale definuje jako cílený zásah, který je koordinovaný a předem promyšlený a přímo ovlivňuje situaci daného jedince. Tento zásah má za cíl zlepšit současný stav této osoby a zmírnit dopad jeho tíživé životní situace. Obecně se dá říci, že intervenci lze vnímat jako jakýkoliv postup či techniku, která směřuje ke změně stávající situace (Hartl, Hartlová, 2000).

Matoušek (2003) popisuje oblast sociální intervence jako odborný zákrok, jehož cílovou skupinou může být jedinec, ale například i skupina, rodina, případně širší okruh lidí. Často se lze setkat s tím, že je pojem intervence přímo užíván jako synonymum terapie. Co do obsáhlosti však intervence zahrnuje daleko širší spektrum úkonů než samotná terapeutická činnost.

Hoskovcová (2009) naopak zdůrazňuje, že se jedná o psychosociální intervenci. Ta spočívá v koordinované činnosti jednoho či více spolupracujících sociálních pracovníků. Cílem je pak celkové zlepšení kvality života daného jedince či skupiny osob.

WHO definuje intervenci jako proces, který umožňuje znevýhodněným osobám v rozvoji nezávislého fungování v rámci společnosti. Dále se snaží o zajištění prevence psychických obtíží a zmírnění dopadu traumat, které způsobila jejich nadešlá situace (Hoskovcová, 2009).

Pojem, se kterým se v rámci intervence lze setkat velice často, je tzv. krizová intervence. Sociální pracovníci získávají často kompetence k řešení krizových situací právě formou výcviku krizové intervence. Je přímo vztažena k termínu krize, který je v rámci sociální práce jedním z nejfrekventovaněji užívaných. Jde o jakoukoliv extrémní záležitost, která zapříčiní, že jedinec není schopen běžného fungování. Krize jsou nedílnou součástí našich životů, každý se s nimi však vyrovnává jinak. Krize by však neměla být skloňována pouze v negativním smyslu. Je důležité, že mnohdy představuje příležitost posunout se v životě dál a nasbírat nové zkušenosti (Špatenková, 2004).

Právě specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi se nazývá krizová intervence. Uplatňována může být v rámci pomoci jedinci, rodině či v komunitě. V zásadě se lidé nejprve snaží krizi řešit sami. Až když zjistí, že je krize ovládla natolik, že na její řešení nestačí, kontaktují další osoby (např. rodinné příslušníky, přátele, odborníky), aby jim byli v řešení nápomocní. Odborná krizová pomoc v tomto případě spadá do sektoru sociálních služeb a je řazena mezi služby sociální prevence. Tyto služby pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení a prohlubování krizové situace. Pomoc z oblasti sociálních služeb by měla spět k překonání nepříznivé situace a chránit společnost před vznikem dalších nežádoucích společenských jevů. Mezi sociální služby krizové intervence řadíme telefonickou krizovou pomoc, azylové domy, noclehárny, sociální rehabilitace, ranou péči, terapeutické komunity, domy na půli cesty, kontaktní centra či nízkoprahová zařízení. Služby jsou poskytovány v ambulantních, terénních a pobytových formách a je na každém, jakou formu pomoci preferuje. Služby jsou poskytovány bezplatně a to dle § 72 zákona o sociálních službách (Klimentová et al., 2019).

Mezi základní úkony sociálních služeb z oblasti intervence patří poskytnutí stravy, ubytování, sociálně-terapeutická činnost, sociální poradenství a pomoc při uplatňování práv. Zákon dále vymezuje všem výše uvedeným službám základní úkony, které musí služba poskytovat dle § 54–70 zákona o sociálních službách. Do cílové skupiny se dle zákona řadí osoby ohrožené krizovou situací, osoby s konfliktním stylem života a ohrožujícími návyky, osoby žijící v sociálně znevýhodněném prostředí a osoby,

jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### **1.3.2 Pomáhající pracovník jako intervenující osoba v sociální práci**

Pomáhající pracovníci zajišťující intervenci mohou být z různých oblastí odbornosti a mohou tak zajišťovat velmi různorodou intervenci, dle potřeb daného jedince. Termín pomáhající profese s sebou tedy nese celou řadu povolání, které si kladou za cíl primárně pomáhat lidem. V této práci se ale zaměříme především na profese pomáhajících pracovníků spojené s výkonem sociální práce. Mezi profese zajišťující v rámci výše uvedených služeb intervenci řadíme sociální pracovníky, psychology, psychoterapeuty, pracovníky v sociálních službách, speciální pedagogy, pečovatele ad. Společným cílem a náplní těchto profesí je zvyšování kvality života daných osob a prevence patologických jevů. Intervence pomáhajících pracovníků vedou klienty k optimálnímu stupni samostatnosti. Aby se takto dělo, je třeba vytvořit vhodné podmínky a užít vhodné postupy, techniky a přístupy, které klienta zplnomocní a pomůžou mu se orientovat v jeho tíživé životní situaci. Klade se zde důraz na jeho potřeby, prostředí a sociální situaci (Matoušek, 2003).

O sociální práci se mluví v kontextu pomáhajících profesí nejvíce. J. D. Frank (Matoušek a kol., 2008) rozděluje pomáhání na tzv. první a druhý stupeň. První stupeň předpokládá, že odborník je schopen pomáhat lidem s jejich emočními i sociálními obtížemi. Druhý stupeň souvisí navíc souvisí s tím, že daný člověk musí být opravdovým odborníkem ve své profesi, ale zároveň je schopen provázet jedince emočními i sociálně náročnými situacemi. Pomáhající profese je typická tím, že klient a pracovník naváží určitý typ vztahu, díky kterému je jedinci pomáháno. Vztah se primárně orientuje podle potřeb klienta, poskytuje se skrze něj potřebná pomoc, podpora a péče. Klient je podrobně seznámen s postupem pomoci, spolupracuje se sociálním pracovníkem a společně prochází cestou za klientovým opětovným návratem do běžného života.

Dovednosti sociálního pracovníka, který poskytuje intervenci by měly být následující:

- Inteligence a fyzická zdatnost – pracovník by měl neustále pečovat o sebe a umět být v kontaktu se svým tělem, zároveň musí pracovat na rozvoji



svého vzdělání. Pomoc je činnost náročná nejen psychicky, ale také tělesně. Je tedy důležité udržovat se v kondici a v psychické pohodě.

- Náklonnost/přitažlivost – soulad v kontaktu s klientem, kde je důležité, jak pracovník na klienta působí svým chováním, vystupováním, ale i například oblékáním. Důležité je naladění vztahu, sdílení podobných názorů a hodnot.
- Důvěryhodnost – ta obnáší diskrétnost, spolehlivost, schopnost porozumění, ale také dobrou pověst pomáhající osoby. Klient musí vnímat jeho sociální roli, otevřenost a laskavost.
- Komunikační dovednosti – především schopnost být empatický, zúčastněně a aktivně naslouchat, adekvátně reagovat na klientovi potřeby, vyjadřovat porozumění (Matoušek a kol., 2008).

Důležitou součástí charakteru sociálního pracovníka, obzvláště v oblasti práce se závislostmi, je dostatečný náhled na problematiku i u sebe samého. Studie realizovaná zahraničním časopisem *Social Work in Health Care* poukazuje na skutečnost, že více než 50 sociálních pracovníků se v rámci této studie rozhodlo na rok a déle abstinovat, jelikož sami pocítili potíže s užíváním alkoholu. Autoři se prostřednictvím článku a studie snaží nabádat sociální pracovníky, aby zvážili systematickou pomoc pro odborníky v této oblasti, aby k potížím se vznikem závislosti nedocházelo (Bissell, Fewell & Jones, 2008).

Oblast sociální práce zahrnuje široké spektrum pomáhajících profesí. Každá z nich má své opodstatněné místo a do zajisté ji nemůže vykonávat každý. Na práci pomáhajících pracovníků jsou kladeny vysoké požadavky, proto by měl pracovník dobře zvážit, zda je schopný takovou práci snést, ať už po stránce psychické či fyzické. Jde ovšem o práci velice důležitou nejen na úrovni jedinců, ale celé společnosti.

## **1.4 Možnosti sociální práce s klientem závislým na alkoholu**

Vybraná kapitola se věnuje možnostem sociální práce s klientem závislým na alkoholu. Klient se po rozhodnutí řešit svůj problém s alkoholem může navázat na sociální pracovníky různými způsoby. Tento proces lze rozdělit na dvě základní etapy – sociální práce s klientem probíhající před počátkem řešení problému a samotný proces řešení závislosti. V první podkapitole se tedy budeme věnovat těmto procesům, v druhé se budeme zabývat možnostmi sociální práce s alkoholikem v oblasti podpory a koordinace sociálních služeb.

### **1.4.1 Etapy sociální práce s klientem závislým na alkoholu**

Jak již bylo uvedeno výše, sociální práce s klientem závislým na alkoholu lze rozdělit do dvou základních etap. První etapa zahrnuje kroky podniknuté před zahájením procesu řešení samotné závislosti, etapa druhá se zaměřuje na řešení závislosti jako takové.

#### **Sociální práce před zahájením procesu léčby závislosti**

Existují různé případy a důvody vyhledání pomoci z oblasti sociální práce v případě řešení nadměrného užívání alkoholu. Klient se často dostává do situace, kdy je nucen vyhledat pomoc sociálního pracovníka, jelikož svou situaci již nadále nezvládá. Klient tak přichází čistě z vlastní vůle nebo jej donutí tlak okolí v závislosti na další nepříznivé životní situace, které s jeho závislostí souvisí (např. zadluženost, rozvod, nefunkčnost rodiny, vyhazov z práce ad.).

Klient k pracovníkovi přichází s nejrůznějšími požadavky – vyžaduje terapeutický rozhovor a potřebuje se se svým problémem svěřit, očekává pochopení a aktivní naslouchání, pomoc a podporu při řešení jeho problému a následně také doporučení ve využití dalších služeb, které by jeho problém pomohly vyřešit. Zdaleka ne každý klient je připraven na to podstoupit ústavní léčbu, proto zjišťují možnosti, kterých mohou využít (anonymní alkoholici, psycholog, terapeut, ambulantní léčba, psychiatrie). Sociální pracovník je často tedy prvním člověkem v započetí cesty řešení závislosti a sehrává po celou dobu léčby důležitou úlohu (Matoušek, Křišťan, 2013).

Hlavním úkolem sociálního pracovníka v souvislosti s prvním kontaktem s klientem je především samotné porozumění situaci a následná pomoc v koordinaci dalších kroků. Sociální pracovník by se měl snažit postupně řešit související potíže, které klienta na jeho cestě v boji s alkoholismem potkaly. Měl by být schopen mu zkoordinovat a doporučit služby související s oddlužením, případně nabídnout terapii, manželskou či rodinnou poradnu apod. Tyto kroky souvisí i s následnou schopností klienta se znovu začlenit do běžného sociálního systému (Ondrušová, 2009).

Klient se sociálním pracovníkem od prvního kontaktu navazuje blízký vztah. Klient pracovníka seznamuje s celým svým příběhem a jeho dalšími okolnostmi. Sociální pracovník otevírá prostor pro naslouchání, porozumění příběhu, nehodnotí, nesoudí a umožňuje klientovi se plně otevřít. V návaznosti na první sezení se také tvoří tzv. individuální plán (Chloupková, 2013).

Plán práce se ve většině případů sestavuje v přítomnosti klienta. Sociální pracovník se zaměřuje na klientovi aktuální potřeby a dle jejich důležitosti sestavuje postupné kroky, na kterých společně budou pracovat. Pracovník musí klienta motivovat a být mu oporou. Měl by vyzdvihovat klientovi přednosti a snažit se hodnotit jednotlivé body plnění realisticky (Matoušek, 2013).

Individuální plán je neefektivnějším nástrojem v poskytování sociálních služeb a při komunikaci s klientem. Představuje určitý závazek pro obě strany v tom, jak budou v plnění daného plánu postupovat. Jsou v něm zaneseny jednotlivé dílčí úkoly, které spějí až k poslední fázi – samotné abstinenci a opětovném urovnání životní situace. S tím souvisí i vymezená pomoc a podpora ze strany pracovníka. Klient sám si stanoví, na čem by chtěl pracovat a co je potřeba zlepšit. Společně s pracovníkem pak nachází postup řešení, který se formuluje právě za pomoci dílčích úkolů. Oba tedy vědí, kam jejich společné úsilí směřuje a jak poznají, že se dosáhlo daného výsledku. Jde o významný kontrolní nástroj, využívající systém pravidel, metod a postupů. Díky individuálnímu plánování se vytváří vzájemný vztah, úcta, respekt, ohled k potřebám klienta, důstojnost a také nástroj k řešení nepříznivé situace klienta. Díky němu lze na problémy nahlédnout v širším kontextu a řešit vše postupně. Dává klientovi i sociálnímu pracovníkovi jasné pravomoci a pomáhá vymezit cíl služby. Finálním výstupem je písemný individuální plán, který obsahuje dojednání zakázky, ověřování plnění,

záznamy o průběhu služby a práce sociálního pracovníka, hodnocení klienta a následně hodnocení průběhu celé spolupráce (Bicková, 2011).

Sociální pracovník může v rámci poskytované služby svému klientovi nabídnout pomoc ve formě doporučení a navštěvování celé řady léčebných a ambulantních zařízení. Mnohé z nich již byly uvedeny výše. Jedná se o denní stacionáře pro alkoholiky, domy na půli cesty, podpůrné komunity, ambulantní programy či dokonce ústavní péči. Služby jsou poskytovány na různé dlouhá období a s různou intenzitou péče. V případě ústavní léčby je po delší časový úsek v jednom zařízení, které neopouští a dodržuje zde stanovený režim léčby. V případě ambulantní léčby pravidelně dochází ke svému terapeutovi či do komunity, kam dochází lidé se stejnou obtíží. Sociální pracovník může klienta doprovázet, pomáhat mu řešit příslušnou administrativu, seznamovat ho s postupem léčby, podporovat ho a motivovat (Chloupková, 2013).

### **Sociální práce v procesu léčby závislosti**

V souvislosti s řešením situace týkající se klientovi závislosti může sociální pracovník nabídnout různé typy služeb. V první řadě je to poskytnutí informací, které by měly vést k nalezení řešení klientovi nepříznivé situace. Stejně tak by sociální pracovník měl být schopen poskytnout rozšířené informace o sociálních službách dle potřeb klienta, měl by ho informovat o tom, jaké jsou jeho práva a povinnosti a jaké mu vznikají nároky například na dávky sociální péče. Měl by se také snažit o zapojení zbytku rodiny do léčebného procesu klienta. Může klienta doprovázet na úřady, k lékařům či do příslušných zařízení spojených s léčbou (Chloupková, 2013).

Není cílem, aby sociální pracovník vyřešil problémy klienta. V tomto případě by se pomoc dala považovat až za "páchání dobra". Klient by se měl v kontextu spolupráce se sociálním pracovníkem naučit přistupovat ke svým problémům zodpovědně a čelit jim. Na místě je tedy, aby pracovník doprovázel klienta při řešení jeho problému, motivoval ho, podporoval a byl mu nápomocen, nicméně cílem je, aby klient byl schopen do budoucna čelit svým problémům sám. Je třeba také vytvořit určitý vzorec psychologického náhledu na danou situaci, který by klient měl být schopen tvořit i po ukončení spolupráce. Taková cesta spočívá v poukázání na problém jako takový, objasnění jeho vzniku a v neposlední řadě také k vytvoření mapy možností, jak daný

problém řešit. Klient se tímto způsobem nejlépe učí správnému uvažování do let budoucích (Matoušek, 2014).

Součástí tohoto procesu by mělo být vyjasnění všech souvisejících věcí, které klientovi v souvislosti s problémem nejsou jasné a dále také trénink určitého způsobu chování, který na řešení navazuje. V závěru spolupráce je třeba vhodným způsobem zhodnotit dosažení vytyčených cílů. Pokud cíle nejsou naplněny, spolupráce pokračuje, pouze se mění použité metody a je zde snaha vnímat problém z širší perspektivy. Pokud byly vytyčené cíle naplněny, je možné spolupráci ukončit, či ji udržovat pouze v poradenském duchu, pokud to klient vyžaduje (Matoušek, 2013).

Co se týká typů sociálních služeb, které mohou navazovat na spolupráci se sociálním pracovníkem, většina z nich byla zmíněna již výše. Patří mezi ně ambulantní léčba v různých specializovaných zařízeních, která klientovi poskytuje pravidelnou terapii, léčbu medikamenty, spolupráci s celou rodinou klienta, pravidelné poskytování informací k procesu léčby a v neposlední řadě kontrolu nad dodržováním abstinčního režimu. Dále na služby může navázat ústavní léčba, to především v případě, že ambulantní léčba nezabírá. Využit klient může také denních stacionářů pro závislé, terapeutických komunit, domů na půli cesty či skupiny anonymních alkoholiků (Nešpor, 2006).

### **Sociální práce zaměřená na resocializační proces, prevenci a zvládání rizika relapsu**

Resocializační proces spočívá v návratu do běžného společenského života. To se týká především lidí, kteří z důvodu alkoholové závislosti společnost spolu s dodržováním jejích norem opustili. Včleňování a zpětné vrůstání do společnosti závisí na změně postojů a chování, které souvisí i se změnou denního režimu (Matoušek, 2008).

Nejdůležitější věcí, kterou klient musí zvládat před tím, než se opětovně zařadí do společenského života, je rozhodně zvládání relapsu a důraz na prevenci. Relaps je termín, označující skutečnost, že člověk znovu upadnul do stavu, kterým byl v minulosti zasažen. V tomto případě to znamená, že alkoholik porušil abstinční řád a znovu začal užívat alkohol (Berg, 2013). Pokud alkoholik ukončí léčbu, je pro něj velmi těžké znovu nezačít alkohol užívat. Je potřeba být správně motivovaný, jelikož se abstinent

setkává s alkoholem téměř všude a musí být schopen mu odolat. Jako výzvu lze brát obyčejnou vycházku na nákup, oběd s kamarádem či rodinnou oslavu. Alkohol se může vyskytnout všude a je potřeba být na tuto situaci připraven (McMahon, 2010).

Slabší povahy ovšem mohou podlehnout situaci a návalu bažení po alkoholu. Pokud nebyla terapie dostatečně účinná a člověk se nenaučil, že musí být schopen čelit problémům běžného života, je relaps velmi pravděpodobný. Abstinence u některých lidí může vydržet i celé roky. Postačí pak vznik nečekané situace, se kterou se osoba nedokáže vypořádat a k relapsu může také opětovně dojít. V takovém případě je třeba neváhat a vyhledat opět sociálního pracovníka, nebo jakoukoliv osobu, které člověk důvěřuje a znovu zahájit odvykací proces. Čím dříve se s léčbou začne, tím účinnější a rychlejší bývá. Sociální pracovník by měl s klientem probrat především to, co konkrétně se stalo před porušením abstinence, jak se z chyby poučit a jak se vyhnout opakování porušení (Profous, 2011).

Součástí způsobů předcházení relapsu a recidivy by měla být důkladná psychoedukace, kdy je klient seznámen s modelem relapsu a je tak schopen se orientovat ve vlastním jednání. Je potřeba si neustále zvědomovat veškeré situace, které by potenciálně k relapsu mohli vést a umět najít příslušnou substituci/alternativu, která nám situaci pomůže zvládnout. Klienta by sociální pracovník měl vybavit takovými dovednostmi, aby byl schopen rizikové situace zvládat, a to tvarováním chování a příslušnými nácviky situací. V neposlední řadě by měl být klient veden ke správnému životnímu stylu, který jej bude naplňovat. Špatný životní styl s sebou ponese větší riziko vzniku situací, které mohou k relapsu následně vést (Kalina, 2015).

Možností, které klient má v souvislosti s ukončením léčby a zahájením návratu do běžného života, je několik. Pokud klient cítí, že po ukončení léčby není schopen situaci sám zvládnout, měl by se obrátit na navazující služby a zařízení, které mu situaci ulehčí. K tomu by mu měl být nápomocný i sociální pracovník, který má v možnostech větší přehled a klienta zná, proto dokáže nejlépe vyhodnotit, co pro něj bude nejprospěšnější. Navazující služby jsou velice komplexní a vytváří pro klienta takové podmínky a prostředí, které mu umožňuje hladší průběh abstinence. Pokud klient nechce využívat služeb, které poskytují i ubytování, může zvolit pouze opakující se terapie, docházení

do skupin, individuální poradenství nebo přímo zacílenou pomoc poskytovanou odborníkem, a to například i ve spolupráci s rodinou (Modrý kříž, 2022).

K znovuzачlenění do společnosti je určitým způsobem důležitá i rodinná terapie. A to obzvláště, pokud se závislost na alkoholu dotkla také dětí či partnera. Terapie může být nápomocná k obnovení vztahů v rodině a k navázání důvěry. Její nedílnou součástí je trénink lepší komunikace či společné nalézání řešení neshod a problémů. Výsledkem by mělo být opětovné stmelení rodiny, schopnost mezi sebou komunikovat, řešit potíže, respektovat se, důvěřovat si a vzájemně se chápat. Jde o velmi důležitý bod, který není dobré zanedbat, jelikož se následky alkoholismu mohou dotknout do budoucna i ostatních členů rodiny. Díky tomu preventivně předcházíme vzniku dalších problémů v rodině a učíme jednotlivé členy se s problémy vypořádávat jinak než závislostí (Presslerová, 2022).

Poslední naprosto nedílnou součástí resocializace je začlenění do pracovního procesu. Práce pomáhá člověku najít ve svém životě smysl, určitým způsobem i vytvořit si rutinu, díky které poté nemyslí na alkohol. Nehledě na skutečnost, že začlenění do trhu práce pomáhá klientovi být finančně soběstačný. Je tak schopen se postarat sám o sebe, o rodinu a zajistit si nezbytné věci pro život. Pokud se dokonce s alkoholismem pojily i dluhy, je to nezbytný způsob, jak se z těchto problémů dostat (Heller & Pecinová, 2011).

V práci si také nacházíme nové přátele, získáváme nové zkušenosti. Pokud klient nastupuje zpět do práce, do které docházel i před léčením, zaměstnavatel tím dává danému člověku najevo, že mu důvěřuje a dává mu prostor se znovu začlenit po tak těžkém životním období. Zároveň pokud člověk cítí podporu ze strany zaměstnavatele i spolupracovníků, má další důvod abstinovat. V tomto může pomoci například socioterapie, která mnohdy velmi přispívá k opětovnému zařazení do pracovního prostředí (Hampl, 2003).

## **1.4.2 Vybrané metody sociální práce s osobami závislými na alkoholu**

Podkapitola se věnuje vybraným metodám sociální práce s osobami závislými na alkoholu, což napomáhá čtenáři pro lepší vhled do dané problematiky. Podkapitola zahrnuje metody sociální práce s jednotlivcem, sociální práci s komunitou, se skupinou a s rodinou. Závěrem nastíním některé techniky vhodné pro sociální práci při práci se závislým klientem.

### **Sociální práce s jednotlivcem**

V případě alkoholismu je sociální práce s jednotlivcem jednou s hlavních volených metod. Neřeší samotný alkoholismus klienta, ovšem napomáhá k řešení problémů s ním spojených. S alkoholismem se pojí obtíže sociální a ekonomické, má vliv také na vztahy partnerské, na rodinu či pracovní zázemí. Řešení těchto problémů musí doprovázet léčbu, aby byl člověk schopen se poléčebném procesu plně navrátit do společenského života. Zvolený proces nejlépe přispívá ke zvýšení samostatnosti klienta, který opět získává pocit kontroly nad svým životem a s tím spojenou zodpovědnost za své činy (Úlehla, 2007).

Součástí sociální práce s jednotlivcem využíváme například případové práce, sociálního poradenství a krizové intervence. Všechny vybrané metody využívají intervence sociálních pracovníků, kteří zasahují do klientovi životní situace v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu a dalšími obtížemi, které vznikají v návaznosti na tento problém (Matoušek, 2008).

### **Sociální práce se skupinou**

Velmi často užívanou metodou sociální práce je práce se skupinou. Ta představuje aktivity vykonávané ve vyšším počtu osob, přičemž může mít podobu skupinové terapie. Skupinová terapie podporuje vzájemnou sounáležitost, jedinci společně vzájemně sdílí své životní příběhy, myšlenky a cestu léčbou. Klientům se tak dostane lepší vzájemná podpora a zpětná vazba. Skupina v jedinci může posílit sebedůvěru a chuť ke změně (Matoušek, 2008). Práce se skupinou pro alkoholově závislé jedince je poskytována ve formě terapeutické skupiny, jak již bylo uvedeno výše či ve formě svépomocné skupiny pro závislé na alkoholu – např. Anonymní Alkoholici (Navrátil, 2001).



## **Sociální práce s komunitou**

Sociální práce s komunitou může mít různé zaměření. V tomto případě je společným problémem nadměrné užívání alkoholu. Komunitní spolupráce používá pro řešení problému aktivizaci členů, která spočívá v motivaci a podporuje samostatnost. Komunita napomáhá jednotlivým členům v navazování nových kontaktů, získávání lepších návyků a podporuje sociální inkluzi, která se ve skupině podporuje formou socioterapie. Díky společné abstinenci pomáhá také v prevenci relapsu a následné recidivy (Vágnerová, 2008).

Terapeutická komunita je specifická tím, že se pacienti a zaměstnanci pomáhajících profesí spolupodílejí vzájemně na léčebném procesu v rámci jedné instituce (Matoušek, 2008). Cílem terapeutické komunity je přijetí abstinence jako součást běžného života, změna životního stylu, který byl doposud spjatý s alkoholem. Dále zvládání stresových situací a nalezení nového způsobu vypořádání se se zátěží v životě. Zásadní v rámci léčby je také zlepšení vztahů a sociálně-ekonomického zázemí jedince (Matoušek, 2010).

Terapeutické komunity se dají v mnohém přirovnat k Anonymním alkoholikům. Liší se pouze délkou a intenzitou. Klienti pobývají v komunitě obvykle rok až rok a půl, existují ovšem i kratší programy. Tento program nezahrnuje většinou resocializační fázi, která je v AA běžná. Navíc je pobyt provázen velmi striktním dodržováním pravidel, což bývá právě jedna z nejúčinnějších technik k udržení abstinence a návratu k normálnímu životu (Nešpor, 2000).

Terapeutické komunity se jako nástroj při léčbě alkoholismu využívají již od konce druhé světové války. Šlo o hnutí vyvinuté z psychiatrické sekce ve Spojeném království, které se snažilo nastolit demokratický systém v nemocnicích. Nadřazenost doktorů byla nahrazena otevřenou komunikací pocitů, sdílením, spolurozhodováním a řešením problémů sdíleným způsobem personálem s pacienty. Jádro tohoto procesu tvořila každodenní setkání všech pacientů a personálu. Toto byl původní způsob fungování terapeutických komunit. Nový způsob využívání komunitní terapie vycházelo právě z léčby užívání návykových látek (Jones, 1979).

## **Sociální práce s rodinou**

V rámci výše uvedených částí práce jsme již nastínili pojem rodinná terapie, která je v oblasti sociální práce velice podstatnou složkou. Podporuje kvalitní rozvoj rodinných vztahů a zároveň řeší problém alkoholismu mnohem více komplexně – v rámci celé rodiny. Stejně jako závislí totiž i rodinný příslušníci potřebují v takové situaci poradit a pomoci (Matoušek, 2014). Často se můžeme setkat s tím, že je závislost na alkoholu nazývaná nemocí rodiny. Proto by léčba daného jedince měla mít přesah i do rodinného kruhu. Cílem terapie je pak zlepšení fungování rodiny, vytyčení hranic odpovědnosti a pravomocí, jasné nastolení rolí v rodině, zlepšení rodinné komunikace ad. (Matoušek, 2008).

Sociální práce s rodinou může mít různé podoby. Základní pomoc v rodinném kruhu bývá poradenství, v tomto případě ohledně konzumace alkoholu některého z jejich členů. Společně je rodina lépe motivovaná a má lepší léčebné výsledky. Jedinec na léčbu není sám, rodina je mu nápomocná (Nešpor, 2000).

Rodina se závislým jedincem na alkoholu se dle typologie řadí mezi asociální. Velmi důležitá je v tomto případě spolupráce s orgánem OSPOD, který svou činností pomáhá řešit situaci rodiny a dohlíží nad dětmi. Důležité jsou ve spolupráci s takovou rodinou především reálně postavené cíle a pomalé postupování (Vágnerová, 2008).

## **Techniky sociální práce se závislým na alkoholu**

Jednou ze základních technik užívaných u většiny cílových skupin je aktivní naslouchání. V případě závislosti na alkoholu je obzvláště důležitá. Pracovník skrze naslouchání navazuje aktivní kontakt, klient získává jistotu a podporu, ale také adekvátní odezvu se zpětnou vazbou. Technika zahrnuje také povzbuzení, objasňování, parafrázování, reflektování, sumarizaci a v závěru ocenění. Klient získává náhled na svou situaci a přehodnocuje tak své postoje a názory spojené s konzumací alkoholu (Matoušek, 2008).

Další technikou spojenou se sociální prací s alkoholiky je tzv. zplnomocnění. To je v případě závislosti velice podstatné. Klient sám nejlépe umí zhodnotit, co je pro něj nejlepší. Sociální pracovník je tak součinný v procesu, kdy klient nachází cestu za svým uzdravením. Tento proces provází vhodně volenými otázkami, které klientovi klade.

Rozvíjí jeho kladné stránky a záporným se záměrně vyhýbá. Dává klientovi pocit, že má kontrolu nad svým životem (Úlehla, 2007).

Technikou hojně užívanou je také motivační trénink. Ten působí na klienta za pomoci komunikačních strategií, které rozvíjí změnu v závislém chování. Sociální pracovník musí správně určit fázi, ve které se klient nachází. Toto vyhodnocení následně slouží k sestavení plánu zahrnující stupeň změny, míru intervence a s tím související úkoly (Matoušek, Kodymová, Kolářková, 2010).

## 2 Výzkumná část

Výzkumná část obsahuje podkapitoly, které se věnují především tématům jako je výzkumný cíl a cíle dílčí, výzkumnému souboru, kde popisují ve zkratce participantku a to, jakým způsobem jsem s ní navázala kontakt a co mně vedlo k tomu oslovit právě ji. Dále se věnuje metodologické části, kde nastiňuji metody sběru dat a popisují jakým způsobem budou data nadále analyzována. Poslední podkapitola se věnuje výzkumu jako takovému, a především výzkumným otázkám.

U participantky výzkumu jsem se snažila věnovat náležitou pozornost právě jejímu jedinečnému pohledu na zkoumanou problematiku. Předmětem bylo především zkoumat její příběh v kontextu doby, ale i celkového životního naladění. Příběhů je svým způsobem naprosto unikátní. Snaha byla vyzdvihnout pocity prožívané v rámci poskytovaných služeb, ale také po jejich ukončení.

Zajímám se, co participantka prožívá v průběhu léčby, poléčebného procesu a v procesu využívání navazujících služeb. Zaměřuji se na její prožitky v rámci jednotlivých poskytovaných sociálních služeb a na to, jakou úlohu na její životní cestě představovali sociální pracovníci. Důraz věnuji především zachycení témat, které interpretuji jako zkušenost informantky ve vztahu k procesu léčby, využití sociálních služeb a vztahu s pracovníky, se kterými se na jejich cestě k abstinenci setkala. Zabývám se hledáním otázek, témat, které v informantce vzbuzovali emoce a které jsou klíčové k pochopení celkového kontextu jejího prožitku. Výzkum je koncipován jako případová studie. K rozhovoru a následné interpretaci přistupuji skrze interpretativní fenomenologickou analýzu, jakožto nástroj umožňující porozumět jedinečné zkušenosti participantky. Koutná-Kostníková a Čermák navíc zdůrazňují, že perspektiva fenomenologické analýzy zkoumá prožitek daného jedince nejen z jeho perspektivy, ale vždy musíme mít na paměti, že ústřední roli v tomto porozumění hraje také navázání osobního vztahu s participantem a potřeba oprostít se od předchozí zkušenosti či jakýchkoliv teorií spojených s tématem (Říháček, Čermák a Hytych, ed., 2013).

## 2.1 Výzkumný cíl

Diplomová práce si klade za cíl zkoumat a porozumět, jak vybraná dlouhodobě abstinující participantka prožívala intervence sociální práce a pracovníků pomáhajících profesí v rámci léčby a v poléčebném procesu. Právě jejich zásah v rámci léčby a v poléčebném procesu osob závislých na alkoholu je klíčový na cestě za jejich uzdravením. Je nepostradatelným také v rámci resocializačního procesu, který díky sociálním pracovníkům může probíhat mnohem snáze a osobě abstinující může ulehčit v opětovném začlenění do společnosti a pracovního procesu. Pracovníci pomáhajících profesí fungují při koordinaci jednotlivých sociálních služeb, jsou také součinní v rámci terapií, jsou podporujícím a motivujícím článkem. Jsou podporou klientům v jejich nesnadné situaci a snaží se jim cestu za jejich uzdravením ulehčit, a to nejen prostřednictvím svého přístupu, ale také skrze navázání na další služby.

Klíčovou částí výzkumu je také narativní počátek, kdy se k tématům souvisejícím s cílem popsaným výše dostáváme prostřednictvím participantky životního vyprávění, přičemž jsem se snažila co nejvíce proniknout do nitra dané osoby s ohledem na její možnosti, ale zároveň jí ponechat naprosto volnou ruku v tom, co na její cestě považuje za důležité. U témat, které se vynořily bylo tak možné zkoumat, zda se týkala pouze nějaké části jejího příběhu a léčby, či zda ji provázela po celou dobu, a to i po ukončení léčebného a resocializačního procesu. Zkoumala jsem také intenzitu emocí, které daná témata vyvolávala.

Díky tomu nahlížím na jedinečnou zkušenost informantky. Za důležité jsem považovala především celkové zachycení životního rámce a z něho vycházejících důležitých událostí a s tím související emoce a prožitky. To vše jsem se snažila vidět v co nejširších souvislostech. Díky tomu jsem získala významné množství materiálu, které mi následně pomohly zhodnotit ta nejdůležitější témata a prožitky v souvislosti s léčbou a sociálními službami a pracovníky, které informantku na její cestě provázely (Hogenová, 2012).

## 2.2 Výzkumný soubor a metoda sběru dat

Volba výzkumného vzorku probíhala metodou sněhové koule neboli „snowball sampling method“. Jelikož jde o poměrně uzavřenou skupinu, pak výběr této metody k získání vzorku byl ideální, jelikož umožňuje výběr informantů z méně početných a hůře dostupných skupin v jejichž centru dění dochází ke kontaktům. Metoda zprvu spočívá ve vyhledání jedné osoby, která následně kontaktuje další členy skupiny (Řehák, 2018).

Sběr dat probíhal v období zimního semestru 2022/23. Na závěr jsem zvolila výběr pouze jedné participantky, která měla z mého pohledu nejbohatší zkušenost s tématem. Počet participantů byl vzhledem ke zvolené délce rozhovoru ideální pro rozsah výzkumu v rámci diplomové práce. V souboru pracuji s žitou zkušeností, zážitek je u informantky stále v živé paměti. Zároveň byl můj výběr ovlivněn tím, aby daná osoba byla z léčby delší dobu s ohledem na její zdravotní stav a psychické rozpoložení. Jen tak jsem si mohla být jistá, že rozhovor v participantce nevyvolá nepříjemné potíže spojené s čerstvým prožitkem, který nemusel být ještě zcela zpracovaný.

Výzkumná část a data v ní analyzovaná vychází z rozhovorů s informantkou. Rozhovor byl tvořen dvěma částmi – částí narativní, kdy informantka volně vypráví svůj příběh ovšem již s důrazem na poskytnuté služby, chování pracovníků, se kterými se v rámci služeb a léčby setkala, ale také na pocity a emoce, které v průběhu zažívala. Druhá část se sestávala z polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém jsem měla možnost podat informantce doplňující otázky a otevřít témata, ke kterým jsme se v rámci fáze předešlé nedostaly. Zde jsem se věnovala již konkrétním otázkám směřovaným právě k prožívání informantky v rámci intervence sociálních pracovníků, ke konkrétním úkonům, k léčebnému a poléčebnému programu a k úloze pracovníků v tomto procesu. U informantky jsem se zaměřila také na pocity, chování a prožívání v návaznosti na léčbu a poléčebný proces v souvislosti s činností pracovníků pomáhajících profesí. Analýzu dat získaných z rozhovoru budu provádět za pomoci otevřeného kódování s následnou interpretací a seskupením dat za pomoci již zmíněné interpretativní fenomenologické analýzy.

Výzkum v této diplomové práci má design případové studie. Je zaměřen na určitou životní etapu informantky. Pozornost je zde věnována celému období života, které bylo spojeno se závislostí na alkoholu. Zaměřuje se nejen na vznik, ale také na léčbu a léčebný režim vzhledem k závislosti. Nejvíce se však věnuje právě procesu léčby a života po něm, poskytnutým službám a pracovníkům, které služby provázely. Díky tomuto přístupu se dostáváme v průběhu výzkumu opravdu do hloubky dané problematiky a lépe rozumíme souvislostem v životním kontextu (Miovský, 2006).

Díky dvěma různým částem vznikl výzkum bohatý na data, to i přesto, že se jednalo pouze o jednu participantku. V IPA je důležité zmínit, že není podstatná velikost vzorku, právě jako bohatost získaných dat (Smith a Osborn, 2003). Narativní část jsem pokládala za nezbytnou k pochopení celkového kontextu příběhu informantky a zasazení jednotlivých prožitků do celistvého rámce (Miovský, 2006).

Miovský (2006) o narativním přístupu uvádí: *„Odmítáme zde existenci jediné pravdy o lidské realitě, jediné správné interpretace lidského jednání. Nehledáme tedy žádné univerzální pravdy či pravidla přesahující kontextuální omezení. Příběhy vytváříme okolo jádra faktů nebo životních událostí a vytváříme tak prostor pro svobodu individuality, kreativity, volby, doplnění, rozvinutí, posunutí důrazu. Jde o interpretaci „zapamatovaných faktů“. Ovšem tento proces provádíme vždy, ať již vědomě či nevědomě.“*

Informantce byl na počátku výzkumu představen účel a důvod práce a podmínky nutné k účasti na výzkumu. Byla srozuměna s informovaným souhlasem, který zazní na začátku rozhovoru, dále s tím, že může odmítnout odpovědět na jakoukoliv z otázek, která by jí byla nepříjemná. Byla z mé strany snaha o co nejvyšší udržení anonymity a možnost účastnice kdykoliv z výzkumu odstoupit. Informantku jsem oslovila také s otázkou, kde je pro ni nejpříjemnější rozhovor provést a uvedla, že by ráda byla v prostředí svého domova, proto jsem ji měla možnost osobně navštívit a prožitek v rámci rozhovoru tak zkoumat mnohem lépe. Byla tak během rozhovoru patrná příjemná atmosféra, která byla pro protistranu komfortní a informantka se v ní cítila bezpečně. Rozhovor byl následně nahrán na diktafon a byl vytvořen jeho doslovný přepis, který je součástí přílohy této práce. Rozhovor byl pořízen v délce 80 minut. Po

ukončení rozhovoru jsem se informantky dotázala, zda se cítí dobře a zda byl pro ni rozhovor příjemný.

V rámci této podkapitoly pokládám za vhodné uvést pro poskytnutí širšího rámce výzkumu představení participantky výzkumu, ovšem s ohledem na etické aspekty. Jakýkoliv výzkum včetně toho uvedeného v rámci mé diplomové práce je samozřejmě dodržování základních etických pravidel. Pravidlo nejstěžejnější je v tomto případě ochrana práv zúčastněné informantky. Dále také dodržení základních etických zásad jako je respekt k základním právům a důstojnosti. Informantku bylo třeba vnímat citlivě, s vysokou mírou empatie (Miovský, 2006).

### **Informantka**

Jedinou participantkou výzkumu je žena ve věku 65 let. Počátek konzumace alkoholu byl spojený s dlouhodobým stresem, dále s dlouhodobou vážnou nemocí, díky které musela pravidelně navštěvovat chemoterapie. Participantka zastává povolání učitele tělocviku

a její vztah ke sportu a k pohybu obecně je pro ni v životě opravdu velmi důležitý. Právě z důvodu dlouhé a náročné léčby a neschopnosti přistupovat ke sportu jako v jejím dosavadním životě ji vedla ke zvýšené konzumaci alkoholu, která následně vyústila v silnou závislost. Informantka nastoupila na léčbu do Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice v roce 2011. Po léčbě začala navštěvovat Zařízení sociální intervence v místě jejího bydliště, kam dochází do komunity již 12 let. Zároveň nastoupila jako zaměstnanec do peer programu v Horních Beřkovicích, které navštěvuje v pravidelných intervalech

a pomáhá současným pacientkám lépe zvládat léčebný proces a motivovat je. Participantka je od doby léčby abstinující a doposud nikdy nezrelapsovala.

*Tabulka č. 1: Údaje informantky (časové údaje k roku 2023)*

<b>Informantka</b>	<b>Věk</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Hospitalizace</b>	<b>Délka abstinence</b>	<b>Navazující služba</b>
<b>Paní B</b>	65	starobní důchod, částečný úvazek	1x	12 let	Ano, zařízení sociální intervence



### 2.3 Výzkumné otázky

Danou problematiku jsem se snažila zmapovat tak, abychom dosáhli co nejucelenějšího pohledu na možnosti v oblasti sociální práce a pomáhajících pracovníků z pohledu jedinečné zkušenosti participantky. Přínosem práce může být nový pohled na možnosti v této oblasti a zkvalitnění služeb spojených s léčebným a poléčebným procesem v rámci alkoholismu. S odstupem času právě taková zkušenost může přispět k novému pohledu na nabízené služby a na celkový systém léčby s ohledem na funkci sociální práce a pracovníků pomáhajících profesí na ní participujících.

Znění výzkumné otázky je tedy „Jak abstinující informantka vnímá roli sociálního pracovníka a sociální práce jako takové v procesu uzdravení a následného udržení abstinence?“

V rámci druhé části rozhovoru jsem vytvořila také nástin dalších otázek, které byly kladeny informantce. Tento seznam je pouze nástinem otázek, u rozhovoru se polostrukturovaná část měnila s ohledem na již probraná témata. Stejně tak se měnila skladba doplňujících otázek. Všechna témata, kterých se ale otázky dotýkají byla v rámci rozhovoru rozebrána, pouze pokaždé v jiné části. Seznam dílčích výzkumných otázek sloužících k vedení polostrukturované části rozhovorů je znázorněn v tabulce (viz níže):

Tabulka č. 2: Nástin otázek

Kategorie	Nástin otázek
<b>Léčebný proces</b>	S jakými pracovníky pomáhajících profesí jste se v průběhu léčby setkal/a?
	Jaké konkrétní úkony provázely nástup na léčení a jací pracovníci mu byli přítomni?
	Jak jste se při tom cítil/a?
	Jaké konkrétní aktivity v rámci sociální práce jste absolvoval v léčení?
	Jaký jste měl pocit z přístupu jednotlivých pracovníků pomáhajících profesí?
	Jaká část programu na Vás měla největší vliv?
	Jaká část Vám naopak přišla, že neměla příliš vliv?
	Jací pracovníci pomáhajících profesí pro Vás byli v programu klíčoví?
	Jaký režim byl v té, které organizaci uplatňován?
	Jak pro Vás byl přínosný?
	Jaká byla celková náplň dne?
	Kteří pracovníci provázeli Váš den?
<b>Poléčebný proces</b>	Jaké doprovodné organizace/komunity/skupiny jste navštěvoval či navštěvujete po léčení?
	Jak Vás to ovlivnilo, ovlivňuje?
	Jakých sociálních služeb jste využívali v poléčebném procesu?
	Je ještě něco na co jsem se nezeptala, ale chtěl byste to uvést v souvislosti s Vaší léčbou a se sociální prací a sociálními pracovníky?

### 3 Analýza sběru dat a interpretace výsledků

V rámci předkládaného výzkumu jsem pracovala s případem jedné participantky. Pracovala jsem s jedinečným líčením jejího příběhu a snažila se důkladně popsat, jak tuto zkušenost prožívala v kontextu poskytnutých služeb a vlivu pracovníků. V IPA rozlišujeme jednotlivé fáze, jak s daty pracujeme. Řiháček, Čermák a Hytych (2013) jednotlivé fáze formují takto:

- **Fáze nultá** pracuje s reflexí výzkumníkovy zkušenosti a utváří výzkumníkův vztah k oblasti zkoumání
- **Fáze první** spočívá v analýze spojené se čtením již získaného materiálu. Je zde snaha o to se maximálně vžít do informantovy zkušenosti. Nahrávku je tedy vhodné poslouchat opakovaně.
- **Fáze druhá** obsahuje navíc také tvorbu vlastních poznámek. Ty tvoří základ další interpretace dat.
- **Fáze třetí** spočívá v kódování dat a nalezení hlavních kategorií, která přibližují informantovu zkušenost.
- **Fáze čtvrtá** spočívá v hledání souvislostí a rozdílností a vyzdvihuje jedinečnost výpovědi.
- Takto je potřeba zpracovat všechny získané rozhovory. Předposlední fáze, tedy **pátá** nás vrací vždy na úplný začátek, kdy stejně pracujeme s dalším a dalším rozhovorem.
- **Fáze šestá** se věnuje propojení vytvořených analýz jednotlivých rozhovorů. Zaměřujeme se zde na jednotlivá témata a propojíme mezi sebou zkušenosti jednotlivých participantů.

Za pomoci otevřeného kódování, kterým byl zakódován rozhovor, jsem následně sestavila 6 kategorií, které budu v rámci analýzy u informantky rozebírat. Jsou to: **Život před léčbou, léčba, režim v léčbě, personál, sociální služby a život po léčbě**. Tyto kategorie obsahují informace z obou částí rozhovoru – jak z narativního vyprávění, tak z polostrukturované části, ke které jsem využila nástin otázek (viz Tabulka č. 2).

### 3.1 Rozbor dat

Rozhovor s informantkou se odehrál 18.1. 2023 v místě jejího bydliště. Na začátku rozhovoru jsem informantku poprosila, aby mi v rámci narativní části volně vyprávěla svůj příběh a aby v něm kladla důraz především na jednotlivé léčby, služby, které jí byly poskytovány a pracovníky pomáhajících profesí, které jí v tomto životním období provázeli. Dále jsem po skončení jejího vyprávění přešla k doplňujícím otázkám v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor trval 80 minut.

#### 3.1.1 Život před léčbou (K1)

Život před léčbou začala informantka vyprávět od počátku svého onemocnění, které mělo značný vliv na její vývoj závislosti. Vyprávění začíná tím, že již před onemocněním měla nějaký lehčí problém s alkoholem. S manželem pravidelně alkohol konzumovali a již v té době pociťovala své sklony k závislosti. V souvislosti s propuknutím rakoviny prsu a následné operace však informantka usoudila, že bude lepší, když nebude nadále pít. Bylo jí následně sděleno lékařem, že musí absolvovat chemoterapii a 50 ozařování. Tento proces ji natolik zlomil, že se k alkoholu rozhodla vrátit. Nejprve si cestou na léčbu zakoupila malou lahev, kterou následně po chemoterapii zkonsumovala. Takto se její návrat k alkoholu nadále rozvíjel.

V roce 2011 o jarních prázdninách došla do takového bodu, že již nebyla schopna navrátit se do zaměstnání, jelikož celý týden konzumovala opravdu velké množství alkoholu, jak sama uvádí: *„A pak byly v roce 2011 jarní prázdniny, takže právě v tom únoru, a já jsem si tu neděli řekla, já už nemůžu do té práce nastoupit, protože já už jsem byla tak jako nalitá celej ten týden...“* (K1-1). Na základě této skutečnosti tedy kontaktovala dceru, která o matčině potížích s alkoholem věděla, jelikož se informantka již dřív pokoušela docházet do ambulantního léčení. Poprosila ji, aby ji spolu s otcem, který o jejím pití nic netušil, odvezli na léčení. Informantka uvádí jako velkou motivaci právě fakt, že se rozhodli jí v práci místo podržet, dokud se nevrátí z léčby: *„Ani jsem už nenastoupila do práce a ve škole teda řekli ano, my tě podržíme, když teda nebudeš pít a budeš abstinovat, tak mi ti tady to místo prostě podržíme. A musím říct, že tohle mě taky strašně motivovalo, protože, teď si to vlastně uvědomuju, když to říkám vám, že rodina mě podržela i když manžel z toho byl fakt jako špatnej, ale v tý škole že řekli, my*

*tě chceme zpátky, tak to možná byla jedna z těch velkejch motivací k tomu, že jsem se k tomuhle tomu rozhodla.*“ (K1-2).

Zpětně se dále informantka vyjadřuje k jejímu vztahu k alkoholu a vývoji alkoholismu jako takovému. Jak jsem již uvedla výše, alkohol konzumovala poměrně často. Po nějaké době ale u informantky došlo ke zjištění, že pokud nastávají v jejím životě nějaké stresové situace, především ve spojitosti s pracovními a osobními záležitostmi, ulehčovala si je alkoholem. Alkohol konzumovala pravidelně již 10 let před nástupem na léčení. Nejprve jí to pouze chutnalo, poté tím řešila stresové situace. Následně se závislost však dostala do fáze, kdy ji informantka přestala zvládat a alkohol již musela mít doma v rezervě, aby nedošlo k vystřízlivění. Budila se dokonce i v noci a rozmýšlela, jak to udělá, tak, aby si ráno mohla dojít pro další alkohol do obchodu. *„...pak to skončilo tím, že jsem se v noci budila s tím, že jak já to udělám ráno, abych do té školy nastoupila. Naštěstí naproti baráku byl vietnamec, takže já jsem to pak řešila tak, že jsem si tu flašku koupila ráno cestou do školy.*“ (K1-3).

Informantka si však plně uvědomovala, že by v rámci výuky žáci i kolegové mohli poznat, že alkohol konzumovala. Proto se držela toho, že si před prací dávala pouze malé množství. I tak, jak sama uvádí, to spousta lidí z prostředí školy poznala. Po škole však konzumované množství stále navyšovala. Tento proces skončil až právě o jarních prázdninách 2011, kdy si informantka přiznala, že je její závislost v takovém stádiu, že ji již sama nedokáže zvládnout. Trpěla alkoholovými tremory, současné dávky jí již přestávaly dostačovat a její psychický stav byl velmi špatný. Sama věděla, že je toto cesta k tomu se upít. Uvádí také, že v závěru už pila pouze alkohol tvrdý, a to převážně vodku: *„Pak už jsem pila jenom tvrdej, jenom vodku, protože byla nejmíň cítit. Akorát když jsem jezdila na to ozařování, tak jsem si kupovala placatici rumu, tu jsem do sebe kopl a došla jsem domů.*“ (K1-4). A takto se tedy informantka dostala k léčebnému procesu, který dále následoval.

### **3.1.2 Léčba (K2)**

Informantka nastoupila na léčbu v únoru roku 2011. Délka její léčby trvala přibližně 3 měsíce, což je poměrně výjimečná věc, vzhledem k tomu, že délka u většiny léčebných procesů je stanovena na cca 3-6 měsíců, a to v souvislosti s procházením v jednotlivých

fázích. Léčba však může trvat i dobu delší, pokud abstinents nepostupuje v jednotlivých fázích dlouhodobě tak, jak by měl. „*Já jsem vlastně nastoupila do léčby v Horních Beřkovicích v léčebně a tam jsem strávila pouze 3 měsíce.*“ (K2-1).

Nástup popsala informantka jako poměrně náročný proces, jelikož byla silně pod vlivem alkoholu. Navíc se setkala s tím, že v té době zrovna v léčbě nebylo volno, tudíž musela strávit prvních 14 dní na tzv. rozřazovacím pavilonu (K2-2). Byla zde možnost, vzhledem k nedostatku míst, vrátit se domů a počkat, až se místo uvolní. To však informantka odmítla. Její opilost v den nástupu léčby komentovala takto: „*Oni mě odvezli a já jsem vlastně byla v pocitu, že když teď nebudu nějakou dobu pít, tak tam přece ty tři měsíce ty flašky jako nenechám, tak jsem to do sebe prostě kopl.*“ (K2-3).

Nástup do rozřazovacího pavilonu popsala informantka velmi negativně: „*...šoupli mě mezi ty blázny, který jsou tam s psychickéjma poruchama všeho druhu. To jsou agresivní lidi, který jsou prostě nevyzpytatelný.*“ Během této části rozhovoru působila informantka velmi emočně, vzpomínky na tuto fázi jí nebyly příliš příjemné. Ačkoliv chování personálu v rozřazovacím pavilonu hodnotí velmi kladně. Všichni byli dle jejich slov vstřícní a milí, i když ve srovnání s nástupem na klasický pavilon léčby se to stále nedalo srovnávat (K2-4).

Začátek provázely dle slov informantky nejrůznější úkony jako zjištění hladiny alkoholu v krvi, vysvléknutí z oblečení, odevzdání všech osobních věcí jako jsou hodinky, telefon ad. Následně se informantka převlékla do přivezeného čistého oblečení a byla odvedena na pokoj. Tam zažila jeden z největších šoků v rámci léčby, jelikož na protější posteli spatřila svou bývalou žákyni. Konstatuje, že je to něco, na co v životě nezapomene (K2-5).

V prvních dnech na rozřazovacím pavilonu také přichází její první kontakt se sociální pracovníci, se kterou má opakovaně sezení. Ta jí byla nápomocná při řešení nemocenské, různých úředních věcí, následně také ohledně poradenství skrze rodinu a práci. Informantka v rozhovoru dodává, že na ní pracovnice působila velmi mile a vstřícně. Dále uvedla, že jí pracovnice sdělila, aby se na ni neváhala obrátit, pokud bude s čímkoliv potřebovat pomoci (K2-6). Tento moment považuji za klíčový v rámci našeho rozhovoru. Je důležité, že sociální pracovnice projevila iniciativu hned z počátku

pacientčina nástupu na léčbu a aktivně spolupracovala a pomáhala klientce s řešením nejrůznějších úředních i osobních záležitostí. Považuji to za velmi podstatnou část, jelikož si klientka vytvořila vazbu na pracovníci již v počátku léčby a poté již ví, na koho se má v případě potřeby obrátit. Opakovaně tak společně řeší nejrůznější události v návaznosti na sociální pojištění, podporu a pomoc (K2-6).

Informantka v rozhovoru také zmiňuje, jaký pocit v ní vyvolal přechod z rozřazovacího pavilonu. Popisuje opravdu značné zlepšení svých pocitů, které v předešlém pavilonu, až na pocity z personálu, byly velmi negativní. Svě pocity popsala takto: „...*když jsem tam přišla, tak já jsem se tam cítila okamžitě o 200 %, 300 % líp než na tom šíleném oddělení, kde jsem těch 14 dní čekala mezi těma lidma, co dostávali skotský stříky a co je svazovali a prostě tohle, protože blázní.*“ (K2-7). Následně se tedy pacientka již dostala na běžný pavilon, kde začíná absolvovat léčebný režim.

První věc, kterou informantka z prostředí léčby popisuje, je psaní deníků a prací, což je povinnost, kterou je nucena plnit každý den. Každý den tak musela popisovat pocity a prožitky z celého dne. Součástí musí být také reflexe toho, co se během dne nepovedlo. Tento denní záznam vždy musel být dokončen ve večerních hodinách a odevzdán k posouzení terapeutovi, který následně text ohodnotí a dopíše k němu své poznámky – pochvaly, negativní hodnocení ad. Součástí prvního zápisu po přijetí do léčby je také vlastní vize léčby: „...*že si musíte jako napsat sama pro sebe, co si představujete jako, jak byste si to představovala v tý léčbě a potom oni vám daj ten režim a vy si vlastně porovnáváte s tím, jak jste si to představovala vy a jak to maj oni.*“ (K2-8).

Tématem, které se v rámci konverzace vynořovalo poměrně často, bylo složení komunity. Informantka zdůrazňovala, že se na léčbě často setkávala jak se závislými na tvrdých drogách, tak s gamblery. Toto tvrzení mě velice překvapilo, jelikož gambling je označován za nelátkovou závislost, tudíž bych očekávala, že proces léčby bude poněkud odlišný od závislosti látkové. Informantka také uvedla, že se často jedná i o duální uživatele, kteří jsou závislí jak na drogách, tak na alkoholu. Se závislostmi se generačně nejčastěji lze setkat v souvislosti s drogami u mladších ročníků, zatímco u alkoholu se jedná většinou o pokročilejší věk. To je dáno přístupností látky dané věkové skupině.

Svůj vztah ke konzumaci drog informantka popsala takto: „*Mě nějaká droga v životě nenapadla, protože ten alkohol v té době bohatě stačil.*“ (K2-9).

Součástí poslední fáze léčby je také rodinná terapie, kterou popsala informantka jako velice důležitou. Blíže se však tomuto tématu hodlám věnovat v rámci podkapitoly Režim v léčbě a Sociální služby. Téma zde bude rozebráno v rámci toho, jak zapadá rodinná terapie do režimu a systému léčby, kdo ji provádí a jakým způsobem je vázána na činnost sociálního pracovníka (K2-10).

Informantka celkově léčbu hodnotí jako stěžejní faktor své abstinence a schopnosti vyléčit se ze závislosti. V průběhu rozhovoru opakovaně zdůrazňuje vděčnost za to, že se do zařízení dostala a že jí byla poskytnuta skvělá péče. Sama konstatuje, že: „*...díky tomu, že mi pomohli v těch Beřkovicích, kde mi pomohli strašně moc. Takže já si pořád říkám, že bez nich bych to nedala.*“ (K2-11).

V poslední části rozhovoru jsme se také dostaly k tématu, co by respondentka změnila v rámci léčby a v ní realizované sociální práce. Jestli je něco, co by doporučila do léčby současné a co jí případně v léčbě scházelo. Jelikož v současné době spolupracuje nadále jako abstinující alkoholik s léčebnou, má také velmi dobrý vhled do problematiky. Dle jejího názoru by bylo vhodné více podnítit snahu v samotných pacientkách a to natolik, aby pochopily, že ony jsou samy strůjcem kvality svého života a jen ony svým úsilím mohou změnit negativa, která je limitují. Jak říká informantka: „*Nepomůže mi NIKDO. Ani terapeut, psychiatr, ani sebelepší sociální pracovník neudělá to, co já. Můžou mi být v mých nejhorších časech oporou, ale já musím posílit své vědomí toho, že si zodpovídám za kvalitu svého života. A jsem jediná, kdo ho může změnit. Ano. Rodina, přátelé, ty jsou důležitý, ale nikdy není jisté, jestli opravdu chtějí pomoci, nebo se bojí o sebe...*“. Z jejího hlediska je poskytovaná péče na maximální možné úrovni. Problémem stále zůstává vysoká míra odchodů na revers a následných relapsů. Uvedla, že by se léčba měla více zaměřit na schopnost klientek lépe reflektovat vlastní chyby a umět hledat odpovědi na otázky, proč se něco dlouhodobě nedaří. Většina pacientek, dle jejího názoru ví, kde dělá chybu, ale stále bojují s pocitem, že nejsou dostatečně kompetentní k tomu své potíže řešit. Některé se, dle jejich slov, dokonce baví tím, že se jiným lidem v léčbě nedaří, další se opravdu snaží na sobě pracovat. Roli v tom hraje, dle názoru informantky, také míra inteligence u klientek (K2-12).



### 3.1.3 Režim v léčbě (K3)

Přijímací režim popisuje informantka jako proces, který začíná žádostí o vstup do léčby, který lze vyplnit také online. Je možnost, aby jej vyplnil sám klient, může ho však vyplnit i rodina či lékař. Následně je klientovi zaslán dotazník s nejrůznějšími otázkami, které je třeba vyplnit a následně dá zařízení klientovi informací, zda jej do léčby přijmou. Přijetí jako takové doprovází opětovné vyplnění různých dotazníků, lékařských vyšetření, sestavení sociální, rodinné, pracovní a lékařské anamnézy. Toto je součástí tzv. přípravné fáze (K3-1).

Informantky léčebný režim začíná, jak jsme se již dozvěděli v předchozí podkapitole, 14denním pobytem na rozřazovacím pavilonu, kde tedy musela absolvovat přípravnou fázi a kde zažila obrovský šok ze škály klientů, se kterými se zde setkala. Tyto dva týdny pro ni byly psychicky velmi vyčerpávající a náročné, nejen z hlediska počátku abstinence, ale právě především z prostředí, ve kterém se ocitla. Toto se však zlepšuje po zařazení na klasický pavilon léčby závislosti (K3-2).

Následuje nástup na fázový režim, který se skládá ze 4 fází – nulté, první, druhé a třetí. Pokud všechny fáze klient splní, má dle informantčinyh slov splněno. Nultou fází popisuje informantka jako seznamovací. Klient prochází léčebným programem, dostane deník, do kterého tedy musí každý den pravidelně zapisovat. Musí se vytvořit tzv. rámcový program, který tým projde a stanoví režim dne, který je třeba striktně dodržovat. Informantka uvedla, že: *„a když to nedodržíte, tak vás házej prostě zpátky, nebo máte nějaký tresty a je to ze začátku docela těžký.“* Také dodává, že měla během léčby pouze 2 přestupky, které jí zpomalily průběh léčby. Toto však není nijak výrazné číslo. Informantka zdůraznila, že tento fázový proces je velmi psychicky náročný, obzvláště pokud mají lidé potíže s dodržováním režimu a pravidel. První fází popisuje informantka jako velice těžkou ze svého pohledu. Dle jejich slov: *„první fáze je těžká, ta se zaměřuje na takový to odnaučování toho blbýho chování a je to hodně o přístupu k tý abstinenci, musíte tam hodně reflektovat to svý rozhodnutí, prostě zvnitřnění těch všech pravidel tý komunity a fakt jako to byl mazec“*. Informantka zmiňuje, že fáze druhá je taková volnější, ale o postup do ní je třeba požádat a číst náhledovou práci na fázi první, kterou následně posoudí nejen terapeutický tým, ale i komunita. Komunitní část této fáze je intenzivnější, informantka popisuje, že se v ní střídali různé funkce

v rámci komunity. V této fázi si respondentka již byla vědoma skutečnosti, že léčbu asi dokončí. Třetí fáze představuje osobní představu klienta o tom, jak by měl vypadat jeho život. Reflektuje spouštěče, to, na co si po léčbě musí dávat pozor. Informantka měla dojem, že šlo o fázi zaměřenou hodně směrem k okolí – k přátelům, k rodině, k tomu, co bude po léčbě. Součástí je také propustka, kde klient musí na jeden den opustit léčebnu a být tak konfrontován s vnějším prostředím (K3-3).

Dostáváme se v rámci rozhovoru k tématu denního režimu. Celodenní režim byl v léčebně dle popisu informantky velice bohatý. V 6:30 začínal den budíčkem, následně probíhala vycházka ven a rozcvička s procházkou. Poté probíhala ranní hygiena, snídaně, úklid, bodování pokojů. Pokud nebylo vše v pořádku, dostávaly se minusové body, které když se nasčítaly, následně vyústily v nejrůznější typy trestů, týkající se většinou omezení nějaké volnočasové činnosti (například sledování TV). Poté začínal denní program v 9:00 ráno. Zde probíhalo čtení prací a jejich následné hodnocení, což trvalo cca hodinu a půl. Poté následovala hodina tzv. Nešporových technik. Následně byl oběd, polední klid, následoval program podle fází (počítače, hudební program), poté čtení náhledové práce na jednotlivé fáze, další osobní volno, čas cvičení či sportu, večere, večerní komunita, hygiena, možnost si zatelefonovat a večerka. Informantka uvedla, že si na režim po chvilce zvykla a nijak zvlášť jí v něm nic nevadilo (K3-4).

Co se týká aktivit a činností, které doprovázely program, informantka uvedla především arteterapii, zpívání a povídání si na gerontologickém oddělení, v druhé fázi se mohlo využívat také počítačovny. Dále se dle výpovědi pravidelně docházelo na pracovní terapii/činnosti, která se týkala péči o zahradu, což informantka popsala následovně: *„Okopávaly jsme kytičky prostě, plely se záhony a takovýhle věci.“* To následně informantka hodnotí jako nepřínosnou činnost: *„Takže pro mě to, že jsem musela okopávat támhle ředkvičky a tahat plevel, to mi vadilo.“* Dle jejího názoru tato činnost neměla na léčbu nijak značný vliv a musela ji tedy vždy jen přetrpět. Uvádí však také, že některým lidem v léčbě to dávalo smysl a činnost je bavila. Jednou z dalších činností, které informantka uvádí jsou Nešporovy techniky. Ty popisuje následovně: *„Takže ty Nešporovy techniky, oni tam měli udělanej takovej seznam a my jsme se seznamovaly s tím, co máme dělat, malovaly jsme takovej ten semafor. To vy budete znát, takový to, jak se člověk má chovat, kdyby se chtěl napít a tohle“.* Již zmíněnou činností bylo také

cvičení, které probíhalo v ranních hodinách, či navečer. Pokaždé musela předcvičovat jedna z klientek, takto se den po dni střídaly (K3-5).

Večerní aktivita byla věnována komunitnímu sezení. Zde se rozebíral náhled klientek na celý den, hodnotilo se, co se povedlo a co ne, co se dalo udělat lépe. Komunitu navštěvovali také externí terapeuti, kteří přicházeli s nejrůznějšími náměty. Informantka také zmiňuje, že měly sezení se skupinou Anonymních Alkoholiků, což jí příliš nesedlo. Svou zkušenost popsala takto: *„Měli jsme tam anonymní alkoholiky a ty já teda osobně nesnáším, takže oni tam byli asi dvakrát nebo třikrát a dávali nám tam jako nějaký jiný rady do života, ale mně to přišlo úplně směšný oproti tomu, co po nás chtěli v těch Beřkovicích. Do dneška vím, že mi to tenkrát nesedlo a že jsem říkala, že kdybych nemusela, tak tam prostě sedět nebudu a že je nebudu poslouchat. To mě nebavilo.“* Naopak zdůrazňuje velmi pozitivní zkušenost s docházením bývalých klientek v rámci peer programu. Tato zkušenost v ní zanechala očividně velikou stopu, jelikož se sama rozhodla po několika letech začít tohoto programu účastnit sama, jak zmiňuje v rozhovoru: *„No a pak jsme tam několikrát měly právě nějaký bývalý klientky jako ty peer pracovnice, a to mě i motivovalo jít to tam po těch několika letech dělat, to bylo skvělý.“* (K3-6).

Režim v léčbě také zahrnuje možnost využít telefon a zavolat si domů, a to ve dvou půlhodinových intervalech – odpoledním a večerním. Mobil je v jiných částech dne zakázán a mají ho u sebe pracovnice, které jej vydávají v těchto dvou intervalech na požádání. Další kontakt s rodinou lze mít prostřednictvím návštěv, které jsou možné každou neděli, jak vypovídá informantka (K3-7).

Režim spolu se všemi aktivitami byly dle slov informantky velmi striktní: *„Ty byly naprosto povinný.“*, *„ty činnosti, co jsem zmiňovala, byly povinný a každé den byly rozepsaný, ty jsme prostě musely dodržovat.“* Nedodržování dochvilnosti, nepřesné plnění úkolů či jakýkoliv vzdor vůči aktivitám byl trestán mínusovými body, což mohlo při vyšším množství vést až k uvalení trestu (K3-8).

Posledním bodem, který je třeba zmínit v rámci této podkapitoly, je téma rodinné terapie, které se také vynořilo několikrát a informantka jej pokládala za důležité. Uvedla o ní: *„Ta rodinná terapie tam je jako povinnost té poslední fáze. Musí se jí účastnit*

*manžel, nebo i eventuálně ty z rodiny, kterých se to dotýká, tak můžou taky. Ale to je za mě fakt neskutečně přínosný a důležitý.*“ Rodinná terapie jistě v rámci léčby má své opodstatnění. Pomáhá urovnat vztahy mezi partnery a jednotlivými členy rodiny, které mohly být narušeny situací spojenou s alkoholismem klienta. V rámci této části je také povinnost napsat dopis všem z rodiny: *„My jsme musely v Beřkovicích všichni v rámci terapie napsat dopis. Já musela napsat manželovi, oběma dětem a mojí mámě a popsat jim, co mě vedlo k tomu, že jsem skončila v tom blázinci. Každému jsem to musela napsat zvlášť a oni by mi bývali měli odpovědět.*“ Tento bod považuji za mimořádně důležitý, jelikož má klient možnost vypsat se ze svých pocitů a sdělit rodině veškeré okolnosti svého jednání, zároveň je zde také prostor pro omluvu. Z druhé strany je také velice důležitá odpověď ostatních členů rodiny, což může pomoci klientovi nejen vidět tuto problematiku z druhého úhlu pohledu, ale může to být velká motivace k držení abstinence.

#### **3.1.4 Personál – pracovníci pomáhajících profesí (K4)**

V průběhu celého rozhovoru se vynořovalo opakovaně téma personálu, které jsem se rozhodla zpracovat v jednotlivé podkapitole. Pro informantku má toto téma přesah i do současnosti. S personálem z léčby i poléčebných zařízení, které navštěvuje nadále, udržuje blízké vztahy a jsou pro ni v životě opravdu důležití. Důležitost personálu shrnula následovně: *„Já bych řekla, že nejdůležitější pro člověka, který se vrátí z léčby, ale který je i v té léčebně, je tam jakoby to, že naváže ten kontakt s tím personálem a s těmi lidmi, kteří vám tam s tím vlastně nejvíce pomáhají.*“ (K4-1).

Během denního režimu v léčbě se setkávala s nejrůznějšími profesními zastoupeními v rámci personální činnosti. K nejčastějším kontaktům docházelo se sestrami, pracovníky v sociálních službách a se sociálními pracovníci. S těmi byla informantka v kontaktu na denní bázi, jak uvedla v rozhovoru: *„Ale i ty sestřičky v tom personálu, tak si myslím, že byly všechny úplně, ale úplně výborný. To samé ty sociální pracovnice. To jsou vlastně lidi, se kterými jste tam v kontaktu na denní bázi a řešíte s nima různé věci.*“ Dalším stěžejním člověkem zastoupeným v personálu je bezesporu psychiatr/terapeut. V rámci vizity se také objevovali další lékaři. Během dne se také často setkávala se staniční sestrou, která měla na starost řídit i časový harmonogram a hlídat, aby všechny klientky plnily režim (K4-2).

Informantka popsala také úlohu pracovníků v průběhu dne. Hlavní terapeutka byla přítomna vždy jen odpoledne, poté se jim věnovaly už jen sestry a pracovnice v sociálních službách. Během dne jim také byla stále k dispozici sociální pracovnice. Terapeutka byla přítomna především na terapeutické komunitě, při čtení prací a náhledů a u různých činností. Sestry a pracovnice se věnovaly klientkám v průběhu celého dne – řešily s nimi běžné záležitosti od úředních věcí, přes rodinu, léky a zkrátka běžné denní potřeby (K4-3).

Sociální činnosti jsou v rámci léčby i poléčebných zařízení velmi důležitou součástí. Informantka popsala úlohu sociálních pracovníků v léčbě skrze svou osobní zkušenost následovně: „*A ty pracovnice sociální, jakože ty, co teda jsou vzdělaný a pracují tam přímo jako přes to sociální, tak ty s náma zase řešily všechny ty věci zvenku. Jako, mě se to zas až tolik netýkalo, na začátku ta nemocenská a spíš až pak to poradenství, ale řešily se s nima dávky, nemocenská, důchody, různý věci ohledně financí. Třeba i exekuce, když tam někdo měl. Prostě ty úřední záležitosti, na ty tam s nima byl dost prostor. Jako oni by se daly považovat i za součást toho týmu terapeutickýho, byly tam taky přítomný u všeho a mohly jsme s nima řešit jakoby cokoliv. Jednu tu komunitní část s náma jedna z nich vedla jako úplně sama, ale ona snad byla jakoby i terapeutka, jakože si to nějak dodělala.*“ Sociální pracovníci tedy v rámci léčebného systému plní důležitou funkci a jsou přímo součástí terapeutického týmu. Pomáhají, motivují a aktivizují klienta k řešení jeho vzniklé problémové situace v důsledku závislosti na alkoholu. To vše může být spojené s různorodým poradenstvím od finanční gramotnosti, dlužní poradenství, rodinnou a manželskou poradnu až přes sociální pojištění a podporu (K4-4).

Rozhovor obsahoval často také téma vděčnost, nejen za možnost léčby, rodině, ale i právě směrem k personálu. Informantka uvedla, že v ní, díky personálu, zanechala léčba opravdu velmi dobrý dojem, má odtamtud velké množství vzpomínek a uvedla také: „*A do dneška, když tam přijdu, tak jim říkám: „Já jsem tak vděčná, že s váma tady můžu ještě být.”, protože kdybych bejvala tam nešla anebo jsem porušila, tak bych se nedožila žádnýho vnoučete a už mám 4. Pro mě je tohle obrovský plus a pokaždý jim to říkám. Protože bez nich všech bych si tady s váma nepovídala a jsem o tom přesvědčená.*“ Tato část výpovědi svědčí o tom, že personál zcela jistě z pohledu informantky splnil svou úlohu, ať už po stránce sociální, zdravotnické či terapeutické

péče. Díky nim se informantka opět zotavila ze své závislosti a byla schopna se plně resocializovat, navrátit se do práce a obnovit vztahy s rodinou (K4-5).

V návaznosti na skutečnost, že je informantka povoláním učitelkou, se dostala také k tomu, že jí velmi motivovaly jednotlivé pracovnice, a to i svým méně citlivým působením. Informantka uvedla: „...jako hrozně mi to pomohlo, když třeba ta sestřička řekla „Brigito vzpamatujte se, děláte to blbě, podívejte se na to z jinýho úhlu” a opravdu.“ Zpětně po pročitání prací a deníků hodnotí informantka svůj přístup jako nedostatečný a špatně orientovaný. Byla příliš zahleděná do sebe a byla schopna vidět věci jen v úzkých souvislostech. To si ale po čase uvědomila. Zároveň si ve vztahu k personálu uvědomuje změnu svého přístupu od té doby, co již není klientkou zařízení. K tomu, jak sama dodává, mohlo přispět i to, že je v zařízení zaměstnána jako peer pracovník. Svou změnu a pohled na současný personál popsala takto: „A ještě teď pozoruju, asi je to tím, že už tam nejsem pacient, ale tak trochu zaměstnanec, ale mně přijde, že jim dávaj tolik lásky a tolik motivačních nápadů, že to za nás nebylo. Ale je to možná tím, že jsem tam byla jako pacient. Já to vidím z toho druhýho pohledu. To mě překvapuje. Jak jsou milý, příjemný.“ Z této části výpovědi je patrný i určitý posun, změna, vzhledem k prožitku klientky oproti současné situaci v zařízení. Otázkou však zůstává, jestli tento dojem opravdu informantka nenabývá z důvodu, že již sama není klientkou, jak uvádí (K4-6).

### **3.1.5 Sociální služby (K5)**

Sociální práce a služby s ní spojené jsou neodmyslitelnou součástí nejen léčby, ale i poléčebného procesu. Toto se potvrdilo a promítlo také do výpovědi informantky. V rámci minulé podkapitoly jsem již popsala úlohu sociálního pracovníka, ze které jasně vyplývá úloha sociální práce v léčbě, se kterou má informantka zkušenost. Sociální pracovnice s ní od počátku nástupu do léčby úzce spolupracovala. Pomáhala jí vyřídit nemocenskou, poskytla jí poradenství ohledně opětovného návratu do práce, nabídla také možnost spolupráce skrze nápravu vztahů s rodinnou v rámci rodinné terapie. Celkově pracovnice přispívala ke zkvalitnění života informantky v průběhu léčby a snažila se jí usnadnit návrat do normálního života. Pomáhala v řešení jak ekonomických, tak sociálních záležitostí po dobu hospitalizace a připravení vhodných podmínek ve vztazích, práci i ve finanční situaci na dobu po opuštění zařízení.

Spolupráce obnášela nejen zhodnocení situace a potřeb informantky, ale také zpracování plánu psychosociální intervence, poskytnutí poradenství rodině i klientce. Sociální pracovnice provedla rodinu nástupem klientky do zařízení, spolupracovala s klientkou v rámci zajištění finančních záležitostí v průběhu její léčby, pomohla zajistit potřebné úřední záležitosti ve spolupráci s rodinou ohledně nahlášení pracovní neschopnosti klientky. Dále se přímo účastnila jednotlivých sezení s terapeutickým týmem a byla přítomna v rámci vizit, kde se aktivně zajímala o potřeby klientky. Informantka navíc uvedla, že byla nápomocná jiným klientům v řešení dluhové situace, exekucí či při řešení potíží s bydlením. Poskytovala podporu také při řešení žádostí o dávky či vyjednávání následné péče. Komunikaci s pracovníky ze sociální oblasti navíc informantka okomentovala jako velmi vstřícnou a přívětivou (K5-1).

Další součástí sociálního poradenství je dle informantky spolupráce s rodinou klienta. Informantka uvedla, že v rámci rodinné terapie měla rodina nejprve sezení s terapeutem, následně také se sociálním pracovníkem, právě kvůli zprostředkování navazující služby. Dále pracovnice pomáhala při komunikaci s rodinou v průběhu celé léčby – od počátku, kdy rodině sdělovala, co se bude s klientkou dít v rámci léčby až po závěrečnou fázi, kdy šlo o poradenství ohledně poléčebné fáze (K5-2).

Informantka se také v rozhovoru dostala k úloze sociální práce ve výstupní fázi léčby. Tam je její působení poměrně intenzivní a zaměřuje především se na resocializační proces klienta po léčbě. Obzvláště pro ty, kteří stráví v léčebném zařízení dlouhou dobu, je tato část velmi důležitá a měl by se na ni klást patřičný důraz. V rámci ukončení třetí fáze klientka uvedla, že bylo nutné vyřešit různé úřední záležitosti, vyplnit nejrůznější dotazníky a dokumenty. Díky tomu jsou pracovníci schopni vyhodnotit práci klienta v léčbě. Informantka dále udává: „*A vždycky, než odejdete, tak musíte ohlásit terapeutovi a sociálním pracovníkům v těch Beřkovicích s kým jste se zkontaktovala ve městě, ke komu se vracíte.*“ (K5-3).

Součástí sociálního poradenství bylo také doporučení a navázání klientky na navazující organizaci. Informantka v rozhovoru v souvislosti s navázáním na službu uvedla: „*Takže já jsem dostala kontakt od té pracovnice na Kladno, tak jsem tam zavolala, oni řekli „Jo, můžete v pondělí přijít, když se v pátek vracíte” a tak dál. Takže já jsem to zase řekla v těch Beřkovicích.*“ Systém poradenství je tak provázaný, že nejen, že

léčebné zařízení přímo vyžadovalo zkontaktování navazujícího pracoviště, které bude klientka navštěvovat, pomohlo jí zprostředkovat kontakt, ale také si poté ověřilo, že klientka službu zkontaktovala a bylo vyhověno jejímu přijetí. Pokud by tomu tak nebylo a ve službě byla například plná kapacita, léčebné zařízení by pomohlo klientce nalézt jinou vhodnou službu. Toto zjištění pokládám za velice důležité a oceňuji takovýto přístup zařízení v oblasti sociálního poradenství (K5-4/5).

Z hlediska toho, co by informantka doporučila za změnu či zlepšení v oblasti současného fungování sociální práce v léčbě bylo naučit klienty lépe a samostatně řešit své běžné problémy. Především upozorňovala na následující: *„Ale za mě by v tomhle rozhodně mohla zapracovat i ta činnost sociálních pracovníků a oni by se měli naučit řešit prostě svoje problémy. Jasný s tou psychikou pomůže třeba ta terapie, ale takový ty sociální potíže, ty dluhy, exekuce, rozvody, problémy s péčí o děti a tak, to je něco, kde by se na tom dalo zapracovat.“* (K5-6).

Po ukončení léčby informantka začala navštěvovat navazující službu v místě jejího bydliště. Jedná se o komunitu, která je realizovaná v rámci Zařízení sociální intervence, na kterou dostala kontakt, jak bylo výše uvedeno, prostřednictvím léčebného zařízení. Zařízení začala navštěvovat v roce v 2011 a dochází do něj v pravidelných intervalech až dodnes (K5-7).

První zážitek z návštěvy skupiny popsala informantka následovně: *„Pak jsem přišla, asi 4 dny po propuštění, na tu skupinu. Pamatuju si, že ten první zážitek byl strašnej, protože já jsem přišla, bylo tam asi 12 lidí, který tam chodili přede mnou, a já jsem si říkala ježišmarja, proč oni tady takhle mluvěj, a nebylo to pro mě vůbec příjemný, ale řekla jsem si, že to příště zkusím znova.“* Pokládám za velmi důležité, že informantka i přes nepříjemné pocity nepřestala službu navštěvovat a dala šanci dalším návštěvám (K5-8). Další vývoj návštěv již popsala pozitivně: *„A potom už ty další schůzky, který byly, tak už to hrozně pomáhalo.“*

Informantka ale zdůrazňuje rozdíl mezi návštěvami během prvních týdnů a poté, co si již zvykla na komunitu a její styl vedení. V rozhovoru uvedla: *„...a když jsem šla na tu 2.-3. schůzku, tak mi to začalo zapadat do sebe a říkala jsem si „Jo, ty tam chodíš dobře, protože oni ti poraděj, poučej, a pomůžou.“ a začalo mě to nabíjet takovou*



*energií. Ale ty první dva týdny jsem si říkala, jestli to má vůbec smysl, abych já tam chodila. A se mnou tam nastoupili 3-4 další, ty to po měsíci zabalili a nevím, jestli pijou nebo ne. Ale prostě řekli „Mě to nebaví, já sem chodit nebudu.“ Mně to naopak pomohlo. Takže tohle mě motivovalo a pomohlo mi to.“ Je tedy vidět, že služba měla na informantku opravdu velký vliv a měla pocit, že jí komunita je nápomocná v rámci poléčebného procesu a dodržování abstinence. Pomáhala jí také zvládnout nové pocity, které se pojily ke vzniklé nutnosti opětovné resocializace po opuštění léčebného zařízení (K5-9/10).*

Informantka hodnotí docházení do navazující služby jako klíčové k držení abstinence i v poléčebném procesu. Z rozhovoru je patrné, že v rámci centra jí byla poskytnuta obrovská podpora a pomoc, v krizových chvílích se měla na koho obrátit a vždy jí podrželi. Z počátku pro ni bylo těžké si zvyknout, ale poté pochopila, že je nutné navštěvovat službu pravidelně a umět se svěřit. Uvedla: *„myslím si, že ze začátku to bylo těžké, ale potom jsem si jako zvykla na to, že se tam musím vypovídat i ze svých určitých problémů a vždycky mi vlastně podali pomocnou ruku.“* (K5-11).

Pro informantku se stalo docházení do komunity běžnou součástí života. V komunitě má přátele, navázala blízké vztahy se sociálními pracovníky i terapeutkou. Má možnost jim kdykoliv, pokud má nějaký problém, zavolat a tím okamžitě poskytnout telefonickou krizovou intervenci. Tohle jí, dle jejích slov, opravdu pomáhá. Informantka dnešním rokem navštěvuje komunitu v pravidelných měsíčních intervalech již více než 12 let. Považuje to za nutnost v jejím životě. V rámci rozhovoru popsala své docházení do komunity takto: *„Já teda jasně vedu se svými 12 lety, ale neumím si vůbec představit to, že bych najednou řekla, já už tam chodit nebudu. Jestli můžu k tomu ještě říct, tak manžel mi třeba ze začátku první 3 roky říkal „už by si toho mohla nechat, už by si mohla vlastně přestat, už by si, už seš vlastně vyléčená“. No a teď pochopil i po těch 12 letech, já tam prostě jednou měsíčně to pondělí prostě musím chodit, protože mě to hrozně pomáhá.“* Z výpovědi je patrné, že pro informantku je pravidelné docházení do zařízení klíčové v její trvalé abstinenci (K5-12).

Bohužel také upozorňuje na zkušenost s tím, že opravdu značný počet lidí, co ukončí úspěšně léčbu a dostanou se do navazující služby, nakonec usoudí, že jí již není potřeba navštěvovat. Následně službu opustí a po čase zrelapsují. Uvádí také konkrétní příběh:

*„Já chápu, že ne každě se tam chce vykecat jednou za měsíc, a že to někomu vadí. Většinou to byli chlapi, asi 3-4. A teď jsem zjistila, že ten jeden má za manželku moji bejvalou žákyni, která je v léčbě asi po sedmý, že se vrátili k sobě po tom, co se rozvedli a zase oba pijou první ligu. Takže prostě špatný. Takže tohle jí nepomohlo. Každě na to má jinej úhel pohledu a oni, protože se museli každě měsíc vypovídat z toho, tak tam radší nechoděj a koupěj si flašku. Každě to dělá jinak.“* V této části byla informantka velmi emotivní. Bylo na ní znát, že jí je těchto lidí velmi líto, ale zároveň vnímá, že jde o jejich svobodné rozhodnutí. To jí však utvrzuje i nadále v tom do služby docházet a snažit se lépe čelit svým problémům a pracovat s emocemi, které by následně mohly vést k relapsu (K5-13).

Jako jeden z dalších příkladů fungování navazujících sociálních služeb na léčebné zařízení uvedla informantka příběh jiné klientky z léčení, která po ukončení léčby měla zájem navázat spolupráci s chráněným bydlením. Informantka o službě uvedla následující: *„Teď se vrací do Kladna a měla by chodit do té komunity, ne do té, co jsem já, ale chce do, ono se to tady jmenuje chráněný bydlení, a je to prostě pro ty, co se vrátěj z léčby a nechtěj jít domů. Tak maj možnost bydlet tady. Je to v Dubí, je to vlastně chráněný bydlení a je to vlastně komunita jako taková pro ty, co tam bydlej“, „Jo, to chráněný využívá víc lidí po léčbě. U nás se tam platil určitej poplatek, je to na určitou dobu. Sháněj si práci, sháněj si místo, a to jako jo, prostě pomáhaj jim tam.“* (K5-14).

Závěrem bych také chtěla shrnout, jak je informantka aktivní v rámci pomoci jiným lidem, kteří se v současné době léčí ze závislosti na alkoholu. V rozhovoru popsala, že již 11 let se aktivně podílí na Dnu nezávislosti, což je akce, která je organizovaná v rámci Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic. Informantka událost popsala takto: *„My tam máme jednou za rok Den nezávislosti a scházíme se tam my, co abstinujeme a vždycky tam máme první sobotu v červnu, že se sejdeme prostě všichni. Je to fakt skvělá akce. Já se na tom aktivně podílím.“* V rámci tohoto dne mají abstinující možnost vystoupit na podium, poděkovat terapeutickému týmu, hovořit o jejich boji s alkoholismem a motivovat ostatní. Účastnit se mohou také příbuzní abstinujících osob, kteří mohou sdílet poznatky ze života s abstinenty (K5-15).

Posledním velmi podstatným bodem je informantky aktivita v rámci peer programu, který je realizován v léčebném zařízení Horních Beřkovic. Vzhledem k tomu, že se

informantka pravidelně účastní pořádaných akcí a již 12 let je abstinující alkoholičkou, tak ji zařízení oslovilo k tomu, aby se stala peer pracovníkem. Konkrétně uvedla: „*Akorát se změnila pozice, protože už nejsem teda vlastně jakoby ten člověk, který tam nastoupil po léčbě, ale naopak jsem teď nastoupila do psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích do peer programu a jsem tam zaměstnaná a jezdím tam vlastně teď momentálně jednou za 3 týdny dělat besedy a diskuse s těmi, kteří se tam momentálně léčí, vlastně s tou samou závislostí, jako jsem měla já*“, „*Já vlastně to mám tak, že chodím do práce, a jednou za 3 tejdny si jedu pokecat do těch Beřkovic mezi ty závislý, mezi ty, který se na mě těšej a mně to dává hrozně plus a jim taky, tak mě to hrozně nabudilo tohle, jako mám z toho velkou radost.*“ Informantka se v této práci doopravdy našla. Na přednášky se aktivně připravuje, snaží se být pro stávající klientky oporou, motivovat je a svým příběhem inspirovat k tomu, aby držely abstinenci i po ukončení léčby. Díky této možnosti práce informantka vidí stále větší smysl v pomoci jiným lidem, kteří jsou na tom stejně, jako byla kdysi ona.

### **3.1.6 Život po léčbě (K6)**

Život informantky po léčbě a několika letech strávených docházením do navazující služby se zásadně změnil. Dnes je to již více než 12 let, co se rozhodla začít abstinovat a vstoupit do léčby. Zažila si mnoho těžkých situací, ale zároveň objevila to, co je pro ni v životě opravdu důležité. Zpětně si uvědomuje mnoho chyb, které na své cestě v rámci léčby udělala. Díky současnému zaměstnání v Horních Beřkovicích jako peer konzultantka si uvědomuje skrze příběhy klientek, kterým pomáhá také svůj pohled na celkovou léčbu, a to i včetně srovnání toho, jak vnímala věci dnes a jak je vnímala v rámci léčby. I to jí, jak udává v rozhovoru, opravdu neskutečně pomáhá ve zpětné reflexi a také v práci s klientkami (K6-1/2).

Sama uvádí, že sezení s klientkami ji v současné době přivádí k nejrůznějším momentům prozření, kdy jí dochází, že mohla různé situace řešit jinak či se na ně dívat z jiných úhlů pohledu. I v současné době jí toto uvědomění neskutečně pomáhá, jak uvádí: „*a pak si říkám, když jedu tím autem „Vždyť oni měly pravdu, ty ses na to dívala blbě i teďka a doted’, ta situace je jiná nebo mohla jsi to řešit jinak*“. *I do dneška mi to hrozně pomáhá tohleto.*“ (K6-3).

Skrze klientky i pracovníky tak získává nový náhled na léčbu, poléčebný proces i svůj současný život. Zpětně si říká: „*Jak jsem mohla být takhle hloupá*” anebo „*Jak ti to mohlo takhle dlouho trvat, než se ti to v té hlavě nějakým způsobem propojilo.*“ Díky tomu dochází k prozření ohledně fungování sebe samotné, k prozření ohledně vztahů s manželem či s rodinnými příslušníky. Ohledně vztahů informantka uvedla: „*A třeba i vztahy v rodině jo, já jsem na to koukala úplně jinak, než se na ty vztahy dívám teďka zpětně. Tohleto mi dalo prostě obrovskou lekci a neskutečně mě to posouvá. Myslím, že si do konce života budu uvědomovat a přicházet na nové věci.*“ Tyto momenty viditelně posouvají informantku stále vpřed na její cestě. Je ale velice důležité, že si je informantka uvědomuje, zvnitřňuje a stále se snaží zpětně konfrontovat různými situacemi, které se snaží vidět v novém světle a poučit se z nich (K6-4).

Obrovským faktorem ve zvládnutí léčby a následné abstinence u informantky sehrála skutečnost, že jí bylo nadále umožněno vrátit se po léčbě do pracovního procesu. V rozhovoru uvedla: „*a ve škole teda řekli ano, my tě podržíme, když teda nebudeš pít a budeš abstinovat, tak mi ti tady to místo prostě podržíme. A musím říct, že tohle mě taky strašně motivovalo, protože, teď si to vlastně uvědomuju, když to říkám vám, že rodina mě podržela i když manžel z toho byl fakt jako špatnej, ale v té škole že řekli my tě chceme zpátky, tak to možná byla jedna z těch velkejch motivací k tomu, že jsem se k tomuhletomu rozhodla.*“ Jak informantka vypověděla, návrat do práce pro ni byl obrovskou motivací a díky tomuto přístupu školy získala potřebou vůli k tomu do léčby nastoupit, jelikož se nemusela obávat ztráty pracovního místa, které pro ni je opravdu důležité. Informantka pracuje jako učitelka tělocviku a němčiny a práce ji velice naplňuje. Má silný vztah ke sportu v pracovním i osobním životě, jak uvedla v rozhovoru (K6-5/6).

Návrat po léčbě do zaměstnání byl pro informantku další zatěžkávací zkouškou. Nastoupila do navazující služby a snažila se dodržovat veškeré kroky k tomu, aby byla schopná pokračovat v abstinenci. Ta byla nezbytnou podmínkou pro to, aby si zaměstnání nadále udržela. Sama přiznává, že většina učitelského sboru ani nevěděla, že tento problém měla a byla nucena podstoupit léčení. Návrat do pracovního procesu provázela také tréma a obavy z toho, jestli bude schopna vše zvládnout a nenapít se ve stresových situacích. S tím jí však pomohlo pravidelné docházení do komunity (K6-7).

S návratem do původního života se pojila také nutnost změnit běžné návyky. Informantka popsala, jaké měla pocity a co se u ní muselo po příchodu zpět domů změnit následovně: *„A jak jsem se cítila, když jsem se vrátila domů. Tak prvních 14 dní bylo takovejch, že jsem se trochu bála, ale já jsem použila to, co nám řekli. Měla jsem takovej seznam, co smím a co ne. Takže jsem řekla manželovi: „Podívej se, ty máš ve sklepě domácí víno, takže ho rychle vypij, nebo vylej.“, takže on vzal syna, jeli na zahradu, všechno vytáhli, a vylili do hnoje. Takže jsme měli suchej dům. V podstatě máme i dneska, protože paní terapeutka řekla „Když manžel pije pivo, tak si asi umí spočítat, že jste je nevybila.“* Nutnost „suchého domu“ považuje informantka za zásadní. Dále byla snaha dodržovat jednotlivá doporučení, které se týkají i práce se spouštěči, odpočinkový režim a další. Informantka ale stále zdůrazňuje, že její obavy a úzkosti spojené s návratem domů ji rychle opustily, ale to především kvůli navazujícímu poléčebnému režimu, který pravidelně absolvovala v rámci komunity (K6-8).

Informantka dále uvedla, že ji chtíč po konzumaci alkoholu zcela přestal ovládat a tuto potřebu naprosto vytěsnila. Komentovala to následovně: *„...mě už to neláká, takže že bych měla nějaký chutě za těch 12 let, mně se to ani jednou nestalo. Jsou z toho lidi v šoku. Já taky. Ale já jsem byla na takovým dně už, že jsem ten pocit asi vytěsnila a nemám pocit, že bych se potřebovala napít, nebo že bych na tom psychicky byla tak zle, že bych to řešila pitím, do teďka jsem to nezažila.“* Jak popisuje, dostala se v závěrečné fázi závislosti na takové dno, které ji přimělo se už nikdy nenapít. Díky terapii a dalšímu sociálnímu poradenství si informantka vyřešila všechny problémy, které souvisely se zdravím, prací i rodinou. A i když poté nějaké další zvraty přicházely, naučila se stres zvládat jinak nežli ho řešit právě konzumací alkoholu (K6-9).

Téma také provázela diskuse o vůli. Informantka pokládá v jejím případě slovo vůle za nevhodné označení. Dle jejího názoru nejde totiž tak o vůli, jako spíše o odpor, který si v důsledku svého konečného stavu k alkoholu vypěstovala. Tento odpor si spojuje s tím, jaké pocity zažívala v poslední fázi svého života před nástupem do léčby. Popsala je takto: *„Jo, je to nemoc. Ale já bych slovo vůle u sebe nepoužila. Já mám pořád pocit, že to je odpor, že to není o vůli. Já prostě vím, že se nenapiju, protože ta představa, že bych se do toho vrátila, mi dává husí kůže a už bych to nikdy nechtěla zažít. Takže já to tam mám takhle zabudovaný, že to není o vůli, ale spíš o tom, že se mi zvedá žaludek*

*jenom, když pomyslím na to, že bych se do toho měla vrátit.*“ Z výpovědi je patrné, že informantka zažívá opravdu silné pocity nechutenství ohledně toho, že by se někdy měla ještě do takového stavu dostat. V rozhovoru bylo z jejího hlasu slyšet opravdu silné přesvědčení. Potvrzuje to ale také skutečnost, že se jí daří již 12 let úspěšně abstinovat (K6-10).

Během rozhovoru jsme se také dostaly k tématu současného fungování personálu v zařízení, kde informantka absolvovala léčbu. Vzhledem ke skutečnosti, že informantka je v současné době v léčebném zařízení sama zaměstnána, pravidelně se stýká se současnými klientkami i personálem a má skvělý přístup k názorům z obou stran, které navíc může porovnat i se svou zkušeností. Dle jejích slov je 90 % personálu stále stejného, jako tomu bylo při její léčbě. Mají spolu tedy navázané velice blízké vztahy. Informantka popsala personál jako „...*naprosto fantastickéj.*“ Dále uvedla, že má pocit, že se fungování od jejího odchodu příliš nezměnilo a chování personálu je stále stejné. Dodala: „*Že jsou prostě empatický a jsou to jako lidi na svém místě, takže jako ty projevy vůči těm pacientům prostě jsou úžasné.*“ Ačkoliv během našeho rozhovoru jsme se také dotkly toho, v jakých případech musí být personál rázný a přísný, informantka vždy tuto skutečnost komentovala tak, že sestřičky či pracovnice byly přísné pouze v případě nedodržování režimu. Sama ale říká, že její úsudek může být zkreslen tím, že již není pacientkou a dříve také zažívala pocit, že je neustále pod přísným dohledem. I tak má informantka ze současného fungování velmi dobrý pocit. Personál motivuje i ji samotnou ve vztahu k jejímu zaměstnání. Oceňuje, že mají s personálem tak dobrý vztah a sama sebe považuje za to, že jejich práce je dobře odváděna, jelikož se jí podařilo právě díky nim úspěšně dokončit léčbu (K6-11/12).

Informantka také zmínila, že v současné době se v léčbě nachází většina žen ve věkové kategorii kolem 40 let, některé i o něco starší. Starší ročníky mají problémy s alkoholem, mladší ženy v průměru kolem 20-35 let mají naproti tomu spíše potíže s drogovou závislostí (K6-13). V současné době se však stále zvyšuje počet klientek, které se opakovaně vrací kvůli relapsu. Informantka také popsala, že se již setkala s některými klientkami, které byly v léčbě již s ní a poté několikrát po sobě. Tuto zkušenost popsala takto: „*A třeba jsou tam některý, co jsou tam už potřetí. To znamená já řeknu „Hele, já už jsem tě tam viděla” a ona že my si tykáme, jo „Vždyť já už jsem tě někdy tady viděla” říkám a ona mi řekne „Já už jsem tady byla před osmi lety, já jsem*

*tu byla před pěti lety, já jsem tady byla loni.”. A oni je tam teda vezmou znova, ale pro mě už je to takovej šok, že já si říkám „Pane Bože, to je prostě hrozný.”. Ale aspoň, že to zkusej.“* Tato skutečnost musela být pro informantku velice náročná na zvládnutí, jelikož většina lidí s podobným problémem, se kterými se setkala po nějaké době zrelapsovala. Bohužel popsala v rozhovoru také zkušenost s tím, že několik žen z jejího okolí podlehlo alkoholu natolik, že díky nadměrné konzumaci přišly o život. Informantka uvedla následující: *„Ty poslední 4 se upily, ty už nežijou, ale to, že to zkusej je taky dobrý, ale je to pro mě prostě takový nepříjemný.“* Rozhovor byl v této části náročný pro obě strany. U informantky bylo zřejmé, že ji tato skutečnost velice trápí (K6-13/14).

Problematika, která je poměrně aktuální a informantka s ní má vlastní zkušenost, je ovlivnění léčebného procesu pandemií Covid-19. Nejen, že se musel zpřísnit a lehce změnit režim léčby, ale došlo také k nárůstu lidí, kteří se do léčby snaží registrovat. Bohužel kapacita těchto zařízení ani zdaleka nestačí tuto poptávku pokrývat. Informantka uvádí, že od uběhnutí počátku pandemie Covid-19 se čekací doba na příjem pacienta do zařízení Psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích dostala až na půl roku. Reálná čekací doba však půl roku není, jelikož se stále častěji setkáváme s odchodem pacientek na revers, proto se tam místa uvolňují o něco rychleji. Informantka vzhledem k tématu uvedla: *„Ta doba je teď v tomhle taková docela složitá a těžká bych řekla.“*

Závěrem bych chtěla otevřít a zdůraznit poslední důležité téma, které opakovaně v rozhovoru zaznělo. Informantka sama přiznává, že si plně uvědomuje, že abstinujícím alkoholikem je již navždy. Je si vědoma toho, že se jedná o nemoc a že alkoholikem zůstává do konce svého života. Jediný důvod, proč v současné době nekonzumuje alkohol je ten, že se naučila ovládat, vytvořila si k alkoholu odpor a osvojila si způsoby, jak řešit problémy, které ji na cestě životem provází jinak, nežli tomu bylo do doby nástupu na léčbu. Léčba a poléčebný režim, který ji provází celých dvanáct let až dodnes jsou pro ni jediným způsobem, jak se jí povedlo se závislostí bojovat. Bohužel si je vědoma i toho, že ne každý má takové štěstí jako ona. Pouze dva lidé z komunity, která se utvořila během její léčby, stále abstínuje. Zbytek je po smrti či zrelapsoval. Neskutečně si váží toho, co pro ni udělal jak personál léčebného zařízení, tak navazující

sociální služby. Ovšem pouze ona byla schopna postavit se závislosti čelem a začít ji řešit, což se jí úspěšně daří.

## **4 Shrnutí výsledků získaných analýzou dat**

Ve výzkumné části práce byla hlavní náplní IPA zkoumat, jak vybraná abstinující informantka vnímala roli sociálních pracovníků a sociální práce jako takové v procesu jejího uzdravení a následného udržení abstinence. S tím souviselo také komplexní zachycení vynořených témat, které se objevily v průběhu našeho rozhovoru. Zachycení témat umožnilo porozumět tomu, z jaké perspektivy vybraná informantka na sociální práci v průběhu její léčby i ve využití po léčebných služeb nahlíží a jak je vnímá v kontextu všech pracovníků pomáhajících profesí a služeb, které jí byly poskytnuty v průběhu této doby.

Během rozhovoru jsem zachytila řadu klíčových témat, které se vztahovaly k sociální práci a pracovníkům pomáhajících profesí. Za zásadní témata považuji především důležitost úlohy sociálních pracovníků a sociální práce jako takové v průběhu léčby, nabídku poskytovaných sociálních služeb v léčbě, rodinné poradenství jako součást rehabilitačně terapeutického procesu, navazující služba v poléčebném procesu a její vliv na současný život informantky, současné aktivity informantky ve vztahu k sociální práci a v závěru především její doporučení, co v současné léčbě z hlediska sociální práce zlepšit. Všechna uvedená témata provázely různé emoce, které jsem se v rámci analýzy snažila popsat. Nejčastěji se z pozitivních emocí ukazovalo štěstí, vděčnost, důvěra, pochopení, smysluplnost či radost. Z negativních emocí se ukazoval především stud, odpor, strach a zklamání.

Z analýzy získaných dat za pomoci rozhovoru vyplynulo, že sociální práce a úloha sociálních pracovníků v příběhu respondentky měla neopomenutelný vliv na její léčbu a následný poléčebný režim. Informantka popsala, že od prvního dne nástupu do léčby jí byla sociální pracovnice plně k dispozici. První schůzka s ní proběhla již v rámci rozřazovacího pavilonu, kde jí sociální pracovnice vysvětlila svou úlohu, popsala jednotlivé body, se kterými může být klientce nápomocná a také byla spojujícím článkem pro rodinu, které vysvětlila, co se bude s klientkou v léčbě dít. Dále byla k dispozici informantce každý den v určité hodiny, a tak jí mohla dle jejich potřeb



navštívit a řešit s ní nejrůznější záležitosti, týkající se nemocenského pojištění, dávek, rodinných či pracovních záležitostí. Sociální pracovnice se navíc účastnila komunit jako součást terapeutického týmu, kdy mohla rovněž zasahovat do jeho průběhu a vyjadřovat se ke čtení nejrůznějších prací. Sociální práci a počet setkání s pracovnící v poslední fázi léčby popsala informantka jako nejintenzivnější, jelikož bylo nutné zajistit správnou resocializaci informantky po léčbě. Sociální pracovnice pomohla informantce zkontaktovat navazující sociální službu v místě jejího bydliště, kam po léčbě informantka začala docházet v rámci doléčovacího režimu a kterou navštěvuje v pravidelných intervalech až do dnes, tedy již 12 let. Dále byla sociální pracovnice součinná v rámci rodinné terapie, kdy pomáhala při obnově vztahů narušených informantky závislostí a byla nápomocná rodině v tom, jak pomoci informantce navrátit se zpátky do běžného života.

V současné době má sociální práce pro klientku stále obrovský význam, jelikož navštěvuje, jak jsem již zmínila, navazující sociální službu – Zařízení sociální intervence. Navíc se již 10 let aktivně podílí na akci Dne nezávislosti, který je organizován v rámci léčebného zařízení Horní Beřkovic. Díky tomu, že informantka udržovala stále blízké vztahy s personálem z léčebného zařízení se jí navíc podařilo zařadit se jako zaměstnanec do peer programu Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic. Pravidelně dojíždí pořádat diskuse a sezení se současnými klientkami a pomáhá jim vypořádat se s těžkou situací v souvislosti s léčbou závislosti, kterou dříve ona sama zažívala. Tato úloha jí v současné době velmi naplňuje. Tento aspekt považuji velmi důležitým napříč výzkumnou částí této práce, jelikož informantka podala velice cenné informace i ohledně současné podoby léčby a měla možnost srovnání.

Velice oceňuji informantky přístup k rozhovoru, kdy opravdu do hloubky popsala své pocity spojené s výkony jednotlivých pracovníků i v souvislosti se sociální prací jako takovou. V neposlední řadě považuji za velký přínos práce také klientky doporučení, co by bylo vhodné v oblasti sociální práce v léčbě zlepšit. V naší navazující korespondenci také zmínila, že o některé změny se v rámci sezení s klientkami snaží ona sama a nové podněty přináší i mezi personál léčebného zařízení. Tuto skutečnost považuji za velmi cennou v rámci práce.

Cílem předkládané práce bylo zkoumat a porozumět, jak vybraná dlouhodobě abstinující participantka prožívala intervence sociální práce a pracovníků pomáhajících profesí v rámci léčby a v poléčebném procesu. Zásah těchto pracovníků v rámci léčby a v poléčebném procesu u osob závislých na alkoholu považuji po rozhovoru s informantkou za naprosto klíčový na cestě za jejich uzdravením. Rozhovor poukázal na to, že je nepostradatelným také v rámci resocializačního procesu, který díky sociálním pracovníkům pro informantku probíhal snáze a jak sama uvedla, ulehčil jí i opětovné začlenění do společnosti a do pracovního procesu. Pracovníci pomáhajících profesí z hlediska informantky fungovali skvěle při koordinaci jednotlivých sociálních služeb, byli také součinní v rámci terapií a na její cestě se stali nezbytným podporujícím a motivujícím článkem. Byli oporou informantce v její nesnadné situaci a snažili se jí cestu za jejím uzdravením maximálně ulehčit, a to nejen prostřednictvím svého přístupu, ale také skrze navázání na další služby.

## 5 Diskuse

Z výsledků interpretativní fenomenologické analýzy rozhovoru vyplynulo, že sociální práce měla a stále má podstatný vliv na léčebný i poléčebný proces u vybrané informantky. Je velice důležité zdůraznit, že se jedná o velice unikátní případ a s ním spojené využití dlouhodobé spolupráce se sociálními pracovníky napříč léčbou i poléčebným procesem. Z výzkumů je patrné, že procento abstinujících alkoholiků se s narůstající dobou od ukončení léčby snižuje. Bohužel se lze stále často setkat s recidivami. Alkoholismus zůstává obrovským a velmi rozšířeným problémem ve společnosti. Díky zhoršující se sociální situaci a zvyšující se nezaměstnanosti se dá očekávat stoupající trend závislých. Řada závislých přitom z léčebny odchází s odkázáním na novou navazující službu, která by jim měla pomoci těžkosti spojené s návratem do společnosti po léčení. Velká část z nich však do služby již ani nedorazí, či ji navštíví pouze párkrát. Cítí se být vyléčení, realita je však časem přesvědčí o opaku. Abstinence mimo léčbu, bez docházení do navazující služby, totiž není zdaleka tak snadná, jak se zpočátku může zdát.

Výpověď informantky je v mnoha aspektech jedinečná. Poukazuje nejen na zmíněné obtíže vypořádání se s abstinencí, ale také upozorňuje na to, jak důležité pro ni bylo navázat na léčbu další službou, do které dochází až doposud. Tento výzkum byl designován jako případová práce. Nesnaží se tedy o jakoukoliv generalizaci napříč obyvatelstvem. Naopak je zde na místě zdůraznit jedinečnost prožitku dané informantky ve spojitosti s její schopností vypořádat se se závislostí. Příběh není jedinečný jen pohledem informantky na celkovou problematiku, ale jejím přístupem k využití sociálních služeb nabízených prostřednictvím léčby, ale i spolupráci s navazující službou bezprostředně po léčbě.

Ačkoliv jsem se snažila k informantce přistupovat objektivně a bez jakéhokoliv zaujetí či předpokladů a prekonceptů, jsem si vědoma toho, že je velice těžké se zcela oprostít od nabytých znalostí a zkušeností v kontextu práce s těmito klienty. To vnímám jako hlavní úskalí a limit této práce. Především proto, že mám s alkoholismem zkušenost i ve svém blízkém okolí jsem se však snažila přistupovat k tématu s co největším respektem, pokorou a bez zaujetí. Především při interpretaci výsledků rozhovorů bylo z mé strany

třeba dávat si pozor, abych posuzovala a interpretovala pouze to, co bylo řečeno a neměla tendenci dosazovat si jiné znalosti a zkušenosti s podobnými případy, se kterými jsem se měla možnost setkat. Toto se mi dle mého názoru však podařilo. Na druhou stranu jsem přesvědčena, že se mi povedlo uskutečnit takovýto rozhovor s informantkou pouze z důvodu, jaký jsme spolu navázaly v průběhu naší celkové komunikace blízký vztah. Vnímám to, jaká křehkost je s tímto tématem spojená a jak muselo být pro informantku těžké mluvit o svých pocitech do hloubky a zpětně čelit zážitkům, které má ve spojitosti se svou závislostí. Otázkou tedy zůstává, jestli bych dokázala takovýto vztah navázat i s jiným informantem a byl schopen se mi svěřit. Či zda by se zvolená informantka byla schopna takto svěřit jinému výzkumníkovi. S touto problematikou však pracuje každá kvalitativní studie.

S ohledem na aktuálnost a rozsah tématu jsem si vědoma toho, že podobných výzkumů bylo realizováno již obrovské množství a tento jistě není zdaleka posledním. Význam této práce však spatřuji v unikátnosti a jedinečnosti výpovědi informantky s ohledem na sociální práci, sociální pracovníky a pocity, které informantka zažívala napříč léčbou a po léčbě. Velice důležitou součástí práce je také informantky aktivizační činnost na poli závislosti. Díky jejím zkušenostem se jí podařilo dostat se až do peer programu v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice, kde se snaží pomáhat klientkám, které mají stejný problém, jako měla ona.

V posledních letech se po celém světě zvyšuje trend nárůstu přijímání těchto alternativních forem pomoci v kontextu léčby návykových látek. Jak uvádí výzkum publikovaný National Library of Medicine (2016), tato podpora byla zatím pouze zřídka zkoumána, a právě až s dramatickým nárůstem peer programů se o problematiku začíná zajímat stále více lidí. Zmíněný výzkum si kladl za cíl zkoumat přehled studií a literatury za účelem posouzení účinku peer skupin a jejich podpory při léčbě závislosti. Závěr výzkumu objasnil, že peer skupiny se jeví jako velice oblíbené a slibné co do pomoci při léčbě. Je potřeba však tuto oblast nadále zkoumat a podrobit ji důslednějšímu výzkumu.

Významu peer podpory se také věnuje zpráva Centre for Mental Health (2013), která vychází z několika studií, které se problematikou zabývají. Z výchozích studií vyšla zjištění, která ukazují, že začlenění peer pracovníků do léčby zlepšují výstupy výsledků

léčby. Uživatelé služeb nabývají pocitu posílení právě díky těmto pracovníkům, jsou obecně spokojenější s fungováním služby, vykazují lepší schopnost začlenit se do komunity. Významným zjištěním v kontextu této práce je skutečnost, že u pacientů s problémy souvisejícími se zneužíváním alkoholu vedlo při zapojení peer pracovníků ke snížené potřebě užívat látku. Častý kontakt s peer pracovníky po výstupu z léčby navíc zvyšoval stabilitu klientů v zaměstnání i jejich schopnost se nadále vzdělávat. Zároveň tato podpora klientů má pozitivní vliv i na samotné peer pracovníky. Ti se prostřednictvím práce ukotvují na své cestě k zotavení a držení abstinence, získávají více sebedůvěry, cítí se být lépe hodnoceni i přijímáni ve společnosti. Pociťují menší stigmatizaci. Projevuje se u nich také pozitivnější chápání a prožívání vlastní identity v kontextu prožité závislosti. Nabývají pocitu, že prožitek byl spojen s posláním pomáhat dalším lidem.

Tématika sociální práce v kontextu léčby alkoholismu je v rámci posledních desetiletí stále velice aktuální napříč nejrůznějšími výzkumy po celém světě. V kontextu práce mi přišel velice zajímavý výzkum realizovaný v Indii, publikovaný v rámci National Institutes of Health (2022) který se zabýval tím, jaký vliv má sociální podpora a pomoc na abstinující osoby v kontextu dlouhodobé abstinence. Výzkum poukázal na to, že průměrné skóre vnímané sociální opory mezi osobami, které abstinovaly 90 dní a více bylo 61 %. Z tohoto zjištění plyne, že sociální práce s lidmi závislými, jejich podpora a náležitá péče mají nesporný vliv na jejich schopnost dlouhodobě abstinovat.

Napříč akademickými pracemi a další literaturou pracujícími s tématem sociální práce a alkoholové závislosti se téměř nesečkáme s pohledem abstinujících osob. Tyto výzkumy jsou často koncipovány jako pohled z opačného konce spektra – možnosti sociální práce s alkoholově závislými, které hodnotí přímo sociální pracovníci, kteří se závislými pracují. Jediným podobně koncipovaným výzkumem, který však byl zhotoven v rámci kvantitativní studie, byl učiněn autorkou Veronikou Zikovou (PVŠPS, 2017), která se věnovala významu a uplatnění sociálního pracovníka v terapeutické léčebné komunitě. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda zvolený výzkumný vzorek 60 respondentů sestavený z klientů terapeutické komunity vnímá práci sociálního pracovníka jako pomoc. Výsledek výzkumu poukázal na to, že klienti vnímají práci sociálních pracovníků jako nápomocnou, nejvíce však během léčebného procesu. Na základě mé rešerše tedy považuji zpracovaný výzkum jako poměrně jedinečný, jelikož

zachycuje podrobně jedinečný příběh a pohled konkrétní informantky, která má s využitím sociální práce v rámci léčby i v poléčebném procesu jedinečnou zkušenost.

## Závěr

V předkládané diplomové práci jsem se zabývala problematikou alkoholismu. Důraz byl kladen především na možnosti sociální práce v oblasti léčby a poléčebného procesu u závislých. Na problematiku jsem se snažila nahlídnout skrze jedinečný pohled vybrané informantky, která poskytla ucelený rámec informací týkajících se poskytované sociální péče během její léčby a využívání navazujících služeb.

Diplomová práce měla za cíl zkoumat, jak vybraná dlouhodobě abstinující informantka prožívala intervence sociálních pracovníků v rámci léčby a v poléčebném procesu. Právě zmíněný zásah pracovníků pomáhajících profesí, především z oblasti sociální práce informantka popsala jako jeden z klíčových na cestě za její abstinencí. Díky nim informantka lépe zvládla celkový průběh léčby, zlepšila své vztahy v rámci rodiny, byla schopna se lépe resocializovat a navázala na léčbu docházením do navazující služby. V rozhovoru se ukázalo, že napříč celou cestou informantky jí byli sociální pracovníci velkou oporou, motivovali jí a snažili se jí cestu za jejím uzdravením ulehčit. Součinní byli také v rámci poskytnutých terapií.

Z výsledků analýzy vyplynulo, že podstatnou součástí léčby i poléčebného procesu pro informantku je sociální práce a působení pracovníků pomáhajících profesí, obzvláště těch sociálních. Z výpovědi bylo patrné, že sociální práce provázela informantku od počátku jejího nástupu na léčení. Od prvního dne jí byla ze strany pracovníků pomáhajících profesí věnována náležitá pozornost. Sociální pracovnice s informantkou byla od počátku léčby v kontaktu a byla k dispozici každý den v určité hodiny, a tak jí mohla informantka dle jejích potřeb navštívit a řešit s ní nejrůznější záležitosti, týkající se nemocenského pojištění, dávek, rodinných či pracovních záležitostí. Pracovníci vytvořili prostředí, ve kterém se informantka cítila bezpečně a příjemně, zároveň po celou dobu informantku motivovali a podporovali. Díky tomu se informantce podařilo dokončit všechny léčebné fáze.

V rámci činnosti sociální práce v léčbě byla informantka navázána na další službu v místě svého bydliště, kam již pravidelně 12 let dochází. Informantka se stala natolik silnou a motivovanou po zvládnutí dlouhé doby abstinence, že se zařadila mezi peer

pracovnice v místě, kde sama léčbu absolvovala a pomáhá současným klientkám v jejich boji s alkoholovou závislostí. Z analýzy rovněž vyplynulo, že každá část intervence pracovníků, režim i jednotlivé fáze měly zásadní vliv na informantky schopnost zvládnout abstinenci a opětovně se zařadit do společnosti i pracovního procesu.

Co se týká uplatnění výsledků této práce, jsem potěšena, že informantku náš rozhovor zasáhl do takové míry, že skrze svou práci jako peer pracovnice přemýšlí o začlenění nových témat z oblasti sociální práce i do rozhovorů a diskusí s klientkami v léčbě. Zároveň témata, kterých jsme se dotkly, jako je zlepšení poradenství a zvýšení důležitosti v docházení do navazujících zařízení, přináší i do supervizí v rámci léčebny jako takové. Práce by mohla tedy výrazně pomoci při zkvalitňování služeb v dalších léčebných zařízeních z hlediska využití a vnímání podstaty sociální práce klientelou. Ačkoliv nepředpokládám, že by práce měla zvláště výrazný vliv na proměnu fungování sociální práce v oblasti léčby alkoholismu, doufám, že bude alespoň prostředkem k diskusi a do budoucna se tato zařízení budou o kvalitu poskytovaných sociálních služeb více zajímat.

S informantkou jsem navíc navázala velmi blízký vztah, kdy se v současné době pravidelně kontaktujeme a diskutujeme o tom, jak zlepšit úlohu sociální práce v rámci léčebného procesu a jak pomoci současným klientům léčby, aby pro ně cesta byla snazší a služby lépe dostupné. Především považuji za důležité, aby klienti služeb náležitě využívali a věděli, jaké mají možnosti. Mám dojem, že tato práce a příběh, který nese, by mohl být nápomocný všem, kteří se domnívají, že na této cestě stojí sami a nemohou ji zvládnout. Pracovníci pomáhajících profesí a jednotlivé služby jsou tu právě proto, aby těmto klientům jejich cestu za celkovou abstinencí ulehčili a pomohli jim navrátit se do běžného života.



## Seznam použité literatury

### Tištěné zdroje

- Berg, I. K. (2013). *Posílení rodiny: základy krátké terapie zaměřené na řešení*. Portál.
- Bicková, L. (2011). *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- Budinský, V. (2010). *Ať žije alkohol, aneb, Přítel a lék*. Agentura Lucie.
- Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Ehrmann, J., & Hůlek, P. (2014). *Hepatologie* (Sv. 2.). Grada.
- Gabrhelík, R. (2010). *Teoretické modely v primární prevenci a základní typy preventivních programů*. Sdružení SCAN.
- Hampl, K. (2003). *Lékařská ambulantní péče o závislé*. Úřad vlády České republiky.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., & kol. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.
- Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Karolinum.
- Chadima, M. (2007). *Charitativní péče – Dějiny a současnost*. Gaudeamus.
- Chloupková, S. (2013). *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Grada.
- Jones M. (1979). Therapeutic Communities, Old and New, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6:2, 137-149, DOI: 10.3109/00952997909007040
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Grada.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Vyd. 1. Grada.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Grada.

- McMahon, J. (2010). *First Steps Out of Problem Drinking*. Lion.
- Machová, J., Kubátová D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Grada, Pedagogika.
- Marhoutová, J. (1995). *Alkoholici, fetišci a gambleři*. Empatie.
- Matějková, E. (2009). *Řešíme partnerské problémy*. Grada.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. a kol. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
- Matoušek O., Kodymová P., Koláčková J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Portál.
- Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 3. Portál.
- Matoušek, O., Křišťan, A., ed. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O., a Pazlarová H. (2014). *Podpora rodiny pro pomáhající profese: manuál*. Portál.
- Miller, Geraldine A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Vyd. 1. Galén.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Marek Zeman.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. Vyd. Portál.
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Portál.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Host.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Portál.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. 4.vydání. Portál.
- Ondrušová, Z. (2009). *Základy sociálnej práce*. MSD.
- Profous, J. (2011). *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Galén.
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Řiháček, Čermák, Hytych. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Smith, J.A. a. Osborn, M. (2003). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In: J. SMITH, ed. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. MAXDORF
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Portál.
- Sournia, Jean-Charles. (1999). *Dějiny pijáctví*. Vyd. 1. Garamond.
- Šamánek M., Urbanová Z. (2010). *Víno na zdraví*. Vyd. 1. Agentura Lucie.
- Trachtenbergová M., Parsonage M., Sheperd G. (2013) *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?* Centre for Mental Health.
- Üehlinger, C. & Tschui M. (2009). *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Portál.
- Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat 2*. Sociologické nakladatelství.
- Urban, L., & Dubský, J. (2015). *Sociální deviace*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Vágnerová M. (2008). *Psychologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Portál.
- Vavřínková, B., Binder, T. (2006) *Návykové látky v těhotenství*. Vyd. 1. Triton.

## Elektronické zdroje

AdiCare (2019). *Jak poznat alkoholika?* <https://adicare.cz/aktuality/jak-poznat-alkoholika/>

Bissell L., Fewell Ch. H. & Jones R. W. (2008). The Alcoholic Social Worker. *Social Work in Health Care*, 5:4, 421-432, DOI: [10.1300/J010v05n04\\_07](https://doi.org/10.1300/J010v05n04_07)

Drage S. (15.6. 2021). *Alcoholism – The deadly truth about its stigma*. TEDxFolkestone [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=uVpaF8a0Mn>

Drug Science. (2021). *David Nutt on Alcohol as a Drug*. <https://www.drugscience.org.uk/street-drug-discussions-alcohol-david-nutt/>

Feldstein S. W. & Forcehimes A. (2007). Motivational Interviewing with Underage College Drinkers: A Preliminary Look at the Role of Empathy and Alliance, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33:5, 737-746, DOI:[10.1080/00952990701522690](https://doi.org/10.1080/00952990701522690)

Fuksová, J., & Boublík, Z. (2019). *Problematika spotřeby alkoholu v ČR*. Hygienická stanice hlavního města Prahy: Dostupné z: <https://1url.cz/QzBhG>

Hutchison S., MacDonald-Wilson K., Karpov I., Herschell A. D., Carney T. (2023). Peer support to reduce readmission in Medicaid-enrolled adults with substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 144, 108901, ISSN 0740-5472, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108901>

Klimentová, E., Hudcová, B., Ševčík, D., Dohnalová, S., Mahrová, G. (2019). *Sociální práce a krizová intervence*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit\\_socialni\\_prace\\_c.5.pdf/ccf07ea3-300e-c120-209d-d95dfe52b4ac](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit_socialni_prace_c.5.pdf/ccf07ea3-300e-c120-209d-d95dfe52b4ac)

Modrykriz.org. (2022). *Služby následné péče*. <http://www.modrykriz.org/poskytovane-sluzby-2/sluzby-nasledne-pece/>

NZIP. (n.d.) Státní zdravotní ústav. *Účinky alkoholu na chování člověka*. <https://www.nzip.cz/clanek/778-ucinky-alkoholu-na-chovani-cloveka>

Pacheco, D. (2023). *Alcohol and sleep*. Retrieved from Sleep Foundation: <https://www.sleepfoundation.org/nutrition/alcohol-and-sleep#references-82823>

- Park, S., Oh, M., Lee, B., Kim, H., Lee, W., Lee, J., Lim, J., & Kim, J. (2015). Effects of alcohol on sleep quality. *Korean Journal of Family Medicine*, 36 (6), 294-299. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4666864/>
- Presslerová, P. (2022, 17. 03). *Co je rodinná terapie a rodinné poradenství. Šance dětem*. <https://sancedetem.cz/co-je-rodinna-terapie-rodinne-poradenstvi>
- Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Závislosti*. <https://bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>
- Rathinam B., Ezhumalai S. (2022). Perceived Social Support among Abstinent Individuals with Substance use disorder. *Psychosocial Rehabilitation of Mental Health - NCBI*. Apr.9 (1):81-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8992735/>
- Tracy K, Wallace S.P. (2016). *Benefits of peer support groups in the treatment of addiction*. *NCBI*. 7:143-154. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047716/>
- VZP (2022). *Léčba závislosti stojí VZP ročně víc než miliardu*. <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/lecba-zavislosti-stoji-vzp-rocne-vic-nez-miliardu>
- WHO (2018). *Alcohol – Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 .....	4
--------------------	---

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: <i>Údaje informantky (časové údaje k roku 2023)</i> .....	41
Tabulka č. 2: <i>Nástin otázek</i> .....	43

# Přílohy

## Příloha č. 1 - Rozdělení kódů do kategorií

### Život před nástupem na léčení (K1)

1. Důvod rozhodnutí začít se léčit, rozvoj potíží se závislostí
2. Motivace v čekajícím zaměstnání
3. Vztah k alkoholu a vývoj alkoholismu
4. Druhy konzumovaného alkoholu

### Léčba (K2)

1. Délka léčby
2. Počátek nástupu na léčbu, nutnost projít rozřazovacím pavilonem pro nedostupnost místa v léčbě
3. Nástup v opilosti
4. Příjmový pavilon a negativní zkušenost, změna při nástupu do léčby, vstřícnost personálu
5. Setkání s bývalou žákyní v léčbě, nezapomenutelný moment při nástupu do léčebny
6. První kontakt se sociální pracovnící
7. Šok z počátečních 14 dní na příjmovém pavilonu, zlepšení po rozřazení na další pavilon
8. Problém s psaním deníků, nechut', princip psaní deníku, každodenní hodnocení
9. Vztah a vnímání alkoholu a drog, zastoupení v léčbě
10. Rodinná terapie/sociální poradenství
11. Důležitost léčby v Beřkovicích
12. Doporučení do současné léčby, co zlepšit (část 1)

### Režim v léčbě (K3)

1. Přijímací režim
2. Šok z počátečních 14 dní na příjmovém pavilonu, zlepšení po rozřazení na další pavilon
3. Fázový režim
4. Popis režimu celého dne v léčbě
5. Doprovodné činnosti v rámci programu (Arteterapie, gerontologické odd – zpěv, čtení, povídání, počítače, pracovní terapie, negativní postoj k pracovní terapii a práci na zahradě v léčbě, Nešporovy techniky, cvičení)
6. Večerní komunita (externí terapeuti, negativní názor na skupinu AA, pozitivní zkušenost s peer)
7. Kontakt s vnějším prostředím (telefon a návštěvy)
8. Nutnost dodržovat režim a aktivně se účastnit všech aktivit
9. Napsání závěrečného dopisu jako součást rodinné terapie



#### **Personál (sociální pracovníci, pracovníci pomáhajících profesí, terapeuti, zdravotnický personál) (K4)**

1. Důležitost personálu a komunity v léčbě
2. Personální složení během dne
3. Úloha pracovníků v průběhu dne
4. Úloha Sociálních pracovníků
5. Vděčnost za personál a celou léčbu
6. Změna náhledu na chování personálu v léčbě, na přísnost a motivaci, Změna pohledu poté, co již není pacient na chování personálu

#### **Sociální služby (K5)**

1. Úloha sociální práce a pracovníků
2. Rodinné poradenství jako součást terapie
3. Závěrečná "výstupní fáze" - kontakt na navazujícího lékaře/službu
4. Sociální poradenství ohledně navazující služby po léčbě v HB
5. Zkontaktování léčebny o navštěvování navazující služby
6. Co doporučit do současné léčby (část 2–z hlediska SP)
7. Chození do komunitní skupiny na základě poradenství z léčby
8. První návštěva nové sociální služby (Zařízení sociální intervence), pocity v nové komunitě a po opuštění léčby
9. Utvoření smyslu v navštěvování navazující služby po 3. setkání
10. První dva týdny nechutě navštěvovat službu
11. Pomoc v centru sociálních služeb a závislostí na Kladně, pocit velké pomoci a podpory ze strany služby a komunity
12. Nutnost pravidelně již 12 let docházet do komunitní skupiny
13. Rozdílnost přístupu k abstinenci i k využití služby
14. Zkušenost s klientkou využívající službu Chráněného bydlení po léčbě, Fungování služby Chráněného bydlení v návaznosti na ukončenou léčbu
15. Aktivní podílení se na Dnu nezávislosti již přes 10 let
16. Zaměstnání v peer programu v HB

#### **Život po léčbě (K6)**

1. Nový pohled na minulé situace v léčbě, pomoc lidem, kteří se teď léčí
2. Práce peer v HB
3. Názorová proměna v průběhu let na způsob léčby
4. Proces proměny náhledu na vztahy
5. Motivace v čekajícím zaměstnání (i přes odchod do důchodu)
6. Důležitost sportu/pohybu v životě
7. Obavy z návratu do práce a ze zvládnutí situace
8. Nutnost "suchého domu"
9. Vytěsnění potřeby napít se
10. Popis klientky pocitu odporu vůči alkoholu namísto zvnitřnění vůle
11. Pocity z chování současného personálu
12. Vztah mezi současným personálem a klientkou
13. Současné věkové složení žen na léčbě
14. Časté návraty do léčby po relapsu, četná úmrtí kvůli alkoholu

15. Dlouhá čekací doba na léčbu a častý odchod na revers v poslední době
16. Celoživotní alkoholismus, nutnost připustit si, že je to navždy

## Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru

**T:** Tak já bych vás chtěla jenom poprosit, abyste svým “ano” stvrdila, že můžu teda tenhle náš rozhovor nahrávat, a že jste srozuměná s tím, že ten rozhovor bude využit k mé diplomové práci, k ničemu jinému.

**R:** Ano, souhlasím s tím.

**T:** Tak jo, tak já mockrát děkuju.

**R:** Nemáte zač.

**T:** A já bych vás teda teďka chtěla moc poprosit, abyste mi nějakým způsobem shrnula a vyprávěla ten svůj příběh z toho léčení a z té poléčebný fáze s důrazem nějakým způsobem na ty sociální služby, který vám byly poskytovány, na ty sociální pracovníky, se kterými jste se setkala a jaký jste z toho měla pocit, jestli byste na tadyto mohla klást nějaký důraz?

**R:** Ano, a zeptám se, chcete jména?

**T:** Jména nepotřebuju, stačej mi pozice, to to bude fajn, abyste mi řekla, kdo byl vysloveně sociální pracovník, kdo byl víc jako třeba sociálně zdravotnický personál a tak podobně.

**R:** Takže já bych začala. Já jsem vlastně nastoupila do léčby v Horních Beřkovicích v léčebně a tam jsem strávila pouze 3 měsíce. To se mi podařilo, teda jakoby ukončit léčbu v tom nejkratším možném termínu, když nepočítám těch 14 dní, než jsem nastoupila na tohleto oddělení. Tam mi bylo zdůrazněno, že si mám prostě po návratu zpátky zajistit, já jsem z Kladna, takže na Kladně někoho. Kontaktovala jsem pak teda tu pracovníci ještě v léčbě, která stále je se mnou v kontaktu a ona mi řekla, kam mám chodit, řekla mi prostě i nějaké ty další své pomocníky, nebo vlastně, řekla bych asistenty, kteří mi pomáhali ze začátku, když jsem se vrátila a já jsem tam vlastně nastoupila v roce 2011 v červnu a chodím na tyto skupiny do teď. Akorát se změnila pozice, protože už nejsem teda vlastně jakoby ten člověk, který tam nastoupil po léčbě, ale naopak jsem teď nastoupila do psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích do peer programu a jsem tam zaměstnaná a jezdím tam vlastně teď momentálně jednou za 3 týdny dělat besedy a diskuse s těmi, kteří se tam momentálně léčí, vlastně s tou samou závislostí jako jsem měla já. Kdybych jmenovala lidi, kteří mě vlastně nejvíce podrželi, nebo lépe řečeno na které jsem se obrátila, tak je to paní doktorka v rámci, je to Zařízení sociální intervence a tam je centrum závislostí, u nás na Kladně, kam stále teďka všichni, kdo se vrací, tak tam chodí a myslím si, že ze začátku to bylo těžké, ale potom jsem si jako zvykla na to, že se tam musím vypovídat i ze svých určitých problémů a vždycky mi vlastně podali pomocnou ruku. Já bych řekla, že nejdůležitější pro člověka, který se vrátí z léčby, ale který je i v té léčebně, je tam jakoby to, že naváže ten kontakt s tím personálem a s těmi lidmi, kteří vám tam s tím vlastně nejvíce pomáhají. To znamená, že nemůžete přijít domů a říct, já jsem vlastně abstinující alkoholik nebo jiná závislost a řeknete si „No, já už to teďka zvládnou” a ono většinou jako ty lidi, to potom zvládají poměrně těžko. Nevím, jestli tady můžu říct, to je z těch 17 lidí, kteří tam byli v té léčebně se mnou, abstinuju já, a ještě jedna paní, která je z Ústí nad Labem. Jinak všichni ostatní totiž zemřeli anebo jsou znova závislí, takže ta úspěšnost té léčby je asi i po těch, já nevím no, je prostě poměrně nízká, takže to je tohleto. Mně to hrozně pomáhá a já chodím jednou měsíčně i teď na takové to posezení každé první pondělí chodíme, kde si teda povídáme, je nás tam asi 8, kteří už abstinujeme delší dobu, a kteří nějakým způsobem prostě spolu komunikují a když mají nějaký problém, tak můžeme kdykoliv, třeba o půlnoci, paní terapeutce, a ještě jiným těm sociálním pracovníkům zavolat a oni nám prostě nějakým způsobem vyjdou vstříc a myslím si, že to každému hrozně tohle to pomáhá. Samozřejmě, že pár lidí už to taky jako vzdalo, a že řeklo, já už tam nebudu chodit. My nevíme, jestli ještě dál abstinují, ale z té skupiny, co já tam chodím, tak jsou tam lidi, kteří abstinují 7 let, 6 let 5 let. Já teda jasně vedu se svými 12 lety, ale neumím si vůbec představit to, že bych najednou řekla, já už tam chodit nebudu, jestli můžu k tomu ještě říct, tak manžel mi třeba ze začátku první 3 roky říkal „už by si toho mohla nechat, už by si mohla vlastně přestat, už by si, už seš vlastně vyléčená”. No a teď pochopil i po těch 12 letech, já tam prostě jednou měsíčně to pondělí prostě musím chodit, protože mě to hrozně pomáhá. To je tak asi takový shrnutí tohohle, tak jestli potřebujete další otázku, tak mi nějakou položte.

**T:** Já se budu tak průběžně ptát, klidně když vás bude napadat něco, cokoli z toho příběhu, co byste chtěla jakoby tam na to upozornit, že bylo pro vás nějak důležitý nějak klíčový tak mě přerušte a určitě

jako říkejte. Mě by na začátku teda zajímalo úplně od počátku, když jste vlastně přijela do těch Beřkovic a přijímali vás tam tak s jakejma konkrétníma pracovníkama jste se tam teda setkala a co pro vás v jednotlivých těch fázích ty pracovníci dělali a jako jakej to ve vás třeba vzbuzovalo dojem, jestli jste se tam jako cejtla po nějaké době, třeba chápu, že ten začátek může bejt nějakým způsobem jako těžší, ale jestli jste se tam s nima cejtla dobře, jestli to vlastně vám nějakým způsobem pomáhalo, to jak se k vám chovali?

**R:** Ano. Já bych teda nejdřív řekla, že protože jsem se tam vlastně dostala a bylo plno na tom oddělení, to oddělení se jmenuje 7B, 7A je pro muže a 7B je pro ženy a je to oddělené v těch Beřkovicích. Jsou to budovy vedle sebe, ale chtěla jsem říct, já jsem tam chtěla hned nastoupit, a protože oni tam mají vlastně tu lhůtu toho plnění, tak jsem tam musela čekat 14 dní a 14 dní jsem byla vlastně zavřená v tom příjmovým rozřazovacím oddělení, kde teda byli, kde nebyli závislí, ale veškerý prostě mentální poruchy a prostě postižený, prostě blázní všeho druhu, takže já jsem tam 14 dní vyčkala tu dobu než jsem šla na to oddělení 7B, takže na vaši otázku, když jsem tam přišla, tak já jsem se tam cítila okamžitě o 200%, 300% líp než na tom šíleném oddělení, kde jsem těch 14 dní čekala mezi těma lidma, co dostávali skotský stříky a co je svazovali a prostě tohle, protože blázní. Takže tohle tak jsem tam nastoupila a jenom vlastně ta paní terapeutka, ta hlavní ta psychiatricka, která tam byla, teda je fantastická, je tam doteď, tak ta mně dala jakoby poučení a já jsem největší problém měla s tím, že musíme psát deníky. Každý den tam ti lidé, kteří se tam léčí, tak vlastně vypisují svoje pocity, co celý den zažili, co zkazili, co se jim podařilo a ta terapeutka, ta psychiatricka každé večer to čte a píše vám tam k tomu takovou poznámku jako tohle je dobře, nebo na to se zaměřte, nebo tohle děláte špatně. Takže za mě pocit, když jsem tam nastoupila já, byl velmi velmi velmi příjemný a dobrý a krásný a dodneška prostě musím říct, že ten personál, který tam byl mě asi z 90 % nastartoval a pomohl mi vyléčit se.

**T:** Jasný, tak to je super. No a co ještě doplňovalo tu otázku, vzpomínáte si jaký ty konkrétní pracovníci teda vás jako v průběhu toho dne teda tam provázeli.

**R:** Ano. Tam byla teda ta psychiatricka, ta hlavní a pak tam byli takoví asistenti, kteří pomáhali a ty vlastně, s těma se třeba, bylo to tak, že měli službu, střídali se. Takže jsme třeba dopoledne měli různé programy, tam to bylo rozdělený na třeba program terapeutický, nebo jsme měli nějaký malování, nebo jsme chodili pracovat na zahradu a vlastně odpoledne jsme seděli s těmi, a měli jsme ty jednotlivý fáze, takový ty přípravný, kdy jsme museli třeba napsat proč jsme si tu léčbu vybrali a tak dál. Musím teda říct, že ta paní doktorka, ta co je furt teďka tam hlavní terapeutka, psychiatricka, tak ta jako mě hodně jakoby nastartovala a pomohla, to jako musím říct a potom ty další členové toho personálu se tam střídali a do dneška je tam třeba paní, která je prostě vrchní sestra nebo staniční sestra, a ta měla vlastně za úkol ty lidi vlastně nějakým způsobem říct teď už nesmíte, musíte tohle, časově se tam docela přísně dodržovalo. Ale i ty sestřičky v tom personálu, tak si myslím, že byly všechny úplně, ale úplně výborný. To samé ty sociální pracovníce. To jsou vlastně lidi, se kterýma jste tam v kontaktu na denní bázi a řešíte s nima různé věci. Já jsem tam jako nikdy neměla pocit, že by mě někdo urážel, ponižoval, nebo něco takového a naopak, ony, když se vám to nepovedlo tak jste dostala trest, že jste třeba musela, já nevím, měla jste zakázané to nebo to, ale myslím si, že to dělaly tím stylem, aby vás to spíš nastartovalo, než by vás nějak urážely. Ale všichni se vždycky snaží pomáhat a být tu pro vás.

**T:** Takže jako spíš motivovaly a prostě byly tam pro vás.

**R:** Ano, motivovaly každopádně. Teda to pomáhalo, musím říct, že samozřejmě tam v té době bylo pár lidí, který to naopak třeba štválo a já jako vlastně tím, že jsem učitelka, tak jsem na to tak jako zvyklá a jako přišlo mi to, jako hrozně mi to pomohlo, když třeba ta sestřička řekla „Brigito vzpamatujte se, děláte to blbě, podívejte se na to z jinýho úhlu” a opravdu, když já teďka čtu ty deníky zpětně, po těch deseti letech, tak si říkám jak mohl bejt člověk takhle hloupej, že se na prostě díval z toho pohledu svýho jinak, než to vidí ty lidi, který tam s těma lidma pracují. Takže asi takhle.

**T:** Jasný no. Tak to jste mi jako vytrhla trn z paty. Já jsem se hrozně bála, že uslyším trochu jako opak. Jsem jako ráda, že vím, že to takhle bylo, a že vám to jako pomohlo a svým způsobem i to, že ty pracovníci asi svým způsobem jsou na to dobře proškolený, že věděl, jak se k těm lidem chovat.

**R:** To určitě, ale musím vám říct, že ne každému se to líbilo, že samozřejmě někdo reagoval neadekvátně na to, když mu někdo něco vyčetl, to znamená, že se postavil do takový opozice a pak to bylo i třeba

kolikrát ošklivý, jo. Ale z mého pohledu já jsem si jako řekla, že to vlastně říkají „Dobře, ty jseš úplně hloupá, ty ses na to koukala špatně“ tak mě to spíš jako nastartovalo k tomu, že jsem se začala dívat na ty věci i zpětně úplně jinak a můžu vám říct, že jak chodím na ty besedy s těmi, co tam teď jsou a oni se mě ptají na některé věci, to by možná stálo za to, jestli byste vy chtěla se mnou, protože oni se vás na něco zeptají a vám dojde až po těch 12 letech, že vlastně jste se na to tenkrát dívala úplně jinak. Takže mně to hrozně pomáhá i teď.

**T:** Jako tomu věřím no. Možná, že bych tadytoho i využila klidně se tam jet s váma podívat.

**R:** Opravdu? Bysme se podle mě domluvily a nebyl by to žádný problém. Ale opravdu když to slyšíte a oni potom řeknou já a když vlastně i vypadne něco, co já tam chodím, tak já odbočuju a pak si říkám, když jedu tím autem „Vždyť oni měli pravdu, ty ses na to dívala blbě i teďka a doteď, ta situace je jiná nebo mohla jsi to řešit jinak“. I do dneška mi to hrozně pomáhá tohleto.

**T:** Jasný no. Ten člověk má úplně jiný náhled na ty situace skrz ty jiné lidi.

**R:** Úplně jinej. A zpětně si i říká: „Jak jsem mohla být takhle hloupá“ anebo „Jak ti to mohlo takhle dlouho trvat, než se ti to v té hlavě nějakým způsobem propojilo.“. A třeba i vztahy v rodině jo, já jsem na to koukala úplně jinak, než se na ty vztahy dívám teďka zpětně. Tohleto mi dalo prostě obrovskou lekci a neskutečně mě to posouvá. Myslím, že si do konce života budu uvědomovat a přicházet na nové věci.

**T:** Jasný. Že vám to dalo v tomhleto i jako nějakou lekci vlastně, že jo.

**R:** Určitě.

**T:** A nevzpomenete si náhodou, jestli ty pracovníci ať už to je teda v té léčbě, tam chápu, že je to rozdělený na ty sestry, staniční sestra, vrchní sestra, ty sociální pracovníci a tak podobně. Ale nevzpomínáte si na to, já si tím totiž nejsem úplně jistá, oni existují dvě různé možnosti jak být vzdělané v těch zařízeních, jestli právě i ty sestry měly sociálně zdravotní vzdělání? Nebo to bylo jen čistě zdravotní? Je mi jasné, že sociální pracovník měl sociální práci, ale jak to je u těch sester.

**R:** Ano, to si myslím, že většina má asi to zdravotní a jen někdo to sociálně-zdravotní. A já, jak se tam ony střídaly, ten personál a obecně, já tam byla vlastně 3 měsíce, tak oni vlastně jako dělaly všechny z těch sester to samý.

**T:** Jasný. Mně jde jenom o tu zkušenost jakoby, protože přece jenom jiná věc je jakoby třeba podávat léky a tak, ale řekla bych, že tam sociální činnost byla v každý tý profesi. Ta práce s těma lidma.

**R:** To určitě, pro léky jsme si chodili v určitou dobu a stáli jsme tam ve frontě, takže to jako bylo. A kdo tam prostě měl službu, ten nám ty léky dal, takže to tam bylo takhle udělaný.

**T:** Jasný jasný, tak jo. Teďka bych se zeptala, jaký ty konkrétní úkony provázely ten nástup na to léčení? Jak to vlastně funguje, když vás tam vlastně přijímají, tak co všechno si jako potřebujete zajistit, co vy musíte splňovat pro to, aby vás tam vzali a tak?

**R:** Musíte si teda za A požádat o to, ale to můžete online dneska, když teda tam chcete nastoupit anebo vás tam přihlásí rodina, nebo lékař. Vy vyplníte takový dotazník a oni vám potom řeknou jo. Pak vás teda potom přijmou a udělají to s váma celý jako znova, sestaví prostě celou tu anamnézu každé z těch doktorů a pracovníků a řeknou vám „Teď se budete léčit“. Je tady teda ta přípravná fáze, pak je nultá, první fáze, druhá fáze, třetí fáze a vy máte splněno. A třeba ty pacientky, co jsou tam teď, tak některý jsou tam třeba už devátý měsíc, protože ony vždycky potom jedou domů a pijou a vlastně se házej zpátky do té nuly. Takže ta nultá fáze je taková, že vás seznamují s tím programem a první, co musíte udělat, já ten deník mám schovanéj, že si musíte jako napsat sama pro sebe, co si představujete jako, jak byste si to představovala v té léčebně a potom oni vám dají ten režim a vy si vlastně porovnáváte s tím, jak jste si to představovala vy a jak to mají oni. A je tam potom pro někoho hrozně těžký, třeba jsem tam teď měla bejvalou žákyni a ta tam vydržela čtrnáct dní a po čtrnácti dnech podepsala revers, protože jí připadalo, že jí tam psychicky tejráj. Takže každé to snáší trochu jinak. Takže dostanete jako přesnej postup, co si máte vyplnit, dostanete deník, každé den tam zapisujete až do konce, ale ještě předtím vám řeknou vytvořte si nějaký rámcovej program, my ho projdeme a dají vám ten režim toho dne a vy ho musíte

každopádně striktně dodržovat a když to nedodržíte, tak vás házej prostě zpátky, nebo máte nějaký tresty a je to ze začátku docela těžký. Mně se tohle nestalo, já jsem za celou tu léčbu měla asi dva přestupky, jinak vás vrátěj o fázi níž, ale je tam prostě spousta lidí, který to prostě psychicky nedávaj. To jsou teda hlavně lidi, co berou drogy, ty jsou tam taky. Pak jsou tam gambleři a teď je tam nejvíc lidí, což mě překvapilo, jsem sledovala minulej tejden, který maj kombinaci, jako že jsou to drogy a alkohol dohromady.

**T:** Ty duální věci jakoby.

**R:** Určitě. Věková kategorie je tam teďka momentálně kolem takový čtyřicítky. Jsou tam jako i starší, ale to jsou většinou alkoholici jako jsem to měla já. Ty mladší zas ty drogy no, takže tak.

**T:** Ono to trošku dává smysl jako generačně prostě, že ty lidi vlastně jako v nějaký tý střední fázi nebo středním věku se asi dostanou k obojímu, zato pro ty mladší jsou přístupnější v dnešní době možná ty drogy. Zase starší maj zajetej ten alkohol jako součást vlastně.

**R:** Určitě, tak jsem to měla já. Mě nějaká droga v životě nenapadla, protože ten alkohol v té době bohatě stačil.

**T:** Vy jste říkala, že už jako na začátku jste se tam cejtla hrozně dobře, ale těch prvních 14 dní jste byla vlastně na tom přerozdělovacím oddělení, když to tak řeknu, kde jsou vlastně asi všichni než se to jako rozselektuje.

**R:** Ne, to ne. Ono, když je volno tak vás berou rovnou. Já jsem tam byla v době, kdy tam to volno prostě nebylo a už jsem nechtěla zpátky domů, protože upřímně řečeno já jsem tam nastoupila a byla jsem totálně opilá. Oni mě odvezli a já jsem vlastně byla v pocitu, že když teď nebudu nějakou dobu pít, tak tam přeče ty tři měsíce ty flašky jako nenechám, tak jsem to do sebe prostě kopla.

**T:** A to vlastně asi ničemu nevadí, že vy tam přijedete pod vlivem?

**R:** Nene, oni mi dali dejchnout, změřili, napsali, že jsem měla nevím kolik a šoupli mě mezi ty blázný, který jsou tam s psychickéjma poruchama všeho druhu. To jsou agresivní lidi, který jsou prostě nevyzpytatelný. No a já jsem tam s nima 14 dní byla a já jsem řekla tenkrát jako že se sem ještě jednou vrátím. Mně možná pomohlo i to, protože jsem potom vlezla mezi ty ne normální lidi, ale ty, který chtěli to, co já. To znamená, který se chtěli léčit a mě tohleto asi nejvíc jako nastartovalo. Ten personál, kterej byl naprosto vstřícněj, on byl teda vstřícněj i vtom prvním oddělení, ale tam jsou zvyklý na trošku jiný lidi no.

**T:** To chápu, že pro vás musel bejt ten první dojem trošku jako facka, když to řeknu takhle blbě, protože když tam vidíte jakoby tu škálu těch lidí, který se tam dostanou a není pro ně místo, tak to musí bejt náročný.

**R:** Je, a ještě navíc, to jste už možná slyšela předtím, když jsem si tam sedla na tu postel a přišla vedle mě holka, mladá paní, a povídá mi „Dobrý den, paní učitelko“. To byl teda největší šok, že to byla vlastně bejvalá žákyně, která už byla samozřejmě tenkrát dospělá, to znamená měla už i děti a já jsem si jí pamatovala jako malou holku. A ona mě poznala a říká mi „Co tady děláte, dobrý den“, tak to si pamatuju do teďka.

**T:** To asi nevypadne úplně z paměti.

**R:** Ne, to rozhodně ne. Tohle jako bylo, když mě teda svlíkli do naha, sundali mi i hodinky, všecko jsem dala, i mobil. Dala mi oblečení, který jsem si přivezla a šoupli mě na tu postel a první věta, která tam zazněla, byla tohle. Takže jako pro mě, na tohle jsem v životě nezapomněla. No a potom teda ten následující den, nebo dny, jsem tam měla sezení s tou sociální pracovnící. Tak ta se mnou nějak řešila jako nemocenskou a různý věci jako kolem práce a rodiny. Říkala mi, jak to tam bude pak probíhat a byla jako neskutečně milá, vstřícná a prostě se vším mi pomohla. Říkala, že se na ní mám kdykoliv obrátit, když budu něco potřebovat.

**T:** Tak to je super, že hned takhle zezačátku jste navázali spolupráci. A ještě kdybych se v tom vašem příběhu vrátila trošku zpátky, my jsme se teda spolu o tom bavily nějakým způsobem na té besedě, ale co předcházelo tomu, než jste na tu léčbu přistoupila? Jak to bylo předtím?

**R:** Jak to bylo, já vám to ráda zopakuju. Já jsem nejdřív měla tu onkologickou operaci, měla jsem rakovinu prsu, byla jsem na operaci a říkala jsem si rok předtím, 2010, já vlastně nemůžu pít. Tak jsem to vysadila a potom mi paní doktorka řekla že půjdu na chemoterapii, tak jsem je odbyla, potom řekla vlastně, že nemusím na ozařování, ale že by mi to doporučila, pak napsala 50 ozařování v Praze, na Vinohradech, takže já jsem 50 dní za sebou, mimo víkendů, jezdila do té Prahy na to ozařování, a to už mě psychicky natolik zlomilo, že jsem se vrátila k tomu pití. Takže, já jsem to možná říkala, tam jsem vlastně potom začala to, že jsem si do té Prahy koupila malou flašku a když jsem se vracela z toho ozařování, tak jsem ji vypila, protože jsem byla psychicky úplně hotová z toho, že to možná nedám a tohleto a támhleto. Takže to mě vlastně nastartovalo k tomu, že jsem se k tomu pití vrátila. A pak byly v roce 2011 jarní prázdniny, takže právě v tom únoru, a já jsem si tu neděli řekla já už nemůžu do té práce nastoupit, protože já už jsem byla tak jako nalitá celé ten týden, tak jsem řekla, byla u nás dcera na návštěvě, tak jsem tenkrát zavolala dceru a říkala jsem „Řekni manželovi,“, kterej vůbec netušil, že piju celou tu dobu, ale děti to věděly, protože jsem se už předtím ambulantně léčila, “řekni tátovi, že já chci prostě odvézt na léčení do těch, někam”. Prostě já jsem nevěděla, jestli do Beřkovic, nebo kam. A protože jsem měla kamarádku na psychiatrii, tak ta mi to do těch Beřkovic zařídila druhý den hned. Ani jsem už nenastoupila do práce a ve škole teda řekli ano, my tě podržíme, když teda nebudeš pít a budeš abstinovat, tak mi ti tady to místo prostě podržíme. A musím říct, že tohle mě taky strašně motivovalo, protože, teď si to vlastně uvědomuju, když to říkám vám, že rodina mě podržela i když manžel z toho byl fakt jako špatnej, ale v té škole že řekli my tě chceme zpátky, tak to možná byla jedna z těch velkejch motivací k tomu, že jsem se k tomuhleto rozhodla.

**T:** To věřím no. To asi udělá opravdu hodně, že víte, že tam venku vás tam čeká ještě ten život, kterej jste žila předtím.

**R:** Protože třeba mohli říct hele, ty tady chlastáš tak jako my tě tady nechceme a dáme ti výpověď. Ale protože to byly kamarádky, který se mnou nastoupily do té školy, jedna zástupkyně, jedna ředitelka, tak řekly my to s tebou ještě jednou zkusíme a vlastně dvanáctej rok to funguje. Jedna tam ještě je, druhá už teda je v důchodu, ta je mnohem starší než já. Ale tenkrát mě to hrozně taky namotivovalo, že se jako tam chci zpátky vrátit. To bylo taky jedno z těch plusovejch věcí, který potom rozhodovaly.

**T:** Ale ta práce vás asi jako hodně bavila, že jo?

**R:** Až do teď. Sice jsem už v důchodu dva roky, ale pořád mě to baví, takže jako jo. A motivuje mě to jako tak, já už bych se do konce života nenapila, ale představa, že kdybych bejvala šla do toho důchodu a řekla bych si já se tady budu nudit, tak člověk neví, jakým způsobem by reagoval. Já vlastně to mám tak, že chodím do práce, a jednou za 3 tejdny si jedu pokecat do těch Beřkovic mezi ty závislý, mezi ty, který se na mě těšej a mně to dává hrozně plus a jim taky, tak mě to hrozně nabudilo tohle, jako mám z toho velkou radost.

**T:** Tomu věřím. To jako opravdu. A jestli se ještě můžu zeptat, to vám nabídli hned po skončení té léčby?

**R:** No on byl covid, že jo. A takhle, my tam máme jednou za rok den nezávislosti a scházíme se tam my, co abstinujeme a vždycky tam máme první sobotu v červnu, že se sejdeme prostě všichni. Je to fakt skvělá akce. Já se na tom aktivně podílím. Teď vám řeknu takovej šok, já jsem tam vlastně v roce 2011, tak oni tuhle akci chtěli vymyslet, a oni jí vymysleli, že bude ten den nezávislosti a pozvou ty kluky i ty ženský, který abstinují dlouho, aby se sešli a namotivovali ty, co tam jsou. A chtěli vymyslet název. Já jsem vymyslela den nezávislosti, takže já jsem na to pyšná, že to takhle prošlo. Ale to není důležitý. Tam je důležitý to, že já jsem vlastně ten první den nezávislosti, byl 4. června 2011, a já šla 3. června domů, oni mě pustili. A oni řekli „Jestli chcete, tak se přijďte na ten první den nezávislosti podívat, když jste to teda vymyslela i ten název”. A já jsem to nedala. Já jsem říkala „Já půjdu v pátek domů, a já se sem v sobotu vrátím jako nepacient”, tak jsem řekla, že jako ne a počkala jsem rok. A od toho roku 2012 až do covidu jsme to měli každéj rok. Teďka 2 roky nebyl, byl až v létě, v tom dalším roce, a to mi to teda nabídli. A jedna smutná věc, bylo nás tam asi 45 v tom červnu loni a z toho minimálně 25 potvrdilo, že se během covidu znova napili. Což mi naprosto vyrazilo dech.

**T:** Ten covid udělal asi hodně v psychice.

**R:** Udělal. A teďka tam máte pořadník, takže se tam čeká na to než vás tam pustěj do těch Beřkovic třeba půl roku, ale on ten pořadník zas netrvá půl roku, protože, říkaly ty sestřičky, pracovnice a ty terapeutky

tam, že to polovina těch lidí tam prostě nedá, že dávají revers a jdou domů, což za mě nebylo. Ta doba je teď v tomhle taková docela složitá a těžká bych řekla.

**T:** Ty lidi to neustojej prostě, asi ten režim, ten řád a vlastně i to zacházení tam. Ono někomu to dělá asi hrozně dobře. Já bych chtěla od vás trochu posoudit, to je teda otázka trochu mimo, ale vzhledem k tomu vašemu vlastně zaměstnání, vy jste tělocvikářka, že jo?

**R:** A němčinářka.

**T:** A němčinářka. A jestli ten řád a ten režim, vy to asi máte nějakým způsobem zajištěný jako ke vztahu k tomu pohybu. Takže vám to možná dělalo dobře i tady z toho hlediska?

**R:** Určitě. Já se hejbu i teďka hodně. Mám nastavený kroky, mám malýho psa, máme labradora, ale štěně, takže to lítám, a to mně hrozně pomáhá. Já si nedokážu představit, že bych jenom seděla u televize jako jiný lidi v mém věku. Takže jako mně to hrozně pomáhá, ale chci říct, že, vy máte asi malý dítě?

**T:** Ano, mám. Tříměsíční miminko.

**R:** Aha, tak to jo. Já mám 4 vnoučata a musím teda říct, že třeba teprve teď se to začíná vracet do normálu, ale my třeba ve škole, jmenuje se to Děti na startu, choděj nám tam prostě z různých oddílů na první stupeň dětí, od první do čtvrtý třídy, mají jednu nebo dvakrát tejdne nějakýho trenéra, Trenéri do škol se to taky jmenuje, a oni se učej zase hejbat, protože jak byla ty 2 nebo 3 roky doma, tak za A ztloustly a teď se polovina z nich kouká do počítače a vůbec se nehejbe. Takže teď se to konečně, myslím si, začíná zase trošičku rozjíždět.

**T:** To si taky myslím. Jako teďka se k tomu budou asi hodně uchylovat, protože viděj ty dopady toho, jak byly ty děti doma a jako první věc je nějaká online výuka, ale prostě v těch věcech, který jsou takhle zaměřený, jako možná ještě nějaká ta hudebka dobrý, možná výtvarku, nevím, jestli někoho donutíte malovat, ale jako ten tělocvik je určitě jedna z věcí, která je prostě nenahraditelná v přítomnosti toho učitele.

**R:** Jojo. Ale oni se už začínaj zase víc hejbat, takže snad to bude dobrý, snad to bude lepší no.

**T:** Tak teďka se dostaneme k otázce, jestli si vzpomenete, jaký konkrétní aktivity v rámci té sociální práce, nebo i té terapeutický činnosti jste absolvovala v tom léčení?

**R:** Takže měly jsme, já to vezmu postupně, byly to nějaký výtvarný činnosti.

**T:** Možná arteterapie jste měly?

**R:** Ano, a ono se to jmenovalo možná jinak, já vám to kdyžtak ještě zjistím, oni to mají vyvěšený na nástěnce, tak to kdyžtak ofotím. Ale můžete to takhle klidně nazvat. Ale prostě jsme malovaly. Potom se třeba zpívalo a chodilo se třeba mezi takový ty, jak je tam ta gerontologie, takový ty pro ty starší, tak jsme chodily jednou tejdne odpoledne od čtyř do pěti k těm babičkám a dědečkům zpívat a nějak si s nima povídat, a tak dál. Takže to bylo taky docela fajn. V první fázi nesmíte na počítač mimo, ale potom jsme měly, když už jsem měla hotovou tu vstupní a první fázi, tak jsme mohly chodit jednou tejdne na jednu hodinu do počítačovny. To bylo na druhý straně Beřkovic jako taková pracovna, tam bylo nějakých 6 nebo 8 počítačů a tam jste si mohla jít na Facebook, tam jste si mohla vyřídít maily a tyhle věci. A to měl až člověk, kterej splnil tu určitou fázi, aby ho tam mohli pustit. Takže to bylo to druhý. Pak jsme chodily na pracovní činnosti, to znamená, že jsme chodily, tam je zahradnictví, takže jsme chodily v pondělí dopoledne na dvě hodiny, že jsme zalejvaly kytky, hrabaly listí, prostě podle ročního období. Já tam byla únor až červen, takže jaro. Okopávaly jsme kytčky prostě, plely se záhony a takovýhle věci. Já jsem si říkala první, když jsem tam nastoupila a četla jsem, než mě přijali na tom rozvrhu, tak tam bylo napsáno net a já jsem si říkala, co je to jako net, já jsem si říkala, jakože nás pustěj na internet, protože to vás nic jinýho nenapadne, a oni to byly Nešporovy techniky. Nešpora známe všichni, a on tam byl na nějaký přednášce. Já vám řeknu ještě jeden zajímavěj poznatek. Já, když jsem se začala léčit, tak jsem měla ve škole na starosti protidrogový a prostě na závislosti tenhle program. Já teda jo. To jsem ještě v té době nepila, takže my jsme s tím Nešporem absolvovali spoustu takovejch seminářů jako my kantoři, takže já jsem ho znala osobně. Takže ty Nešporovy techniky, oni tam měli udělanej takovej seznam a my jsme se seznamovaly s tím, co máme dělat, malovaly jsme takovej ten semafor. To vy budete znát, takový



to, jak se člověk má chovat, kdyby se chtěl napít a tohle. Já to mám ještě vyvěšený. Já jsem si to přinesla domů. Takže i ty Nešporovy techniky jsme tam dělaly, jednou tejdne tak na tři čtvrtě hodiny. Pak jsme měly večerní posezení, kde se rozebíralo to, co se za ten den někomu povedlo nebo nepovedlo. A měly jsme ještě, chodily tam různý terapeuti, který byli mimo Beřkovice a přišli s nějakým námětem. Měly jsme tam anonymní alkoholiky a ty já teda osobně nesnáším, takže oni tam byli asi dvakrát nebo třikrát a dávali nám tam jako nějaký jiný rady do života, ale mně to přišlo úplně směšný oproti tomu, co po nás chtěli v těch Beřkovicích. Do dneška vím, že mi to tenkrát nesedlo a že jsem říkala, že kdybych nemusela, tak tam prostě sedět nebudu a že je nebudu poslouchat. To mě nebavilo. No a pak jsme tam několikrát měly právě nějaký bývalý klientky jako ty peer pracovnice, a to mě i motivovalo jít to tam po těch několika letech dělat, to bylo skvělý.

**T:** Když má člověk to srovnání z léčebny a z takovýchle skupiny, když to tak řeknu, tak je to asi něco úplně jinýho. A jinak ty večerní posezení, to byla asi klasická komunita?

**R:** Ano, seděly jsme v kruhu a něco jsme řešily, třeba někdo něco přečetl, nějaký program. Jo, a ještě jsme měly od pěti do čtvrt na šest každodenní cvičení a vždycky musel předvádět někdo jinej. To bylo jako pohybový večer. Já jsem se před tejdnem ještě ptala, jestli to maj a řekli mi, že jo.

**T:** Já si myslím, že ten pohyb tam v tom režimu prostě je, je tam ranní nebo odpolední, ale je tam v nějaký míře.

**R:** Ano. A oni maj, já jsem se na to ptala, to by vás mohlo zajímat, já jsem se ptala jak to maj s mobilem, protože v té době před těmi 12 lety ty mobily pořádně teprve začínaly, tak oni to maj stejně, že od půl čtvrtý do čtyř můžou, půl hodiny, a pak maj večer od devíti do půl desátý, že si můžou prostě telefonovat domů a tak dále. A návštěvy jsou tam běžný, jsou o ty neděle a jsou, myslím si, stejný.

**T:** A vy jste vlastně, to už jsme teďka jako probraly, že ty aktivity, který jste tady teďka zmínila, tak jste všechny navštěvovala?

**R:** Ano, ty byly povinný.

**T:** Byly povinný?

**R:** Ty byly naprosto povinný. Tam nebylo nic navíc. Potom, když jsem měla tu druhou nebo třetí fázi, tak vás už potom v té třetí fázi pustili i mimo ten areál si koupit nějaký jídla. Ale ty činnosti, co jsem zmiňovala, byly povinný a každé den byly rozepsaný, ty jsme prostě musely dodržovat.

**T:** A jaký to pro vás bylo v těch jednotlivých fázích? Třeba ta třetí, čtvrtá je taková víc, když to tak řeknu, zkušková asi, že jo? Můžete mi říct, jak se od sebe liší náplní?

**R:** No tak hodně píšete. Tam třeba daj nějaká téma, jakože musíte vyjádřit něco, napsat třeba. A pak je ta závěrečná, vlastně ta koncová fáze, kde vlastně vy musíte vyhodnotit celou tu svoji léčbu a musíte říct, na co se budete zaměřovat potom. A ta je tak nejtěžší, že třeba teďka tam říkaly tři ženský, když jsem tam byla, že jim to prostě hodili zpátky na hlavu, že to maj blbě, protože oni tam nenapsaly to, co oni od nich čekali, že do toho budoucího života by chtěly jako, nebo co by od toho budoucího života jako chtěly mít. Takže jako ta třetí fáze je těžká v tom, že ta už je nejtěžší, ta už je delší a musíte fakt o tom hodně přemýšlet. Já se možná podívám i do těch sešitů, a ještě bych vám k tomu něco napsala nebo řekla, protože je to teď možná trochu jiný, já to zjistím, protože oni mi třeba teďka říkali, ale ta třetí fáze je tak hrozná, oni mi to zase hodili na hlavu. A já tam přijedu za tři tejdny a oni řeknou ona mi to zase hodila na hlavu, takže jako je tam třeba jako trochu jinej systém, ale vím, že ty fáze, první fáze je těžká, ta se zaměřuje na takový to odnaučování toho blbýho chování a je to hodně o přístupu k té abstinenci, musíte tam hodně reflektovat to své rozhodnutí, prostě znítnění těch všech pravidel té komunity a fakt jako to byl mazec. Ta druhá je taková, že jedete na takový tý vlně a abyste do ní mohli postoupit, musíte o to požádat a číst náhled na první fázi, kterou posuzuje ta komunita i ten terapeutický tým včetně psychologa, sester, sociálních pracovníků, prostě všichni. Potom se tam hodně jedou ty komunity, střídaj se tam různě ty role v rámci těch funkcí v té komunitě jako je předseda, tělocvikář a takový další v té komunitě. To si prostě každé musí projít. Tam už tak nějak víte, že to jako dáte, a pak vám vrazej tu třetí, která je, co si představuju od toho života, na co si musím dát pozor a on to každé od každého opisuje a jak tam maj ty lidi, jak jsou dobře udělaný, že teda ten je tam s tímhle, ten tam je s tímhle, ten si má dát pozor na tohle, oni z toho člověka chtěj vydlobat asi to nejdůležitější. Já si myslím, že to je docela dobře

udělaný. A v té třetí fázi je to takový už hodně o tom, co se děje venku. O rodině, přátelích a vlastně i máte tu jednodenní propustku, kdy jako oni prostě testují, jestli to zvládnete.

**T:** Jo, ta reflexe určitě. Ty funkce to je fakt zajímavý, že je to takhle udělaný.

**R:** Ne každej je natolik inteligentní, nebo řekla bych, že sdílejí, aby jim na to přistoupil a ty jsou tam teda některý 6-7 měsíců, a právě kvůli té třetí fázi nejdou domů. A teď jsem tam měla jednu, která tam byla už 9 měsíců a tu už teď, ne regulérně vyhodili, ale ono se to jmenuje jakože, když ty nechceš přistoupit na to, co my po tobě chceme, tak holt půjdeš domů. No a zatím se drží teda, co já vim. Takže oni jim nabízej nějakou pomocnou ruku a ty, co to pochopěj, tak je to dobrý, ale ty, co ne, tak jim ji nabídnou jednou, dvakrát a třikrát a když to nevyjde, tak prostě, tak to nejde.

**T:** Ještě by mě zajímalo, vy jste zmiňovala tak nějak průběžně ten personál. Jaké jste s nima vy měla konkrétně vztah, protože vy jste přece ty lidi, i když tam rotují, tak se vám tam asi nějak střídají a když jste tam 3 měsíce, tak určitě poznáte ty lidi nějak blíž a trávíte tam s nima spoustu času, tak jak se k vám chovali, jaké jste z toho měla pocit a jestli jste si tam s někým navázala ty vztahy bližší?

**R:** Ano. Teď už jo, protože 90 % toho personálu je tam stejného, jako když jsem tam byla já. Takže už jako opravdu oni jsou rádi, že mě viděj a já taky. Ale já, řekněme to asi takhle, v podstatě, kdybych měla vyčlenit, tak možná s jednou tou sestřičkou, která byla taková ráznější, tak jsme občas třeba říkaly „jé, sestřičko“, ale musím říct, že personál na tom 7B je naprosto fantastický. Asi takhle. Já, když pozoruji jak se chovají k těm pacientkám, tak i dneska a ty holky jak s nima mluvěj, tak prostě mám pocit, že je to stejný. Že jsou prostě empatický a jsou to jako lidi na svém místě, takže jako ty projevy vůči těm pacientům prostě jsou úžasný.

**T:** Tak to je skvělý. Mě by zajímalo, jak to tam je během toho dne s tím personálem, jako s kým tam v jaký období, teda jako denní dobu trávíte jak čas? Kdo tam byl tak s vámi během toho celého dne?

**R:** Určitě. Ono vlastně ten terapeut tam byl jenom dopoledne a odpolední program do tří, a když jsme se vraceli z těch různých činností, tak tam byl, ale potom už tam byly jenom ty sestřičky a ty asistentky, nebo prostě ty co se staraly. A jedna ta sestřička, ta vrchní, nebo ta, která to tam měla, byly tam dvě, jedna byla ta šéfová a druhá, která pomáhala plus teda ty asistentky. Takhle to tam bylo nastavený. A ještě teda tam byla vždycky ta sociální pracovnice přes den a za tou jsme mohly jako kdykoliv.

**T:** A mohly jste za nima kdykoliv přijít, když jste měli nějaký splíny nebo trápení?

**R:** Ano. Možná ale, teď mě to napadlo, že když jsem tam byla minulej týden, nebo před 14 dny jsem tam byla, tak mi vlastně ty dvě pacientky, nebo ty klientky, co tam teďka jsou, ony to nejsou pacientky, tomu se teďka musí říkat klientka, tak ony byly jako na ten personál našťvaný, ale řekla bych, že to je dost možná i tím, jak reagovaly ony. Já nevím, jaký tam mají vztahy mezi sebou. My jsme tam byli minule, měli jsme tam posezení Vánoční, tak vlastně přišly za mnou 3 ty pacientky, že se vlastně pohádaly mezi sebou a úplně takovým způsobem, že se rozbřečely, takže ony tam ty vztahy budou složitý, hlavně mezi těma, co se tam léčejí. A když tam je nějaká toho typu, že je pošle do háje, tak to možná vyhroť víc. Teď si to zpětně uvědomuju, že ony vlastně říkaly oni nás nechápou, nebo oni nás nepochopili. Jako je to docela možný, že protože ony to mají blbě nebo tam prostě mají nějaký ty konflikty. Ale vzhledem k tomu, že je 80 % toho personálu stejného, jako bylo za mě, tak se možná jedná o jiný lidi, než tam byli se mnou.

**T:** Ale tak komunita je nějakým způsobem živěj organismus, takže ty lidi si tam asi vyměňují názory, každej se tam k sobě nějak vztahuje a vlastně, já nevím, jestli to tak úplně funguje, ale když někdo narušuje tu komunitu, může z ní bejt nějakým způsobem vyčleněnej? Můžou takhle nějakého člověka vyhodit, co třeba bojkotuje tu spolupráci?

**R:** Určitě bych řekla, že můžou. A já řeknu ještě tohle, tam, bylo to tak, já nevím, 2 měsíce, mi tak pacientka povídala „Vy jste z Kladna?“ A já říkám „no.“ A ona říkala „a znáte tohle a tohle?“ Já říkám „znám, to je můj bejvalej žák, já jsem jeho třídní učitelka.“ A ona mi řekla „to je můj bejvalej přítel“. No a tohle to je holka, která je Ukrajinka, ale nesnáší Ukrajince v současné době, fixuje se na Putina. A ta tam před měsícem udělala takovej cirkus v těch Beřkovicích, že jsem i já říkala „pane bože, jak jí tam můžou snášet v těch Beřkovicích“. A teď se vrací do Kladna a měla by chodit do té komunity, ne do té, co jsem já, ale chce do, ono se to tady jmenuje chráněný bydlení, a je to prostě pro ty, co se vrátěj a

nechtěj jít domů. Tak maj možnost bydlet tady. Je to v Dubí, je to vlastně chráněný bydlení a je to vlastně komunita jako taková pro ty, co tam bydlej.

**T:** Já jsem v chráněném bydlení dělala právě praxi.

**R:** Ona tam včera měla jít na pohovor, právě k těm našim terapeutům tady na Kladně a pak by tam měla nastoupit. Takže jsem na to zvědavá, jestli jako nastoupí, protože ona stihla v těch Beřkovicích rozhádat půlku lidí mezi sebou. Ona je velmi agresivní, chovala bojový psy, takže bude s ní asi velkej problém. Tak jsem zvědavá, co v tý komunitě v tom Kladně s ní svedou. Já to uvidím až v únoru až půjdu na tu skupinu naší, tak jestli paní doktorka řekne „no ona je opravdu taková, ona je velmi agresivní“.

**T:** No ona, dle mýho názoru, jestli by narušovala komunitu, tak by jí tam nezahrnuli, protože by narušila zbytek vlastně těch lidí.

**R:** To mě docela překvapilo, protože mně přišla docela milá, ale teď si uvědomuju, že ten Vašek, ten můj žák, říkal „Já jsem od ní musel odejít pryč, protože ona chovala tyhle bojový psy a je hrozně agresivní“ a i v těch Beřkovicích se tak hrozně projevovala. Ale to jsem zjistila až teďka před tím měsícem.

**T:** Tak to uvidíte právě. Ale je jako fakt, že to chráněný bydlení je jako navazující sociální služba jak pro alkoholiky, samozřejmě to není jenom pro ně, ale i pro jiný typy lidí, který potřebujou pomoct.

**R:** Jo, to chráněný využívá víc lidí po léčbě. U nás se tam platil určitě poplatek, je to na určitou dobu. Sháněj si práci, sháněj si místo, a to jako jo, prostě pomáhaj jim tam.

**T:** To jim tam pomáhaj sehnat si tu práci a tak. Já jsem dělala vlastně tady pod Diakonií, to chráněný bydlení je asi většinou pod Diakonií nebo pod něčím takovým.

**R:** Na Kladně asi ne, mám pocit. To je právě pod tím Zařízením sociální intervence. Pod tím je i ten klub.

**T:** Jo, jasný. Takže je to jenom jiná organizace. A pod touhle organizací je nějakým způsobem ta komunita, kterou teď navštěvujete?

**R:** Ano. A my máme klub, my, co už abstinujeme déle, a pak maj ještě postupový fáze. To znamená, že oni si tam splňujou, když splněj, tak postoupěj dál, a když potom abstinujou 2-3 roky, tak je pak šoupnou k nám do toho klubu, kde jsme už my, závislí, delší dobu. A oni teda, teď jsem tam zažila, oni tam přišli 3, po měsíci se napili a odešli. Tak jako nevím jak tohle. Takže my to máme jako, jmenuje se to Zařízení sociální intervence, maj tam ty různý stupně, ale maj tu komunitu v Dubí, a to chráněný bydlení.

**T:** To je právě pro mě hodně důležitý, protože já v tý práci i nějakým způsobem sleduju ty navazující služby sociální práce, který jsou pro tyhle lidi dostupný, takže je super, že to říkáte.

**R:** Kdybyste potřebovala i něco k tomuto tématu, tak mi řekněte a já to v komunitě zařídím. To není žádněj problém.

**T:** No to by bylo skvělý. Tak já se vám kdyžtak ozvu.

**T:** A já teďka přemejšlím, jakou bych chtěla pokračovat otázkou. Jo, tohleto by mě zajímalo. Zajímalo by mě, když byste shrnula nějak částí toho programu, kterej tam je vlastně nastoleněj. Nějak ten řád, a to celý v tý léčebný fázi i teďka, můžete do toho zahrnout i tu poléčebnou fázi, kdy navštěvujete tyhle doprovodný služby. Co vám přijde, že na vás má úplně největší vliv a co vám v tom nejvíc pomohlo? Jak byste shrnula? Jestli to je tak jak jsou tam poskládaný ty aktivity, nebo ta komunita, nebo ty lidi, co tam dělaj? Co z toho to může bejt? A jaký z toho máte pocit?

**R:** Já vám teda musím říct, že už jsem o tom nedávno, zrovna na tom klubu, mluvila, protože to po nás chtěli a jako pro mě to byly konfliktní situace, protože třeba já jsem měla jinej pohled na tu danou věc než ta paní, ta terapeutka, nebo ještě nějakěj jinej člověk a občas to vyvrcholilo tím, že já jsem řekla ale vy nemáte pravdu. A ta paní doktorka, to jsem vám možná už říkala, mě naučila ty dvě věty, který mně strašně pomáhaly, ale, když to tak řeknu, i na tý terapii, jak chodím do těch Beřkovic, by to mělo pomoct i jim. Ona, protože tam se samozřejmě ty lidi rozčilej, když se jim něco řekne, kór, když jsou tam nově, takže ona nám řekla „Nikdy nesmíte použít tyhle dvě věty: „Dělám to pro tebe“ a „Myslím to s tebou dobře“. Já jsem řekla „A proč?“ a ona „Protože vy sice řeknete dítěti, nebo manželovi, nebo ve škole –

Prosím tě, já to dělám pro tebe, já to s tebou myslím dobře a ty se ke mně chováš takhle. Ale vy to děláte jenom pro sebe, to znamená pro vaše vnitřní uspokojení”, takže neříkat nikomu jinému „Myslím to s tebou dobře” a „Dělám to pro tebe”, protože vy to děláte pro sebe. A já jsem tomu nejdřív nechtěla věřit, ale pak jsem si uvědomila, že to je fakt pravda. To znamená, když já někomu pomůžu, i když mě třeba štve, měla bych mu říct „Prosím tě, buď zticha, já to dělám pro tebe”, tak sice můžete mu to říct, ale ten pocit je váš, že vám povedlo něco, že jste si to uspokojila, že někomu pomáháte. A mně to trvalo asi měsíc, než mi to docvaklo a musím říct, že teď kolikrát i těm dětem ve škole neříkám větu „Naučte se to, na tu písničku, já to dělám pro vás”, protože to není pravda. Já, když oni tu písničku potom napíšíou dobře, tak z toho mám radost já a je to můj vnitřní pocit, Mě to trvalo strašně dlouho, ale pro mě tyhle dvě věty jsou nejdůležitější v životě.

**T:** Jako to si myslím, že je hodně velká věc. Jestli je to tohleto, to uvědomění nějaký těch věcí, co vám tam ten terapeut vlastně říká.

**R:** Je fakt, že jako vy máte dobřej pocit, že někomu podáte pomocnou ruku, jasně, a řeknete si „To jsem dobrá, já jsem mu pomohla”, ale pak se člověk zpětně zamyslí a říká si, že to hřeje u srdce vás. A to je to důležitý. To mně strašně tohleto pomohlo.

**T:** Tohle vám řekla v rámci těch terapií?

**R:** Ano, protože já jsem tam pronesla, že to není pravda, že člověk by to měl dělat pro tohleto. Ale jako já jsem třeba řekla, já se hádám s dcerou, protože má, to je pět let zpátky, tak já jsem říkala, že protože má na to jinej názor, třeba na výchovu vnoučat, tak já, jako babička a učitelka, jsem asi úplně prdlá, že to takhle řeknu, tak ona prostě paní doktorka řekla „No ano, ale vy to děláte pro svoje vnitřní uspokojení”, to znamená, že když ten vnuk vás potom poslechne, tak vy říkáte tý dceři „Vidíš? Já jsem ho to naučila, já jsem ti to vysvětlila” a děláte to proto, že vy z toho potom máte dobřej pocit, že vás třeba ten vnuk poslechne, nebo že to udělá po vašem. A tohleto mi fakt hodně pomohlo. A je to hrozně důležitý do života. Ano vy můžete říct „Já ti tadyhle koupila něco, aby sis tohleto”, ale ten pocit, že jste mu to koupila, že to dítě má třeba Lego, teďka naše vnoučata furt Minecraft, tak jako já z toho mám radost, že on to za 10 minut složí a je to pro můj vnitřní pocit. A tohleto mi hrozně dlouho trvalo a teďka už to prostě vím, že to sice dělám pro ně, ale ten pocit je můj.

**T:** A teď úplně z opačný strany. Co vám například přišlo, že, v rámci toho programu nebo v rámci toho léčení, na vás nemělo moc velkej vliv a klidně byste to ani mít nemusela? Nebo vám nepřijde, že by to bylo nějakým způsobem podstatný pro to, že by vám to pomohlo v to léčení?

**R:** Pro mě to bylo zametání chodníků a zahradní terapie a plení záhonů. Už jenom proto, protože máme zahrádku a já to dělám celej život a měli jsme zahradu, já to nesnášela. Takže pro mě to, že jsem musela okopávat támhle ředkvičky a tahat plevel, to mi vadilo. Ale jako já hrozně ráda pracuju, ale speciálně tohleto mi asi vadilo jako nejvíc. To, že jsem musela odpoledne prostě vzít košťátko a jít po někom zametat na zahradu nebo plejt záhony, to mi vadilo nejvíc.

**T:** A přijde vám teda, že to nemělo moc velkej vliv? Jakoby na tu léčbu potom takovou?

**R:** Ne, já jsem říkala „Já to musím to pondělí, ty dvě hodiny vydržet” a už mi to bylo jedno.

**T:** To bylo asi čistě o tom řádu prostě, že oni to tak měli.

**R:** To asi ne. Je teda fakt, že si myslí, že spousta lidí není zvyklejch pravidelně pracovat, a že třeba by to někomu, když pleje ty záhony a to, tak naopak mu udělalo dobře, já nevím.

**T:** Že mu to dalo nějakej smysl.

**R:** Jo, já si myslím, že to lidem určitej smysl dalo. Některejm určitej jo. Na některejch bylo vidět, že je to baví, že jim to dělá dobře.

**T:** Tak někdo je na to zvyklej.

**R:** Tak já to dělám celej život, takže mně to lezlo na nervy.

**T:** Někdo to bere jako oddychovou činnost, která mu dělá dobře na duši jako. A teďka přemejšším, co tady mám dál. Já bych od vás chtěla teďka slyšet, vy už jste to tady trošku jako nastínila, ale já bych to chtěla slyšet opravdu jako hierarchicky, jak tam fungoval ten denní režim? Jako od rána do večera, jak ten den jako vypadal, co jste v průběhu toho dne dělala a jak jste se při těch jednotlivých situacích cejtala a co u toho bylo za lidi, protože je mi jasný, že tam nikdy nejste sami, tak v průběhu toho dne, kdo vás měl tak na starost, jak se tam o vás staral a tak?

**R:** Budiček byl v 6:30, okamžitě jsme šly dolů a šlo se na vycházku ven, kdy měl teda každé rozzcvičku, takže jsme se střídaly na hřišti, na prostranství před tou budovou. A potom nás sestřička, která to měla na starosti, provedla tím areálem. Někakejch 500 metrů jsme šly a vrátily jsme se zpátky. Pak jsme měly hygienu. Potom služba šla připravit věci na snídani. Byla snídane v 7:00-7:30. Pak byl čas si ustlat a pak se dělal pořádek na pokojích, uklízelo se. Pak chodila ta staniční sestra a nějaká sestra s ní a bodovaly se ty pokoje, ale oni se nebodovaly, když to bylo v pořádku, tak to bylo v pořádku a když se jim něco nelíbilo, tak byly nějaký minusový body, který se potom započítávaly. Když někdo neuklízěl celou dobu, tak dostal nějaké trest. Ty tresty byly takový, že večer, když byla televize hodinu, tak byl zákaz. Já už si to po těch 11 letech přesně nepamatuju, ale bylo to omezení nějaký činnosti. Pak jsme měly program, že jsme se vždycky sešly v 9 hodin ve společenský místnosti, kde jsme seděly v kruhu a v tom programu bylo, že buď někdo četl tu svoji práci v určitý fázi, my jsme se k tomu museli vyjadřovat a vyjadřovali se i terapeuti, to tam byl většinou nějaký lékař, střídali se paní doktorka a ještě jeden, a byla tam staniční sestra, byl tam celá ten personál prostě důležitější, ty sociální pracovnice a tak. Ten program trval asi hodinu a půl. Buď tu fázi splnily, nebo dostaly pokyn na to, co mají opravit a tak dále. Potom jsme měli Nešporovy techniky, pak byl oběd, po obědě byl polední klid asi 45 minut a potom byl program podle fázi a někdy byl výběr, to znamená, když někdo byl v nulový fázi, tak si připravoval v jedné místnosti, byly jsme třeba 4 a měly jsme nějaké úkol, co jsme měly vypracovat, nebo co jsme si měly promyslet a zamyslet se. Ty, co byly v té fázi další, tak šly třeba do počítačů, nebo na hudební, a pak jsme šly odpoledne od 15:00 do 16:00 nehledě na fázi na ty práce. Pak bylo osobní volno taky 45 minut, a nakonec jsme měly to cvičení od 17:00 do 17:20. Nevím jak to máj dneska, ale asi stejně. Pak byla večere, po ní byla možnost si doplnit ten deník, do kterýho se každé den psalo, protože ten se musel odevzdat v sesterně, ta psychologka si to vzala a druhý den dopoledne vám to vrátili s tím, že vám tam napsala buď jenom V, že to četla, nebo vám něco vytkla, nebo vás pochválila. No a pak byl večerní program, nejdřív komunita a mezi 9:00 a 9:15 byla hygiena, pak byl čas na zatelefonování a pak byl klid., muselo se zhasnout a byla večerka. Ty fáze mi nevadily, spíš mi vadilo, že jsem si třeba chtěla zatelefonovat a nemohla jsem, na to si doma pak zvykli, ale že by mi tam něco vysloveně vadilo, to se říct nedá.

**T:** A ten přístup těch lidí, co vás tam přes den doprovázeli, z těch jste měla dobřej pocit?

**R:** Jo, a ještě tam byla doba, kdy se vařila káva, takže jste si mohl dát kávu. Tam se vždycky otevřela ta jídelna. Mohly jste si s nima tam popovídat, a ono většina sestřiček kouřila, já nejsem kuřák, ale většina pacientek bylo, takže mohly o ten polední klid ven před tu léčebnu si jít dát cigaretu a někdy tam s nima byly i ty sestřičky. A jako povídaly si i mimo to docela hezky a když jste s nima povídala hezky, tak to nebyl problém. Ale je fakt, že když jste povídala hezky a pak něco nestihla, tak ony to musely napsat do toho deníku a nahlásit to, takže si s váma hezky povídaly, ale ne v tom smyslu, že by potom zavřely oči, když jste něco nesplnila.

A co se týká těch vysloveně sociálních činností, tak s náma tam i přes den byly takový ty pracovníci v sociálních službách prostě, jak už jsem říkala, a to byly takový ty asistenti, co tam prostě byli furt v průběhu toho dne. Chodili s náma na vycházky a prostě dělali co bylo zrovna potřeba. A ty pracovnice sociální, jakože ty, co teda jsou vzdělaný a pracují tam přímo jako přes to sociální, tak ty s náma zase řešily všechny ty věci zvenku. Jako, mě se to zas až tolik netýkalo, na začátku ta nemocenská a spíš až pak to poradenství, ale řešily se s nima dávky, nemocenská, důchody, různý věci ohledně financí. Třeba i exekuce, když tam někdo měl. Prostě ty úřední záležitosti na ty tam s nima byl dost prostor. Jako oni by se daly považovat i za součást toho týmu terapeutickýho, byly tam taky přítomný u všeho a mohly jsme s nima řešit jakoby cokoliv. Jednu tu komunitní část s náma jedna z nich vedla jako úplně sama, ale ona snad byla jakoby i terapeutka, jakože si to nějak dodělala.

**T:** Tak to je skvělý, že jsou tam takhle pro vás. A že i tak braly všechny stejnou měrou, že nezáleželo na tom, že si s někým hezky povídaj, ale že byly i přísný. Ta sociální činnost je pro mě důležitá, to jste popsala skvěle, moc děkuji.

**R:** Ano. Já z toho mám tenhle pocit. Nevím, jestli ho tak maj i ostatní, ale já ho takovej mám. A ještě teď pozoruju, asi je to tím, že už tam nejsem pacient, ale tak trochu zaměstnanec, ale mně přijde, že jim dávaj tolik lásky a tolik motivačních nápadů, že to za nás nebylo. Ale je to možná tím, že jsem tam byla jako pacient. Já to vidím z toho druhýho pohledu. To mě překvapuje. Jak jsou milý, příjemný. A když jsem tam byla, tak jsem měla pocit, že nás tam pořád hlídaj. Ne, že by byly ošklivé, ale že pořád musíme plnit to, co ony říkaj a tak. A teď mi to přijde jiný, ale to je asi, protože už tam nejsem jako pacient.

**T:** Já si myslím, že to teď hodnotíte z trochu jinýho hlediska, ale na druhou stranu je to jejich práce a ony to tak maj nařízený, je tam nějaký řád a ten se musí jako dodržovat.

**R:** Ale jako opravdu mi přijde, že jsou hrozně miloučké. Ale jak říkám, tenkrát jsem tam byla v jiný roli, než jsem tam teď.

**T:** Ale neodnesla jste si z toho nějaký špatný vzpomínky?

**R:** Ne, to vůbec.

**T:** No právě, takže já si myslím, že to ve vás zanechalo dobrej dojem.

**R:** Jenom dobrej. A do dneška, když tam přijdu, tak jim říkám „Já jsem tak vděčná, že s váma tady můžu ještě bejt.“, protože kdybych bejvala tam nešla anebo jsem porušila, tak bych se nedožila žádnýho vnučete a už mám 4. Pro mě je tohle obrovský plus a pokaždý jim to říkám. Protože bez nich všech bych si tady s váma nepovídala a jsem o tom přesvědčená.

**T:** To je skvělý. Vám asi trochu přirostli k srdci.

**R:** Určitě. Ale zajímavý je, že i já jim, jak to teď pozoruju.

**T:** Že když už se s někým vídaj už takhle kolik let a věděj, že to má smysl, tak to jim i jako pomáhá v jejich práci.

**R:** Určitě jo. I pro ně je to možná motivace, to máte asi pravdu. Že je to určitá pochvala, že to dělaj dobře, že alespoň jeden člověk to zvládl, což ta úspěšnost je, to vy asi víte, asi 8 %-10 %, takže jako je to špatný, ale i těch 8 % je dobrejch.

**T:** Určitě. Lepší, než kdyby se tam všichni vraceli. Jako nějaký smysl to má. Záleží člověk od člověka.

**R:** A třeba jsou tam některý, co jsou tam už potřetí. To znamená já řeknu „Hele, já už jsem tě tam viděla“ my si tykáme, jo „Vždyť já už jsem tě někdy tady viděla“ a ona mi řekne „Já už jsem tady byla před osmi lety, já jsem tu byla před pěti lety, já jsem tady byla loni.“. A oni je tam teda vezmou znova, ale pro mě už je to takovej šok, že já si říkám „Pane Bože, to je prostě hrozný.“. Ale aspoň, že to zkusej. Ty poslední 4 se upily, ty už nežijou, ale to, že to zkusej je taky dobrý, ale je to pro mě prostě takový nepřijemný.

**T:** Já s lidma, se kterými jsem toto téma řešila, tak všichni byli opakovaně na léčbě. Vyjma vás. Jste trochu klenot tady v tom, protože je to podle mě hrozně málo častý, že by jednou někdo šel na léčení a už se potom nikdy nenapil, nebo byl abstinující tak dlouhou dobu. Samozřejmě, že ty lidi hrozně připouštěj to, že je to furt vedle nich.

**R:** Proto se tomu říká abstinující alkoholik, protože tím alkoholikem jste už do konce života. My musíme říkat na tom Dnu nezávislosti „Já jsem alkoholik.“, protože ano, říct „Já jsem abstinující alkoholik.“ jde, ale „Já jsem závislá na alkoholu“ je věta, kterou my musíme používat i na tom Kladně, protože my jsme pořád závislí, my si to jenom teď hlídáme. Takže když někdo řekne „Já už jsem se vyléčil.“, tak je to prostě věc, kterou nikdy nemůže použít. Máme to zakázaný na tom Kladně.

**T:** Já tomu rozumím. Tak teďka bych vás chtěla poprosit, jestli byste mi mohla popsat, jak to funguje po tom léčení. Jestli v závěru léčení vám někdo pomáhal s návratem do běžnýho života, jestli jste využívala nějakýho poradenství i v rámci té léčby, ale i už ke konci a co nastalo potom, co jste z léčby odešla? Jak to funguje na sezeních?

**R:** Když jsem udělala třetí fázi, tak vám vyplňujou nějaký papíry, vy vyplňujete milión různých dotazníků, aby zhodnotili vaší práci v té léčbě. A vždycky, než odejdete, tak musíte ohlásit terapeutovi a sociálním pracovníkům v těch Beřkovicích s kým jste se zkontaktovala ve městě, ke komu se vracíte.

Takže já jsem dostala kontakt od tý pracovnice na Kladno, tak jsem tam zavolala, oni řekli „Jo, můžete v pondělí přijít, když se v pátek vracíte” a tak dál. Takže já jsem to zase řekla v těch Beřkovicích. Pak jsem přišla, asi 4 dny po propuštění, na tu skupinu. Pamatuju si, že ten první zážitek byl strašnej, protože já jsem přišla, bylo tam asi 12 lidí, který tam chodili přede mnou, a já jsem si říkala „Ježišmarja, proč oni tady takhle mluvěj.” a nebylo to pro mě vůbec příjemný, ale řekla jsem si, že to příště zkusím znova. A potom už ty další schůzky, který byly, tak už to hrozně pomáhalo. A jak jsem se cítila, když jsem se vrátila domů. Tak prvních 14 dní bylo takovejch, že jsem se trochu bála, ale já jsem použila to, co nám řekli. Měla jsem takovej seznam, co smím a co ne. Takže jsem řekla manželovi „Podívej se, ty máš ve sklepě domácí víno, takže ho rychle vypij, nebo vylej.”, takže on vzal syna, jeli na zahradu, všechno vytáhli, a vylili do hnoje. Takže jsme měli suchej dům. V podstatě máme i dneska, protože paní doktorka řekla „Když manžel pije pivo, tak si asi umí spočítat, že jste je nevypila”. Takže mě už to neláká, takže že bych měla nějaký chutě za těch 12 let, mně se to ani jednou nestalo. Jsou z toho lidi v šoku. Já taky. Ale já jsem byla na takovým dně už, že jsem ten pocit asi vytěsnila a nemám pocit, že bych se potřebovala napít, nebo že bych na tom psychicky byla tak zle, že bych to řešila pitím, do teďka jsem to nezažila. Ale každopádně první měsíc to pro mě bylo těžký, protože jsem se vrátila do práce, tam jsem jim sdělila, co by po mě chtěli. Samozřejmě polovina školy nevěděla, že jsem byla v léčbě, to byly nejlepší kamarádi. Myslím si, že spousta to neví do dneška. Takže ten pocit byl, že jsem si musela tohle hlídat, ale jako spíš to, že jsem měla trému z toho, jestli to zvládnu a když jsem šla na tu 2.-3. schůzku, tak mi to začalo zapadat do sebe a říkala jsem si „Jo, ty tam chodíš dobře, protože oni ti poraděj, poučej, a pomůžou.” a začalo mě to nabíjet takovou energií. Ale ty první dva tejdny jsem si říkala, jestli to má vůbec smysl, abych já tam chodila. A se mnou tam nastoupili 3-4 další, ty to po měsíci zabalili a nevím, jestli pijou nebo ne. Ale prostě řekli „Mě to nebaví, já sem chodit nebudu.”. Mně to naopak pomohlo. Takže tohle mě motivovalo a pomohlo mi to. Mně manžel začal říkat „Můžeš mi říct proč tam furt chodíš?” Ale po těch 12 letech to pochopil, že mi pomáhá jít tam jednou měsíčně, že bez toho nemůžu být.

**T:** Já tomu rozumím. Vy jste si vytvořila rutinu, která vám pomáhá a jste si v ní jistá a kdyby se cokoliv stalo, tak víte, že tam najdete ten záchytný bod.

**R:** Ano. Prostě vím, že když tam o půlnoci zavolám, tak mi to někdo zvedne. A kdyby byl problém, tak by vždycky pomohli. A to mi taky hrozně pomáhá.

**T:** Tomu věřím. To je skvělý, že vás takhle odkázali a že jste se v tom našla.

**R:** A jsem ráda, že ty lidi, co tam se mnou choděj, některý těch 12 let, ani ne, 7 je tam nejvíc, ale to jsou lidi, který usoudili, že je to baví tam sedět. Já chápu, že ne každě se tam chce vykecat jednou za měsíc, a že to někomu vadí. Většinou to byli chlapi, asi 3-4. A teď jsem zjistila, že ten jeden má za manželku mojí bejvalou žákyni, která je v léčbě asi po sedmý, že se vrátili k sobě po tom, co se rozvedli a zase oba pijou první ligu. Takže prostě špatný. Takže tohle jí nepomohlo. Každě na to má jiněj úhel pohledu a oni, protože se museli každě měsíc vypovídat z toho, tak tam radši nechoděj a koupěj si flašku. Každě to dělá jinak.

**T:** To je člověk od člověka a je to hrozně křehký téma, kdy někdo prostě má tu vůli a opravdu pro to chce něco dělat a někdo prostě povolí, není to schopnej vydržet. Je to furt nemoc.

**R:** Jo, je to nemoc. Ale já bych slovo vůle u sebe nepoužila. Já mám pořád pocit, že to je odpor, že to není o vůli. Já prostě vím, že se nenapiju, protože ta představa, že bych se do toho vrátila, mi dává husí kůži a už bych to nikdy nechtěla zažít. Takže já to tam mám takhle zabudovaný, že to není o vůli, ale spíš o tom, že se mi zvedá žaludek jenom, když pomyslím na to, že bych se do toho měla vrátit.

**T:** Máte tu reflexi a zkušenost a umíte si to zvnitřnit.

**R:** A i díky tomu, že jsem byla na tom dně, že jsem se z toho dna fakt odrazila a díky tomu, že mi pomohli v těch Beřkovicích, kde mi pomohli strašně moc. Takže já si pořád říkám, že bez nich bych to nedala.

**T:** Tak a když se ještě vrátíme, vám třeba ten alkohol i chutnal?

**R:** Ze začátku mi chutnal. Pila jsem víno, vozili jsme si z Moravy, z vinnýho sklípku, to bylo takový to pití, že ho lidi maj rádi. No ale pak jsem zjistila, že když si domů koupím nějaký pití a jsem ve stresu ve škole, tak jsem si říkala, oni nebyli vygumovaný potom úplně, já nezačala pít, když byli malinký, já pila

tak 10 let, než jsem se začala léčit, ale nejdřív mi to chutnalo, pak jsem to musela mít v rezervě, a pak to skončilo tím, že jsem se v noci budila s tím, že jak já to udělám ráno, abych do tý školy nastoupila. Naštěstí naproti baráku byl vietnavec, takže já jsem to pak řešila tak, že jsem si tu flašku koupila ráno, cestou do školy. Tam jsem si trochu lokla, protože jsem nemohla pít moc, to by každé poznal, i když spousta to poznala jsem se potom dozvěděla. No a pak jsem šla ze školy a říkala jsem si „Co já budu dělat celý den a noc?“. To dávkování se strašně navyšovalo. No a potom jsem prostě řekla o jarní prázdniny „Já už to asi nedám.“, protože už mi to ani nepomáhalo. To znamená, já jsem se klepala, tak jsem si koupila flašku, napila se, a pak se na chvíli přestala klepat. Ale pak jsem se klepala z toho, jestli to manžel pozná nebo jestli mi ta flaška vystačí do večera. Pak už mi to bylo jedno, pak už jsem se klepala furt. Takže jsem usoudila, že to dál nejde, ale mně v tý hlavě něco spojilo, a to spousta lidí nedá. Řekne „No tak já se uchlastám.“. Já nevím, co byl ten spojovací moment, kdy jsem si řekla „Ty s tím musíš něco dělat.“, to si nevybavím. Tak maximálně, že jsem řekla „Já se nemůžu propít, až na úplný dno“.

**T:** Vy jste říkala, že to ze začátku bylo víno a potom jste pila i tvrdý alkohol?

**R:** Ano, pak jo. Pak už jsem pila jenom tvrdý, jenom vodku, protože byla nejmíň cítit. Akorát když jsem jezdila na to ozařování, tak jsem si kupovala placatice rumu, tu jsem do sebe kopl a dojela jsem domů. Ne autem, já jsem jezdila autobusem.

**T:** Ale víte jako, mně to přijde hrozně zajímavý tím, že jsem to zažila ve svém okolí a strašně moc lidí, který s tím tu zkušenost má a všichni to má jak přes kopírák. A to, jak se člověk k tomu alkoholu staví, že je to ve společnosti, začíná to tím pivem, vínem a potom se to zintenzivňuje a všichni zatím končili na vodce.

**R:** Ona hlavně není cejtit no. Ono v tý škole, my tam máme teďka Ukrajince učitele, kterej pomáhá těm Ukrajincům a už choděj děti a říkaly „Prosím vás, on je z něj cejtit alkohol“, nicméně on si přinesl potvrzení, že má cukrovku, a že je Aceton z něj cejtit. Ale stejně si myslíme, že to kombinuje i s pitím, nicméně jeho pan doktor mu vystavil potvrzení. Takže jsme těm vysvětlili, že ne. On je docela fajn, ale chodí často ven. On kouří a vždycky, když má volno, tak obchází školu. Takže si stejně myslím, že možná pije.

**T:** Ale víte, s tou cukrovkou je to takový, že, já se přikláním k vašemu názoru, protože většinou je z těch lidí cítit Aceton až ve chvíli, kdy má cukrovkářskej záchvat. To mu může potvrdit doktor, ale určitě nemůže vyloučit, že si přihne.

**R:** Já si to taky myslím, ale já to neřeším. Já si říkám, že ty děti na to upozornily. To znamená, že to muselo být cítit i na dálku. Nevím, jestli Aceton je cítit i takhle na dálku.

**T:** To asi ne. Ale to je spíš na vedení školy. Jednou mu třeba dá někdo dejchnout a ukáže se to.

**R:** No, já si myslím, že by mu měli dát dejchnout. Uvidíme, jak to dopadne, já vám to potom řeknu, ale teď se to už řeší 2-3 měsíce. A on už tady žije 20 let, to znamená, že umí česky i ukrajinsky, což nám hrozně pomáhá, ale to, že z něj je cejtit alkohol, a že to hlásej děti, který to vyprávěj doma, to nám zase moc velkou reklamu neudělá.

**T:** Já se ještě dívám, co za otázky jsme ještě neprobraly, ale já si myslím, že už to bude všechno.

**R:** Kdybyste si jako na cokoliv vzpomněla, tak není problém, klidně mi napište.

**T:** Jasný. Ale mě ještě zajímá poslední věc. Jestli, když se zamyslíte, je něco, na co jsem se ještě nezeptala a vy byste to, v souvislosti s tou léčbou, poléčebným systémem a sociální prací, chtěla uvést? Nebo i s pracovníkama? A úplně v závěru, jestli byste se mohla zamyslet nad tím, jestli víte o něčem, co by mohlo tu léčbu a poléčebnej systém zlepšit, a jestli byste dala nějaký doporučení? Ne jenom organizaci, ale i lidem, který jsou na tom stejně? Něco jako na závěr tý práce, co by mohlo bejt východiskem tý práce, co by mohlo pomoci, a co vy jste si z toho odnesla, že by mohlo bejt jinak?

**R:** To je docela těžká otázka. Každopádně si myslím, že je to o komunikaci s těma nejbližšíma lidma, ale tam jde o to, jaký jsou vztahy v tý rodině. Třeba u nás jsou dobrý, takže manžel, když se to dozvěděl, tak že mu to děti neřekly a on to nepoznal, že on si toho vůbec nevšiml. Já jsem potom musela napsat dopis. My jsme museli v Beřkovicích všichni v rámci terapie napsat dopis. Já musela napsat manželovi, oběma



dětem a mojí mámě a popsat jim, co mě vedlo k tomu, že jsem skončila v tom blázinci. Každýmu jsem to musela napsat zvlášť a oni by mi bývali měli odpovědět. Ta rodinná terapie tam je jako povinnost té poslední fáze. Musí se jí účastnit manžel, nebo i eventuálně ty z rodiny, kterých se to dotýká, tak můžou taky. Ale to je za mě fakt neskutečně přínosný a důležitý. To s náma dělala teda jak ta terapeutka, tak ta sociální pracovnice, která tam měla jakoby takovou poradnu prostě. Ta i, a to jsem zapomněla říct, pomáhala s tou komunikací s rodinou. Prostě víte, manžel to nevěděl, děti sice jo, ale už při tom příjmu prostě všem řekla jako co a jak se se mnou bude dít a jak co bude probíhat. To bylo super. A pak to navázání na další služby. A třeba teď to tam řešej, v těch Beřkovicích, že některý ty pacientky nejsou schopný, že nevěděj, co a jak to napsat v rámci té rodinné terapie. Já jsem věděla, co chci napsat, já jsem se samozřejmě omlouvala, ale napsala jsem jim i věci, který mi vadily na nich, a co možná bylo i tím spouštěčem mého pití. Pak jsme to řešili na terapii jak na Kladně, tak v Beřkovicích. Takže to byl docela dobrý nápad v těch Beřkovicích, že oni vás donutili, abyste se všem vypovídala, ale oni vám museli odpovědět. Takže to mi taky dalo hodně.

**T:** Klidně, kdybyste si to ještě chtěla promyslet, tak můžete.

**R:** Určitě bych ráda promyslela.

**T:** Jasný, určitě, určitě. Východiskem mojí práce by mělo bejt, jakej význam má sociální práce v léčebném systému.

**R:** To se potvrzuje, že je nepostradatelná. Určitě je obrovská, i když možná skrytej.

**T:** To je proto abych mohla dát nějaký východisko z toho, co by těm lidem mohlo dál pomoci. Nebo i té konkrétní organizaci. Když by si to někdo přečet, tak by mohl říct „Jo, tohleto by mohlo bejt jinak, tohle jsme/nejsme schopni změnit, tohle můžeme začlenit.“ Určitě ta zpětná vazba je na místě.

**R:** To je pravda. Tak já si to promyslím.

**T:** Určitě.

**R:** Víte, co bych já asi teď změnila? Možná víc bych zatlačila na pocit, že jen já to můžu změnit já se musím zlepšit, já jsem ten, o koho se opírám. Nepomůže mi NIKDO. Ani terapeut, psychiatr, ani sebelepší sociální pracovník neudělá to co já. Můžou mi být v mých nejhorších časech oporou, ale já musím posílit své vědomí toho, že si zodpovídám za kvalitu svého života. A jsem jediná, kdo ho může změnit. Ano. Rodina, přátelé, ty jsou důležitý, ale nikdy není jisté, jestli opravdu chtějí pomoci, nebo se bojí o sebe... Když ale poslouchám terapeuty i ty pracovnice, tak vím, že dělají maximum. Mají velkou kontrolu ze všech stran, ale co já teď cítím nejvíc, je, že to opravdu prožívají s nimi a mrzí je, když někdo po 4 měsících prostě "padne". Přidala bych možná víc povídání zaměřené na hledání vlastních chyb u pacientek. Ony vědí, co dělají špatně, ale nemají pocit, že na to mají... Ty, co v sebe věří, tak tam je šance. Teď jsem měla pocit, že se dělí na dvě části. Jedny se baví tím, že se to nedaří jen jim, ale, že bouchne i jiný člověk. Druhé pracují na sobě a pomáhá jim, že samy se drží. Velkou roli hraje i IQ. Kde nic není tam to jde těžko a naopak... Kde je toho moc, hledá se výmluva. Ale za mě by v tomhle rozhodně mohla zapracovat i ta činnost sociálních pracovníků a oni by se měli naučit řešit prostě svoje problémy. Jasný s tou psychikou pomůže třeba ta terapie, ale takový ty sociální potíže, ty dluhy, exekuce, rozvody, problémy s péčí o děti a tak, co je něco, kde by se na tom dalo zapracovat.

**T:** To je super připomínka. Mockrát Vám děkuji.

**R:** Určitě. Moc hezky se mi s Váma povídalo.

**T:** Mně taky. Opravdu moc děkuji.

**R:** Tak to jo. Tak se mějte moc hezky a na shledanou.

**T:** Mockrát děkuju, na shledanou.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Sára Josefina Vobořilová

**Studijní program:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Význam sociální práce při léčbě alkoholové závislosti pohledem abstinující osoby (případová práce)

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2023

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

163699

**Přímé citace:** 1 (461 znaků)

**Ostatní text:** 163 238

**Celkový počet znaků:** 239 695

**Počet pramenů a literatury:** 69

**Názvy souborů:**

**Text práce ve formátu PDF:** Diplomová práce – Sára Josefina Vobořilová.pdf

**Další soubory:** /

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Sára Josefina Vobořilová

Obor studia: Sociální práce

Název práce: Význam sociální práce při léčbě alkoholové závislosti pohledem abstinující osoby (případová práce)

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 79

Počet stránek příloh: 19

Počet titulů v seznamu literatury: 69

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

**Formální zpracování**

Soutěž<sup>1</sup> ano?

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**

Soutěž<sup>1</sup> ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Soutěž<sup>1</sup> ano?

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

<del>X</del>	X			
--------------	---	--	--	--

*opraveno*

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

<sup>1</sup> Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

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:

V čem je specifická léčebna Horní Beřkovice?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Zpracovat kvalitně N=1 výzkum je relativně obtížné, přesto se domnívám, že se to autorce podařilo. Původní záměr designu byl pracovat se třemi informantkami, ale získaný rozhovor od první z nich byl natolik vyčerpávající, že jsme se rozhodli pracovat s ním jako s izolovaným případem. Na škodu může být, že nejsou data triangulována s dalšími osobami, nebo jinou technikou, přesto však považuji jako celek práci za velmi zdařilou.

**Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci\***

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 23.4.2023



\* nehodící se škrtněte nebo vymažte



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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Sára Josefina Vobořilová  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Význam sociální práce při léčbě alkoholové závislosti pohledem abstinující osoby (případová práce)  
 Oponent\* práce: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 71

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

**Formální zpracování**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

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**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

**Obsahová kritéria a přínos práce**

*Soutěž<sup>1</sup> ano?*

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

<sup>1</sup> Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlíte pojmy resocializace, sociální rehabilitace a intervence u klientů/pacientů závislých na alkoholu.
- 2) Popište zdravotní obtíže spojené s dlouhodobým užíváním alkoholu.
- 3) Jakým způsobem obohatili léčbu alkoholových závislostí v Československu/ České republice MUDr. Jaroslav Skála a sociální pracovnice Arnoštka Maťová?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Tématem diplomové práce je alkoholismus a jeho komplexní léčba. Autorka klade důraz na možnosti profesionální podpory potřebným ze strany sociálních pracovníků. V teoretické části se nejprve zabývá klíčovými pojmy, dále popisuje závislostní problematiku a její praktické dopady na jednotlivce, rodinu i společnost. Poté se věnuje léčebnému a poléčebnému procesu (následné péči), stejně tak i prevenci. V závěru teoretické části představuje metody a formy sociální práce s klienty závislými na alkoholu. V praktické části předkládá kvalitativní výzkum – případovou studii zpracovanou metodou IPA. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak dlouhodobě abstinující osoba prožívala intervenci sociálních pracovníků v rámci léčby i následné péče.

Zvolené téma DP je studenty i odbornou veřejností poměrně často zpracováváno. Obsahově koresponduje se studovaným oborem. Autorka prokázala schopnost propojit teoretické koncepty s výzkumnou praxí. Text je psán kultivovanou formou, nemám připomínky k obsahové, gramatické ani formální stránce. Citační norma byla dodržena, autorka využila dostatečné množství našich i zahraničních zdrojů, výzkumný design splňuje nároky kladené na DP.

**Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci\* Ne**

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 21.5. 2023 Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

\* nehodící se škrtněte nebo vymažte

