Hlavní determinanty úspěšné resocializace žen alkoholiček

Bc. Lucie Dudová

Diplomová práce
2012

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Lucie DUDOVÁ**
Osobní číslo:	**H10398**
Studijní program:	**N 7501 Pedagogika**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Hlavní determinanty úspěšné resocializace žen alkoholiček**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů.
Zpracování teoretických východisek a klíčových pojmů.
Příprava výzkumu.
Výběr a charakteristika výzkumného vzorku.
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu.
Souvislost s oborem sociální pedagogika.
Doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
KATHLEEN, S. 12 kroků metoda odvykání závislosti. Praha: Pragma, 2006. ISBN 80-7349-011-0.
NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071788317.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Helena Řeháčková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií
L.S.
①

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13.4.2012 ..... Lucie Dudová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Touto diplomovou prací navazuji na svou práci bakalářskou, kde byl stěžejním tématem alkoholismus žen, jeho motivace a souvislosti. V této práci se zaměřuji na alkoholismus žen, avšak z pohledu úspěšné resocializace.

V teoretické části se zabývám procesem úspěšné resocializace žen závislých na alkoholu. Popisuji tedy definici alkoholové závislosti, její příčiny, teorie a prevenci. Dále se v této práci zaměřuji na formy léčby, léčebná a doléčovací zařízení. V neposlední řadě se také zabývám nejen samotnou resocializací, změnou sociálního prostředí a nového životního stylu, ale rovněž prevencí recidivy.

V praktické části je výzkum veden ke zjištění toho, jakým způsobem se ženy alkoholičky opět začleňují do společnosti a průběhem samotné resocializace.

Klíčová slova: Abstinence, alkohol, alkoholismus, komunita, léčba, léčebna, prevence, psychoterapie, recidiva, relaps, resocializace, stres, závislost, žena, životní styl

ABSTRACT

This diploma continues in my bachelor work which was focused on the women´s alcoholism where I was concentrating on the motivations and connections. This work is focused on women´s alcoholism but in terms of successful rehabilitation.

In the theoretical part I am focused on process of successful rehabilitation of women addicted to alcohol. Therefore describe definition of alcohol dependence, its causes and prevention. Furthermore in this work I am concentrating on forms of treatment, treatment and aftercare facilities. Finally I deal with not only actual rehabilitation, changing social environment and new lifestyle, but also prevent relapse.

There is a research in practical part which is gain to find out how the alcoholic women reintegrated back into society and rehabilitation of the course itself.

Keywords: Abstinence, alcohol, alcoholism, community, treatment, medical institution, prevention, psychotherapy, relapse, relapse, rehabilitation, stress, addiction, woman, lifestyle

Mé poděkování patří Mgr. Heleně Řeháčkové za vedení této diplomové práce a za odborné konzultace, kdy mi poskytla cenné rady a náměty. Rovněž mé poděkování patří vedoucímu doléčovacího centra v P-centru v Olomouci Mgr. Wittmannovi, který mi umožnil kontakt s klienty P-centra a rovněž děkuji respondentkám z výzkumného souboru, díky kterým jsem mohla realizovat svou empirickou část.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **11**
I. TEORETICKÁ ČÁST **13**
1 ZÁVISLOST **14**
1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI 14
1.2 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI 14
1.2.1 Teorie závislosti 15
1.3 NEUROBIOLOGIE ZÁVISLOSTI 16
1.3.1 Systém odměny a její přirozená funkce 16
1.4 PREVENCE ZÁVISLOSTI 17
1.4.1 Primární prevence 17
1.4.2 Sekundární prevence 17
1.4.3 Terciární prevence 18
2 LÉČBA A NÁSLEDNÉ DOLÉČOVÁNÍ **19**
2.1 INTOXIKACE, ODVYKACÍ STAV, FARMAKOTERAPIE 19
2.1.1 Alkoholová intoxikace 19
2.1.2 Alkoholový odvykací stav 19
2.1.3 Farmakoterapie 20
2.2 PSYCHOTERAPIE 21
2.2.1 Psychoterapeutické směry a techniky 22
2.2.1.1 Psychodynamické terapie 22
2.2.1.2 Behaviorální terapie 24
2.2.1.3 Kognitivně - behaviorální terapie 24
2.2.1.4 Humanistické terapie 25
2.2.2 Individuální psychoterapie 25
2.2.3 Skupinová psychoterapie 26
2.2.3.1 Anonymní alkoholici 28
2.2.4 Rodinná terapie 29
2.2.5 Terapeutická komunita 30
2.3 LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ 32
2.3.1 Ambulantní léčba, AT poradny, denní stacionáře, svépomocné skupiny 32
2.3.2 Ústavní (ochranná) léčba 33
2.3.3 Terapeutická komunita 34
2.3.4 Následná péče a doléčovací program 34
2.4 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V KROMĚŘÍŽI 36
2.5 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA BÍLÁ VODA U JESENÍKU 38
2.6 DOLÉČOVACÍ P-CENTRUM OLOMOUC 39
3 RESOCIALIZACE **42**
3.1 ŽENY JAKO SPECIFICKÁ SKUPINA 43
3.2 RELAPS 44
3.2.1 Příčiny relapsu 45
3.2.2 Relaps v době doléčování 45
3.2.3 Prevence recidivy a relapsu 46

3.3 SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ 47
3.3.1 Abstinence a životní styl 47
3.3.2 Přátelství 48
3.3.3 Rodina 48
3.3.4 Práce 49
3.3.5 Volný čas 49
3.3.6 Zvládnutí stresu 50
3.3.7 Motivace 52
II PRAKTICKÁ ČÁST 54
4 HLAVNÍ DETERMINANTY ÚSPĚŠNÉ RESOCIALIZACE ŽEN ALKOHOLIČEK 55
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY 55
4.2 DRUH VÝZKUMU 55
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK 56
4.4 ZÍSKÁNÍ DAT 57
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT 58
5 ANALÝZA DAT – KAZUISTIKY 59
5.1.1 Respondentka 1 (Karla) 59
5.1.2 Respondentka 2 (Eva) 60
5.1.3 Respondentka 3 (Draha) 60
5.1.4 Respondentka 4 (Věra) 61
5.2 INTERPRETACE DAT Z ANAMNÉZ 62
5.3 SHRNUTÍ 65
6 ANALÝZA DAT – KÓDOVÁNÍ 67
6.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ 68
6.1.1 Rozhodnutí 68
6.1.2 Příchod a přijetí 69
6.1.3 Atmosféra (prostředí) 70
6.1.4 Vzájemné interakce 71
6.1.5 Zaměstnanci DC 72
6.1.6 Režim dne 74
6.1.7 Reakce na alkohol 75
6.1.8 Postoj k sobě sama 77
6.1.9 Sociální zázemí 79
6.1.10 Hmotné zázemí 81
6.1.11 Volný čas 82
6.1.12 Záblesky z minula 83
6.1.13 Léčebna 84
6.1.14 Strategie a plány 85
6.2 INTERPRETACE DAT Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ 87
6.3 SHRNUTÍ 91
7 ZÁVĚREČNÉ VYHODNOCENÍ DAT (DISKUZE) 93

7.1 KARLA 93
7.2 EVA 94
7.3 DRAHA 95
7.4 VĚRA 96
ZÁVĚR 98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 100
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 106
SEZNAM PŘÍLOH 107

ÚVOD

Alkohol patří mezi nejvíce společensky tolerované a propagované návykové látky. Je všeobecně známo, že již po staletí je alkohol součástí oslav a společenských událostí, kdy má být prostředkem zábavy a je tedy snadno dostupný.

V současné době je alkohol společností nadužíván a není proto divu, že mimo radost a potěšení, přináší s sebou alkohol i zdravotní a životní komplikace, které se transformují až do nejrůznějších stadií závislosti. Situace je o to více znepokojivá, jelikož stále přibývá žen závislých na alkoholu. Podle Csémyho, který na konferenci o alkoholičkách uvedl svou studii, je v České republice kolem 200 000 žen závislých na alkoholu (idnes.cz, 2010).

Toto číslo je skutečně alarmující tím spíše, pokud jde o ženy, které tím přestávají plnit své společenské funkce, a proto bývají často společností odsuzovány a zavrhovány. Obecnou pravdou je, že ženy alkoholičky vytvářejí společenské stigma a v očích veřejnosti je alkoholismus žen horší než alkoholismus mužů. I to je důvod, proč mnoho žen alkoholiček svou závislost tají nebo si ji ani nepřipouštějí. Proto i počet 200 000 žen nemusí zcela odpovídat realitě. Jak uvádí Pecinovská, z těchto důvodů je mnohem složitější přimět ženu k léčbě. Podle Popova chybí v České republice dostatek ambulantních léčeben, které by mohly ženy navštěvovat. Přimět je k léčbě trvá déle a tím se prodlužuje i doba následného doléčování (týden.cz, 2011). Jen zlomek z celkového počtu žen závislých na alkoholu se odhodlá podstoupit léčbu, o to méně žen se rozhodne pokračovat v doléčování.

Jelikož mým tématem bakalářské práce byly motivace a souvislosti ženského alkoholismu, rozhodla jsem se v tématu pokračovat. Proto jsem se nyní zaměřila na průběh resocializace žen alkoholiček, které po ukončení ústavní léčby nastoupily do doléčovacího programu. Pravdou je, že mě tato oblast poměrně zajímá. Domnívám se, že alkoholismus žen, byť se postupně dostává do povědomí veřejnosti a začíná se o něm hovořit více, je stále vážným společenským problémem. Mnoho se toho napsalo o závažnosti ženské alkoholové závislosti, ale méně se pojednává o možnostech pomoci. Mnohdy ani samotná ústavní léčba nestačí a pravá pomoc nastává v rámci následné péče, v jejímž průběhu se mohou ženy postupně začít zpět začleňovat do běžného života.

Cílem této diplomové práce je poskytnout informace o možnosti a průběhu doléčování a především najít hlavní činitele, kteří stojí za úspěšnou resocializací žen alkoholiček. Hlavním cílem je tedy deskripce průběhu resocializace od doby ukončení ústavní léčby z pohledu samotných žen. Zajímá mě, co vede ženy k rozhodnutí pro doléčování a jak

podle respondentek probíhá proces resocializace. Také se chci zaměřit na to, zda ženy vnímají rozdíl mezi ústavní léčebnou a doléčovacím centrem a také mě zajímá, jaké mají ženy strategie a plány týkající se jejich dalšího života.

V teoretické části se zaměřuji na stručný přehled příčin a prevence alkoholové závislosti, dále je pozornost věnována formám léčby a přístupům v doléčování. Také se více zabývám zařízeními, kterými v rámci léčby a doléčování prošly respondentky, které tvoří výzkumný soubor praktické části. V poslední kapitole teoretické části se pojednává o samotné resocializaci a důležitých oblastech, které napomáhají žít „nový“ život bez alkoholu.

Výzkum, o kterém referuji v praktické části práce a který proběhl v doléčovacím centru v Olomouci, si klade za cíl najít hlavní determinanty úspěšné resocializace žen alkoholiček, dále se zabývá porovnáním oblasti sociálního a hmotného zázemí na počátku a ke konci doléčovacího programu. Získané a zpracované informace jsou následně ověřeny a konfrontovány pomocí testu nedokončených vět.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

Závislost na alkoholu je kombinací nemoci a nedisciplinovanosti, která výrazně mění, komplikuje a také může zkracovat život. Závislost na alkoholu představuje jednu z tzv. *„zaviněných nemocí"*. Pokud mluvíme o závislosti jako o nemoci, je třeba si uvědomit, že závislost se nedá vyléčit. Člověk závislý na alkoholu se může pouze uzdravit, k čemuž mu pomáhá nejen cíl, ale především trvalá abstinence, léčba, nový a zdravý životní styl, ale i změna osobních hodnot (Skála, 1987).

1.1 Definice závislosti

Závislost je tedy *„stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost"* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 699). Já osobně se více přikláním k definici MKN podle 10. revize, která říká, že *„syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil"* (Nešpor, 2011, s. 9 - 10).

1.2 Příčiny závislosti

Primární příčinou závislosti je dlouhodobé a časté užívání konkrétní látky, v našem případě tedy alkoholu. Nejčastěji k němu dochází v sociálním prostředí, kde je alkohol dostupný a společensky tolerovaný. Mezi konkrétní příčiny můžeme řadit silné deprivace v dětství, sounáležitost s rizikovou sociální skupinou, ale také nepatrnou psychickou predispozici (Skála, 1987). Edwards (2004) doplňuje, že mezi rizikové předpoklady příčin závislosti můžeme řadit rovněž vztah původní rodiny a blízkých osob k alkoholu, zaměstnání a způsob trávení volného času. Hosek (1998) navíc uvádí, že ovlivňujícím faktorem je mimo jiné i sociální prostředí, ve kterém člověk žije (myšleno ve smyslu anonymity a příležitostí ke konzumaci alkoholu, tedy rozdíl města a vesnice), ale i finanční situace.

Pokud se však budeme dívat podrobněji na příčiny vzniku závislosti, je nutné si uvědomit, že je důležité zabývat se životními dilematy a jejich podstatou. Tato životní dilemata se nacházejí v určitých protikladech (například: radost X smutek, láska X nenávist), ve kterých se člověk běžně vyskytuje a do kterých vstupuje. Často jsou však zdrojem vyvolání neklidu, napětí, ale i tužeb a hledání. V nich potom můžeme nalézt významnější lidské potřeby i motivace (Kudrle, 2008, s. 18).

Kudrle (2008, s. 18) je dělí do tří základních okruhů:

1) potřeba vyhnutí se bolesti a nalezení úlevy či zklidnění od psychické i fyzické bolesti
2) potřeba energického uspokojení a dosáhnutí radosti
3) transcendentní potřeba

1.2.1 Teorie závislosti

O vzniku závislosti můžeme vytvářet mnoho hypotéz, již několik autorů se pokusilo navrhnout a vysvětlit mnoho teorií o vzniku závislosti, ale zatím není žádná dostatečně univerzální, aby mohla být použita se 100% platností (Skála, 1987).

- ***Psychologická teorie*** vznikla na základě myšlenky o klasickém podmiňování, kdy užívání alkoholu přináší pozitivní účinky na mysl člověka, a tudíž představuje odměnu. Tímto tedy dochází ke zpevňování, zejména z důvodu zmírňování úzkostí. Bandura uvádí, že účinky alkoholu jsou tlumivé a proto jsou k jeho konzumaci náchylnější jedinci, kteří jsou vystaveni většímu působení stresu. Dlouhodobé užívání alkoholu je tedy zpevňováno tím, že pokud dojde k přerušení dávek alkoholu, nastanou takové fyziologické reakce, které mohou být odstraněny pouze větším množstvím alkoholu (Skála, 1987).
- ***Sociálně psychologická teorie*** vychází především z vlivu rodinného prostředí na jedince v jeho dětství, ale také poukazuje na vliv sociálních vrstevnických skupin. Autoři Cloninger a Bohman uvádějí, že alkoholově závislí jedinci měli dominantní matku a problematické rodinné zázemí. Podle Madlafouska souvisí nadměrné užívání alkoholu i s vlivem vrstevnických kamarádských skupin, které ovlivňují jedince zejména v době jeho pubescence, ale i později (Skála, 1987).
- Hlavní myšlenkou ***sociologické teorie*** je podle Bacona fakt, že alkohol může zmírňovat napětí, podezíravost i nejistotu, zároveň však vede k usnadnění seznamování. Bales vymezuje tři základní formy, společností tolerované, konzumace alkoholu: požívání alkoholu jako součást **náboženského** rituálu; požívání alkoholu jako projev solidarity a **sounáležitosti s pijícími osobami**; požívání alkoholu **vedoucí k intoxikaci** (Skála, 1987).
- Významným faktem ***kulturně antropologické teorie*** je skutečnost, která se vyznačuje rozmanitostí konzumace alkoholu v různých kulturách, přičemž jsou alkoholu připisovány rozdílné významy a hodnoty ve spojení s kulturními tradicemi (Skála, 1987).

- Hlavním ukazatelem ***biologické teorie*** je skutečnost, že odchylky v alkoholickém metabolismu jsou získané nebo vrozené. Hypotéza o endogenním etanolu uvádí, že nepijáci disponují vyšší hladinou etanolu v porovnání s abuzéry. Ti potom požívají alkohol právě z důvodu doplnění zmiňované hladiny endogenního etanolu (Skála, 1987).

1.3 Neurobiologie závislosti

Dvořáček (2008) uvádí, že samotné studium podstaty závislosti se v průběhu svého vývoje různě měnilo a bralo v potaz nejrůznější modely například sociální, morální i medicínské. Až došlo do dnešní podoby komplexního **modelu bio-psycho-sociálního.** Tento model je poměrně nový, rychle a dynamicky se rozvíjející. Základ tohoto modelu tvoří hypotéza o systému odměny. Objektem zkoumání i zájmu je v tomto modelu to, jak působením nějaké návykové látky na mozek dochází ke změnám behaviorálním, které vedou k závislosti. Mezi základní behaviorální projevy patří následující: ***1) užívání návykové látky je nutkavé,*** opakované; ***2) závislá osoba upřednostňuje návykovou látku*** před jinými zdroji odměny; ***3) podněty***, které jsou spojené s užíváním návykové látky, ***výrazně kontrolují chování***; ***4) permanentní přítomnost tendence k relapsu*** i po několika letech abstinence (Dvořáček, 2008, s. 25 - 26).

1.3.1 Systém odměny a její přirozená funkce

Systém odměny je poměrně vývojově starý, ale stabilní. Spočívá ve vnitřních autoregulujících mechanismech, které vedou od pradávna k přežití a většinou bývají spojovány s pocitem vyvolávajícím odměnu. Tento systém vede k získání přirozené odměny a cílem je tedy chovat se tak, aby se další budoucí odměna zvyšovala. Primární anatomická struktura tohoto systému vede ke zvyšování dopaminu po dosažení odměny - ***neuro-biologický model.*** Když se však zaměříme na systém odměny a paměti, zjistíme, že má značný biologický význam. Mozek totiž funguje jako autoregulující mechanismus při zapamatování si zisku odměny a jejím kontextu. Stresové systémy jsou významné při vyhýbání se negativním situacím a jsou velmi úzce spojeny právě s paměťovým centrem. Jejich cílem v systému odměn není jen dosažení pozitivního účinku, ale i vyhnutí se potencionálně negativním vlivům. V tomto případě tedy můžeme hovořit o návykové látce (alkoholu), která zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny a tím se stává i příčinou závislosti. V dalším stadiu není užívaná návyková látka už jen předmětem pozitivního posilování, ale také předmětem

negativního posilování. A to především ve snaze vyhnout se odvykacímu stavu, který vyvolává abstinenční příznaky. Ty jsou velmi nepříjemné, a proto není návyková látka užívána jako odměna, ale jako prostředek potlačující tento nepříjemný stav (Dvořáček, 2008, s. 26 - 30).

1.4 Prevence závislosti

Prevencí rozumíme *„předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj.“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 450). Prevenci tedy můžeme chápat jako předcházení nemocem, aby vůbec nevznikly. Ovšem pokud se nemoc v jakékoliv formě objeví, potom prevence slouží jako zabraňování v dalším rozvoji a tudíž i zhoršování stavu (Baštecká, 2003).

Kudrle (2008, s. 18 - 22) dělí prevenci do tří oblastí následovně:

1.4.1 Primární prevence

Základním cílem primární prevence je zamezení prvního kontaktu, v našem případě s alkoholem, na co nejdelší dobu. Ale také vyhnutí se jeho užívání v rizikové populaci. Úkolem primární prevence je působení na celou společnost při současném zaměření se na cílové skupiny. Má různé předpoklady: ***Předpoklad biologický*** zahrnuje zejména zdravý životní styl - péči o fyzické zdraví, vyváženou stravu, dostatek pohybu a včasnou léčbu nejrůznějších potíží. ***Psychologický předpoklad*** je mezníkem stojícím na počátku vzniku závislosti, jehož hlavními příčinami mohou být nuda, neadekvátní trávení volného času, nízké sebehodnocení. Jeho podstatou je tedy dovednost plánování volného času, asertivita, otevřená komunikace a sdílení hodnot. ***Sociální předpoklad*** zde tvoří četné vzniky závislostí zejména v důsledku jakéhokoliv sociálního vyloučení. Prevencí je potom empatie, rozvoj pro-sociálního chování, přiměřená péče o sociálně potřebné a minority. ***Spirituální předpoklad*** je tvořen především hodnotovým systémem a duchovnem. Ke vzniku závislosti tedy může vést postrádání smyslu života, nevhodné zaměření na materiálno, neschopnost vlastnímu naslouchání. Autor dodává, že podobný ráz má i předpoklad resocializace, protože úzdrava je nemožná bez komplexní změny člověka.

1.4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na předcházení vzniku, rozvoje i přetrvávání závislosti. Synonymem jí je termín *„včasná intervence“*. Léčba se primárně zaměřuje na abstinenci, je zde nutný i přístup rodiny. Tento druh prevence využívá například resocializaci, ale i

právní poradenství. Samotná léčba je koncipována v duchu terapeutických přístupů a formou skupinové psychoterapie. Mezi ***biologické předpoklady*** řadíme léčbu ovlivnitelných nemocí, které buď otevřely cestu k závislosti, nebo závislost udržují. Může to být například oslabený imunitní systém, špatná životospráva nebo virové onemocnění. V ***psychologických předpokladech*** se zajímáme o komplexní biografii konkrétní osoby. Patří sem anamnéza vzniku závislosti a vytvoření psychologických problémů, psychodiagnostika. Cílem je vytvořit v člověku odpovědnost za své vlastní chování. Využívají se psychoterapeutické techniky v systému skupinové psychoterapie nebo terapeutické komunity. V ***sociálních předpokladech*** je významnou součástí resocializace. V této oblasti se zkoumá důvod vzniku závislosti.

1.4.3 Terciární prevence

Jedná se o předcházení trvalých a vážných sociálně-zdravotních následků závislosti. V našem případě je terciární prevencí resocializace těch osob, které řádně absolvovali léčbu, která vede k abstinenci. Využívají se především přístupy sociální práce, které napomáhají k hledání bydlení, zaměstnání, také pomoc v komunikaci s pojišťovnami i úřady. Psychologickou pomocí v terciární prevenci jsou komplexní doléčovací aktivity a služby, poradenství rodinné, skupinové ale také individuální a v neposlední řadě prevence relapsu. Terciární prevence je tedy vyjádřením soběstačnosti a nezávislosti, avšak ne ve smyslu naprosté izolace (Kudrle, 2008, s. 22 - 23; Baštecká, 2003).

Cílem terciární prevence je, aby se člověk opět začlenil do běžného života, našel si adekvátní zaměstnání, bydlení a osvojil si sociální dovednosti. Rovněž je hlavním cílem zabránění vzniku recidivy.

2 LÉČBA A NÁSLEDNÉ DOLÉČOVÁNÍ

Podstatnou a nedílnou součástí úspěšné resocializace je i léčba alkoholismu a následné doléčování. V této kapitole jsou rozpracovány kroky a formy léčby. V další části této kapitoly je pozornost soustředěna na tři léčebná a doléčovací zařízení, kterými ženy z výzkumného souboru prošly. Přičemž v jednom z nich probíhal výzkum popsaný v praktické části práce.

2.1 Intoxikace, odvykací stav, farmakoterapie

Samotné léčbě předchází alkoholová intoxikace, poté vždy následují odvykací stav a farmakoterapie. Tyto pojmy souvisí především se samotnou závislostí a primární léčbou. Poté mohou být učiněny kroky vedoucí k resocializaci.

2.1.1 Alkoholová intoxikace

Podle Dvořáčka (2008, s. 131 – 134) je intoxikací rozuměn přechodný stav, ke kterému dochází po užití návykové látky a vyznačuje se nápadnými změnami v lidském organismu. Mohou to být výrazné změny chování, psychické změny, ale také například změny dýchacího a kardiovaskulárního systému. Ve vážných akutních případech mohou vést až ke smrti. Nejhojnější intoxikací v souboru návykových látek je intoxikace alkoholová, tedy stav opilosti. Ve stavu opilosti dochází ke kombinaci narušeného chování se znaky neurologickými. Tento stav se však mění v závislosti na množství požitého alkoholu, ale také na stupni alkoholové tolerance. Tento vývoj můžeme charakterizovat následujícími orientačními stadii: ***Euforické stadium***, ve kterém je míra požitého alkoholu stanovena do 1 promile, se vyznačuje například pocitem radosti, vyšším sebevědomím, výmluvností. ***Hypnotické stadium***, které dopovídá množství alkoholu do 2 promile, je typické vysokou podrážděností, špatnou koordinací pohybového aparátu, delší reakční dobou. ***Narkotické stadium*** se uvádí do 3 promile a jsou přítomny dechové poruchy, zvýšená tepová frekvence, dezorientace, velmi špatná koordinace. ***Asfyktické stadium*** je charakteristické pro takové stavy opilosti, kde je promile alkoholu do 5, ale i více. Typickými projevy jsou namodralé zbarvení kůže, hluboký stav bezvědomí a většinou ve vážných případech končí smrtí.

2.1.2 Alkoholový odvykací stav

Tento stav je běžným projevem abstinenčních příznaků, ovšem u každého jedince (stejně jako míra tolerance) se projevuje jinak.

Jeřábek (2008, s. 67 - 69) uvádí, že odvykací stav obecně je soubor negativních příznaků po vynechání nebo snížení dávky návykové látky. Příznaky jsou různorodé, ale běžně se vyskytují zvracení, průjmy, žaludeční nevolnosti, zvýšená tepová frekvence, vysoký krevní tlak, celkový neklid.

Mezi základní symptomy alkoholového odvykacího stavu (podle Mezinárodní klasifikace nemocí) patří třesy celého těla, očních víček i jazyka. Dále pocení a pocit nevolnosti až zvracení, zrychlená srdeční frekvence nebo také vysoký krevní tlak. Kromě toho se připojuje neklidná motorika pohybového ústrojí, silná bolest hlavy, nevolnost a celková slabost. Vyskytují se však rovněž zrakové a sluchové halucinace nebo hmatové iluze. Jsou typické i křeče připomínající velký epileptický záchvat. Alkoholový odvykací stav může být tedy velmi vážný, někdy může ohrožovat i život. Zpravidla se vyskytuje již několik hodin po ukončení přísunu alkoholu, kulminuje druhý den abstinence a zcela odeznívá většinou do 5 dnů. Pokud se ovšem u osob závislých na alkoholu vyskytuje navíc celková vyčerpanost organizmu a předchozí nedostatečná výživa, bývá projev i samotný průběh alkoholového odvykacího stavu horší. Bohužel to tak zpravidla bývá. Avšak majoritní podíl osob závislých na alkoholu mívá většinou mírné nebo středně těžké projevy. Nejzávažnější stav nastává v okamžiku, kdy se dostaví delirium (Dvořáček, 2008, s. 134). Delirium je *„kvalitativní porucha vědomí; blouznění, neklid, spojena zpravidla s iluzemi a halucinacemi“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 100). V tomto případě se projevy dezorientace, hyperaktivity, horečky, zrychleného tepu a dechu střídají se stavy klidu a utlumení. Delirium přichází kolem třetího abstinenčního dne a tyto osoby mohou být nebezpečné sobě, ale i svému okolí (Dvořáček, 2008, s. 134).

2.1.3 Farmakoterapie

Farmakoterapie nebývá často užívána při léčbě závislostí a někdy je mylně považována pouze jako doplněk psychoterapie. Popov (2008, s. 145 - 147) uvádí, že vysvětlením toho, proč není farmakoterapie tak hojná, je fakt, že neexistuje dostatečné množství prokazatelně účinných léčiv při léčbě závislosti. Proto bývá více využívána psychoterapie. Dalším důvodem může být obezřetnost při užívání léků kvůli jejich možné návykovosti. Autor ale tvrdí, že tyto myšlenky mají být pouze prvky logické úvahy o ideálním léčebném způsobu. Nicméně farmakoterapii do jisté míry zastává, protože podle něj je nesmyslné vyžadovat po závislých osobách abstinenci bez použití léčiv. Nejvhodnější je ale kombinace obojího - tedy léků (farmakoterapie) a psychoterapie. Farmakoterapie se používá například při **alko-**

holové intoxikaci, kdy ke zklidnění nepomůže prostá fyzická síla. Většinou se podávají psychofarmaka v podobě injekcí, která mají tlumící a zklidňující účinky. V případě **akutní intoxikace alkoholem** je nutné tuto osobu převézt do nemocnice, kde je zajištěno trvalé pozorování základních životních funkcí a infuzí se podává glukózový fyziologický roztok. Pokud je však alkohol nadužíván po dobu několika let a nějakým způsobem poškozuje zdraví, je farmakoterapie téměř vyloučena z důvodu vzniku možných duálních komplikací. Ale například léčebné preparáty se používají při **prevenci relapsu**, kdy je prokázáno, že pomocí léčiv lze snížit nebo utlumit touhu po alkoholu, tzv. bažení. Další formou farmakoterapie je tzv. **senzitizace,** která vede ke zvýšení citlivosti vůči alkoholu. Nejznámějším a také nejčastěji užívaným preparátem z této oblasti je antabus.

Pokud dojde ke smíšení antabusu a alkoholu, objevují se typické a nepříjemné reakce, jako je například zrudnutí v obličeji, nevolnost, vysoká srdeční frekvence, bolesti v oblasti hrudníku, zvracení, někdy stavy bezvědomí. V ideálním případě se antabus užívá po dobu jednoho roku od počátku abstinence. Zpravidla je podáván formou ambulantní péče 2x - 3x týdně (Skála, 1987; Popov, 2008, s. 147). Dalšími sférami využití farmakoterapie jsou **detoxifikace** a **psychotické poruchy** (Popov, 2008, s. 148).

2.2 Psychoterapie

Je nutné pohlížet na osobu závislou na alkoholu jako na jedince, kterému bylo do jisté míry jeho sociálním prostředím umožněno, aby se závislým stal. Návyková látka rychle působí na psychiku takového jedince a ten ji upřednostňuje i přesto, že má destruktivní charakter. Proto je nutné dívat se na takovou osobu z komplexního hlediska (Skála, 1987).

To nám do značné míry umožňuje právě psychoterapie, která nabízí náhled do komplexních souvislostí nejen terapeutům, ale umožňuje i samotným klientům náhled do jejich nitra.

Psychoterapie představuje *„léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 488).

Jejím hlavním cílem je najít příčiny, které vyvolaly konkrétní potíže a tyto potom pomocí psychologických prostředků zmírnit nebo odstranit. V rámci psychoterapie dochází ke změnám emočního prožívání a chování (Vágnerová, 2002).

K základům psychoterapie se řadí pozitivní očekávání klientů od léčby. Zpočátku však bývají očekávání různá a klienti o nich mají mnohdy rozpačité představy. Nejčastěji je však na psychoterapii pohlíženo jako na takový způsob léčby, který bude východiskem z nějaké situace, kde minulá snaha selhala. Můžeme tedy říct, že v podstatě je psychoterapie jakýmsi pomyslným mostem, který je přechodem z konce jedné životní etapy a vede do nové a lepší. Nemusí zde nutně platit, že klient má konkrétní představy o budoucích změnách. Své změny si může každý určit až v samotném průběhu psychoterapie, ale je třeba mít je časově ohraničené. Využití psychoterapie je velmi široké a její uplatnění můžeme nalézt na škále od nízko-prahových zařízení až po následnou péči. Tzv. ***zvyšování vědomí*** představuje jeden ze základních faktorů psychoterapie. Jeho součástí je i vlastní sebepoznání, které má vést k objasňování některých souvislostí. Tento proces se nejčastěji odehrává na úrovni zpětné vazby, která je prostředkem k sebepoznání a pochopení (Kalina, Miovský, 2008, s. 159 - 165).

Ale je také důležité si uvědomit, že psychoterapie může mimo pozitivní výsledky přinést i negativní. O nich pojednává Skála (1987), který je popisuje zejména jako vztah mezi klientem a terapeutem (tento vztah by měl mít od prvního setkání kladné předpoklady) a také délku trvání psychoterapie. Někteří klienti by totiž mohli psychoterapií simulovat jejich skutečný život a tím se nepřímo vyhýbat řešení jejich situace. Samotná psychoterapie a její výsledek jsou ale také ovlivněny osobou terapeuta. Ten by neměl klást na klienta nereálné cíle, protože v důsledku jejich nesplnění může klient propadat depresi a pocitu méněcennosti. Také by klient neměl mít pocit, že ztrácí naději a o kladných vlastnostech terapeuta se snad ani nemusíme zmiňovat.

2.2.1 Psychoterapeutické směry a techniky

V psychoterapii se používá mnoho různých metod a technik, většinou se kombinují podle aktuální situace a potřeby klienta, ale někdy jsou i ve vzájemném rozporu.

2.2.1.1 Psychodynamické terapie

Základem je porozumění klientovým problémům, které se dějí nevědomě a jsou příčinou jeho obav. Cílem je získat porozumění o těchto konfliktech (motivech a emocích) a uvést je do stavu vědomí, aby mohly být následně racionálně rozebrány a zpracovány. Psychodynamické teorie navázaly na Freudovu psychoanalýzu a její hlavní metodou je metoda ***volných asociací.*** Jde o to, že klient nechá své myšlenky plynout a říká vše, co ho zrovna

napadne. Úkolem terapeuta je potom tyto myšlenky nějak převést a upravit. Jde o pochopení souvislosti mezi minulými konflikty a nynějším chováním klienta (Atkinson, 2003; Vágnerová, 2002). Jinou technikou je například *analýza snů*. Ta je v časté symbióze s metodou volných asociací. Náplní této analýzy je klientem převyprávěný obsah jeho snu, který je doplněn o volné asociace. Podle Freuda jsou sny odrazem nevědomých přání a obav (Atkinson, 2003).

Analýza snů - sny jsou jazykem našeho nevědomí, jehož pomocí promlouvají k našemu vědomému já. Jung v analytické psychologii uvádí, že nevědomí je stav, který je každému člověku dán a že se tedy všechny obsahy nepřesunuly do nevědomí v průběhu lidského osobního života. Jednou z oblastí nevědomí jsou obsahy, které byly v průběhu života přijaty a odstupem času zapomenuty nebo potlačeny. Tedy sny neprobíhají jen tak samy od sebe, ale mají původ v lidském komplexním prožívání. Sny jsou přirozenou psychickou reakcí, která se děje nevědomě (Dieckamnn, 2010).

Dělení snů podle vztahu k vědomí (Jacobi, 1940, cit. podle Dieckmann, 2010):

1) sen je reakcí nevědomí na nějakou vědomou situaci, tu buď doplňuje, nebo kompenzuje. Do této kategorie spadají všechny sny, které nějak souvisí s předchozími prožitými zážitky.

2) sen jako spontánní produkt nevědomí přidává nějaké vědomé situaci odlišnou, nevědomou zřetel, čímž vzniká reciproční napětí a konflikt mezi vědomím a nevědomím. Lze říci, že tento druh snů neodráží žádné prožité zážitky, nicméně poukazuje na vnitřní konflikt. Sen znázorňuje potlačenou stránku osobnosti, která je přesným opakem vědomého postoje.

3) sen jako nevědomý proces, jehož vztah k vědomí nelze přesně určit. Tento druh snů se velmi obtížně identifikuje, ale jejich obsah může být důležitý, protože někdy tyto sny dokážou změnit vědomý postoj.

Obecně můžeme sny a jejich obsahy dělit podle následujících podmínek, které jsou důležité při jejich analýze: Sen jako nevědomá reakce na vědomou situaci. Sen je situací znázorňující konflikt mezi vědomím a nevědomím. Sen jako nevědomý aspekt může vést ke změně vědomého postoje. Sen vyjadřující nevědomé procesy, kde nelze rozeznat vztah k vědomí: například somatický proces, který je zdrojem somatických poruch; vnitřní duševní a psychická podmíněnost; souvislost mezi událostmi okolního světa (roční období).

Sen jako opakování prožité situace, většinou traumatu. Sen jako budoucí věštba (Dieckmann, 2010). Ve snech se však také ukazují jisté okamžiky, které jsou opakem dennímu a vědomému životu a často mohou být v rozporu. Vždy ale sny odrážejí životní situaci, ve které se nacházíme. Sen tedy vypovídá o psychice člověka jako o celku. Sny o alkoholu vždy nějak souvisí s duševně-psychickým zážitkem (Aeppli, 1996).

2.2.1.2 Behaviorální terapie

Zkladní myšlenkou této terapie je **princip klasického podmiňování a učení**. Tato myšlenka vyplývá z předpokladu, že nežádoucí chování je naučené a tímto nežádoucím způsobem reaguje klient na stres. Proto behaviorální terapie předpokládá a usiluje o změnu chování opět učením. V této terapii je pozornost terapeuta soustředěna na samotné chování klienta. Zastánci behaviorální terapie tvrdí, že získání vhledu na problém nestačí k tomu, aby mohl být tento problém odstraněn. Člověk se často v konkrétní situaci nějak chová a mnohdy dokáže svému chování i porozumět, ale nedokáže ho změnit. Existují různé metody práce s klienty, ale ty jsou závislé na druhu problému (Atkinson, 2003; Vágnerová, 2002). Typickým příkladem negativního podmiňování je ***„averzivní terapie“***, kdy se jedná o kombinaci návykové látky (alkoholu) s konkrétními léky a tato kombinace potom vyvolá nepříjemný fyzický stav. Naopak pozitivní podmiňování je běžné u nácviku asertivity, sebekontroly nebo u relaxace (Kalina, Miovský, 2008, s. 169 - 170).

2.2.1.3 Kognitivně - behaviorální terapie

Tento druh terapie zahrnuje mnoho technik, avšak jejich společným a hlavním úkolem je **navození změny klientova přesvědčení**, které má vést ke změně nežádoucího chování. Pozornost je tedy věnována určité změně kognitivních procesů, která vede pomocí poznávacích funkcí ke změně chování. Nejčastěji jsou tyto terapie užívány tam, kde se nedostatečnými sociálními dovednostmi může zvyšovat riziko recidivy či relapsu. Terapeut zde vystupuje jako pomocník při zvládání negativních emočních projevů a reakcí (například stres) tím, že klienty učí jinak uvažovat a vysvětlovat jejich chování. Například depresivní klienti uvažují více negativně a jsou poměrně sebekritičtí, tyto stavy navíc mají tendenci zveličovat. Úkolem kognitivně - behaviorální terapie je to, aby byl klient schopen uvažovat o svých zkušenostech více realisticky a tím docházet ke změně svého nežádoucího chování. V tomto kontextu můžeme tedy hovořit o tréninku sebekontroly a sebeovládání, které povedou ke zvýšenému uvědomění si vlastního chování a ke kontrole svého chování (Atkinson, 2003; Vágnerová, 2002; Berglund, Thelander, Jonsson, 2003).

2.2.1.4 Humanistické terapie

Humanistická terapie je zřejmě nejpřirozenější formou psychoterapie, protože přistupuje ke klientovi nenásilně a povzbuzuje ho k seberealizaci. Obecně terapeuti zastávající tuto formu terapie jsou přesvědčeni o tom, že veškeré psychické poruchy se objevují tehdy, pokud jsou nějakým způsobem znemožněny jedinci jeho seberealizace a seberozvoj. Hlavním cílem je, aby byl klient schopen se sám rozhodovat a nenechat se ovlivnit vnějšími požadavky. Také je neméně důležité, aby uměl pochopit své skutečné potřeby. Psychoterapeut ovlivňuje klienta ke schopnosti poznat a porozumět svým skrytým aktuálním pocitům. Psychoterapeut se dále pokouší zjednodušovat klientovi analýzu jeho myšlenek a najít vlastní způsob řešení (Atkinson, 2003; Vágnerová, 2002).

2.2.2 Individuální psychoterapie

Jedním z přístupů psychoterapie je individuální terapie, která poskytuje klientovi soukromí při řešení citlivých záležitostí a dovoluje mu poskytnout pomoc v diskrétnosti. Tuto pomoc přináší psychoterapeut jako záchytný bod v procesu osobního růstu. Na vlastí osobní růst je kladen zřetel v rámci analýzy běžných problémů, se kterými se klient v průběhu své léčby může setkat (Millerová, 2011). Tato forma psychoterapie spolu se skupinovou je docela často využívanou při léčbě závislostí, kde se klade důraz na individuální potřeby každého klienta. Je součástí prvních setkání mezi klientem a terapeutem a spočívá zejména v ***motivačním rozhovoru***, který je doslova *„na míru“* (Kalina, Miovský, 2008, s. 175 - 177). Základem motivačního rozhovoru je dosažení změn ve stylu způsobu života, který má být lepší a vede k trvalé abstinenci. Aby mohlo být dosaženo změn, musí být stanoveny cíle a mělo by se odkrýt vše, co klient považuje za problém. Tyto problémy a současně i cíle se mohou týkat širokého spektra klientova života. Může to být například změna životního stylu, otázka práce nebo bydlení, sociální kontakty apod. Cíle i problémy si určuje sám klient a terapeut má podporovat dosahování těchto změn. Zároveň se však podílí na zbudování kognitivního rámce pro přijetí klientova problému. Tomu napomáhá tím, že podporuje klientovo rozhodnutí a posiluje jeho odpovědnost tak, aby skutečně klient mohl změn dosáhnout. Cíle musí být dosažitelné a reálné, časově vytyčené a také mají být měřitelné (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008, s. 121 - 122). Při individuální terapii je velmi důležité, aby si terapeut udělal dostatek času pro klienta a uměl mu naslouchat a pokládat otázky. Zároveň musí být však terapeut důsledný a nekompromisní při dosahování změny v klientově odpovědnosti. Při této formě pomoci je také velmi nutné, aby vznikl mezi kli-

entem a terapeutem ***upřímný*** a relativně pevný ***vztah***. Zvláště je to potřebné právě u osob závislých na jakékoli návykové látce. Proto by měl terapeut jednat upřímně a otevřeně, avšak s úctou k individualitě každého klienta. V případě snahy o zlepšení života u osob závislých je nutné jednat na pocitových základech. Tím je myšlena terapeutova upřímnost a otevřenost vůči klientovi. Nedílnou součástí je však také ***spolupráce***, která má být na úrovni partnerské, nikoli autoritářské. K získání spolupráce je třeba mít klientovu důvěru, což ovšem vyžaduje dostatek času. Takovou spolupráci si můžeme představit jako vztah, ve kterém poskytuje terapeut svému klientovi různé nápady a návrhy, ale rozhodnout se musí sám klient. Terapeut pouze ukazuje, nikoliv určuje, možnosti (Millerová, 2011).

2.2.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je takovou formou terapie, která je sestavená s konkrétním záměrem. Ve skupině se potom vytvářejí vztahy mezi klienty a jednotlivé vazby mezi těmito vztahy umožňují klientům větší náhled na jejich problém. Tím vznikají jednotlivé interakce, které jsou prostředkem ke vzniku povzbuzení i citové opory klientů. Často bývá v kombinaci s individuální terapií, čímž umožňuje nácvik sociálních dovedností (Kratochvíl, 2005). Skupinové psychoterapii by měl předcházet ***individuální pohovor***, na jehož základě by měl být klient přiřazen do skupiny, kde se bude řešit společný problém - tedy že skupina má jasný a společný cíl. Navíc má každá taková skupina terapeutem jasně vymezené hranice a pravidla (například včasný příchod nebo zákaz vynášet informace, které se řeší pouze v rámci skupiny) (Millerová, 2011).

Atkinson (2003) navíc uvádí, že mnoho klientů může mít problémy, týkající se mnoha oblastí a to zejména ve vztahu s jinými lidmi. Může se jednat například o pocity osamění, neschopnost utvářet hodnotné vztahy. Všechny tyto aspekty si může klient s terapeutem projít v rámci individuální terapie, ale výsledek si potom ověří právě na skupinové terapii. Tím si zároveň potvrdí, jestli bude schopen obstát v každodenních vztazích. Obecně lze říci, že forma skupinové psychoterapie se užívá téměř ve všech možných případech a zpravidla mívá menší počet klientů - členů, které spojuje stejný problém. Tato forma terapie má mnoho výhod, zejména, že psychoterapeutovi šetří čas, klientům hodně pomáhá vědomí jakési podpory, která spočívá ve stejném problému jiných klientů.

V rámci skupinové psychoterapie se využívá tzv. ***„skupinové dynamiky“***, která je tvořena již zmiňovanými vztahy mezi klienty a terapeutem a mezi klienty navzájem. Skupinová

dynamika je utvářena mnoha činiteli, z nichž nevýznamnějším (mimo jiné) je vývoj skupiny v čase (Kratochvíl, 2005).

Autor popisuje **cíle skupinové terapie** následovně:

- umožnit klientům pochopit jejich problém a tím změnit nežádoucí postoje
- změnit nežádoucí chování k sociálně přijatelnému
- seznámit klienty se zákonitostmi skupinových postupů, které jim pomohou v lepším jednání s lidmi
- podporovat osobní seberozvoj
- odbourat nežádoucí symptomy pomocí nácviku nebo vyřešením intrapsychických konfliktů, které tyto symptomy vyvolávaly

Vývoj skupiny v čase se zpravidla vyvíjí ve čtyřech etapách; následovně je uvádí Kratochvíl (2005):

1) orientace na závislost - je to počáteční etapa, kdy ve skupině panuje značná nervozita a nejistota. Klienti veškerou odpovědnost za chod skupiny automaticky očekávají od vedoucího - terapeuta. Zpočátku se často hovoří spíše neformálně o běžných věcech, aby odpadla nervozita, aby se všichni mezi sebou mohli seznámit. Klienti si vzájemně předávají zkušenosti a rady.

2) konflikty a proces - začíná se rýsovat povaha členů skupiny, kteří se méně nebo více snaží prosadit, vytváří se hierarchie rolí ve skupině, výjimkou v této fázi není ani negativní postoj některých členů. Také se formuje protest vůči terapeutovi a bývají na něj kladeny vysoké požadavky, které není schopen splnit. Tím se utváří pocit zklamání ze strany klientů. Skupina má v této fázi tendenci na terapeuta přenášet odpovědnost.

3) vývoj koheze a kooperace - dochází ke snižování napětí uvnitř skupiny a přichází uvědomění si sounáležitosti ke skupině. Vytvářejí se společné hodnoty a pravidla, klienti jsou více aktivní a vytváří se jakási skupinová intima. Skupina je nyní připravena ke vzájemné otevřenosti.

4) cílevědomá činnost - skupina vykazuje známky integrované spolupráce, klienti komunikují bez zábran, jsou k sobě otevření a upřímní (negativně i pozitivně). Patrná je převaha

samotné terapeutické práce, která vede ke změně nežádoucích postojů, rovněž je poskytována zpětná vazba[1].

V rámci skupinové psychoterapie vzniklo (a stále vzniká) množství tzv. ***„svépomocných skupin“***, které zpravidla nevede odborný terapeut, je to dobrovolná organizace pravidelně se scházejících osob, které si vzájemně poskytují podporu a vyměňují si informace. Takovým nejznámějším sdružením, s celosvětovou působností, je skupina **Anonymní alkoholici** (Atkinson, 2003).

2.2.3.1 Anonymní alkoholici

Sdružení AA (Anonymní alkoholici) má celosvětovou působnost a hlásí se k němu více než 2 miliony osob závislých na alkoholu (Humphreys, cit. podle Atkinson, 2003). Millerová (2011) doplňuje, že vznik AA je datován rokem 1935.

Toto sdružení vzniklo jako reakce na rozmach alkoholiků ve 30. letech v USA, kteří však neměli dostatek peněz na léčbu. Zrovna tak se v tu dobu neřešily sociální ani společenské, natož zdravotní problémy osob závislých na alkoholu, a tak vznikli AA (Edwards, 2004). Členství v AA je zdarma, což je poměrně výhodné. Toto sdružení je dobrovolné a založené na všeobecné podpoře svých členů navzájem. Podpora je zejména soustředěna na ty, kteří se rozhodli, že chtějí přestat být závislými na alkoholu. Setkávají se zde lidé abstinující s lidmi závislými, kterým se snaží pomoci. Pomoc spočívá mimo jiné v podpoře rozhodnutí abstinovat, ve sdílení problémů a v upřímnosti a otevřenosti. V tom jim toto sdružení může velmi pomáhat. Nicméně se také někdy stává „trnem v oku“ některým odborníkům a to právě z důvodu, že toto sdružení není vedeno ani řízeno odborníkem. Naopak někteří dobrovolníci jej vítají. Anonymní alkoholici jsou zastoupeni ve 150 zemích světa a pořádají pravidelná setkání. Řídí se pravidly ***„12 kroků“***, předávají si své zkušenosti, dodávají si vzájemnou motivaci a sílu na život bez alkoholu (Humphreys, cit. podle Atkinson, 2003). 12 kroků představuje soubor duchovních hodnot, kterými se řídí osoby závislé na alkoholu v průběhu jejich úzdravy. Princip 12 kroků funguje na víře v Boha, rasové a náboženské toleranci, štěstí a spokojenosti, ale také pospolitosti (Kathleen, 1997). Hlavním a společ-

[1] Počet osob ve skupině je určen od 3 do 30, ale v ideálním případě to bývá mezi 8 až 10 členy. Skupinová terapie trvá přibližně 90 minut a časové rozmezí je v ambulantní léčbě 2x týdně; kdežto v pobytových zařízeních 3x až 7x týdně. Ze skupiny může kdokoli a kdykoli odejít (Kratochvíl, 2005).

ným cílem AA je trvalá abstinence, sounáležitost a vzájemná podpora (Edwards, 2004). Program ***„12 tradic“*** naopak představuje normy, které podporují další rozvíjení skupiny jako celku (Millerová, 2011).

2.2.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie představuje další formu psychoterapie, která svou působnost rozšiřuje i na rodinné příslušníky klienta. Rodinná terapie se může odehrávat na úrovni terapie individuální nebo též skupinové.

První zmínky o významu rodinné terapie jsou známy již kolem roku 1950 a od téhož roku prošla rodinná terapie třemi vývoji. Zpočátku bylo hlavním tématem patologické chování rodinných příslušníků, přičemž samo chování těchto příbuzných mohlo zavinit vznik závislosti. Druhým stupněm je patologický systém závislostního chování v rodině, kdy je rodina odpovědná za přítomné ovlivňování a udržování závislosti. A třetím vývojem je využití rodinné pospolitosti a síly v boji proti závislosti, kdy může rodina pomoci k dlouhodobé úzdravě (Frouzová, Kalina, 2008, s. 187 - 188).

Atkinson (2003) doplňuje, že rodinná terapie vznikla mimo jiné i jako reakce na odhalení faktu, že se klient v rámci institucionálního prostředí zlepšil, ale po návratu domů se jeho stav opětovně zhoršil. Většina klientů pochází ze špatného rodinného zázemí, které je sociálně narušené, a proto je nutná změna a náprava. Rodinná terapie se tedy využívá všude tam, kde je předpoklad návratu klienta zpět domů. Je evidentní, že rodina zřejmě nefunguje, jak by měla a že existuje nějaký problém, který narušuje fungování rodiny. Rodinná terapie se uskutečňuje formou pravidelných setkání s rodinnými příslušníky a terapeutem, ať už v instituci nebo přímo v přirozeném rodinném prostředí.
Ovšem tato forma terapie je poměrně náročná a vyžaduje, aby byl terapeut schopen se orientovat v rodinné dynamice a interakcích mezi jejími členy (Millerová, 2011).

Kaufman (1985, cit. podle Millerová, 2011) charakterizuje **čtyři typy rodin**, kde má někdo z příslušníků problém s alkoholovou závislostí: ***Funkční rodina***, která sice má svůj pevný pospolitý systém, ale pití je příčinou osobních nebo sociálních konfliktů. ***Neurotická rodina***, ve které je požívání alkoholu běžnou reakcí na nějaký problém, komunikace v rodině je narušená. ***Narušená rodina***, která je typická momentálním odloučením alkoholově závislého člena od zbytku rodiny. Většinou se však jedná o rodinu druhého typu s tím, že se transformovala do další fáze. ***Chybějící rodina*** je doslovným opisem vzniklé situace. Al-

koholově závislý člen rodiny trvale přichází o své rodinné zázemí a tím ztrácí sociální oporu. Millerová (2011) uvádí, že každý typ uvedené rodinné situace si vyžaduje svůj specifický přístup terapeuta. Terapeut zase na základě zjištěných událostí může lépe přistoupit k samotné terapii a určit její prognózu.

Frouzová a Kalina (2008, s. 188 - 196) ve své publikaci uvádí, že není vždy nutné, aby se terapie účastnili všichni rodinní členové, na počátku stačí jenom jeden z nich, který je spolupráci nakloněn. Dále se postupuje podobně jako při jiné psychoterapii. Terapeut a rodina mezi sebou uzavírají jakousi dohodu, kde jsou jasně vymezeny hranice a pravidla, stejně tak cíle změny, rovněž jako pravidelnost a délka jednotlivých setkání. Terapeut musí vyslechnut všechny zúčastněné rodinné příslušníky, udělat si jasný přehled veškerých verzí o jejich vzájemných interakcích a aplikovat intervenci. Významné rodinné informace slouží především k podpoře terapeutického procesu. Výsledkem má být taková změna, která vede k dosažení předem stanoveného cíle a umožní klientovi déle abstinovat v jeho rodinném prostředí.

2.2.5 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je zvláštní formou skupinové psychoterapie, ve které klienti různého pohlaví, věku a vzdělání, spolu žijí po nějakou dobu a sdílejí společný program spolu s pracovní a jinou činností. To jim umožňuje promítat problémy z vlastního života, především problémy v oblasti interpersonální. Terapeutická komunita poskytuje svým klientům zpětnou vazbu o jejich nežádoucím chování a tím poskytuje impulsy pro nácvik přijatelnějších vzorců chování (Kratochvíl, 1979, cit. podle Richterová-Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s. 199). Skála (1987) uvádí, že terapeutická komunita neznamená nový druh formy léčby, ale jde o změnu vztahů mezi všemi členy terapeutické komunity. Terapeutická komunita je pak vhodná zejména při léčbě závislostí.

Terapeutické komunity vznikly po 2. světové válce jako reakce na Anonymní alkoholiky. Typickou charakteristikou je, že se sami klienti spolupodílejí na aktivním chodu komunity a využívají sociální učení. Nicméně tyto TK (terapeutické komunity) mají jasně vymezená pravidla, kdy jejich porušení vede k sankciování (Nešpor, 2011). Oficiální podobu však získává terapeutická komunita při terapeutických setkáních, na kterých klienti spolu s terapeuty probírají nejrůznější otázky fungování komunity. Terapeutická komunita však nemá význam pouze při společných sezeních a terapiích, její význam a důležitost probíhá neustále při běžném každodenním chodu. Dynamika komunity se vyvíjí v rámci průběhu

lidských interakcí, komunikací a sociálních postojů. Nově naučené poznatky si klienti ověřují přímo v průběhu pobytu. Tím o sobě získávají zpětnou vazbu. Obecným cílem je naučit se žít ve společenství, změnit nežádoucí chování a umět přebírat odpovědnost (Richterová-Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s. 200 - 205).

Richterová-Těmínová (2007, s. 35 - 37) formuluje základní **cíle léčby v TK** následovně:
1) objevení smyslu života, který poskytuje důvod vlastní existence
2) nalezení vlastní svobody a odpovědnosti, což vede k seberozvoji a umožňuje klientovi mít sám kontrolu nad svým životem
3) umět si připustit, že nikdo není dokonalý a že každý člověk má své limitované možnosti, především jde o pochopení reálného života s reálnými cíly
4) víra v sebe sama, což umožňuje stanovit si reálné cíle, na jejichž základě bude klient schopen se dál rozvíjet
5) pochopit a najít své místo ve společnosti, což jim umožní zejména přijetí konformních norem a hodnot
6) + 7) přispívat k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu, dílčím cílem je tedy ukazovat klientům, že existuje mnoho způsobů, jak si najít v životě své místo uprostřed společenství, a že život s abstinencí vede k radosti a spokojenosti
8) pomoci získat a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti, které umožní klientovi začlenit se do běžného života a najít v něm uplatnění
Terapeutické komunity nabízejí několik možných **programů**, které se dělí podle délky trvání. Nejčastější formou je TK v zařízeních, která mají délku určenou zhruba do 4 měsíců. Další formou jsou i takové TK, kde může být délka i více než 1 rok. Tyto se dělí podle konkrétních stadií, kdy první je označováno jako úvodní a trvá do 60 dnů; primární léčba trvá 2 měsíce až 1 rok; program určený na opětovné zařazení do společnosti včetně ambulantního doléčování se počítá od 13 měsíců do 2 let (Nešpor, 2011).
Typickými rysy, které určují **charakteristiku TK**, jsou, jak uvádí Kalina (2008), následující: prostředí má být čisté, tedy bez návykových látek jako jsou drogy i alkohol. Také je patrný vysoký podíl kooperace mezi klienty a terapeuty, komunita má většinou formu vlastního světa, tedy je od okolního světa distancována. Klienti jsou schopni si navzájem pomoci. Tým TK je sestaven jak z odborných terapeutů, tak z řad bývalých absolventů. Musí se dodržovat stanovená pravidla a normy, stejně jako práva a povinnosti všech. Klade se důraz také na žádoucí vzorce chování. Na problém závislosti se pohlíží jako na problém celé osobnosti, tudíž se samotná léčba závislosti nevytrhuje z kontextu a léčebný program

je pojímán komplexně. Důraz je také kladen na jednotlivé funkce a pozice v hierarchii, které si klienti zaslouží podle svých úspěchů a pokroků. Na pokrocích jednotlivých klientů v rámci jejich chování a léčebných úspěchů rovněž stojí následné rozřazení do léčebných etap (Richterová-Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s. 203 - 205). V České republice jsou terapeutické komunity uznávanou formou v léčbě alkoholismu a jsou aplikovány v rámci péče ambulantní nebo pobytové, rovněž v rámci psychiatrických léčeben nebo jiných léčebných zařízení, stejně jako samostatně fungující seskupení (Kalina, 2008).

2.3 Léčebná zařízení

V této části kapitoly si uvedeme alespoň stručný přehled možných forem pomoci při léčbě závislosti. Ale především se zaměříme na tři léčebná zařízení, kterými ženy z výzkumného souboru prošly, kdy v jednom z nich probíhalo výzkumné šetření.

2.3.1 Ambulantní léčba, AT poradny, denní stacionáře, svépomocné skupiny

Ambulantní léčba je uskutečňována v rámci specializovaných zařízení, kdy se může jednat i o psychiatrické či psychologické poradny. Při ambulantní léčbě není nutná pracovní neschopnost, jelikož ordinační hodiny jsou přizpůsobeny tak, aby mohly osoby závislé na alkoholu dojít až po své pracovní době. Takže klienti zůstávají dál ve svém přirozeném sociálním prostředí. Klienti dochází do ambulantního léčení pravidelně. Častými léčebnými technikami jsou zde především psychoterapie individuální nebo skupinové, ale je možnost i rodinných terapií (Nešpor, 2006; Vodáčková et al., 2007). Další autorka navíc doplňuje, že k často užívaným metodám léčby patří i farmakoterapie, sociální poradenství, motivační trénink a změna životního stylu (Richterová-Těmínová, 2008, s. 378 - 379). Navíc se zde, mimo jiné, zaměřuje pozornost i na prostředí a okolí závislé osoby. Nejčastěji se jedná o osoby blízké (Nešpor, 2006; Vodáčková et al., 2007). Základní cíl je uváděn jako změna životního stylu včetně abstinence. Avšak cíle jsou velmi různorodé podle typů klientů a jejich individuálních charakteristik (Richterová-Těmínová, 2008, s. 378 - 379). Obecně ale o všech ambulantních léčbách můžeme říci, že jsou vhodné spíše pro takové typy klientů, kteří mají stabilní sociální zázemí a jejich závislost není ještě kritická (drogová poradna, 2009).

AT poradny představují druh ambulantní péče o závislé osoby. Princip spočívá v pravidelném docházení k psychoterapeutovi, kde se řeší zejména alkoholové závislosti formou po-

hovoru. Terapeut má být však natolik schopný, aby dokázal usoudit, jestli je pro klienta vhodná tato forma léčby nebo raději léčba ústavní (Vodáčková et al., 2007).

Denní stacionáře jsou také formou ambulantní léčby, kde je léčba intenzivnější a klienti docházejí každé všední ráno alespoň na 6 hodinový program, přičemž zbytek dne a víkendy jsou volné. Denní stacionáře v léčbě závislostí jsou inspirovány zejména principem chodu TK. Využívají se různé formy psychoterapie, také je daný řízený program. Ten má přesně určenou délku trvání, stanovené normy a pravidla žádoucího chování a jeho součástmi jsou v neposlední řadě kulturní a sportovní aktivity. Opět je tato forma léčby určená pro všechny závislé klienty, ale především pro ty s potencionálně vysokou motivovaností abstinence a stabilním sociálním zázemím. Hlavním cílem je dosáhnutí změny životního stylu. Mezi používané metody práce se řadí psychoterapie - skupinová nebo individuální, poradenství v sociálních oblastech, volnočasové aktivity a pracovní terapie (Richterová-Těmínová, 2008, s. 379 - 381).

Svépomocné skupiny (AA) jsou taková sdružení, která většinou nemívají odborné vedení. Jejich význam spočívá ve vlastní vzájemné podpoře a radách, přičemž se často řídí příručkou 12 kroků. Tato forma léčby je využívána po celém světě, je bezplatná a určená všem, kteří se rozhodli abstinovat. Sezení nebo skupinové terapie probíhají při pravidelných setkáních, kde se setkávají lidé abstinující s lidmi stále ještě závislými. Většinou bývají tyto svépomocné skupiny vedeny lidmi, kteří sami byli závislí. Nejznámější a také celosvětově nejrozšířenější sociální svépomocnou skupinou jsou Anonymní alkoholici (viz. kapitola 2.2.3.1).

2.3.2 Ústavní (ochranná) léčba

Ústavní léčba je určena klientům, kteří mají těžší formu závislosti nebo mají nějaké psychické potíže vyvolané právě závislostí na návykové látce - alkoholu (Nešpor, 2006). Další autorka však také uvádí, že před samotnou léčbou se zpravidla žádá o pobyt na detoxikačním oddělení, které je určeno zejména pro prvotní zvládnutí abstinenčních příznaků (Vodáčková et al., 2007). Ústavní forma léčby závislostí je nejčastěji vykonávána v rámci psychiatrických léčeben. Ty však nejsou pro klienty přirozeným prostředím a ani být nemohou (Skála, 1987). Léčba je velmi intenzivní, protože se vzájemně prolínají různé formy psychoterapií, ale i pracovních terapií, často se však zpočátku užívá i farmakoterapie (Nešpor, 2006). Délka pobytu se pohybuje v rozmezí od 3 do 6 měsíců, avšak nejčastěji se užívá varianty kratší, tedy 3 měsíců. Mezi cíle patří především stabilizace klientova stavu, po-

chopení problému, ztotožnění se s pravidly abstinence, znát rizika relapsu a také změna postoje k sobě sama (Richterová-Těmínová, 2008, s. 381 - 382). V rámci ústavních psychiatrických léčeben se dodržuje striktní a pravidelný režim, jehož nedodržování bývá trestáno. V průběhu tohoto plánovaného programu se střídají snad všechny možné druhy psychoterapií - od individuální až po pracovní. Navíc léčebna je pro klienta prostředím „čistým“ bez alkoholu a jiných návykových látek. Při tzv. „komunitách“ se projednávají důležité záležitosti týkající se léčby a pravidel. Po nějaké době strávené v léčebně mají klienti povoleny vycházky (Skála, 1987). Jelikož se ústavní léčba zabývá primárně samotnou závislostí a příliš tak neřeší jiné provázané problémy, je nejlepším řešením hned po ukončení léčby navázat na doléčovací program (SANANIM, 2009).

2.3.3 Terapeutická komunita

TK bývá většinou nestátní zařízení, jak uvádí Vodáčková et al. (2007), kde se nabízí delší léčebný program v oblasti resocializace. Chod TK zajišťují jak terapeuti, tak samotní klienti, kteří jsou jako jeden celek odpovědní za správné fungování TK. Léčba v TK je určena zejména těm klientům, kteří nemají vhodné sociální zázemí, prošli léčbou ústavní (nemusí být však podmínkou) a v důsledku jejich závislosti měli nebo stále mají nějaké větší potíže. Proto se zde uplatňuje, mimo nejrůznější terapie, i sociální poradenství a soběstačný způsob života (SANANIM, 2009). Terapeutická komunita, (viz. kapitola 2.2.5).

2.3.4 Následná péče a doléčovací program

Je nutné si uvědomit fakt, že pro mnoho osob závislých na alkoholu je doba po ukončení ústavní léčby velmi náročná a složitá. Mnoho z nich se nemá ani kam vrátit. Také proto v našem společenském systému existují centra následné péče a doléčování, jejichž posláním je těmto klientům poskytnout veškeré podpůrné prostředky, které povedou ke klientově soběstačnosti a možnosti opětovné integrace.

Tato doléčovací centra mívají zpravidla podobu pobytového zařízení, kde se klade důraz na postupné začleňování se zpět do běžné společnosti. Je určena hlavně pro klienty, kteří absolvovali léčbu buď v ústavním zařízení, nebo v rámci terapeutické komunity. Většinou je náplní těchto center poradenství z oblasti právní, sociální a pracovní, dále skupinové či individuální psychoterapie, volnočasové aktivity v rámci klubu a chráněné bydlení. Centra jsou vhodná zejména pro ty, jejichž sociální zázemí není stabilní nebo není žádné (Vodáč-

ková et al., 2007). Jak uvádí Skála (1987), doléčovací centrum by mělo navazovat na ústavní léčbu nebo ve zvláštních případech na velmi intenzivní léčbu ambulantní.

Doléčováním se tedy rozumí etapa následující po řádném ukončení léčby ústavní a hlavním cílem je udržení abstinence spolu s přípravou integrace do společnosti. Hlavním cílem je i návrat klienta do běžné společnosti, který bude schopen vést v abstinenci „plnohodnotný" život. Je nutné si však uvědomit, že až v doléčovacím centru se klient dostává do přímé interakce s reálným životem (Kuda, 2008, s. 215 - 216). Nyní si uvedeme nejdůležitější složky následné péče:

Podpůrná psychoterapie se v tomto případě zaměřuje na ustálení emotivity klienta. Je proto ideální, pokud terapeut volí taková témata, která se přímo týkají podpory klientovy abstinence a sociální stabilizace. ***Sociální práce*** zastupuje velmi podstatnou část nástrojů v následné péči. Mnoho klientů má totiž potíže v oblasti pracovní, právní, ale i sociální. Navíc poměrně velká část klientů mívá nějaké pohledávky vůči pojišťovnám, bankám apod. Proto zde sociální práce zasahuje jako přímá a praktická pomoc při řešení těchto problémů. ***Chráněné bydlení*** je nezbytnou klíčovou službou a v mnoha případech bývá hlavním motivem klientů při rozhodnutí se podstoupit následné doléčování. Pro mnoho klientů se tak chráněné bydlení stává „odrazovým můstkem" do života. Tato forma bydlení je poskytována buď přímo v doléčovacím zařízení, nebo v jeho blízkosti. Většina doléčovacích center poskytuje maximální délku pobytu na půl roku. Klient se stává aktivním článkem svého doléčování a snaží se najít si práci. Rovněž aktivně a pravidelně dochází na terapie. Nutno zmínit, že chráněné bydlení se uděluje na žádost a po důkladném zvážení klientovy sociální situace. Totiž tato forma poskytované služby není pod neustálým dozorem, a proto klienti přijatí do chráněného bydlení musí prokázat, že jsou relativně emočně vyrovnaní a že jejich sociální situace nemůže být řešena jinak. Dalším nástrojem je zajištění adekvátní ***lékařské péče***, která je nezbytná pro tělesnou rehabilitaci a zpravidla bývá udělována klientům formou úkolu - najít si vhodného lékaře. ***Volnočasové aktivity*** jsou nedílnou součástí při resocializaci každého klienta. Ty jsou ale koncipovány tak, aby klient mohl běžně fungovat v životě. Tyto volnočasové aktivity jsou poskytovány centrem jen minimálně, ale jsou dávány typy, jak volný čas trávit. Podstatou je, aby si sám klient dokázal rozdělit čas pracovní a volný tak, aby ho to nepřetěžovalo. A také, aby byl schopen sám si najít adekvátní způsob trávení volného času. ***Možnost práce*** je významnou veličinou v resocializaci závislých osob. Práce je možnost, jak získat materiální zabezpečení a tím například začít žít samostatně, splácet dluhy, získat finanční zdroje k uspokojení základ-

ních lidských potřeb. Ne vždy je ale snadné práci najít, proto některá centra poskytují i chráněné dílny. V rámci chráněných pracovních dílen si klienti osvojí pracovní návyky, případně mohou získat rekvalifikaci. Také mezi nezbytné složky doléčovacích center patří ***prevence a zvládnutí relapsu***, což hraje klíčovou úlohu v následné péči. Jde o to, aby byl klient schopen rozeznat a zvládnout rizikové situace, aby byl schopen sebekontroly a byl dostatečně vybaven znalostmi v oblasti kognitivní (Kuda, 2008, s. 217 - 221).

2.4 Psychiatrická léčebna v Kroměříži

„Instituce sloužící převážně pro dlouhodobější léčbu a rehabilitaci pacientů, kteří nejsou aktuálně schopni samostatného života v běžných životních podmínkách“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 292).

Psychiatrická léčebna v Kroměříži má dlouholetou tradici (založena roku 1909) a patří mezi nejznámější léčebny v České republice. Má několik oddělení, kdy se ale léčbou závislostí zabývá zejména oddělení 8a a 8b a 15. Nás ale zajímá především oddělení 8b - tedy i pro ženy.

Toxirehabilitační oddělení 8b se zabývá léčbou závislostí mužů a žen, kdy se nejčastěji jedná o alkoholovou závislost. Kapacita je 36 lůžek. Pokoje mají 4 nebo 6 lůžek. Součástí léčby jsou ***psychoterapie*** skupinové a individuální, každodenní ***komunitní setkávání*** všech pacientů, ***relaxace*** pod vedením odborného personálu, ***vedení vlastního deníku***, ***nácvik řešení problémů*** a sociálních dovedností, povědomí a učení o závislosti, ***biologická léčba*** (například antabus), terapie zejména pracovní (drobné ruční práce, práce s keramikou a dřevem) a ***volnočasové aktivity*** (stolní a společenské hry, knihovna). Samotný ***terapeutický tým*** tvoří: psychiatr, internista, lékař, psycholog, sociální sestra a běžné zdravotní sestry. ***Délka léčby*** je klasicky stanovena na 3 měsíce, kdy lze považovat léčbu za řádně ukončenou. Někdy je možnost zažádat si o prodloužení léčby. Pro pacienty, kteří porušili abstinenci během 1 roku od ukončení léčby, je možnost využít ***stabilizační pobyt***, jehož délka je od 4 do 6 týdnů. Avšak je nutná předběžná rezervace. Mezi podmínky přijetí k léčbě patří plnoletost, vlastní motivace ke změně stavu, včasná rezervace, dobrý zdravotní stav, doporučení praktického lékaře a psychiatra, osobní věci a toaletní potřeby, samozřejmě bez alkoholických složek. Denní režim začíná v 6 hodin ráno, přičemž ve 22 hodin je večerka (psychiatrická léčebna v Kroměříži, 2012).

Skupinové psychoterapie probíhají 3x týdně. Skupiny se dělí na B a C, což jsou skupiny vedené zdravotním personálem a mají spíše vzdělávací formu. V průběhu samotné léčby mohou být někteří pacienti zařazeni do skupiny A, kterou vede výhradně psycholog. Skupina A má maximálně 12 pacientů, terapie je zaměřována právě na klienta a pracuje se s aktuálními tématy klientů, která jsou emočně obsažená. Nejčastěji se jedná o témata týkající se rodinných a partnerských vztahů, prožitých traumat a obav z budoucnosti (psychiatrická léčebna v Kroměříži, 2012).

Komunita je vedena personálem a předsedou a dozorčím, její členové jsou voleni ostatními pacienty na dobu 14 dnů. Tato dozorčí rada zajišťuje každodenní aktivity oddělení. Hlavním úkolem je udržení čistého bezalkoholového prostředí. Porušení tohoto pravidla je sankciováno okamžitým ukončením léčby. Celým průběhem léčby provází klienty bodový systém, kdy za plnění všech svých povinností dostávají plus a za neplnění naopak minus. Při získání „plusek" mají klienti možnost vycházky nebo dovolenky navíc. Za „minuska" jsou tyto výhody naopak odečteny. Mezi povinnosti patří vedení svého deníku, sestavování životopisu, dochvilnost, dodržování kouření ve vymezenou dobu aj. V průběhu léčby mohou pacienti chodit na vycházky například do města, a to vždy ve středu a v neděli. Po měsíci je pacientům dovoleno odjet na víkend. A také po 21 dnech volno na řešení osobních a sociálních záležitostí (psychiatrická léčebna v Kroměříži, 2012).

V době volného času se také mohou pacientu účastnit kulturních akcí konaných v Kroměříži, například koncert, kino, divadlo. Rovněž se mohou účastnit společných výletů na hrady a zámky a také letního večerního grilování. Pro rodinné příslušníky je zde možnost konzultací s psychologem. Ten jim zprostředkovává informace o závislosti i možnostech jejího řešení. Rodinné konzultace jsou velmi přínosné v léčbě závislostí (psychiatrická léčebna v Kroměříži, 2012).

Po řádném ukončení léčby mají pacienti možnost využít rekondiční pobyty na „bývalém" oddělení. Délka tohoto pobytu je 5 až 10 dní. Dále je možnost docházet do psychiatrické a psychologické ambulance. Také se 1x v měsíci pořádají „A-kluby", což jsou setkání se stávajícími pacienti, abstinujícími klienty, personálem i rodinnými příslušníky. Předávají si zde rady i zkušenosti (psychiatrická léčebna v Kroměříži, 2012).

2.5 Terapeutická komunita Bílá Voda u Jeseníku

„Organizace léčby, v níž personál i pacienti vědomým úsilím vytvářejí otevřenými informacemi propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem; pacienti se zde stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů, přenáší se na ně část zodpovědnosti za chod komunity i za léčebný proces“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 267).

Terapeutická komunita je součástí psychiatrické léčebny, která má několik oddělení. O léčbu alkoholových závislostí se starají psychoterapeutická komunita HARMONIE (oddělení I.) a terapeutická komunita FÉNIX (oddělení III.) (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012). Nejprve jsou klienti přijati na příjmové oddělení, které má 27 lůžek a odtud jsou následně přeřazeni na základě motivačního rozhovoru a zjištění určitých kritérií (zdravotní stav, typ závislosti) do jiného oddělení. Toto oddělení zajišťuje především detoxikaci a péči při léčbě komplexních nemocí (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

Psychoterapeutická komunita HARMONIE se zaměřuje na léčbu smíšených i alkoholových závislostí. Základní léčba zde trvá ***15 týdnů*** a klienti jsou na toto oddělení přijati na základě rozdělení a podle jejich somatického stavu, ale také podle počtu volných míst. Tato léčba je rozdělena do tří základních fází: 1) 3 týdny bez jakékoli možnosti vlastních vycházek; 2) 5 týdnů s volnými vycházkami a 3) 7 týdnů s volnými vycházkami. Mimo pravidla je klient nucen přivést jednoho člena rodiny, který se musí po dobu 5 dnů účastnit rodinné terapie (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

Terapeutická komunita FÉNIX je určena pro všechny, kteří se chtějí léčit z alkoholové, nealkoholové a jiné závislosti (gamblerství) a zajišťuje těmto lidem bezpečné prostředí. Do terapeutické komunity jsou přijímány osoby starší 18 let. K nástupu je nutné lékařské doporučení, doklad o totožnosti, kartička pojištěnce a 500 Kč příspěvek na aktivity (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

Základním kamenem celé léčby je terapeutická komunita v rámci velké skupiny. Jsou zde poskytovány ***skupinové a komunitní terapie*** (5x týdně po 90 minutách), ***individuální terapie, ale také terapie vztahová, pracovní*** (ergoterapie). Ta je uskutečňována formou péče o zahradu, zvířata a rovněž mohou klienti využít pracovní dílnu. Také mají možnost účastnit se sportovních a tzv. zátěžových aktivit, stejně tak i kulturních akcí. Avšak většina zátěžových aktivit (turistika apod.) jsou plánované většinou i společné. V průběhu léčby si každý

klient projede nejrůznějšími rolemi - od „šéfa baráku“, šéfa kuchyně až po „sporťáka“ (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

Základním principem a cílem léčby v této TK je podpora a aktivizace klientů ke spoluúčasti na vlastní léčbě i léčbě ostatních. To se děje formou porozumění, naslouchání, podáváním rad, vzájemným podporováním a sdílením pocitů, také si klienti vedou svůj deník. Musejí se dodržovat pravidla naprosto absolutní abstinence, otevřenost a upřímnost vůči sobě i ostatním v této komunitě. Výsledkem má být přijetí sebe sama a svého okolí. Délku léčby si určuje klient na základě svého rozhodnutí; je to 6 nebo 8 měsíců. Řádné dokončení léčby je završeno tradičním rituálem, kdy je klient motivován k následné péči a podpoře jeho abstinence. Klient však může kdykoliv léčbu ukončit předčasně nebo může být také vyloučen za nedodržování pravidel. Novou a další účast v TK může klient uskutečnit nejdříve 6 měsíců od předešlého řádného ukončení (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

V ubytovacích prostorech je k dispozici například prádelna, kuchyň, jídelna, sociální oddělené zařízení, čítárna, posilovna, vlastní pokoje, ošetřovna aj. Všechny tyto prostory jsou využívány klienty k soběstačnému skupinovému chodu. Principem TK je mimo jiné i samostatnost a soběstačnost všech klientů, kteří v rámci komunity tvoří určité společenství. Návštěvy jsou povoleny, ale musejí být předem ohlášeny, přičemž nesmí vykazovat známky nežádoucího chování. V průběhu léčby může jet klient 2x nebo 4x na dovolenku. Toto zařízení je státní a platí se zde regulační poplatek ***100 Kč na den*** (pokud nemá klient potvrzení o hmotné nouzi). Do tohoto typu zařízení je nutné se předem a řádně objednat. ***Pracovní tým*** zde tvoří psychiatr, psycholog, internista, neurolog, fyzioterapeut a také sociální pracovnice (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012). Principem celé léčby je mít své místo ve skupině osob, vzájemnou interakci mezi klienty, zlepšení sociálních a komunikačních dovedností, také nalezení schopnosti empatie a porozumění nejen sobě sama, ale i druhým. A v neposlední řadě je to schopnost odpovědnosti za svůj život, své chování a také nutnost práce a podílení se na chodu komunity (psychiatrická léčebna v Bílé Vodě, 2012).

2.6 Doléčovací P-centrum Olomouc

P-centrum v Olomouci nabízí širokou škálu služeb od poradenství po galerii. Nás ale zajímá především doléčovací centrum. Tato služba zahrnuje ***čtyři hlavní pilíře léčby***:

- sociálně-terapeutická činnost

- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím
- pomoc při zajišťování práv a právních zájmů
- pomoc při obstarání osobních záležitostí

Doléčovací program nabízí 15 míst a v chráněném bydlení je poskytnuto míst 12. Samotný doléčovací program bez bydlení trvá 6 nebo 8 měsíců; doléčovací program s bydlením je 4 nebo 6 měsíců, přičemž délku pobytu s programem si klient vždy volí sám. Klient může dobrovolně doléčování ukončit, a pokud má zájem, může docházet nadále do programu nebo do poradny, je však nutné do 3 dnů kontaktovat P-centrum (p-centrum, 2011).

Náplní a cílem práce doléčovacího centra je především pomoc klientovi se opět začlenit do společnosti, zvládat každodenní nároky bez alkoholu a jiných návykových látek a celková stabilizace jeho osobnosti. Doléčovací program je určen všem, kteří se rozhodli po ukončení ústavní léčby bezprostředně pokračovat ve svém doléčování. Do tohoto programu jsou přijímány osoby starší 18 let, které přicházejí bezprostředně po ukončení základní 3 měsíční léčby a jsou motivovány ke změně. Každý klient je však sám za sebe odpovědný (p-centrum, 2011).

Mezi ***hlavní cíle*** patří i zachování pozitivních změn z předchozí léčby, jako je abstinence, pravidelný denní režim, zdravý životní styl, přerušení kontaktů s původními a nevhodnými sociálními skupinami, komunikace s rodinou, aktivní trávení volného času, formulace reálných a dosažitelných cílů, které povedou k resocializaci klienta. Při dosahování těchto cílů je klientovi poskytována zpětná vazba. Také je nutné zajistit klientům „čisté“ a bezpečné prostředí. A v neposlední řadě je také cílem samostatnost a soběstačnost klienta, která se projevuje vlastním bydlením, zaměstnáním, vytvořením nové sociální sítě kolem sebe, dodržováním zdravého životného stylu a schopností samostatně jednat s úřady (p-centrum, 2011).

Příjem do centra musí být předem domluvený. Klienti většinou ještě z ústavní léčby posílají žádost, která mimo jiné obsahuje i stručný životopis, průběh dosavadní léčby, shrnutí této léčby a doporučení klienta k doléčovacímu programu. Tato žádost se vyhodnotí a do 14 dnů se dá klientovi písemně nebo telefonicky vědět, zda byl nebo nebyl přijat a navrhne se termín nástupu. Podmínkami přijetí je tedy řádné ukončení 3 měsíční léčby a také volné místo v programu (v chráněném bydlení). Před samotným nástupem do programu je nutné přijet se podívat na návštěvu; zaplatit ***zálohu 500 Kč*** na chráněné bydlení, která bude při odchodu vrácena; registrace na příslušném úřadu práce (p-centrum, 2011).

Každý ubytovaný klient se účastní domovních skupin, které jsou vždy v pondělí večer 30 minut. **Skupinová terapie** má dílčí části, které zahrnují: ***ranní skupinu*** v trvání 30 minut, kde se rozdělují práce v domě, denní plány, pomoc s orientací klientů ve městě. Vždy v pondělí od 17 do 18:30 je ***skupina tematická*** a je směřována k prevenci relapsu. Probírají se zde aktuální problémy klientů i ty, se kterými se mohou setkat. Témata se týkají práce, vztahů, minulosti, předcházení problémovým situacím apod. ***Hodnotící skupina*** probíhá 1x za 14 dnů vždy ve středu ve stejném čase, kde klienti hodnotí, jak se jim daří naplňovat své cíle, s čím mají problémy. Také se zde slaví úspěchy těch klientů, kteří si našli práci, bydlení anebo kteří řádně ukončili program. ***Dynamické skupiny*** jsou také 1x za 14 dní vždy ve středu ve stejném čase a pracuje se s předem daným tématem, které vnesou klienti. Základním požadavkem těchto skupin je především sounáležitost s ostatními a ochota sdílet svůj názor, pochopení, rady a vyjadřování pocitů. Také je důležité, aby zde klienti dokázali přijímat kritiku, ale i pochvalu. V rámci skupinových terapií se také uplatňují tzv. ***„doplňkové programy“***, které se zabývají především problémy genderové oblasti, tolerancí menšin a dalšími individuálními tématy. Nicméně tyto doplňkové programy musejí mít účast alespoň čtyř osob ve skupině, ale standardně bývají ošetřeny individuálně. Tyto skupinové terapie jsou povinné pro všechny, kteří nechodí v konkrétní dobu do práce nebo mají jiné závažné důvody, je však nutné se předem omluvit. Dále jsou uplatňovány **individuální terapie**, které zahrnují individuální poradenství a konzultace, které má každý klient se svým garantem 1x týdně nebo také v případě potřeby. Řeší se vždy aktuální oblast zájmu klienta, rovněž i naplňování jeho léčebných cílů, jeho starosti a radosti. V rámci individuální terapie se rovněž řeší sociální oblasti zájmu a poradenství ohledně práce, pojištění, vlastního bydlení, pravidelné lékařské prohlídky, spolupráce s příslušnými státními nebo úředními orgány. V rámci **volnočasových aktivit** se pořádá každé úterý v podvečerních hodinách ***klub***, který klientům zprostředkuje informace o adekvátním a vhodném trávení volného času i aktuálních nabídkách. Rovněž jsou klientům zprostředkovány ***rekvalifikační kurzy*** nebo jiné formy doplňkového vzdělání. Každý klient má možnost přístupu k internetu a možnost získat základy počítačové gramotnosti. Doléčovací program je zdarma, avšak ***chráněné bydlení se hradí částkou 2100 Kč měsíčně*** (p-centrum, 2011).

Celý ***tým doléčovacího centra*** je veden psychology a terapeuty, sociálními pracovníky a speciálním pedagogem a skládá se ze 7 osob (p-centrum, 2011).

3 RESOCIALIZACE

Resocializace je *„opětná socializace u člověka propuštěného z dlouhodobé péče ústavní“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 507).

Resocializace je významnou součástí života každé ženy v boji se svou závislostí, která chce opět uspět v běžném životě. Resocializace probíhá již od prvotní ochranné ústavní léčby a naplňuje se v doléčovacích zařízeních. Samotný výsledek resocializace se ukáže až v běženém životě, ve kterém je žena odkázána již sama na sebe a je odpovědná za své chování. Samotná resocializace zahrnuje několik determinantů, které je třeba zohlednit, ale především jsou to činitelé vnější a vnitřní. Vnitřním činitelem je vnitřní přesvědčení, motivace a vlastní regulace chování a pozitivní změny. Vnitřní přesvědčení se naplňuje mnohdy již při vstupu do ústavní léčby. Nicméně to „pravé“ přesvědčení a touha změnit své chování i život se odrazí až při rozhodnutí pokračovat v léčbě v rámci programu následného doléčování. Autoregulace chování i postojů se provádí především v rámci psychoterapií, které jsou v doléčovacích programech velmi hojné. Avšak nutno podotknut, že vždy musíme brát v potaz individualitu každé ženy, stejně jako i činitele vnější.

Obecným výsledkem resocializace by mělo být osvojení si žádoucích postojů, dovedností a chování. Proces resocializace se nejčastěji odehrává v prostředí, ve kterém k požadovaným změnám dochází a poté v prostředí, kde se tyto změny uplatňují. Jde tedy o jistý druh adaptace člověka na nový životní styl a v novém sociálně-společenském prostředí, které nebude mít destruktivní dopad na jedince, zejména co se týče nežádoucího ovlivňování (Czapów, Jedlewski, 1981).

V době samotné resocializace po dobu doléčovacího pobytu nebo účasti na něm, je však velmi důležitá i podpora mezi klienty navzájem a vlastní předávání zkušeností. Tyto faktory jsou mnohdy důležitější, než samotný obsah reintegrace. Jedná se o nápodobu učením nebo pozorováním. Oba tyto směry jsou velmi přínosné a klienti si navzájem mezi sebou vyhledávají své vzory a vzájemně se učí pohybovat se v mezilidských vztazích a situacích (Kalina, 2008).

Je nutné si ale uvědomit, že závislost na alkoholu, tedy alkoholismus, nejde nikdy zcela odstranit a abstinující osoby musí vědět, že „venku“ budou čelit nejrůznějším pokušením. Proto je důležité osvojit si také odmítavý postoj k alkoholu. Každý člověk by měl být schopen sám rozpoznat rizikové situace a těm se buď vyhnout, nebo se na ně připravit.

Také umět odmítat nabídky k požití alkoholu a to prostřednictvím ignorace, gestem nebo razantním „NE“, nejlepší je ale použít odmítnutí navždy (Nešpor, 2006).

3.1 Ženy jako specifická skupina

Podle statistik i podle zkušeností je patrné, že práce se ženami a muži je v otázce závislosti rozdílná. Ženy alkoholičky bývají z pohledu společnosti častěji než muži terčem předsudků. Ženský alkoholismus je poměrně hojně skrývaný, málo zveřejňovaný a společností nediskutovaný. A právě ono společenské stigma jen přispívá k tomu, že samy ženy si svůj alkoholismus nechtějí přiznat a mnohdy si tento problém neuvědomují ani blízké osoby žen alkoholiček. Nebo možná ani uvědomit nechtějí. To je také důvod toho, proč stále muži „vedou“ v počtu léčeb závislostí nad ženami, které podstoupily léčbu i následné doléčování. Ženy závislé na alkoholu často čelí společenskému odporu ze dvou důvodů:

1) selhání v roli ženy a matky
2) samotný fakt přítomné závislosti

Na druhou stranu je ale tolerance alkoholu ve společnosti poměrně vysoká a tedy nerozlišuje konzumaci alkoholu u žen a mužů (Kalina, 2008, s. 265 - 266).

Ale i přesto ženy alkoholičky zpravidla pijí samotářsky nebo tajně. Možná právě z důvodu obávaných předsudků (Nešpor, 2006). Některé ženy se však pomocí alkoholu snaží řešit nepříznivou situaci v partnerství nebo manželství. Jiné mohou pít z důvodu vytíženosti, jelikož v dnešní době musí žena zastávat jak práci a péči o rodinu a domácnost, tak musí zastávat i výkon v povolání. Je nutné vzít v potaz, že obecně ženy nejsou biologicky připraveny k tomu, aby zcela bez úzkosti zastávaly obě role téměř na 100%. Jelikož jsou ženy více empatické, je u nich vysoká pravděpodobnost vzniku úzkostí i deprese. Na ty mohou reagovat alkoholem (Poněšický, 2004).

Vznik závislosti na alkoholu je u žen vyvolán mnoha faktory, které se vzájemně ovlivňují. Mohou to být například partner alkoholik, fyzické i psychické týrání, sexuální zneužívání, samota a jiné ovlivňující faktory. S tím ovšem souvisí emočně nevyvážené stavy, které u žen vedou k depresím a úzkostem. Muži podobné stavy neprožívají vůbec nebo v minimální míře (Kalina, 2008, s. 266). Nešpor (2006) k tomu navíc doplňuje i anatomické vlastnosti ženského organismu, který přijímá a zpracovává alkohol odlišně, než se tomu děje u mužů. Konkretizuje, že ženy mají menší játra, méně enzymů štěpících alkohol a menší obsah vody v těle. To je jeden z důvodů, proč se závislost u žen vytváří poměrně rychleji.

Ke všem těmto aspektům je přihlíženo i v rámci léčby, ženy totiž vyžadují jiný přístup. Ale ne všichni přihlížejí k rozdílnosti pohlaví. Mnoho žen však bere úzdravu vážně (ovšem záleží také na jejich psychických predispozicích) a jejich zlepšení bývá razantně lepší než u mužů (Kalina, 2008, s. 266 - 269).

Většina žen se však dokáže závislosti na alkoholu zbavit rychleji a lépe než muži. Především je to způsobeno tím, že si ženy dokážou snáze najít nový okruh přátel a také si lépe vytvářejí nový životní styl. Ženám totiž záleží na tom jak vypadají a je známou pravdou, že mají větší pud sebezáchovy (Nešpor, 2011). Bohužel však ženy léčbu téměř nevyhledají nebo ji ukončí předčasně. Můžeme říci, že léčebné prostředí pro ženy má zajišťovat bezpečí a jakousi intimitu žen, personál by měly tvořit ženy, léčebný prostor by měl být přístupný pouze ženám a více emočně zaměřený přístup by měl být samozřejmostí. Tyto, tzv. „*genderově vstřícné služby*“ jsou spíše běžnější v ambulantních léčbách a v programech před léčbou a po léčbě. Je ovšem velmi důležité, aby v této skupině byla alespoň 1/3 žen (Kalina, 2008, s. 266 - 269). Co se týče speciálního programu zaměřeného na podpůrnou práci se ženami, má zahrnovat povzbuzování v péči o tělo a duši, změnu životního stylu a nový a zdravý způsob stravování, trénink asertivity a strategií při prosazování svých potřeb, schopnost říct „NE“, podporu v kladném způsobu sebehodnocení a učení vyjadřování zlosti (Martens, 2004, cit. podle Kalina, 2008).

3.2 Relaps

„Recidiva, zvrat, návrat choroby k přechodnému stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 504).

Relaps je označení pro opětovné užití návykové látky - alkoholu, po nějaké době abstinence (Kalina, 2008). Relaps je považován za jeden z důležitých faktorů při práci s klientem, kdy se jedná zejména o posílení abstinence nebo předcházení relapsu. Musí se ovšem přihlížet na osobní kompetence a schopnosti klienta. Z běžné praxe se bohužel ukazuje, že relaps je běžným doprovodným jevem. Zde je na místě si připomenout, že závislost jako „nemoc“ je ztráta kontroly nad jednáním a chováním závislé osoby. Abstinující osoba, která stále abstinuje, tak prokazuje schopnost své chování kontrolovat, ať už zpočátku v doléčovacím programu nebo později samostatně. Tím klient prokazuje schopnost změny chování (Kuda, 2008, s. 225 - 226).

3.2.1 Příčiny relapsu

Proces relapsu je ovlivněn složkami behaviorálními, kognitivními a afektivními. Důvodem bývá často nevyvážený životní styl, v němž se objevují rizikové situace, ty jsou však pro každého velmi individuální. Každý jedinec má jinou stresovou hranici, která pro někoho může být únosná, pro jiného je už nezvladatelná. Může se jednat o ***záporné emoční stavy*** a prožitky (nuda, deprese, stres, úzkost, vztek apod.); ***osobní konflikty*** mezi partnery, přáteli, rodinou, ale i v práci; ***sociální nátlaky***, kdy se abstinující osoba dostane opět do kontaktu se svým „původním okolím a původními alkoholovými známými“, kteří tak vybízejí k opakovanému požití alkoholu. Nebo se rovněž může jednat o situace, kdy je alkohol prostředkem zábavy a oslav osob a situací, v jejichž bezprostřední blízkosti se abstinující osoba vyskytne. Relaps je tedy řešením nějaké situace, kterou jedinec není schopen „ustát“ nebo řešit jinak než užitím návykové látky - alkoholu. Tato látka mu poskytne okamžitou úlevu a zklidnění. Po požití alkoholu nastává stav tzv. „porušení abstinence“, kdy často tito lidé mají pocity zklamání, selhání, beznaděje a rozčarování, jelikož alkoholová intoxikace nenaplnila jejich očekávání a oni tak zmařili svou snahu a úsilí. Můžeme tedy říci, že nezvládnutí některých stresových situací (před nebo po užití alkoholu) může vést k postupnému návratu do stavu závislosti (Kalina, 2008).

Další příčinou relapsu může být tzv. ***„craving“*** neboli bažení. Podle MKN je to silná touha užívat návykovou látku (Kuda, 2008, s. 229). Pocit bažení nebo touhy po alkoholu nastává nejčastěji v situacích, kdy je alkohol dostupný. V případě relapsu hovoříme o psychickém bažení, které se dostavuje po delší abstinenci. Nejčastěji se v této souvislosti vyskytuje vysoké slinění, hypertenze, oslabení paměti, delší doba reakce apod. (Nešpor, 2006).

3.2.2 Relaps v době doléčování

Relapsy se také mohou běžně vyskytovat během doby doléčování, kdy se klient ocitne v jedné z výše uvedených situací, nebo při kontaktu s jeho rodinou a původním sociálním prostředím. Někdy však může rovněž dojít k donesení alkoholu do léčebného prostředí. Ale ne vždy musejí vést k závislosti. Nicméně se do programů doléčování začaly zařazovat tematické skupiny, na kterých se klienti učí rozpoznávat a uvědomovat si příčiny i fáze relapsu, což jim následně pomáhá rozvíjet své schopnosti a naučené strategie na zvládnutí rizikových situací nebo jejich předcházení (Kalina, 2008).

3.2.3 Prevence recidivy a relapsu

Recidiva je označována jako návrat k již vyléčené nemoci. O recidivě tedy mluvíme i v případě, kdy abstinující osoba, byť jednou, užije alkohol, což zpravidla vede k obnovení postupné závislosti. Tím se tedy tato osoba vrací zpět na dobu začátku léčby. Jediným řešením v této situaci je abstinence (Kuda, 2008, s. 226 - 227). Nesmíme však zapomínat na to, že recidiva může být i opakovaná, což znamená opakující se stavy abstinence a recidivy (Nešpor, 2006). Cílem prevence relapsu není pouze odstraňování příznaků závislosti, ale také posilování sebekontroly a zvládání rizikových situací a jevů, jako i stabilizace životního stylu (Kuda, 2008, s. 225 - 226).

V ***prevenci relapsu*** se tedy klade důraz na to, aby byl klient schopen se rizikovým situacím nejen vyhýbat, ale především je umět zvládat. Proto je náplní práce terapeutů vybavit klienta schopnostmi a strategiemi, které mu pomohou při zvládání zátěžových situací. Po ukončení doléčování má mít klient vlastní odpovědnost za své chování, životní styl i abstinenci. Pokud ovšem dojde k porušení abstinence, nemusí to vždy nutně vést na úroveň původní závislosti. Často se tedy užívá i pojem ***laps,*** který je v podstatě vyjádřením „klopýtnutí" a jedná se o jakékoli porušení zásad a pravidel, které si jedinec určil. Ale při zvládnutí a uvědomění si této situace je možná náprava. Prevence relapsu pohlíží na laps jako na situaci, která má dvě východiska: **1) relaps**, tedy postupný stav opětovné závislosti do předléčebného stavu a **2) abstinenci**. Tady vyplývá na povrch další z cílů v prevenci relapsu, a sice naučit klienta takovému jednání, které zabrání dalšímu vývoji z lapsu do relapsu (Kuda, 2008, s. 226 - 228).

Je velmi důležité vybavit klienty takovými dovednostmi a strategiemi, aby byli schopni zvládat rizikové situace. Neméně důležité jsou i vlastní uvědomení a stabilizace životního stylu. Ale jak už bylo řečeno, je nutné brát ohled na kompetence zvládání stresorů každého jedince. Tato oblast (prevence relapsu) vznikla jako program pro zachování navozených změn v době abstinence a týká se tedy výhradně doby po ukončení základní léčby a v době léčby následné, ale i po ní (Kuda, 2008, s. 230 - 233). Ale ne vždy se člověk může spoléhat jen na sebe a je proto, pokud dojde k relapsu či recidivě, lepší vyhledat pomoc. Mnohdy pomáhá, když si člověk uvědomí i negativní následky recidivy a tedy dalšího požívání alkoholu. Abstinující člověk by neměl pít ani „s mírou", aby předešel relapsu a měl by se vyhnout situacím, kde je kontakt s alkoholem téměř samozřejmý. Je tedy dobré vytvořit si tzv. „havarijní plán", ve kterém si člověk důsledně a dopředu promyslí, co bude dělat

v případě recidivy. Je také na místě, aby s tímto plánem byly seznámeny i osoby, které jsou v těsné blízkosti abstinujícího (Nešpor, 2006).

3.3 Sociální prostředí

Cílem úspěšné léčby je změna sociálního stavu, která zlepšuje kvalitu života. Svou roli zde sehrává i motivace, která přivede klienta do léčby a mnohdy stojí i za rozhodnutím udržet si abstinenci i po léčbě. Motivace k léčbě mohu být formou vnějších okolních a sociálních vlivů. Mohou působit na klienta i vnitřně a takový klient je potom připraven podstoupit léčbu. Nejdůležitějším a nejlepším spojením k léčbě a udržení abstinence jsou motivy vnitřního přesvědčení a vnějšího okolí (Kalina, 2008, s. 293 - 295).

3.3.1 Abstinence a životní styl

Abstinence je označována jako *„stav, kdy se jedinec vědomě a ze své vůle naprosto zříká použití něčeho či nějaké činnosti, z důvodů etických, rozumových, zdravotních“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 14).

Životní styl je *„individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností odrážejících se v činnosti člověka výrobní, umělecké aj., zahrnuje síť mezilidských vztahů, výživu, tělesný pohyb, organizaci času, zájmy a záliby“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 573).

Udržení abstinence i po léčbě je nejdůležitějším a rozhodujícím aspektem pro další život. Ke spokojenému a vyváženému životnímu stylu přispívá mnoho dalších faktorů, které se vzájemně ovlivňují (Kalina, 2008, s. 298). Nešpor (2006) zvýrazňuje důležitost životního stylu ve všech oblastech. Zejména zdůrazňuje správnou volbu vhodného zaměstnání, kde může člověk zůstat v relativní psychické rovnováze a kde nebudou závislostní spouštěče. Také poukazuje na aktivně trávený volný čas zejména pohybem. Upozorňuje rovněž na to, aby se jedinec nepřeceňoval, je důležité si všechno pořádně promyslet a časově rozvrhnout. Chtít zvládnout mnoho za relativně krátkou dobu vyvolává stres a může vést k recidivě. Jak zvládnout nový životní styl a čelit nepříznivým životním situacím, to je podle Nešpora (2006) i záležitostí tzv. „zásobárny radostí“. Tu popisuje jako souhrn věcí, které mohou člověku v každodenním životě udělat radost. Doporučuje proto, aby si člověk napsal na papír alespoň 20 věcí, které mu přinesou radost a potěšení a tyto následně v případě nesnází použil. Také je dobré se zaměstnat ve smyslu odpočinkových aktivit, kterými může být například práce na zahradě, luštění křížovek, úklid domácnosti, procházka apod. To jsou aktivity, které naplňují zdánlivě prázdná místa v životě a díky kterým lze uvažovat a mys-

let na jiné věci, než na alkohol. Nejvíce jsou totiž ohroženi právě ti, kteří se nudí. Navíc je vhodná radikální změna ve smyslu odstěhování se a započetí nového života na novém místě. Protože návrat do původního prostředí jen těžko člověku umožní, aby se odpoutal od starých zvyků a původní nevhodné společnosti. Ovšem je to rozhodnutí, které je poměrně psychicky náročné, zrovna tak je i náročný samotný začátek a start. Člověk si totiž musí vytvořit nový okruh přátel, najít si novou práci, zorientovat se v novém prostředí.

Změna životního stylu však neznamená pouze nácvik nebo pochopení. Změna životního stylu v sobě skýtá i vlastní sebepojetí, ale také pojetí ostatních. Zejména potom vzájemné mezilidské vztahy, chování i hodnoty, ale také celoživotní osobní růst (Klina, 2008). Životní styl má být vyvážený ve všech směrech, zdravou stravou počínaje a volnočasovými aktivitami a relaxací konče (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

3.3.2 Přátelství

Nejdůležitějším ukazatelem v době abstinence po léčbě je vytvoření nové sociální skupiny v oblasti přátel. Respektive vyhnutí se přátelům závislým nebo jinak alkoholově aktivním. Tito noví přátelé (nebo přátelé „staří“, ale tolerantní) jsou schopni poskytnout sociální oporu, která je v běžném životě nezbytná (Kalina, 2008, s. 299). Člověk potřebuje pocit sounáležitosti a sociálního kontaktu s vrstevníky. Je proto nutné mít takové přátele, kteří budou oporou zejména v nové životní roli a pomohou udržet bezpečné prostředí i mimo domov (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999). Avšak je nezbytné, aby i sám klient byl psychicky odolný a připravený, jelikož alkohol se vyskytuje v dnešní společnosti prakticky všude a tito lidé jsou tak vystaveni trvalému nebezpečí. Často je to důvodem, proč se někteří lidé po léčbě uchylují k vyhraněným abstinujícím skupinám osob (Kalina, 2008, s. 299).

3.3.3 Rodina

V době závislosti velmi často dochází k rozvratům v rodinách osob závislých. Nicméně je na místě uvědomit si, jestli je rozvrat způsoben samotnou osobou nebo právě nepříznivými podmínkami v rodině. V tomto ohledu je dobré zvážit, nakolik je člověk odolný a jestli se chce vůbec do původního prostředí vrátit. Také velmi záleží na vztahu k rodinným příslušníkům a jejich vzájemným interakcím. Někdy je mnohem lepší vyrovnat se s pocitem odloučení, než se téměř dobrovolně přivést opět k závislosti, protože v původním rodinném prostředí by opět mohly začít fungovat mechanismy naučených vzorců chování (Kalina, 2008, s. 299; Skála, 1987).

3.3.4 Práce

Práce představuje v životě každého člověka velmi významnou veličinu, která mu zajišťuje uspokojování základních lidských potřeb prostřednictvím výdělku. Rovněž se v zaměstnání odehrávají neméně významné sociální interakce a práce představuje jakýsi společenský status. Ale v době závislosti i v době léčby nebo následného doléčování mnoho osob o práci přijde. Jedním z nejdůležitějších úkolů v úspěšné resocializaci je mít práci. Integraci v tomto směru mohou ale značně komplikovat společenské předsudky, stejně jako nedostatek pracovních příležitostí. Proto jsou v průběhu následné péče doporučovány rekvalifikační kurzy nebo studium. Abstinující osoby však nesmějí zapomínat na volbu vhodného zaměstnání (Kalina, 2008, s. 299).

3.3.5 Volný čas

Volný čas je *„čas, s kterým může člověk nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů“* (Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 274).

Filipcová definuje volný čas následovně: *„Volný čas, to je čas, který může člověk využít bezprostředně pro sebe, čas, ve kterém patří maximálně sobě, v němž může dělat - více než kdykoli jindy - to, co jej baví a co mu přináší potěšení, zábavu a odpočinek“* (Filipcová, 1966, s. 29, cit. podle Janiš, 2009, s. 4). Můžeme říci, že kultura se odráží v chování člověka, ve způsobu trávení volného času a životním stylu každého jedince. Volný čas je tedy určován jak kulturou, tak sociální skupinou a existuje vztah mezi těmito veličinami. Přičemž má volný čas vést člověka k jeho osobnímu růstu a odpočinku a kultura v této roli určuje, co je a není žádoucí (Janiš, 2009).

Volný čas patří mezi nejvýznamnější veličiny v životě každého člověka a je určitým způsobem prožíváním reality. Je charakterizován dobrovolností a vlastní volbou jeho prožití. Lze jej rozdělit na odpočinkový, rekreační a zájmový. Volnočasové aktivity můžeme rozdělit na kulturní, sportovní, turistické, zájmové a vzdělávací. Ovšem, záleží na individualitě každého člověka, na demografických, sociálních i ekonomických podmínkách (Šerák, 2009). Každý jedinec by měl být motivován pro to nebo ono trávení volného času a mělo by mu tedy přinášet potěšení. Volnočasovými aktivitami by se měly dostávat do rovnováhy všechny aspekty osobnosti. Jejich hlavní funkcí je proto kompenzace (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2008). Nešpor (2006) doporučuje jako vhodné trávení volného času pohyb. Zejména potom jógu, která má relaxační účinky, protažení celého těla a také proniknutí do hloubi mysli.

Jako alternativa trávení volného času se rovněž uplatňuje využívání některých dobrovolnických činností, například pomoc nesoběstačným osobám nebo pomoc při zachování kulturně-historických památek. Tyto aktivity mohou přinést potěšení a dobrý pocit z vykonané práce, která má smysl a význam. Tato „práce“ může některé osoby naplňovat pocitem smysluplnosti a spokojenosti.

Nicméně do sekce volného času spadá i spánek. Spánek jako forma odpočinku a revitalizace celého těla je nesmírně důležitý. Měly by se však dodržovat zásady zdravého spánku, díky kterým bude spánek tělu i mysli prospěšný. K těmto zásadám patří například nepít kávu a nejíst těžká jídla před spaním, udržovat aktivní a vyvážený rytmus dne a rozhodně se před spaním nerozčilovat. Také by neměl být spánek součástí dne, pokud to není nezbytně nutné (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

3.3.6 Zvládnutí stresu

Nejrůznější zátěžové situace většinou vedou k psychické nepohodě, což se projevuje zejména na chování, prožívání a jednání. Mezi základní druhy zátěží patří frustrace, která je typická jakýmkoli znemožněním dosažení a uspokojení nějaké základní potřeby. Jejím projevem je zklamání. Dále je to vnitřní konflikt, který je v rozporu s aktuálním uspokojením a povinností. V neposlední řadě je to rovněž stres, který lze chápat jako přílišné zatížení nebo ohrožení psychiky a organismu. Mezi možné a nejčastější reakce na stres můžeme řadit úzkost, agresi, vztek, depresi a apatii (Vágnerová, 2008; Vágnerová, 2002).

Při zvládání stresu se můžeme řídit tzv. ***„modelem 8P“*** (Plamínek, 2008). Ten je vypracován ze základních stavebních složek, které pomáhají samotný stres zvládnout. Je to **poznání**, které vzniká uvažováním o stresu a jeho příčinách. Toto poznání nám pomůže zmírnit prvotní nátlak stresu. Jsou však také situace, které můžeme nějakým způsobem **předvídat** (predikce) a také některým lze **předejít** (prevence). Na situace, které jsme schopni předvídat, se můžeme dopředu **připravit** a stresor nemusí ani začít působit. Pokud nastane nečekaná situace, je dobré využít předchozí 4P, která vedou k nácviku a **připravenosti** čelit stresu. Samotná připravenost může být také ovlivněna vhodným životním stylem. Dalším nástrojem je fakt, že o svých reakcích na stres můžeme sami rozhodovat prostřednictvím vnímání **(percepce)** a nedovolit, aby stresové reakce výrazně ohrozily náš organismus. Tím můžeme jít i **příkladem** ostatním lidem. Nikdo si nesmí myslet, že stres byl, pominul a už se neobjeví. Naopak musíme počítat s možností navrácení stresu, a proto je dobré se z našich předchozích stavů a reakcí poučit.

Zvládání stresu se skládá ze dvou hlavních forem, je to ***zaměření na problém***, které se snaží najít nějakou alternativu a ta nejvhodnější se aplikuje. Může se jednat o změnu vnitřní nebo vnější. Zvládání stresu ***zaměřené na emoce***, které má zmírnit negativní projevy emocí. Tato forma se aplikuje zejména v případě, kdy osoba nemůže danou situaci změnit. V této formě se nejčastěji vyskytuje behaviorální strategie, která zmírňuje napětí pomocí nějakých prostředků - vhodné je například cvičení nebo jiná fyzická aktivita. A kognitivní strategie, ta odsouvá problém na jiný okamžik. Nejlepší volbou je však emoční podpora blízkých osob. Nejpoužívanějšími behaviorálními technikami jsou relaxace, meditace a cvičení (Atkinson, 2003).

Mezi další typy zvládání stresu patří konfrontace ve smyslu boje za své zájmy, distancování se od problému, sebekontrola v oblasti emoční, sociální opora a podpora, převzetí vlastní odpovědnosti, únik, plány k vyřešení problému. Nejdůležitější je, aby člověk neztratil své pozitivní sebehodnocení a smysl života (Nakonečný, 1996).

Boj proti stresu zahrnuje zejména **fyzické aktivity - cvičení**. Je velmi vhodné si každý den naplánovat v určitý čas nějaké cvičení, nebo alespoň 3x týdně po minimální dobu 20 minut. Mělo by to být takové cvičení, které bude bavit a přinášet potěšení. V této situaci nejde o vrcholový sport, ale spíše o odreagování a povzbuzení srdeční činnosti i pohybového aparátu. Při sportu zpravidla nebývá člověk jen sám, má kolem sebe i jiné osoby. Proto je docela vhodné, věnovat se sportu například s přáteli. Je prokázáno, že sport navozuje lepší spánek a pocit duševní vyrovnanosti. Neméně důležitý je i **odpočinek nebo malé zdřímnutí**, které by měly být v ideálním případě každý den, zpravidla po práci. Nicméně se také doporučuje udělat si jeden den z týdne volný, kdy bude mít člověk čas jenom sám pro sebe. **Stravovací návyky** mohou rovněž pomoci v předcházení stresu. Poměrně důležitým faktorem je jíst v pravidelných časových intervalech. O principech zdravé výživy se snad ani nemusíme zmiňovat. Co ale nesmíme opomenout je přísun **vitaminů skupiny B a C**. Nejlépe je užívat B-komplex, protože vitaminy skupiny B udržují nervový systém v rovnováze, zmírňují stresové napětí a podporují činnost mozku. Také dostatečný **pitný režim** hraje velkou roli. Jednou z reakcí na stres je i snížená frekvence slinění. Proto je vhodné dodržovat pravidelný pitný režim, přičemž je nejlepší právě čistá voda nebo bylinné čaje. Rozhodně by se však měl omezit přísun kávy a to zejména v době stresu, jelikož kofein je látka povzbuzující, zrychluje srdeční činnost a tep a tím potlačuje schopnost relaxace a člověka může káva přivést do ještě většího stresu. Nejtypičtějším zmírněním stresu je **procházka v přírodě**, nejlépe v lese nebo na louce. Velmi důležité je také vědět, co

chceme a podle toho si naplánovat **dosažitelné cíle**, ty se mohou týkat oblasti profesní, osobní, volnočasové nebo rodinné. Jednotlivé běžné **úkoly by měly být rozvrženy** do konkrétních dnů v týdnu a tím se potom řídit. Důležitou složkou v boji proti stresu je také **relaxace**, pravidelné dýchání a **meditace** (Melgosa, 1997). Nešpor (2006) doplňuje také **smích**, který je přínosem čelení stresu a s tím souvisí vybudovat si smysl pro humor a nacvičovat si u zrcadla svůj vlastní úsměv a smích.

3.3.7 Motivace

K úspěšné resocializaci vede především vlastní rozhodnutí a přesvědčení každé osoby. Jde tedy o vnitřní motivaci ke změně. Označení vnitřní motivace znamená *„přicházející z organismu, respektive jedince, jako je hlad, žízeň, hladina hormonů, ale též cíl, plán, představa, tužba, aj."* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 328). Motivace je *„stav, který aktivizuje chování a dává mu směr"* (Atkinson, 2003, s. 348).

Motivace je vnímána jako touha, jako nějaké přání. Je důležité pochopit, že předmětů touhy se můžeme vzdát anebo svou motivaci budeme nějakým způsobem řídit. Každý člověk si může vybrat. Vlastní řízení motivace je však složitější. Příčiny motivace jsou ovlivněny jak vnitřním fyziologickým prostředím, tak interakcemi v našem sociálním prostředí. Motivace je reakce na předchozí zážitek odměny, který přináší optimistické ladění a navození příjemného stavu (Atkinson, 2003). Obecně lze říci, že motivace a motivační rozhovory v kombinaci s psychoterapiemi jsou nejlepším prostředkem v úspěšné léčbě závislosti a podporují rovněž adekvátní resocializaci (Berglund, Thelander, Jonsson, 2003).

Neschopnost člověka ovládat se ve vztahu k alkoholu však není otázkou slabé vůle, ale je to znakem závislosti. S tímto jevem se dá bojovat právě ***změnou motivace*** jiným lepším směrem. Po nějaké době abstinence člověk zjistí, že bez alkoholu se mu žije lépe. K tomu postačí, když i nadále bude ve své abstinenci setrvávat a mírně se doléčovat. Tento jev se však děje jen u několika málo osob. Proto je vhodné ujasnit si přehled negativních a pozitivních motivací. Negativní motivace se týkají značných nevýhod požívání alkoholu. Patří sem špatný stav tělesného i duševního zdraví, od oslabení imunitního systému až po vznik epilepsií a nádorových onemocnění. Součástí jsou i nepříjemné emoční stavy, halucinace až delirium nebo také alkoholová demence. Dále sem patří i negativní sociální vztahy, hádky, osamělost. Mnohdy také nedostatek peněz, které jsou většinou vydány jen za alkohol, špatný životní styl a postupně i ztráta zaměstnání. Pozitivní motivace vede k abstinenci, což se projevuje jako zlepšení stavu ve všech uvedených oblastech. K její

udržení tedy postačí změna životního stylu i změna sociálních poměrů (Nešpor, 2006). Motivace je tedy prostředkem dosahování a uspokojování svých stanovených cílů. Pomocí motivace se utváří i chování jedince, kdy je potřeba silného motivu, vysoké pravděpodobnosti dosažení základního cíle a jedincovo vlastní přesvědčení (Nakonečný, 1996).

Motivace je chápána jako stav připravenosti na změnu a touha po dosažení této změny. Samotný terapeut může podpořit tuto motivaci ke změně základními postupy. Mezi ty patří **předávání** rad a povzbuzování vedoucí ke změně, což může mít významný vliv na klienta. V další fázi je to objevování a **odstranění překážek**, které mohou stát v cestě k požadované změně. Důležitým terapeutickým postupem je také **volba výběru**, která má zásadní vliv na klientův postoj. Ten má mít vždy možnost se sám a svobodně rozhodnout, čímž získá pocit vlastní účasti na volbě změny. Důležité je si uvědomit, co tato změna přinese a jaký z ní bude mít jedinec prospěch. V této souvislosti hovoříme o **atraktivnosti změny**, jelikož jejím nástrojem je **snižování přitažlivosti** stávajícího chování. Jde především o to, najít důvod proč chce klient setrvat ve svém chování a následně mu tento důvod zprotivit. Mezi nástroje změny motivace patří i vlastnosti terapeuta, který má být především **empatický** a má poskytovat **zpětnou vazbu** klientovi**.** Tím se mu dává najevo našeho zájmu o jeho osobu a problém. Zpětnou vazbou se však rozumí i taková, kterou si poskytuje klient sám sobě formou vlastního sebehodnocení, které je utvářeno i **dosahováním** stanovených a reálných **cílů**. Tyto cíle si klient s terapeutem vytyčil a jejich dosahování významně přispívá k samotné změně. Neposledním nástrojem motivace klienta je **aktivní pomoc**, která je typická zájmem o klientovy dosažené změny. Jde o podporu a posílení odhodlanosti klienta v jeho cestě ke změně (Miller, Rollnick, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 HLAVNÍ DETERMINANTY ÚSPĚŠNÉ RESOCIALIZACE ŽEN ALKOHOLIČEK

Tento výzkum je zaměřen na úspěšnou resocializaci žen alkoholiček, které jsou v doléčovacím programu v P-centru v Olomouci. Hlavním cílem práce je ***deskripce průběhu resocializace od doby ukončení ústavní léčby z pohledu žen.*** Výzkumný problém se zaměřuje na to, jak se vůbec abstinující ženy alkoholičky začleňují opět do běžného života.

Toto téma jsem si zvolila zejména proto, že výzkumem i teorií navazuji na svou bakalářskou práci, kdy jsem se zabývala alkoholismem žen a zajímaly mě především souvislosti a motivace. Zabývala jsem se příčinami závislosti, jejím průběhem a také průběhem léčby v ústavní psychiatrické léčebně. Tímto výzkumem tedy navazuji na léčbu a zaměřuji se na resocializaci abstinujících žen alkoholiček do běžného života. Alkoholismus žen je stále společností tabuizován, nemluví se o něm často a mnohdy ani samy ženy si nechtějí připustit, že s alkoholem mají problém. A je to zejména tím, že ženský alkoholismus vytváří jakési společenské stigma, kdy žena selhává ve svých sociálních rolích. Pokud se však již o ženském alkoholismu hovoří, tak se zpravidla autoři těchto článků zabývají jen samotnou závislostí, ale už se příliš nezmiňují o možných nápravách. Mnoho žen tedy neprojde ani ústavní léčbou a jen minimum z nich se odhodlá pro doléčování. Praxe je většinou taková, že v určitých fázích alkoholismu samotná léčba nestačí a je třeba poskytnout ženám bezpečné prostředí a pomoci jim se startem do „nového“ života, kdy se musí naučit aplikovat nový životní styl, který jim pomůže k návratu do běžné společnosti.

4.1 Výzkumný cíl a dílčí výzkumné otázky

Výzkumný cíl je zaměřen především na ***způsob, jakým se abstinující ženy alkoholičky opět začleňují do běžného života.*** Chci tedy zjistit, *co vedlo ženy k rozhodnutí pro doléčování* a *jakým způsobem probíhá v doléčovacím centru proces resocializace z pohledu žen*. Dále mě zajímá, *jaký ženy vnímají rozdíl mezi ústavní léčebnou a doléčovacím centrem* a také *jejich současné a budoucí strategie a plány ohledně svého začlenění do běžného života*.

4.2 Druh výzkumu

Tento výzkum je pojat kvalitativně, proto umožňuje se danou problematikou zabývat více do hloubky. Mým záměrem bylo přijít do neformálního a bližšího kontaktu

s respondentkami a více porozumět oblasti mého výzkumného zájmu. Pro výzkumné oblasti osobní anamnézy i průběhu resocializace je, podle mého názoru, vhodnější osobní kontakt, kdy je mnohdy zapotřebí empatie. Osobní kontakt mi umožnil navození důvěrnější atmosféry a zároveň jsem získala od respondentek podrobnější informace, kterým jsem mohla lépe porozumět.

Při tomto typu výzkumu je klíčová práce se slovem a textem (Švaříček, Šeďová et al., 2007), kdy jsem zpracovávala data získaná z rozhovorů. Základním cílem kvalitativního výzkumu je nové porozumění problému, hledání příčinných souvislostí a rozvíjení nových teorií (Hendel, 2008).

4.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybírán záměrně a tvoří jej 4 ženy [2] z doléčovacího centra v P-centru v Olomouci. Mým původním záměrem bylo získat kontakt na 4 ženy z kroměřížské léčebny, se kterými jsem dělala výzkum v bakalářské práci, ale bohužel se mi tento vzorek žen nepodařilo udržet. Kontakt jsem měla celkem na 3 ženy z původního výzkumného vzorku, ale navázala jsem ho pouze se 2 z nich. Přičemž jedna paní opět propadla silné závislosti a nebyla schopná vnímat ani reagovat. A druhá paní zase nebyla ochotná se mnou mluvit. Původně se měl tedy tento výzkum skládat ze 6 žen: 4 ženy z P-centra a 2 po absolvování ústavní léčby v Kroměříži.

Pro tento výzkumný vzorek byla rozhodující kritéria mých požadavků, kdy muselo jít o ženy se závislostí na alkoholu, které jsou v doléčovacím centru. Cíleně jsem oslovila vedoucího z doléčovacího centra v P-centru v Olomouci, který mi poskytl možnost setkání se s klienty doléčovacího programu a sesbírání potřebných respondentek. S těmito jsem se potom na rozhovorech domlouvala individuálně přes e-maily nebo mobilní telefon.

[2] Jména respondentek jsou smyšlená z důvodu zachování anonymity a rovněž pro lepší orientaci v datech

- Karla, 53 let, středoškolské vzdělání ukončené maturitou, rozvedená, má 2 dcery. Alkohol pravidelně konzumuje od svých 21 let, zásadní zlom a také rozvoj závislosti vznikl v roce 1993. První léčba v roce 2001, poté se léčby opakovaly, bylo jich celkem 13. Poslední léčba byla v roce 2011.

- Eva, 28 let, středoškolské vzdělání ukončené maturitou, svobodná a bezdětná. Alkohol pravidelně konzumuje od svých asi od svých 15 let, postupně se přidaly i drogy. Zásadní zlom nastal v roce 2007, první léčba proběhla v roce 2008, poté druhá a poslední léčba a komunita v roce 2010 / 2011.

- Draha, 35 let, vyučená kuchařka, svobodná a bezdětná. Alkohol pravidelně konzumuje asi od 15 let. Zásadní zlom vidí v období svých asi 22 let, kdy se její závislost začala rychle rozvíjet. První léčba byla v roce 2009, poté P-centrum. Následný relaps, detoxikace a léčebna v roce 2010 / 2011.

- Věra, 42 let, vyučená servírka, rozvedená a podruhé vdaná, bezdětná. Alkohol pravidelně pije asi od svých 13 let. Nejvíce se její závislost začala rozvíjet v roce 2009 / 2010. První a zároveň poslední léčba v roce 2011.

4.4 Získání dat

Všechna data jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem si připravila okruhové otázky, týkající se oblastí mého zájmu a podle individuálních rozhovorů jsem se případně doptávala. Většinou však bylo téměř všechno řečeno v průběhu samotnými respondentkami. Všechny ženy měly dostatek času na to, aby se vyjádřily, jelikož termíny i časy rozhovorů byly koncipovány podle časových možností žen. První kontakt se ženami jsem měla díky vedoucímu doléčovacího centra, kdy jsem na jedné z odpoledních skupin oslovila klientky doléčovacího programu P-centra, kterým jsem se představila a řekla o svém záměru i průběhu výzkumu a nechala jim na sebe kontakt. Poté se mi některé ženy ozvaly a domlouvaly jsme se spolu prostřednictvím e-mailů nebo telefonicky. Každý rozhovor byl proveden individuálně a přizpůsoben časovým možnostem každé ženy. První část rozhovoru (tedy anamnéza a průběh závislosti a léčby) byl proveden v červnu. Druhá část rozhovoru (na téma resocializace) se konala v průběhu září. Rozhovory se vždy konaly ve společenské místnosti v P-centru v Olomouci, kde byl vždy absolutní klid. Před samot-

ným rozhovorem jsem všechny ženy seznámila s průběhem a tématem rozhovoru, s podmínkami sběru a vyhodnocením dat. Všechny ženy souhlasily, musela jsem jim však slíbit, že audio-záznamy rozhovorů budou po transkripci vymazány a že sesbíraná data poslouží pouze pro můj výzkumný účel a nebudou nikde konkrétně zveřejňována. Nakonec jsem respondentkám zaslala testy nedokončených vět, které se mi obratem vrátily. Získání respondentek i vykonání rozhovoru bylo časově náročné a jsem ráda, že mi ženy s mým výzkumem ochotně a dobrovolně pomohly.

4.5 Způsob zpracování dat

Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon, s čímž ženy souhlasily avšak s podmínkou následného vymazání. Po komplexním získání obou částí rozhovorů jsem provedla doslovnou transkripci. Z přepisů rozhovorů jsem si vytvořila kazuistiky, které vznikly z první části rozhovorů. Z kazuistik jsem následně vytvořila model, na jehož základě vznikly anamnézy, kdy jsem se zaměřila na životní data a průběh závislosti a léčby. Tento model popisuje 5 základních oblastí, kterými jsem shrnula dosavadní život žen, jejichž průběh byl podobný. Z těchto oblastí jsem poté udělala závěrečné porovnání, shrnutí a vyhodnocení příčin a souvislostí jejich alkoholismu.

Další část rozhovorů je zaměřena na téma týkající se resocializace z pohledu žen. Druhou část rozhovorů jsem zpracovala pomocí otevřeného kódování, kdy jsem jednotlivým částem textu přiřadila konkrétní kódy. Tyto kódy jsem seskupila do několika oblastí, kdy jsem některé kódy různě kombinovala a tím i redukovala jejich výsledný počet. Následně jsem provedla shromáždění souvisejících kódů pod jednotlivé kategorie, přičemž kódy odpovídají stejnému nebo podobnému jevu.
Samotné provedení zapisování kódů v praktické části jsem udělala pomocí redukce prvního řádu, kdy jsem věty „očistila“ od tzv. slovní vaty a méně podstatných informací (Miovský, 2006).

V závěrečné diskuzi shrnuji výsledky rozhovorů, které vznikly ve dvou fázích a tyto poznatky ověřuji pomocí dat získaných podle projektivní metody, a sice podle testu nedokončených vět. Test nedokončených vět mi umožňuje zvýšit validitu získaných dat, kdy jsem si některé informace mohla potvrdit, naopak jiné se dostávaly do rozporu.

5 ANALÝZA DAT – KAZUISTIKY

Na základě přepsaných rozhovorů jsem udělala kazuistiky, z těch následně model, který byl podkladem pro vytvoření anamnéz (kompletní rozhovory, kazuistiky i anamnézy jsou pro svůj větší obsah v příloze na CD). Anamnézy zachycují a popisují dosavadní život respondentek, příčiny a souvislosti s jejich alkoholismem. V této kapitole jsou stručně uvedeny jednotlivé anamnézy a následné shrnutí a vyhodnocení oblastí.

5.1.1 Respondentka 1 (Karla)

Karla má 53 ket, je rozvedená, má 2 dcery a pobírá plný invalidní důchod. Její rodiče s alkoholem nikdy potíže neměli a sama Karla vyrůstala v harmonickém prostředí. První zkušenost s alkoholem měla kolem 15 let na konci 9. třídy. Karla má sestru, se kterou však příliš v kontaktu není, jelikož jí sestra přestala věřit. Po maturitě pracovala jako účetní. S pravidelným požíváním alkoholu začala v době, kdy byla na mateřské a to jí bylo asi 21 let. Tehdy pravidelně se sousedkami popíjely alkohol, kdy se po alkoholu cítila veselejší a uvolněná. Do té doby se svým manželem trávili volný čas zejména cestováním. Její manželství bylo poměrně stabilní a harmonické do doby, než se začala projevovat její závislost. Zásadní zlom nastal v roce 1993, kdy změnila své pracovní působiště. V práci měla zpočátku stresy kvůli novému systému, také na sebe přebírala část pracovních povinností svých kolegů – ti jí za odměnu dávali alkohol. Posléze Karla přestala svou práci stíhat, rovněž péči o domácnost a dcery. Tento fakt ji stresoval stále více, a proto začala alkohol pravidelně nadužívat. Alkohol vnímala jako zdroj rychlého odreagování, uvolnění. Časem se příjemné prožitky začaly přeměňovat na ty negativní – tedy nevolnosti, třesy, špatná pohybová koordinace, deliria, nezájem o svou osobu i rodinu. Alkohol Karlu zcela ovládl. První léčba proběhla v roce 2001, kdy si alkoholismem přivodila epileptický záchvat a následnou operaci mozku. V léčebně vše probíhalo podle Karly klidně a plnila to, co se po ní chtělo. Stále si však nepřipustila, že je alkoholička. Po návratu domů se situace po měsíci začala opakovat. Karla celkem prodělala asi 13 léčeb. V tu dobu se s ní také manžel rozvedl, narušily se její rodinné vztahy, přišla o starší dceru. K poslední léčbě ji přiměla mladší dcera a také lékařské vyjádření o možném úmrtí v důsledku alkoholismu. V současné době má Karla u svých rodičů k dispozici bydlení. Nyní však žije v P-centru a snaží se o začlenění do běžného života. Karla si uvědomila, co všechno kvůli své závislosti ztratila a pociťuje lítost vůči vzniklé situaci.

5.1.2 Respondentka 2 (Eva)

Eva má 28 let, je svobodná a v době konání první části rozhovoru byla na ÚP. Oba její rodiče byli závislí na alkoholu a také byli na léčení. Eva neměla žádné rodinné zázemí a rodiče spolu nevycházeli a často se fyzicky napadali. Její matka se po rozvodu odstěhovala a více se o Evu nezajímala. Otce si našel přítelkyni, která rovněž pila alkohol. Hádky mezi otcem a jeho přítelkyní se neustále stupňovaly. Eva má o více let staršího bratra a sestru, kteří potíže s alkoholem nikdy neměli. Zřejmě proto, že se brzy odstěhovali. První zkušenost s alkoholem měla kolem 10. roku. Od konce 9. třídy pije alkohol průběžně a od střední školy brala i drogy. Z domu často utíkala a jak sama uvádí, diví se, že udělala vůbec maturitu. Zázemí jí tvořila pouze nevhodná sociální parta vrstevníků, se kterými se cítila lépe než doma. Prostřednictvím alkoholu řešila své úzkosti, alkohol ji uklidňoval a necítila se tak smutně. Závislost na alkoholu postupně naplňovala její smysl života. Eva díky své závislosti nikdy neměla dlouhodobou práci. Pracovala jako barmanka nebo prodavačka, také měla brigády v různých koutech České republiky. Největší zlom nastal kolem roku 2007, kdy se závislost projevila naplno. Eva měla vážné zdravotní potíže – silné třesy, nevolnosti, pocení, špatná pohybová koordinace. Ve svých 25 letech absolvovala první léčbu a bylo to na základě jejího rozhodnutí a uvědomění si svojí situace. Uvědomila si, že má vážný problém s alkoholem a že nemá kam jít. Léčba byla zpočátku velmi nepříjemná, zejména pro četné abstinenční příznaky. Posléze se jí tam začalo líbit. Po ukončení léčby se vrátila domů ke svému otci, kde se do 2 týdnů dostavila recidiva. Nyní však byly projevy závislosti mnohem horší a častější, mimo fyzické komplikace a křeče, měla Eva také halucinace, přestala se o sebe starat, měla silné deprese. Po 2 letech nastoupila druhou ústavní léčbu, která měla podobný ráz jako první. Po ukončení léčby bylo Evě doporučeno, aby šla do komunity. Tam zůstala 4 měsíce. Teprve tam začala nějakým způsobem naplňovat svůj volný čas, ale komunita na ni působila dojmem sekty. Vrátila se na krátko do léčebny a posléze šla do P-centra. V současné době nemá Eva kam jít, žije v P-centru a vztahy s rodinou prakticky nemá.

5.1.3 Respondentka 3 (Draha)

Draha má 35 let, je svobodná a v době konání rozhovoru byla na ÚP. Draha měla oba rodiče závislé na alkoholu, její otec na následky alkoholu také zemřel. Manželství rodičů bylo silně disharmonické a Draha často z domu utíkala a potulovala již coby žákyně základní školy. To se projevovalo i na prospěchu ve škole. Tyto problémy se však po smrti otce a

příchodu otčíma stupňovaly. Otčím pil také alkohol a Draha s ním nikdy nevycházela. Má 4 sourozence, 2 bratry a 2 sestry. Starší bratr měl rovněž potíže s alkoholem a byl na léčení, v současné době má rodinu. Obě mladší sestry pily alkohol pravidelně o víkendech, nyní je jedna z nich v zahraničí. O mladším bratrovi se nezmiňuje. První zkušenost s alkoholem měla na konci 9. třídy, od té doby však alkohol konzumovala téměř pravidelně, zejména v době, kdy byla na internátu, když se učila na kuchařku. Alkohol chápala jako řešení její nepříznivé situace a účinek alkoholu ji uklidňoval. Po vyučení pracovala jako kuchařka na základní škole, poté u svých známých v restauraci. Zásadně se situace změnila s nástupem práce v Praze. Jako šéfkuchařka jednoho hotelu měla vysoké příjmy a spoustu zaměstnaneckých výhod a tak trávila volný čas pitím alkoholu, kdy byl alkohol prostředkem společenské zábavy. V tu dobu také vedla poměrně promiskuitní život. Časem ji už nestačilo pít alkohol o volných večerech, ale pila jej i v práci. S tím přišly i první tělesné projevy závislosti jako pocení, třesy, nevolnost. Po 4 letech přešla Do restaurace s kinotékou, kde se její závislost plně rozvinula. Časem pila v práci, kupovala si alkohol domů, do práce chodila pozdě a dělala chyby – to ji také o práci připravilo. Nedbala o sebe. Neměla kam jít, vrátila se domů, kde ji „rodiče“ vyhodili, přítel se s ní rozešel, Draha se pokusila o sebevraždu a to byl okamžik první léčby, Draha měla 33 let. Zpočátku byla léčba velmi nepříjemná, kvůli odvykacím stavům, ale motivem jí bylo, že jí dal přítel druhou šanci. Draha šla po léčbě do P-centra na doléčovací program, který byl pro Drahu úspěšný. Nicméně situace se změnila, když se dozvěděla o tragické smrti přítele. Tehdy došlo u Drahy k relapsu, následné detoxikaci. Poté šla do komunity, kdy začala smysluplně trávit volný čas sportem. Po 4 měsících nastoupila opět doléčovací program v P-centru. V současné době nemá Draha žádné zázemí, žije v P-centru.

5.1.4 Respondentka 4 (Věra)

Věra má 42 let, je rozvedená a podruhé vdaná, nemá děti, v době konání rozhovoru byla na ÚP. Oba rodiče byli závislí na alkoholu, otec potom také na následky alkoholu zemřel. Mezi rodiči panovala agrese a nezájem o Věru. Sama Věra musela od mala čelit násilí a psychickým atakům. Z domu často utíkala. Měla 2 bratry, jeden, kterého měla velmi ráda, zemřel na rakovinu, když měla Věra 20 let. Se druhým bratrem se nestýká, jelikož je také závislý na alkoholu a chováními připomíná otce. Její teta si ji vzala k sobě a Věru vychovala. První zkušenost s alkoholem měla ve svých 13 letech, od té doby užívala alkohol pravidelně, pokud se objevil nějaký problém. Věra se učila na servírku, po vyučení se osamostatnila a od tety odešla. Pracovala několik let v restauraci, kde se seznámila

s bývalým manželem. Manželství po 2 letech skončilo, jelikož Věra byla manželem psychicky i fyzicky týrána a omezována na svobodě. Tehdy začala pít Věra opět alkohol, kdy se jím utěšovala a zaháněla pocity deprese. Po rozvodu se Věra stabilizovala, našla si jinou práci a po 3 letech se opět provdala. Tentokrát bylo manželství poměrně spokojené, Věra měla harmonické zázemí. Nicméně častá samota a nuda přiměly Věru ke zkrácení si času alkoholem. V tuto dobu Věra byla manželovi nevěrná a začala pít alkohol stále víc, kdy si jím léčila svědomí. Věra nechodila do práce, byla sama doma a pila alkohol. O práci tedy přišla. Manžel jí poskytl práci u něj ve firmě, o její nevěře také věděl, ale pomohl jí překonat problémy s alkoholem, tím že s ní trávil více času, věnoval se jí a hlavně Věru hlídal. Nicméně když se situace uklidnila, začal si její manžel hledat milenky a Věra tento psychický tlak neustála a opět sáhla po alkoholu. Situace se vyhrotila před 2 lety, kdy se její manžel odstěhoval k jedné ze svých milenek. V tu dobu se jí zhroutil celý svět, přestala chodit do práce, nedbala o sebe, cítili silnou lítost, měla stavy deprese, také se přidaly fyzické potíže jako pocení, třesy, zvracení. Do léčení Věru přiměla její teta, léčbu popisuje Věra jako něco, co už nikdy nechce zažít, kdy to velmi těžce nesla, měla silné abstinenční příznaky. Psycholog jí doporučil doléčování v P-centru. Nyní má Věra velký dům, kde žila s manželem, ale má strach se tam vrátit. V současné době žije Věra v P-centru.

5.2 Interpretace dat z anamnéz

1) Oblast vzdělání:

Podle konkrétního vzorku můžeme říci, že vzdělání nehraje v závislosti na alkoholu roli. 2 ženy (Draha; Eva) mají středoškolské vzdělání ukončené maturitou. 2 ženy (Draha; Věra) jsou vyučené v oboru kuchařka a servírka. Snadný průběh vzdělávání měla pouze 1 žena (Karla). Ostatní 3 ženy (Eva, Draha, Věra) měly v průběhu svého vzdělávání se potíže buď během základní školy, nebo na střední škole / učilišti.

2) Sociální zázemí:

Tato oblast je nejvýznamnějším činitelem vzniku závislosti, do jisté míry však sehrává roli k možné budoucí abstinenci.

a) matka, otec, sourozenci, dětství

Je patrné, že závislostní chování rodičů do jisté míry poskytuje předpoklad k tomu, že i jejich děti se budou s tímto problémem ve svém životě potýkat. Vztahy s rodinnými příslušníky nepřímo ovlivňují závislost, ale podporují příčiny vzniku. Pouze 1 žena (Karla) měla harmonické a klidné dětství – tu také závislost postihla v pozdějším věku než ženy,

jejichž vztahy v rodině byly velmi narušené (Eva; Draha; Věra). Tyto 3 ženy měly oba rodiče závislé na alkoholu, kdy manželství rodičů i jejich dětství bylo doprovázeno fyzickými a psychickými útoky. 3 ženy (Eva; Draha; Věra) popisují své dětství jako otřesné a z domu také často utíkaly. Otcové 2 žen zemřeli na následky alkoholu (Draha; Věra). Matky 2 žen se o ně v jejich dětství ani později nezajímaly (Eva; Věra). Sourozenci 2 žen (Draha; Věra) měli nebo mají rovněž potíže s alkoholem. U Evy je třeba brát ohled na to, že její sourozenci jsou o 10 let starší a brzy se od rodičů odstěhovali.

b) partnerství / manželství / rodičovství

Na základě zjištění z našeho vzorku můžeme říci, že vztah s partnerem do jisté míry sehrává roli na příčině závislostního chování, ale rovněž abstinující partner může být motivem pro abstinenci. Pouze 1 žena (Karla) nevidí příčiny své závislosti v partnerství, ale kvůli stresům v práci. Rovněž pro ni manžel ani její dcery nebyli dostatečným motivem pro abstinenci. Pro 1 ženu (Věra) byl bývalý manžel důvodem jejího poměrně závislostního chování, rovněž byl pro ni současný manžel, stejně jako pro druhou ženu (Drahu) přítel, motivací k jejich abstinenci. Musíme však brát v potaz partnerský vztah a okolnosti. Zjištění tragického úmrtí partnera vyvolalo u Drahy relaps. U Věry vyvolalo závislostní chování manželovo promiskuitní chování a odstěhování se. Pouze 1 žena (Eva) partnera neměla.

c) vztahy s blízkými osobami / sociální prostředí

Sociální prostředí výrazně ovlivňuje příčinu závislosti i její průběh. Zejména potom vztahy s vrstevnickou, nebo jinou (pracovní) sociální skupinou. Všechny 4 ženy (Karla; Eva; Draha; Věra) pily, respektive začaly pít, alkohol se svými spolužáky nebo jinými vrstevníky. 3 ženy (Eva; Draha; Věra) utíkaly z domova a potulovaly se s kamarády, jelikož situace a podmínky v rodině byly téměř neúnosné. 3 ženy (Eva; Draha; Věra) měly velmi těžké podmínky v době dětství a dospívání. Příčiny vzniku své závislosti vidí právě v dětství. Jejich rodiče byli na alkoholu závislí a o své děti se příliš nestarali. Tyto vztahy v rodině ovlivňují mimo jiné i průběh vzdělávání, hodnotový systém i trávení volného času. Pouze 1 žena (Karla) měla dětství, vztahy s rodinou i s manželem harmonické do doby, než se projevila její závislost.

3) Hmotné zázemí

a) práce

Nároky v práci vyvolávající stres a rovněž tak tolerance alkoholu na pracovišti závislostní chování jen podporují. Nejvýznamnější příčinou vzniku alkoholové závislosti byla pro 1

ženu (Karlu) práce. Zpočátku měla v práci potíže, poté začala přebírat některé pracovní úkony za své kolegy a nestíhala práci svoji. Rovněž druhá žena (Draha) ve své práci alkohol pila, zejména v práci, která byla časově náročná a k alkoholu měla snadný a benefitní přístup. Pouze 1 žena (Eva) dlouhodobou práci neměla, protože si ji neudržela kvůli své závislosti. Zrovna tak i další žena (Věra) o svou práci posléze přišla kvůli alkoholismu.

b) bydlení

2 ženy (Eva; Draha) neměly téměř žádné hmotné zajištění, Evě tento stav zůstal. Draha si své zázemí vybudovala v době práce v Praze, nicméně se o své zázemí připravila díky závislosti. V současné době se nemají kam vrátit. 2 ženy (Karla; Věra) sice mají kde bydlet, ale zůstat tam nechtějí. Karla má bydlení u rodičů, ale ráda by se osamostatnila. Věra má vlastní dům, ale nechce tam zůstat sama – má obavy ze svého budoucího chování. Také příjem peněz významně ovlivňuje konzumaci alkoholu – čím více financí má závislá osoba k dispozici, tím více pije. Nicméně pokud finance dojdou, pijí alkohol horší kvality, který je levnější.

4) Oblast volný čas

Volný čas můžeme v tomto našem případě chápat jako determinant, jehož prostřednictvím je závislost podporována. Opět se trávení volného času odvíjí od mnoha činitelů, přes rodinné vztahy, osobní hodnoty a vrstevnické skupiny až po náročnost práce. Všechny 4 ženy neměly žádné zájmy ani záliby a alkohol jim mnohdy sloužil k vyplnění volného času. 2 ženy (Eva; Draha) pravidelně trávily svůj volný čas převážně ve společnosti svých vrstevníků a pily alkohol. 1 žena (Karla) zpočátku svůj volný čas vyplňovala rovněž popíjením alkoholu se svými vrstevníky. Posléze si krátila svůj volný čas tajným požíváním alkoholu doma. 2 ženy příliš volného času neměly (Draha; Věra) kvůli časově náročné práci. Nicméně Věra většinou pila alkohol sama, bez přátel a vrstevníků. 3 ženy (Karla; Eva; Draha) neuměly adekvátně trávit svůj volný čas. Pouze 1 žena (Věra) byla schopná trávit svůj volný čas jinak do doby, než se začala sama doma nudit.

5) Oblast závislost a léčba

a) příčiny, vznik a průběh závislosti

Na základě zjištění z našeho vzorku můžeme říct, že 3 ženy (Eva; Draha; Věra) vidí svou primární příčinu závislosti již v dětství, kdy jejich rodinné vztahy byly narušeny a kdy rodiče byli na alkoholu rovněž závislí. 2 ženy (Karla; Věra) rovněž mají příčinu své závislosti v pocitu samoty a nudy, kdy obě bývaly poměrně často samy doma. 3 ženy měly také náročnou práci – ať už časově nebo jinak, často se proto alkoholem uklidňovaly. Vznik

závislosti se u 3 žen (Eva; Draha; Věra) začal vyvíjet kolem jejich 15 let, kdy od tohoto věku pravidelně užívaly alkohol. Pouze 1 žena (Karla) začala svou závislost vytvářet kolem 21. roku. Avšak časové mezníky společné nejsou – Karla začala alkohol nadužívat na mateřské, posléze v práci. Eva začala v průběhu střední školy. Draha nejvíce začala užívat alkohol v době lukrativního zaměstnání v Praze. Věra nejvíce užívala alkohol v době prvního manželství a posléze i v průběhu manželství druhého. Průběh závislosti je u 3 žen (Eva; Draha; Věra) téměř stejný, tedy naučená reakce na problém z původního rodinného prostředí. Všechny 4 ženy (Karla; Eva; Draha; Věra) uvádí, že se po alkoholu cítily lépe, veseleji a nemyslely tolik na věci, které je tížily nebo stresovaly. V alkoholu hledaly nějaké řešení nebo únik. Postupně však začaly přicházet nepříjemné stavy, které bylo možno zahnat pouze dalším užitím alkoholu. Všechny ženy měly zdravotní potíže v průběhu jejich závislosti a nejčastěji se objevovala nevolnost, špatná pohybová koordinace, nezájem o okolí a vlastní osobu, pocity beznaděje a smutku, třesy, pocení.

b) počet léčeb, průběh a důvod k léčbě

Nejvážnější situace je u Karly, která prošla celkem 13 léčbami, kdy se recidivy opakovaně v pravidelných intervalech navracely. Nejméně léčeb, tedy „jen“ 1 léčbu absolvovala Věra. Eva byla na léčbě 2x, poté 1x v komunitě. Draha byla 2x v léčebně a 1x v komunitě, také byla již jednou v doléčování, ale došlo k relapsu, když se dozvěděla o smrti svého přítele. 3 ženy (Eva; Draha; Věra) popisují průběh léčby, respektive počátky v léčebně, za otřesné a nepříjemné. 2 ženy (Eva; Draha) se pro léčbu odhodlaly samy, jelikož neměly žádné zázemí, neměly práci a neměly se kam vrátit – uvědomily si svůj problém a léčebna pro ně byla jakýmsi východiskem z nepříznivé situace. Karlu k léčbě vždy přesvědčil lékař a poslední léčba proběhla i díky její mladší dceři a také lékařskému upozornění na možné úmrtí. Věra se k léčbě odhodlala na popud své tety. 2 ženy (Eva; Draha) chtějí žít běžný život a začít znovu. Věra šla do léčení především proto, že se nechce cítit jako „odpad“ jak sama uvádí a chce se s tímto problémem vypořádat. Karla šla do léčení kvůli strachu z úmrtí.

5.3 Shrnutí

Závěrem můžeme říci, že nejčastější příčinou vzniku závislosti na alkoholu u žen jsou nevhodné sociální podmínky a především rodinné vztahy v dětství. Stejně jako narušené a negativní rodinné vztahy na úrovni k rodičům nebo partnerům. Samotnou intenzitu i průběh závislosti ovlivňují i sociální skupiny, zejména tedy vrstevnické. Rovněž závislost rodičů dává predispozici k budoucí závislosti dětí. Mezi příčiny se rovněž řadí pracovní

potíže, kdy je práce mnoho, nebo příliš pokynů – zkrátka takové pracovní potíže, které vyvolávají stres kvůli času. Také to, že se ženy cítí být samy, nebo pocit nudy a nenaplněného volného času. Mezi důvody léčby můžeme, na základě výzkumného vzorku, řadit bezvýchodnost a neřešitelnost aktuální situace, zdravotní potíže a komplikace, narušené rodinné a sociální vztahy, nebo pocit lítosti a křivdy vůči sobě i blízkým. Všechny tyto 4 ženy byly zařazeny do programu doléčování v P-centru.

Za zmínku také stojí, že příčiny vzniku závislosti, jako i důvod k léčbě, se téměř shodují s původním výzkumným vzorkem žen z kroměřížské léčebny a můžeme tedy potvrdit závěry, které vyšly i v mé bakalářské práci (Dudová, 2010).

6 ANALÝZA DAT – KÓDOVÁNÍ

V další části výzkumu jsem pracovala pomocí otevřeného kódování. V textu jsem hledala významné informace, kterým jsem přiřadila konkrétní kódy. Tyto kódy jsem posléze sepsala a seskupila do několika oblastí. V těchto oblastech jsem kódy různě kombinovala a tím i snižovala jejich výsledný počet. Zredukované kódy jsem shromáždila do jednotlivých kategorií, přičemž u některých kategorií jsem vytvořila i podkategorie. V neposlední řadě jsem samotné okódované věty nebo části vět zredukovala od tzv. slovní vaty.

Seznam 14 kategorií:

- ***Rozhodnutí***
  a) informace o doléčování
  b) motiv pro doléčování
- ***Příchod a přijetí***
- ***Atmosféra (prostředí)***
- ***Vzájemné interakce***
- ***Zaměstnanci DC***
  a) práce
  b) přístup
- ***Režim dne***
- ***Reakce na alkohol***
- ***Postoj k sobě sama***
  a) aktuální
  b) budoucí
- ***Sociální zázemí***
  a) partner
  b) děti
  c) rodiče
  d) sourozenci
- ***Hmotné zázemí***
  a) bydlení
  b) práce
- ***Volný čas***
- ***Záblesky z minula***
  a) sny
  b) reakce na minulost
- ***Léčebna***
- ***Strategie a plány***
  a) sociální zázemí
  b) hmotné zázemí
  c) volný čas
  d) budoucí strategie a plány

6.1 Otevřené kódování

6.1.1 Rozhodnutí

Tato kategorie je rozdělena na 2 podkategorie, kterými jsou: informace o doléčování a motiv pro doléčování.

Informace o doléčování tvoří kódy: doporučení k doléčování, přátelská rada, možnost doléčování, důvod doléčování, touha vrátit se

Motiv pro doléčování tvoří kódy: touha změnit život, uvědomění si situace, cena života, motiv, atraktivita jako motiv, pochopení souvislosti, budoucí plán, výjevy z minulosti

V této kategorii je pozornost zaměřena na to, jakým způsobem se ženy o možném doléčování dozvěděly a co je přimělo k následnému doléčování.

Podkategorie – *informace o doléčování:*

Respondentky se o možnosti doléčování zpravidla dozvěděly v ústavní léčebně, kde jim byla tato možnost většinou nabídnuta (K9): *„Mi to nabídli v léčebně, … tam mi to doporučila paní primářka.“* (V241): *„… oni mi to nabídli v Brně a říkám, bylo to pro mě lepší, než se přímo z léčebny vrátit dom.“* (E112): *„… Olomouc, každý říká, že to je pěkný město. Navíc tady nikoho neznám, nikdo nezná mě.“* (D195): *„Tak já jsem tady byla už předtím. Poprvý mi to bylo nabídnuto v Jihlavě…“* U této respondentky je patrná míra spokojenosti, jelikož se po relapsu rozhodla vrátit opět do P-centra (D196): *„A teď jsem se sem chtěla vrátit. Nějakou dobu jsem tady už žila, znám to město, mám tady garanta.“* Avšak zároveň je patrná jakási spolehlivost doléčovacího programu na základě informací od známých nebo přátel (K10): *„… navíc jedna moje spolupacientka bývalá tady taky byla a říkala, že jedině Olomouc jí pomohla, … teď ona úspěšně abstinuje.“* (E113): *„A navíc, co jsem se tak bavila, tak každý to P-centrum jako chválil. Má to prostě dobré jméno.“*

Podkategorie – *motiv pro doléčování:*

Hlavní rolí v motivu pro doléčování je změna vlastního života, kdy respondentky touží po trvalé změně jejich životního stylu, pokud možno s trvalou platností. Uvědomily si totiž, kam by je závislost mohla přivést a rovněž pochopily jisté životní souvislosti (K13): *„… vidím jako motivaci … já chci žít normálně, to už nebyl život.“* (K28): *„Chci žít normálně a mít lepší život, chci změnit sama sebe.“* (K14): *„Já jsem celý ten život promarnila.“* (E115): *„…já jsem to brala jako cestu k nějakému samostatnému životu a k normálnímu životu.“* (D180): *„… uvědomila jsem si, že jsem neměla kam jít, nechtěla jsem padnout na*

úplný dno.“ (V230): *„Rozhodla jsem se, že začnu znovu a jinak.“* (E129): *„… jsem si jeden den uvědomila, že chci ještě žít a že to zkusím…“* (E116): *„Protože kdybych se z léčebny vrátila k nám do vesnice, tak už jsem asi na léčení zas.“* Tato respondentka mimo jiné uvádí jako motiv i možné riziko, pokud by se z léčebny vrátila domů (V242): *„Co tam? Neměla bych práci a zase bych tam byla sama.“* Pro Věru je však výstrahou i obraz její matky (V258): *„… začaly se mi vybavovat vzpomínky z dětství a v podstatě jsem si připadala jako moje vlastní matka, kterou nesnáším za to, jak celý život chlastala.“* Také vlastní atraktivita je pro ženy motivujícím faktorem (D181): *„… nechtěla jsem, aby se ze mě stala nějaká vypitá troska.“* (V238): *„… vím, že už se nechci cítit jak odpad a vypadat jak socka. To ne.“* Draha si za jeden z motivů pokládá i péči o své rodiče (D15): *„… mám teďka domov u rodičů a oni potřebují moji péči. Do teďka se starali oni, takže já bych jim to měla nějakým způsobem vrátit.“*

Z této kategorie vyplývají velmi podobné a často se opakující motivy u všech respondentek. Tyto motivy byly stěžejní pro rozhodnutí k doléčování a jedná se zejména o touhu po lepším životě, stejně jako uvědomění si a pochopení situace. Avšak pro Drahu a Věru sehrál roli i jistý pud sebezáchovy, kdy si chtěly nějakým způsobem nabýt svou atraktivitu. Také je zřejmé, že respondentkám byla nějakým způsobem nabídnuta možnost následné péče. Všechny se o doléčovacím centru dozvěděly právě z léčebny, ale také z rozhovoru s přáteli. Jak se zdá, P-centrum má mezi lidmi dobré jméno, což dokazuje i fakt, že Draha se mermomocí chtěla po svém minulém klopýtnutí vrátit pouze do P-centra.

6.1.2 Příchod a přijetí

Tuto kategorii tvoří následující kódy: první průzkum prostředí, pravidla přijetí, následný příchod, radostné přijetí, průvodce centrem, přátelství, známé prostředí

Zde se zaměřuje pozornost na samotný příchod a průběh přijetí do doléčovacího programu. (K1): *„Já jsem tady byla nejdřív jeden den se podívat, takže jsem viděla, jaké je tady to prostředí…“* (K2): *„… takže jsem nejela úplně do neznáma.“* (K3): *„… přijetí bylo úplně senzační, všichni mě vítali s úsměvem … hned mi bylo nabídnuto tykání.“* (K4): *„… takže jako s personálem jsme si začali tykat hnedka … a s těma spolubydlícíma.“* Karla měla skutečně velmi příjemný dojem ze svého příchodu do P-centra, ostatně jako další respondentky. Avšak pro doléčování je nutné splnit kritéria, mezi která patří okamžitý nástup po ukončení ústavní léčby a rovněž předem schválené doporučení (K70): *„… tady chtějí doporučení z léčebny. V léčebně jenom musíte podepsat, že souhlasíte s tou léčbou. Tady mu-*

sí přijít člověk čistý, po celé 3 měsíční léčbě a musí mít doporučení." Stejně situaci hodnotí i zbylé respondentky (E103): *„Já jsem tady samozřejmě měla poslanou žádost prostě to se musí. To právě musí být prokázané, že máš 3 měsíce abstinence, takže léčba nějaká a teprve jdeš sem."* (D197): *„… jsem si poslala žádost …"* (V255): *„… z Brna jsme poslali žádost, oni ji tady schválili a volali, kdy jako můžu dojít."* (V256): *„Tady se mě ujala přímo paní ředitelka, provedla mě, řekla mi nějaký domovní řád, dala mi pokoj a odpoledne jsem se seznámila s dalšíma lidma…"* (E102): *„Tak jsem přišla vlastně tady za sociální pracovnicí. Ta mi ukázala, kde mám pokoj, řekla co a jak. A pak jsem se představila tady lidem."* (D280): *„… přijala mě tady sociální pracovnice... Vyplnily jsme nějaký papíry, ubytovala jsem se a představila se na odpolední skupině."* (D198): *„Já jsem tady byla už jako doma. Zase jsem dostala stejný pokoj, co jsem měla poprvý…"*

Tato kategorie je zaměřena tedy především na proces příchodu a přijetí do programu následného doléčování. Pokud jsme si v první kategorii naznačily, co vedlo ženy k rozhodnutí pro doléčování, v této kategorii začínáme sledovat již samotný proces resocializace z pohledu žen. Všechny respondentky shodně popisují pravidla, která je nutné splnit před samotným nástupem do programu. Za povšimnutí stojí fakt, že respondentky se mohou dopředu seznámit s prostředím P-centra a rovněž se shodují na přívětivém jednání ze strany zaměstnanců. Naše ženy byly přijímány ženami pracujícími v P-centru, v čemž vidím jistý záměr ze strany pracovníků. Rovněž velmi otevřený přístup ke klientkám, jež je naznačen nabídkou tykání.

6.1.3 Atmosféra (prostředí)

Tato kategorie vznikla na základě následujících kódů: rodinné prostředí, domácí prostředí, pocit svobody, důvěra, spokojenost, pouto k domovu

V této kategorii se zaměříme na to, jakým způsobem klientky vnímají prostředí P-centra (K67): *„Je to tady víc rodinné … Tady se všichni známe."* (D214): *„… tady fungujeme jako rodina…"* (V246): *„Tady je nás míň, to je o hodně lepší."* (D200): *„Tady jsou poměrně mladí lidi v kolektivu a je to takovej domov."* K pocitu rodinného prostředí přispívá i důvěra, která zde panuje (D201): *„Tady se můžu svěřovat, když mám nějakej problém."* (K68): *„Tady se všichni známe a můžu si dovolit tady říct všechno."* Atmosféra se zdá být jako velmi harmonická a samotný fakt rodinného prostředí však nezapříčiňuje přehnanou semknutost (jak tomu bývá v některých komunitách), naopak se vyznačuje potřebným množstvím volnosti, které je nezbytné pro samotnou resocializaci (E146): *„… tady ale*

žiješ …“ (D218): *„… tady se potkáváme třeba jen na těch skupinách, nebo na chodbách.“* (K69): *„Toto je prostě doléčování, tady můžeme chodit do práce, ven, na nákupy.“* (K87): *„Já jsem tady spokojená a určitě jsem udělala dobře, že jsem tady šla.“* Věra se k otázce prostředí staví poněkud s nadsázkou, jelikož v porovnání s ostatními klientkami má svůj domov (V250): *„… že by se mi tady líbilo, to taky říct nemůžu, doma je doma …“* (V251): *„Ale prostředí je pěkný, i lidi jsou tady fajn. Jako já si nemůžu stěžovat.“*

Na základě tvrzení našich respondentek můžeme říct, že prostředí v P-centru je poměrně harmonické a stabilní. Nejčastěji se o něm klientky zmiňují v souvislosti s pocitem rodinného prostředí a pocitem důvěry [3]. Avšak panuje zde také osobní svoboda a neomezování, což jsou důležité faktory pro vznik úspěšné resocializace. Celkově naše ženy hodnotí prostředí v P-centru kladně.

6.1.4 Vzájemné interakce

Kategorie byla vytvořena pomocí těchto kódů: sounáležitost, členství, přátelské vztahy, společný cíl, pozitivní vztahy, tolerance, nalezení přátel

Ústředním motivem této kategorie je to, jaké jsou vztahy zejména mezi uživateli P-centra, ale rovněž i mezi pracovníky, z pohledu respondentek (K5): *„… se spolubydlícíma tady je jako sranda, povykládáme si.“* (E147): *„… tady je obrovská podpora a jiný přístup lidí…“* (V262): *„… všichni se tady radují z úspěchů…“* (D199). *„… s personálem vycházíme výborně. Tady si všichni tykáme …“* (E144): *„Navíc tady pracují lidi, kteří jsou jako kámoši…“* (K11): *„tykáme si tady, tady je všecko v pořádku…“* (K12): *„… máme dobrou partu, pomoc tady je.“* (K6): *„… všichni jsme tady, že chceme něco dokázat…“* (K7): *„… tak nás to spojuje …“* (V247): *„… a navíc máme tady stejný cíl, chceme žít normálně a začít znovu.“* (E110): *„… tady je to v pohodě, tady je asi tak 12 lidí v programu…“* (V261): *„navíc tady vidíte různý životní příběhy a uvědomíte si, že v tom nejste sama…“* (D189): *„Mně tady nejvíc asi pomohlo, že jsem v tom nebyla sama…“* (K8): *„Někdo mi třeba říkal, že by sem vůbec nešel, že tady jsou i feťáci, ale mně to vůbec nevadí. Taky je to jako typ závislosti.“* (V264): *„… tady se seznámíte a s někým jsme si na sebe vyměnily čísla…“*

Můžeme vidět, že vztahy mezi klienty P-centra jsou velmi dobré a vyznačují se silným společenstvím. Panuje zde psychická podpora nejen ze strany zaměstnanců, ale i samot-

[3] Tomuto faktu přispívá i to, že v doléčovacím programu P-centra je ubytovací kapacita 12 osob

ných klientů P-centra. Pocit sounáležitosti a společný cíl jsou tedy nejvýznamnějšími veličinami v této oblasti. Všechny respondentky vnímají vztahy na přátelské a poměrně významné úrovni.

6.1.5 Zaměstnanci DC

Následující kategorie se skládá ze dvou podkategorií, kterými jsou práce a přístup. Podkategorie *práce* vznikla z kódů: práce terapeutů, důraz na individuální přístup, klubové aktivity, princip doléčování, přínos pracovníků, přechodné zázemí

Podkategorie *přístup* je tvořena kódy: upřímnost, empatie, přátelské svěřování, skupinové svěřování, přístup zaměstnanců, uznání

V této kategorii je kladen důraz na význam práce zaměstnanců s klienty P-centra z pohledu našich respondentek. Rovněž je zde zaměřena pozornost na přístup ke klientům a jsou zachyceny především poznatky žen z výzkumného vzorku. Kategorie zaznamenává rovněž osobní význam a přínos pro respondentky.

Podkategorie – *práce:*

(K24): *„Terapeutům říkám jen, co mě trápí a že to jsou moje výčitky a furt se babráme v té mojí minulosti … zkoušíme, co vidím dopředu … jsem si představovala, co vidím do budoucna.“* (K60): *„… tady ti terapeuti jsou lepší, víc se bavíme o těch mých pocitech…“* (D191): *„Mám velkej užitek jako ze zaměstnanců tady. Ti mi pomohli snad se vším.“* (K64): *„… hodně mi tady pomáhají ti terapeuti a sociální pracovnice.“* (E143): *„… tady mi pomohli v té sociální oblasti …“* (V243): *„… tady vám jako pomůžou se vším a přechod do nového života je takový přirozenější…* Je zřejmé, že respondentky si práce zaměstnanců P-centra velmi váží a jsou pro ně přínosem. Zejména se zmiňují o formách psychoterapie a pomoci v sociálních oblastech. (K81): *„Tady máme ty terapeuty k dispozici každý den … každý máme svého terapeuta, ale když tu není, tak můžeme jít za jiným…“* (E142): *„… garanti tady o víkendu nebo v noci nebývají, ale můžu jim zavolat. Toto je velký přínos.“* Také dvě respondentky považují za velmi přínosné, že mají možnost kdykoliv a téměř neomezeně kontaktovat své terapeuty – garanty. Ovšem za velmi významnou veličinu považují respondentky také individuální přístup zaměstnanců (V253): *„Mně pomohli … když potřebuju, tak si spolu sednem a povídáme si … a hledáme to nejlepší východisko.“* (D190): *„… mně tady nejvíc asi pomohl individuální přístup…“* (D216): *„… tady je to takový, že řekneš svůj názor, co tě trápí…“* (K44): *„My jako 1x týdně míváme individuálně pohovory, kde se snažíme přijít věci na kloub…“* (V254): *„… můj garant mi dává i soukromé psychoterapie když potřebuju…“* (V265): *„Navíc mi garant nabídl, že se kdykoli na*

něho můžu obrátit, když bude nějaký problém.“ (D202): *„… když si nevím rady s něčím, tak mi poradí sociální pracovnice.“* (K66): *„Tady je to lepší, individuální pohovory.“* V P-centru je také kladen důraz na adekvátní využívání volného času a podporu motivujících podnětů, jak mohou klienti svůj volný čas trávit (E109): *„V úterý je zase odpoledne klub, to je jako nějaká zájmová činnost.“* (K76): *„… každé úterý míváme klub … tam se třeba domlouváme, že budeme hrát ping-pong, nebo jsme hráli na hřišti plážový volejbal, nebo výlet na kole … vyprávíme si o knížkách nebo hrajeme role jiných lidí.“* (V267): *„… je tady ještě klub, kde děláme různý program, třeba volejbal nebo nějaký výlet.“* Respondentky shrnují práci terapeutů a princip doléčování následovně (V268): *„… funguje to tak, že si tady povídáme a rozebíráme různý situace a bavíme se o tom, co nás všechny trápí.“* Navíc Eva velmi výstižně doplňuje, že (E108): *„Tady je člověk vlastně od toho, aby si našel práci, bydlení a vyrovnával se s tím, co přináší běžný den.“* (E117): *„… toto je šance na pozvolný přechod k normálnímu žití a tady má člověk podporu obrovskou s čímkoliv…“* (D212): *„P-centrum je pro mě dobrý v tom, že vlastně člověk, když si nevěří po tý léčbě, tak vlastně má kam jít … můžeš se tady doléčovat…“*

Podkategorie – *přístup:*

Respondentky oceňují upřímný přístup zaměstnanců (V260): *„… tady si můžu otevřeně s kýmkoli pokecat o tom, co mě trápí nebo co mě štve.“* Zejména vyzdvihují přístup zaměstnanců a zapojení klientů ve skupinách (V263): *„… tady se máte s kým poradit … na skupinách si vyslechnete názory jiných…“* (D210): *„… každej si tady řekne, co by chtěl vyřešit … vo tom mluvíme … víc si to rozebírám…“* (D209): *„… poslechnu si příběhy jinejch lidí a snažím se jim nějak poradit.“* Karla také doplňuje i jiné skupinové aktivity (K74): *„Vždycky probíráme předešlý den a pak plány jakoby na dnešek. Svěřujeme se s problémy…“* K plánům se rovněž vyjadřuje Eva následovně (E106): *„… je dobré, že si řekneš, že uděláš to a to a zajdeš tam a tam. To tě tak aktivuje.“* (K78): *„To si jako povídáme a jednáme o problémech jiných a hodnotíme se navzájem. Dáváme si zkušenosti…“* (K79): *„Je tady větší důvěra … každý se nám věnuje maximálně.“* (D203): *„Já si tady nestěžuju. Můžu říct, že doléčovák tady je pro mě nejlepší.“* (D192): *„… taky jsem si uvědomila nebo ujasnila spoustu věcí…“* Eva také oceňuje vstřícný přístup sociální pracovnice (E111): *„… je tady supr sociální pracovnice, která ti se vším pomůže a navíc si tady můžeš volat zadarmo na věci, které jsou důležité.“* (V252): *„Tady jsou strašně hodný lidi. Hodně nám pomáhají všem.“* (D213): *„… to je tady taková opora a pomůžou nám tady všechno*

vyřídit.“ (E114): *„To má prostě dobré jméno … myslím, že si to tady zaslouží mít dobré jméno.“*

Celá tato kategorie pojednává tedy o práci zaměstnanců a přístupu ke klientům. Avšak pro nás je důležité, jak tyto veličiny vnímají samotné respondentky. Nutno dodat, že obě podkategorie se lehce prolínají. Respondentky si velmi váží práce i samotného přístupu zaměstnanců k nim, avšak nadmíra individuálního přístupu ve mně evokuje otázku, zda si ženy nenavyknou na okamžitou pomoc při vyskytnutí nějakého problému? V tomto osobně shledávám „kámen úrazu“. Podle výpovědí můžeme vidět, že největším podílem práce zaměstnanců jsou psychoterapie a také případná pomoc sociální pracovnice. V P-centru panuje pozitivní atmosféra a respondentky se zde cítí bezpečně a dostává se jim pravidelné podpory, která spočívá v podněcování a aktivizaci jejich plánů a resocializace.

6.1.6 Režim dne

Kategorie vznikla dle kódů: denní rytmus, denní plán, povinnosti, hodnocení vlastní situace, porušení pravidel, sankce

Podle předchozí kategorie by se mohlo zdát, že v P-centru není téměř žádný denní režim a že se nemusejí dodržovat pravidla, což by mohlo překážet v nově naučeném způsobu života. Opak je pravdou, výstižně a podrobně se zmiňuje Karla (K73): *„… ráno vstanu kolem 7., ranní hygiena, snídaně … když nejdu na brigádu, tak si uvařím kafe a uklidím si. V 8 začíná ranní skupina, která není povinná jen pro ty, co chodí do práce. Každé pondělí a středu je skupina v 8 ráno a v 5 odpoledne. V úterý ráno je klub a jinak každý den je v 8 ranní skupina, kromě víkendů.“* (K77): *„ … pondělí a středa jsou ty skupiny, na které musíme chodit. Ty jsou do 5 do půl sedmé.“* Zcela stejně se vyjadřuje i Draha (D208): *„… víkendy a svátky máme volný, ráno je skupina každej den…“* Věra se vyjadřuje k ranním skupinám (V266): *„… tam si jako říkáme, co budeme dělat a tak různě.“* Eva doplňuje, že (E107): *„… v pondělí odpoledne jsou komunity.“* Účast na veškerých skupinách je nutná, pokud si mezitím respondentka nenašla práci (D211): *„… když máš práci, tak chodíš do práce, to nemusíš na ty skupiny.“* Eva se vyjadřuje o povinné účasti podobně a mimo jiné dokresluje náplň ranních skupin (E104): *„… tam každý řekne, co dělal ten den před tím…“* (E105): *„… a plán na dnešek.“* (K80): *„… musíme všude chodit včas…“* Karla také popisuje, v čem spočívá plán (K75): *„To si jako sama udělám. Že jdu třeba k lékaři, na nákup a na brigádu.“* (K82): *„Taky si 1x za 2 týdny děláme hodnocení.“* (K83): *„To jsou takové jako body, na které odpovídáme. Jako třeba finance, rodina, chutě, volný čas, vztahy a tak.*

Taky si píšeme, co se nám povedlo za uplynulou dobu … a co plánuju na dalších 14 dní.“ Karla se také zmiňuje o sankcích (K42): *„… musela jsem psát elaborát jako trest, protože jsem tady nenahlásila včas, že jdu na noční směnu.“* (K43): *„To byl můj trest … Tady se jako takové tresty dávají za porušení něčeho. To bylo lehké porušení samozřejmě.“*

Pravidla, povinnosti i rytmus den je pevně daný a musí se striktně dodržovat. Čímž vzniká u respondentek disciplinovanost a pevný řád každodenních povinností. Každé nedodržení pravidel je sankcionováno a respondentky se učí plánovat si svůj čas a den dopředu. Denní povinnosti v rámci P-centra bývají uvolňovány, pokud právě v době konání je respondentka v práci. Vidíme tedy, že P-centrum má mimo vstřícný přístup zaměstnanců i pevný řád. Ten se však může měnit podle aktuálního pracovního začlenění každé z našich respondentek. Tento fakt ovlivňuje i náplň volného času, kterým se budeme zabývat v následující kategorii.

6.1.7 Reakce na alkohol

Tato kategorie je utvořena následujícími kódy: postoj k alkoholu, nedůvěra v sebe sama, rozpor, myšlenky na alkohol, uvědomění si situace, vybavení si minulé reakce, respektování pravidel

V této kategorii se zaměříme především na to, jakým způsobem se změnil postoj respondentek k alkoholu a tedy i k jejich závislosti.

Věra se zdá být poměrně vyrovnaná v otázce alkoholu, který konzumují jiní lidé (V234): *„… ne, zatím mi to nijak nevadí. Mně jako ten chlast nechybí, když jsem teď celkem spokojená, tak nemusím pít.“* Avšak míra pochyb stále přetrvává a zdá se, že Věra má stále myšlenky na alkohol (V232): *„… mě tak někdy napadne, že bych si dala večer skleničku vína, ale spíš jen tak na uvolnění, ne na opití se.“* (V233): *„Rozumíte mi, jen tak si to vychutnat. Ale zatím mi pití jako tak vůbec nechybí.“* A tady se dostáváme k rozporu, který v sobě Věra nese – na jednu stranu uvádí, že alkohol jí nechybí, na stranu durhou jí v myšlenkách přetrvávají chutě. Naopak Draha nabývá pocitu, že v současné době je dostatečně silná a alkohol s ní v její přítomnosti nic nedělá (D187): *„Už mi ani tolik nevadí, když vidím jiný lidi, jak pijí… Minulou neděli jsem byla s jednou kámoškou a jejím přítelem na Flóře v restauraci, von si dal 2 piva a vůbec nic mi to nedělalo.“* Komplikovanější situace však nastala u Evy, která v rozmezí první a druhé části našeho rozhovoru zrelapsovala po návštěvě v původním prostředí. Jak sama uvádí, tato situace nastala v době návštěvy na Valašsku, kde se setkala s dřívějšími přáteli v „jejich“ hospodě. Automaticky si dala víno, bez

toho aniž by nad tím uvažovala. Situaci a celý problém zlehčovali i její „staří“ známí, kteří ji pobízeli a utvrzovali, že pro jednou se nic nestane. Po chvíli se začaly dostavovat silné výčitky svědomí a myšlenky, měla strašný pocit. Poté už nepila. Celou noc nemohla spát, protože se jí hlavou honily myšlenky o tom, jak hazardovala se svým „novým“ životem že všechno své úsilí mohlo přijít vniveč. V současné době se k alkoholu staví s jistým odstupem, avšak na otázku, zda jí vadí alkohol v její přítomnosti, reaguje (E119): *„Já nevím jako. To vidím prostě pořád někoho, hlavně přes léto jsou zahrádky plné… Tak on člověk to tak musí brát. Nebo jako že už to není, moje jako záležitost nebo tak.“* Sama uvádí, že chutě jsou u ní spuštěny „starými“ vzpomínkami (E120): *„To spíš vyvolají nějaké vzpomínky – jako když třeba vidím ty staré místa a tak.“* Karla vidí jako úspěch, že si neplánuje koupi alkoholu (K33): *„… všechny ty léčebny byly jako fajn, ale tam jsem si to plánovala potom, že si koupím to pití. Tady mě to zatím ani nenapadlo.“* Avšak si stále příliš nevěří (K34): *„… jen mám strach, abych to vydržela potom.“* Na druhou stranu vzpomíná, jaké zdravotní kompilace jí závislostí vznikly (K35): *„… já jsem měla úzkostné depresivní stavy a tak. No vidíte, co všecko jsem si vypěstovala alkoholem?“* Alkohol u druhých osob jí nijak nevadí (K48): *„Když někoho vidím, tak to by mi jako nevadilo.“* Na druhou stranu si však sama přiznává, že má někdy myšlenky na alkohol, avšak tají se tím (K56): *„… já jsem nikomu neřekla, že třeba někdy mám chuť napít se – jako vyloženě jen tu chuť. Většinou tak třeba, když přijdu z práce nebo když nemůžu spát. Je to asi takový ten reflex z minula.“* Avšak svými myšlenkami se cítí být ohrožena, zřejmě tedy její myšlenky mají nemalý význam, a jak se zdá, na alkohol myslí velmi často (K51): *„Mně nevadí, když pije někdo druhý – to už mi je jedno, ale mi vadí to, že těma myšlenkama jsem nebezpečná sama sobě.“* (K52): *„Jako brzdí mě ta povinnost a zodpovědnost, že nesmím si to koupit a i svědomí.“* Je evidentní, že Karla přemýšlí nad situací, která by opět mohla vzniknout (K53): *„Jako ty výčitky a zase všechno… Ne, ne. A moje všecky plány a to, všecko by to bylo v prdeli. Já bych to zase začala všechno vzdávat.“* Ale sama sebe uklidňuje tím, že (K54): *„Já si myslím, že je to záblesk z minulosti.“*

Jak se zdá, reakce na alkohol a samotný postoj vůči němu se liší. Nejvíce je s ním srovnaná zřejmě Draha a Eva, tedy nebýt toho relapsu. Avšak za úspěch lze považovat fakt, že si Eva včas uvědomila situaci a tu neprodleně řešila. Nyní je vůči alkoholu zaujímá poměrně vyrovnaný postoj. Nicméně ačkoliv by se mohlo zdát, že Věra také zaujímá vůči alkoholu realistický a vyrovnaný postoj, opak je pravdou. V podstatě je na tom stejně, nebo velmi

podobně, jako Karla – obě ženy totiž mají myšlenky na alkohol a do budoucna jej zcela nezavrhují.

6.1.8 Postoj k sobě sama

Kategorie se skládá ze dvou podkategorií, kterými jsou *aktuální* je tvořena kódy: poslední šance, nízké sebevědomí, nedůvěra v sebe sama, víra, přání, pochopení situace a problému, postoj k sobě sama, sebehodnocení, vlastní prozření, pocit úspěchu, naplnění očekávání Podkategorie *budoucí* vznikla z kódů: nedůvěra v sebe sama, vlastní nejistota, nejistá budoucnost, postoj k sobě sama, přání, víra v sebe sama, změna hodnot, vyšší sebevědomí, osamostatnění se

V této kategorii se zabýváme vlastním postojem ke své osobě našich respondentek, tedy zjišťujeme, jaké je jejich hodnocení vůči své osobě a čím jsou tyto postoje utvářeny. Kategorie byla záměrně rozdělena na postoje aktuální a budoucí, byť se poměrně prolínají. Přesto jsou patrné náhledy respondentek na svůj aktuální a budoucí postoj k sobě – přičemž budoucí postoj je formován spíše negativisticky, jelikož se některé respondentky obávají budoucnosti.

Podkategorie – *aktuální*:

Všechny 4 ženy vidí současné doléčování jako svou poslední šanci k lepšímu životu (K31): *„Toto je moje poslední možnost.“* (D185): *„… další léčba by neměla význam. Buď to zvládnu teď, nebo už nikdy.“* (E130): *„… teď se mi nabídla jako druhá šance…“* Podobně jako Eva vnímá svou situaci i Věra (V236): *„… beru to jako obrovskou pomoc a druhou šanci, kterou jsem dostala…“* Karla se i ke konci svého doléčování sužuje výčitkami svědomí (K71): *„No jako výčitky mám, ty jsou pořád a těch se jako v životě nezbavím, ale myslím si, že se na ty výčitky budu dívat jinak, když budu normální, když budu žít jinak.“* Avšak zdá se, že Karla má velmi protichůdné postoje vůči sobě samé, spíše není o svém jednání přesvědčená (K20): *„Já si nevěřím, já říkám, co bych chtěla, ale já nevím, co bude.“* (K22): *„Momentálně doufám, že to dokážu. Já bych to moc chtěla dokázat.“* (K25): *„… vím, co chci, ale nejsem si jistá, jestli to zvládnu…“* (K27): *„Asi jsem padavka. Vždycky jsem se všeho bála.“* Naproti tomu Draha i ostatní respondentky si věří a některé jsou na sebe hrdé (D166): *„… cítím se teď fajn a věřím si.“* (D184): *„… věřím, že to zvládnu, jsem nastartovaná dobře…“* (D182): *„… vím, co bych chtěla a snad se mi to i daří.“* (D188): *„Teď jsem si sama sebe začala víc vážit a mám radost z každýho úspěchu.“* Draha svůj dobrý pocit hrdě uzavírá (D221): *„… udělala jsem dost velkej pokrok…“* Respondentka

Věra je přesvědčená, že už pít alkohol nebude (V235): *„… já si věřím a vím, že když budu chtít, tak to zvládnu a já chci.“* (V239): *„… v celým životě jsem měla různý etapy a doufám, že tohle byla ta poslední…“* (V237): *„… po nějaké době jsem si začala uvědomovat hodně věcí a zkusila jsem si poskládat svůj život…“* Podobně svou situaci hodnotí i Karla (K45): *„… já už jsem si to začala uvědomovat a vím, kde mám problém. … doufám, že se to povede.“* (V240): *„… jsem tady přišla s tím, že mi tady pomůžou naučit se žít jinak. A myslím, že to funguje.“* (V277): *„… byla jsem strašně hodná na všechny a sebe jsem zanedbávala… teď se dávám dohromady a cítím se mnohem líp.“* (E131): *„… během krátké chvíle jsem se postavila na svoje nohy…“* (E132): *„… zatím se to daří a dokonce mě to i baví.“*

Podkategorie – *budoucí*:

V této podkategorii je patrný spíše záporný postoj ke své osobě z pohledu našich respondentek, zejména pak paní Karly (K26): *„Já to tak moc chci, že si opravdu nevěřím, že bych toho mohla dosáhnout.“* (K21): *„Já si nevěřím … říkám, co bych chtěla, ale nevím, co bude.“* (K23 + K46): *„… moc bych to chtěla dokázat … doufám, že se to povede.“* Obavy z nejisté budoucnosti má i Draha (D167): *„… někdy mám strach, abych to vydržela… „* Eva si uvědomuje svůj problém a snaží se zaujmout adekvátní stanovisko (E138): *„… alkoholička jsem byla, jsem a budu. Musím se s tím naučit žít.“* (E151): *„… ale chci to všechno zvládnout, beru to jako šanci, kterou jsem dostala výměnou za to, že jsem se rozhodla žít.“* (V269): *„… určitě už nechci být jak troska…“* (V259): *„… a taky jsem si řekla, že bych se měla začít chovat jinak, hlavně teda k sobě … myslet taky trochu víc na sebe…“* Z této kategorie vyplývá, že zejména Karla má značné rozpory v přístupu k sobě sama a spíše říká věci, které by chtěla, ačkoliv není dostatečně přesvědčená o své silné vůli. Draha je na sebe pyšná, jelikož se jí daří žít život bez alkoholu a doufá, že jí to vydrží i nadále. Podobný přístup má k sobě i Věra, která se snaží nějakým způsobem přehodnotit svůj dosavadní postoj k sobě a věří, že zvládne žít život bez alkoholu. Ovšem nejlépe je na tom Eva, která zaujímá zcela realistický postoj k sobě a svému problému, se kterým poměrně úspěšně bojuje, což se projevuje v jejím novém životě, který je podle ní úspěšný. Všechny respondentky vnímají doléčování jako poslední šanci k nalezení cesty k novému a lepšímu stylu života.

6.1.9 Sociální zázemí

Kategorie je opět pro přehlednost rozdělena na několik podkategorií, kterými jsou *partner* a tvoří ji kódy: silné emoce k partnerovi, bezmoc, vztah k manželovi, pověření se, partner, změna rodinného stavu. Dále je to podkategorie *děti*: aktuální vztah s dcerami, vlastní budoucí prognóza, komunikace, povzbuzení. *Rodiče*: vztah s matkou, příčina odchodu z domu, všechno zlé je k něčemu dobré, vztah s otčímem, vztah s rodinou, komunikace. *Sourozenci*: negativní postoj sestry, vztah se sourozenci, komunikace.

Kategorie se zabývá interakcemi v oblasti sociálního zázemí a všímá si, nakolik se změnily vztahy respondentek s jejich rodinnými příslušníky a jinými blízkými osobami.

Podkategorie – *partner*:

Karla se doposud nesmířila s rozvodem se svým manželem a stále má vůči němu i celé této situaci velmi silné emoce a nepřipouští, že by se s nějakým mužem mohla ještě seznámit (K17): *„… já jsem měla manžela ráda a takový už nebude nikdo …“* (K18): *„… já bych třeba chtěla ho, ale to nepůjde…“* Naproti tomu Věra se naopak rozvést chce a touží tím docílit klidnějšího života (V224): *„… změnil se můj vztah k manželovi, zjistila jsem, že už je mi jedno, když mi něco napíše…“* (V227): *„Taky teď řeším rozvod, protože takhle dál žít nemůžu. To by k ničemu nevedlo.“* Draha se již s novým partnerem seznámila, avšak jejich vztah je teprve na začátku, ale i přesto se mu Draha svěřila (D159): *„… jsem poznala ve fitku jednoho, no kamaráda…“* (D168): *„… jenom něco málo… mám strach, že by se mohl leknout… Já jsem mu jen řekla, že jsem dřív víc pila, že jsem se odstěhovala z Tábora a že abstinuji.“* Eva se také právě seznámila (E101): *„Zrovna dneska jdu na rande, tak uvidíme.“*

Podkategorie – *děti:*

Tato podkategorie se týká paní Karly, jelikož její vztah s dcerami je pro ni velmi významný (K16): *„… s mladší jsme v kontaktu spolu pořád…“* (K88): *„… my spolu mailujeme nebo voláme, teď mi psala, že cítí, že jsem tady spokojená a že to k něčemu bude.“* (K89): *„Ona mě nabíjí takovou energií a optimismem.“* (K16): *„… s tou mladší si denně mailujeme a ta starší jako nemá nezájem. Jen někdy odepíše.“* Ale jejich vzájemný vztah se přeci jen o trochu posunul kupředu (K57): *„S tou starší jsem v kontaktu už trochu víc, ale je to takové jako…“* Nehledě na relativně pozitivní vztah s mladší dcerou se Karla obává budoucích reakcí obou dcer (K19): *„… dcery taky jednou budou mít svou rodinu a nebudou mi chtít dát vnouče do ruky…“* Trochu nabývám dojmu, že Karla se hodlá příliš fixovat na

svou mladší dceru, která pro ni tvoří povědomý „záchytný bod“. Avšak je otázka, co se s Karlou stane, jakmile si dcera najde partnera a začne žít svůj život.

Podkategorie – *rodiče:*

Pokrok udělala Eva, která se svou matkou začala komunikovat (E98): *„S máti jsem se srovnala, jako psychicky to všechno už zvládám. Už to neřeším … třeba k ní teďka někdy zajdu na návštěvu, už si celkem rozumíme, ale trvalo to hodně dlouho.“* Vztah k otci se významně nezměnil (E99): *„… tatík má pořád tu semetriku.“* (E100): *„Ale asi díky ní jsem odešla a teď mám svůj život, nový život.“* Naopak u Drahy se žádné významné změny neudály (D174): *„Do Tábora můžu jezdit jen na návštěvy, když nebude nevlastní otec doma … “* (D176): *„… můžu jet jen za mámou na návštěvu.“* (E179): *„… sem tam si zavoláme … máma je ráda.“* Věra je v kontaktu pouze se svou tetou a sestřenicemi (V257): *„… ty mi volají a taky se na mě těší.“*

Podkategorie – *sourozenci:*

Paní Karla sice v kontaktu se svou sestrou je, avšak zaujímá vůči Karle negativní postoj (K30): *„… sestra jako už na mě zanevřela, ona mi už ani neřekne jménem … Ona mě úplně zavrhla.“* To paní Draha je v poměrně dobrém vztahu s některými ze svých sourozenců, byť v méně častém kontaktu (D177): *„Jsem v kontaktu hlavně se starším bráchou, ale ten má svoji rodinu. Jedna ségra vycestovala do zahraničí, druhá ségra ani nevím ani mladší brácha…“* (D178): *„Sem tam si zavoláme, napíšeme maila.“*

Paní Karla má chová stále silné emoce ke svému bývalému manželovi a doposud se nevyrovnala s rozvodem. Do budoucna si tudíž nepřipouští možnost jiného vztahu. Draha a Eva se v průběhu své resocializace seznámily s novými partnery a zdá se, že se začíná „rodit“ nový vztah u obou. Naproti tomu paní Věra se smířila se svou situací, se kterou se snaží vyrovnat a jako jediné východisko vidí právě rozvod. Co se týče dětí, tak paní Karla je stále v dobrém vztahu se svou mladší dcerou, ale i kontakt s dcerou starší je častější, než tomu bylo doposud. Vztah Karly ke svým rodičům se nijak výrazně nezměnil, ani vztah Věry ke své matce. Draha je stále v občasném kontaktu se svou matkou, avšak otčímovi se raději hodlá vyhýbat. To paní Eva urovnala vztah s matkou, se kterou je nyní v kontaktu a vztah k jejímu otci je stále stejný.

6.1.10 Hmotné zázemí

Tato kategorie se dělí na dvě podkategorie, přičemž první podkategorie *bydlení* je tvořena kódy: soukromí, vlastní bydlení, prodloužení programu jako řešení, změna prostředí, uvědomění si situace, pochopení rizika. A podkategorii *práce* tvoří kódy: brigáda, pracovní uplatnění, pracovní začlenění, pracovní nasazení, úspěch, pracovní neúspěch, vyhýbající strategie, riziková situace, uvědomění si situace, ideální práce

V této kategorii se budeme zabývat tím, zda a jak se změnilo hmotné zázemí našich respondentek.

Podkategorie – *bydlení*:

Karla stále bydlí v P-centru a jiné bytové podmínky zatím nemá, zřejmě si je ani hledat nechtěla, jelikož se hodlá vrátit domů do Ostravy, pouze se vyjadřuje k bydlení v P-centru (K91): *„… já jsem na pokoji sama…“* Rovněž ani Věra nechce zůstat v Olomouci, ale pomýšlí na změnu svého bydlení (V229): *„… ten dům je krásný, ale pro mě příliš velký… Stejně jsem tam žila sama v nějakém blbém očekávání…“* (V225): *„… podívám se na jeden dům. Já jsem si totiž na internetu tady našla, že se prodává mezi Holešovem a Bystřicí domek.“* V podobné situaci se nachází i Draha, která však v Olomouci zůstat chce (D169): *„… já jsem si to tady prodloužila, protože nemám kam jít.“* (D170): *„To bych musela jet směr Tábor. A to bylo zase stejný.“* Nejlépe je na tom i v této oblasti Eva, která si již vlastní bydlení našla (E92): *„Bydlím v podnájmu v bytě.“*

Podkategorie – *práce*:

Co se týče pracovní sféry, tak by se dalo říct, že téměř žádný úspěch nezaznamenala paní Draha, která však pracovní nabídky měla, ale dokázala si včas uvědomit riziko (D158): *„… našla jsem si práci v cukrárně, ale to byla jen brigáda… Takže jsem zase bez práce.“* Ačkoliv najít si práci v jejím oboru (kuchařina) by neměl být problém, Draha tuto práci odmítá (D161): *„… všechno je to v restauracích a tam já nechci, protože tam je všude alkohol a to jsou spouštiče.“* (D163): *„… našla jsem si práci tady v Olomouci, nastoupila jsem do restaurace a tam si kuchař dal přede mnou panáka … kvůli tomu jsem to ani nevzala…“* (D164): *„Ne, že bych si nevěřila, ale nechci to pokoušet a navíc ani nechci dělat kuchařinu v restauraci.“* (D162): *„Já bych chtěla tak nějakou jídelnu, třeba ve škole. Nebo klidně i něco jinýho.“* To Karla si práci našla, je to sice pouze brigáda, ale je nutno brát ohled na její zdravotní stav a také na fakt, že pobírá plný invalidní důchod (K40): *„Taky jsem si našla brigádu v Kauflandu – zrovna včera jsem byla na noční brigádě a to byl úklid.“* I

Věra si našla práci, ale opět počítá s tím, že v Olomouci nezůstane (V226): *„Tady jsem si zatím našla práci jako prodavačka v jednom sportovním obchodě, ale nemůžu tady zůstat, právě kvůli zvířatům.“* Eva si práci našla a prožívá pocit radosti i úspěchu (E94): *„… už mám práci ve strojírenství, tam dělám jakoby ve skladě na příjmu a výdeji zboží … Teď se tam budu učit něco jiného…“* (E152): *„… jsem v práci většinou 6 dnů…“* (E93 + E97): *„… za 4 měsíce jsem si dokázala našetřit 16 000… to je poprvé v životě! Fakt mám radost a baví mě to všechno.“*

Na základě této kategorie můžeme vidět, že nejlépe si ve své resocializaci vede Eva, která si našla práci i bydlení a je velmi spokojená, prožívá radost z vlastních úspěchů. Věra práci má, ale v Olomouci zůstat nechce, tudíž si chce najít bydlení i práci v okolí svého domova. Draha zatím stálou práci nemá, nemá ani vlastní bydlení a také proto si prodloužila program v P-centru. V Olomouci však zůstat chce. Karla má občasnou brigádu, ale chce se vrátit zpět domů.

6.1.11 Volný čas

Kategorii tvoří kódy: hledání práce, cesta k budoucímu zázemí, sport a pohybová aktivita, čtení, móda, hudba, kultura ve dvou, sebevzdělávání

V této kategorii se zaměříme na to, jak ženy v doléčovacím centru tráví svůj volný čas. 3 ženy z našeho výzkumného souboru si našly práci, pouze Draha ji stále nemá, a proto svůj volný čas vyplňuje především hledáním adekvátního zaměstnání (D204): *„Hledám práci, dívám se na netu na práci…“* Podobně je na tom i Věra, která sice práci má, ale předpokládá, že v ní do budoucna nezůstane (V231): *„Hledám bydlení v tom našem kraji a taky se dívám na nabídky práce. To je asi tak všechno.“* Všechny 4 ženy se však ve svém volném čase věnují pohybovým aktivitám, ať už rekreačním nebo aktivnějším (E155): *„Sem tam si zajedu na výlet, nevadí mi, když chodím sama.“* (K38): *„… chodím ven na procházky. Taky jsem se přihlásila na takové to cvičení na protahování…“* (V279): *„…chodím na ten powerplate a to mě teda baví, je to prďácké.“* (D157): *„Cítím se fajn, začala jsem chodit pravidelně do fitka.“* (D206): *„… někdy běhám, jezdím na bruslích…“* Jak vidíme, sportovní aktivity si do volného času zahrnula každá žena, avšak s ohledem na věk, zdravotní stav nebo počet hodin volného času v týdnu. Avšak 3 respondentky tráví volný čas i jinak, víceméně relaxačně (K36): *„… teď jsem se trochu začala zajímat o módu…“* (K38): + (K39): *„… jako hodně čtu časopisy… čtu ty různé časopisy pro ženy.“* Módní trendy sleduje i Draha (D205): *„… dívám se na netu na módu…“* (E153): *„Někdy vyrazím do*

obchodů a něco si koupím nového.“ (E154): *„Taky ráda čtu a poslouchám hudbu. Líbí se mi Kryl.“* Draha tráví svůj volný čas také s kamarádem (D160): *„… někdy spolu chodíme ven, projít se, do kina…“* Karla uvádí, že se učí novým dovednostem s počítačem (K41): *„… učím se různé věci s počítačem, dívám se třeba na internet na různé věci.“*

Z této kategorie jasně vyplynulo, že nejvíce se všechny respondentky věnují sportu a pohybovým aktivitám. Dále se také 2 ženy zaměřují na hledání práce a 3 ženy se zajímají o módu. Volný čas tedy tráví ženy z výzkumného souboru převážně aktivně. Avšak je nutné brát v potaz, kolik hodin z týdne ženám zbývá na volnočasové aktivity.

6.1.12 Záblesky z minula

Kategorii jsem opět rozdělila na dvě podkategorie. Je to podkategorie s názvem *sny* a tvoří ji kódy: noční můry, obava ze snů, noční můry na ústupu, minulé noční můry, klidné spaní, síla nevědomí. Druhá podkategorie se jmenuje *reakce na minulost* a zahrnuje kódy: vybavení si minulé reakce, pochopení souvislosti, silné minulé prožitky, smíření se s minulostí. Tato kategorie vznikla proto, že všechny respondentky měly nebo mají sny o alkoholu, což je projevem jejich nevědomí, které v sobě může odrážet minulost, ale i touhu, nebo současný postoj k problému. Dále nás zajímá, zda například „staré místa a situace“ vyvolávají nějaké pocity u našich respondentek.

Podkategorie – *sny*:

Paní Karla přiznává, že se jí o alkoholu pravidelně zdává (K72): *„Strašně často … Mně je strašně, já se probudím… Nebo že třeba piju a hned se probudím. Ale i tak jsem zpocená jak hrom a už si řeknu – už zase! To je hrozné. Nebo se mi zdává, že to schovávám.“* Rovněž Draha mívá sny o alkoholu (D193): *„… zdávají… Dřív se mi zdávalo častěji, teď ale občas taky…. Vidím před sebou lahev na nočním stolečku a váhám… Sedím na posteli před tím stoleckem s tou flaškou a koukám na ni a pak se probudím šíleně zpocená.“* (D194): *„Mám v tom snu pocit strachu, abych se nenapila… To by taky mohla bejt suchá recidiva… Vždycky se probudím a jsem ráda, že jsem se nenapila.“* To Věře se také zdávají sny o alkoholu, ale rovněž o svém dětství a manželovi (V274 + V275): *„… někdy se mi zdá o celé té situaci, o mém dětství, o manželovi… Taky se mi zdá i o samotným chlastu … nedělá mi to dobře, většinou se probudím ... dívám se z okna a přemýšlím … mám strach znovu usnout.“* (V276): *„Ty sny jsou takový divný, nevím. Bývají strašně živé. Ale zdá se mi o tom pořád míň a míň.“* Eva také mívala noční můry tohoto rázu, ale v současné době se jí

už nezdávají (E139 + E140): *„Teď už ne. Dřív celkem jo, to taky bylo hrozné. To jsem se vždycky probudila a vůbec jsem nevěděla, co je.“*

Podkategorie – *reakce na minulost*:

(K49): *„… dřív, když jsem šla do obchodu, tak u pokladny tam mají vystavený chlast a vždycky jsem si vzpomněla, co jsem vždycky dělala … naskládala jsem si nákup do velké kabelky a dala jsem si tam i tu flašku.“* (K50): *„Teďka se mi to taky vybavuje, ale už ne tak často.“* Karla přiznává, že se jí vybavují okamžiky a minulé reakce i v současné době, kdy si tajně kupovala alkohol. Evu také pohltily minulé reakce v původním prostředí, kdy přijela na návštěvu domů a během pár chvil zrelapsovala,aniž by nad situací přemýšlela. Nyní se Eva se svou minulostí smířila (E156): *„… asi to tak všechno mělo být … já jsem si tím prošla a jsem asi ráda.“* Draha ví, že se nemůže natrvalo vrátit domů (D175): *„… tam by se mi vracely vzpomínky na bejvalýho přítele, na dětství a tak.“* (D219): *„Teď mám na všechno jiný názor a nejradši bych si za všechno nafackovala. Spoustu věcí se nemuselo stát.“*

Z této kategorie vyplývá, že všechny respondentky měly nebo stále mají sny o alkoholu, které je však děsí. Avšak podle výpovědí je zřejmé, že čím více je žena se svým problémem vyrovnaná a daří se jí v konkrétních životních oblastech, tím se jí méně často tyto sny zdají. Navíc osobní zkušenost nebo předpoklad návratu do minulého prostředí si 3 respondentky dokázaly uvědomit a svůj život podle toho směřují.

6.1.13 Léčebna

Kategorie se skládá z kódů: důvod, vyhovění a podřízení, nezájem o budoucnost klienta, příkaz poslechnout, množství padlých duší, špatná vlastní zkušenost, učit se – učit se – učit se, upírání svobody

V této kategorii se pokusíme zjistit, zda a v čem ženy vnímají rozdíl mezi doléčovacím centrem a léčebnou.

Všechny respondentky mají v podstatě podobný názor na léčebnu – tedy negativní. Karla například poukazuje na fakt, že dělala jen věci, které od ní byly vyžadovány (K62): *„… v léčebně to bylo spíš kvůli zdraví…“* (K63): *„Tam jsem se všechno naučila a dělala jsem, co se po mně chtělo…“* (K65): *„… říkala jsem jenom ty naučené fráze a žvásty, že budu plést a chodit na zahrádku a jezdit na kole – krávoviny. To byly fráze a věty, které ti psychologové tam rádi slyšeli.“* Podobně situaci hodnotí i Draha (D215): *„… tam do nás cpali nějaký rozumy, který se každej učil jak básničku.“* Věra také upozorňuje na mnoho osob,

které nechtěly se svou závislostí bojovat (V245): *„… je tam hodně lidí, kteří se ani nechtějí pokusit o snahu začít žít normálním životem…“* Léčebnu hodnotí jako (V244): *„… to je jako nějaký sanatorium, kde musíte něco dělat, musíte dělat, co se vám řekne…“* (E145): *„V léčebně do tebe furt cpou prášky a říkají, co máš a nesmíš, řekneš jim nějaké ty poučky.“* (E148): *„Tam ti nikdo jako nepomůže. Tam si jenom člověk udělá nějaký náhled a je to na tobě.“* (V248 + V249): *„… ta léčebna to je takový peklo a mučení. Vůbec se mi tam nelíbilo.“* (D217): *„Tam se navíc vůbec nemáš šanci dostat k práci, jako najít si práci. To nejde. Tam jsme byli 24 hodin všichni spolu.“*

Je patrné, že v léčebně musely naše respondentky říkat věty, které samy ani necítily a nebyly o nich přesvědčeny. Říkaly je jen proto, aby se zavděčily personálu. Vesměs postoje vůči léčebně jsou negativní, avšak je podstatné si uvědomit, že léčebna není doléčování a mnozí klienti prodělávají v léčebnách abstinenční příznaky a musejí si zvykat na jiný režim. Obecně však můžeme říct, že respondentky jsou více spokojené v doléčovacím centru.

6.1.14 Strategie a plány

Kategorie je tvořena několika podkategoriemi, jimiž jsou *sociální zázemí* s kódy: přání a plány jako motivace, nová naděje, změna rodinného stavu. Podkategorie *hmotné zázemí* je tvořena kódy: přání pracovat, pracovní flexibilita, vlastní zázemí. Podkategorii *volný čas* tvoří kódy: studium, sportování, čtení. Podkategorie *budoucí strategie a plány* je tvořena kódy: postup řešení problému, přání a plány, rozhodnutí zůstat, pokračování v abstinenci, vyhýbající strategie.

Tato kategorie je zaměřena zejména na předpokládané budoucí počínání našich respondentek. Především na jejich budoucí plány, strategie a cíle.

Podkategorie – *sociální zázemí*:

Karla si přeje trávit více času se svou mladší dcerou (K58): *„… té mladší se chci věnovat víc. Říct jí všechny svoje pocity…“* Karla má nyní své největší přání, jakmile ukončí program (K90): *„Jet k rodičům, obejmout je a pohladit, navštívit dceru.“* Draha nyní doufá, že se jí podaří konečně usadit (D223): *„Snad to všechno vyjde s tím novým řekněme přítelem, chci mít rodinu, asi jako každá ženská. Chci mít dítě nebo děti a dát jim nějaký rodinný zázemí.“* Věra chce uzavřít svůj nevydařený vztah s manželem (V271): *„… taky bych chtěla nějak urovnat ten vztah s manželem. Musím to nějak uzavřít, jinak mě to zničí.“*

Podkategorie – *hmotné zázemí*:

Karla si přeje, aby se jí povedlo najít si nějakou práci i doma – tedy ve svém původním prostředí (K59): *„… chci mít nějakou práci i doma.“* (K84): *„Určitě musím nějakou tu brigádu mít, to ano.“* I Draha by si přála najít vhodnou práci (D171): *„… chci mít práci, hlavně ne v restauraci nebo v nějaký hospodě… jinak je mi jedno, co budu dělat.“* (D281): *„… teď mi budou v rámci pracáku začínat nějaký rekvalifikace, tak uvidím.“* Věra sice práci má, ale jelikož nechce a nemůže zůstat v Olomouci, chce si najít práci v blízkosti původního bydliště (V228): *„… nevím teda, kde budu pracovat, ale s tím si teď starosti nedělám, já můžu dělat cokoliv.“* Věra ale počítá s nutností vyřešit pracovní a bytovou situaci (V270): *„… hlavně chci vyřešit nové bydlení a práci.“* Karla pomýšlí i na změnu bydliště, kdy chce být blíže své dcery (K86): *„… žiju v malém městě s rodiči a tak bych se chtěla zase osamostatnit a mít svoje bydlení. Mladší dcera má svůj byt v Havířově, tak bych chtěla někde poblíž…“* Draha si chce rovněž najít bydlení (D172): *„… taky chci mít svoje vlastní bydlení.“* (D183): *„… bydlení a práci nepovažuju za cíl, to je samozřejmost.“*

Podkategorie – *volný čas*:

Eva chce zkusit studium na vysoké škole (E150): *„Taky bych chtěla zkusit výšku dálkově … možná napíšu knihu.“* Věra si chce i nadále udržet zdravý životní styl (V272): *„Taky chci dál chodit cvičit.“* Karla chce svůj volný čas trávit spíš relaxační činností (K85): *„Chci chodit do knihovny, protože ráda čtu.“* Draha se o svém volném čase nezmiňuje.

Podkategorie – *budoucí strategie a plány*:

Karla má v případě vyskytnutí nějakých problémů jasný plán, rovněž ví co dělat, pokud ji přepadnou myšlenky na alkohol (K47): *„… musím hlavně vyslechnout názory každého a zamyslet se nad tím a hlavně to v sobě nějak zpracovat.“* (K55): *„… když mě ta minulost dožene, tak třeba se jdu osprchovat studenou vodou nebo si dám něco sladkého … snažím se odreagovat.“* I Eva ví, co dělat v případě problému (E141): *… mi hodně pomáhá se svěřit, jako promluvit si.“* Draha má také svůj strategický plán při řešení alkoholových myšlenek (D186): *„… když to přijde, tak vím, že musím hodně pít nějakou vodu nebo limonádu a musím nějak běhat nebo sportovat.“* Věra reaguje podobně jako Eva nebo Draha (V278): *„… když mě tady něco trápí, tak si jdu zacvičit nebo si s někým promluvit, to pomůže.“* Karla si chci splnit své cíle (K61): *„… chci svoje zázemí, práci a hlavně musím dělat něco pro sebe.“* Eva by se ráda usadila (E149): *„… chci dům a rodinu. To hlavně jako. Jako člověk musí něco mít, ten poháněč.“* Draha má podobné přání (D222): *„Kromě práce a*

bydlení, určitě si chci založit rodinu…“ Věra má přání a cíl prostý (V273): *„… chci žít normální a pohodový život.“* Pouze 2 respondentky se rozhodly zcela změnit svůj život tím, že se již nevrátí do svého původního sociálního prostředí (E96): *„… jsem se rozhodla, že zůstanu tady.“* (D173): *„Já jsem si tady zvykla, vono je to tady docela hezký. Znám tady už nějaký lidi za ten čas.“* Eva sice tvrdí, že ji alkohol v přítomnosti druhých lidí nevadí, přesto je však obezřetná (E121): *„… já samozřejmě nevyhledávám takovou společnost, ale nevadí mi to.“* Pouze 2 respondentky ve svých budoucích cílech uvádějí, že chtějí pokračovat v abstinenci a chce i nadále docházet do programu (E137): *„… určitě … protože alkoholismus není angína, spíš jako cukrovka.“* (E136): *„… určitě se s garantem domluvím na dalším individuálu.“* (D207): *„… teď už jsem rozhodlá, že už v tý změně chci setrvat a doufám, že už do toho nespadnu.“* (D220): *„Nechci pít, vím to. Mně už ten chlast zpackal hodně v životě.“*

Z této kategorie vyplývá, že všechny 3 respondentky (Karla, Draha, Věra) si chtějí najít práci, přičemž Věra ani Karla nechtějí zůstat v Olomouci a jsou rozhodnuté vrátit se zpět do svého původního prostředí. Přesto však chtějí vyřešit své bytové podmínky novým bydlením a rovněž si chtějí najít práci, ale podmínky pro práci si nekladou žádné. Naproti tomu Draha, se rozhodla začít „nový“ život v Olomouci, chce si najít adekvátní práci a rovněž posléze i vlastní bydlení. Eva jako jediná z respondentek již práci i bydlení má a z Olomouce se již stěhovat nechce. Je pravděpodobné, že Draha i Eva se z Olomouce již nechtějí odstěhovat právě kvůli nově vznikajícím partnerským vztahům. Ale rovněž, protože si jasně uvědomují, jaké by na ně mohlo mít dopad jejich původní sociální prostředí. Rovněž tyto dvě ženy chtějí nadále pokračovat v doléčovacím programu. O budoucím volném čase se zmiňují pouze 3 respondentky.

6.2 Interpretace dat z otevřeného kódování

Všechny naše respondentky (Karla, Eva, Draha, Věra) se o **možnosti doléčování** dozvěděly právě ***v ústavní léčebně***, kde jim byla tato možnost nabídnuta, nebo se o ní dozvěděly například z letáčků. Je důležité vědět, že pro doléčování se mohou ženy rozhodnout i samy, ale vždy musejí mít lékařské doporučení z léčebny a doléčovací centrum poté vyhodnotí adekvátnost přijetí. Je tedy patrné, že pro všechny respondentky byla možnost doléčování vyhodnocena kladně. Kdy přijetí do tohoto programu zvyšuje pravděpodobnost jejich úspěšné resocializace, než by tomu bylo v jejich původním prostředí. Draha však již jednou v doléčování v P-centru byla a byla zde velmi spokojená, proto se také rozhodla, že

opět zamíří právě do P-centra. Dvě respondentky (Karla a Eva) se rozhodly i na základě ***kladného hodnocení*** P-centra jejich ***přáteli.*** Jako ústřední motiv pro doléčování uvádějí všechny ženy (Karla, Eva, Draha, Věra) přání ***změnit jejich dosavadní život*** a tedy touhu žít běžným a „normálním" životem. Respondentky si totiž v průběhu léčby uvědomily svůj problém a pochopily, že alkoholismus by je mohl dovést až na úplné dno, ze kterého by již nemusela vést cesta zpět. Proto se rozhodly, že se svou závislostí budou bojovat. Pro Evu byla motivem i ***bezvýchodnost situace***, ve které se nacházela – neměla kam jít. Pro dvě respondentky (Draha a Věra) byl motivem i jistý pud sebezáchovy odrážející se ve vzhledu a ***míře atraktivity***. Karla také jako motiv vidí touhu být schopná ***postarat se o své rodiče.***

Příchod a přijetí do P-centra hodnotí všechny respondentky (Karla, Eva, Draha, Věra) ***kladně.*** Z jejich výpovědí také vyplývá, že pro přijetí musely poslat vyplněnou ***žádost*** z léčebny. Všechny respondentky byly do pobytového doléčovacího programu ***přijaty ženami***, které je objektem provedly a podaly jim ***informace o pravidlech***. Naše respondentky popisují ***otevřený a přívětivý přístup*** ze strany zaměstnanců. Respondentkám se velmi líbí **prostředí P-centra** a všechny jej hodnotí velmi pozitivně a shodují se, že celé prostředí působí ***rodinným a důvěrným dojmem***. Celkově prostředí P-centra působí na naše respondentky harmonicky a s jistou mírou společné ***sounáležitosti***. I přes tento fakt mají všechny respondentky dostatečně ***svobodný život***, který není nikým a nijak omezován, ovšem za předpokladu dodržování a neporušování pravidel. Tento svobodný styl života hraje jednu z hlavních rolí ke krokům úspěšné resocializace. Co se týče **vzájemných vztahů**, tak jako největší pozitivum uvádějí respondentky fakt, že všichni mají ***společný cíl*** a ***vzájemnou podporu.*** Tato podpora proudí ze stran zaměstnanců, ale i klientů. Vztahy se tedy vyznačují vysokou mírou ***sounáležitosti*** a rovněž ***rodinným charakterem pro nízký počet klientů.*** Vztahy hodnotí respondentky jako ***přátelské.*** Respondentky významně hodnotí i **přístup a práci samotných zaměstnanců**, která je pro ně přínosem. Zejména oceňují ***individuální přístup*** formou různých typů psychoterapie, který je prakticky neomezený – v případě potřeby; což by mohl být do budoucna možná problém. Také možnost ***svěření se*** s problémy. Nejvíce všechny respondentky (Karla, Eva, Draha, Věra) oceňují ***otevřený a důvěrný vztah*** s terapeuty, i pomoc ze strany sociální pracovnice. Jako přínosné označují i zcela ***upřímný přístup všech se všemi***. Zaměstnanci rovněž motivují klienty pro ***adekvátní trávení volného času,*** kdy jim poskytují vhodné typy nebo přímo zrealizují vlastní volnočasový program. Také je pozitivně hodnoceno, že se klienti mohou ***podílet na chodu skupin,*** kdy se probírají témata, která například naše respondentky trápí. Ženy rovněž pozitivně hodnotí

denní a dvou týdenní ***plánování*** svého času, aktivit a povinností. Naše respondentky musí v P-centru dodržovat pravidla a povinnosti **denního režimu**, díky kterému si přivyknou na ***pevný denní řád a režim***. Všechny shodně popisují každodenní rytmus. Každé všední ráno je v 8 hodin skupina, kde si dělají svůj plán. Ranní skupinové sezení je vždy v pondělí a ve středu, v úterý ráno je klub. Vždy v pondělí a ve středu jsou i odpolední skupiny, které trvají od 17 do 18:30. Všechny tyto aktivity jsou povinné a neomluvená absence je sankciována. Pouze pro klienty, kteří mají v době konání skupin práci, nutná účast odpadá. Tím se ženy učí ***zodpovědnosti a disciplíně***. **Reakce na alkohol** je u našich respondentek ***sporná***. Přestože Eva v průběhu doléčovaní ***zrelapsovala***, dokázala se s touto situací rychle a včas vyrovnat a začlenit se zpět do programu. Nyní jí ***alkohol v přítomnosti jiných lidí nevadí***, avšak stará místa v ní vyvolávají vzpomínky na alkohol. Eva se zdá být v postoji vůči alkoholu poměrně vyrovnaná. Naproti tomu Věra tvrdí, že přítomnost alkoholu jí rovněž nevadí a samotný alkohol jí nechybí, přesto však stále mívá ***chutě*** na alkohol. Draha je v otázce postoje k alkoholu také poměrně vyrovnaná a ***věří si.*** Nejvíce ***protichůdné postoje*** má Karla, na jednu stranu tvrdí, že si poprvé neplánuje koupi alkoholu po ukončení programu, ale ve svém postoji k alkoholu ***si nevěří***. Rovněž uvádí, že ***alkohol u jiných osob jí nevadí***, přesto však ***myšlenky na alkohol přetrvávají***. Nejvíce vyrovnaný postoj má tedy Eva a Draha. Naopak Věra ani Karla nejsou v postoji k alkoholu téměř vůbec stabilní. Tyto dvě ženy (Věra, Karla) tedy alkohol v budoucnu zcela nezavrhují.

Všechny respondentky berou doléčování jako svou ***poslední možnost*** k šanci na běžný a lepší život bez alkoholu. Rovněž jako k alkoholu, má i Karla vůči své osobě ***rozporný postoj*** – na jednu stranu říká věci, které by chtěla, na druhou stranu sama sobě nevěří a o svém jednání není zcela přesvědčená. Zbývající ženy (Eva, Draha, Věra) mají ***pevnou víru v sebe sama*** a jsou přesvědčeny o tom, že když budou skutečně chtít, dosáhnou svého cíle – tedy abstinovat. Avšak ***mírné obavy o svou budoucnost*** má kromě Karly i Draha. Nejlépe si ve svém přesvědčení vede Eva, která si již zcela reálně uvědomila svůj problém a podle toho se snaží vést i svůj život. Co se týče **sociálního zázemí**, tak dvěma respondentkám (Eva, Draha) se podařilo ***najít si partnera***, kdy se jejich vztahy teprve rozvíjí. Karla se doposud ***nesmířila s rozvodem*** a stále na svého bývalého manžela myslí. Naopak Věra se ***smířila s manželovou nevěrou*** a tento vztah hodlá nějak vyřešit. U Karly se ***mírně zlepšila*** situace ve ***vztahu s její starší dcerou,*** kdy jsou v častějším kontaktu, ale stále to není podle jejích představ. Vztah s mladší dcerou je stále dobrý. Eva po několika letech ***začala komunikovat se svou matkou***, kdy se smířila s minulostí. ***Vztah s otcem je stále***

poměrně stejně dobrý a vztah k jeho družce se nezměnil vůbec. Draha ***žádné výrazné změny*** ve vztahu s matkou ani otčímem neregistruje. Rovněž Věra je v kontaktu pouze s tetou a sestřenicemi a ***vztah je stále dobrý.*** Karla je sice se svou sestrou v kontaktu, ta na ni však zanevřela a postoj vůči Karle se nezměnil. V oblasti **hmotného zázemí** je na tom nejlépe Eva, která ***má práci i vlastní bydlení***. Ostatní tři ženy (Karla, Draha, Věra) stále ***bydlí v P-centru***. Věra má ***stálou práci***, Karla občasné ***brigády***. Draha měla sice práci, ale byla to pouze brigáda a další nabídky práce odmítla kvůli alkoholu na pracovišti. V současné době tedy ***práci nemá***. Avšak Věra a Karla se chtějí vrátit zpět domů, proto si ani bydlení v Olomouci nehledají. **Volný čas** tráví všechny respondentky ***sportem nebo jinou pohybovou aktivitou***. Draha a Věra si rovněž ***hledají práci*** – Draha v Olomouci a Věra v blízkosti místa bydliště, přičemž Věra si hledá i nové bydlení. Karla a Draha rovněž sledují ***módní trendy***. Eva a Karla si rády něco ***přečtou.*** Všechny respondentky měly nebo mají **sny o alkoholu**, což je projevem jejich nevědomí, které v sobě může odrážet minulost, ale i touhu, nebo současný postoj k problému. Tyto sny naše respondentky poměrně dělí. ***Pravidelné*** noční můry o alkoholu mívá Karla. I Draha má stále ještě sny o alkoholu, nicméně již ***nejsou tak časté*** a podobně je na tom i Věra. Eva přiznává, že dříve se jí také o alkoholu zdávalo, nyní má však již ***klidné spaní.*** Podle jejich výpovědí může existovat souvislost mezi vyrovnáním se s alkoholismem a sny o alkoholu. Všechny respondentky nyní uvádějí, že **rozdíl mezi doléčovacím centrem a léčebnou** je ***diametrální***. Doléčování hodnotí pozitivně a kladně, kdežto léčebnu ***neutrálně až negativně***. Všechny naše respondentky se shodují v tom, že v léčebně se musí ***uposlechnout příkazu a říkat naučené fráze***. Léčebna je podle nich zcela jiná, než doléčování. V léčebně je mnohem více osob, o to více osob se ani nechce pokusit bojovat s alkoholismem. Respondentky také mají pocit, že v léčebně o ně není takový zájem, není tam ani taková pomoc, jako v doléčování. **Strategie a plány** je název kategorie, která se zaměřuje na aktuální a budoucí cíle, plány a strategie, které se týkají dalšího života našich respondentek. Co se týče **sociálních vztahů**, chce Karla ***prohloubit vztah*** se starší dcerou. Draha doufá, že se jí podaří ***založit rodinu***. Věra ***se chce s manželem rozvést***, protože jiné východisko ze situace nevidí. V oblasti **hmotného zázemí** by si Karla chtěla ***najít nějakou práci*** i doma a také by se chtěla od rodičů odstěhovat do ***vlastního bytu***. Podobně je na tom i Věra, která se chce rovněž vrátit „domů“, proto si hledá ***práci i nové bydlení***. Draha si prodloužila program z důvodu, že ***nemá práci a tudíž ani bydlení***, avšak hledá. Eva má v Olomouci ***práci i bydlení.*** O **volném čase** se zmiňují pouze tři ženy (Karla, Eva, Věra), které ho chtějí převážně ***trávit jako nyní*** až na

Evu, která by ráda zkusila vysokou školu. Tedy Karla a Věra se chtějí vrátit zpět do původního prostředí, chtějí si najít nové bydlení i práci. Eva a Draha se rozhodly zůstat v Olomouci, přičemž Eva má byt i práci, ale Draha zatím stále ještě hledá. Co se týče práce, tak jediná Draha si klade vhodné podmínky, Věře a Karle je to jedno. Eva a Věra uvádějí, že jako strategické řešení **proti alkoholovým myšlenkám** jim pomůže ***s někým si promluvit***. Draha musí ***sportovat nebo pít hodně vody***. Karle zase pomůže ***studená sprcha nebo nějaká sladkost***. Eva i Draha by si rády do budoucna ***založily rodiny***. Rovněž tyto dvě ženy shodně uvádějí, že i po skončení jejich programu, ***chtějí i nadále docházet do P-centra.***

6.3 Shrnutí

Na závěr můžeme uvést, že všechny ženy z výzkumného souboru **se o možnosti doléčování dozvěděly v ústavní léčebně**. Nejvýznamnějším **motivem pro rozhodnutí u** následné péče, bylo u všech respondentek především **pochopení souvislostí a tedy touha změnit dosavadní život a začít žít běžným životem bez alkoholu.** K přijetí do doléčování je nutné poslat vyplněnou žádost s doporučením z léčebny. Tuto žádost v doléčovacím centru vyhodnotí a dají na vědomí o datu nástupu. Podmínkou totiž je, že přímo z ústavní léčebny musí klient přejít do doléčovacího centra. Naše respondentky byly přijaty ženami, které je seznámily s prostředím a pravidly v P-centru. Naše ženy si shodně pochvalují přátelský přístup. Prostředí P-centra je velmi příznivé až harmonické, spíše rodinného typu. Je to především pro malý počet klientů v programu**.** Respondentky si velmi pochvalují přístup zaměstnanců a **především individuální přístup terapeutů**, rovněž **pomoc sociální pracovnice**. Doléčovací centrum vnímají ženy z výzkumného souboru jako plynulý přechod do běžného života, kdy **mají velkou oporu a stabilní zázemí**. Doléčovací program je typický svobodným způsobem života, kdy si naše respondentky mají shánět adekvátní práci a bydlení. Ovšem v centru je daný také pevný denní režim, který není povinný pouze pro ty, kteří v průběhu konání skupin mají pracovní dobu. **Zaměstnanci dodávají našim respondentkám odvahu a podporu v jejich odhodlání resocializace, aktivizují jejich volný čas, snaží se jim ukázat cestu, jak si naplánovat čas a své povinnosti**. Rozdíl mezi léčebnou a doléčovacím centrem je podle našich respondentek výrazný a spočívá zejména **v přístupu**. Našim ženám se samotná resocializace poměrně daří, kdy Eva má práci, bydlení i přítele. K alkoholu se staví reálně a rozhodla se zůstat v Olomouci a domů se již vrátit nechce. Draha má rovněž přítele, rovněž je rozhodnutá zůstat v Olomouci, avšak

stále se ji nedaří najít adekvátní práci bez alkoholu a tudíž nemá ani byt. Věra má práci, rozhodla se ukončit svůj vztah s manželem, ale chce se vrátit zpět do původního prostředí. Avšak má v plánu koupit si nový dům a najít si práci poblíž. Věra si podle všechno stále zcela nevěří. Karla má brigádu, ale rovněž se chce vrátit domů. Jejím přáním je mít nějakou práci a byt. Avšak Karla není stále zcela odhodlaná ve svém přesvědčení.

2 ženy (Eva, Draha) se tedy rozhodly zůstat v Olomouci a do původního prostředí se již nevrátit a rovněž hodlají i do budoucna docházet do programu následného doléčování. Tyto ženy si sice věří, ale pochopily, že alkohol je bude provázet celý život a do budoucna mají určitou obavu – což je svým způsobem dobře, jelikož mohou být více obezřetné a jejich plán o pokračování v programu jim poslouží jako prevence. Obě tyto ženy si našly partnery. Eva má vlastní bydlení i práci, myšlenky na alkohol nemá, ani sny. Draha stále nemá vhodnou práci, tudíž ani bydlení. Myšlenky na alkohol nemá, ale má větší obavu z budoucnosti, než Eva a stále u ní přetrvávají alkoholové sny.

2 ženy (Karla, Věra), se chtějí vrátit zpět do původního prostředí, avšak své původní zázemí hodlají změnit. Obě si chtějí pořídit nové bydlení i práci. Sice Věra i Karla si práci našly i v Olomouci. Obě neplánují žádný budoucí doléčovací program a jejich postoje vůči sobě i alkoholu jsou v rozporu. Obě dvě by si moc přály žít život bez alkoholu i nadále, ale nejsou si jisté, zda to zvládnou. Méně si však věří Karla. Ta se doposud nevyrovnala s rozvodem, naopak pro Věru je rozvod jediné řešení. Obě ženy mají stále myšlenky na alkohol a rovněž mají alkoholové sny.

7 ZÁVĚREČNÉ VYHODNOCENÍ DAT (DISKUZE)

V této závěrečné části shrnuji a vyhodnocuji data získaná z obou částí rozhovorů. Pozornost je soustředěna na to, nakolik se změnil život našich respondentek a jak se dokázaly začlenit zpět do běžného života. Tyto poznatky jsou zároveň porovnány podle testu nedokončených vět (TNV). Pro lepší přehlednost je každá respondentka rozepsaná zvlášť.

7.1 Karla

Karla má 53 let a je v plném invalidním důchodu. Její původní sociální prostředí bylo velmi harmonické. To se projevuje i v TNV, kdy uvádí, že matka ji má zřejmě ráda a v souvislosti s otcem si Karla vybaví lásku a úctu. Karla začala pít alkohol pravidelně v době mateřské dovelené, nicméně skutečný zlom nastal při změně zaměstnání. Svým alkoholismem si dokázala rozbít rodinu, kdy se od ní zcela odpoutala starší dcera, manžel se s ní rozvedl a její sestra na ni zanevřela. Karla prošla 13 léčbami. V době nástupu do P-centra nebyla vyrovnaná s rozvodem, neměla práci a bydlení ji poskytovali její rodiče, kteří se o ni starali. Rovněž její volný čas byl nečinný. Karla si v průběhu poslední léčby uvědomila, co všechno v důsledku svého alkoholismu ztratila a jaké komplikace (především zdravotní) si přivodila. Na doporučení primářky i pro své rozhodnutí změnit svůj život se odhodlala pro doléčování. Po necelých 4 měsících si Karla našla v Olomouci nárazové brigády. Také začala více dbát o svůj vzhled a začala se zajímat o módní trendy. Svůj volný čas vyplňuje pravidelným lehkým cvičením, čtením i zdokonalováním se v práci s počítačem a internetem. Karlin dobrý vztah s mladší dcerou se upevnil. Se svou starší dcerou je v častějším kontaktu, než před doléčováním, avšak stále je jejich vztah poněkud odtažitý. Podle TNV však Karla uvádí, že ji kontakt s dcerami uklidňuje. Tedy zdá se, že skutečně se vztah s mladší dcerou utužil a častější frekvencí se vyznačuje kontakt s dcerou starší. Ale vztah s její sestrou se nezměnil. Karla se stále nesrovnala s rozvodem a jiný vztah si nepřipouští. Jak sama uvádí, podle TNV, vždy chtěla mít šťastnou rodinu a lituje, že všechny zklamala. V TNV rovněž uvádí, že si myslí, že blízcí lidé jí stále nedůvěřují. V P-centru jí nejvíce pomáhá individuální přístup terapeutů, skupinová podpora a celkové přátelské zázemí, které je založeno na důvěře. Podle TNV ji rovněž pomáhá nějaká činnost. Karla si však nenašla bydlení, protože se chce vrátit domů. Chce si najít bydlení i práci v blízkosti Havířova, kde žije její mladší dcera. Rovněž se chce postarat o rodiče, protože rodina je u ní prioritou – což uvádí i v TNV. Karlu ale stále trápí alkoholové sny, kdy i v TNV uvádí, že se jí o alkoholu často zdá, což je důsledkem neklidného spaní. Stejně tak ji trápí i myšlenky

na alkohol a obavy o svou budoucnost. Jak sama v TNV uvádí, z alkoholu má strach a často prožívá i pocit beznaděje. Podle její výpovědi v TNV chce abstinovat, ale nejvíce se bojí, že opět bude pít a tím by mohla opakovaně zklamat své blízké. Podle TNV chce především ostatním dokázat, že umí žít bez alkoholu. Je tedy otázkou, zda život bez alkoholu chce kvůli sobě, nebo kvůli jiným. Na jednu stranu uvádí, že se snaží (rovněž TNV), na druhou stranu si však nevěří. Ačkoliv její rozhodnutí žít bez alkoholu trvá, sama o tom není zcela přesvědčená. O dalším budoucím odhodlání docházet do ambulantního doléčování se nezmiňuje, sama však uvádí, že tohle je její poslední šance. Zvláštní je, že v současné době již bez alkoholu žije, avšak v TNV uvádí, že se nejvíce těší, až bude žit bez alkoholu. Zřejmě tedy skutečně o svém jednání není ještě přesvědčená.

7.2 Eva

Eva má 28 let a v době první části rozhovoru byla na úřadě práce a žila v P-centru. Její původní sociální prostředí a zázemí bylo velmi narušené. Oba její rodiče byli na alkoholu závislí. V jejím raném dětství se rodiče rozvedli a matka se o ni více nezajímala. Eva vyrůstala se svým otcem a jeho přítelkyní, kteří vedli podobně znepokojující život. Eva začala pít alkohol v průběhu střední školy, z domu pravidelně utíkala a veškerý svůj volný čas trávila pitím alkoholu s kamarády. Eva matku proklínala a rovněž dávala částečnou vinu i otci. Její alkoholismus se stále stupňoval. Po první léčbě se vrátila domů, kde se dostavila recidiva, která trvala 2 roky. Poté nastala léčba druhá a poslední. O možnosti doléčování se dozvěděla v léčebně a pro tuto možnost se rozhodla na základě její bezvýchodné situace i touze žít nový život. Během necelých 4 měsíců dokázala Eva zrelapsovat při návštěvě původního prostředí, nicméně tato skutečnost ji utvrdila v rozhodnutí nevrátit se domů. Eva se rozhodla žít v Olomouci. Rovněž se však za tuto dobu dokázala zcela osamostatnit. Tato skutečnost ji uklidňuje, což uvedla v TNV, kdy se dokáže za své snažení pochválit. Má adekvátní práci, má byt v pronájmu, našla si přítele. Svůj volný čas tráví procházkami, nákupy, čtením nebo poslechem hudby. Rovněž si našla nové přátele, kteří alkohol nepijí. A nejvíce jí pomáhá, pokud si může s někým promluvit (potvrzeno i v TNV). Její vztah s matkou se urovnal, kdy se Eva dokázala smířit se svou minulostí. Podle TNV si Eva myslí, že její matka žije spokojeně. Vztah s otcem je stále stejný – tedy relativně dobrý. Je zvláštní, že v souvislosti s otcem (podle TNV), se jí vybaví láska – možná proto, že s ním vyrůstala. V P-centru jí nejvíce pomohl individuální přístup a skupinová podpora, rovněž sociální pracovnice. I přesto, že má Eva své zázemí, do doléčovacího programu stále do-

chází a této možnosti chce využívat i nadále. Do budoucna Eva hodlá založit rodinu, mít dům a také chce zkusit studium na vysoké škole. Tyto plány se projevily rovněž v TNV, stejně jako to, že rodina je pro ni velmi důležitá. Zřejmě má na mysli rodinu prokreační. Eva má vůči sobě i alkoholu zcela racionální přístup a chápe svůj problém. Nicméně myšlenky na alkohol již nemá a rovněž se jí už nezdají sny o alkoholu. To se potvrdilo i v TNV kdy uvedla, že se již v noci nebudí a její sny směřují k lepší budoucnosti. Avšak podle TNV má také jisté obavy o své budoucí jednání, jelikož se bojí, že by opět mohla alkoholu propadnout. Tento fakt zdůvodňuje tím, že alkohol má nad ní stále velkou moc. Dále se, podle TNV, nejvíce bojí, že by mohla přijít o práci a o bydlení. Eva je nyní velmi spokojená a poměrně si věří (zřejmé i podle výpovědí v TNV), ačkoliv uvádí, že alkohol ji stále děsí. Její vztah se sourozenci je stále stejný – tedy v celku dobrý. Naučila se žít jiný život, s minulostí se vyrovnala a má zcela reálné představy o svém životě. Alkohol ji však bude provázet po zbytek života, kdy musí být velmi obezřetná. Jak sama uvádí, věří si, ale obává se, že by zase mohla začít pít (TNV). Avšak dodává, že si umí naplánovat život a chce být především spokojená.

7.3 Draha

Draha má 35 let, v době konání první části rozhovoru byla na úřadě práce a žila v P-centru, neměla kam jít. Její původní sociální prostředí bylo velmi narušené. Oba její rodiče byli na alkoholu závislí, otec na následky alkoholu zemřel. Je zvláštní, že v TNV jako vzpomínku na otce uvedla vybavení si jejich problému. Otázkou je, zda myslí otce biologického nebo nevlastního? Její matka se podruhé vdala, otčím se však choval podobně jako otec a Draha s ním nevycházela a z domu utíkala. Draha začala pravidelně pít alkohol v průběhu učiliště. Nejvíce začala alkohol nadužívat v době zaměstnání v Praze a poté ji alkohol zcela pohltil. Svůj volný čas trávila pitím alkoholu a činnostmi s tím spojenými. Draha měla přítele, díky kterému podstoupila léčení před dvěma lety. Rovněž šla do P-centra, kdy byla ve své resocializaci úspěšná. Její přítel však zemřel, což byl důvod její nedávné recidivy, kdy šla opět na léčbu, poté následně do P-centra. O možnosti doléčování se dozvěděla v léčebně, podruhé se sem chtěla vrátit sama. V průběhu necelých 4 měsíců, se změnil především její pohled na celý problém. Draha se se svou závislostí i celou situací vyrovnala, našla si přítele a chtěla by založit rodinu. Což však vůbec neuvádí v TNV – poukazuje pouze na přání, mít s přítelem stálý a dobrý vztah. Draha však stále nemá vhodnou práci ani bydlení. Nabídky práce měla, ale kvůli alkoholu na pracovišti tyto nabídky odmítla a

hledá dál vhodné zaměstnání. Rovněž si prodloužila pobytový doléčovací program, jelikož by neměla kam jít. Ví, že domů se vrátit nechce, protože pochopila souvislosti s minulými vzpomínkami a zážitky. Je rozhodnutá zůstat žít v Olomouci, má tady rovněž už nějaké přátele. Svůj volný čas tráví především sportováním a pohybovými aktivitami, ale také se svým přítelem. Podle TNV uvádí, že jí nejvíce pomáhá, když se unaví. Rovněž se zabývá módou a hledá si práci, kdy je pro ni práce motivující, což je patrné v TNV. Její vztah s matkou se nijak nezměnil, je stále spíše neutrální, avšak v kontaktu jsou. V TNV uvádí, že její matka je ráda, že Draha nepije. S otčímem je vztah stále stejně špatný a Draha se mu chce nadále vyhýbat. Ale je zvláštní, že jí nejvíce záleží právě na rodině a těší se, až se se svou rodinou uvidí, což uvedla v TNV. Současně zde vyjádřila i lítost nad minulým počínáním, čímž své rodině způsobila komplikace. Se svými sourozenci je stále ve stejném, ne příliš častém, kontaktu. V P-centru jí je největším přínosem především její garant a individuální přístup, stejně jako skupinová sezení, nebo sociální pracovnice. Proto také za svůj vzor uvádí svého garanta, podle TNV. Draha chce i nadále do programu docházet a být v kontaktu se svým garantem. Draha chápe svůj problém se závislostí a zdá se, že se cítí být s alkoholem vyrovnaná a že si věří a ví, co chce. Nicméně sama si v TNV připouští obavy o pevnou vůli i v budoucnu. Draze se stále zdávají alkoholové sny, ale už méně. Avšak v TNV uvedla, že se jí stále často tyto sny zdávají a také se v noci probouzí. Tvrdí, že další léčba by neměla smysl. Doufá a věří v sebe sama a má radost z každého úspěchu, což se potvrdilo rovněž v TNV. Chce žít „nový“ život bez alkoholu a věří, že to dokáže a je o svém rozhodnutí zcela přesvědčená, uvedla rovněž v TNV.

7.4 Věra

Věra má 42 let, je podruhé provdaná. V době první části rozhovoru byla na úřadě práce a žila v P-centru. Oba její rodiče byli závislí na alkoholu, otec na následky alkoholu zemřel. Dle TNV je zřejmé, že k němu skutečně cítila zášť, jelikož v souvislosti s otcem se jí vybaví „nenávist a chlast“. Matka se o ni nezajímala. Proto také v TNV uvedla, že matka je sobec. Věra se s bratrem nestýká. Vychovávala ji teta. Jako malá z domu utíkala. Alkohol začala nejvíce pít v době prvního manželství, posléze i v průběhu manželství druhého. Její vztah vůči nynějšímu manželovi byl velmi emotivní, kdy se nemohla vyrovnat s vědomím, že se manžel odstěhoval k milence. O možnosti doléčování se rovněž dozvěděla v léčebně a rozhodla se, protože chtěla změnit svůj život. V průběhu necelých 4 měsíců se její postoj vůči manželovi zcela změnil, byť se o ni manžel finančně staral, uvědomila si, že tento

vztah nikam nevede, s manželovým rozhodnutím se vyrovnala a rozhodla se pro rozvod. Tvrdí, že vůči manželovi je zcela vyrovnaná. I přesto však v TNV uvedla, že ve volných chvílích na manžela často myslí. Často se jí zdají sny o její minulosti a alkoholu. Podle TNV má nejčastěji sny o svém dětství a tehdy se i budí. Vztah s matkou ani bratrem se nezměnil, rovněž vztah s tetou je stále stejný. V TNV uvedla, že na prvním místě v životě je její teta, vzápětí ale poukazuje na fakt, že nemá žádné blízké. Věra si našla práci, je spokojená a má radost ze života. Svůj volný čas tráví především sportováním, ale rovněž si hledá práci i bydlení ve svém původním prostředí. Věra se totiž chce vrátit zpět. Ale uvědomila si, že musí změnit prostředí a proto hodlá koupit nový menší dům. Jejím přáním je mít svoje vlastní zázemí. Věře nejvíce v P-centru pomáhá individuální přístup terapeutů, rovněž jako společná podpora všech klientů a vzájemná otevřenost a upřímnost. Rovněž si našla i nové přátele. Věra tvrdí, že je odhodlaná pro abstinenci a že k alkoholu zaujímá racionální postoj a věří si. Což se ale téměř vůbec neobjevuje v TNV. Tam naopak vyjadřuje obavy z budoucnosti a také obavy ze schopnosti čelit problémům. Avšak je patrné, že má stále myšlenky i chutě na alkohol, které však nepovažuje za významné a podle ní jí alkohol nechybí. Podobně situaci uvedla i v TNV, kdy v ní alkohol vzbuzuje pocit nenávisti, nejistoty i touhy a rovněž se obává, že v případě problémů, by mohla sáhnout po alkoholu. Věra by sice chtěla žít normální život, ale bojí se, že při výskytu problémů opět sáhne po lahvi. Celé doléčování bere jako druhou šanci na život. Věra hodlá i do budoucna trávit volný čas cvičením. Je trochu paradox, že, podle TNV, ji motivuje její budoucnost, která však není zcela jasná. Chce být schopná žít sama, bez alkoholu a spokojeně. V TNV také uvádí, že nejvíce ji uklidňuje si s někým promluvit.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce nese název Hlavní determinanty úspěšné resocializace žen alkoholiček a hlavním cílem tedy byla deskripce průběhu resocializace od doby ukončení ústavní léčby z pohledu žen.

V teoretické části jsem tedy směřovala k rešerši odborné literatury do těchto oblastí, které se zabývají alkoholovou závislostí, jejími příčinami a prevencí. Dále jsem se zabývala léčbou a následným doléčováním, kde jsem se zaměřila na formy psychoterapie a léčebná zařízení, kterými ženy z výzkumného souboru prošly. V neposlední řadě jsem teoretické poznatky zaměřila rovněž na samotnou resocializaci a zejména na sociální prostředí.

V části praktické byl výzkum veden ve 3 fázích, kdy první fází byl rozhovor s respondentkami, kdy jsem zjišťovala jejich anamnézu, příčiny závislosti i průběh léčby. Druhá fáze potom představovala další rozhovor, který byl zaměřen na téma resocializace, kdy jsem se snažila najít odpovědi na mé výzkumné otázky. Konečně poslední fázi představovaly testy nedokončených vět, které jsem respondentkám zaslala až po vykonání obou částí rozhovorů. Celý výzkum byl zpracován kvalitativními metodami.

Práce popisuje průběh resocializace od doby ukončení ústavní léčby a také způsob, kterým se abstinující ženy alkoholičky opět začleňují do běžného života. Z výsledků výzkumu vyplývá, že všechny respondentky se o možnosti následného doléčování dozvěděly v ústavní léčebně a rozhodujícím faktorem k tomuto korku byla u všech silná touha změnit dosavadní život a žít bez alkoholu, stejně jako pochopení jejich situace. V samotném doléčovacím centru probíhá proces resocializace podle respondentek velmi klidně, kdy mají všichni klienti stejný cíl – tedy žít bez alkoholu, umět čelit problémům, zvládat stres, umět si plánovat den a trávit adekvátně volný čas. Hlavním cílem je tedy abstinence a schopnost osamostatnění se, kdy je nejdůležitější najít si vhodnou práci a bydlení a schopnost prakticky aplikovat nový životní styl. Celý program doléčovaní je dotvářen svobodným a neomezujícím životem, kde je však nutné respektovat povinnosti a pravidla. Našim respondentkám nejvíce pomohl individuální přístup terapeutů, který mohou využívat i do budoucna, pomoc sociální pracovnice, rovněž přátelská atmosféra rodinného typu, sounáležitost všech klientů a také skupinová sezení. Respondentky si rovněž pochvalovaly přátelské vztahy a upřímnost. Ale také fakt bydlení v P-centru po dobu trvání programu, což ženy z výzkumného souboru oceňují a považují to za pozvolný přechod do běžného života, kdy jsou klientky ve svém konání podporovány. Samotné bydlení považují za „odrazový můs-

tek“, kdy je jim poskytnuto zázemí, aby měly dostatek času se osamostatnit. Všechny respondentky shodně popisují, že léčebna je zcela jiná, než doléčovací centrum a léčebnu vnímají spíše negativně, kde není taková podpora ani individuální přístup a pacienti se především učí zpaměti fráze, které chtějí zaměstnanci léčebny slyšet. Faktem je, že pro většinu závislých osob samotná léčebna k úspěšnému dokonání záměru nestačí. Našim respondentkám se v průběhu 4 měsíců podařilo začlenit do procesu resocializace, kdy zcela resocializovaná je pouze 1 žena. 1 žena také změnila postoj ke svému životu i alkoholu, ale zatím se jí nepovedlo najít vhodné zaměstnání a tudíž nemá ani bydlení. 2 ženy práci mají, ale nemají bydlení, jelikož se chtějí vrátit zpět do původního prostředí. U těchto žen je patrné riziko recidivy, jelikož samy o sobě nejsou zcela přesvědčeny, ačkoliv mají budoucí cíle a plány.

Můžeme tedy shrnout, že způsob začlenění zpět do běžného života je velkou mírou ovlivněn vnitřní motivací, vyrovnáním se se svou vlastní situací a pochopením problému, pracovním začleněním a nalezením smyslu života, kdy si člověk umí klást reálné cíle a umí předpokládat, jak se bude chovat v případě „nouze“. Tyto všechny faktory jsou ovlivněny samotným prostředím, ve kterém se člověk nachází a také vlastním sebehodnocením a podporou blízkých osob. Je důležité, aby si respondentky uvědomily, že závislost se nedá vyléčit a že alkoholu budou muset čelit po zbytek života. To jim však přináší jistá omezení v životě, kdy by měly volit vhodnou společnost především přátel, rovněž by měly zvážit adekvátnost pracovního působení a stejně tak trávení volného času. V tomto novém životě musejí být přesvědčeny o tom, že jsou schopny žít v abstinenci, nevyhledávat rizikové situace a vždy si umět říct svůj cíl a motiv, který jim stál za rozhodnutím svůj život změnit. Důležitý je rovněž přístup ke své osobě, kdy se mohou pochválit za své úspěchy.

Jsem si vědoma toho, že tento výzkumný soubor je příliš nízký k tomu, aby se výsledky práce mohly generalizovat, avšak jsem si jistá, že se i přesto tyto výsledky mohou stát motivací k odhodlání jiných závislých žen pokračovat v doléčování.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] AEPPLI, Ernst, 1996. *Psychologie snu*. Praha: Sagittarius. ISBN 80-901898-2-2.

[2] ATKINSON, L., Rita. 2003, *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

[3] BAŠTECKÁ, Bohumila et al., 2003. *Klinická psychologie v praxi.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

[4] BERGLUND, M., S. THELNDER a E. JONSSON, 2003. *Treating alcohol and drug abuse: an evidence based review.* Weinheim: Wiley - VCH. ISBN 3-527-30682-X.

[5] CZAPÓW, Czeslaw a Stanislaw JEDLEWSKI, 1981. *Resocializační pedagogika.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-646-81.

[6] DIECKMANN, Hans, 2010. *Sny jako řeč duše.* 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-724-4.

[7] DOBIÁŠOVÁ, D., J. BROŽA a K. KALINA, 2008. Poradenství a práce s motivací. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 121 - 128. ISBN 978-80-247-1411-0.

[8] DUDOVÁ, Lucie, 2010. *Alkoholismus žen – motivace a souvislosti.* Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd.

[9] DVOŘÁČEK, Jiří, 2008. Neurobiologie závislosti. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 25 - 37. ISBN 978-80-247-1411-0.

[10] DVOŘÁČEK, Jiří, 2008. Zvládaní akutní intoxikace a odvykacích stavů. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 131 - 142. ISBN 978-80-247-1411-0.

[11] EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula.* Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-696-6.

[12] FILIPCOVÁ, Blanka, 1966 cit. podle JANIŠ, Kamil ml., 2009. *Úvod od problematiky volného času.* Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-530-7.

[13] FROUZOVÁ, Magdalena a Kamil KALINA, 2008. Rodinná terapie a práce s rodinou. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 187 - 197. ISBN 978-80-247-1411-0.

[14] HÁJEK, B., B. HOFBAZER a J. PÁVKOVÁ, 2008. *Pedagogické ovlivňování volného času.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-473-1.

[15] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2004. *Psychologický slovník.* Přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

[16] HENDEL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum.* Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

[17] HOSEK, Jan, 1998. *Sám proti alkoholu.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-624-2.

[18] HUMPHREYS, Keith, 2003 cit. podle ATKINSON, L., Rita, 2003. *Psychologie.* 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

[19] JACOB, J., 1940 cit. podle DIECKMANN, Hans, 2010. *Sny jako řeč duše.* 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-724-4.

[20] JANIŠ, Kamil ml., 2009. *Úvod do problematiky volného času.* Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-530-7.

[21] JEŘÁBEK, Petr, 2008. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 53 - 70. ISBN 978-80-247-1411-0.

[22] KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

[23] KALINA, Kamil, 2008. Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické aditkologie.* Praha: Grada, s. 293 - 304. ISBN 978-80-247-1411-0.

[24] KALINA, Kamil, 2008. Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 265 - 273. ISBN 978-80-247-1411-0.

[25] KALINA, Kamil a Michal MIOVSKÝ, 2008. Psychoterapie v léčbě závislostí. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 159 - 182. ISBN 978-80-247-1411-0.

[26] KATHLEEN, S., 1997. *12 kroků:metoda odvykání závislosti.* Praha: Pragma. ISBN 80-7349-011-0.

[27] KAUFAMN, Edward, 1985 cit. podle MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

[28] KRATIOCHVÍL, Stanislav, 1979 cit. podle RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M., K. KALINA a D. ADAMEČEK, 2008. Terapeutická komunita a její aplikace. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 199 - 212. ISBN 978-80-247-1411-0.

[29] KRATOCHVÍL, Stanislav, 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi.* 3. doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-347-8.

[30] KUDA, Aleš, 2008. Prevence a zvládání relapsu. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 225 - 234. ISBN 978-80-247-1411-0.

[31] KUDA, Aleš, 2008. Sociální rehabilitace a následná péče. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 215 - 224. ISBN 978-80-247-1411-0.

[32] KUDRLE, Stanislav, 2008. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 17 - 23. ISBN 978-80-247-1411-0.

[33] MARTENS, J., 2004 cit. podle KAILNA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

[34] MELGOSA, Julián, 1997. *Zvládni svůj stres: kniha o duševním zdraví.* Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-240-5.

[35] MILLER, R., William a Stephen ROLLNICK, 2003. *Motivační rozhovory.* Tišnov: SCAN. ISBN 80-86620-09-3.

[36] MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

[37] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

[38] MUSILOVÁ, Marcela, 2003. *Případová studie jako součást pedagogické praxe.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0749-3.

[39] NAKONEČNÝ, Milan, 1996. *Motivace lidského chování.* Praha: Academia. ISBN 80-200-0592-7.

[40] NEŠPOR, K., H. PERNICOVÁ a L. CSÉMY, 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-299-8.

[41] NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat střízlivý.* Brno: Host. ISBN 80-7294-206-9.

[42] NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chovní a závislost.* 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

[43] PLAMÍNEK, Jiří, 2008. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládání.* 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2593-2.

[44] PONĚŠICKÝ, Jan, 2004. *Fenomén ženství a mužství.* 2. vydání. Praha: triton. ISBN 80-7254-374-1.

[45] POPOV, Petr, 2008. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 145 - 157. ISBN 978-80-247-1411-0.

[46] PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ, 2008. *Pedagogický slovník.* 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-416-8.

[47] RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina, 2007. Cíle léčby. In: NEVŠÍMAL, P. et al., *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.* Praha: Lidové noviny, s. 35 - 37. ISBN 978-80-7106-937-9.

[48] RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina, 2008. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 369 - 384. ISBN 978-80-247-1411-0.

[49] RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M., K. KALINA a D. ADAMEČEK, 2008. Terapeutická komunita a její aplikace. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 199 - 212. ISBN 978-80-247-1411-0.

[50] SKÁLA, Jaroslav, 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.

[51] SVOBODA, Mojmír, 2010. *Psychodiagnostika dospělých.* Vydání 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-706-0.

[52] ŠERÁK, Michal, 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-551-6.

[53] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

[54] VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

[55] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

[56] VODÁČKOVÁ, Daniela et al., 2007. *Krizová intervence.* 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.

SANANIM. Pomoc a léčba. *Drogová poradna* [online]. 2009. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.p-centrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=3

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=26

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=11

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=28

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=29

P-centrum Olomouc [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=31

Psychiatrická léčebna Bílá Voda [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=38

Psychiatrická léčebna Bílá Voda [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=9135

Psychiatrická léčebna Bílá Voda [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=9131

Psychiatrická léčebna Bílá Voda [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=13771

Psychiatrická léčebna Bílá Voda [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=14323

Psychiatrická léčebna Kroměříž [online]. [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/o-nas/oddeleni-8b

PETRÁŠOVÁ, Lenka. Alkoholiček přibylo, často začínají pít na mateřské. *iDnes.cz* [online]. 2010. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/alkoholicek-pribylo-casto-zacinaji-pit-na-materske-f8o-/zdravi.aspx?c=A101218_122701_zdravi_jan

Zpráva ČTK. Žen alkoholiček přibývá, stydí se přiznat svou závislost. *Týden.cz* [online]. 2011. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/zen-alkoholicek-pribyva-stydi-se-priznat-svou-zavislost_214437.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA - Anonymní alkoholici

Abuzér - osoba nadměrně užívající návykovou látku (alkohol)

aj. - a jiné / a jiní / a jinak

apod. - a podobně

DC - doléčovací centrum

Kč - koruna česká

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

tj. - to jest

TK - terapeutická komunita / terapeutické komunity

TNV - test nedokončených vět

tzv. - takzvaný / takzvaně

ÚP - úřad práce

viz. - z latiny „videre licet“ (videlicet); lze vidět

SEZNAM PŘÍLOH

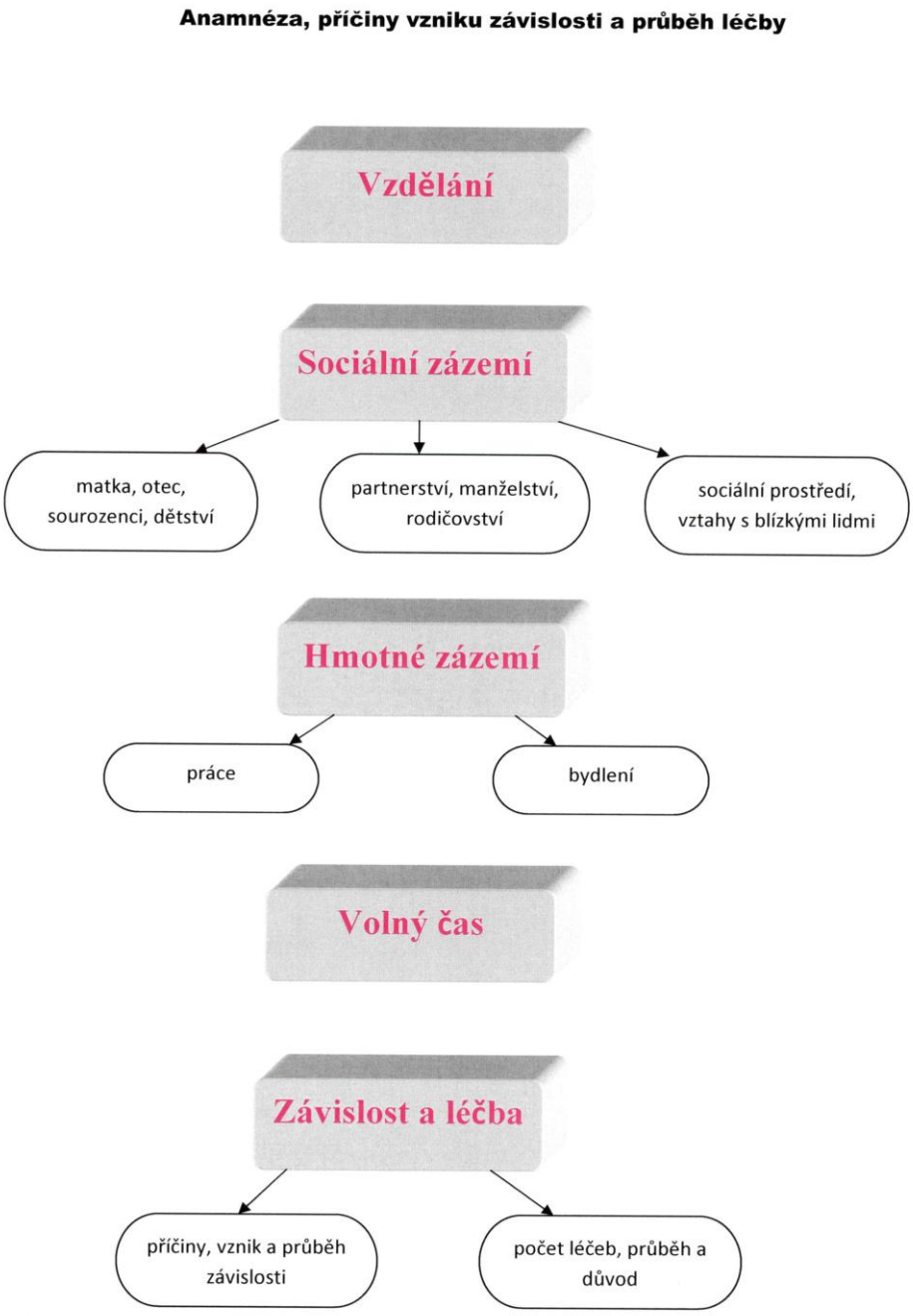
PI – rozhovory, kazuistiky, anamnézy, testy nedokončených vět – vše na CD

PII – model pro anamnézu

PIII – přehled kategorií a kódů

PŘÍLOHA P I: ROZHOVORY, KAZUISTIKY, ANAMNÉZY, TESTY NEDOKONČENÝCH VĚT – PRO ROZSÁHLÝ OBSAH VŠE NA PŘIKOŽENÉM CD

PŘÍLOHA P II: MODEL PRO ANAMNÉZU



PŘÍLOHA P III: SEZNAM KATEGORIÍ A KÓDŮ

Kategorie - rozhodnutí	Kódy
a) *Informace o doléčování*	doporučení k doléčování, možnost doléčování, přátelská rada, důvod doléčování, touha vrátit se
b) *Motiv pro doléčování*	touha změnit život, uvědomění si situace, motiv, budoucí plány, cena života, atraktivita jako motiv, výjevy z minulosti, pochopení souvislosti

Kategorie – příchod a přijetí	Kódy
	první průzkum prostředí, pravidla přijetí, následný příchod, radostné přijetí, průvodce centrem, přátelství, známé prostředí

Kategorie – atmosféra prostředí	Kódy
	rodinné prostředí, domácí prostředí, pocit svobody, důvěra, spokojenost, pouto k domovu

Kategorie – vzájemné interakce	Kódy
	sounáležitost, členství, přátelské vztahy, pozitivní vztahy, tolerance, společný cíl, nalezení přátel

Kategorie – zaměstnanci DC	Kódy
a) Práce	práce terapeutů, důraz na individuální přístup, klubové aktivity, princip doléčování, přínos pracovníků, přechodné zázemí
b) Přístup	upřímnost, empatie, přátelské svěřování, skupinové svěřování, přístup zaměstnanců, uznání

Kategorie – režim dne	Kódy
	denní rytmus, denní plán, povinnosti, hodnocení vlastní situace, porušení pravidel, sankce

Kategorie – reakce na alkohol	Kódy
	postoj k alkoholu, nedůvěra v sebe sama, rozpor, myšlenky na alkohol, uvědomění si situace, vybavení si minulé reakce, respektování pravidel

Kategorie – postoj k sobě sama	Kódy
a) Aktuální	poslední šance, nízké sebevědomí, nedůvěra v sebe sama, víra, přání, pochopení situace a problému, postoj k sobě sama, vlastní prozření, se-behodnocení, osamostatnění se, pocit úspěchu, naplněné očekávání
b) Budoucí	nedůvěra v sebe sama, přání, vlastní nejistota, nejistá budoucnost, postoj k sobě sama, víra v sebe sama, vyšší sebevědomí

Kategorie – sociální zázemí	Kódy
a) Partner	silné emoce k partnerovi, bezmoc, partner, vztah k manželovi, změna rodinného stavu, svěření se
b) Děti	aktuální vztah s dcerami, vlastní budoucí prognóza, komunikace, povzbuzení
c) Rodiče	vztah s matkou, příčina odchodu z domu, všechno zlé je k něčemu dobré, vztah s otčímem, vztah s rodinou, komunikace
d) Sourozenci	negativní postoj sestry, vztah se sourozenci, komunikace

Kategorie – hmotné zázemí	Kódy
a) Bydlení	soukromí, vlastní bydlení, prodloužení programu jako řešení, změna prostředí, uvědomění si situace, pochopení rizika
b) Práce	brigáda, pracovní uplatnění, pracovní začlenění, pracovní nasazení, pracovní neúspěch, vyhýbající strategie, riziková situace, uvědomění si situace, ideální práce, úspěch

Kategorie – volný čas	Kódy
	hledání práce, cesta k budoucímu zázemí, sport, pohybová aktivita, čtení, móda, nákupy, hudba, kultura ve dvou, sebevzdělávání

Kategorie – záblesky z minula	Kódy
a) Sny	noční můry, obava ze snů, noční můry na ústupu, minulé noční můry, klidné spaní, síla nevědomí
b) Reakce na minulost	vybavení si minulé reakce, pochopení souvislosti, silné minulé prožitky, smíření se s minulostí

Kategorie - léčebna	Kódy
	důvod, vyhovění, podřízení, nezájem o budoucnost klienta, příkaz poslechnout, množství padlých duší, špatná vlastní zkušenost, učit se – učit se – učit se, upírání svobody

Kategorie – strategie a plány	Kódy
a) Sociální zázemí	přání a plány jako motivace, nová naděje, změna rodinného stavu
b) Hmotné zázemí	přání pracovat, pracovní flexibilita, vlastní zázemí
c) Volný čas	studium, sportování, čtení
d) Budoucí strategie a plány	postup řešení problému, přání a plány, rozhodnutí zůstat, pokračování v abstinenci, vyhýbající strategie