

# **Možnosti léčby drogově závislých a prognóza jejich resocializace**

Bc. Ivana Cikánková

---

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. Ivana CIKÁNKOVÁ**

Osobní číslo: **H10627**

Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Možnosti léčby drogově závislých osob a prognóza jejich resocializace**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmu a teoretických východisek z oblasti závislostí, motivace k léčbě a resocializace závislých osob.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0. A

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2. B

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 8086734056.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 8071788317.

NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Pavla Andryšová, Ph.D.**

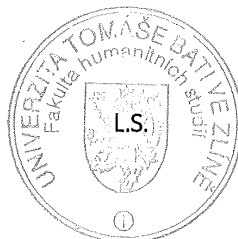
Ústav pedagogických věd

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

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

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012

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



  
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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 *26.4.2012*

*Alena Kovalová*

*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 nevydělečně 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 vzdělávacímu 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá závislostí na alkoholu a její léčbou. Jejím cílem je prozkoumat příčinu závislosti u jednotlivých pacientů a analýza léčebného zařízení. Tato práce vznikla v rámci programu VEGA.

Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení obecného pojmu závislosti (psychická závislost, fyzická závislost, modely závislosti a její stádia) a následně konkrétní závislosti na alkoholu (definice, kritéria, důsledky závislosti na alkoholu, možnosti léčby, motivace a prognóza k léčení).

Praktická část probíhala formou kvalitativní formy výzkumu a byla realizována v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Je možné ji rozdělit na dvě hlavní části. Jedna část se zaměřuje na popis průběhu závislosti u zkoumaných sedmi osob a stanovení prognózy jejich léčby. Druhá část je věnována analýze léčebného zařízení.

Klíčová slova: drogová závislost, alkohol, znaky závislosti, bažení, terapie závislosti, komunitní a režimová léčba, odvykání, relaps a prognóza léčby.

## **ABSTRACT**

This graduation thesis deals with alcohol addiction and treatment of addiction. The aim of this thesis is examined cause of patients' addiction and analyses of therapeutic sanatorium. This thesis was created for programme VEGA.

The theoretical part focuses on explaining the general concept of addiction (psychological addiction, physical addiction, addiction and the models of the stage) and then particular alcohol addiction (definitions, criteria, consequences of alcohol addiction, treatment options, prognosis and motivation of treatment).

The practical part was realized by the form of qualitative research and it was taken place in the Psychiatric sanatorium in Kroměříž. It can be divided into two main parts. One part focuses on description of addiction of the seven examined persons and prognosis of their treatment. The second part is devoted to analysis of therapeutic sanatorium.

Keywords: drug addiction, alcohol, signs of addiction, craving, addiction therapy, community and treatment regime, cessation, relapse, treatment and prognosis

V úvodu této práce bych chtěla poděkovat Mgr. Pavle Adrysové, Ph.D. za její odborné vedení, inspiraci, podnětné nápady a zpětnou vazbu. Poděkování také patří paní PhDr. Ivě Zendulkové, která mi umožnila nahlédnout na její oddělení a ochotně mi poskytla data k výzkumu.

Mé velké díky také patří pacientům oddělení 8B, kteří se dobrovolně mého výzkumu zúčastnili a kteří se mi svěřili se svým životním příběhem. Přeji jim hodně síly v boji se závislostí.

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

Ve Zlíně, 21. 4. 2012

# OBSAH

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>6</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ZÁVISLOST .....</b>	<b>12</b>
1.1    DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	12
1.2    FYZICKÁ ZÁVISLOST.....	14
1.2.1    Tolerance.....	14
1.2.2    Abstinenční syndrom (odvykací syndrom).....	14
1.3    PSYCHICKÁ ZÁVISLOST .....	15
1.3.1    Craving – bažení .....	15
1.4    FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI .....	16
1.5    TEORIE ZÁVISLOSTI .....	16
1.5.1    Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	18
1.5.2    Závislá porucha osobnosti.....	20
1.6    STÁDIA VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	20
<b>2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....</b>	<b>23</b>
2.1    KRITÉRIA ZÁVISLOSTI .....	24
2.1.1    Typy závislosti .....	24
2.2    FUNKCE ALKOHOLU .....	25
2.3    INTOXIKACE ALKOHOLEM .....	25
2.4    DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....	27
2.5    SPECIFICKÉ SKUPINY ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU.....	28
2.5.1    Ženy.....	28
2.5.2    Těhotné ženy a FAS .....	28
2.5.3    Děti a mladiství .....	29
2.5.4    Senioři .....	29
2.6    ODVYKACÍ SYNDROM.....	30
2.7    RELAPS VS. RECIDIVA.....	31
<b>3 MOŽNOSTI LÉČBY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>32</b>
3.1    SLUŽBY V ČR.....	32
3.2    RŮZNÉ TERAPEUTICKÉ A LÉČEBNÉ PŘÍSTUPY PŘI LÉČBĚ ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTÍ.....	35
3.2.1    Individuální terapie .....	35
3.2.2    Skupinová terapie.....	35
3.2.3    Rodinná terapie .....	36
3.2.4    Psychofarmaka .....	36
3.3    ANONYMNÍ ALKOHOLICI .....	37
3.3.1    12 kroků .....	37
<b>4 PROGNÓZA PACIENTNA A MOTIVACE K LÉČBĚ .....</b>	<b>39</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>5 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>



5.1	CÍLE VÝZKUMU .....	43
5.1.1	Výzkumné otázky zaměřené na pacienty .....	43
5.1.2	Výzkumné otázky zaměřené na léčebné zařízení.....	44
5.2	METODY VÝZKUMU.....	44
5.2.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	45
5.2.2	MALT .....	45
5.2.3	CMRS.....	46
5.2.4	SEEQ-KLAC.....	46
5.3	ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU .....	47
5.4	VÝZKUMNÉ ZAŘÍZENÍ.....	47
5.4.1	Režimový charakter léčby.....	48
5.4.1.1	Možnosti a povinnosti dle doby strávené v léčebně .....	48
5.4.1.2	Denní program .....	48
5.4.2	Hodnotící systém.....	50
5.4.2.1	Další pravidla.....	51
5.4.3	Komunitní charakter léčby .....	51
5.4.4	Alkoholické desatero.....	52
5.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	52
5.6	VÝSLEDKY .....	55
5.6.1	Výzkumné otázky zaměřené na pacienty .....	56
5.6.2	Stanovení prognózy léčby u pacientů .....	63
5.6.3	Výzkumné otázky zaměřené na léčebné zařízení.....	67
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Výroba alkoholu a jeho konzumace patří k rituálům společnosti již od pradávna. I nyní se můžeme s alkoholem setkat téměř kdekoliv. Stačí si večer zapnout televizi a během několika minut vás bude reklama pobízet a lákat k ochutnání nejednoho alkoholického drinku. Bude vám slibovat porozumění, přitažlivost, svobodu, pohodu, mužnost i ženskost. Bude vám podbízet českou tradici nebo vás naopak pozve na „ochutnání“ zemí zaslíbených. V každé reklamě vystupují smyslné ženy, silní a přitažliví muži. Na každé krabičce cigaret je dnes varování, že kouření škodí zdraví, reklamy na cigarety jsou dnes zákonem omezeny (téměř) zakázány a v televizi je nevidíme. Kuřáky to možná už nezmění, ale aspoň nám není předkládán nereálný svět. Otázkou zůstává, proč takto nejsou omezeny i reklamy na alkohol? Proč není každá láhev alkoholu opatřena etiketou: „*Alkohol z vás může neudělat.*“; „*Alkohol zvyšuje agresi.*“; „*Alkohol Vaše problémy nevyřeší.*“ Možná se nám zdá, že problematika spojená se závislostí na alkoholu je pro nás až příliš vzdálená. Pokud si máme vybavit „opilce“, často si vzpomeneme na bezdomovce, který sedí na lavičce v parku a už po ránu pije krabicové víno. Cesta k jeho životu a tím pádem k alkoholismu se nám zdá na kilometry vzdálená...

V této diplomové práci se snažím poukázat na to, že problémy se závislostí na alkoholu se mohou týkat nás všech. V teoretické části se zabývám vysvětlením, co to závislost vlastně je, jak se může projevovat a čím nám může ublížit. Praktická část je věnována rozboru jednotlivých kasuistických případů osob léčených na Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Tyto osoby mají k lidem bez domova daleko. Každý z nich má za sebou složitý životní příběh, který řešil pomocí láhve alkoholu. V praktické části se také snažím přiblížit oddělení 8B, kde se pacienti léčí ze závislosti na alkoholu.

Cílem této práce je prozkoumat příčiny závislosti u jednotlivých pacientů - jak jejich závislost ovlivňuje jejich život a jejich motivaci k léčbě. Dílčími cíli jsou popis fungování komunitního zařízení a jeho vlivu na léčbu pacientů.

Práce vznikla v rámci programu VEGA č. 1/0221/11 pod názvem: Evaluace výsledků procesu resocializace klientů resocializačních středisek v podmínkách Slovenské republiky, který se v dnešní době snaží zmapovat situaci resocializačních zařízení také v rámci České republiky.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZÁVISLOST

Klíčovým pojmem, který nám umožní hlouběji proniknout do problematiky této práce, je nezpochybnitelně závislost. Vzhledem k tomu, že existuje mnoho definic a různých pojetí závislosti, věnujeme tomuto na první pohled jednoduchému pojmu celou kapitolu.

## 1.1 Definice závislosti

Pojem závislost charakterizuje ztrátu volního rozhodování osoby, jejíž chování a jednání je ovlivněno drogou (Prokeš, 2005). Slovníkovou definici závislosti uvádí ve své publikaci Hartl, který ji chápe jako „*stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické látky, která poškozuje závislého i společnost*“ (Hartl, 2004, str. 303). Odborněji charakterizuje závislost Čěšková (2006, str. 159), která ji popisuje jako „*progresivní adaptaci buněk, nervových okruhů a orgánů jako odpověď na excesivní expozici látky, se kterou souvisí také nová rovnováha fyziologických funkcí jako odpověď na opakovanou nebo kontinuální expozici látky a s tím spojené kompenzační mechanismy*“. Jednodušeji řečeno, jedinci závislí na určité látce (droze) mají změněný a přizpůsobený organismus tak, že dosáhnou fyzické i psychické rovnováhy až po přijetí určitého množství dané dávky. Podle Vágnerové (2004) je závislost onemocněním, které vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí. S tím také souvisí také syndrom závislosti, což je „*soubor psychických a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky*“ (Vágnerová, 2004, str. 548).

Zdařile charakterizuje závislost ve své publikaci Nešpor, který patří k nejznámějším, ale zároveň nejkontroverznějším odborníkům v problematice závislostí. Ten definuje **syndrom závislosti** podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které ovlivňují jednání, prožívání a chování člověka (Nešpor, 2003).

Aby bylo možné klasifikovat člověka jako závislého, musí se u něj v průběhu jednoho roku objevit alespoň tři z šesti níže zmíněných jevů (Nešpor, 2003; Vágnerová, 2004):

- a) silná touha po látce, potřeba látky získat a bažení (craving) látku užívat
- b) potíže v sebeovládání a neschopnost v souvislosti s užíváním látky
- c) tělesný odvykací stav (abstinenční syndrom)
- d) růst tolerance k účinku látky, potřeba zvyšování dávek či častějšího užívání látky

- e) primární zájem o drogu a potřeba drogu získat a s tím související zanedbávání jiných zájmů a radostí
- f) užívání látky i přes znalost jejího neblahého vlivu a zřetelných škodlivých následků

Psychiatrická asociace v Americe ve své klasifikaci DMS - IV také uvádí kritéria, která stanovují diagnózu závislosti. Těchto kritérií je celkem sedm. Aby byl člověk hodnocen jako závislý, musí se u něj objevit tři kritéria v průběhu jednoho roku. Vzhledem k tomu, že jsou jednotlivé body (kritéria) velmi podobné výše zmíněným dle MKN-10, zmíníme se pouze o těch, které jsou v DMS navíc. Podle DMS je závislost také charakterizována dlouhodobou snahou omezit a kontrolovat přijímání látky, trávením velkého množství času s drogou (shánění, aplikace, zotavování se po aplikaci) a zanecháním sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky (Nešpor, 2003).

Vzhledem k tomu, že se v práci stále budeme zabývat drogami a návykovými látkami, je vhodné si také přesně definovat, co tento pojem znamená. Definici drogy ve své publikaci nabízí Bartlová (1998, str. 26), podle níž je droga „*přírodní nebo syntetická látka s psychotropním účinkem – což znamená, že ovlivňuje nějakým způsobem prožívání a vnímání a také mění vnitřní naladění člověka a způsobuje závislost*“. Jednou z nejvýznamnějších osobností zabývajících se závislostmi a jejich léčbou byl nezpochybnitelně docent Skála, který charakterizuje drogu jako látku vyvolávající závislost. Podle něj psychotropní vlastnosti drog ovlivňují psychiku člověka – jeho nálady, chování a dokonce stav vědomí. Uživatel drogy vnímá tyto účinky zpočátku jako žádoucí, ale časem dochází k nežádoucímu ovlivnění chování a změněnému vědomí (Skála, 1986). Jako synonymum drogy se bude v práci také používat pojem návyková látka, který je odvozen od rizika, že její užívání způsobuje závislost (Prokeš, 2005).

Vágnerová (2004) upozorňuje, že různé látky mohou vyvolat různé účinky a způsobit různé typy závislostí. Nejčastěji se závislosti dělí na psychickou a fyzickou (tělesnou). Podle sdružení SANANIM je fyzická závislost vnímána jako příčina všech problémů a psychická závislost bývá zlehčována a bagatelizována. Podle tohoto sdružení je tomu však naopak. Fyzická závislost sice může způsobit životu nebezpečný odvykací stav („*absták*“), ale ten během několika dní odezní. Psychická složka závislosti je ovlivnitelná hůře a k jejímu překonání nestačí jen vůle, k jejímu zvládnutí je potřeba delší doba až několik let a právě ona je příčinou mnoha recidiv (Sananim a kol., 2007).

## 1.2 Fyzická závislost

Somatickou (fyzickou) závislost můžeme chápat jako adaptaci biologických funkcí organismu na příslušnou látku (Vágnerová, 2004). Podle Svobody (2006) je možné ji charakterizovat zvyšující se tolerancí na látku a abstinčním syndromem.

### 1.2.1 Tolerance

Tolerance je postupné snižování účinku stejně vysokých dávek. Proto, aby bylo dosaženo účinku původní intenzity, je nutné zvyšovat dávku drogy nebo ji užívat v častějších intervalech. Někdy je jako synonymum tolerance užíván pojem návyk (Prokeš, 2005). Uvažuje se, z jakého důvodu dochází ke zvyšování tolerance k látce. S nejvyšší pravděpodobností je to v důsledku nižší reaktivity centrální nervové soustavy v reakci na návykovou látku. Dalším důvodem může být její rychlejší odbourávání. Nebezpečí tolerance úzce souvisí s problematikou předávkování jedince. Tolerance zpětně klesá z důvodu delší abstinence, nemoci nebo vyššího věku závislého. Toleranci také ovlivňují psychické vlivy jedince, může docházet k jejímu snižování dokonce při změně prostředí (užívání drogy v cizích zemích apod.) (Nešpor, 2007).

### 1.2.2 Abstinční syndrom (odvykací syndrom)

Abstinční syndrom můžeme podle Bartlové (1998) charakterizovat jako nepříjemný stav po odejmutí drogy, který přináší bouřlivé vegetativní a psychopatologické reakce vyvolané nedostatkem drogy. Podle Kaliny (2008) jsou abstinční symptomy pro závislého jedince nepříjemné také proto, že mění jeho důvody k vyhledávání drogy. Jedinec už nepotřebuje drogu pro její příjemný efekt, ale pro potlačení negativních stavů. Vágnerová upozorňuje, že příznaky abstinčního syndromu jsou typické podle drogy, která organismu chybí. Neklid, napětí, pocení a třes jsou však přítomny téměř pokaždé (Vágnerová, 2004).

Nešpor (2007) uvádí synonymní pojem odvykací syndrom, který můžeme diagnostikovat tehdy, jsou-li splněna tato kritéria:

- a) Nedávné vysazení nebo redukce drogy po opakovaném užívání
- b) Objevení se typických příznaků
- c) Neexistence jiného onemocnění, kterým by mohly být vysvětleny výše zmíněné příznaky.

Odvykací syndrom můžeme charakterizovat jako stav po odejmutí látky, která byla dlouhodobě užívána. Dle Fišerové (2003) je tento stav projevem porušení nové rovnováhy v těle, které se přizpůsobilo adaptačním mechanismům drogy a bývá doprovázeno nepříjemnými abstinenciálními příznaky. Tyto abstinenciální příznaky jsou mnohdy opačné efekty, než byly původní účinky drogy.

Typické znaky odvykacího syndromu jsou odlišné u různých látek. Pro zajímavost zde uvádíme odvykací znaky u alkoholu, opioidů (heroin) a marihuany. Pro odvykací syndrom u alkoholu je typická bolest hlavy, nevolnost, pocení, zrychlený tep, vyšší krevní tlak a dokonce epileptické záchvaty. Mohou se objevovat také halucinace a iluze, psychomotorický neklid a další. U odvykání opioidů (heroinu) jsou typické „chřipkové“ projevy a to slzení, zívání, rýma, bolesti svalů, pocení, husí kůže, nevolnost a neklidný spánek. Odvykací syndrom u marihuany je spíše psychický a jsou při něm typické hlavně projevy úzkosti, podrážděnosti, ale také se objevuje pocení a třes rukou (Nešpor, 2007).

### 1.3 Psychická závislost

Pro psychickou závislost je charakteristická touha po látce a nepříjemný psychický stav v době nepřítomnosti látky (Svoboda, 2006). Projevuje se hlavně touhou a potřebou užít drogu, člověk je úzkostný a podrážděný, protože má pocit, že mu něco chybí. Je to zafixovaný pocit závislého, že mu droga něco pozitivního přináší (Vágnerová, 2004).

#### 1.3.1 Craving – bažení

Dle Světové zdravotní organizace je craving „*touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti*“ (Nešpor, 2007, str. 16). Můžeme jej také charakterizovat jako nutkavou touhu užít drogu spojenou s kompulzivním užíváním drog. Craving se nejčastěji vyskytuje při abstinenci, kdy se osoba dostane do podobné situace, ve které obvykle drogu užívala – např. při kontaktu s drogou, na obvyklém místě či ve spojitosti s určitým typem lidí (Kalina, 2008). Bažení je považováno za jeden z faktorů, který zvyšuje riziko recidivy užití návykové látky. Může se projevovat oslabením paměti, zhoršeným postřehem, zrychleným tepem (Nešpor, 2007).

Podle Fišerové nejsou ještě všechny neurobiologické mechanismy bažení dostatečně známy. Ve sborníku popisuje hlavní dva mechanismy cravingu, a to mechanismus pozitivního posilování a mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu. U prvního z mechanismů se jedná o navození silného zájmu opakování příjemného prožitku způsobeného

ného drogou, která většinou působí v oblasti center blaženosti v mozku (např. nucleus accumbens). Druhý mechanismus je postaven na opačném principu a jedná se o touhu vyhnout se nepříjemným psychickým stavům (jak psychickým tak somatickým) dalším užitím drogy (Fišerová, 2003). Kalina (2008) přidává další pohled, a to craving jako stav dominujícího obsesivního charakteru.

#### 1.4 Faktory vzniku závislosti

Před tím než přistoupíme k teoriím závislostí, zastavíme se u toho, proč jsou drogy pro člověka přitažlivé, z jakého důvodu inklinuje k jejich užívání. Kudrle (2003) uvádí, že lidé se „seznamují“ s drogami nejčastěji z těchto důvodů: potřebují se vyhnout nebo zbavit bolesti (fyzické nebo i psychické), chtějí se zklidnit se nebo si zvýšit sebevědomí, potřebují se cítit výkonní, kompetentní a energičtí, touží zbavit se zábran, chtějí dosáhnout euforie nebo touží po sebetranscendenci. Frouzová (2003) poukazuje na šest základních nabídek, kterými drogy mohou lákat. Jsou to:

- 1) Dosažení kontroly a moci nad sebou a nad druhými – drogy nabízejí člověku pocit, že jsou všelékem, který jim přináší poznání, moc a sex
- 2) Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje - droga přináší pocit, že otvírá a stimuluje mozek a přináší nové nepoznané nahlížení na různé situace – pocit procitnutí
- 3) Zbavení nepříjemného stavu – jsou lékem na duši, minimalizují pocity neschopnosti a méněcennosti, rychle odstraňují pocit bolesti a přináší řešení psychosociálních krizí
- 4) Vyvolávají slast a zintenzivňují smyslové zážitky – obnovení „radosti“ ze života, kvalitnější vnímání různých podnětů (lepší prožívání např. estetických a sexuálních zážitků)
- 5) Usnadňují přizpůsobení – droga je klíčem k určité skupině, je vyjádřením určité pospolitosti a zvyšuje pocit sounáležitosti
- 6) Součást asociálního životního stylu – droga vyčleňuje jedince na okraj společnosti, zároveň posiluje jeho agresivitu a sebestřednost, potlačuje zájem o druhé a výčitky svědomí

#### 1.5 Teorie závislosti

V dnešní době chápeme závislost jako multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejíž utváření se podílí jak psychické, somatické tak sociální faktory. Vágnerová (2004) uvá-



dí jako základní faktory genetické dispozice, biologický základ, složení drogy, psychické a sociální faktory. Nyní se zaměříme na jednotlivé teorie důkladněji.

Jednou z příčin vzniku závislosti je samotné **složení drogy**. U některých látek vzniká závislost téměř okamžitě po prvním užití, a to bez ohledu na psychický a somatický stav jedince. Za další významnou příčinu můžeme považovat **genetické dispozice**, které mohou být způsobeny buď komplexem specifických genetických informací, které způsobují určitou poruchu, nebo dědičně podmíněnou produkcí určitého mediátoru. Za **biologický základ** považujeme způsob, jakým tělo látku zpracovává a v jaké kvalitě a intenzitě se díky tomu projevují příznaky po požití látky (jak moc je tělo vnímá jako příjemné). **Z psychologických dispozic** ovlivňuje závislost hlavně motivace (proč osoba látku užívá, zda tím chce něco získat, nebo se něčemu vyhnout), tendence k určitému způsobu uvažování, reagování a prožívání (emoční labilita, způsob hodnocení situace), emoční prožívání, faktor učení a osobnostní vlastnosti (touha po vyhledávání nového). Ze **sociálních faktorů**, které ovlivňují závislost, můžeme zmínit hlavně rodinu, partu či jiné blízké sociální skupiny a celkově společnost i prostředí, ve kterém člověk vyrůstá. Se sociálními faktory také souvisí úroveň vzdělání jedince a jakákoliv sociální deprivace či vyloučení (Vágnerová, 2004).

Musil (2006) uvádí kromě osobnostních a sociálních příčin a faktu, že existují drogy, také další faktor ovlivňující závislost (úzce související s kapitolou 1.3) a to „startér“ neboli podnět, který proces závislosti rozjede. Podle něj se může jednat o konflikt, nemoc, úmrtí, nebo „jen“ o zvědavost či nápodobu ostatních. Další teorie závislosti udává ve své publikaci Millerová (2011), která charakterizuje základní složky, z nichž se skládají jednotlivé teorie závislosti. Těmito složkami jsou: kulturní faktory (dostupnost drogy a sociální skupiny, které jedince ovlivňují), environmentální prostředí (principy podmiňování a zpevnování, faktory učení a životní události), interpersonální faktory (sociální faktory, tlak vrstevníků a rodiny) a intrapersonální faktory (vývoj osobnosti, afektivní a kognitivní stránka jedince). Teoretické modely závislosti, tak jak je Millerová (2011) popisuje, v sobě rovnou spojují pohled závislého uživatele na sebe, ukazují na příčinu závislosti a představují „vhodnou“ léčbu konkrétní závislosti. Jsou jimi:

- a) Morální model – charakterizuje závislého jako zvrhlíka s morální slabostí (závislost), u kterého je jediná vhodná léčba trest
- b) Psychologické modely – vycházejí z různých psychologických teorií a to z psychoanalytické (zaměření na osobnostní patologii, závislost vzniká v kontextu s nevědomými konflikty, cílem léčby je jejich postupné odkrývání a hledání řešení), teo-

rie osobnostních rysů (závislost vzniká v souvislosti s trvalými osobnostními rysy např. úzkostnost, terapie je uskutečňována prostřednictvím změny těchto rysů) a teorie behaviorálního učení (pozitivní důsledky drogy jsou pro jedince odměnou, která upevňuje závislé chování, proto je v terapii důležitá změna faktorů upevňování a s tím související změna chování).

- c) Sociokulturní model – do tohoto modelu patří všechny sociální síly a kontexty, které ovlivňují závislost jedince. Může se jednat o rodinné vlivy, sociální skupiny a prostředí, ale i o konkrétní situaci, ve které jedinec žije. Léčba se zaměřuje na změnu environmentálních faktorů, které na závislého působí.
- d) Medicínský model – závislost je chápána jako nemoc, která má progredující charakter s typickými příznaky. Tento model se zaměřuje také na specifické fyziologické poruchy, závislý je chápán jako pacient, který trpí nějakou dysfunkcí. Přestože tento model nabízí zajímavé vysvětlení, nepoukazuje na možnost konkrétní léčby.
- e) Bio-psycho-sociální model – tento model přináší celostní pohled na závislého jedince a sleduje dopad drogy na biologické, psychologické i sociální aspekty jeho osobnosti, které chápe jako navzájem související. Hlavním kladem tohoto modelu je, že se dívá na každého závislého jako na individualitu, která potřebuje specifickou péči a terapii. Terapie se může zabývat zároveň více problémy najednou.
- f) Model minimalizace rizik – u tohoto modelu je při terapii kladen důraz na snižování problémů souvisejících se závislostí, které je užitečné jak pro závislého tak pro jeho okolí. Důraz je kladen na realistický prvek léčby, který je uskutečňován tak, že klient si stanovuje dosažitelné kroky při léčbě závislostí (př. nestanovuje si jako cíl hned doživotní abstinenci, ale zaměří se na abstinenci roční, dále si může stanovovat další cíle).

### 1.5.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Přestože byl tento model již naznačen v předchozí kvalifikaci, považuji za důležité se mu věnovat více do hloubky, neboť do dnešní doby nebyla prokázána žádná typická predispozice vedoucí ke vzniku závislosti. Většinou se člověk stává závislým v důsledku spolupůsobení více rozdílných faktorů. Tuto teorii popisuje Kudrle (2003), kdy zmiňuje jednotlivé faktory.

Biologické faktory pro vznik závislosti jsou u dítěte pozorovány již v prenatálním stavu. Zvýšené riziko propuknutí závislosti je spojeno s ranými zkušenostmi dítěte

s návykovou látkou (např. matka byla alkoholička nebo užívala nějaké druhy farmak – hypnotika, sedativa) nebo s užitím tlumivých látek v průběhu porodu. Tyto látky mohou ovlivnit neurobiologii jedince a tím ovlivnit jeho následující vývoj. Existuje také souvislost mezi závislostí a neurochemickým složením organismu (neurotransmitery, neurohormony), díky které na každého jedince působí návyková látka jiným způsobem a jinak ovlivňuje jeho náladu, emoce a kognitivní funkce.

Různé psychologické faktory také ovlivňují vznik závislosti jedince již od početí jedince. Souvisí úzce s prožíváním těhotenství matky a následnou péčí o zdravý a harmonický vývoj dítěte. Sklon k závislosti také ovlivňuje výchova jedince, při níž je nutné přiměřeně uspokojovat potřeby dítěte a stanovit dítěti určitý řád a hranice. S psychologickými faktory také souvisí různé patologie a duševní onemocnění – např. deprese, úzkostné stavy aj.

Za nejdůležitější sociální faktory jsou považovány rodina, sociální prostředí a okruh vrstevníků. Dítě vyrůstá v určitém sociálním kontextu a ten ovlivňuje jeho zrání a vývoj. Pro zdravý vývoj člověka (vyhnutí se závislosti) je důležité fungující zázemí – rodina, ve které se dítě sociálním učením a nápodobou učí morálním hodnotám a celkově přichází na to, jak žít ve společnosti. Pokud jsou v rodině závislí jedinci, může se dítě naučit chápat závislost jako normu (např. řešení problémů alkoholem) a tím k droze inklinovat. Důležitým faktorem je také vrstevnické prostředí – parta, kde by se dítě mělo učit vytvářet zdravé a pevné vztahy.

V poslední době se také jako faktor ovlivňující závislost považuje spirituální úroveň jedince, která formuje jeho hodnoty, určuje smysl života či vztah k něčemu, co jej přesahuje. Spirituální úroveň můžeme chápat také jako touhu poznat sám sebe a pracovat na sobě bez nutnosti orientace na hmotné statky a okamžité uspokojení (Kudrle, 2003). Syndrom narušení závislosti na odměně

Podle této teorie můžeme chápat závislost jako „poruchu“ mozku. Na tuto poruchu můžeme nahlížet dvěma kauzálními způsoby – vrozená porucha mozku může způsobovat tendenci k závislosti, nebo závislosti a dlouhodobé užívání drogy způsobuje změny mozkové struktury, které pak brání člověku abstinovat. Nejen z výzkumných studií jednovaječných dvojčat vyplývá existence genetických předpokladů ke sklonům k závislosti. (např. další výzkumy byly provedeny u dětí alkoholiků vychovaných adoptivními rodiči, při kterých bylo zjištěno, že tyto děti mají až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost stát se alkoholikem než děti nezávislých biologických rodičů). Jedním z geneticky daných rizikových

faktorů je nízká hladina neurosteroidů v mozku, která způsobuje horší odolnost vůči stresu. Proto mohou mít jedinci s nižší hladinou neurosteroidů tendenci zvyšovat si „odolnost“ drogou. Toto může zobrazovat mozkový okruh touha - činnost - odměna, který popisují Bragdon a Gamon (2006) ve své publikaci. Popisují jej tak, že nějaký stimul (touha) přijde do limbického systému v mozku, mozková kůra tento stimul zaznamená a zahájí nějakou aktivitu. Aktivitou může být například pití alkoholu, v důsledku alkoholu začne tělo produkovat více dopaminu, který tělo chápe jako odměnu. Mozková kůra z toho „pochopí“, že původní touha (stimul) byl uspokojen. Proto bude mít mozková kůra do příště zafixované, že alkohol přináší odměnu (uspokojení touhy) a bude řešit další situace obdobným způsobem. Užíváním drogy se však zničí původní přirozené vylučování dopaminu a dokonce nějaké dopaminová centra, a proto je posléze dopamin produkován převážně drogou (Bragdon, Gamon, 2006).

### 1.5.2 Závislá porucha osobnosti

Vašina (2008) ve své publikaci popisuje časté klienty navštěvující psychologické terapie s problematikou závislosti, jsou jimi osoby se závislou poruchou osobnosti. Závislá porucha osobnosti, stejně jako další typy poruch osobnosti, vzniká v dětství. Projevují se extrémními povahovými a charakterovými rysy a také malaadaptivním sociálním chováním. Závislá porucha osobnosti se projevuje nadměrnou závislostí osob na druhých, která se projevuje potřebou být opečovávan a to i za cenu toho, že druzí za něj budou dělat rozhodnutí v důležitých oblastech jeho života. Závislý člověk se cítí nesamostatný a nerozhodný (Svoboda, 2006). U osoby s takovým typem poruchy osobnosti je zvýšené riziko k úniku od reality za pomocí drog. Tuto poruchu osobnosti můžeme tedy zařadit jako jeden z potvrzujících předpokladů pro vznik závislosti na základě psychologických a sociálních faktorů, protože prvotní příčinu této poruchy můžeme objevit v rodině a nesprávném výchovném stylu jedince. Vašina (2008) uvádí, že u dítěte nebyla naplněna potřeba lásky a bezpečí.

### 1.6 Stádia vzniku závislosti

Jak už bylo výše uvedeno, předpoklady k tomu stát se závislý, má téměř kdokoliv, kdo drogu okusí. Obranou od závislosti může být včasné uvědomění si rizika drogy, spouštěč (důvod), který nás nutí drogu užít a uspokojivé sociální vztahy (Vágnerová, 2004).

Nyní bychom se chtěli věnovat fázím, které obvykle při vzniku a vývoji závislosti probíhají. Fáze se liší dle typu drog, které jedinec užívá. Pro účely této práce je rozdělíme na fáze závislosti u nealkoholových drog a alkoholu. Přestože bude v této práci závislostem na alkoholu věnovaná samostatná kapitola, stádia závislosti budou pro porovnání s nealkoholovými drogami uvedeny pohromadě.

Závislost na nealkoholových drogách obvykle začíná touhou zkusit něco nového. První stádium je fáze experimentování a občasného užívání. Může být iniciováno nudou, zvědavostí, zátěžovou situací nebo partou a kolektivem. V této fázi droga vyvolává žádoucí (příjemné) pocity, štěstí, sebejistotu, potřebou míru aktivizace a energie. Pokud droga člověku přinese pomoc v nouzi nebo příjemné vytržení z nudy, může mít jedinec tendenci užít ji znovu. Užívání drogy však buď popírá, nebo zdůrazňuje výjimečnost užití drogy. Následuje fáze pravidelného užívání, kdy jedinec užívá drogu často pod vlivem určitého stereotypu. V této fázi si nepřipouští, že s užíváním drogy je spojeno nebezpečí, které se může týkat konkrétně jeho. Souvisí s tím iluze kontroly, která je typická u začínající závislosti. Další je fáze návykového užívání, ve které se závislý jedinec nesnaží svou potřebu drogy skrývat a droga se pro něj stává středobodem jeho světa. Kvůli droze jedinec nemá čas na své zájmy, rodinu a dokonce je jí negativně ovlivněn jeho profesní život. V této fázi je už velmi obtížné až nemožné s drogou přestat, většina abstinčních pokusů končí relapsem. Poslední fáze je terminální, ve které je člověk drogou poškozen psychicky, biologicky i sociálně. Člověk udržuje jen styky s lidmi závislými a pro získání drogy je schopen udělat cokoli. Z běžného života je člověk vyloučen, dochází k úpadku jeho osobnosti a rozpadají se i jeho sociální vazby (Vágnerová, 2004).

Skála (1986) ve své publikaci uvádí stádia vývoje závislosti na alkoholu, které byly popsány již v roce 1957 Jellinkem. Zajímavostí je, že tato stádia jsou stále uváděna i v dnešních učebnicích.

- I. Stadium počáteční (iniciální): alkohol si jedinec vyhledává sám, aby potlačil nepříjemné stavy, dosáhl příjemné nálady a přiblížil se společnosti. Dávky alkoholu sice stoupají, ale nedochází k opilosti (alkoholové intoxikaci). Typické příznaky – častější pití a zvyšování dávek.
- II. Stadium varovné (prodromální): stoupá tolerance k alkoholu, dochází častěji k opilosti. Typické příznaky – stálé myšlenky na alkohol, tajné pití, dychtivé pití první dávky, pocity viny, první okénka, citlivost při zmínce o alkoholismu.

- III. Stadium rozhodné (kritické): stále roste tolerance k alkoholu, začínají se objevovat alkoholová okénka (výpadky paměti). Začínají se objevovat problémy spojené s pitím, dochází k pokusům o abstinenci. Jedinec si však myslí, že má alkohol pod kontrolou. Dochází k „ztracení“ kontroly nad pitím, člověk nedokáže pít s mírou. Typické příznaky – jedinec nad sebou ztrácí kontrolu, má výčitky, pokouší se přestat pít, dochází k narušení interpersonálních vztahů, častěji se objevují konflikty a vztahové i sexuální problémy.
- IV. Stadium konečné (terminální): snížení tolerance k alkoholu, závislá osoba se opije rychleji a častěji než dříve. Opilost (ebrieta) může trvat až několik dní a s pitím začíná jedinec již v ranních hodinách. V tomto stádiu se může objevovat alkoholická psychóza nebo delirium tremens. Typické příznaky – oslabení tělesného i duševního zdraví, „tahy“ trvají až několik dnů, člověk se začíná cítit bezmocně, pití začíná už ráno (ranní doušky), dochází k vyhledávání „stejných“, na alkoholu závislých přátel.

## 2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Pokud jsme si výše definovali závislosti, můžeme se nyní hlouběji zabývat problematikou závislosti na alkoholu, které bude věnována i celá praktická část diplomové práce. Podle Smolíka (2002) můžeme alkoholismus chápat jako nadměrné požívání alkoholických nápojů. Bártlová (1998) ve své publikaci zmiňuje, že se jedná o takové pití alkoholu, které je spojeno s rizikem, že se stane návykovým chováním. Alkohol je běžnou součástí života téměř každého zdravého člověka, proto je vhodné v úvodu uvést, jaká dávka alkoholu je definována jako bezpečná (definováno pro zdravé osoby starší 18 let). Americký Národní ústav pro zneužívání alkoholu a alkoholismus udává, že bezpečné množství alkoholu pro zdravé osoby se pohybuje kolem dvou jednotek denně pro muže a jedné jednotky pro ženy a seniory (1 jednotka = jedna sklenice vína nebo láhev piva) (Shapiro, 2005). Nedá se říci, že by alkoholismus a nadměrné pití alkoholu bylo projevem moderního způsobu života, Shapiro (2005) uvádí, že vliv alkoholu byl objeven již dávno v prehistorickém období, kdy byl užíván pro svou schopnost změnit způsob prožívání požíváním zkvašeného ovoce. Podle Musila (2006) je dnes alkohol nejrozšířenější drogou naší země, jsou na něm závislá asi 3-4% naší populace, dalších 10% jsou pijáci, a 70% konzumenti. Praško a kol. (2007) odhadují počet osob závislých na alkoholu kolem 200 – 400 tisíc obyvatel České republiky a to nezávisle na společenské vrstvě a postavení (Nešpor, 2003; Praško a kol, 2007). *Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/4 všech mužů v ČR a 1/10 žen* (Kalina, 2008, str. 341). Existuje více profilů alkoholové závislosti: stálé pití, těžké pití jednorázové, opakované tahy vystřídané periodami abstinence (Höschl, 1996).

K dokreslení problematiky závislosti na alkoholu a pocitům při bažení, uvedeme na tomto místě úryvek básně pacienta z Kroměřížské léčebny:

### Bažení

*Po probdělé noci vstanu,  
dostávám hned hroznou ránu,  
všichni jsme jak zasnění,  
máme ranní bažení.  
Hrozný pocit k pití mám,  
co s tím asi udělám... (Pomoc v závislosti, 2011)*

## 2.1 Kritéria závislosti

Dörner (1999) podotýká, že závislost nevzniká ze dne na den. Uvádí se, že se závislost rozvíjí do stádia nemoci 6-12 let, u mladistvých vzniká závislost rychleji už po třech letech. Závislost na alkoholu můžeme odhalit dle symptomů popsaných podle MKN-10. K jeho diagnostikování však nejsou určena žádná specifická kritéria, řídí se stejnými jako obecná závislost (viz výše). Shapiro (2005) upozorňuje na to, že chronické požívání alkoholu zvyšuje schopnost jater látku metabolizovat, což způsobuje narůstání tolerance na alkohol, která patří ke kritériím závislosti. Podle něj je alkohol nejčastěji zneužíván z toho důvodu, že je vhodným a dostupným prostředkem k překonání stresových situací. Problémem je hlavně fyzická závislost, které se projevuje různými silnými abstinenciími příznaky (viz níže). Smolík (2002) upozorňuje na to, že závislost narušuje jedince většinou ve více oblastech života - a to ve zdraví, sociálním fungování, práci či škole. Závislost na alkoholu se vyvíjí individuálně různě, přesto se dá říci, že její projevy nejsou tak závažné jako u jiných drog např. barbiturátů (Smolík, 2002). Důležité je si uvědomit rozdíl mezi závislostí a návykem. Návyk charakterizuje Höschl (1996) jako lehce problémové pití alkoholu, které nějakým způsobem mění normální činnost jedince, které se však ještě nedá specifikovat jako závislost.

Pokud pracujeme s lidmi závislími na alkoholu, je nutné si uvědomit, že alkoholismus je celospolečenský problém, který je potřeba řešit z mnoha různých hledisek – zdravotního, sociálního, soudně-lékařského i právního (Prokeš, 2005).

### 2.1.1 Typy závislosti

Dörner a Plog (1999) uvádějí ve své publikaci zajímavou myšlenku, že závislost je výsledkem pokusu o přizpůsobení, o obranu před úzkostí a o svépomoc. Navazuje na to také rozdělení typů závislostí, které jsou inspirovány dělením Jellinkem. Alfa typem bývají označováni „problémoví“ pijáci, kteří pitím řeší své problémy. Tito pijáci neztrácejí nad svým pitím kontrolu, ale problémem může být vznikající psychická závislost. Beta typ jsou „příležitostní“ pijáci, kteří pijí buď proto, aby se přizpůsobili skupině, nebo ze zvyku (např. při televizi). U tohoto typu se může vyvinout fyzická závislost. „Náruživí“ pijáci jsou jiné označení pro gamma typ, který se už vyznačuje psychickou i fyzickou závislostí, kdy se jedinec už nedokáže kontrolovat a objevují se u něj odvykací příznaky. Jedinec se může sám pokoušet o abstinenci. Delta typ jsou „návyková pijáci“, kteří si udržují stálou hladinu alkoholu v krvi. Jedinec si neuvědomuje ztrátu kontroly nad alkoholem, proto se odmítá lé-



čit. Epsilon typ je takový piják, který pije jen v určitém období – periodický piják. Taková závislost se nazývá také dipsomanie nebo také kvartální pijáctví, kdy lidé alkoholem pouze utíkají od jejich zodpovědného života (Dörner, Plog, 1999).

## 2.2 Funkce alkoholu

Nebezpečné na alkoholu je zejména to, že je jeho užívání v naší společnosti nejenže tolerováno a chápáno, ale jeho užívání je u nás bráno jako norma a patří k mnoha rituálům. Za „zvláštní“ bývají spíše považováni abstinenti. Často společnost vyžaduje „nepítí“ ospravedlnit nějakou omluvou – léky, těhotenství, řízení, jinak jsou abstinenti do pití až násilně tlačeni. Bártlová (1998) upozorňuje na to, že jedna z nejnebezpečnějších forem závislosti je právě na alkoholu. Může to být i proto, že v našem životě zastává řadu funkcí, které zjednodušují člověku život. Kubička (2007) uvádí, že existují 4 základní funkce alkoholu: alimentární (související s jídlem a potravou), sociální, sedativní a orgiastická. Lidé pijí alkohol z různých důvodů, tedy každý jej může pít kvůli jiné funkci. Jiní autoři nabízejí ještě další rozdělení, například Bártlová (1998) představuje ve své publikaci tyto funkce alkoholu: psychologickou (lék proti úzkosti, na povzbuzení, na nespavost, na únik z reality), fyziologickou (součást potravy), rituální (oslavy, svátky, obřady), sociální (kulturní symbol – Morava slivovice, české pivo; součást společenského styku), ekonomickou (peníze pro stát, pro firmy produkující alkohol) a politickou.

## 2.3 Intoxikace alkoholem

K pochopení působení alkoholu je nutné uvědomění, jak je alkohol v organismu zpracováván. Po požití se alkohol dostane do všech tkání a orgánů hlavně prostřednictvím krve. Do krve se dostává skrze žaludek a tenké střevo, ve kterých je vstřebáván. Jeho účinky začínají působit již během 5-10 minut a přetrvávají dle koncentrace alkoholu v nápoji, rychlosti jeho pití, přítomnosti potravy v těle a dle hmotnosti a nálady pijáka. Alkohol metabolizují pouze játra, z toho důvodu je u alkoholiků jejich správná funkce vážně ohrožena. Rychlost metabolizačních procesů je u zdravé osoby zhruba 10g alkoholu (přibližně jedno pivo) za hodinu (Illes, 2002; Shapiro, 2005). Alkohol způsobuje různé poruchy, které souvisejí buď s přímým účinkem alkoholu (intoxikace, odvykací stav, amnestický syndrom, demence, aj.), nebo s chováním spojeným s užíváním alkoholu - abúzus, syndrom závislosti, aj. (Smolík, 2002).

Účinky a tedy i intoxikace alkoholem je značně variabilní, závisí nejen na typu, ale také na množství zkonsumovaného alkoholu. Z počátku má euforizační a stimulující účinek, následně působí tlumivě. Je možné ho tedy zařadit zároveň jako stimulant, hypnotikum i euforikum (Prokeš, 2005). Euforizační účinky jsou podle Musila (2006) ty, kvůli kterým lidé nejčastěji alkohol užívají, projevují se zlepšením nálady a mizením zábran, strachu a úzkosti.

Akutní intoxikace je stav, který nastává po požití alkoholu. Praško a kol. (2007) uvádějí, že intoxikaci lze jednoduše rozeznat dle pohybů, řeči, nálady a „alkoholového“ dechu. Způsobuje nejčastěji dysfunkční chování, které se může projevit v sociální interakci problémovou komunikací, zvýšenou hádavostí a agresivitou. Součástí také často bývá labilita nálady a narušení kognitivních funkcí - zhoršený úsudek a pozornost. Projevuje se také poruchami rovnováhy, které mohou způsobovat obtíže při stožení a kolísavou chůzi (potáčení). Vyskytují se také časté problémy se zrakem jako dvojité vidění (diplopie) a nystagmus (Smolík, 2002, Shapiro, 2005). Intoxikaci můžeme rozdělit dle projevů na mírnou a těžkou. Mírná intoxikace může a nemusí přinést závažnější následky, projevuje se uvolněním, hovorností a euforií. Těžká intoxikace vede často k malaadaptivnímu chování (agresivita, podrážděnost, labilita nálad) a dochází při ní k hypotenzi a hypotermii. Těžká opilost přechází nejčastěji do hlubokého a těžko probuditelného spánku, po kterém následuje na druhý den mírná podoba syndromu odnětí – kocovina. Tato neschopnost pohybu, pády a usínání jsou nejčastějšími příčinami úrazů. Pokud postupuje intoxikace dále, může docházet ke zvracení, pokálení nebo pomočení, což mohou být symptomy otravy. V nejhorších případech může vést těžká intoxikace až ke kómatu a smrti. Častá příčina smrti je udušení, a to z toho důvodu, že alkohol utlumuje dávkový reflex (Smolík, 2002, Shapiro, 2005, Musil, 2006). Smrtelná dávka alkoholu je u většiny lidí 5 promile alkoholu v krvi, život ohrožující projevy jsou nejčastěji neschopnost pacienta reagovat, pomalé a mělké dýchání a kardinální dysritmie (Praško a kol, 2007). Dörner (1999) upozorňuje na to, že u alkoholiků (typ gama viz výše) se zkracuje život o 12 let.

Přehledné dělení vývoje intoxikace dle množství užití látky, které shrnuje výše uvedené informace, ve své publikaci uvádí Kalina (2008):

- 1) Euforické stádium (0,5- 1,0 promile): euforie, zvýšené sebevědomí, odstranění zábran, mnohmluvnost, zhoršení kognitivních funkcí
- 2) Hypnotické stádium (1-2 promile): prodloužení reakcí, ztráta sebekontroly, poruchy koordinace a rovnováhy, podrážděnost

- 3) Narkotické stádium (2-3 promile): těžká porucha koordinace, zmatenost, hypotenze, počátky poruch dechového a oběhového centra, povrchové a zpomalené dýchání
- 4) Asfyktické stádium (3,5-5 promile): hluboké bezvědomí, vyhasínání reflexů, cyanóza, smrt následkem selhání dýchání a krevního oběhu

S intoxikací také souvisejí **okénka (palimsest)**, což jsou období intoxikace, na které má jedinec úplnou amnézii, přestože se během nich jeví jako čilý a bdělý (Smolík, 2002).

Jednou z neobvyklých forem intoxikace alkoholem je **patická alkoholová intoxikace** (patická opilost), která se vyskytuje velmi vzácně. Hlavním rozdílem mezi ní a akutní intoxikací je to, že ji způsobuje jen malé množství alkoholu a vyskytuje se jen několik minut po jeho požití. Touto poruchou trpí jedinci, kteří mají abnormálně nízkou toleranci alkoholu. Syndrom trvá několik hodin a končí spánkem, jedinec si jej obvykle nepamatuje (amnézie). Při něm se vyskytuje často perzekuční myšlení a agresivní a násilné chování (Smolík, 2002).

## 2.4 Důsledky závislosti na alkoholu

Alkohol s sebou nese nejen riziko závislosti, ale také zvýšené nebezpečí úrazů po požití alkoholu, somatická onemocnění a další negativní sociálně patologické jevy. Shapiro (2005) uvádí, že alkohol se významně podílí na výskytu zločinnosti na celém světě. Výzkumy udávají odlišné hodnoty na různých místech na světě v podílu alkoholu na trestné činnosti, ale některé z nich uvádí přítomnost alkoholu na 60-70% násilné trestné činnosti např. domácího násilí, znásilnění, zneužívání dětí, výtržnictví, pouličních rvaček i vražd dětí (Shapiro, 2005).

Kromě protispolečenského chování je alkohol také častou příčinou somatických onemocnění. Praško a kol. (2007) uvádějí, že nejčastějšími somatickými obtížemi chronického alkoholismu jsou chudokrevnost, pankreatitida (zánět slinivky břišní), gastritida (zánět žaludku), cirhóza jater, jícnové varixy, kardiomyopatie, myopatie, amnestický Korsakovův syndrom, alkoholová demence a alkoholická encefalopatie (Praško a kol, 2007). Podle WHO až 76,3 milionu osob trpí následky požívání alkoholu a to nejen somatickými, ale také následky úrazů a dopravních nehod. Alkohol může být příčinou až 20-30% případů rakoviny jícnu, žaludku, cirhózy jater a epilepsie (Shapiro, 2005).

## 2.5 Specifické skupiny závislých na alkoholu

Musíme si uvědomit, že alkohol působí na každého jedince jinak. Musil (2006) uvádí individuální faktory vzniku závislosti, mezi které mimo jiné patří tělesná i psychická konstituce člověk, věk počátku pití a pohlaví. Podle toho v této části budeme věnovat specifickým skupinám, které alkohol užívají – ženy, děti, mladiství a senioři.

### 2.5.1 Ženy

V dřívějších dobách byla závislost na alkoholu převážně mužskou závislostí v poměru 1:20, v dnešní době závislých žen stále přibývá - nový poměr je 1:6. Dle výzkumných studií existuje velký rozdíl v krátkodobém i dlouhodobém vlivu alkoholu na ženský organismus (Musil, 2006). Není však jisté, zda nový poměr mezi počtem závislých žen a mužů vystihuje současnou realitu, protože závislých žen stále přibývá. Podle výzkumné studie, která byla uveřejněna v časopisu *Československá psychologie*, bylo potvrzeno, že muži a ženy často pijí z jiného důvodu. Muži nejčastěji pijí v pijáckých partách (tedy pijí ze sociogenních příčin), ženy nejčastěji pijí samy a to z důvodu psychogenního, aby potlačily smutek a úzkost (Kubička, 2007). Skála (1986) uvádí poznatky z výzkumů tehdejší doby, které se zabývají specifickými problémy u žen závislých na alkoholu. Podle nich je vyšší riziko výskytu psychóz u žen závislých na alkoholu, tyto ženy se více izolují od společnosti, závislost u nich vzniká jako reakce na životní problémy a léčbu ženy vyhledávají kvůli rodinným problémům.

### 2.5.2 Těhotné ženy a FAS

FAS je zkratka pro fetální alkoholový syndrom, který se často objevuje u novorozenců žen závislých na alkoholu. S fetálním alkoholovým syndromem dle Hartla (2010) souvisí výskyt typických vrozených vad u novorozence. FAS se také může projevit nižší porodní váhou a nižším intelektem dítěte. Je způsoben nadměrným přísunem alkoholu, který se do dětského organismu dostává skrze placentu a negativně ovlivňuje vývoj plodu. Alkohol může způsobit tělesné i mentální postižení, poruchy chování, psychomotorickou deformaci, „zvláštní“ vzhled obličeje a další anomálie (Skála, 1986). Vágnerová (2004) uvádí, příznaky fetálního syndromu je možné rozdělit do tří skupin: růstová retardace, kraniofaciální dysmorfie („nedodělané“ rysy obličeje) a postižení CNS (nižší IQ, hyperaktivita). Dávka alkoholu, která tato postižení způsobuje, není dosud přesně stanovena. Za prokaza-

telně škodlivou dávkou můžeme považovat denní užívání 30-60 ml čistého alkoholu např. 1 litr piva (Skála, 1986).

### 2.5.3 Děti a mládí

Jakákoliv forma závislostí je v dětském a dorostovém věku problematictější a to nejen kvůli zdravotním následkům, které má na dospívající osobu, ale také na možnosti léčby a následnou abstinenci. Nešpor (2003) uvádí, že u dětí se závislost vyvíjí podstatně rychleji a hrozí větší riziko otrav, úrazů a zdravotních následků. Je to hlavně z toho důvodu, že děti neznají účinky alkoholu, nemají na něj vyvinutou žádnou toleranci. Proto se často stává, že děti neodhadnou množství, které mohou vypít. Problematické také je, že alkohol může být častou příčinou různých úrazů, protože často vede nejen u dětí a mladistvých k přeceňování vlastních sil a tendencím riskovat. Jedinou světlou stránkou může být, že vzhledem k vývoji a zrání jedince, může dojít k vyléčení a v dospělosti už se nemusí problémy s návykovými látkami u těchto jedinců dále vyskytovat (Nešpor, 2003). Je důležité tedy věnovat velkou pozornost preventivním programům na školách a v mimoškolní činnosti, aby děti měly alespoň povědomí o nebezpečí návykových látek.

Zajímavostí je také vztah návykových látek a studentů vysokých škol. Přestože je možné namítnout, že vysokoškoláci už patří do skupiny dospělých, budou zahrnuti do této kategorie, protože nejsou většinou ještě výdělečně činní a ani nemají takové existenční problémy jako dospělí, jejich životní styl se spíše blíží ke středoškolákům. Nejčastěji se uvádí, že tato skupina nepatří k příliš ohroženým, co se týče zneužívání návykových látek, přesto se u ní často vyskytuje epizodní pití („víkendové“). Některé studie však upozorňují na to, že by i této skupině měla být věnována náležitá pozornost, protože budou po dokončení školy nejčastěji vykonávat takové profese (lékaři, právníci, psychologové, učitelé), které nejenže často ovlivňují druhé, ale jejichž osobní image je součástí představy o fungování naší společnosti a o úrovni zdravotnictví, školství, podnikání a vědy (Orosová, Gajdošová, 2009).

### 2.5.4 Senioři

Léčba ale i průběh závislostí ve vyšším věku má svá specifika. V některých případech se může jednat o závislosti, které přesahují z mladšího věku a které dosud nebyly řešeny, v jiných případech se může jednat o nově vzniklé závislosti, které mohou souviset s nižší strukturací času v důchodovém věku nebo například s pocitem „zbytečnosti“ a ztrátou zájmů, práce či životního partnera. Nebezpečí těchto závislostí spočívá

v problematickém zdravotním stavu jedince a také s vyšším množstvím léků, které musí denně brát a které by se s alkoholem neměly kombinovat. Alkohol zvyšuje krevní tlak a s tím souvisí nebezpečí cévních mozkových příhod. Problematické mohou být také problémy s pamětí, které se v důsledku závislosti na alkoholu mohou zhoršovat. S věkem také souvisí nižší tolerance k alkoholu a také nedostatek vitamínů v těle. Při léčbě těchto pacientů je nejen důležité zaměřit se na ně v rámci psychoterapie, ale také zaměřit se a zmapovat jejich sociální vztahy. Je důležité také pracovat se životním stylem jedince tak, aby nebyl příliš zatěžující nebo naopak prázdny, tak aby jedince naplňoval (Nešpor, 2003).

## 2.6 Odvykací syndrom

Po dlouhodobém a nepřiměřeném užívání alkoholu může při jeho nepřítomnosti v těle nastat více či méně problémový odvykací stav. *Odvykací stav není jen projevem či důsledkem závislosti, ale současně je jedním z momentů uplatňujícím se v genezi závislosti, návyková látka neužívá jen pro její euforické, stimulační či zklidňující účinky (pozitivní posilování), ale i proto, aby se uživatel vyhnul nepříjemným stavům, kterými odvykací stavy jsou.* (Dvořáček, 2003, str. 304) Příznaky bývají třes rukou, jazyka a víček, pocení, zvracení, bolesti hlavy, psychomotorický neklid, insomnie, malátnost, halucinace a další. Tyto projevy většinou ustupují do 4-12 hodin, někdy však mohou trvat i několik dní (Smolík, 2002). Podle Musila (2006) příznaky odnětí alkoholu projevují 6-8 hodin po poslední „dávce“ a jsou obvykle řešeny novým přísunem alkoholu. Projevují se nejčastěji ranním pitím, třesem rukou, poruchami spánku, nechutenství a nevolností (nauzeum). Odvykací stav je často protikladem k účinku návykových látek (Nešpor, 2003). Praško a spol. (2007) upozorňují i na nejnebezpečnější formu syndromu z odnětí a to **delirium tremens**, která může být až životu nebezpečná. Tato forma bývá také označována jako odvykací stav s deliriem, který bývá provázen poruchami vědomí, změnami kognitivních funkcí, přítomností bludů a halucinací. Velmi časté jsou při deliriích komplikace somatické a to například poruchy jaterních funkcí, pneumonie, hypoglykémie a krvácení do dutiny břišní. Odvykací stav může a nemusí být doprovázen křečemi (Smolík, 2002).

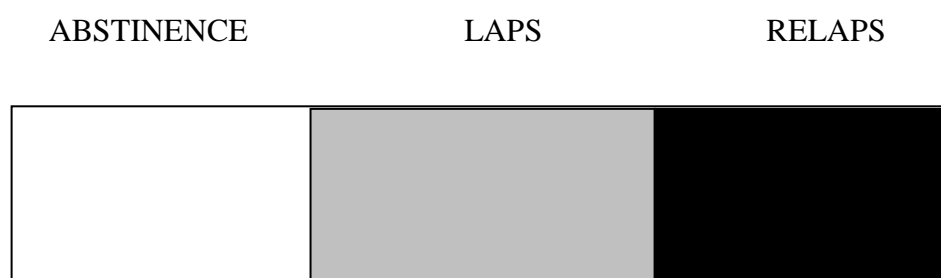
S odvykacím syndromem úzce souvisí pojem **detoxifikace**, což jsou postupy vedoucí ke snížení nebo odstranění jedovatých látek z těla. Tento postup bývá považován jako první stádium při léčbě závislostí a pomocí něj dochází k obnově fyziologických funkcí organismu (Hartl, 2010). Podle Dvořáčka (2003) můžeme detoxifikaci považovat za zvládnutí odvykacího stavu a to jak už jeho akutní nebo chronické fáze. Metody, kterými se odvyka-

cí stav zvládá, můžeme rozdělit na zdravotnické (farmaka, různá vyšetření) a psychoterapeutické, oba přístupy budou popsány v kapitole 3.2. S pojmem detoxifikace se často zaměňuje podobný pojem **detoxikace**, což je úzdava organismu, po odstranění toxických vlastností jedu, které drogy obsahují (Hartl, 2010).

## 2.7 Relaps vs. recidiva

Relaps můžeme charakterizovat jako zvrát, návrat dříve potlačeného chování (či nemoci), které vypuklo před úplným uzdravením organismu. Relapsem může být porušení abstinence při léčbě závislosti na alkoholu (Hartl, 2010). Synonymy tohoto pojmu jsou recidiva (která znamená také návrat či opakování nemoci, která se však při léčbě závislostí užívá méně často) a lapsus (jednorázové porušení abstinence, po kterém ještě nemusí dojít k rozvinutí relapsu) (Hartl, 2010).

Kuda (2003) uvádí, že při relapsu se vrací pacient zpět na začátek léčby, protože jeho selhání přináší devalvací všeho, čeho dosud dosáhnul. Dále také upozorňuje na rizikové situace, které jsou pro pacienta nebezpečné a zvyšují pravděpodobnost návratu k užívání návykových látek: negativní emoční stavy, interpersonální konflikty, sociální tlak a bažení. Po selhání se často objevuje syndrom porušení abstinence, který způsobuje, že klient prožívá velký pocit viny z vlastního selhání a další negativní pocity zaměřené proti sobě i proti terapeutovi. Kuda v publikaci také uvádí schematický obrázek, který přibližuje rozdíl mezi lapsem a relapsem (Kuda, 2003, str. 122).



Obr. 1 – abstinence - relaps

Pacienti v A-klubu prezentovali zajímavou myšlenku: „Dostat se do relapsu je normální, není to nic odsouzení hodného. Ti, co se po relapsu znovu a znovu léčí a bojují, jsou obdivuhodní. Nevzdávají se a bojují za svůj život.“

### 3 MOŽNOSTI LÉČBY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

Léčba závislosti na alkoholu probíhá různými způsoby, vždy ale začíná detoxifikací a zvládnutím odvykacího stavu (Smolík, 2002). Podle Musila (2006) by měla být léčba dlouhodobá (min. 3 měsíce) a dobrovolná. Nešpor (2007) předpokládá, že úspěch léčby závisí na tom, že bude dlouhodobá a intenzivní, kdy mnohdy nestačí k léčbě jen jedno zařízení, ale důležitá je jejich kombinace. Dle aktuálního stavu pacienta je možné provádět léčbu buď ambulantně, nebo v lůžkovém zařízení. Za vhodné prostředky léčby závislostí se jeví anonymní forma pomoci a svépomoci, psychosociální intervence (různé typy terapií př. rodinná terapie) anebo psychofarmaka (Smolík, 2002). Podle Matouška a kol. (2005) pracují se závislými různí odborníci – sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, terapeuti, speciální pedagogové a různí odborní poradci. Cílem léčby je dlouhodobá střízlivost, která však bývá narušována často relapsy, se kterými by měl odborník umět pracovat. Dílčí cíl, kterého je třeba dosáhnout, je uvědomění si problému s alkoholem – získání náhledu (Smolík, 2002).

Kalina (2008) tvrdí, že pro výběr správné terapie, je nutné vzít v úvahu:

- zdravotní stav a somatické obtíže klienta
- jeho doprovodné psychologické a psychopatologické problémy
- motivaci klienta a jeho potřebu podpory
- intenzita příznaků závislosti
- nejbližší vztahy
- sociální zázemí (Kalina, 2008).

#### 3.1 Služby v ČR

Proto, abychom mohli účinně pomoci lidem závislým na alkoholu, je nutné znát služby, na které se mohou tito lidé obrátit.

**Terénní programy (streetwork)** jsou realizovány v místech, kde se závislí nejčastěji pohybují. Jsou primárně zaměřeny na vyhledávání osob závislých na nealkoholových drogách, kterým vyměňují jehly a stříkačky, distribuují kondomy a desinfekci. Streetworkeri mohou poskytovat krizovou intervenci, informace o bezpečném užívání drogy a v případě navázání vztahu také informace o možnostech změny a léčby a různé typy poradenství. Služba je zaměřena hlavně na ochranu veřejného zdraví a na principu „harm re-



duction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik závislých osob). Cílem je nejen ochránit uživatele před nebezpečím souvisejícím se závislostí a motivací k léčbě, ale hlavně také k monitorování drogové scény.

**Nízkoprahová centra** často spolupracují úzce s terénními programy a patří k programům snižující rizika užívání drog. Základní myšlenkou je, že tyto centra jsou snadno dostupná (nekladou příliš vysoké podmínky ke vstupu a jsou časově i prostorově klientům snadno dostupná). Poskytují služby „harm reduction“ (výměnu injekčního materiálu a informace o bezpečnějším užívání drog), krizovou intervenci, různé druhy poradenství. V některých centrech je přítomna zdravotní sestra či lékař, kteří bezplatně provádějí testování různých chorob jako je žloutenka, pohlavní choroby. Kromě toho poskytují závislým osobám místo, kde je možné najít se, vyprat si a okoupat se. Kromě toho se v K-centrech může také pracovat s motivací závislého k léčbě.

**Ambulantní léčba** slouží již ke změně života závislých dle individuálně stanovených programů, může probíhat v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru – např. ordinace psychologické, adiktologické a poradenské zařízení aj. Je zde zapotřebí velká odbornost terapeuta, který musí odhadnout, zda je tento typ léčby pro pacienta vhodný. Hodí se pro ty pacienty, kteří mají dobré sociální zázemí a nemusí být z něj nutně vytrženi. Mimo to klade na klienty určité nároky, které nejčastěji zahrnují omezení nebo úplné vysazení drogy a navštěvování terapie. Klienti na sobě pracují v rámci terapií, mají možnost poradenských sezení a mohou mít předepsaná také psychofarmaka, jejichž účinky má terapeut pod kontrolou. Tento typ léčby se také zaměřuje na klientovo okolí – poradenství pro rodinu, rodinná terapie a různá informační sezení.

**Denní stacionáře** poskytují celodenní léčbu, po níž se klienti vrací na večer do svých domovů. Denní režim je přísně strukturován, využívá se zde prvků komunity, pacienti sem dochází v pracovních dnech minimálně na 6 hodin. Důležité je, aby měli pacienti dobré sociální zázemí, kam se večer vrací. Pracuje se zde s režimem a pravidly, probíhají zde různé typy terapií a komunitní setkání. Mimo to se zde pacienti učí aktivně trávit svůj volný čas – možnost sportovního vyžití a možnost navštěvovat kulturní programy.

**Detoxifikační jednotky** jsou zařízení, které se snaží o minimalizaci odvykacích symptomů a zbavení organismu nežádoucích látek po vysazení drogy. „Detox“ trvá většinou 5-10 dní. Tyto jednotky bývají umístěny v rámci nemocnic nebo léčeben. Aby člověk mohl nastoupit na léčbu (ambulantní či pobytovou) je ve většině zařízení podmínkou mít

za sebou detox na těchto jednotkách. V těchto centrech se většinou pracuje s psychofarmaky, s terapií a strukturovaným časovým programem.

**Psychiatrické léčebny** zajišťují léčbu pobytovou a krátkodobou (3-6 měsíců). Léčba je rozdělena do více fází a každá fáze má své specifické pravidla, tento typ léčby je hrazen pojišťovnou. Většina léčeben využívá prvky komunity, pracuje se v nich s řádem, pravidly a velkou strukturou času. Také zde probíhají různé druhy terapií – individuální, skupinová, pracovní či rodinná. Při pobytu v tomto zařízení je důraz kladen na zvýšení motivace k abstinenci, na prevenci relapsu. Léčba může být také podporována psychofarmaky. Můžou zde být i klienti s nařízenou ústavní léčbou.

**Terapeutické komunity** poskytují léčbu střednědobou a dlouhodobou, která obvykle trvá v rozmezí 6-18 měsíců. Jedná se o přísně strukturovanou, intenzivní léčbu, která je také rozdělena do více (nejčastěji 4) fází, přechody a vstupy do jednotlivých fází jsou často spojena s nějakými rituály nebo úkony. Nejkritičtější je pro jedince počátek života v komunitě, kde si musí zvyknout na její specifika. Většina předčasných odchodů se vyskytuje právě v tomto období. Může to být také proto, že komunita klade na klienta vysoké nároky – nejenže musí navštěvovat terapeutická sezení, ale také musí dodržovat přísný režim a účastnit se života komunity. Denní režim je přesně strukturován a naplánován, každý v komunitě také zastává svou roli. Všichni v komunitě musí dodržovat stejná pravidla (uspořádání času, zapojení se do života komunity, bezpečí, sex a erotika aj.), práva a povinnosti se však liší dle komunitních pravidel a hierarchie. Klienti se podílejí na fungování komunity, v rámci pracovní terapie se sami často starají o „život“ v komunitě – pěstují si zeleninu a ovoce, vaří si, starají se o domácnost atd. U mladších závislých je potvrzena spojitost mezi délkou léčby a jejími pozitivními výsledky, proto je komunita v tomto ohledu velmi prospěšná.

**Doléčovací centra** se specializují na následnou péči a prevenci relapsu. Navštěvují je převážně osoby po propuštění z některých výše zmíněných služeb (terapeutické komunity a psychiatrické léčebny). Tato léčba může trvat až jeden rok a je zaměřena na poradenství, klubovou činnost, sociální rehabilitaci a terapii. Některá centra mohou také nabízet možnosti chráněného bydlení, aby zabránila návratu „vyléčené“ osoby do problémového prostředí.

**Specializovaná centra** pro dospívající jsou taková pracoviště, která se věnují zejména mladistvým od 15 let. Tyto centra poskytují programy, které jsou uzpůsobeny potřebám mladých lidí a trvají od 2-8 měsíců. Náplní bývají různé formy terapie, aktivizace mladých

a různé poradenské služby (Kalina, 2008a; Kalina, 2008b; Matoušek a kol., 2005; Nešpor, 2003; Vodáčková a kol, 2002).

### **3.2 Různé terapeutické a léčebné přístupy při léčbě alkoholové závislosti**

Každému člověku vyhovuje jiný typ léčby, není tedy jedna jediná možnost, jak správně při léčbě alkoholismu a jiných závislostí postupovat. Typ léčby však není stanovený jen osobností klienta, ale také osobností a způsobem práce terapeuta. Ve většině léčebných zařízení se můžeme setkat s terapií individuální a skupinou, které jsou navzájem kombinovány. Nejznámějšími terapeutickými postupy, které se k léčbě užívají, jsou psychoanalýza, kognitivně-behaviorální terapie a rodinná terapie. Léčba může být také podporována chemickou cestou - pro léčbu závislostí existují různá psychofarmaka, která mají hlavně podpůrnou funkci (Rotgers a kol., 1999; Smolík, 2002).

#### **3.2.1 Individuální terapie**

Individuální terapie je velice široký pojem, pod kterým si můžeme v podstatě představit jakoukoliv práci terapeuta a jeho klienta. Může se zaměřit na důvody, proč klient začal drogu užívat, tedy co byl spouštěcí bod závislosti, nebo na to, jak se závislostí bojovat. Hlavním bodem práce je posilování motivace a sebemotivace klienta a rozvíjení jeho silných stránek. Klient se může učit, jak se sebou pracovat – jak relaxovat, jak se zklidnit, mohou trénovat asertivitu a s tím spojené odmítnutí drogy. Terapeut také může podpořit klienta v hledání ztraceného (nebo nikdy neobjeveného) sebevědomí a získání sebeúcty (Nešpor, 2003).

#### **3.2.2 Skupinová terapie**

Skupinová terapie je často užívána jako jedna z metod v léčbě závislostí ve většině výše jmenovaných zařízení. Klienty v ní spojuje nejen jejich závislostí, ale také touha zbavit se jí. Nejčastěji skupiny, které se věnují léčbě závislostí, navštěvuje do 12 jedinců se stejným problémem. Skupinu většinou vede jeden nebo dva terapeuti, kteří se buď věnují svému připravenému tématu, nebo řeší téma skupiny. Při práci mohou být využívány také aktivity z různých terapeutických směrů. Při tomto typu terapie je nutné, aby každý měl dostatek času a prostoru pro vyjádření a zapojení. Výhodou je, že přináší možnost se na určitý problém podívat z různých stran a zaměřit se na něj více do hloubky. Pro klienty je také nespornou výhodou „vědění“, že na problém nejsou sami, že se netýká jen jich. Skupina také pracuje s motivací, s nácvikem různých dovedností a různými aktivitami k posí-

lení nejen sounáležitosti skupiny, ale také sloužících k rozvoji a sebepoznání jedince. Nešpor (2003) zmiňuje možnost vedení velkých skupin (nad 12 osob), které podle něj přináší větší množství podnětů k práci, celkově větší tlak ke změně a může zesílit pocit sounáležitosti ve skupině. Další výhodou také je, že je možné poskytovat zároveň terapii většímu počtu osob, které by omezený počet terapeutů jinak často nezvládal.

### 3.2.3 Rodinná terapie

Je nutné si uvědomit, že závislost jednoho člena rodiny negativně ovlivňuje fungování celé rodiny. Jinak se pracuje s rodinami, kde je závislé dítě a jinak, kde je závislý rodič. Celkově působení rodinné terapie příznivě ovlivňuje léčbu závislosti, postoj jedince k léčbě a navíc podporuje ostatní členy rodiny. Se závislým rodičem může být také spojeno týrání nebo zneužívání dětí, což je natolik problematická oblast, že se bez terapeutické léčby neobejde. Dalším negativním jevem může být transgenerační přenos, což znamená, že se negativní vzorce sociální chování (v tomto případě nadměrné pití alkoholu), mohou přenášet z jedné generace na druhou pomocí sociálního učení. Pokud dojde k závislosti jednoho člena rodiny, často dochází k omezení kontaktu jedince s rodinou, komunikace mezi ním a ostatními členy začne být narušena a následně dochází k odcizení a celkové dezintegraci rodiny. To, že rodina přestává fungovat, může být dalším důvodem toho, proč jedinec pokračuje v pití a tím se dostáváme do uzavřeného kruhu, že kterého se jen těžce utíká. Proto je hlavním cílem terapeuta podpořit jedince při léčbě závislosti, ale také pracovat na rodinné komunikaci. Celkově se tato terapie také snaží o zvýšení motivace k léčbě a na změnu životního stylu rodiny (společné aktivity, správné rozdělení rolí a činností v rámci rodiny a jiné). Terapeutická práce může obsahovat také úkoly, které mohou pomoci členům rodiny podpořit komunikaci, spolupracovat, umění dávat si zpětnou vazbu a navzájem se podporovat. V rámci rodiny je také nutné si uvědomit, co je spouštěč návykového chování a jak je možné se mu vyhnout. Také je vhodné stanovit si různé odměny, kterými může být jedinec odměněn nejen za abstinenci (Nešpor, 2003).

### 3.2.4 Psychofarmaka

U léčby závislosti na alkoholu můžeme používat také různé druhy léků, které působí odlišně. Je možné užívat léky zaměřené k léčbě odvykacích stavů, k léčbě různých psychóz vzniklých užíváním návykových látek (neuroleptika), léky zhoršující snášenlivost návykové látky (lék, který vyvolává nepříjemné prožitky v kombinaci s drogou) a léky, které snižují touhu po látce (Nešpor, 2003).

Mezi neznámější psychofarmakum užívané na léčbu alkoholových závislostí patří nepochybně **disulfiram (antabus)**. Podle Smolíka (2002) slouží k udržení abstinence, neboť v případě požitíalkoholu po tomto přípravku nastupuje velmi nepříjemný stav. Tento stav je způsoben nahromaděním acetaldehydu, neboť disulfiram mění metabolismus alkoholu. Toto nahromadění způsobuje velmi silnou fyziologickou reakci, která se nejčastěji projevuje návaly horka, bolestmi hlavy, obtížemi s dýcháním, hyperventilací, hypotenzí, pocením, slabostí, nevolnostmi a úzkostmi (Rotgers, 1999, Smolík, 2002). Tento lék se tedy používá jako zastrašující prostředek.

Rotgers (1999) jako další léčebný prostředek udává **naltrexon**, který dle výzkumů snižuje touhu po alkoholu a požívání alkoholu u lidí.

Další látka, která spíše usnadňuje život s abstinencí je **lithium**, který bývá užíván jako ochrana před depresí, která se může vyskytnout při abstinenci (Smolík, 2002).

### 3.3 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici a podobné svépomocné skupiny si zaslouží pro svou specifčnost vlastní podkapitolu. Pracují hlavně na principu dobrovolné skupinové léčby, která opírá svou léčbu o transcendentní kořeny. Tato transcendence je zde založena na víře (neváže se na konkrétní náboženství), která má hlavně motivační charakter. Skupiny jsou vedeny většinou předsedou, který je volen ze „závislých“ členů. Tedy ve většině skupin není žádný odborník, který by se skupinou pracoval. Existují samozřejmě výjimky, kdy první setkání vede „nezávislý“ pracovník, který se po zvolení předsedy může stáhnout a třeba jen přihlížet, jak skupina pracuje. Setkání má většinou typický průběh a pravidla, která se musí dodržovat (oslovování křestními jmény – anonymita, formulka představení – jsem XY a jsem alkoholik, kdo hovoří, není přerušován aj.). Setkání zahajuje zvolený předseda, který hned v úvodu představí nováčky, následuje modlitba míru a přečtení 12 kroků. Po tomto úvodu následuje vyprávění osobních příběhů a s nimi spojené asociace a vzpomínky. Závěr je věnován modlitbě a informacím o dalším setkání (Nešpor, 2003). Vzhledem k tomu, že 12 kroků patří k nejdůležitějším dokumentům, které slouží k léčbě závislosti, rozhodla jsem se je zde odcitovat celé dle internetových stránek anonymních alkoholiků.

#### 3.3.1 12 kroků

1. *Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.*
2. *Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*

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

(Anonymní alkoholici Olomouc, 2012)

## 4 PROGNOZA PACIENTA A MOTIVACE K LÉČBĚ

V dnešní době jsou známy prediktory, které ovlivňují úspěšnost léčby závislosti u pacientů. Kalina (2008) se ve své publikaci inspiroje EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti) a uvádí tyto prediktory:

Věk při začátku závislosti – závislost vzniklá po 20. roce života jedince má trojnásobně příznivější prognózu na vyléčení, než závislost vzniklá před 16. rokem klienta.

Délka drogové kariéry – čím déle závislost trvá, tím je léčba obtížnější, proto je důležitá včasná intervence.

Psychopatologické komplikace – problémy s vyléčením mají často pacienti, u kterých se vyskytují emoční nebo osobnostní komplikace jako např. deprese, neurózy a poruchy osobnosti.

Motivace k léčbě – motivace k léčbě před vstupem do léčby předznamenává setrvání v léčbě a pozitivně ovlivňuje její výsledek. Motivem může být také tlak rodiny a okolí.

Kromě toho také Kalina (2008) inspirován různými výzkumy uvádí další faktory, které významně negativně ovlivňují úspěšnost léčby. Jsou to první léčba, nižší vzdělání, dlouhodobá nezaměstnanost, nižší věk či významná kriminální anamnéza. Nejčastějším rizikové faktory souvisí s drogami (craving, relaps, pochybnost o životě bez drog), s osobnostními charakteristikami (neschopnost vytvářet vztahy, problémy s komunikací, špatné zvládnutí stresu) a s postojem k léčbě (pesimismus, váhání nad správností léčby, odmítání pravidel). Další důvody souvisí se vztahy, a to vnějšími (vztahy mimo léčebnu: rodina, děti, partner) i vnitřními (vztahy uvnitř léčebny: vytvoření „patologického“ partnerského vztahu v léčebně, konfliktní vztahy s ostatními v léčebně nebo s terapeutem).

Dřívější autoři uvádí, že k tomu, aby mohla být léčba závislosti úspěšná, je nutné, aby byl jedinec ke změně od počátku vnitřně motivován. Harl (2010, str. 320) charakterizuje motivaci jako *vnitřní řídicí sílu, která je zodpovědná za zahájení, usměrňování, udržování chování*. De Leon (2000, citováno podle Kalina, 2008) uvádí, že motivace je pouze součástí komplexu, do kterého také patří vnější okolnosti k léčbě (tlak okolí na pacienta), vnitřní motivace (vnitřní potřeba změnit se), připravenost k léčbě (pacient se cítí připravený, nevidí jiné možnosti než léčbu) a výběr vhodného typu léčby dle potřeb jedince. DeLeon na základě tohoto vytvořil škálu CMRS, která je nejen dobrým prediktorem toho, že se pacient vydrží léčit.

Stejně jako se vyvíjí závislost, vyvíjí se a mění také motivace jedince k léčbě. Někdy jedinec pocítuje touhu po změně, jindy mu jeho závislost nepřekáží. Zajímavým způsobem zachytil základní mezníky vývoje motivace Nešpor (2007), který také naznačil způsob, jak s lidmi v různých stádiích motivace pracovat:

- 1) Nezájem o změnu: v tomto stadiu může terapeut s klientem pracovat na odhalení rizik a problémů, které se závislostí souvisejí, a vzbudit pochybnosti o návykovém chování
- 2) Rozhodování: terapeut se snaží pomoci klientovi k rozhodnutí „pro“ změnu a probírá s ním důvody, proč se o ni snažit
- 3) Rozhodnutí: důležité je vybrat optimální chování, které bude pacient dodržovat, a uzavřít terapeutický kontrakt, na čem a jakým způsobem budou spolu pracovat na změně chování
- 4) Jednání: uskutečňování změn po dobu několika měsíců, ve kterých terapeut klienta podporuje, poskytuje mu pozitivní vazbu a motivuje k výdrži. Může užívat k práci prvky z různých terapeutických směrů tak, aby klient poznal lépe sám sebe a aby si uvědomil, proč je pro něj abstinence důležitá
- 5) Udržování: terapeut se snaží podpořit klienta v abstinenci a podporuje ho k nácvičku preventivního chování proti relapsům, hledá s klientem jiné zdroje zábav a potěšení
- 6) Recidiva: pokud u klienta dojde k porušení abstinence (k recidivě), je důležité toto „selhání“ také využít v terapii, pracovat a vyvodit z ní ponaučení do budoucna. V některých případech může být i recidiva vhodně využita v léčebném procesu a k zvýšení motivace klienta.

Stejný autor v jiné publikaci zmiňuje nejčastější důvody, které motivují lidi nepít. Dělí je na pozitivní motivy (co nepítí člověku přinese – výhody abstinence) a negativní motivy (odpadnutí problémů, které alkohol způsoboval). Většina motivů je orientována na fyzické a duševní zdraví jedince, na životní styl jedince, na osobní a vztahový život, na práci a volný čas. Celkově abstinující jedinec může předpokládat zlepšení fyzického i duševního zdraví a celkově zkvalitnění životního stylu jedince, zvýšení financí (odpadne útrata za alkohol), zlepšení sociálních vztahů (snížení hádek, které vznikaly kvůli alkoholu, lepší řešení vztahových problémů, prohloubení autority a důvěryhodnosti abstinujícího jedince) a také zvýšení šance k získání zaměstnání nebo lepší pracovní podmínky (menší



nebezpečí úrazů, které mohly kvůli alkoholu hrozit, zlepšení vztahů na pracovišti, vyšší odpovědnost a výkonnost abstinujícího) (Nešpor, 2007).

Kalina (2008) ve své publikaci charakterizuje účinnou léčbu, zahrnuje do ní:

- Včasný začátek léčby, ne čekání na motivovaného klienta
- Práce s motivací je podmínkou aby se klient v léčbě udržel
- Podpora zapojení klienta do léčby (individuální přístup), bere v úvahu jeho potřeby a problémy
- Prevence relapsu, pozornost věnovaná cravingu a životu bez drog již během léčby
- Léčebné kontinuum, bere v úvahu, že léčba je cestou do života bez drog a je nutné využívat více možností léčby a kombinovat je
- Redukce rizik

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Realizace praktické části proběhla v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a jejím výstupem je popis komunitní léčby na oddělení 8B a stanovení prognózy úspěšnosti léčby u sedmi pacientů. Pro účely této práce byli zvoleni pacienti se stejnou závislostí - na alkoholu. Prognóza je v této práci chápána jako zhodnocení nynějšího stavu a rozbor silných a slabých osobnostních, sociálních či zdravotních stránek života pacienta a jejich pozitivní nebo negativní působení na budoucí abstinenci pacienta. Při stanovení prognózy bude brán ohled na věk, pohlaví, závažnost a dlouhodobost závislosti a v neposlední řadě také na motivaci pacienta se vyléčit. Při stanovení prognózy je nutné si uvědomit, jak uvádí Kalina (2008) že u velkého procenta pacientů nedochází k trvalé abstinenci po první léčbě. Kritériem úspěšnosti léčby není jen trvalá (celoživotní) abstinence, ale spíše délka maximální abstinence a celková doba abstinence, kdy je pacient bez obtíží schopen normálního života.

Jak už z textu vyplývá, výzkum je zaměřen kvalitativně, a to z toho důvodu, že díky němu je možné získat podrobné informace o zkoumané problematice (Hendl, 2008). Švaříček a Šedřová (2007) tvrdí, že kvalitativní výzkum jde více do hloubky a přinese o zkoumaném jevu maximální množství informací. Vzhledem k tomu, že se chceme zabývat konkrétním typem léčebného zařízení a stanovit prognózu léčby u jednotlivých pacientů, je tento typ výzkumu nezbytný.

### 5.1 Cíle výzkumu

Výzkum je rozdělen na tři části, první část výzkumu se věnuje jednotlivým respondentům a zpracováním jejich výpovědí z rozhovoru a výzkumných dotazníkových metod. V druhé části výzkumu se budeme krátce věnovat zamyšlení nad prognózou léčby. Třetí část výzkumu bude věnována výzkumným otázkám, které se zaměřují na popis a hodnocení léčebného zařízení. Hlavním cílem je prozkoumat příčiny závislosti u jednotlivých pacientů, jak jejich závislost ovlivňuje jejich život a jejich motivaci k léčbě. Dílčími cíli jsou popis fungování komunitního zařízení a jeho vlivu na léčbu pacientů.

#### 5.1.1 Výzkumné otázky zaměřené na pacienty

- 1) Do jaké míry byly rozvinuté příznaky závislosti u jednotlivých pacientů před vstupem do léčebny?
- 2) Uvědomují si pacienti negativní důsledky pití alkoholu a jejich dopad na jejich život?

- 3) Existuje vztah mezi zdravotním stavem jedince a pitím alkoholu? (Je možné prokázat, že pití alkoholu negativně ovlivňuje zdraví závislého?)
- 4) Souvisí doba pití alkoholu s počtem absolvovaných léčení (Existuje přímá souvislost: Čím déle piji, tím vícekrát se léčili?)
- 5) Je možné naleznout u výzkumných osob genetické predispozice k pití alkoholu?
- 6) Existuje u pacientů nějaký subjektivně vnímaný „spouštěč“ závislosti?
- 7) Jaké důvody vedou pacienty nejčastěji léčené v psychiatrické léčebně?
- 8) Co pokládají pacienti za důležitý zdroj motivace k vyléčení?
- 9) Jaké faktory pozitivně ovlivňují léčbu pacienta – co jim pomůže ke střízlivosti?

### 5.1.2 Výzkumné otázky zaměřené na léčebné zařízení

- 10) Na jakých principech je dle psycholožky léčení v komunitě zaměřeno?
- 11) Jaký mají pacienti vztah ke komunitě a celkově k zařízení?

## 5.2 Metody výzkumu

Abychom docílili objektivitu výzkumu a získali co největší možné množství informací, je nutné užít více zdrojů. S větším množstvím zdrojů souvisí pojem triangulace, která je nutná nejen proto, aby byl výzkum objektivní, ale také aby byl platný (validní). Triangulace je kombinace různých výzkumných metod užitých ve výzkumu (triangulace datová) anebo zkoumání různých skupin osob (Gavora, 2000; Hendl, 2008). Z toho důvodu naše data získáme z více zdrojů – od jednotlivých pacientů, psycholožky a rozborem materiálů pro pacienty. Data o jednotlivých pacientech získáme pomocí polostrukturovaných rozhovorů a také z dotazníků MALT a CMRS. Cenné informace jsme získali také z pozorování toho, jak se pacient zapojuje do komunitního života. O léčebně a komunitním způsobu života v ní jsou informace získány nejen z rozhovoru s klienty, ale také z dotazníku vyplněného psychologem a také studiem pravidel a dalších dokumentů, které mají pacienti v léčebně k dispozici.

Hlavní metodou tohoto výzkumu je rozhovor a následně je výzkum postaven na dotazníkových metodách. Vzhledem k tomu, že pozorování a rozbor dokumentů bude mít pouze doplňující hodnotu, nebudou v této části blíže popsány.

### 5.2.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor probíhal podle předem dané struktury, která zachycovala důležité body, na které bylo nutné se zaměřit. Další dotazování a směřování rozhovoru záviselo na konkrétní situaci a na životním příběhu pacienta. Hendl (2008) spatřuje výhodu kvalitativního rozhovoru v tom, že redukuje pravděpodobnost, že se data získaná rozhovorem budou u jednotlivých pacientů výrazně strukturně lišit. To je pro nás důležité proto, abychom mohli jednotlivé výpovědi porovnat. Tento rozhovor je vhodné využít tehdy, když není možnost rozhovor opakovat nebo když na něj máme jen málo času. Nevýhodou může být, že se rozhovor zaměří pouze na předem stanovené téma (Hendl, 2008).

Struktura rozhovoru byla inspirována vstupním rozhovorem do komunitního zařízení od projektu VEGA. V úvodní části se zaměřuje na získání základních údajů o klientovi (jméno, věk, typ závislosti), následně se orientuje na informace o zdravotním a psychickém stavu klienta a o jeho vzdělání a zaměstnání. Pro nás jsou klíčové částí zaměřené na závislost a na rodinnou anamnézu a vztahy. V části věnované závislosti se dozvídáme informace o vzniku závislosti, jejím průběhu a pokusům řešit problémy závislosti. V rodinné anamnéze se zaměřujeme na funkčnost vztahů v orientační i prokreační rodině, na to jak se pacient v rodině cítí. Další části rozhovoru jsou vytvořeny navíc a týkají se zájmů a koníčků pacienta, na jeho spokojenost v léčbě a motivaci k vyléčení.

### 5.2.2 MALT

MALT (Mnichovský alkoholický test) je dotazníková metoda, která se předkládá mužům i ženám v rámci základního vyšetření. Celkem obsahuje 24 tvrzení, které jsou většinou orientovány na projevující se příznaky závislosti na alkoholu a na postoj pacienta k alkoholu. Tento dotazník je sebehodnotící, pacient si vybírá odpověď ANO – NE. Jako příklad uvedeme jednu otázku: „*Myslím často na alkohol? ANO - NE*“ (Skála, 1986).

Přestože se tento dotazník užívá hned v počátcích léčby, u našich zkoumaných osob byl předložen až v průběhu léčby. Orientoval se tedy spíše na výskyt symptomů před nástupem léčby. Toto pozdní předložení může mít zkreslení, které je způsobeno zapomenutím. Domnívám se, že toto zkreslení je spíše nepravděpodobné. Naopak výhodou je, že se

pacient zaměří na nepříjemné příznaky, které mu alkohol přinášel a které ho omezovaly v žití plnohodnotného „nezávislého“ života.

### 5.2.3 CMRS

CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability) je sebeposuzovací škála, která zkoumá okolnosti, vnitřní motivaci, připravenost jedince k léčbě a vhodnost léčby pro jedince. Autorem této škály je De Leon, podle kterého není u jedince důležitá jen motivace a připravenost, ale také další okolnosti, jako jsou například tlak vnějších okolností. Skóre, které ze škály získáme, je dobrým prediktorem, zda pacient léčbu dokončí (Kalina, 2008, Kalina, 2008b). Při vyplňování této metody pacient odpovídá na škále od 1 (silně nesouhlasím) – 5 (silně souhlasím) a navíc 9 (nedá se posoudit), celkem je zde obsaženo 18 tvrzení.

V našem výzkumu jsme užili CMRS až v průběhu léčby, kde zpětně zjistíme vnitřní motivaci, podporu od druhých a okolnosti, kterého k léčbě přivedly. Z výsledků také můžeme usuzovat na to, jak moc považuje pacient své pití za problém.

### 5.2.4 SEEQ-KLAC

Je škálový dotazník, který slouží k nejen k popisu komunitního zařízení. Snaží se o zachycení principů, na které je v komunitě dbán důraz. Tento dotazník je obvykle vyplněn pracovníkem. Odpovědět na položky je možné ve škále od 0-5 (od bezvýznamné po mimořádně důležité). Tento dotazník nám poskytl projekt VEGA, který se zabývá různými možnostmi léčby drogově závislých na Slovensku a v poslední době se snaží o screening těchto zařízení i v České republice. Tento dotazník vznikl spojením dvou metod KLAC a SEEQ (Therapeutic Community Scale of Essential Elements Questionnaire). V anglické verzi jsou jednotlivé položky rozděleny do kategorií: organizace komunity, struktura komunity, komunikace komunity, práce a vzdělávání v komunitě, možnosti terapie v komunitě, privilegia, sankce a další. (EMCDDA, 2010)

Pro účely našeho výzkumu si vybereme otázky, které se týkají důležitých principů a myšlenek komunity, které roztřídíme do těchto kategorií: pravidla a program léčby, informovanost o programu léčby, terapeutický tým, terapeutický tým a jeho práce, terapeuti, vzdělání personálu, komunikace a možnost diskuze v komunitě, struktura času, fáze léčby, úroveň pozic mezi jednotlivci v komunitě, „klienti sobě“, klienti – uvědomění si souvislostí, terapeutické skupiny, pracovní terapie, osobnostní vzdělání, zodpovědnost klientů, rodi-

na a materiální zabezpečení léčebného zařízení. Tento dotazník bude vyplněn psychologem oddělení.

### 5.3 Zpracování výzkumu

Rozhovory budou zapisovány do předem připraveného formuláře a doplněny o přímé citace a důležité výroky pacientů. Z důvodu, aby byli pacienti otevření a nebáli se hovořit, nebude užíváno nahrávací zařízení. Dále bude užita metoda transkripce (Hendl, 2005), kdy budou jednotlivé rozhovory přepsány podle jednotlivých témat do anamnézy. V anamnéze provedeme segmentaci, kde se rozdělí jednotlivé výpovědi pacientů dle významu. Jednotlivé segmenty budou seřazeny do kategorií, které budou uvedeny do tabulky. Tabulky poslouží ke zjednodušení orientaci ve výzkumném problému, budou doplněny přehlednými citacemi pacientů (Hendl, 2005).

Z dotazníků, které byly pacientům a psychologovi předloženy, budou vybrány ty položky na odpovědi, které jsou důležité pro náš výzkumný problém. Vyplněné dotazníky budou přiloženy v přílohách.

### 5.4 Výzkumné zařízení

Pro potřeby našeho výzkumu, kde je dílčím cílem také popis zařízení, které se věnuje léčbě závislosti na alkohol, přidáváme tuto podkapitolu, ve které se budeme věnovat představení zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Tato kapitola vznikla po prostudování různých „manuálů na život v komunitě“, kterou jsou v léčebně pro klienty, ale také je doplněna o vlastní pozorování ranního a dopoledního života komunity a účasti na A-klubu. Výzkumné otázky jsou pak věnovány hlavně analýze negativních a pozitivních stránek zařízení z hlediska pacientů a odhalení stěžejních myšlenek z hlediska psychologa (dotazník).

Výzkum probíhal na otevřeném toxikorehabilitačním oddělení 8B, které patří pod Psychiatrickou léčebnu v Kroměříži. Kroměřížská léčebna je léčbou závislostí věhlasná, proto považuji možnost provádět výzkum zde za velmi přínosnou. Toto oddělení se věnuje převážně léčbě závislosti na alkoholu, ale jsou tu léčeni také pacienti se závislostí na nealkoholových drogách či s kombinovanou závislostí. Toto místo propojuje možnosti běžné lůžkové léčby v psychiatrických zařízeních s léčbou v komunitách. Léčba zde je dobrovolná, trvá optimálně 3 měsíce, kapacita oddělení je 39 lůžek. Oddělení je smíšené – jsou zde ženy i muži od 18 do 65 let. O pacienty pečují nejen primářka MUDr. Stoklasová, psychologka PhDr. Zendulková a lékařka Křížková, ale také se neobejde bez sester a sociálních

pracovníků. Na oddělení mohou být přijímáni pacienti v daném věkovém rozmezí, kteří dodržují před nástupem minimálně týdenní abstinenci od alkoholu a mají doporučení od lékaře nebo psychiatra. Před nástupem mohou být léčeni na detoxifikaci. Léčba na tomto oddělení propojuje režimový a komunitní charakter – pracuje se s pacienty na oddělení jako s komunitou, kde všichni mají stejné možnosti, odměny a tresty a dodržují stejný předem strukturovaný program. Součástí léčby je skupinová psychoterapie, v případě potřeba individuální sezení s psychologem, pracovní terapie, edukace o závislosti i biologický typ odvykací léčby (antabus).

#### **5.4.1 Režimový charakter léčby**

Základní myšlenkou tohoto opatření je přesně strukturovaný denní program pro pacienty a hodnotící systém v podobě plusových a minusových bodů. Nedá se říci, že by každý byl „stejný“, ale existuje předem dohodnutá struktura, kterou sestavuje nejen personál, ale i komunita. Režim také souvisí s dobou, jakou pacient již v léčebně prožil, neboť s rostoucím časem také roste pravomoc pacienta v léčebně.

##### **5.4.1.1 Možnosti a povinnosti dle doby strávené v léčebně**

Pacient, který je v léčebně první týden, se teprve „učí“ jak komunita funguje a je nejen chráněn „proti trestům“, ale také nemá ještě možnost vycházek. První dny jsou seznamovací, kdy pacient prochází poprvé testováním (test na alkohol), následně je pacientovi představen režim a komunita (a on je představen komunitě), jsou mu vysvětlena pravidla a funkce bodového systému. Pacient je také seznámen s desaterem. Kromě toho je zařazen do terapeutické skupiny a vybírá si, co bude náplní jeho pracovní terapie. Postupně se začíná pacient také zapracovávat do úklidu rajónů. V této době pacient ještě nemá možnost chodit na vycházky. Po 14 dnech je už plnohodnotným členem komunity, je přezkoušen z desatera, navštěvuje terapie a může začít chodit jednou týdně na vycházky. Po měsíci pobytu musí psycholožce odevzdat životopis, který následně přečte na komunitě. Jednou za pobyt také musí vést zájmový klub. Před ukončením léčby musí napsat hodnocení léčby v rozsahu 2 stran, kde se zamyslí nad minulostí, přítomností i budoucností a zhodnotí klady a zápory léčby.

##### **5.4.1.2 Denní program**

Stanovení režimu dne je pro léčbu velmi důležité, protože „normální“ denní režim byl v minulosti narušen užíváním návykové látky – nebyla pevně daná doba spánku, byly



opomíjeny záliby, někdy i povinnost, i a také mohla být často opomíjena pravidelná strava. Proto je vhodné, aby si pacient zvykl znovu na strukturu a řád, který pro něj bude užitečný i na „svobodě“, kdy bude eliminovat pasivní trávení volného času a nicnedělání, které může být znovu předstupněm k závislosti.

Každý den začíná v šest hodin budíčkem, po kterém následuje krátká rozcvička. Po snídani je vždy úklid rajónů a ranní komunitní setkání (viz níže). Další program je specifický dle dnů, délky pobytu a pohlaví. Úklid rajónů může být chápán jako jeden z prvků ergoterapie, kdy se pacient učí znovu plnit své pracovní povinnosti, za které dostává zpětnou vazbu v podobě bodů od personálu. Stejně jako je pevně stanovena doba, kdy pacienti jí, je také stanovena doba na pití kávy (přes týden 45 minut odpoledne a přes víkend ráno a odpoledne) a vymezena doba na cigaretu (každou hodinu v X:50). Součástí každého dne je také skupinová terapie, skupinky jsou děleny dle schopností a motivovanosti klientů k léčbě. Motivovaní pacienti se setkávají s psychologkou (skupina A), ostatní skupiny vedou sestry a sociální pracovnice. Individuální terapie je spíše nepřímá prostřednictvím každodenního psaní pocitového deníku, který slouží nejen pro samotného pacienta, aby si uvědomil své vlastní pocity a posuny v léčbě. Ke každodenním činnostem také patří ergoterapie, kterou si pacienti vybírají dle své libosti – často jsou to ruční práce nebo různé umělecké aktivity, ergoterapií může být i práce na zahrádce. Denně se mohou také pacienti zúčastnit různých forem cvičení – např. v posilovně. Kromě toho je také součástí plánu osvěta, kdy je pacient poučen o závislosti, abstinenci a dalších problémech týkajících se závislého chování. Součástí denního programu je také zájmový klub, který je veden pacienty. Program je strukturován až do večerních hodin. Je také přesně stanovena doba na jídlo. Večerní program může být rozličný a často závisí na komunitě (např. má možnost vybrat film, který musí být schválen personálem). Jednou týdně si však povinný program vytvoří zvolený pokoj pro ostatní členy komunity. Do programu je také zařazen čas, kdy mohou za pacienty chodit návštěvy.

Dvakrát týdně mají pacienti možnost navštívit knihovnu, kde si mohou půjčovat knihy pro vyplnění svého volného času. Jednou měsíčně je A-klub, kdy léčebnu navštěvuje rodina pacientů a také bývalí pacienti („abstinující alkoholici“), kteří vypovídají o svém životě po léčbě. Tento klub v léčebně má již dlouhou historii, existuje více než 20 let. Jeho cílem je nejen zapojit rodinu do léčby a namotivovat klienty k abstinenci, ale také jim ukázat, že je možné se dobře bavit i při „nepítí“. Klub probíhá formou nealkoholového večírku, který však má předem danou strukturu. Před úvodní částí je rodinným příslušníkům

dána možnost rozhovoru s psychologem. Následuje úvodní část, kdy je představen časový harmonogram programu, případně je program zahájen „uměleckým okénkem“. Je přesně stanovena doba, kdy je pauza nebo kdy je podávána káva. Následuje první hlavní část, která je věnována příchozím hostům. Pro ně si připravili pacienti otázky, které se týkají následné resocializace, a které je nyní tíží (např. Jaké jsou problémy s hledáním práce po propuštění? Máte nějaký recept na „střízlivost“? Jak vaše střízlivost ovlivňuje váš partnerský život?). Další část je pak věnována volné zábavě, která většinou trvá do povolené večerky.

#### 5.4.2 Hodnotící systém

Tento systém vychází z metod KBT, kdy je využíváno odměn a trestů (v tomto případě plusových a minusových bodů) k tomu, aby bylo dosaženo pozitivní změny chování u pacientů. Každý den mohou pacienti sbírat pozitivní body za určité aktivity a tyto body pak ovlivňují jejich „odpolední propustky na vycházku“ a případně dovolenku navíc. Body jsou uzavírány a hodnoceny každý týden (bodovací týden začíná ve čtvrtek), během kterého musí pacienti získat minimální počet plusových bodů. Zisky negativních bodů je řešen vždy na následující komunitě, kdy je pacientovi osvětlen trest. Body se získávají za osobní čistotu, úklid pokoje a rajónů, za vedení pocitového deníku, za návštěvu ergoterapie, za napsání testu v rámci osvěty a další dobrovolnou činnost, která slouží buď pro ně samotné (úvaha navíc) nebo pro ostatní pacienty – př. volnočasový program, za úklid atd. Jednou za pobyt je možné díky velkému počtu plusových bodů získat dovolenku navíc.

Je velké množství činností, které mohou pacientovi přinést minusový bod. Většina z nich se týká porušení nějakého režimového opatření nebo řádu. Vzhledem k jejich četnosti zde bude uvedeno jen pár příkladů – neplnění svých povinností, vulgarita, hraní hazardních her, neomluvená nepřítomnost na komunitě, pití kávy mimo dovolený čas, používání mobilního telefonu v době mimo osobního volna, neomluvená neúčast na ergoterapii, neodevzdání pocitového deníku. Za celý pobyt je možné získat pouze 4 minusové body, každý další znamená okamžité ukončení léčby. Po obdržení minusového bodu nesmí pacient 24 hodin opustit budovu (kromě terapie). V týdnu, kdy obdrží pacient minusový bod, má další omezení dle délky pobytu, nesmí jet na dovolenku nebo (v případě, že je v léčbě jen krátkou dobu) musí napsat esej dle zadání psychologa. Výjimku tvoří existenciální volno (doba, kdy musí pacient doma zařídit důležité věci – navštívit úřad práce, právníka či jiné mimořádné události), které nesmí užít jen 24 hodin po udělení minusového bodu.

#### 5.4.2.1 Další pravidla

Další pravidla se týkají možnosti využití vycházky, dovolenky nebo existenčního volna. Na vycházky mohou pacienti chodit po té, co v léčebně strávili 14 dní. Vycházky pak jsou každou středu v odpoledních hodinách. Dovolenku může pacient čerpat po měsíci léčby, až odevzdá psychologovi požadovaný životopis. Každý má nárok na 2 dny dovolenky. Za plusové body je možné získat také mimořádnou dovolenku, kterou však může pacient získat v průběhu léčby pouze jednou. Po vycházkách či dovolence je kontrola abstinence, kdy jsou prováděny testy krve nebo moči.

Pravidla jsou stanovena také na nedobrovolné ukončení léčby, které může nastat buď po obdržení 4 minusových bodů nebo při nedodržení abstinence, agresivitě, navázáním patologického vztahu nebo nespolupráci.

#### 5.4.3 Komunitní charakter léčby

Komunita (pacienti oddělení) se setkávají každé ráno po úklidu rajónu. Ranní setkání probíhají vždy ve stejné struktuře. Nejprve vedoucí dne pozdraví a přivítá personál, jsou přečteny zajímavé denní zprávy a motto dne, je přednesen denní program. Následně se mohou členové komunity nahlásit k lékaře, psycholožce a sociální pracovníci. Komunita má možnost předat stížnost nebo nějakou poznámku k personálu a opačně personál řeší důležité věci s komunitou. Na ranní komunitě se také řeší prohřešky v podobě minusových bodů, nebo výsledky „soutěží“. Toto setkání také slouží pro uvítání nových členů, nebo případně pro rozloučení s členy, kteří léčbu končí. V závěru setkání jsou jmenováni členové, kteří si připraví motto a zprávy na další den a je připravena závěrečná kulturní vložka v podobě připravené písničky.

Komunita má také svou samosprávu, která se skládá ze šesti členů, kteří jsou voleni komunitou na 14 dní. Tito členové mají své povinnosti, které musí dodržovat. Komunitu zastupuje předseda, kterému pomáhá dozorce. Ti například vedou ranní komunitu, zapisují, kdo je na ní přítomný, přednáší dotazy, udělují slovo a starají se o chod komunity. Další členové komunity jsou nákupčí (který se stará o nakupování jídla a cigaret pro členy komunity), dva členové vypomáhají v kuchyni (vaří také kávu) a jeden člen je kulturní referent, který podrobně sleduje zajímavé akce v Kroměříži a okolí, které mohou členové komunity po domluvě navštívit.

#### 5.4.4 Alkoholické desatero

Alkoholické desatero je inspirováno programem dvanácti kroků. Toto desatero musí znát pacienti na zpaměti a jeho dodržování je jednou z klíčových cest k abstinenci.

1. Léčím se pro sebe.
2. Uvědomuji si skutečnost, že jsem alkoholik/čka či toxikoman/ka – čili osoba, která požíváním alkoholu či drogy způsobuje těžkosti zdravotní, rodinné, společenské a znemožňuje si žít plným životem.
3. Budu dodržovat naprostou a trvalou abstinenci – alkoholismus je celoživotní choroba. Alkoholik se nenaučí pít s mírou.
4. Angažuji se při léčbě – nikdo ze mne abstinenta neudělá. Při léčbě svého alkoholismu musím aktivně spolupracovat.
5. Netajím se léčbou – lidi, na kterých mi záleží, o své léčbě informuju.
6. Nevystavuji se zbytečnému riziku – pokud možno se vyhýbám situacím, při kterých bych se mohl/a znovu napít či požit drogu. Nevyhledávám starou společnost, nechodím do hospody.
7. Najdu si své záliby a koníčky – abstinující člověk má víc volného času, který může prožít příjemně a užitečně.
8. Dodržuji zdravou životosprávu – doba celého dne má být rovnoměrně rozvržena na práci, odpočinek a zábavu. Sportuji, abych si udržel (dobrou) tělesnou kondici.
9. Učím se řešit své problémy – cílem psychoterapie není zbavit člověka problémů, ale naučit ho, jak je má řešit.
10. Kontakt s léčebnou institucí – po propuštění léčba nekončí, následuje další fáze do-léčovací, které je často důležitější než samotná léčba. V této jsem ve styku s proti-alkoholní léčebnou nebo poradnou, docházím na kluby, abych/měla podporu při svém úsilí o abstinenci.

#### 5.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor čítá sedm osob ve věku od 27 – 58 let. Účast na výzkumu byla dobrovolná, pacienti, kteří měli zájem, se sami přihlásili (pacienti se přihlásili na ranní komunitě po krátkém představení výzkumu). Nebyl tedy předem stanoven věk ani pohlaví, které by bylo upřednostňováno. Rozdílná byla i doba pobytu na oddělení - od 4. týdne po 11 týden. Samostatné přihlášení k rozhovoru je pro náš výzkum důležité, protože pacient poskytuje informace bez jakéhokoliv nátlaku (např. oslovením) a sám chce o své závislosti

vypovídat, je tedy k hovoru přístupný, otevřený a má i náladu mluvit. Oddělení 8B je smíšené a jsou zde léčeni pacienti ve věku 18 – 65 let. Celkem se výzkumu zúčastnily čtyři ženy a tři muži. Kvůli zachování anonymity jsou jména zúčastněných osob změněna.

Alena (27) – problémy s alkoholem má přibližně 10 let. Ze závislosti se léčí potřetí, v léčebně končí 1. měsíc. Počátky její závislosti jsou v beta typu (piják ve skupině), alkohol nepije denně, ale má období, že pije několik dnů v kuse. Pije hlavně pivo, denně dokáže vypít až 15 piv a doplnit to tvrdým alkoholem. Neví, kolik za alkohol měsíčně utratí, vždy jí to platí kamarádi. Její nejhorší alkoholové období bylo, když jí bylo 20-23 let. Pila zpočátku i v těhotenství, protože nevěděla, že je těhotná. Má dokončené základní vzdělání, práce střídá. Nyní je na mateřské dovolené s dvouletou dcerou. Je svobodná, uvádí časté problémy s otcem dítěte. Bydlí u rodičů, ale ne vždy je tam spokojená, nelíbí se jí, že se jí pletou do výchovy dcery. Její záliby jsou v první řadě dítě a dříve hodně sportovala – beach volejbal a bruslení.

Jana (36) – problémy s alkoholem má 10 let, léčí se poprvé, v léčebně je 2,5 měsíce. Počátky závislosti v alfa typu – problémový piják (alkoholem řešila problémy). Počátek jejího pití je stejný, jako počátek jejího manželství. Nejčastěji pije sama doma, považuje se za pivaře. Vypije 10-15 piv, pije nejméně třikrát týdně. Později přidávala k pivu tvrdý alkohol. Za alkohol utratí nejméně 2500 měsíčně. Je vyučená prodavačka, často střídá zaměstnání, nyní pracuje v samoobsluze. Je vdaná, má dvě děti, po ukončení léčby plánuje rozvod. Uvádí, že důvodem jejího pití je domácí násilí. Volný čas tráví nejčastěji s dětmi, také ráda sportuje, tráví čas na internetu a čte naučnou literaturu. Baví ji ruční práce, dle jejích slov je manuálně velmi zručná. V poslední době však nemá na koníčky moc času.

Marie (51) – problémy s alkoholem přibližně 12 let, v léčebně je 2 měsíce, jedná se o její první léčbu. Počátky závislosti v alfa typu (problémový piják). Pije cokoliv, v poslední době hlavně tvrdé. Za alkohol utratí až 2000 měsíčně, někdy víc. Nepociťuje bažení po alkoholu, když nepije, tak jí alkohol nechybí. Po gymnáziu je celý život zaměstnaná v oblasti hotelnictví, nyní pracuje jako recepční. Mrzí ji, že se neodhodlala ke studiu vysoké školy, protože ji stejně studovala „spolu“ s manželem. Má dvě dospělé děti a jednoho vnuka. Své manželství charakterizuje jako spíše nespokojené - stará se o manžela po úraze (kdyby nedošlo k úrazu, byla by nejspíše rozvedená). Pít začala v době, kdy se manželovi přihodil úraz, navíc měli v té době výrazné finanční obtíže. Má spoustu zájmů, které aktivně vykonává. Má ráda hudbu – zpívá ve sboru, píše texty k písním, v léčebně se naučila

hrát na kytaru. Ráda jezdí na výlety a stará se o vnuka. Poslední dobou přemýšlí o tom, že začne psát svou autobiografii.

Božena (56) – problémy s alkoholem má s pauzami 31 let, jedná se už o šestý pokus o léčbu. Většina pokusů byla ambulantních, toto je její druhá léčba na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny. Nyní dokončuje 3. měsíc. Za alkohol utrácela až 3500 měsíčně, ale financovaly jí ho i „babky“ z vesnice. Dokázala během dne vypít až litr tvrdého alkoholu, litr vína a 4 piva, pila každý den. Uvádí, že když pije, tak je depresivní. Je možné ji charakterizovat jako gama typ (náruživý piják). Božena je vyučená na potravinářském učilišti, celý život pracovala v potravinách na různých pozicích. Nyní je v důchodu. Je vdaná 38 let, manželství charakterizuje jako spokojené. Má tři dospělé děti. Volný čas tráví nejraději sama v lese, kde má klid od ostatních. Také má doma své vlastní malé zemědělství, kde ráda pracuje. Podle její výpovědi trpí depresí, kterou léčí alkoholem, a na nějakém vyšetření ji sdělili, že trpí manio-depresí.

Karel (27) – problémy s alkoholem asi dva roky, v léčbě je kvůli alkoholu již po páté, ale celkově se jedná o druhou dlouhodobou léčbu. V léčbě je 2 měsíce. Za alkohol byl schopný utratit měsíčně 5-8 tisíc korun, pil hlavně „šťávičky“, pivo mu nechutná. V mládí zkoušel pervitin, když ho zkoušel před rokem v kombinaci s alkoholem, způsobil mu toxickou psychózu. Počátek závislosti alfa – problémový piják. Karel má dokončené střední školské vzdělání, nyní si dodělává vysokou školu ekonomickou, titul bakalář studuje již šestým rokem, vyskytly se problémy s obhajobou bakalářské práce. Nyní nepracuje, dříve měl vlastní firmu a různě si při škole přivydělával. Je svobodný bez stálého vztahu, to že je nyní bez přítelkyně mu značně vadí. Ve volném čase rád cestuje a má rád média a konzumní zábavu (internet, televizi) a hightechnologie.

Jiří (50) – problémy s alkoholem 15 let, jedná se o jeho první léčbu, v léčbě končí 2. měsíc. Počátek závislosti typ alfa (problémový piják). Dříve byl schopen propít až 4000 Kč, pil hlavně tvrdý alkohol. Kvůli závislosti velké zdravotní problémy, nejen kvůli nim odjel do USA, kde pil jen pivo. Před třemi měsíci (po devíti letech) návrat do ČR, od té doby stále pil. Jiří má dvě maturity v oblasti mechanik – seřizovač. Část svého života podnikal v různých oblastech (hotel, pivnice, švadlenky), kvůli stresu a s tím spojeného pití přestal. Následně pracoval 9 let na různých pozicích v USA. Nyní je po návratu z USA (4 měsíce) nezaměstnaný. Je rozvedený a bezdětný, více než 10 let žije s přítelkyní. Většinu volného času tráví s přítelkyní a teď si hledá něco, co by ho mohlo po vyléčení bavit, dříve

hodně pracoval a pil a na koníčky neměl čas. Má rád umění a velmi rád maluje – jeho vzorem je Mucha.

Petr (58) – pil v podstatě celý život. Problémy s alkoholem začaly asi před 5 lety, léčí se poprvé, v léčebně je 8. den. Pije hlavně víno, denně vypije 1-2 litry. Za alkohol moc neutráčí, alkohol buď dostává (ten co pije v práci) nebo si stáčí vlastní víno. Jedná se o delta typ, který si stále udržuje určitou hladinku. Petr má dokončené vysokoškolské vzdělání na JAMU. Celý život pracuje jako operní pěvec, uvádí, že k jeho zaměstnání alkohol patří. Je ženatý, momentálně si stěžuje na krizi v manželství. Manželka se od něj kvůli jeho závislosti odstěhovala. Svě pití svádí na ni, že se o něj málo starala. Ve volném čase se rád stará o zahrádku a svého psa. Jeho „dítětem“ je vinohrad. Trpí depresí, má za sebou tři pokusy o sebevraždu.

## 5.6 Výsledky

Výsledky výzkumu rozdělíme na tři části. V první část výzkumu se věnuje jednotlivým respondentům a zpracováním jejich výpovědí z rozhovoru a výzkumných dotazníkových metod. Úvod této části bude věnována rozboru výsledků z dotazníku MALT, které nám více přiblíží problematiku závislosti u jednotlivých pacientů a jejich pocity, které kvůli pití zažívají. Výsledky jsou uloženy do tabulky, kde jsou zaznačeny jednotlivé odpovědi pacientů, seřazené podle námi vytvořených kategorií. Tato část výzkumu naznačí, do jaké míry je problematika závislosti u jednotlivých pacientů rozvinuta. Dále se budeme v úvodní části věnovat analýze rozhovoru a výzkumným otázkám, které se věnují motivaci a důvodům léčby pacientů. Pro názornost zde vždy bude uvedena tabulka obsahující různé varianty odpovědí pacientů oddělení 8B, která bude následně doplněna rozšiřujícím textem s odpověďmi pacientů, případně jejich citací. Výzkumné otázky budou doplněny odpověďmi z dotazníku CMRS. Ten slouží k prohloubení dosažených informací a ke srovnání výsledků rozhovoru a tohoto dotazníku. V druhé části výzkumu se budeme krátce věnovat zamýšlení nad prognózou léčby. Třetí část výzkumu bude věnována výzkumným otázkám, které se zaměřují na popis a hodnocení léčebného zařízení. Odpovědi na tyto otázky čerpáme z vyplněného dotazníku SEQ-KLAC místní psycholožkou a také výpověďmi jednotlivých pacientů.

### 5.6.1 Výzkumné otázky zaměřené na pacienty

**Do jaké míry byly rozvinuté příznaky závislosti u jednotlivých pacientů před vstupem do léčebny?**

Tab. 1 Příznaky závislost

		Alena	Jana	Marie	Božena	Karel	Jiří	Petr
<b>Abstinenční příznaky:</b>	třes (1)	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE
	zvracení (2)	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE
<b>craving:</b>	po sklence touha pít dále (6)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO
	časté myšlenky na alkohol (7)	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO
<b>čas a způsob pití:</b>	ranní léčba alkoholem (3)	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO
	pití před svačinou (5)	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	pití i přes zákaz (8)	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
	míň jídla při pití (9)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
	piji sám (11)	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE
	pití na uklidnění (17)	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO

Z této tabulky můžeme nejen vyčíst příznaky fyzické závislosti (abstinenční příznaky) a psychické závislosti (craving) u jednotlivých pacientů, ale také se můžeme zaměřit na rozpoznání patologického způsobu pití, který je také znakem závislosti na alkoholu (raní doba pití, pití alkoholu o samotě, pití na uklidnění atd.) Odpovědi zaznačeny v tabulce zeleně jsou pro nás ukazatelem, že určité příznaky závislosti nebyly u daného klienta dosud rozvinuty.

Pokud bychom se měli držet jen odpovědí pacientů z tabulky, největší problém závislého chování by byl odhalen u Boženy, u které se objevují všechny znaky závislosti. Následně se pouze tři zelená políčka objevují u Jany, Aleny a Petra. U Aleny je rozvinutá jak psychická závislost, také trpí abstinenčními příznaky, nepožívá však alkohol sama nebo v ranních hodinách. U Petra ani Jany nejsou rozvinuty abstinenční příznaky. Nejlepší prognózu k léčbě, kterou v této otázce můžeme charakterizovat jako nejméně rozvinutou závislost, má Marie a Karel, u kterých se nevyskytují ani abstinenční příznaky, ani bažení. Jejich pití však nebylo pod kontrolou z toho důvodu, že pili sami a pili i přes zákaz. Petr pije na uklidnění.



### Uvědomují si pacienti negativní důsledky pití alkoholu a jejich dopad na jejich život?

Tab. 2 Negativní důsledky alkoholu

		Alena	Jana	Marie	Božena	Karel	Jiří	Petr
<b>důsledky pití:</b>	menší výkonnost (12)	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
	výčitky svědomí, pocit viny (13)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO
	alkohol narušuje můj život (18)	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
<b>kdybych nepil...</b>	byl bych se sebou spokojen (23)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	měl bych méně problémů (16)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

U této otázky nás zajímá hlavně odpověď ANO na jednotlivé otázky, kdy si pacienti uvědomují, že alkohol jejich život negativně ovlivňuje. Odpověď NE je v tomto případě sporná, protože může znamenat, že alkohol tuto část života neovlivňoval nebo si toto negativní působení alkoholu subjektivně neuvědomují.

Za důležité považujeme poslední dvě tvrzení: „*Kdybych nepil, měl bych méně problémů*“ a „*Kdybych nepil, byl bych se sebou spokojen*“, na které všichni dotazovaní odpověděli ano. Z toho vyplývá, že si tito dotázaní dostatečně uvědomují problémy, které jim pití alkoholu způsobilo. Většina kromě Jany a Marie si uvědomují, že alkohol snižoval jejich pracovní výkonnost. Marie a Jiří jako jediní necítí výčitky svědomí a pocit viny za to, že pili. Všichni kromě Jany si myslí, že jim alkohol narušoval jejich život.

### Existuje vztah mezi zdravotním stavem pacienta a pitím alkoholických nápojů?

#### Subjektivní charakteristika zdravotního stavu

Tab. 3 Alkohol a zdravotní stav osob

Zdravotní stav	Počet osob
Příznivý (dobrý)	6
Nepříznivý (před závislostí)	0
Nepříznivý v důsledku pití	1

Většina dotázaných uvádí, že jejich zdravotní stav je velmi dobrý. Ženy byly nejčastěji v nemocnici z důvodu porodu. Jedna z dotázaných trpí nedomykavostí jícnu (kompenzace prášky) a druhá uvádí dřívější problémy s křečovými žilami. Všechny hodnotí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý. U mužů je situace podobná, dva charakterizují svůj

zdravotní stav jako výborný. Petr uvádí, že byl v nemocnici jen třikrát a to vždy kvůli úrazům. Podle něj výsledky testů ho velmi překvapili: „V nemocnici se velmi divili, játra mám jako novorozenec, nejsou pitím poznamenané“. Nejvíce zdravotních problémů má Jiří, který měl kvůli alkoholu velmi vážné problémy se slinivkou (před 10 lety). Z toho důvodu se rozhodl změnit prostředí a odstěhoval se do USA, kde nepožíval tvrdý alkohol. Po návraty do ČR se k tvrdému alkoholu vrátil a byl hospitalizován kvůli epileptickému záchvatu.

Z odpovědí se nedá soudit, že by byl zdravotní stav ovlivňován pitím alkoholu. Můžeme se domnívat, že alkohol negativně působí na zdravotní stav závislého jedince, ale tato výzkumná skupina buď svůj negativní zdravotní stav nepřiznává, nebo se u ní zdravotní problémy doposud neobjevily.

**Souvisí doba pití s alkoholem s počtem absolvovaných léčení?** (Existuje přímá úměrnost: Čím déle pijí v letech, tím vícekrát se léčili?)

Tab. 4 Léčení závislosti

Jméno	Nadměrné pití alkoholu (v letech)	Výrazně problémové pití (v letech)	Léčebných pokusů (počet)
Alena	10	6 (s roční pauzou)	3
Jana	10	3 roky	1 (první)
Marie	10	3- 4 roky	1 (první)
Božena	31 (10 let pauza)	5 let	6
Karel	2	2	2 (5 pobytů v léčebně)
Jiří	15	2 měsíce	1 (první)
Petr	35	4 roky	1 (první)

Tato tabulka doplňuje teoretickou část, ve které je zmíněno, že závislost na alkoholu se stupňuje přibližně 10 let. U žen je tato doba téměř potvrzena. Jejich problémy s alkoholem se stupňovaly v průběhu posledních 3-6 let. Jedinou výjimkou byla paní Božena, která ve výzkumu uváděla, že je na alkoholu závislá téměř celý život. Ta se také nejčastěji pokoušela závislosti zbavit, a to šestkrát. V rozhovoru uvedla, že čtyřikrát se jednalo o ambulantní léčbu, kde se spíše bavila s lékařem o motivaci k léčbě a nikdy u tohoto typu léčby dlouho nevydržela. V léčebně byla poprvé loni, ale léčbu nedokončila: „V létě tu bylo moc teplo, nechtělo se mi nic. Myslela jsem, že to můžu zvládnout sama.“ Alena se léčí po třetí, ale nikdy neabsolvovala celé tři měsíce.

U mužů je tabulka pestřejší, nejdelší dobu nadměrného pití uvádí Petr a nejkratší Karel, který však byl nejčastěji léčen. Jeho léčba byla specifická proto, že není čistě závislý jen na alkoholu, ale také na barbiturátech. Do léčebny se dostal poprvé kvůli toxické psychóze, jeho léčba vypadala následovně – 1) léčba akutní toxické psychózy (a detox), 2) následně měsíční pobyt v léčebně u Nešpora v Praze, 3) dokončení léčby v Kroměříži, 4) po relapsu znovu detox v Kroměříži a 5) nynější léčba. Karel konzumuje alkohol od 35 let. Jeho pití je možné klasifikovat jako problémové. Vzhledem k tomu, že se pití negativně odrazilo na jeho zdravotním stavu, odstěhoval se do USA, aby se zbavil stresu. Tam pil jen pivo, po návratu do ČR v letošním roce, okamžitě zpátky přešel k pití tvrdého alkoholu. Po dvou měsících pití závislost propukla znovu „naplno“. Petr uvádí, že pil celý život, hlavně víno (vlastní vinný sklípek). V posledních třech letech kvůli alkoholu výrazné problémy, které ho znovu motivovaly k dalšímu pití, hrdě uvádí, že je to jeho teprve první léčba.

### Je možné nalézt u výzkumných osob genetické predispozice k pití alkoholu?

Tab. 5 Predispozice k pití alkoholu

Člen rodiny	Ano	Nevím	Člen rodiny	Ano	Nevím
Matka	1	2	Sourozenci	3	
Otec	4		Děti	1	
Babička	0	1	Nikdo	2	
Dědeček	3				

Většina z našich respondentů uvádí, že problém s alkoholem, se v jejich rodině již vyskytoval. Nejčastěji se problémové pití objevuje u biologického otce. Pouze ve dvou případech (Karel a Jiří) není závislost na alkoholu v rodině dále doložená, jsou první, komu se pití vymklo z rukou. Jiří uvádí, že jeho otec byl pouze lehký konzument piva, který měl silnou závislost pouze na nikotinu. Alena uvádí, že její biologický otec byl na alkoholu závislý a uvědomuje si, že může mít s pitím geneticky dané problémy, protože: „*Alkoholismus často přechází z otce na dceru*“. Podle Jany byl její otec i dědeček (z matčiny strany) alkoholik, přestože se nikdy neléčili. Marie neví, jaké sklony k alkoholu měla její matka, protože zemřela, když byla ještě mladá. Má však pocit, že problémy s alkoholem měl její dědeček (z matčiny strany). Stejně tak si s matkou není jistá Božena, protože také zemřela, když byla Božena ještě malá. Problémy s alkoholem měl její otec, mají jej její dva

sourozenci a má podezření, že i u jejího syna se začíná objevovat závislost. Specifický případ je Petr, jehož oba rodiče měli s alkoholem velké problémy: „*Oba se před šedesátkou uchlastali k smrti*“.

### Existuje u pacientů nějaký subjektivně vnímaný „spouštěč“ závislosti?

Tab. 6 Spouštěč závislost

Spouštěč	výskyt	Spouštěč	Výskyt
Nefunkční vztah/manželství	3	Dluhy	1
Domácí násilí	2	Rozchod/rozvod	1
Stres v rodině (problémy, úraz)	3	Z nedostatku „zájmů“	1
Stres z práce	3	Protí depresi	2
Kvůli usnutí	1	Časté pití s přáteli nebo v práci	2

U různých výpovědí se vyskytují často podobné důvody k pití. Často se v jednotlivých případech nevyskytuje jeden důvod, proč člověk pije, ale jedná se často o nakumulování problémů. Alena neuvádí žádný subjektivní „spouštěč“ proč pije, ale z jejich výpovědi, je možné vyčíst, že pije hlavně s přáteli a z nedostatku zájmu a životní spokojenosti. Kromě toho ji její bývalý partner (otec její dcery) fyzicky i psychicky ubližoval, což mohlo být také jedním z důvodů, proč se rozpila více. Kvůli partnerovi (manželovi) pije také Jana, kterou manžel fyzicky a psychicky týrá: „*Piju, protože se ho bojím*“. Marie je příkladem nahromadění různých problémů, nejprve byla obětí nepoctivého jednání v práci, díky tomu výrazné dluhy. Následně měl její bratr autonehodu (kvadruplegie) a poslední ráno byl vážný úraz jejího manžela. Pít začala, když byl manžel v nemocnici a ona byla sama doma. Navíc uvádí: „*Kdyby se nestal manželovi úraz, pravděpodobně bychom se rozvedli, občas mi ubližoval.*“ Božena uvádí, že pije tehdy, když se vyskytují problémy v rodině. Občas má pocit, že na ní všichni problémy přehazovali, a když se pak problémy objevily i v jejím zaměstnání, neměla to komu říct a začala pít. Objevuje se u ní často deprese, kterou řeší nejčastěji pitím alkoholu. Uvádí, že to je takový bludný kruh: „*Když mám depresi, tak piju, když piju, tak mám pak depresi ještě větší.*“ Karel začal pít více před dvěma lety – přesně si pamatuje datum. Naznačuje, že pitím si řešil rozchod s partnerkou a následnou prázdnotu. Jiří začal mít problémy s alkoholem, když začal být úspěšný podnikatel. „*Pil jsem proto, abych mohl večer usnout, měl jsem toho moc.*“ Je zajímavé, že od počátku dával přednost pití doma, do hospody moc nechodil: „*Otevřel sem si doma vždycky flašku před spaním, do hospody jsem nemohl chodit, pořád mě někdo*

otravoval kvůli podnikání.“ Kromě toho se u něj objevovaly problémy doma s manželkou, nedařilo se jim počít dítě. Petr uvádí, že pije celý život, že to k jeho profesi v podstatě patří. Kvůli pití se dostal do bludného kruhu, pije, aby potlačil problémy s manželkou, které však vznikly kvůli pití. „*Jsem citlivý člověk – umělec, takže mám sklony k depresi, tu jsem léčil alkoholem.*“

### Jaké důvody vedou pacienty nejčastěji k léčení v psychiatrické léčebně?

Tab. 7 Důvody k léčbě

Důvod	Výskyt	Důvod	Výskyt
Dítě/ vnuk	2	Relaps	1
Práce	2	Uvědomění si závažnosti	4
Strach o zdraví	2	Pokus o sebevraždu	1
Úraz	1	Rodina	2
Boj o vztah	1		

Respondenti uvádějí různé důvody, proč se rozhodli k léčbě. Můžeme je chápat jako motivy k léčení, které pacienta do léčebny dostaly. Je možné je rozdělit k motivaci na dvě větší skupiny a to na důvody (motivy) vnější - někdo je k léčbě navedl a vnitřní - sami si uvědomili, že je nutné se léčit. Pro ženy jsou často hlavním důvodem děti. Paní Alena se rozhodla k léčbě proto, aby se mohla věnovat v budoucnu střízlivá své dvouleté dceři. Pro Marii byl jedním z důvodů léčby strach, že by jí mohl být odepřen styk s vnukem. Kromě toho na Marii se domluvila dcera s kolegyněmi v práci a připravili jí vynikající podmínky pro léčbu – v práci jí stále drží místo. Jana se k léčbě rozhodla po té, co usnula v práci za kasou: „*Vedoucí mne poslala domů marodit, ale mě došlo, že bych se už měla jít někam léčit, že takhle to sama nezvládnou.*“ Božena se rozhodla k léčení, protože jí došlo, že sama se nedokáže vyléčit. Uvědomila si, že její problémy s alkoholem jsou natolik vážné, že už jí jde o zdraví: „*Situace s pitím už byla neúnosná, už mi šlo o život*“. Karel si uvědomil, že potřebuje léčbu hned po té, co u něj došlo po několika měsících abstinence k relapsu. „*Pít jsem už nechtěl a věděl jsem, že nemám jinou možnost.*“ Jiří se rozhodl k léčbě, protože se bál o svůj zdravotní stav, dostal se do nemocnice kvůli epileptickému záchvatu. Zjistil, že někteří jeho kamarádi se upili k smrti a jiní, co byli závislí, s pitím přestali a jsou na tom lépe než dříve. U Petra je více důvodů k léčbě, dlouhodobým důvodem, proč se chtěl léčit, je nefungující vztah s manželkou, na které mu stále záleží. Akutním důvodem byl úraz,

který se mu stal, když byl pod vlivem alkoholu, a následný pokus o sebevraždu. K léčbě ho „donutila“ sestra.

### Co pokládají pacienti za důležitý zdroj motivace k vyléčení?

Tab. 8 Motivace k léčení

Zdroj motivace	Výskyt	Zdroj motivace	Výskyt
Dcera/vnuk	2	Zdraví	2
Udržení si práce	2	Vztah	1

Tato otázka spíše jen doplňuje a zužuje předchozí, protože někteří respondenti přímo jmenovali motivy, proč se léčí. Tyto motivy jsou často obdobné důvodům léčby. Jen dvě pacientky jmenovaly, že motivem jejich léčby je jejich dítě (Alena) a vnuk (Marie). U Marie je zdrojem motivace také touha udržet si práci, kterou má dle svých slov velmi ráda, protože jí umožňuje být v kontaktu s lidmi. Kvůli práci do léčby také nastoupila Jana (viz výše). Udržení si zdraví je motivem hlavně u Boženy a Jiřího. Záchrana vztahu je hlavním důvodem pro léčbu Jiřího, který věří tomu, že když se vyléčí ze závislosti, bude se moci zpátky vrátit ke své ženě

### Jaké faktory pozitivně ovlivňují léčbu pacienta – co jim pomůže k střízlivosti?

Tab. 9 Cesta ke střízlivosti

Faktory	výskyt	Faktory	výskyt
Antabus	1	Uvědomění „abstinující alkoholik“	1
Klid od starostí	2	Vyhýbat se „nebezpečným“ místům	1
Rodinné zázemí	2	Desatero střízlivosti	1
Pracovní zázemí	2	Uvědomění – „Je to na mě“	3
Radovat se z maličností	1		

Cílem této otázky je zjistit, co si pacienti myslí, že jim může v léčbě pomoci – co jim pomůže k trvalému vyléčení i po opuštění bran léčebny. (Otázky, které se týkaly tohoto tématu, byly položeny nejprve obecně, aby pacient mohl jmenovat jeho silné vlastnosti, nebo jiné vnější okolnosti, které mu s léčbou pomůžou.)

Paní Alena věří, že jí ke střízlivosti pomůže antabus. Myslí si, že kdyby jí ho nasadili již při minulém léčení, že by nedošlo k recidivě. Říká, že když bude mít na starost svou „holčičkou“ nebude mít potřebu pít. Podle Jany pokud bude mít klid od manžela, nebude mít potřebu pít: *„Potřebuju, aby mi dal už úplně pokoj a abych už mohla konečně žít bez něj. Pak budu šťastná a nebudu mít potřebu pít“*. Jana si uvědomuje svou odpovědnost za ukončení vztahu s manželem, je to na ní – ona se musí od něj odstěhovat a požádat o rozvod. Marie jako důležité považuje to, že si konečně uvědomuju, že má „problém“ a že je abstinující alkoholik. Kromě toho věří, že jí při léčbě podpoří rodina a kolegyně z práce. *„Snažím se tu radovat se z maličkostí a neřešit věci, které nemůžu změnit“*. Božena věří tomu, že jí při léčbě pomůže, když nebude navštěvovat místa, která ji budou pít připomínat. Kromě toho vidí jako řešení svého alkoholového problému to, že nebude řešit obtíže cizích lidí – že bude více v klidu. Vzhledem k tomu, že už je v důchodu, jako pozitivní podporu léčby chápe to, že se nemusí strachovat o svou finanční situaci. Karel říká, že se vyléčí tehdy: *„Když budu dodržovat všechny kroky desatera. Po minulé léčbě jsem tři nedodržoval, a proto jsem zpět v léčebně.“* Jiří vidí podporu v léčbě v tom, že si uvědomí, co vlastně chce. Musí vydržet nepít ne proto, že nesmí, ale proto, že nechce. *„Mám před sebou druhou životní etapu, kde musím mít zodpovědnost nad sebou a svým jednáním. Je to jen na mne, musím mít pevnou vůli.“* Petr si uvědomuje, že jen na něm, jestli zvládne být střízlivý: *„Na alkoholismus není lék, musím si pomoci sám.“*

### 5.6.2 Stanovení prognózy léčby u pacientů

Stanovení prognózy léčby bude probíhat tak, že se zaměříme na pozitivní a negativní faktory v životě pacienta, které mohou ovlivnit úspěšnost jeho léčby. Tyto informace budou doplněny o výsledky dotazníku CMRS, který se užívá na predikci léčby u závislých pacientů. Je nutné si znovu připomenout, co znamenají číselné hodnoty:

5 - silně souhlasím

4 – souhlasím

3 - ani souhlas, ani nesouhlas

2 – nesouhlasím

1 – silně nesouhlasím

9 – nedá se posoudit

Tab. 10 CMRS

		Al.	Jana	Mar.	Bož.	Karel	Jiří	Petr
	tvrzení							
Vnější okol.	kdyby se nelečil, šel bych vězení	3	1	1	1	1	1	1
	léčil bych se i bez tr. stíhání	4	5	5	5	5	4	5
	kdybych se neléčil, vyhodili by mne z domu	5	2	1	1	4	4	4
Vnitřní okol.	ostatní budou chtít, abych s léčbou přestal	9	1	1	2	1	1	1
	léčba mi přinese finanční obtíže	2	2	1	2	1	5	1
	existuje hodně problémů, které mi znemožní dokončit léčbu	3	1	1	2	1	1	1
Motivace	cítím, že je moje pití vážný problém	5	4	4	5	5	3	5
	hněvám se na sebe a nemám se rád, protože piji	5	4	2	2	4	9	4
	jesliže se nezměním se, půjdete z kopce, nastane zhoršení	5	4	2	3	4	4	5
	mrzí mne - pití, způsob života a to, že to ubližovalo druhým	5	5	3	5	4	4	4
	nejdůležitější - přestat pít	5	5	4	5	5	5	5
Připravenost	dokážu přestat pít bez léčby	3	1	1	5	2	9	5
	cítím se připravený k léčbě	3	5	4	5	4	5	4
	udělám vše, abych dostal svůj život do pořádku	5	5	4	5	5	5	4
	jediná možnost k abstinenci - léčení	5	4	4	5	4	4	5
	nedokážu se léčit sám, nebo s pomocí bližních, potřebuji léčbu	5	3	4	5	4	3	5
	z pití jsem vyčerpaný a chci změnu, můžu to zvládnout sám	3	9	3	5	3	4	4

Nejprve se zaměříme na **Alenu**, podle CMRS se dá říci, že je k léčbě silně motivovaná, přestat pít je pro ni velmi důležité (ze všech pacientů, je nejmotivovanější dle CMRS, pokud odpovídala pravdivě). To potvrzuje i silný motiv, který odhalila při rozhovoru. Tímto motivem je její dcera. Na rozdíl od motivace, připravenost k léčbě není tak vysoká, na druhou stranu vidí léčení jako jedinou cestu, jak si život dát do pořádku. Podle CMRS je do léčby tlačena rodinou, jinak by ji „vyhnali“ z domu. Jako pozitivní se podle MALTu jeví, že Alena nepije sama. Pokud se nebude stýkat s „problémovou“ partou, nemusela by se už k závislosti znovu uchýlit. Naopak jako problematické prediktory spatřujeme přítomnost cravingu dle MALT, brzký start závislosti (17 let) a její nízké vzdělání. Negativně může abstinenci Aleny také ovlivnit problematický vztah s otcem dítěte a rodiči. U Aleny se objevuje genetická predispozice k pití – otec alkoholik.

**Doporučení:** Bylo by vhodné, aby se Alena po propuštění z léčebny nestýkala s „picí“ partou. Případně, aby se postavila na vlastní nohy při péči o svou dceru, aby získala větší pocit zodpovědnosti.

U **Jany** se jeví jako negativní prediktor opakované závislosti problémový vztah, který chce po propuštění řešit rozvodem. Jana svým pitím řeší problémy – pije na uklidnění, sama. K léčbě dostatečně motivovaná, přestat pít je pro ni nejdůležitější. Důležitým motivem je práce, dalším motivem, který přímo nezmínila, mohou být také její děti. Je připravená k léčbě, má pocit, že by se z alkoholismu bez odborné pomoci vyléčit nedokázala.



Doporučení: Abychom dosáhli vyšší šance uzdravení Jany, bylo by vhodné vyřešit co nejrychleji po propuštění vztahovou situaci. Vzhledem k tomu, že z jejích výpovědí lze usoudit, že pije hlavně kvůli patologickému vztahu s manželem, její prognóza by následně mohla být velmi dobrá. (Otázkou zůstává, jak se Jana vypořádá s rozvodem a hledáním nového bydlení, což jsou velmi stresující situace).

U **Marie** je velmi pozitivním faktorem pro úzdravu, že má pro své vyléčení objektivní důvody – chce se vídat s vnukem a chodit do práce. Výsledky s CMRS však jejím osobním výpovědím příliš neodpovídají – motivace k léčbě z nich není zcela patrná. Cítí se však k léčbě připravená a uvědomuje si, že sama se léčit nedokáže. Pozitivní predikátor její léčby je to, že má silné rodinné zázemí, které ji v léčbě závislosti podporuje (její dcera ji navštívila i na A-klubu) a že má spoustu zájmů, které ve svém volném čase může dělat. U Marie se neobjevuje dle MALTu ani dle rozhovoru craving, alkohol ji nechybí a nemá na něj chuť. Jako negativní predikátor považujeme problémy v manželství a velké finanční obtíže.

Doporučení: U Marie by bylo vhodné, aby dále měla možnost vést aktivní život (v léčbě je velmi tvořivá a akční) a aby měla dostatečný kontakt s dětmi a vnukem, na kterých ji velmi záleží.

**Božena** si uvědomuje dle CRMS, že je pro ni pití vážný problém a chce se vyléčit. Je pozitivní, že i když se jedná už o šestý pokus o léčbu, stále se nevzdává. Léčbu poprvé dokončuje, protože má pocit, že není v jejích možnostech vyléčit se sama. Jako negativní prediktor úspěšného vyléčení se jeví její psychický stav (trpí depresi), velmi dlouhá délka pití a nestrukturovaný volný čas (je v důchodu). Problematické se může podle MALT jevit, že je její závislost velmi rozvinutá, na všechny otázky odpověděla ano (otázkou zůstává, jak poctivě dotazník vyplnila).

Doporučení: Bylo by vhodné, aby se Božena do budoucna vyhýbala místům, kde obvykle pila. Můžeme také doporučit, aby navštěvovala budoucna odbornou psychologickou pomoc, kde by byly řešeny její deprese, případně se učila se více zvládat stres. K vyléčení by mohlo Boženě pomoci i lepší strukturování času.

U **Karla** můžeme chápat jako pozitivní prediktor k vyléčení hlavně krátkou dobu problematického pití a velmi silné rodinné zázemí, které ho při léčbě podporuje. Karel má hodně koníčků a zájmů a současně je studentem VŠ. Podle CMRS je k léčbě velmi motivovaný a k léčbě připravený. Karel netrpí silnými abstinenciálními příznaky, ale má nutkání

alkohol pít. Problematické může být, že jeho pití bylo dříve kombinováno s drogami (pervitin, zneužívání léků na uklidnění) a že u něj byla rozvinuta toxická psychóza. Problematické také může být, že není v současné době zaměstnaný ani nedokončuje školu, proto má relativně nestrukturovaný čas.

Doporučení: Bylo by vhodné, aby si Karel našel práci, případně aby dodělal školu, aby měl více uspořádaný denní režim. Vhodné by bylo následně postupné odpoutání od rodiny a pokusit se o osamostatnění (má vlastní byt).

**Jiří** se cítí připravený k léčbě (dle CMRS) a i z rozhovoru vyplývá, že si uvědomuje nutnost léčby, protože chce změnit dosavadní život. Přestat pít je pro něj nejdůležitější – je motivovaný. Faktory, které mohou negativně ovlivnit léčbu, jsou jeho špatný zdravotní stav, nezaměstnanost a problémy s bydlením. Jiří cítí podporu ve své přítelkyni a uvědomuje si, že je pravý čas změnit svůj život. Pozitivní je, že se dle CMRS u Jiřího neobjevuje craving ani abstinenční syndrom při nepití.

Doporučení: Po propuštění z léčby by se měla vyřešit Jiřího bytová situace a měl by se pokoušet najít si zaměstnání. Vzhledem k tomu, že kvůli alkoholu neměl žádné zájmy, bylo by dobré, kdyby se vrátil k dřívějším (malování) anebo se pokusil si najít něco, co by ho ve volném čase bavilo.

U **Petra** se neobjevují žádné závažné vnitřní okolnosti dle CMRS, které by mu znemožňovali dokončit léčbu, je k léčbě silně motivován a cítí se připravený přestat pít. Jako negativní faktor léčby se může jevit jeho problematický vztah s manželkou. Dalším problémem při jeho léčbě může být dlouhodobost jeho pití, velká genetická zátěž k závislosti (oba rodiče se upili) a psychické obtíže - deprese a pokusy o sebevraždu. Pozitivním faktorem je silná rodinná podpora, dobrý zdravotní stav a práce, která jej naplňuje. Negativním jevem může také být, že Petr má často příležitost pít v práci (oslavy, atd.)

Doporučení: Po dokončení léčby by měl Jiří vyhledat odborníka, který se bude zabývat jeho psychickým stavem – deprese a sebevražedné chování. Bylo by také dobré pokusit se vyřešit si vztah s manželkou a případně oznámit v práci důvody, proč se nemůže účastnit (alespoň z počátku) různých oslav.

Nepovažujeme za vhodné srovnávat prognózy úspěšnosti léčby u jednotlivých pacientů, vzhledem k rozdílnostem jejich životního příběhu a rozdílnosti povah to není ani možné. Výše stanovená prognóza je spíše odhadem rizik a pozitiv, které mohou přispět k pacientově abstinenci.

### 5.6.3 Výzkumné otázky zaměřené na léčebné zařízení

#### Na jakých principech je dle psycholožky léčení v komunitě zaměřeno?

Na tuto otázku nalezneme odpovědi ve škále SEEQ-KLAC. Nebudou nás zajímat všechny položky, ale zaměříme se pouze na ty, které se týkají oddělení 8B a jeho chodu. Jednotlivé otázky budou spojeny do zastřešujících skupin, které budou níže dále rozebrány. Jak už bylo výše uvedeno, na jednotlivé položky se odpovídá na škále od 0-5. Abychom si udělali celkový obraz o důležitosti jednotlivých kategorií na oddělení 8B, bude u některých kategorií uveden bodový průměr všech otázek. U některých kategorií to vzhledem k rozsahu jednotlivých položek není možné.

Pravidla a program léčby (22-25,27; 101-111): Délka doby je stanovena na tři měsíce, program má přesně stanovené podmínky a pravidla, jsou známé důvody, pro které je pacient vyloučen z léčení. Administrativní věci jsou sepsané a odsouhlasené všemi členy komunity. Je nutná abstinence od všech návykových látek a léků, kromě těch, které jsou předepsané lékařem. Program léčby respektuje kodex práv klientů, který je přesně definovaný. Na všechna tato pravidla je na oddělení dána mimořádná důležitost, průměr bodů u těchto otázek - 5.

Pravidla komunity jsou sepsána písemně, obsahují i informace o sankcích při porušení pravidel a o možnostech testování přítomnosti drog v organismu. Sankce slouží také k učení sociální zkušeností. V pravidlech jsou také uvedeny podmínky, kdy se mohou pacienti setkávat s lidmi mimo léčebnu, které úzce souvisí s pokrokem léčby.

Informovanost o programu léčby (30-31): Klienti i potencionální klienti mají možnost zjistit pravdivé informace o komunitě, její filosofii a přístupech práce. Mají možnost také komentovat a případně navrhnout změny v léčebném programu. Na informovanost klientů je kladena značná důležitost – průměr bodů 4.

Terapeutický tým (50-56, 63-64): Členové terapeutického týmu, slouží jako vzory a přirozené autority pro klienty a utváří hodnoty komunity. Tým vytváří bezpečné prostředí pro práci v komunitě a pomáhá klientům přijímat hodnoty komunity. V týmu mohou být také jedinci, kteří v minulosti drogy užívali, a mají za sebou léčbu. Tým má konečnou pravomoc učinit důležité rozhodování v komunitě, ale souběžně je dbáno o to, aby svá rozhodnutí klientům vysvětlil. V potřebných situacích má terapeutický tým vedoucí roli a autoritu, ale za normálních okolností ji může sdílet s komunitou.

Terapeutický tým a jeho práce (181-194): Denně se konají pracovní schůzky o rutinních záležitostech a také se pravidelně konají setkání, kde se hodnotí situace v komunitě a léčebný pokrok. Každý z týmu má možnost vyjádřit se k událostem v komunitě. Členové týmu zkoumají také své postoje a pocity vůči klientům a své názory sdílejí s ostatními členy týmu, aby prohloubili své poznání klienta a aby mu více porozuměli. Je důležité, aby osobní hodnoty personálu byly slučitelné s komunitou. Personál odpovídá za její fungování.

Terapeuti (139-146): Komunikují s klienty jak neformálně, tak formálně, slouží obvykle pro ně jako vzory. Mohou jim také dávat různé didaktické pokyny. Na oddělení není kladen důraz na individuální práce klientů a terapeutů.

Vzdělání personálu (28-29): Je kladen pouze střední důraz na povinné vzdělání terapeutického a jen malý důraz na odborné vzdělání neterapeutického personálu. Průměr bodů – 2,5.

Komunitní setkávání (94 - 98): Setkávání pacientů a personálu (komunitní setkání) se koná každý den dle programu a projednávají se na nich záležitosti komunity a také jsou na nich pacienti motivováni k léčbě. Součástí toho jsou také komunitní rituály. Na oddělení se nepracuje s příležitostným setkáváním komunity, kde by byly řešeny případné incidenty.

Komunikace a možnost diskuze v komunitě (otázky 17-21): Na oddělení je dbán důraz na možnost otevřeně diskutovat nad závažnými otázkami a nad důležitými problémy. Pacienti mají možnost znát důležité organizační informace a otevřeně hovořit i o tabuizovaných tématech. Průměr bodů 4,4 - komunikaci je v tomto zařízení dána značná až mimořádná pozornost.

Struktura času (33-36): Komunitní setkání se uskutečňuje jednou denně a to na začátku každého dne. Každý den je věnován skupinovým terapiím a existuje denní a týdenní struktura jednotlivých aktivit.

Fáze léčby (149-171): Léčba je rozdělena na několik fází. V první je kladen důraz na uvedení klienta do komunity a v ní také klient prochází různým psychologickým vyšetřením. Nového klienta dostává do péče pokročilejší klient, který mu poskytuje podporu a seznámení s programem. Při léčbě není stanoven individuální program. První fáze léčby se zaměřuje důraz na posílení abstinence, na vytvoření pocitu sounáležitosti s komunitou a na osobní růst klienta. Další fáze léčby se zaměřují na rozvoj realistického pohledu na sebe, své schopnosti a perspektivy a větší ztotožnění s pravidly a disciplínou komunity. Postupně má klient více privilegií a získává zodpovědnější funkce. Součástí je také rozvoj pracov-

ních postojů a schopností. Postupně je klient připravován na život mimo oddělení, jedním z hlavních cílů poslední fáze je vytvoření sociální a psychologické podpory a hlavně získání individuální zodpovědnosti. Klient má možnost po ukončení docházet na doléčovací terapie.

Úrovně pozic mezi jednotlivci v komunitě (57-62,70,103): Klienti jsou v komunitě rozdělení dle pokročilosti v léčbě (ovlivněno např. časem), více pokročilí mají větší zodpovědnost na organizaci života komunity a na péči o nové členy. Pokročilí klienti vykonávají v komunitě řídicí funkce spolu s týmem, mají také možnost vést některé skupiny nebo semináře. Rovněž slouží jako vzory. Privilegia jednotlivých pacientů souvisí s pokrokem v léčbě. Na rozdělení pozic a zvyšování odpovědnosti za komunitu, která vyplývá z této kategorie, je dbán na oddělení téměř mimořádný důraz.

Klienti – uvědomění si souvislosti (74-78): Klienti jsou podporováni, aby verbalizovali své myšlenky a pocity, a k tomu, aby hledali souvislosti mezi jejich chováním a prožíváním. Hovoří otevřeně o minulých situacích a o emocích, které v nich prožívali, a snaží se o jejich rozpoznání i v rámci léčebny.

„Klienti sobě“ – zpětná vazba, skupinové aktivity a „svépomoc“ (79 - 91): Navzájem si klienti poskytují zpětné vazby, které nejen slouží k posílení sebeúcty, ale také upozorňují na nežádoucí chování a na jeho dopad na ostatní. Vzájemně se také oceňují. Klienti také slouží sobě navzájem jako vzory a také si poskytují příklady a návrhy, jak různé situace řešit. Ve skupinových činnostech se také vzájemně motivují a může zde také docházet ke konfrontaci.

Terapeutické skupiny (136-138): Tyto skupiny jsou zaměřeny na odkrývání životního příběhu a jeho důležitých situací. Další skupiny jsou zaměřené na osvětu a rozvoj interpersonálních schopností.

Pracovní terapie (121 – 129): Práce je využívána jako součást procesu vzdělání a nácviku zručností, je vytvořena hierarchie různého pracovního zapojení a slouží také k posílení sebeúcty. Práce se nevyužívá k posílení hodnot komunity a klienti nevykonávají všechny domácí práce.

Osobnostní vzdělání (112-120): Vzdělávání je zařazeno k denním činnostem a je zaměřeno především na rozvoj komunikačních schopností, rozhodování, zvládání emocí a řešení konfliktů.

Zodpovědnost klientů (177-180): Klienti jsou zapojeni do zodpovědnosti za každodenní život v komunitě a za přidělování pracovních rolí a funkcí. Mají možnost hlasovat o určitých záležitostech a vyjadřovat se k jednotlivým rozhodnutím.

Rodina (147-148) – je kladen důraz na to, aby se rodina zapojila do léčebného plánu (pokud je to možné a vhodné). Oddělení také poskytuje rodinné poradenství.

Materiální zabezpečení léčebného zařízení (195-197): V zařízení je dostatečně velká místnost pro komunitní setkávání, přiměřeně vybavená jídelna a místnosti pro kreativní a skupinovou práci.

### Jaký mají pacienti vztah ke komunitě a celkově k zařízení? (Jsou pacienti v léčebně spokojeni?)

Tab. 11 Vztah ke komunitě

Spokojenost s:	výskyt	Nespokojenost s:	výskyt:
hudebním vyžití	2	Budíčkem	1
pracovní terapie	2	nemožností sledovat TV	1
skupinová terapie	3	úklid rájónů	1
Předčítání	1	čas přizpůsoben kuřákům	1
Prostředím	1	komunita není jako dřív	1

Na otázku s čím nejsou pacienti v léčebně spokojeni, odpovídali velmi obtížně. Je velmi pravděpodobné, že se u nich objevila obava, aby si personál nemyslel, že si stěžují. Všichni dotázaní odpověděli, že jsou v léčebně spokojeni a že se jim zde líbí. Přesto si jednotlivé výpovědi dotazovaných zaslouží větší pozornost.

Alena nebyla, co se týče spokojenosti v léčebně příliš sdílná. Nedokázala přijít na „něco“, co se jí v léčebně líbí nebo naopak nelíbí. Nakonec řekla, že její nejoblíbenější aktivita v léčebně je hra na hudební nástroj. Jana uvedla, že se jí v léčebně líbí a baví ji skoro všechny aktivity (nejvíce však pracovní a skupinové terapie). „V léčebně je to dobrý, jsem zde ráda. Trošku mě mrzí, že teď zde není tak dobrý kolektiv jako na začátku. Komunita je poslední dobou rozhádaná. Možná je to způsobeno už „ponorkou“, už jsme tu všichni dlouho.“ Trošku nesouhlasí s přísným režimem, ví, že s tím nic neudělá, tak si nestěžuje. Nevyhovuje jí vstávání v 6 ráno, v léčebně jí také chybí večery u televize, pokud komunita vytvoří špatný program. Marie říká: „V léčebně se cítím perfektně. Líbí se mi tu a nestěžuji si. Většinu věcí se snažím chápat jako fakt, co nezměním – třeba strukturovaný

čas. *Nic s tím neudělám, tak proč bych se tím trápila?*“ Její oblíbené aktivity jsou tu spojeny s hudbou. *„Když jsem sem přišla, myslela jsem si, že budu muset hned zpátky domů. Zpěv na komunitě byl děsný a předčítání bylo nudné. Vzala jsem to do svých rukou.“*. Nechala si dovést zpěvníky a zpěv na komunitě začala doprovázet hrou na kytaru (na kterou se tady v podstatě naučila hrát). Když má čas, píše texty k písním na komunitu, baví ji zde terapie a teď už i čtení, protože předčítá ona a snaží se o správnou intonaci. Božena uvádí: *„V léčebně se mi celkem líbí, všude je ale něco – nějaké konflikty. Jen je nemám potřebu řešit.“* Nemá žádné oblíbené nebo neoblíbené aktivity, režim jí problémy nedělá. Karla nejvíce baví terapie, nelíbí se mu úklid rajónů. Jiří je velmi nespokojen se strukturováním času pro kuřáky, nechápe, proč jsou kvůli nim nekuřáci omezováni - např. vypnutí filmu v době na kouření atd. Celkově se mu líbí terapie a baví ho tady sport. Petr je v léčebně zatím krátce, takže dosud nemá žádné oblíbené nebo neoblíbené aktivity. Těší se ale na pracovní terapii, vybral si zahradničení. Petr uvádí, že má speciální režim, takže se ho úklid rajónů netýká.

Tyto otázky nám přibližují oddělení 8B ze dvou různých pohledů a to z pohledu odborníka a člověka, který v nich žije. Hodnocení pacientů se jeví jako pozitivní zpětná vazba, ze které většinou vyplývá, že se cítí v léčebně spokojeni.

## 6 ZÁVĚR

Tato práce se zabývá závislostí na alkoholu, možnostmi její léčby a stanovením prognózy úspěšného léčení.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmu závislosti a závislosti na alkoholu. Přibližuje různé pojetí vzniku závislosti, příčiny a důsledky alkoholové závislosti. Jedna kapitola je také věnována důležitosti motivaci k léčbě závislosti a různým faktorům, které ovlivňují úspěšnost vyléčení.

V praktickou část je možné rozdělit na dvě části – jedna se zabývá popisem závislostí na alkoholu u sedmi zkoumaných osob a druhá se věnuje analýze léčebného zařízení. Celá diplomová práce byla realizována pomocí kvalitativního výzkumu. Hlavní užitou metodou první části byl polostrukturovaný rozhovor, jehož otázky byly zaměřeny na popis životního příběhu pacienta. Otázky se týkaly hlavně vzniku, průběhu a příčinám nadužívání alkoholu a důvodům, kvůli kterým se začal jedinec léčit. Jako doplňkové metody byly užity dotazníkové metody CMRS a MALT. Druhá část výzkumu je zaměřena na analýzu léčebného zařízení oddělení 8B v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. K analýze bylo využito více metod a to dotazník SEEQ-KLAS, který vyplnila psycholožka oddělení, rozhovor s pacienty a rozbor materiálů, které jsou převážně určeny pacientům.

Z výzkumu vyplynulo, že existují různé motivy, které vedou jedince jak k závislosti, tak k následné léčbě. Společným faktorem závislosti, který byly objeveny téměř u všech jedinců, jsou rodinné problémy. Hlavní motivy, proč se lidé léčí, jsou rodina, práce a zdraví.

Přínos výzkumu spatřujeme hlavně v tom, že přináší náhled na léčbu závislosti v prostorách psychiatrické léčebny, která bývá často tabuizována. Dalším přínosem je také rozbor závislosti u jednotlivých pacientů, který by bylo vhodné rozpracovat v následných výzkumech kvantitativně.

Poznatky této práce by mohli být dále zpracovány v rámci dalších výzkumů, které by se mohly zabývat metodami, které jsou užívány v rámci jiných léčebných zařízení. Bylo by vhodné, kdyby na tuto práci navázala ještě jedna studie, kde by byly opakovaně kontaktovány naše zkoumané osoby, abychom zjistili, jak úspěšná bylo stanovení naší prognózy a co je ovlivnilo při abstinenci.



Vypracování této práce bylo také velmi přínosné pro mne samotnou, protože jsem si uvědomila, jaká jsou rizika alkoholové závislosti a jak je jednoduché se do závislosti „propít“. Je pro mne také velmi hodnotné, že jsem se mohla více dozvědět o tom, jak se závislost na alkoholu léčí a že jsem mohla díky ochotě paní psycholožky PhDr. Zendulkové nahlédnout do chodu „komunity“. Jsem velmi vděčná všem pacientům, kteří se mnou otevřeně hovořili, a na závěr této práce bych jim chtěla popřát hodně zdarů při abstinenci.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, 1998. *Sociální patologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání
- [2] BRAGDON, Allen D; GAMON, David, 2006. *Když mozek pracuje jinak*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-066-6.
- [3] ČEŠKOVÁ, Eva; SVOBODA, Mojmir; KUČEROVÁ, Hana, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- [4] DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula; LORENC, Jan, 1999. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-628-5.
- [5] *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- [6] DVOŘÁČEK, Jiří, 2003. Detoxifikace. Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [7] FÍŠEROVÁ, Magdaléna, 2003. Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty. Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [8] FROUZOVÁ, Magdalena, 2003. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [9] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-8593-179-6.
- [10] HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- [11] HARTL, Pavel a kol., 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [12] HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [13] HÖSCHL, Cyril, 1996. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H & H. ISBN 80-8578-796-2.

- [14] ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-86642-12-7.
- [15] KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [16] KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [10] KALINA, Kamil, 2008a. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [17] KALINA, Kamil, 2008b. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [18] KUBIČKA, Luděk (2007). Srovnávací analýza rizikových faktorů závislosti na alkoholu u mužů a žen. *Československá psychologie*, 51, 3.
- [19] KUDA, Aleš, 2003. Relaps a prevence relapsu. Kalina, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [20] KUDRLE, Stanislav, 2003. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-8673-405-6.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [22] MILLER, Geraldine A, 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
- [23] MUSIL, Jiří V, 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1153-9.
- [24] NEŠPOR, Karel, 2003. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upravené. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.
- [25] NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host. ISBN 80-7294-206-9.
- [26] NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

- [27] PRAŠKO, Ján a kol., 2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-903708-9-0.
- [28] PROKEŠ, Jaroslav, 2005. *Základy toxikologie: obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-301-X.
- [29] ROTGERS, Frederick a kol., *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-836-9.
- [30] OROSOVÁ, Olga, Gajdošová, Beáta, (2009). Individuálne a sociálne faktory fajčenia cigariet a konzumácie alkoholu vybraných skupín vysokoškolských študentov. *Československá psychologie*, 53, 6.
- [31] SHAPIRO, Harry, 2005. *Drogy: obrazový průvodce*. Praha: Svojtka & Co. ISBN 80-7352-295-0.
- [32] SKÁLA, Jaroslav, 1986. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost; zásady léčby glukokortikoidy*. Praha: Avicenum.
- [33] SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-8591-218-X.
- [34] ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [35] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [36] VAŠINA, Lubomír, 2008. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno. ISBN 978-80-8718-200-0.
- [37] VODÁČKOVÁ, Daniela, 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 78-80-7367-342-0.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] Pomoc v závislosti [online]. 2011, [citováno dne 18. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/tvorba-pacientu/basne-a-povidky>>.
- [2] Anonymní alcoholic Olomouc [online]. 2012, [citováno dne 19. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.aalomouc.estranky.cz/clanky/12-kroku.html>>.
- [3] EMCDDA [online]. 2010, [citováno dne 4. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4290EN.html?LayoutFormat=print>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AA	Anonymní alkoholici
Aj.	A jiné
CMRS	Výzkumná metoda - Circumstances, motivation, readiness, suitability (okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost)
ČR	Česká republika
DMS	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
FAS	Fetální alkoholový syndrom
JAMU	Janáčkova akademie múzických umění
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
KM	Kroměříž
MALT	Výzkumná metoda – Mnichovský test alkoholismu
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
SEEQ-KLAC	Užitá výzkumná metoda
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotní organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – abstinence - relaps .....	31
------------------------------------	----

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Příznaky závislost</i> .....	56
<i>Tab. 2 Negativní důsledky alkoholu</i> .....	57
<i>Tab. 3 Alkohol a zdravotní stav osob</i> .....	57
<i>Tab. 4 Léčení závislosti</i> .....	58
<i>Tab. 5 Predizpozice k pití alkoholu</i> .....	59
<i>Tab. 6 Spouštěč závislost</i> .....	60
<i>Tab. 7 Důvody k léčbě</i> .....	61
<i>Tab. 8 Motivace k léčení</i> .....	62
<i>Tab. 9 Cesta ke střízlivosti</i> .....	62
<i>Tab. 10 CMRS</i> .....	64
<i>Tab. 11 Vztah ke komunitě</i> .....	70



**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I. MALT
- P II. CMRS
- P III. Rozhovor Alena, 27
- P IV. Rozhovor Jana, 36
- P V. Rozhovor Marie, 51
- P. VI. Rozhovor Božena, 56
- P VII. Rozhovor Karel, 27
- P. VIII. Rozhovor Jiří, 50
- P. IX. Rozhovor Petr, 58

**PŘÍLOHA P I: MALT**

1. Poslední dobou častěji trpím třesem rukou ANO – NE
2. Občas, zejména ráno, mám nucení ke zvracení ANO – NE
3. Již jsem pokoušel třes rukou a nucení ke zvracení po ránu léčit alkoholem ANO – NE
4. Cítím se nyní roztrpčen(a) pro své problémy a těžkosti ANO – NE
5. Nezřídka se mi stává, že před obědem nebo svačinou piji alkohol ANO – NE
6. Po prvních sklenkách alkoholu mám nepřekonatelnou touhu pít dále ANO – NE
7. Myslím často na alkohol ANO – NE
8. Pil(a) jsme mnohdy alkohol, i když jsem to měl(a) zakázané od lékaře ANO – NE
9. V čase zvýšené konzumace alkoholu jsem méně jedl(a) ANO – NE
10. Na pracovišti mi již požívání alkoholu vytýkali ANO – NE
11. Alkohol piji raději, když jsem sám(a) ANO – NE
12. Od té doby, co piji alkohol, jsme méně výkonný ANO – NE
13. Po pití alkoholu jsem měl(a) častěji pocit viny, výčitky svědomí ANO – NE
14. Pokoušel(a) jsem se již změnit režim pití, kupř. nepít před určitou hodinou ANO – NE
15. Myslím, že bych měl(a) své pití omezit ANO – NE
16. Bez alkoholu bych neměla tolik problémů ANO – NE
17. Když jsem rozčilen(a), piji alkohol, abych se uklidnil(a) ANO – NE
18. Myslím, že alkohol narušuje můj život ANO – NE
19. Někdy bych chtěl(a) s pitím přestat, jindy zase ne ANO – NE
20. Lidí nemohou rozumět tomu, proč piji ANO – NE
21. Kdybych nepil(a). rozuměla bych si se svým partnerem lépe ANO – NE
22. Již jsem se pokoušel(a) žít nějaký čas bez alkoholu ANO – NE
23. Kdybych nepil(a), byl(a) bych sám(a) se sebou spokojen(a) ANO – NE
24. Bylo mi již opakovaně vytýkáno, že ze mě táhne alkohol ANO – NE

## PŘÍLOHA P II: CMRS

Pohlaví: 1- muž            2- žena

Věk:

Primární psychoaktivní látka:

1- Kokain	5-alkohol
2- Crak	6- různé drogy
3- Opiáty	7-amfetaminy, metamfetaminy
4- Marihuana	8-jiné

To jak se cítíte, má významný vliv na průběh léčby. Pocity, které prožíváte, jsou spojené s okolnostmi, problémy ve vašem životě, vnímáním sebe samého a také vnímáním samotné léčby. Popřemýšlejte nad každým tvrzením a určete do jaké míry vyjadřuje Vaše myšlenky a pocity- Zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje Vaši odpověď.

1	2	3	4	5	9
Silně nesouhlasím	nesouhlasím	ani souhlas, ani nesouhlas	souhlasím	silně souhlasím	nedá se posoudit
1. Jsem si jistý, že bych šel do vězení, kdybych se nezačal léčit.					1 2 3 4 5 9
2. Určitě bych začal léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání a uvěznění.					1 2 3 4 5 9
3. Jsem přesvědčený, že by mě moje rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal léčbu.					1 2 3 4 5 9
4. Jsem přesvědčený o tom, že moji příbuzní anebo přítel/přítelkyně se budou pokoušet, abych léčbu ukončil po pár týdnech (měsíc).					1 2 3 4 5 9
5. Obávám se, že jak budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční obtíže.					1 2 3 4 5 9
6. V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožní být na léčbě po celý program (rodice, přítel/přítelkyně, děti, ztráta zaměstnání, ztráta příjmů, ohrožené další vzdělání, rodinné problémy, ztráta bydlení/domova).					1 2 3 4 5 9
7. V podstatě cítím, že pití alkoholu je v mém životě vážným problémem.					1 2 3 4 5 9
8. Často prožívám hněv na sebe a nemám se rád, za to, že jsem pil alkohol.					1 2 3 4 5 9
9. V polední době mám pocit, že jak se nezměním, s mým životem to půjde dolů z kopce, všechno se zhorší.					1 2 3 4 5 9
10. Skutečně mne mrzí, že jsem pil alkohol a že způsob, jakým jsem žil, způsobil bolest mnohým lidem.					1 2 3 4 5 9
11. Přestat úplně pít alkohol je pro mne to nejdůležitější.					1 2 3 4 5 9
12. Nevěřím tomu, že se musím léčit, abych přestal pít alkohol. Myslím, že pokud budu chtít, můžu přestat sám.					1 2 3 4 5 9
13. Nastoupil jsem do programu léčby, protože se cítím být připravený zvládnout ji a dostat se ze závislosti.					1 2 3 4 5 9
14. Udělám vše, co je potřebné, abych si dal život do pořádku.					1 2 3 4 5 9
15. V podstatě je to tak, že momentálně nevidím jinou možnost, jako absolvovat léčení.					1 2 3 4 5 9
16. Skutečně si myslím, že nedokážu přestat pít alkohol jen s pomocí přátel, příbuzných anebo víry. Určitě nějaké léčení potřebuji.					1 2 3 4 5 9
17. Jsem už z pití alkoholu opravdu velmi vyčerpaný a chci změnu, ale nevím, jak to můžu zvládnout sám.					1 2 3 4 5 9
18. Jsem ochotný začít s léčbou co nejdříve.					1 2 3 4 5 9

## PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR ALENA, 27

Léčba – závislost na alkoholu: lůžkové psychiatrické oddělení 8B (dokončuje 1. měsíc)

Zdravotní stav: Podle pacientky je její zdravotní stav dobrý. Nevybavuje si, kolikrát byla v nemocnici, ale tak maximálně 8 krát. Naposledy před 2,5 lety, kdy porodila dcerku Adélku. Nemá žádné somatické obtíže, trápí ji jen závislost na alkoholu. Užívá léky na uklidnění.

Škola a práce: Pacientka má dokončenou základní školu, dále nepokračovala. Podle ní byla z toho tak hotová, že se ani nikam nehlásila (mírný rozpor s tím, že vyzkoušela více škol, možná jen nedorozumění). Nikdy nic pořádně nedokončila. Nemá řidičák. Její nejdelší zaměstnání trvalo 3 měsíce a bylo na plný úvazek – pracovala jako pokladní. Celkově vyzkoušela hodně profesí, ale nikde nevydrží. Peníze získává od státu, pobírá mateřskou, stará se a živí jedno dítě (to je teď v péči prarodičů). Vzhledem k tomu, že není příliš vysoká, finančně ji podporují ještě rodiče. Dluhy nemá. Problémy se zaměstnáním ji příliš netrápí, ani by nepotřebovala ohledně práce žádnou radu nebo podporu.

Drogová kariéra: Poprvé ochutnala alkohol ve 13 letech, problémy s ním začala mít zhruba od 17, kde vidí počátek své závislosti. S jinými drogami nemá zkušenosti. Nikdy neměla delirium. Nejdelší období kdy abstinovala, byl rok – když se narodila dcera. V těhotenství na počátku pila, do půlky nevěděla, že je těhotná. Alkohol nepije denně, ale většinou má období, kdy pije nadměru. Je schopná pít třeba tři dny v kuse a každý den vypít 15 piv. Pije hlavně pivo, víno a tvrdé jen občas. U piva nezná svou míru, je schopna ho vypít hodně, u vína míru zná. Chce však přestat pít všechno. Nejhorší období alkoholové bylo kolem 20-23 let, mezi 24-25 pítí alkoholu i kvůli dceři a práci omezila (nepila). Za alkohol sama neutráčí, zvou ji kamarádi. Nemá tedy přehled, kolik propije měsíčně korun. Problémy s alkoholem ji trápí dost a má mimořádně silnou potřebu se ze závislosti vyléčit. (Nemá žádné právní problémy, jen pár výjezdů policie - rušení nočního klidu).

Rodinná anamnéza a vztahy: Rodiče jsou rozvedení, matka žije s novým manželem, alkohol pijí příležitostně. Její biologický otec je na alkoholu závislý (říká, že závislost často přechází z otce na dceru, že je to dáno geneticky). Její děda (z matčiny strany) se upil k smrti. Bratr také pije alkohol, podle ní více než by měl.

Alena je svobodná, momentálně nemá přítele. Po narození dcery žije opět u rodičů, předtím bydlela u partnerů. Udává, že je doma spokojená, ale přesto říká, že nemá s rodiči dobrý vztah, že se spolu hádají a nejraději je sama s dcerou. Změnu neplánuje, nemůže si ji

dovolit. Doma problémy s alkoholem nemají, proto Janu často kvůli alkoholu kritizují i kvůli výchově dcery. Podle jejích slov ona je příliš flegmatická, aby jim to vracela, takže se s nimi nechce hádat. Její bývalý přítel (otec dítěte) pil nadměrně alkohol a ubližoval ji psychicky i fyzicky. Do dnešní doby se jí snaží stále kontaktovat (dnes ji celou noc opilý volal). Má dobré vztahy jen s bratrem, dítětem a kamarády. S rodiči a s partnerem měla celý život spíše vztahy problémové. Problémy s rodiči ji poslední dobou trápí značně.

Volný čas: Volný čas většinou tráví s přáteli, dobrých má zhruba 6 (jen jeden nepije alkohol). Přemýšlí o tom, že se s nimi bude muset přestat vídat, aby závislost zvládla. Její hlavní záliba je v poslední době její dcera, kterou chce dobře vychovat. Zrovna teď řeší zvládnutí odložení dudlíku a chce ji dobře připravit na nástup do školky. Dříve hodně sportovala, dělala beach volejbal a jezdila na bruslích.

Psychický stav: Nikdy neměla nějaké psychické obtíže a nikdy nepřemýšlela nad sebevraždou. Pokud požije alkohol, je agresivní, má problémy s ovládnutím – jinak ne. Má občas problémy s pozorností a nechápáním. Celkově o sobě tvrdí, že je flegmatik.

Spokojenost: V léčebně je celkem spokojená, je zde již po třetí. Při poslední recidivě se rozjela natolik, že začala pít víc než předtím.

Aktivity – Její nejoblíbenější aktivitou je zde hraní na klavír, dříve chodila do lidové školy umění.

Co ji v léčbě pomůže? Věří, že ji ke střízlivosti pomůže antabus, který by ji měli poprvé nasadit při odchodu, do té doby jej neměla. Její největší motivace, proč se léčit a být i v budoucnu zdravá, je její dcera, která ji potřebuje.

Proč je v léčebně? V léčebně je kvůli dceři.

Motivace – celkově má problémy s motivací, neměla ji ani při výběru SŠ, jak je flegmatická, bylo jí všechno jedno.

## PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR JANA, 36

Léčba – **závislost na alkoholu** - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (2,5 měsíce)

Zdravotní stav: Zdravotní stav charakterizuje jako normální (dobrý). Nemocnici navštívila asi 3krát (z toho dva porody). Jedinou problematickou oblastí je jícen, který špatně domyká, proto občasné nevolnosti. Pro kompenzaci stavu užívá léky.

Škola a práce: Jana se vyučila jako prodavačka, chtěla si dodělat střední školu s maturitou ekonomického zaměření, ale tu nakonec po roce z důvodu těhotenství vzdala. Do budoucna plánuje, že si školu dodělá. Od 18 má řidičák. Často střídá zaměstnání hlavně z toho důvodu, že firmy, ve kterých pracovala, zkrachovaly. Nyní pracuje přes rok jako pokladní. Je velmi manuálně zručná a učenlivá, takže ji to v práci většinou velmi jde a baví. Dříve také pracovala jako zdravotní laborantka, ale kvůli zdravotním problémům toho musela nechat (práce s chemikáliemi). Také pracovala pro firmu Moira a ve výrobě kazet. Na úřadě práce byla jen po porodu a to necelé 4 měsíce. Po léčbě ji čeká místo v obchodě. Peníze na chod rodiny získává sama a finančně rodinu také podporuje manžel.

Drogová kariéra: Na první zkušenost s alkoholem si pamatuje dobře, bylo jí 15 let. S alkoholem má problémy posledních 10 let. Počátek její alkoholové kariéry je přibližně stejný, jako počátek manželství. Pije hlavně z důvodu, že ji manžel psychicky i fyzicky týrá. Nejčastěji pije doma sama, do hospody nebo do společnosti s manželem moc nechodila, zesměšňuje ji. Považuje se za pivaře, vypila průměrně 10-15 piv třikrát týdně, později pila každý den, k pivu přidávala tvrdý alkohol - slivovici. Více pije poslední tři roky. Podle ní utratí za alkohol přibližně 2500 měsíčně. Nejdelší abstinence kolem 2 let v době těhotenství, jinak neabstinovala. Toto je její první léčení. Kromě alkoholu je závislá na nikotinu, denně vykouří 10 cigaret. V práci nepila, ale do léčení nastoupila po doporučení kolegyně z práce, kdy zkombinovala léky s pivem a následující den v práci za pokladnou usnula.

Rodinná anamnéza a vztahy: Jana je nejstarší dítě, má dva mladší bratry. Považuje se za černou ovčí rodiny, která byla vždy hodně akční, a všem na rovinu řekla, co si myslí. S rodiči má teď velmi dobrý vztah, ale vždy tomu tak nebylo, měla v 17 období, kdy utíkala z domova, protože její matka je velmi přísná. Jana je po druhé vdaná, z prvního manželství má dceru (16) a z druhého syna (5). První sňatek trval 2,5 roku a skončil kvůli nevěře a také proto, že se brali velmi mladí. Druhý sňatek trvá 10 let a nyní žije s manželem ve společné domácnosti. Vztah je nefunkční, manžel také občas pije alkohol a poté je žárlivý a agresivní. Vybíjí si na ní nahromaděný vztek. Týrá ji fyzicky i psychicky a je příčinou pr-

votních problémů s alkoholem – pije, protože se ho bojí. Po propuštění z léčení plánuje od manžela odejít, rozvést se a přestěhovat se zpět k rodičům. Momentálně má problematický vztah s dcerou, která ji pravděpodobně vyčítá, že ji nechala na starost domácnost. Dříve měla s dcerou velmi hezký vztah – byly kamarádky, takže doufá, že se to zpět urovná. Problematický vztah má i s tchýní, která se jí nepřiměřeně plete do života. Je pro ni velmi důležité, aby se rodinné problémy s manželem a dcerou vyřešily.

Jana si myslí, že problémy s alkoholem se v její rodině již vyskytovaly. Dědeček z matčiny strany byl alkoholik a její otec také pil více, než je zdrávo. Přesto se ani jeden nikdy neléčili.

Volný čas: Přestože je velmi společenská a má hodně přátel, nejčastěji tráví volný čas s dětmi. Je velmi aktivní, ráda sportuje – běhá, hraje tenis a plave. Také má ráda čtení, převážně naučnou literaturu a biografie. V poslední době na čtení nemá moc náladu. Spíše tráví čas na internetu. Vzhledem k tomu, že je manuálně zručná, jdou jí a baví ji ruční práce – pletení, malování, šití. V léčebně navštěvuje pracovní terapii, kde drhla a vyráběla koberce.

Psychický stav: Nemá žádné psychické problémy, jen si vzpomíná, že v 17 byla u psychologa kvůli tomu, že měla problémy s rodiči, kvůli kterým utíkala z domu. Teď už jsou vztahy v pořádku.

Spokojenost: V léčebně je to dobré, je zde ráda. Jen má pocit, že kolektiv není v poslední tak dobrý jako na začátku, komunita je rozhádaná. Může to být i ponorkou, protože jsou zde všichni už dlouho.

Aktivita: Dá se říci, že ji v léčebně baví skoro všechny aktivity, nejvíce má ráda pracovní terapii a skupiny. S režimem nic nenadělá, takže si na něj nestěžuje. Jen by změnila brzký budíček v 6 hodin je příliš brzy (nebo by byl vhodný odpolední klid). Občas jí chybí večery u TV, pokud komunita vytvoří špatný večerní program.

Co ji v léčbě pomůže? Myslí si, že ji od alkoholu pomůže klid od manžela, potřebuje, aby jí už konečně dal pokoj a ona mohla žít bez něj. Říká, že když bude šťastná, tak nebude muset pít. Je to však na ní a na tom, aby se přestěhovala a zařídila si rozvod.

Proč je v léčebně? Protože usnula v práci a kolegyně ji poslaly „marodit“. Ona se však rozhodla pro léčbu, aby svůj problém vyřešila.

## PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR MARIE, 51

Léčba – **závislost na alkoholu** - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (2 měsíce)

Zdravotní stav: Zdravotní stav velmi dobrý, neužívá žádné léky ani nemá žádné momentální obtíže. V nemocnici byla as třikrát, jednou s křečovými žilami a poté dva porody.

Škola a práce: Školu navštěvovala 13 let, studovala klasické 4 leté gymnázium. Poté pomáhala studovat manželovi hotelnictví. Lituje toho, že se nepřihlásila na vysokou také, protože stejně se učili vše dohromady. Má řidičák. Celý život pracuje v hotelnictví. Nejdelší zaměstnání trvalo 14 let (od 1983-1997), kdy se manželem starali o hotel a také jej vedli. V hotelu se střídali jejich pozice dle majitelů, celý však přebudovali a zařídili se o jeho proslavení. Poslednímu majiteli pomohli hotel přestavit, ten jim přislíbil dobrý plat a podporu v placení hypotéky (na jejich dům), následně je z hotelu vyhodil (od té doby mají vysoké dluhy). Od roku 1999 pracuje jako vedoucí recepční v jiném hotelu a je zde velmi spokojená. Nedovede si představit, že by vykonávala jinou práci, protože tuto má ráda, neboť je v ní stále v kontaktu s lidmi. Dluhy mají do dnes, protože nebyli schopni splácet, ocitli se v dluhové pasti – půjčovali si a nespláceli, následně přišli o dům. Nyní jsou v osobním bankrotu, což je řešením jejich situace.

Drogová kariéra: První zkušenost s alkoholem má kolem 16 let. Má pocit, že v její době bylo všechno pomalejší a klidnější, nepilo se a nedrogovalo jako v dnešní době. Na základce měla problémy za pokusy kouřit, dnes je to běžné. Problémy s alkoholem má od roku 2000, kdy nejenže měli vážné finanční problémy, ale navíc její manžel prodělal vážný úraz, kdy skončil v kómatu po krvácení do mozku. Po úraze nemluvil, nehýbal se, postupem času se jeho stav zlepšoval. V dnešní době je schopen postarat se o základní věci sám, přesto je v invalidním důchodě. V době, kdy byl v nemocnici, začala po večerech pít – koupila si flašku a sama ji večer tajně pila. Dřív pila cokoliv, když se její stav zhoršil, pila hlavně tvrdé. Závislost trvala 10 let, neměla potřebu se léčit. Vydržela však několik dní bez alkoholu, neměla žádné pocity bažení (např. loni na dovolené, přestože alkohol byl v ceně). Před léčením si nemyslela, že má vážné problémy s alkoholem, myslela si, že to zvládá. Poslední dobou však chápe, že situace je vážná a léčba je pro ni velmi důležitá. Za alkohol utratila až 2000 měsíčně, dokázala však šetřit jinde – nekupovala si značkové oblečení, ušetřila na jídle – je výborná kuchařka.

Rodinná anamnéza a vztahy: Rodinná anamnéza tohoto případu je velmi složitá a smutná. Její rodiče se rozvedli, když jí byl rok s otcem se v dětství nevidala. Matka se poté znovu



vdala a z nového manželství má dva nevlastní sourozence. Když jí bylo 15 (sourozencům 5 a 10), její nevlastní otec její matku zabil. O ni a o sourozence se začala starat babička, která si je vzala do pěstounské péče. Po smrti babičky si vzala své sourozence do pěstounské péče Marie. Sourozenci mají mezi sebou velmi dobrý vztah do dnes. Přibližně v té době také znovu navázala vztah s otcem. Od té doby se s otcem vídá a má s ním velmi dobrý vztah. Podle ní je to velmi rozumný a hodný chlap (navštěvuje ji i v léčebně).

Marie se v 18 vdala, s manželem spolu stále žijí, nyní v bytě v centru města. Mají spolu dvě děti: dcera (33) a syn (30), je už babička. Společně s manželem podnikali a dostali se do dluhů. V roce 2000 měl manžel vážný úraz, kdy je odkázaný na druhé. Jejich vztah je postaven na vzájemné toleranci a důvěře, po úrazu by ho neopustila. Nicméně manželství se nedá charakterizovat jako šťastné, kdyby nebyl úraz, pravděpodobně by se spolu rozvedli. Manžel jí fyzicky ubližoval. Se všemi rodinnými příslušníky má dnes velmi dobrý vztah – hlavně se sourozenci a s dětmi. (Další problematická událost v rodině, bratr měl autonehodu, od té doby kvadruplegie a je odkázaný na starost druhých – naštěstí se o něj stará partnerka, se kterou se seznámil až po úraze.)

Vzhledem k tomu, že přesně nezná stranu od matky, nemůže říci, zda má nějaké genetické předpoklady k alkoholismu. Má pocit, že otec její matky byl závislý. Ostatní členové rodiny pili jen příležitostně.

Záliby a koníčky: Většinu volného času nejraději tráví s vnukem a dětmi. Kromě toho tráví dost času s přáteli ve sboru, kde pravidelně zpívá. Hudba je její obrovský koníček, i v léčebně jej aktivně provozuje. Stará se o hudební program a doprovod na hudební nástroj (dokonce se tady naučila základy na kytaru). Je velmi energická a činorodá – ráda sportuje, chodí po lese a hlídá vnoučka. V léčebně se stará o různé aktivity, dokonce moderovala A-klub, stará se o knihovnu a vymýšlí „rozlučkové“ písně. V poslední době se rozhodla, že začne psát. Vzhledem k tomu, že nepotřebuje moc spát, v noci si sepisuje příběhy z jejího života.

Psychický stav: Nemá žádné psychické problémy, nikdy nepomýšlela na sebevraždu a ani neužívala žádné léky. Není ani agresivní, nemá s nikým konflikty, je diplomatka.

Spokojenost: V léčebně se cítí perfektně. Líbí se jí zde, většinu věcí chápe jako fakt (strukturovaný čas) a ví, že s tím nic neudělá, tak se s tím nehodlá trápit. Většinou se snaží radovat s každé maličkosti a je dobře naladěná. (Občas však pláče sama do polštáře).

Aktivity: Oblíbené aktivity souvisí s většinou s hudbou – baví ji vymýšlet a skládat nová slova k písničkám. Když se jí to podaří, má velkou radost. Kromě toho ji baví terapie. Když se jí z počátku nezdálo čtení, aktivně se přihlásila a nyní sama předčítá, protože ví, že je nutná změna intonace, aby upoutala.

Co ji v léčbě pomůže? Sama si dříve neuvědomovala, že je závislá, teď si to uvědomuje a ví, že už pořád bude abstinující alkoholik. Její největší motivace je její vnuk, protože se s ním chce vídat a chce se o něj starat. Také se chce vyléčit kvůli práci, protože ji baví a protože ví, že by ji mohli snadno nahradit. Ta práce ji velmi baví a nechce o ni přijít. (nyní ji drží místo a čekají, až se vrátí).

Proč je v léčbě? Do léčebny ji dostala dcera s rodinou a kolegyněmi v práci, protože měly pocit, že už má s alkoholem vážné problémy. Vzhledem k tomu, že jí slíbili, že jí práci podrží, souhlasila.

## PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR JIDNŘIŠKA, 56

Léčba – **závislost na alkoholu** - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (dokončuje 3. měsíc)

Zdravotní stav: Pacientka svůj zdravotní stav hodnotí subjektivně jako dobrý, v nemocnici byla tak 7krát (z toho 3krát porod). Jinak problémy s kolenem a závislostí. Naposledy byla v nemocnici před 3 roky. Pravidelně užívá léky od bolesti a na spaní – vždy na předpis obvodní doktorky. Je ve starobním důchodu. Návštěvy lékaře jsou spojené s léčbou alkoholismu.

Škola a práce: Má odchozených 12 let školní docházky (9 let ZŠ a tři roky střední odborné učiliště). Je vyučená na učilišti potravinářském. Její nejdelší zaměstnání trvalo téměř 20 let a pracovala v potravinách, pracovala i na místě vedoucí. Nejčastěji pracovala na celý úvazek. Nejdéle byla nezaměstnaná 6 měsíců a to zhruba 3krát. Nyní jen v důchodu. Nemá žádné dluhy ani se nemusí starat o něčí výživu.

Drogová kariéra: Poprvé ochutnala alkohol ve 12 letech, problémy s ním udává od 25. S jinou drogou nemá zkušenosti. Celkově tvrdí, že pije s pauzami přes 31 let. Posledních 5 let bere prášky na spaní, které jí předepisuje lékař. Po propuštění z léčebny se k nim hodlá vrátit zpět. Nejdéle dokázala abstinovat 10 let, což bylo období, kdy neměla potřebu pít, byla spokojená v práci i se životem – nepila vůbec. Léčena byla již 6 krát. Z toho 4 krát ambulantně, kde se spíše domlouvala na postupech léčení a na motivaci k léčbě. Již dvakrát byla v léčebně v Kroměříži, poprvé loni v létě, kdy odtud utekla, a nyní je zde po druhé. Naposledy abstinovala 3 měsíce. Za alkohol je schopna utratit až 3500, ale částečně jí ho „financují“ babky z vesnice, kterým dělá roznášku nákupu. Nejčastěji pije sama. V době, kdy byla nejvíce rozpitá, dokázala vypít až 1l tvrdého alkoholu, 1l vína a 4 piva, musela pít každý den alespoň trošku.

Rodinná anamnéza a vztahy: Paní J. je 38 let vdaná, s manželem má tři děti (dva syny a jednu dceru). Nikdy jej nechtěla opustit, hovoří však nepřímě o milencích. V manželství se cítí spokojená. S manželem žije s manželem v domečku od 18 let. Manžel s alkoholem problémy nemá. Její problémy vznikají tehdy, když pije alkohol. Pak je zvýšeně konfliktní a agresivní, konflikt se stupňuje a vyhrocuje. Až si vyřeší problémy s alkoholem, vztahy se urovnávají. Ví to, pomoc s tím nepotřebuje. Přesto zná svou míru agresivity a neublížila by nikomu. Pokud se cítila vzteklá, šla se odreagovat – zabíjet králíky.

S alkoholem měl problémy částečně její otec, jak na tom byla její matka neví, spáchala sebevraždu, když jí byly tři roky. Alkohol pijí i její sourozenci – bratr i sestra. Myslí si, že nyní má s alkoholem problémy i její syn.

Volný čas: Volný čas nejraději tráví sama v lese, kam ráda utíká. Někdy jej tráví i s manželem. Její koníčky jsou hlavně její malé zemědělství (králíci a slepice) a celkově příroda. Nejbližší přátelé jsou důchodkyně, kterým nosila potraviny a celkově všichni, kdo jí koupili alkohol.

Psychický stav: Pacientka uvádí, že trpí depresí i občasnými úzkostmi. Depresi však řešila pitím alkoholu, který jí pomáhal. Někteří lékaři jí tvrdili, že je manio-depresivní. Problémy psychické však v současné době nemá, ale až se vrátí z léčebny a vyskytnou se, bude pro ni dost důležité je řešit a případně užívat předepsané léky (i když jí to v léčebně nedoporučují).

Jak je zde spokojená? V léčebně se jí celkem líbí, všude je něco – nějaké konflikty. Ona to nemá potřebu řešit. V létě se jí tady moc nelíbilo, bylo jí vedro a myslela si, že to zvládne i bez cizí pomoci.

Aktivity – nemá žádné neoblíbené aktivity, je schopna udělat všechno. Režim jí problémy nedělá.

Co jí v léčbě pomůže? Nebude navštěvovat místa, která by jí v pití nějakým způsobem připomínala. Nebude si zabírat problémy víc, než je nutné nebo je hodí na druhé (nebude řešit jejich problémy). Myslí si, že první problémy s pitím vznikly z toho, že si příliš zajímala o problémy druhých. Její manžel ztratil práci po revoluci a musel na pracák. Problémy na ni přehazoval a po té, co i ona přišla na práci, už neměla kapacitu všechno zvládat. Nyní se těší, že jak má důchod, tak už problémy sama řešit nebude muset.

Proč je v léčebně? Situace s pitím už byla neúnosná, už jí mohlo jít o život. Už věděla, že se z toho nemůže dostat vlastním úsilím.

## PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR KAREL, 27

Léčba – **závislost na alkoholu** - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (2 měsíc)

Zdravotní stav: Pacient udává, že nikdy nebyl v nemocnici a jeho zdravotní stav je velmi dobrá. Neužívá žádné léky na předpis.

Škola a práce: jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, přestože už studuje déle než 19 let. Vysokou ekonomickou školu (obor: zahraniční studia) značně prodlužuje, bakaláře studuje už šestým rokem. Nebyla mu přijata bakalářská práce, takže teď ji musí předělat a obhájit (měl ji znovu obhajovat minulý rok). Má řidičský průkaz. Jeho nejdelší zaměstnání trvalo 5 let, a byla to práce pro jeho vlastní firmu, která se zabývala reklamou a web designem. Nyní však nestáčí rychlému rozvoji a orientuje se na obchod a prodej. Tuto práci dělal jen ve volném čase, jinak si i při škole vydělával jako manažer v hotelu, kde se mu líbilo, kvůli jazykům. Přesto v této době začaly jeho problémy s pitím. K jazykům má velmi dobrý vztah, proto také pracoval i v zahraničí. Také si přivydělával při škole jako výpočetní technik. Poslední dobou nepracuje – léčí se, peníze má našetřené a podporuje ho rodina. Dluhy nemá. Problémy s prací ho netrápí.

Drogová kariéra: První zkušenost s alkoholem má v 16 letech, problémové pití začalo v 25. Nepil denně, ale minimálně jednou týdně se musel opít, začínal pít více než 5 sklenic denně. Občas pil i v práci. Jeho potřeba se stupňovala. Poté byl pod vlivem alkoholu téměř celé dva měsíce v kuse, jen si doplňoval hladinku. Nebyl opitý, ale pil každý den. V mládí zkoušel šňupat pervitin (asi 5-10krát). Když jej zkombinoval s alkoholem, objevila se u něj toxická psychóza, pro kterou byl léčený na psychiatrické léčebně. V léčebně je kvůli alkoholu již po páté: 1) akutní toxická psychóza - léčba Praha, 2) měsíc léčba u Nešpora v Praze, 3) 2 měsíce pokračování v KM, 4) detox KM, 5) dlouhodobá léčba KM (do teď). Toxická léčba byla léčena benzodiazepiny, které si po propuštění sháněl a stal se na nich také závislý (nákup na černém trhu). Do alkoholu měsíčně investoval 5-8 tisíc korun. Nepije a nikdy nepil pivo, je spíše na „šťávičky“. Často pije sám.

Není si jistý, že měl delirium, spíše ne – neměl tremor ani jiné obtíže, orientoval se v čase a prostoru. Při toxické psychóze trpěl perzekučními bludy.

Problémy s alkoholem ho značně trápí a má mimořádně silnou potřebu se vyléčit se závislosti. Problémy s drogami řešit nepotřebuje.

Rodinná anamnéza a vztahy: Problémy s alkoholem v jeho rodině nejsou běžné, nikdo s nimi dosud neměl problémy. Karel má vlastní byt v Praze více než 2 roky, po propuštění z léčebny bydlel u rodičů. Nyní je nezadaný, s přítelkyní se rozešli před dvěma lety. Chápe to jako spouštěč problémů. S tím, že je sám, je velmi nespokojený, chtěl by to změnit. To, že nemá uspokojivý partnerský vztah, ho velmi skličuje. Také není spokojený s tím, že žije u rodičů, po návratu s léčebny se chce opět osamostatnit. Má sestru a se všemi členy rodiny má velmi dobré vztahy, v poslední době nemá s nikým konflikty. Přesto chce na vztazích s blízkými pracovat, bude muset pokračovat po léčbě v psychoterapii, takže bude pracovat na rodinných vztazích.

Volný čas: Většinu volného času tráví u příbuzných nebo sám. Říká, že mu v žádném případě nemůže toto trávení volného času vyhovovat, protože bylo ovlivněno jeho závislostí na alkoholu. Jeho největší záliba je cestování. Kromě toho má rád média, konzumní zábavu (internet, televize, filmy) a high-technologie. Velmi ho bavilo dělat při škole IT.

Psychický stav: Pacient nemá žádné psychiatrické obtíže, jediné léky užíval na toxickou psychózu vzniklou na základě závislosti. Nikdy se nepokusil o sebevraždu. Občas (málo) má problémy se soustředěností.

Jak je zde spokojen? V léčebně je velmi spokojen.

Aktivita – nejvíce ho baví terapeutické skupiny, nemá rád úklid rajónů.

Co mu v léčbě pomůže? Aby se vyléčil, musí dodržovat všechny kroky desatera. Nesmí žádné vynechat. Po předchozí léčby vynechal tři, a proto se ocitl zpět na psychiatrii.

Proč je v léčebně? Do léčebny odešel na doporučení odborníka po relapsu. Nechtěl pít a věděl, že nemá žádnou jinou možnost.

## PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVOR JIŘÍ, 50

Léčba – závislost na alkoholu - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (7 týdnů)

Zdravotní stav: Zdravotní stav můžeme charakterizovat jako průměrný. Do léčebny se dostal kvůli epileptickému záchvatu, jehož spouštěčem byl tvrdý alkohol. Dřív měl kvůli alkoholu velké problémy se slinivkou, kvůli kterým byl často léčen v nemocnici. Jinak žádné léky momentálně neužívá.

Škola a práce: Školu navštěvoval 14 let, ZŠ (8) a následně vystudoval maturitní obor mechanik seřizovač. Po ukončení studoval další dva roky dálkově na strojní střední škole. Při práci se také jeden rok věnoval studiu mechanického technika. Od roku 1989 začal podnikat v různých oblastech – měl firmu, která se zabývala zabezpečovacími technikami (10let), byl spoluvlastníkem restaurace, malého pivovaru a sítě švadlenek. Zhruba 5let také pracoval v letectví. Vzhledem k tomu, že stres spojený s podnikáním nepříjemně ovlivňoval jeho život, po roce 1994 se odstěhoval do USA. Plánoval zde hlavně změnu prostředí, který byla k jeho vyléčení nevyhnutelná. V USA si vyzkoušel různá manuální zaměstnání. Začínal v prádelně, uklízel, následně lakoval podlahu velkých marketů a stavěl domy ze dřeva. V USA žil spolu s přítelkyní, vrátili se do ČR kvůli krizi. Od návratu v prosinci je nezaměstnaný a pobírá podporu v nouzi. Chtěl by se v budoucnu opět uplatnit v leteckém průmyslu.

Drogová kariéra: Poprvé alkohol vyzkoušel ve 20 letech, ale moc jej nepil, protože byl úspěšný sportovec (dokonce reprezentant ve veslování do 28 let). Problémy s alkoholem začal mít kolem 35, kdy začal podnikat. Alkohol mu pomáhal překonat stres a usnout. Pil většinou doma a pil cokoliv – pivo, víno i tvrdé. Do hospody moc nechodil, pil buď sám, nebo v menší společnosti. Za alkohol byl schopný utratit až 4000 korun. Před odjezdem do USA měl velké zdravotní problémy kvůli alkoholu – byl rozpitý. Proto ukončil všechno podnikání, vyřešil dluhy a odjel. Alkohol v práci však nepil, byl do poslední chvíle zodpovědný, odjel až po vyřešení právních záležitostí. V USA pil jen po večerech pivo – jedno denně na spaní. Po návratu z Ameriky (prosinec) začal pít opět tvrdý alkohol, pil skoro každý den nepřiměřeně – opět do toho spadl. Bez alkoholu vydržel maximálně 14 dní a to ani neměl vážný důvod. Dříve kouřil, pak přestal ze dne na den, změnil partu lidí a kouřit „zapomněl“.

Rodinná anamnéza a vztahy: Narodil se jako poslední a neplánované dítě spolu s dvojčetem sestrou. Má dva starší bratry. V jeho rodině nikdo nebyl na alkoholu závislý,

otec byl jen „konzument“ piva, zemřel před 19 lety na rakovinu plic. Byl jednou ženatý, manželství trvalo 17 let, jeho konec měl více důvodů. V té době se objevovali problémy s podnikáním, nechtěl do nich zatáhnout ženu. V manželství se také velmi snažili o dítě, dokonce i umělé oplodnění, ale nepodařilo se. Částečně za rozpad manželství mohl i alkohol. S manželkou rozvod oplakali, dodnes mají dobré vztahy. Posledním 10 let žije s přítelkyní, s ní byl i v USA. Nyní nemají žádný trvalý byt, hledají jej. Přítelkyně je o 14 let starší než od (64). Je s ní spokojený, ale občas mají lehké konflikty (žena se neumí rozhodnout, co chce). Vztahy s okolím má dobré, nemá teď s nikým žádné konflikty- celkově je nekonfliktní i v době opojení alkoholem. Má velmi dobré vztahy se sourozenci i s matkou. Léčí se také hlavně kvůli nim, protože vidí, že je jeho závislost trápí a on jim nechce nadále způsobovat bolest.

Volný čas: Většinu volného času tráví s přítelkyní, která nepije. Nemá teď příliš mnoho koníčků, dříve hodně pracoval a pil, tak si na ně nenašel moc času. Když byl mladý, krásně maloval, teď by se k tomu chtěla vrátit. Jeho vzor je Mucha. V USA také hodně cestoval, což ho velmi bavilo.

Psychický stav: Nemá žádné psychické problémy.

Spokojenost: V léčebně je spokojený, i když už má na kontě tři minusové body (nemyslí si, že je získal vlastní vinou). Jediné, co se mu nelíbí, že je celá struktura času přizpůsobena kuřákům a na nekuřáky není brán takový ohled – při promítání filmů aj. V léčebně si začíná uvědomovat, co dělal a nedělal a co by ještě od života chtěl.

Aktivita: Baví ho pracovní terapie a sport, nemá moc rád denní režim.

Co mu v léčbě pomůže? Myslí si, že mu pomůže uvědomění, co vlastně chce. Čeká ho druhá životní etapa, kde musí mít zodpovědnost nad sebou a nad svým jednáním, má příležitost znovu začít. Musí chtít však sám a mít pevnou vůli. Vědět, že nepije ne proto, že nesmí, ale že nechce.

Proč je v léčebně? Do léčebny se dostal po epileptickém záchvatu. Uvědomil si, že musí se svou závislostí něco dělat. Dva jeho kamarádi, které nikdy neviděl střízlivé, přestali kvůli práci úplně pít (obdivuje je). Další tři kvůli alkoholu zemřeli.



## PŘÍLOHA P IX: ROZHOVOR PETR, 58

Léčba – **závislost na alkoholu** - lůžkové psychiatrické oddělení 8B (8. den)

Zdravotní stav: Zdravotní stav hodnotí jako velmi dobrý, v nemocnici byl celkem 3krát. Většinou kvůli úrazům. Naposledy před třemi lety zlomená ruka (vyhýbal se slečně na kole, vjel do stromu). Žádné jiné obtíže somatické nemá, léky neužívá. Jen v léčbě mu nasadili B-komplex. Výsledky testů má výborné, jeho játra nejsou alkoholem dle jeho slov poznamenaná.

Škola a práce: Je vysokoškolsky vzdělaný, má za sebou 9 let ZŠ, následně rok na zemědělské (chtěl být veterinář), 6 let na konzervatoři a nakonec 4 roky na JAMU. Celý život 41 let pracuje v divadle jako operní pěvec (na plný úvazek). V práci neměl žádné problémy kvůli pití, dá se říci, že na léčení šel téměř po práci. Nemá žádné dluhy, jeho finanční situace je více než uspokojivá. Žádné problémy se zaměstnáním nemá

Drogová kariéra: Nikdy nezkusil jiné drogy než alkohol, je nekuřák. Alkohol se poprvé napil ve 14 letech. Pil v podstatě celý život, má vlastní vinice a vinný sklípek, takže je pro něj alkohol snadno dostupný. Jiný alkohol příliš nepije (není 100% spolehlivá výpověď – udává opojení z Whisky aj.). Denní dávka alkoholu je 1-2 litry vína. Nejdéle vydržel nepít 89 dní, asi před 10 lety, kdy na alkohol prostě neměl chuť. Neměl nikdy delirium, ani žádné somatické příznaky alkoholismu. Přestože pije velmi dlouhou dobu, léčí se poprvé. Byl na detoxu v Brně, následně převezen na doporučení známých do Kroměříže. Problémů s alkoholem je v poslední době hodně. Díky pití se od něj odstěhovala žena – do jiného koutu domu. Problémy s alkoholem ho trápí velmi silně a léčba je pro něj velmi důležitá. Pije v práci, protože k ní to prostě patří – oslavy, cestování, premiéry. Ale i doma ze žalu – dodává si pitím dobrou náladu.

Rodinná anamnéza a vztahy: Oba jeho rodiče byli VŠ vzdělaní, velmi dobré ekonomické postavení. Celý život pili alkohol a oba se před 60 upili k smrti. Dětství s nimi bylo hodně těžké, děti často volaly na záchytku. Má dva sourozence (píjí s mírou), kteří stejně jako on se brzy s partnery odstěhovali s domu, nemohli to s rodiči vydržet. Petr je ženatý již 35 let, má s manželkou dva úspěšné syny, je také dvojnásobný dědeček. Žije s ženou a jejími rodiči v obrovské funkcionalistické vile s obrovskou hektarovou zahradou (celkově si na domě, úspěchu a financích velmi zakládá. Mluví o úspěších jeho syna – o jeho schopnostech, o tom, že procestoval celý svět, že má peněz spíše nadbytek než nedostatek. Mluví o nich i mimo otázky). Poslední tři roky se od něj jeho žena odstěhovala do jiné části domu,

přestala s ním komunikovat. Podle něj i ona je vinná za to, že pije, že se o něj nestarala. Jeho žena pracuje s dětmi a je vynikající babička. Jejich neshody ho viditelně trápí a utápí se jimi. Problémy popisuje velmi podrobně, o tom, jak je mu nepříjemné chodit domů. Chtěl by, aby se jejich partnerský vztah napravil – netouží po lásce, ale po toleranci a porozumění. Jak teď bydlí, mu značně nevyhovuje. Velmi dobrý vztah udává, že má se sourozenci a dětmi. S rodiči a partnerkou má teď vztahy velmi komplikované – momentálně se cítí frustrovaný. Manželka nemá alkohol ráda, je téměř abstinentka. Nyní ho velmi trápí, že se mu neozvala, na psychiatrii s ní mluvil jen jednou po telefonu. Přestože si hodně stěžuje, říká, že žije dopředu. Tchýně s tchánem podporují jeho ženu, jeho moc nemusí. Při hádkách jeho žena přestane hovořit, vydrží to velmi dlouho – měsíce. Po návratu z léčebny má domluvenou párovou terapii.

Volný čas: Volný čas teď nejčastěji tráví se svým, není s tím spokojený. Chybí mu manželka. Jeho nejoblíbenější zálibou je jeho „dítě“ vinohrad, plánuje si jej udržet, místo vína bude stáčet mošt. V práci má hodně přátel, nemá však tendence se s nimi vídat i potom – i tak spolu tráví až příliš času.

Psychický stav: Pokládá se za velmi citlivého člověka – umělec. Od dětství má náběh na depresi. Léčil se s ní ambulantně u psychiatra a užíval na ní léky. Celkově je často plačtivý. Když je v depresi, užívá alkohol, když pije alkohol, problémy se ženou – což způsobuje zvýšení deprese. Celkem třikrát se pokusil o sebevraždu, většinou pod vlivem alkoholu. První pokus o sebevraždu byl na služební cestě – šel se pod vlivem alkoholu utopit, oznámil to kamarádům, mysleli, že si dělá legraci. Utopit se nedokázal. Po druhé se předávkoval léky proti depresi, poté zavolal sestře. Po třetí se chtěl podřezat nožem – před sestrou v kuchyni. Poslední pokus o sebevraždu byl před 18 dny. Nyní na sebevraždu nepomýšlí, tady je mu dobře, hlavně nepije. Před nástupem do léčebny byly jeho psychické problémy a deprese k nevydržení.

Spokojenost – v léčebně je velmi spokojený, chtěl sem kvůli krásným stavbám a zahradě. Je zde na doporučení. Je rád na oddělení 8, má strach z přesunu na 15, kam nechce. Má strach, že jsou tam spíše intelektuálové, a on je rád, že je tady, že nemusí příliš přemýšlet.

Aktivita – V léčebně je jen krátce, nemá žádné extra oblíbené aktivity. Jen miluje zahradničení, tak se těší, že bude pracovat na psychiatrické zahradě. Má speciální režim, úklid rajónů se ho netýká.

Co ji v léčbě pomůže? Může si pomoci jen on sám – je to jen na něm, jestli to zvládne. Na alkoholismus není lék, léčebna je tu jen proto, aby vydržel v začátcích nepít.

Proč je v léčebně? V léčebně je kvůli úrazu, který se mu v práci stal – spadl a rozbil si tvář. Také kvůli pokusu o sebevraždu, depresi a samozřejmě kvůli tomu, že je závislý na alkoholu.