

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu očima klientů doléčovacího centra

Bc. Aneta Málková, DiS.

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Málková, DiS.**

Osobní číslo: **H140287**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Příčiny vzniku závislosti na alkoholu očima klientů doléčovacího centra**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury z oblasti adiktologie, vzniku a léčby závislosti, následné péče o osoby se závislostí na alkoholu.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice závislosti na alkoholu se zaměřením na příčiny jejího vzniku.

Příprava metodiky empirické části práce a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativně orientovaného výzkumu za využití techniky polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Shrnutí výsledků výzkumu a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ESCOHOTADO, Antonio. Stručné dějiny drog. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003, 173 s. ISBN 80-7207-512-8.

JOHNSTON, Ann Dowsett. Drink: the intimate relationship between women and alcohol. Reprint edition. Harper Wave, 2014, 320 pages. ISBN 978-0-06-224180-1.

KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KOLIBÁŠ, Eduard, NOVOTNÝ, Vladimír. Alkohol – drogy – závislosti: psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2007, 260 s. ISBN 978-80-223-2315-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015


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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 8.4.2016

.....


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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Uvedená diplomová práce se zaměřuje na téma příčin vzniku závislosti na alkoholu z pohledu klientů doléčovacího centra. Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část uvádí do problematiky oblasti závislosti, prevence a léčby se zaměřením na specifika alkoholové závislosti. Praktická část práce si klade za cíl prozkoumat příčiny vzniku závislosti na alkoholu a to z pohledu uživatelů návykové látky, kteří aktuálně abstiniují a svou závislost řeší doléčovacím programem. Pro výzkum budeme využívat metodu kvalitativního výzkumu a výstupem práce bude tvorba zakotvené teorie. Práce by měla poukázat především na důležité oblasti příčin vzniku závislosti na alkoholu, se kterými je vhodné s touto cílovou skupinou pracovat v rámci doléčování.

Klíčová slova: závislost, příčiny vzniku závislosti, závislost na alkoholu, prevence a léčba závislosti na alkoholu.

ABSTRACT

This diploma thesis topic is about causes of addiction to alcohol from the point of view by clients of aftercare center. Thesis is divided to theoretical and practical part. The theoretical part presents the issues of addiction field, prevention and treatment focusing on alcohol addiction. The practical part aims on causes of alcohol addiction from users of addictive substances point of view who currently abstain and their addiction solves in aftercare program. For research will be used method of qualitative research and output of this thesis will be grounded theory. Thesis should primarily refer on important aspects of causes of alcohol addiction with whom is suitable to work within aftercare of targeted group.

Keywords: addiction, causes of addiction, alcohol addiction, prevention and treatment of alcohol addiction.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat lidem, bez kterých by diplomová práce nemohla vzniknout. Velice děkuji doc. Mgr. Soni Vávrové Ph.D. za vstřícnost a cenné rady, které mi při vedení práce poskytla. Děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za otevřenost a trpělivost a v neposlední řadě děkuji rodině a blízkým za podporu, bez které bych jistě nemohla být tam, kde jsem.

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	12
1.1 ZÁVISLOST A SYNDROM ZÁVISLOSTI	13
1.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI	14
1.3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU A JEJÍ SPECIFIKA	17
1.3.1 Typy a stádia závislosti na alkoholu	22
1.4 VÝZKUM Z OBLASTI ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....	24
2 TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	28
2.1 BIOLOGICKÉ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	31
2.2 SOCIOLOGICKÉ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	32
2.3 PSYCHOLOGICKÉ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	33
3 PREVENCE A LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	36
3.1 PREVENCE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	36
3.1.1 Primární prevence	37
3.1.2 Sekundární a terciární prevence	40
3.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	42
3.2.1 Možnosti léčby závislosti na alkoholu – sociální a zdravotní služby	47
3.3 DOLÉČOVÁNÍ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	49
II PRAKTICKÁ ČÁST	52
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	53
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	53
4.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE, TECHNIKA SBĚRU DAT A VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	54
4.3 VSTUP DO TERÉNU A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	56
5 ZPRACOVÁNÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	58
5.1 ANALYTICKÁ KOSTRA PŘÍBĚHU	63
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
SEZNAM OBRÁZKŮ	80
SEZNAM TABULEK	81
SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Závislost na alkoholu je už delší dobu považována za mnohem závažnější formu závislosti než jakákoliv jiná, vázaná na takzvané tvrdé drogy. Mnohé různé výzkumy v této oblasti se věnují především míře škod, které závislost na alkoholu způsobuje uživatelům, ale také jejich okolí: „*Při hodnocení se využívá devět různých kritérií škodlivosti, která se vztahují k uživateli drog – kupříkladu rizika úmrtí a poškození zdraví, závislost a poškození mentálních funkcí. Sedm dalších kritérií se váže k uživatelově okolí.*“ (Redakce ČRo Leonadro, 2010). Další zajímavá tvrzení lze také nalézt ve spojení s konzumací alkoholu u mládeže. Na internetu je možno narazit na články s názvy „Česká mládež je prý nejopilejší z celé Evropy“ či „Alkohol. Droga, kterou u svých dětí rodiče tolerují“. Odborníci tohoto oboru jsou si dobře vědomi závažnosti vzniku závislosti na alkoholu, ale v opozici často stojí široká veřejnost, její otevřenost ke konzumaci a především masmédiá v podobě reklam a billboardů. Mohli bychom v úvodu naší diplomové práce dále a dále dokazovat, že v oblasti závislosti na alkoholu existují dva různé póly pohledu, ale pro nás je důležité poukázat na to, jak se člověk k závislosti na alkoholu dostane. Jaké jsou jeho osobní pohledy na vznik problému, jak vnímá sebe před propuknutím závislosti, jak v minulosti pohlížel na svůj vztah k alkoholu a které možné situace a faktory nastartovali otevřený vztah ke konzumaci, který vyústil ve vznik závislosti na alkoholu.

Uvedenou diplomovou práci členíme na část teoretickou a část praktickou. V rámci *teoretické části* budeme v první kapitole rozebírat specifika alkoholové závislosti s důrazem na syndrom závislosti, znaky závislosti, vybrané nežádoucí účinky a typy a stádia závislosti na alkoholu. Součástí budou informace z oblasti výzkumů a specifická fakta o genderových odlišnostech vztahu k alkoholu. V druhé kapitole pojednáváme o faktorech hrajících roli při vzniku závislosti na alkoholu. Konkrétně se zaměříme na genetické dispozice, biologický základ, prostředí či rodinu. Neopomeneme též jednotlivé biologické, sociologické a psychologické teorie vzniku závislosti, které nám pomohou lépe pochopit uvedenou problematiku. Poslední, třetí, kapitolou uzavíráme teoretickou část práce a objasňujeme téma prevence a léčby závislosti na alkoholu. Teoretický rámec, který v první části práce vymezíme, se bude opírat o řadu velmi známých domácích publikací, jež by měl mít nastudované každý, kdo s problematikou závislosti na alkoholu pracuje, a také o některá zahraniční díla, elektronické zdroje a zákony, které problematiku dokreslují.

V *praktické části* diplomové práce se díky využití kvalitativního výzkumu zaměříme na samotné uživatele alkoholu jako návykové látky, a budeme zjišťovat pohled na vznik závislosti u takových, kteří aktuálně podstupují doléčovací program pro léčbu závislosti na alkoholu. Lze u nich tedy předpokládat, že již podstoupili minimálně léčbu v psychiatrické nemocnici, a tedy určitou dobu abstinují. Klademe si za cíl, pomocí polostrukturovaného interviu, zjistit, jak vnímají osoby se závislostí na alkoholu svou cestu, která vyústila v jejich současnou diagnózu, a reflektovat a poukázat na možné podněty, které vedly ke vzniku závislosti.

Doufáme, že uvedená diplomová práce by mohla sloužit především dvěma skupinám. Jednou z nich jsou pracovníci v oboru adiktologie, kteří zde mohou načerpat inspiraci a poznání v oblasti příčin vzniku závislosti, na kterých se svými klienty denně pracují a které se snaží reflektovat či odkrýt. Druhou mohou být sami závislí jedinci, kteří mají možnost v řádcích načerpat sílu k řešení své situace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

„Alkoholismus začíná tam, kde se již za alkohol

platí něčím jiným než penězi.“

(PhDr. Vladimír Pohl)

Na úvod první kapitoly pokládáme za důležité poukázat na některá fakta z historie užívání návykových látek, která nás uvedou do problematiky závislostí a především závislosti na alkoholu. Dějiny nám mohou přispět k poučení z minulosti do budoucnosti a umožňují zkoumat současné dění na základě minulosti. Můžeme tak nalézat důležité mezníky ve vývoji a rozvoji návykových látek do světa a zaznamenat, že historie užívání psychoaktivních látek je součástí naší hluboké minulosti a pravděpodobně také vzdálené budoucnosti.

Stejně jako před tisíci lety Hippokratés a Galénos i my dnes chápeme drogu jako látku, která není tělem strávena jako běžný pokrm, ale vyvolává při vpravení do organismu značné organické a duševní změny, a to i při malém množství (Escotado, 2003, s. 6). Název alkohol, kterým se budeme v naší práci zabývat, pochází z arabštiny a znamená jemně rozptýlenou látku. Název následně převzali alchymisté, kteří jej začali používat jako označení pro jemné rozptýlené páry z tekutin, z vína. Stejně staré jako název je i medicínské poznání škodlivých účinků užívání alkoholu, které bylo oficiálně popsáno v roce 1784 Benjaminem Rushem (Kolibáš a Novotný, 2007, s. 66-67). Průřez historickým obdobím upozorňuje již na klínovou tabulku z roku 2200 př. n. l., která obsahuje doporučení pro kojící ženy na konzumaci posilujícího nápoje, jež představovalo pivo. O několik let později byl na egyptském papyru zaznamenán nápis: „...pivo je záhubou tvé duše.“ a nadále se objevovali zmínky o pivu, palmovém vínu a jiných nápojích i v Chamurapiho zákoníku či hebrejské Bibli. Alkoholické nápoje provází období Starého Řecka, Říma, období pohanství, objevení Ameriky, 19. století i současnost. Každá společensky významná událost, jako byla obřízka, svátek nebo svatby, vyžadovala vypít aspoň sklenku alkoholického nápoje a tento trend se vyskytuje i v dnešní době (Escotado, 2003). Jednotlivá historická období a společenství měly svou drogu, která si získávala své místo v dané kultuře a byla pro ni typickou. Droga se pak stávala tradiční a lidé si na ni zvykli, začali ji tolero-

vat a naučili se s ní zacházet. S příchodem jiné drogy se pak společnost dělila na ty, kteří nové látky odmítali a ty, kteří je až nekriticky přijímali a jejich užívání se pro ně stalo módou. Avšak neznalost účinků nových látek vedla velice často k nepříznivým následkům (Vágnerová, 2014, s. 495).

1.1 Závislost a syndrom závislosti

Pro definici **syndromu závislosti** jsme nahlédli do 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí, která jej definuje jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, jež se rozvíjí po častém a opakovaném užívání látky. Typickým znakem syndromu závislosti je silné přání látku užívat, zvýšená tolerance při jejím užívání, potíže v sebeovládání při užívání a přetrvávající užívání látky i přes zjevné škodlivé následky. Jedinec dává přednost užívání látky před jednáním, které pro něj bylo více typické, tedy kterého si více cenil. MKN-10 následně definuje závislosti na jednotlivých možných užívaných látkách (např. alkohol, kanabinoidy, sedativa aj.) (Nešpor, 2011, s. 9-10). Vágnerová (2014) podrobněji rozvádí škodlivost látek následujícím způsobem. Poznamenává, že lidé se dlouhodobě snaží získat žádoucí pocit štěstí a pohody, mimořádné síly a schopností, zážitků či inspirace nebo uniknout od problému. Těchto pocitů chtějí dosáhnout bez vynaložení námahy a co nejrychleji. Pro dosažení tedy využívají psychoaktivních látek, ale často dosahují pouze iluze zmíněných pocitů. Na určitou dobu se zbaví nejistot, strachu nebo starostí, ale zároveň tento stav přináší další a obvykle větší problémy. Obecně je známo, že užívání psychoaktivních látek nepříznivě ovlivňuje jedince, ale i přesto se lidé užívání těchto látek nikdy nedokázali zcela zříci. Diagnostika syndromu závislosti se zaměřuje na věk, ve kterém se jedinci setkávají s psychoaktivní látkou, přibližnou četnost užívání a akutní nežádoucí účinky, které užívání vyvolává. Čím dříve tedy dochází k seznámení, tím vážnější jsou nežádoucí účinky (Taylor a Vaidya, 2009, s. 128). Nežádoucími účinky užívání, se zaměřením na alkohol, se budeme zabývat v jedné z následujících kapitol. Pro celistvý obrázek o závislostech je podstatné pochopení rozdílu mezi tzv. somatickou a psychickou závislostí. Vágnerová (2014) popisuje dva typy závislosti. **Somatická závislost** je stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou látku a pro dosažení stejného efektu je potřeba zvyšovat dávky (zvyšuje se tolerance v užívání). Při nedostatku látky v organismu dochází k abstinenci syndromu tedy odvykacímu stavu s typickým pocením, třesem nebo průjemem. **Psychická závislost** se vyznačuje špatně přemožitelnou touhou užívat svou drogu a přesvědčením, že pokud člověk látku

do těla nevpraví, bude se cítit špatně. Jedinec se cítí podrážděně a úzkostně. Podle Jeřábka (In: Kalina et al., 2015, s. 193) jde o symptomový komplex s jádrovým psychickým carvingem¹, který se vyznačuje narušením kontroly užívání a užíváním i přes škodlivé následky. Formálně jde podle tohoto autora o poruchy motivačního a behaviorálního charakteru.

Poslední pojem, který si v této kapitole rozvedeme, a který souvisí se syndromem závislosti, jsou důsledky přinášející vznik závislosti. Nešpor (2002 cit. podle Vágnerová, 2014, s. 496) uvádí tři hlavní **důsledky závislosti** na psychoaktivních látkách, tedy látkách, které mohou měnit psychický stav. Jsou jimi akutní intoxikace vyznačující se přechodnými změnami fyziologických a psychických funkcí, které mohou mít charakter ztráty paměti (u intoxikace alkoholem) nebo neklidu a pocitu pronásledování (například u pervitinu). Dalším důsledkem tzv. problémového užívání mohou být různé somatické, psychické či sociální problémy. Dochází k výkyvům nálad, poruchám paměti nebo nepřijatelnému životnímu stylu v rámci sociálně vyloučené komunity. „*Nadměrná konzumace drog obvykle signalizuje neschopnosti přizpůsobit se podmínkám běžného života*“ (Nešpor, 2002 cit. podle Vágnerová, 2014, s. 496). Typické pro závislost na užívání psychoaktivních látek je neschopnost vzdát se látky i přes nežádoucí účinky na zdraví člověka a důsledkem závislosti jako onemocnění je narušení běžných tělesných a psychických funkcí včetně nežádoucích sociálních důsledků (Nešpor, 2002 cit. podle Vágnerová, 2014, s. 496).

1.2 Znaky závislosti

Znakům závislosti jsme věnovali samostatnou kapitolu textu a při její tvorbě jsme se opřeli především o dostupnou literaturu a známé autory textů věnujících se závislostem (Nešpor, Kalina, Kolibáš a Novotný). Kapitolu nám ukončí část obecnějších informací a dovolí nám pustit se k jádru práce, a to ke specifickým faktům z oblasti závislosti na alkoholu.

Kolibáš a Novotný (2007) uvádí nejenom znaky závislosti, které se shodují s popisem znaků podle Mezinárodní klasifikace nemocí, ale zmiňují též skryté pití alkoholu, které se objevuje po dlouhodobé konzumaci, a také zvyšování pozornosti okolí vůči závislému. Člověk požívající alkohol si hledá omluvu pro svou pravidelnou konzumaci v podobě vnějších skutečností (racionalizuje), ale také nesprávně hodnotí množství zkon-

¹ Craving = bažení, touha; viz. Kapitola 1.2 Znaky závislosti

zumovaného alkoholu, zlehčuje frekvenci a okolnosti pití (bagatelizuje). Postupně si takto formuje psychotickou a později i fyzickou závislost. Při pokusu o vysazení látky se u něj objevují abstinenci příznaky (Feuerlein, 1984, Gastpar a kol., 1999 cit. podle Kolibáš a Novotný, 2007, s. 72). Obvyklý postup při stanovování diagnózy závislosti je spojený s určením faktu, že se během posledního roku u jedince objeví tři a více z následujících znaků (Jeřábek In: Kalina et. al., 2015, s. 192).

Craving

Pojem craving, neboli bažení, byl v roce 1955 definován odborníky Světové zdravotnické organizace (WHO) jako touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti. Při bažení lze pozorovat některé z následujících projevů: oslabení paměti, zvýšená tepová frekvence, zhoršení postřehu, zvýšená aktivita potních žláz nebo vyšší slinění u závislých na alkoholu (Nešpor, 2011). Uvedené znaky bažení obvykle zvyšují riziko recidivy, ale řada z nich se může krýt s příznaky stresu. Craving zhoršuje kognitivní funkce a tím také schopnosti správně se rozhodnout (Nešpor, 2011).

V pojetí WHO je za hlavní příznak závislosti považován právě craving (dychtění) po psychoaktivní látce. Tento znak má dvě složky – subjektivní (psychickou) a fyzickou (patofyziologickou), která je součástí odvykacího stavu (Jeřábek In: Kalina et al., 2015, s. 193).

Zhoršené sebeovládání

Zhoršení sebeovládání při užívání látky úzce souvisí s bažením. Bažení totiž evidentně ovlivňuje sebeovládání jedince. Neděje se tak ale u všech jedinců se syndromem závislosti. „*Stručně řečeno bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršení sebeovládání se jasně týká chování*“ (Nešpor, 2011). Potíže v kontrole užívání látky se sledují v souvislosti se začátkem a ukončením užívání nebo s množstvím užívané látky (Jeřábek In: Kalina et. al., 2015, s. 192).

Somatický odvykací stav

Somatický odvykací stav má následující kritéria, která musí být pro jeho diagnózu splněna: nedávné vysazení či redukce látky po dlouhodobém užívání, příznaky odvykacího syndromu a příznaky, které nejsou vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou. Příznaky odvykacího syndromu u osob se závislostí na alkoholu jsou definovány následovně: bolest hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, nevolnost či zvracení, přechod-

né iluze nebo halucinace, nespavost a třes (Nešpor, 2011). Látka je v případě tohoto znaku užívána s úmyslem zmírnit příznaky somatického odvykacího stavu, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné látky s cílem oslabit nebo odstranit odvykací stav. Podle WHO jde o druhý stěžejní příznak závislosti současně se zvyšováním tolerance při užívání látky (Jeřábek In: Kalina et. al., 2015, s. 192).

Růst tolerance

Tolerance se obecně projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je potřeba užívat více látky, nebo také tím, že stejné dávky mají pro člověka nižší účinek (Nešpor, 2011). Jasným příkladem jsou uživatelé alkoholu, kteří mohou denně vpravit do těla takové množství alkoholu, které by jedince bez tolerance zneschopnilo nebo dokonce usmrtilo (Jeřábek In: Kalina et. al., 2015, s. 192).

Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

V souvislosti se zanedbáváním zájmů a potěšení hovoří starší literatura o zúženém spektru chování nebo o stereotypním chování k návykové látce. Mnohdy se jedná o desítky hodin času, které lidé tráví sháněním látky, aplikací a následným zotavováním. Proto je následně potřeba myslet na vyplnění tohoto času po skončení léčby (Nešpor, 2011).

Pokračování v užívání látky přes jasný důkaz škodlivosti

Pro validitu tohoto kritéria je důležité, aby byl pacient o škodlivosti informován. Nešpor (2011) toto uvádí na příkladu člověka, který požívá alkohol i v momentě, kdy se od lékaře dozví, že si tím poškozuje játra. Tehdy se tedy jedná o znak závislosti. Pokud ale od doktora upozorněn nebyl a látku stále užívá, o znak závislosti se nejedná. Jasným důkazem škodlivost může být například poškození jater při nadměrné konzumaci alkoholu, depresivní stavy spojené s nadměrným užíváním psychoaktivní látky nebo toxické poškození myšlení (Jeřábek In: Kalina et al., 2015, s. 193).

Pro dokreslení obrázku celé podkapitoly si uvedeme příznaky závislosti na alkoholu, kterými se zabýval americký psycholog E. Morton Jellinek a rozpracoval je na 40 nejčastějších znaků, přičemž opět hledáme počet kladných odpovědí, kterými určujeme závažnost onemocnění: okénka (výpadky paměti na dobu v opilosti) s postupnou narůstající frekvencí; tajné pití; trvalé myšlenky na alkohol; překotné pití (nekontrolované); pocity viny; vyhýbání se narážkám na alkohol; změněná kontrola pití (neschopnost přerušit

nebo zdržet se pití); vysvětlování důvodů k pití (tzv. racionalizace); narůstající sociální obtíže; velikášské chování jako kompenzace strany sebeúcty; nápadné agresivní chování; trvalý pocit zkroušenosti; období abstinence vynucené tlakem okolí; změny způsobu pití (k předcházení nepříjemnostem); ztráta dosavadních přátel nebo rozchod s nimi; změna (změny) zaměstnání; konání se točí kolem alkoholu (podřizování zájmů); ztráta zájmu o vnější svět; nápadné sebelitování; úvahy nebo realizace úniku z dosavadního prostředí; změny v rodinném prostředí – odcizení; bezdůvodné námitky alkoholika proti členům rodiny; vytváření tajných zásob alkoholu v domově, práci, aj.; zanedbání přiměřené výživy; hospitalizace pro poruchy na tělesném zdraví; pokles sexuálního pudu; alkoholická žárlivost; pravidelné ranní doušky; výskyt prodloužené intoxikace - tzv. tahy; etická deteriorace; postižení mentálních schopností (v neurologii to nazýváme alkoholová nebo toxicko-nutritivní poškození mozku neboli cerebropatie); alkoholické psychózy; u nižších společenských vrstev pití technického alkoholu (Okena); snížení tolerance - lepší snášenlivost, pozdější opití; nedefinovatelné úzkosti; třesy; pití nutkavého rázu; zhroucení racionalizačních systémů, tzv. debakl; lhaní, eventuelně i kriminální činy, krádeže (Příznaky nemoci, 2012).

1.3 Závislost na alkoholu a její specifika

Alkohol je látka, která vzniká chemickým procesem kvašení cukrů obvykle z ovocných plodů, obilovin nebo brambor. Je známo, že se alkoholické nápoje vyráběly již v dobách historických civilizací a stejně dlouho také lidstvo zná i negativní následky požívání alkoholu. Švédský lékař Magnuss Huss přišel v roce 1849 s pojmem „alkoholismus“, který označuje za stav nadměrné konzumace alkoholu. Až v roce 1951 začal být tento pojem díky Světové zdravotnické organizaci považován oficiálně za medicínský problém (Kalina, 2003, s. 151). Chemicky se tyto látky značí pomocí vzorce C_2H_5OH . Výsledkem tohoto řetězce je poměrně jednoduchá struktura, která nese relativně málo informací. Pro biochemiky je ve srovnání s jinými psychoaktivními látkami (heroin, kannabinol) struktura alkoholu mnohem menší a méně zajímavá (Edwards, 2004, s. 8 – 9).

Ve své čisté formě je alkohol na chuť velmi nepříjemný a k jeho atraktivitě pro člověka přispívají jiné chemické látky, které dotváří barvu i chuť (Edwards, 2004, s. 9). Apli-

kuje se použitím per os², ale existují i jiné, ne tak časté způsoby vpravení látky do organismu. V těle prochází biologickými membránami, následně se rychle vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku (Minařík a Kmoch In: Kalina et al., 2015, s. 52). Alkohol tedy prochází trávicím traktem a vstřebává se. Vstřebávání ústní sliznicí je nevýznamné, ale následně se 20% vstřebá žaludeční sliznicí a dalších 80% dvanáctníkem a tenkým střevem. Rychlost vstřebávání úzce souvisí především s tím, jaké množství a charakter potravin požil jedinec před napitím. K rychlému vstřebávání dochází při pití na lačno a některých chorobných stavech např. záněty žaludečních sliznic apod. (Pavlovský et al., 2009, s. 54).

Syndrom závislosti na alkoholu byl dříve definován jako stav, kdy konzumace alkoholu způsobovala dlouhodobý a vlastními silami neřešitelný problém v rodině, ve společnosti, se zdravím nebo v práci. K jeho řešení muselo přispět odborné léčebné zařízení (tehdy tzv. protialkoholní poradny) (Profous, 2013, s. 16). Dnes existují stručnější definice a podle Kolibáše a Novotného (2007, s. 71 - 72) jde například o chorobný stav vznikající po dlouhodobé systematické konzumaci alkoholu. U mladých jedinců a žen se rozvíjí rychleji a vyšší riziko vzniku závislosti vidí tito autoři také u osob s pozitivní rodinnou anamnézou. Mezi rizikové skupiny řadí například i muže s antisociální poruchou osobnosti, osoby, jejichž partner trpí závislostí na alkoholu, příslušníky neformálních skupin a některé povolání (čišníci, stavbaři, atd.). Jeřábek (In: Kalina et. al., 2015) uvádí, že diagnostické kritérium u tohoto typu závislosti bývá splněno, jestliže se u jedince objeví alespoň dva následující znaky během 12 měsíců: alkohol je užíván ve větších dávkách nebo delší dobu, než osoba zamýšlela; neúspěšné pokusy jedince o kontrolu nad pitím; velké množství času věnované obstarávání alkoholu, konzumaci a zotavování se z jeho účinků; bažení; opakované pití, které vede k problémům v zaměstnání, v rodině či ve škole; redukce důležitých sociálních, pracovních a volnočasových aktivit jako důsledek užívání alkoholu; tolerance k množství užitého alkoholu a odvykací stav (typický alkoholový odvykací stav se rozvíjí několik hodin až dnů po snížení dávky nebo přerušení masivního pití a projevuje se pocením, tachykardií, třesem rukou, nevolností a zvracením, hmatovými nebo sluchovými halucinacemi či úzkostí). Stejně jako ostatní lékové či drogové závislosti je i alkoholo-

² Per os = ústy

lová závislost s oblibou nazývána nemocí popírání či vylhávání a osoby takto nemocné (popřípadě i jejich blízcí) bývají zatíženy chybou v náhledu na chorobu, a tedy dlouhou dobu existenci problému popírají (Profous, 2013, s. 11). Toto tvrzení potvrzuje také Mack (et al., 2010, s. 102) a dodává, že někteří rodinní příslušníci mají nerealistický pohled na alkoholovou závislost a často věří, že v blízké budoucnosti zvládne alkoholik přestat konzumovat drogu a to bez pomoci odborníků.

Úvodní část kapitoly byla věnována popisu alkoholu jako návykové látky a upřesnili jsme si specifika syndromu závislosti na alkoholu. Nyní se budeme věnovat popisu typů jedinců, kteří alkohol konzumují a změnám či také nežádoucím účinkům konzumace alkoholu. Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, mnohé výzkumy se problematice nežádoucích účinků věnovaly, a tak je možné si o nich udělat celistvý obrázek. Nyní už ale k samotným konzumentům.

Carr (2015) popisuje ve své publikaci rozdíl mezi dvěma hlavními typy konzumentů; tzv. běžný konzument s mírným problémem při užívání alkoholu a chronický alkoholik. Uvádí, že až 90 procent dospělých jedinců běžně pije. Pítí je dle autora publikace považováno za společenskou volnočasovou aktivitu, která nám pomáhá se uvolnit a vypořádat se se stresem moderní doby. Pokud někdo pije více, než by měl, tak se patrně občas chová hlučně, možná dokonce bývá hádavý nebo agresivní, ale alkoholik? Ten trpí podle Carrůva závažnou nemocí podobnou závislosti na heroinu a nemá žádnou naději na vyléčení. Těmito slovy se ale dostáváme na tenký led a mnoho autorů by jistě nemohlo souhlasit. Pro příklad můžeme uvést tvrzení autora Kaliny et. al. (2015, s. 116), podle kterého naopak panuje obecná shoda, že závislost je léčitelná a léčba závislosti je možná a nutná. Někteří odborníci na problematiku uvádí, že proces, který vede až k tomu, že se člověk stane alkoholikem, může trvat 2 - 60 let. Tento rozptyl je velmi významný a tak mnozí mluví o tom, že závislý na alkoholu se můžeme stát téměř kdykoli během života. Alkoholismus je progresivní onemocnění, které člověka doprovází celým životem a vyznačuje se především tzv. relapsy (tedy návraty k užívání látky) (Mack et al, 2010, s. 102).

Carr (2015) se ve své knize nezabývá pouze dvěma typy konzumentů, ale popisuje i tři další typy lidí, které definuje následovně: příležitostný konzument alkoholu, normální konzument alkoholu a alkoholik. Alkoholik svůj problém nevidí, ale lidé okolo vědí, že s konzumací alkoholu má výraznější problém a nad pitím již ztratil kontrolu. Alkoholik trpí fyzickou nebo psychickou vadou, díky které je po požití kapky alkoholu nucen pít dál a dál. Normální konzument je osoba, která má konzumaci pod kontrolou. „*Normální kon-*

zumenti alkoholu jsou lidé, kteří věří, že jim pití alkoholu poskytuje skutečné potěšení a nebo oporu, a kteří si uvědomují, že alkohol přináší jistá zdravotní rizika, ale jsou přesvědčeni, že výhody převažují nad nevýhodami“ (Carr, 2015, s. 160). Takoví lidé své pití nevnímají jako problém a žijí s myšlenkou, že kdyby se z pití někdy problém stal, tak pro ně nebude obtížné přestat nebo konzumaci omezit (Carr, 2015). Ať už se ale jedná o jakýkoliv typ konzumenta, tak se u všech po požití objevuje nejčastěji tzv. prostá opilost neboli ebrieta. Při malé dávce působí látka na člověka stimulačně a brzy se dostávají stavy zlepšení nálady a pocit sebevědomí. Při dávce vyšší působí alkohol tlumivě, což vyvolává ztrátu zábran, kritičnosti, únavu a útlum. Samotná látka a i vliv prostředí nebo osobní dispozice jedince ovlivňují účinky alkoholu (Minařík a Kmoch, In: Kalina et al., 2015, s. 52).

Jak již bylo zmíněno, závislost na alkoholu vzniká následkem dlouhodobého a pravidelného nadužívání alkoholu a délka rozvoje je u uživatelů různě dlouhá. U mladistvých se rozvíjí rychleji a to někdy i v řádu měsíců. Nelze říct, že každý piják není závislý a nepotřebuje pít stále a nereaguje abstinenci příznaky (Vágnerová, 2014, s. 502). Stejně tak nelze tvrdit, že všechny níže zmíněné nežádoucí účinky bude možno pozorovat na všech jedincích se závislostí na alkoholu. I přes to se k nežádoucím účinkům vyjádříme a podle Minaříka a Kmocha je budeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé. K **krátkodobým nežádoucím účinkům** patří somatické příznaky při požití vyšší dávky alkoholu, kterými jsou porucha rovnováhy, svalové napětí, zpomalení reakčního času a nevolnost. Dále je možné mluvit o snížení sebekritičnosti, která vede k následným úrazům. Méně časným krátkodobým nežádoucím projevem bývá takzvaná patická opilost, jež vzniká při požití menšího množství alkoholu při oslabení organismu (hladovění, horko, aj.). U jedince dochází k poruše vědomí spojené s bludy a poruchám chování projevujících se nemotivovanou auto nebo heteroagresí. K **dlouhodobým nežádoucím účinkům** řadíme poruchy krevetvorby, poruchy spánku či úzkostně-depresivní stavy. Také se může jednat o poškození nervového systému a organické poškození mozku, které vede až k poruchám paměti do stádia demence. V důsledku chronického abúzu dochází i k psychotické poruše, která je způsobena poruchou mozku. Tento stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidními bludy a změnami kognitivních funkcí. V neposlední řadě dochází k poškození trávicího traktu (např. poruchy trávení, průjmy a gastritidy). Poškození jater přechází v jaterní cirhózu a chronické poškození tohoto orgánu může vést k rozvoji nádorového bujení a karcinomu jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rektu (Minařík a Kmoch, In: Kalina et al., 2015, s. 52 - 53). Alkohol působí toxicky přímo na mozek a v kombinaci

s metabolickými, traumatickými nebo výživovými deficity může způsobit mnohé, s alkoholem spjaté, psychické poruchy (Mack et al., 2010, s. 103). Obecně dokáže alkohol účinkovat na krev a hormony (a to především na mužskou sexuální funkci a plodnost a ženské sekundární pohlavní znaky a plodnost) (Mack et al., 2010, s. 104).

Pro komplexní informace o nežádoucích účincích jsme doplnily následující řádky, kde je možné dohledat některé emoční změny způsobené konzumací či sociální důsledky konzumace. Ty mimo jiné sledujeme velmi významnými, neboť přesahují samotného uživatele a často se dotýkají rodin a okolí. Dlouhodobé užívání alkoholu přináší určité **psychické změny**, kterými se zabývá Vágnerová (2014). Uvádí **změny emočního prožívání** a celkově ovlivněné emoční ladění při nadměrné konzumaci. Objevuje se tendence k výkyvům nálad, dráždivosti a také afektivní výbušnosti. Dalším psychickým projevem je dysforie, která se projevuje nárůstem úzkostného prožívání, depresivním laděním a mnohdy nedůvěřivostí a podezíravostí. Mění se emoční vztah k blízkým lidem, prohlubuje se pocit odcizení, osamělosti a prázdnoty. Konzument mění i svůj vztah ke světu a převažuje u něj lhostejnost a apatie. Pod vlivem alkoholu se **mění uvažování** jedince, zhoršuje se pozornost, paměť a celková výkonnost. Alkoholik nezvládá zpracovávat všechny informace a jeho uvažování bývá méně kritické a vztahovačné. V závislosti na aktuálním stavu kolísá schopnost hodnocení čehokoliv a náhled na vlastní situaci nemá reálný. Není kritický ke svým problémům. Svět vnímá jako nespravedlivý a ohrožující. Občas uzná svůj díl viny, ale problémy nedokáže vhodným způsobem a účinně řešit. Projevuje se kolísavým sebehodnocením, tzn. mění se pocity méněcennosti a seblítosti s pocity nadměrného sebevědomí. V neposlední řadě se pak zhoršuje **schopnost sebeovládání** alkoholika. Dominantní zaměření na alkohol vede k egocentrickému chování, nedostatku ohledu ke druhým lidem a změně zábran. Vyskytují se projevy nepřiměřenosti, bezohlednosti a mnohdy také agrese. Česká společnost a vůbec společnost jako taková je k pití alkoholu značně tolerantní, přičemž drobné výkyvy u nás nejsou považovány za závažné. Společnost v první řadě očekává, že lidi vědí, kde je hranice přijatelné konzumace, ale v případě, že člověk ztratí schopnost pití regulovat a začne porušovat běžné normy, bude společností odmítnut. Začne být odsuzován a při viditelném sociálním úpadku dojde k vystavení opovržení. Sníží se tedy jedincův sociální status. K většímu opovržení dochází statisticky u žen než u mužů. Výše zmíněné negativní důsledky závislosti na alkoholu popisuje a označuje Vágnerová (2014, s. 519) jako **sociální důsledky**. Připisuje k nim také selhání v profesní roli, tedy zhoršení pracovní výkonnosti a absenci vedoucí až ke ztrátě

zaměstnání. Člověk trpící syndromem závislosti na alkoholu nemá dostatek motivace ani energie, kterou by mohl vynaložit při hledání nového zaměstnání, a proto raději zůstává nezaměstnaný a prohlubuje tak svůj sociální úpadek. V konečném důsledku se může stát bezdomovcem. Další ze sociálních důsledků závislosti jedince na alkoholu vztahuje tato autorka k rodině, kterou může závislý jedinec materiálně, sociálně a psychicky devastovat. Dochází ke spotřebě značné části materiálního zajištění rodiny na potřeby alkoholika, který ale vlivem alkoholu do rodiny žádné finance není schopný vložit. Postupně se narušují všechny rodinné vazby a vztahy a rodina se rozpadá. Problémy vznikají ve vztahu k dětem i partnerům. K výčtu problému v partnerství lze řadit poruchy potence, sexuální apetenci či žárlivecké tendence závislého. Alkoholik rodič nepříznivě ovlivňuje psychický vývoj dítěte a jeho aktuální psychický stav. Dítěti chybí pocit jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2014). „*Problémy, které dítě v rodině má, mohou být osobně významnější než potřeba uspět ve škole. To je důvod, proč děti alkoholiků mají horší prospěch, než by odpovídalo jejich schopnostem, a mohou mít i různé adaptační potíže*“ (Vágnerová, 2014, s. 520). Rodič alkoholik tedy nebývá vhodným modelem pro dítě, které se s ním může ztotožnit a chovat se stejně problematicky. Může však dojít i k opačnému případu, kdy tento příklad na dítě působí jako odstrašující (Vágnerová, 2014).

1.3.1 Typy a stádia závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu se obecně neprojevuje stejně a je ovlivněna mnoha faktory, kterými jsou například vlastnosti jedince, prostředí či kultura (Edwards, 2004, s. 59). V této podkapitole jsme se rozhodli uvést některé z typů závislosti a využijeme nejen dělení závislosti podle Kolibáše a Novotného na jednoduchou, komplikovanou, patickou a kombinovanou opilost, ale také dělení podle Jellineka z roku 1946 na gama typ alkoholismu a delta typ alkoholismu. Součástí podkapitoly bude rozbor jednotlivých fází závislosti, které se opět opírají o amerického psychiatra české původu E. M. Jellineka.

Autoři Kolibáš a Novotný (2007, s. 69 - 71) popisují jednoduchou a komplikovanou alkoholovou opilost, patickou a kombinovanou opilost. **Jednoduchá alkoholová opilost** vzniká bezprostředně po požití nadměrného množství alkoholu, přičemž nadměrnost je značně individuální podmínka, kterou podmiňuje aktuální situace konzumenta. Některými z reakcí po požití alkoholu při jednoduché alkoholové opilosti může být porucha pozornosti, prodloužení reakčního času, zhoršení úsudkové schopnosti, porucha koordinace pohybu nebo poruchy paměti. Tyto příznaky se liší od množství požitého alkoholu. **Kom-**

plikovaná alkoholová opilost je abnormální reakcí na alkohol, která je typická vystupňovanými příznaky jednoduché alkoholové opilosti. Obvykle se objevuje podráždění spojené s agresivitou, zlost a hněv při nepatrných podnětech a výpadky paměti. Stav může trvat i několik hodin a je častý u predisponovaných jedinců s poruchami osobnosti nebo organickým poškozením mozku. **Patická opilost** je kvalitativně odlišná abnormní opilost psychotického charakteru. Tento stav se neodvíjí od množství vypitého alkoholu a stejně jako se rychle objeví, tak i rychle ustoupí. **Kombinovaná opilost** vzniká kombinací užití alkoholu a jiné psychotropní látky.

Profous (2013) zmiňuje dva nejčastější typy alkoholové závislosti u nás v návaznosti na dělení podle Jellineka. Jde o typ gama a delta. Odhadem u 70% jedinců u nás se vyskytuje gama typ, který se vyznačuje většinou střízlivostí, někdy opilostí a zprvu nikdy abstinenci příznaky. Je vyprodukován spíše konzumací piva a později destilátů a zapříčiňuje jej mechanismus tzv. poruchové kontroly v započatém pití. Často bývá gama opilost následována obdobím abstinence, které je různě dlouhé a opakující se. Po čase se jedinec ke konzumaci vrací a prohlubuje svou touhu alkohol konzumovat. Typická je u těchto jedinců tzv. „slina“ a také vícedenní pijácký tah. Delta typ, naopak popisuje jedince, který není nikdy střízlivý, ale ani nikdy opilý, vždy se u něj po vysazení objevují abstinenci příznaky. Jako příklad lze uvést člověka, který žije ve vinařské oblasti jižní Moravy a konzumace alkoholu se u něj může pohybovat kolem 2-3 litrů vína denně. Své povinnosti si vůči rodině a v práci dokáže plnit, ale konzumaci nemůže přerušit právě z důvodu často přítomných abstinenci příznaků při vysazení.

Kolibáš a Novotný (2007, s. 72 – 73) stejně jako Vágnerová (2014, s. 510 - 512) ve svých publikacích uvádí vývoj alkoholismu podle klasického dělení Jellineka z roku 1952, který je typický čtyřmi stádii: **Počáteční (iniciální, předalkoholická) fáze**, nebo také fáze občasné konzumace, při které intoxikace nepřesahuje stupeň podnapilosti a pití má společenský charakter. Je vyhledáváno pro příjemnou relaxaci, snadné navazování společenských a erotických kontaktů. V některých sociálních vrstvách je normou a je projevem sociální konformity. Rizikovým mechanismem se v tomto stádiu stává zafixování pozitivní zkušenosti, že alkohol přináší zlepšení nálady a potlačuje nepříjemné napětí. Když pak problémy s určitou dávkou neustupují, konzumace se zvyšuje. **Varovná (prodromální) fáze** je typická častější opilostí a vyšší tolerancí k alkoholu. Člověk se po požití cítí výkonnější a sebejistější, ale aby mohl takhle fungovat, musí stále zvyšovat spotřebu alkoholu. Někdy pije sám nebo případně tajně a občas se dostávají alkoholové výpadky paměti (pa-

limpsesty). Jedinec si začíná uvědomovat, že alkohol potřebuje a pocítuje také nepříjemné varování. Objevuje se touha po požívání a pomalu přechází ve stádium **rozhodující neboli kruciální (kritické)**. V tomto stádiu jsou běžné tzv. palimpsesty neboli alkoholová okénka a alkohol je závislým stavěn na popředí. Dostavuje se neschopnost jedince konzumaci alkoholu regulovat a i přes výčitky při střízlivosti není schopen chuť ovládnout. Alkohol v této fázi přestává poskytovat žádoucí pocity a abstinence přináší špatné pocity – stal se závislým. Svou závislost si nechce přiznat a vzniklé problémy se obvykle snaží řešit krátkodobou abstinencí. Vznikají nepříjemné tělesné příznaky jako je zvracení, třes rukou nebo bolesti hlavy a často člověk pije sám a už od rána. Alkohol přináší vedle tělesných příznaků i problémy ve vztahu k rodině (konflikty v rodině) nebo v zaměstnání. Obklopuje se lidmi, kteří rovněž pijí a nic mu nevyčítají. Dochází k posunu hodnotového systému a k oploštění zájmu, které do té doby měl. V poslední **konečné či terminální fázi** (období úpadku) se v důsledku poškození funkce jater tolerance na alkohol naopak snižuje a opilost tedy přichází i po relativně malých dávkách alkoholu. Pije buď nepřetržitě a první dávku si dává hned po ránu, nebo pije v tazích a to bez ohledu na následné tělesné a sociální problémy. Na závěr se také mohou objevit alkoholické psychózy. Minařík a Kmoch (In: Kalina et al., 2015, s. 52) k fázím závislosti dodávají ještě čtyři stádia intoxikace, které ovlivňuje hladina alkoholu v krvi: excitační stádium čili lehká opilost s alkoholemíí do 1,5 ‰, hypnotické stádium neboli opilost středního stupně s alkoholemíí od 1,6 ‰, narkotické stádium nebo také těžká opilost s alkoholemíí více než 2 ‰ a asfyktické stádium, které se vyznačuje těžkou intoxikací se ztrátou vědomí, kdy dokonce hrozí zástava dechu a oběhu a alkoholemie je nad 3 ‰. Podle dostupné literatury bychom mohli ve výčtu různých typů, druhů či specifika závislostních stavů pokračovat, ale nejdůležitější dle nás již bylo napsáno. Nyní se přesuneme k zajímavostem z oblasti výzkumu závislosti na alkoholu a přiblížíme si odlišnosti závislosti u žen a mužů.

1.4 Výzkum z oblasti alkoholové závislosti

Úvodem této podkapitoly vnímáme za nutné poukázat na fakt, na který upozorňuje WHO ve své publikaci, kde píše o tom, že Evropská unie vykazuje nejvyšší spotřebu alkoholických nápojů na světě (Anderson et al., 2012). Od toho také lze odvozovat další fakta o spotřebě alkoholu v České republice. V celosvětovém žebříčku patří dlouhodobě Česká republika k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu (Kalina, 2003, s. 151). Nešpor (2006, s. 14) uvádí, že u nás může být kolem 300 tisíc lidí závislých na alkoholu. Mnohem více je ale

osob, které sice závislé nejsou, ale pitím alkoholu si škodí. K tomuto dodává Rahn a Mahnkopf (2000, cit. podle Vágnerová, 2014 s. 497), že počet alkoholiků v ČR je vyšší než počet drogově závislých. Alkoholismus uvádí jako problematiku spíše mužskou, ale počet pijících žen má vzestupnou tendenci. To dokazuje také poměr mužů a žen závislých na alkoholu, který se odhaduje na 4:1, a na tom má především vliv fakt, že ženy mají větší sklon k užívání jiných látek, například léků, kde je poměr mezi uživateli opačný. Nerovnováhu uvádí také statistika abstinujících mužů a žen po léčbě, kde průměrně 50% žen po léčbě abstínuje a u mužů je to pouze 30%.

Alkohol je látka rozšířená po celé planetě. V České republice však zaujímá zvláštní postavení a to nejenom proto, že se spotřeba statisticky pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na člověka a ve spotřebě piva zaujímáme dlouhodobě přední místo ve světě (Kalina, 2015, s. 51). Také se objevují studie, které upozorňují na nepříjemný fakt, kterým je konzumace alkoholu u mladistvých. Přičemž již bylo zmíněno, že mladí jedinci a jejich organismus je velmi rychle náchylný k možnému rozvoji závislosti na této látce. Podle zprávy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) vzrostl od roku 2012 počet patnáctiletých, kteří mají zkušenosti s alkoholem, z 70% až na 94%. Na tento fakt reaguje národní protidrogový koordinátor Mgr. Jindřich Vobořil, který podporuje tvrzení již zmíněných autorů, že je naše společnost ke konzumaci alkoholu značně tolerantní. Za rizikovou hranicí konzumace se u nás pohybuje až 20% jedinců (Vladná, R., 2015). Minařík a Kmoch (In: Kalina, 2015, s. 51) toto tvrzení upřesňuje a tvrdí, že: „*Nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů v ČR a asi desetina žen. Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu v ČR převyšuje pravděpodobně 300 000.*“ V kontextu konzumace alkoholu a mladistvých poznamenal Anderson et al. (2012), že mladý mozek je na alkohol zvláště citlivý a čím později s ním začne člověk experimentovat, tím méně je pravděpodobný vznik závislosti a problémy související s konzumací. Nedílnou součástí časného experimentování je také záškoláctví a nevhodné chování.

Pro českou společnost je alkohol nejčastější užívanou psychoaktivní látkou, která má společenský charakter. Lidé ji obvykle konzumují ve skupině a činí tak ritualizovaně tzn. formou přípitků na oslavách a jiných událostech. Tyto rituály a pití alkoholu obecně má dlouhou tradici a společnost je k užívání poměrně tolerantní. V malých dávkách působí alkohol stimulačně, ale ve větším množství tlumivě. Na pravidelnou konzumaci mají vliv dané zkušenosti s látkou a též očekávané účinky (Vágnerová, 2014, s. 502).

Nedílnou součástí statistických údajů bývá též úmrtnost, která je ve vztahu k nadměrné konzumaci alkoholu neopomenutelná a je významně odlišná při srovnávání s úmrtností u konzumentů ilegálních drog. Americké národní prevenční centrum uvádí nadměrnou konzumaci alkoholu jako třetí hlavní příčinu zbytečného úmrtí v USA a to hned po kouření a kombinaci špatných stravovacích návyků a nečinného způsobu života. Z toho také vyplývá odhad, který říká, že alkohol je ročně odpovědný za úmrtí celkově 80 000 lidí a z toho 23 000 žen. Za nadměrnou konzumaci u žen je považováno vypití čtyř nebo více rund během jedné příležitosti a jednoho měsíce. U mužů je to pět a více rund. Spojené státy ale nejsou jediné, které poukazují na alkoholismus jako na zdravý nebezpečný (Johnsonová, 2014). Průměrný věk pijících mužů, kteří se neléčí, je 53 – 54 let a příčinou předčasného úmrtí je podle Světové zdravotnické organizace především akutní nebo chronický zánět jater – cirhóza, zánět pankreatu či sebevraždy (Profous, 2013, s. 33 – 34).

Pohlaví a alkoholová závislost

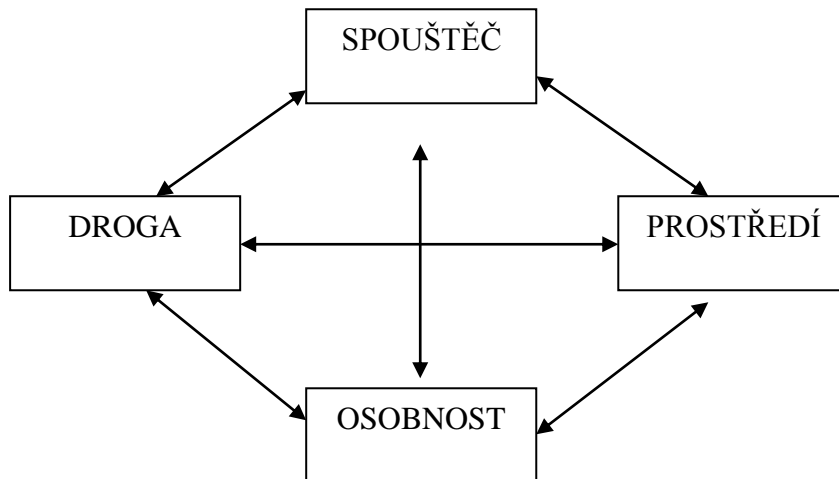
Jak je známo, ženy jsou silnějším pohlavím, a to především proto, že jsou proti některým onemocněním odolnější a dožívají se tak vyššího věku. Bohužel, ve vztahu k alkoholu toto tvrzení není platné (Nešpor, 2006, s. 107). To způsobuje fakt, že ženy mají nižší obsah vody v těle, vyšší obsah tuku, nižší aktivitu alkoholdehydrogenázy v žaludečních sliznicích (což je enzym rozkládající alkohol v těle) a menší játra, které více zaměstnává metabolismus hormonů. To znamená, že u žen, které požívají alkohol, dochází k vyšší hladině látky v krvi při požití stejného množství na 1 kg tělesné hmotnosti. Prokazatelně se u žen vyskytuje vyšší konzumace alkoholu v premenstruačním období, kdy na jeho požití reagují silněji a méně předvídatelně (Nešpor a Csémy, 1996). „*U problémově pijících žen jsou také častější zdravotní problémy, vyšší konzum alkoholu častěji navazuje na zátěžové životní události*“ (Nešpor a Csémy, 1996, s. 153). Další výzkumy zjistily, že ženy často začínají experimentovat s alkoholem během střední a vysoké školy nebo jsou vystaveny závislosti v rodině (u rodičů či sourozenců), a tedy se svou konzumací začínají dříve (Straussner a Brown, 2000, s. 76). Ve většině hospodářsky rozvinutých částech světa je alkoholismus na vzestupu, a mnohé z nich tomuto nárůstu mohou děkovat pijícím ženám. Čím bohatší země, tím méně abstinujících lidí a také menší rozdíl mezi mužskou a ženskou konzumací. To vše souvisí především s tím, jak roste kupní síla ženské populace a tím i možnost žen rozhodovat se samy za sebe. Alkoholový průmysl dokáže na tuto skutečnosti dobře reagovat a to především tak, že svádí bitvu o volný čas populace. Příkladem takové bitvy může

být boj o loajalitu k jedné značce jako víno s názvem Holčičí flám nebo vodka Hubená holka. Velmi závažný problém následně vzniká tím, že je nadměrná konzumace široce vnímána jako normální i přes to, že mnozí z nás chápou, jak významnou roli hraje spotřeba alkoholu při rozpadu rodin, násilnictví a úrazech (Johnstonová, 2014). To zastává i Nešpor a Csémy (1996, s. 153), kteří dodávají, že ženy se závislostí bývají častěji vystavovány násilí a sexuálnímu zneužívání. Rozdíl také spatřují v důvodech k léčbě. U žen jde o zdravotní a rodinné důvody vedoucí k přijetí léčby. Alkohol je u žen spojován také s trestnou činností a zanedbávání dětí. Výzkumy zjistily, že mezi hlavními třemi etnickými skupinami existují následovné rozdíly v pravděpodobnosti ke konzumaci: bělošky mají největší pravděpodobnosti k pití, afro-americké ženy nejmenší a hispánky jsou v tomto výzkumu mezi nimi (Straussner a Brown, 2000, s. 75-76).

2 TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

S ohledem na téma uvedené diplomové práce jsme jako samostatnou kapitolu zařadili teorie vzniku závislosti. Úvod kapitoly bude věnován obecným informacím o jednotlivých příčinách vzniku závislosti na alkoholu a popisu tzv. bio-psycho-sociálního modelu vzniku závislosti. Bio-psycho-sociální model je jednotně využíván pro objasnění principu vzniku závislosti a tvoří základ pro přístupy k léčbě závislosti. Bere na zřetel tři složky modelu a jejich specifika. Druhá část se bude zabývat biologickými, sociologickými a psychologickými teoriemi vzniku závislosti na alkoholu podle autora Řehana.

Okolnosti vzniku závislosti se u jedinců značně liší, ale Carr (2015, s. 94) píše o tom, že princip vzniku závislosti je vždycky stejný. Většina lidí začne s alkoholem koketovat v momentě, kdy dochází u mladého člověka k dramatické změně v životě, kterou představuje přechod od šťastného dětství k odpovědné dospělosti. Následují různé faktory (Kalina, 2003, s. 91), které u jedince mohou převážít. Například excesivní pití pro psychické problémy, genetické dispozice nebo sociokulturní vazby a rituály spojené s požíváním alkoholu. Často jde o kombinaci několika faktorů. Z hlediska vzniku závislosti lze obecně mluvit o třech skupinách, které ovlivňují vznik závislosti u jedinců, a těmi jsou vlastnosti návykových látek, psychologické a biologické charakteristiky jedince a sociální a kulturní faktory neboli faktory prostředí. Mluvíme tedy o bio-psycho-sociálním modelu nemoci, který je u závislosti na návykových látkách multifaktoriálně podmíněn (Kolibáš a Novotný, 2007, s. 20). Mayer a Hollt (2005, cit. podle Šustková, In: Kalina et al., 2015, s. 129) dodává, že tyto faktory mají vliv nejen na vznik, ale i na udržení závislosti, a označuje závislost za multifaktoriální chronické relabující onemocnění centrálního nervového systému. U závislosti na alkoholu se můžeme setkat s názorem, že v 50% (někdy 60%) hrají při vzniku roli dědičné dispozice. Multifaktoriální podmínění zastává také Vágnerová (2014, s. 498 – 499), která uvádí, že jde o vliv somatických a psychických vlastností jedince a vliv vnějšího prostředí (sociálního) na vznik závislosti. Kachlík (2013) rozvádí zmíněný bio-psycho-sociální model a prezentuje 4 základní faktory, které jsou vzájemně provázané a vznik závislosti ovlivňují. Jedná se o spouštěč (událost v pozitivním či negativním ladění, která vyprovokuje experiment), drogu (kterou bývá chemická látka), osobnost (se svým systémem rizikových a projektivních faktorů, které ve výsledku oslabuje osobnost vůči drogovým rizikům) a prostředí (škola, rodina či vrstevníci). Tento model znázorňuje v následujícím grafu:



Obrázek č. 1: Bio-psycho-sociální model vzniku závislosti (Kachlík, 2013)

I naproti tvrzením o bio-psycho-sociální podmíněnosti stojí opačný názor autorů Millera a Berga (2014), kteří vnímají v oboru adiktologie opravdový nedostatek možných vysvětlení problematiky konzumace alkoholu. Uvádí, že i přes jasně dané pojmy, které běžně zaznívají ve spojitosti se vznikem závislosti a jsou jimi například „disfunkční rodina“, „syndrom dospělého dítěte alkoholika“, „osobnost se sklony k alkoholismu“, „genetické předpoklady“ nebo „souběžná závislost“, pro ně zde chybí vědecký základ.

My budeme vycházet z výše zmíněných autorů a rozvedeme jednotlivé části bio-psycho-sociálního modelu. **Genetické dispozice** mají vliv na snášenlivost i ochotu vyzkoušet psychoaktivní látku. Může jít o komplex specifických genetických informací, které podmiňují např. vznik poruchy osobnosti a s tím spojenou potřebu nadměrného vzrušení, nebo o dědičně podmíněnou produkci určitého neuromediátoru či enzymu, který se podílí na zpracování dané látky (např. u alkoholu jde o enzym zvaný alkoholdehydrogenáza) (Vágnerová, 2014, s. 499). Výzkum vztahů u závislostí je velmi náročný a to především proto, že jde o heterogenní a komplexní poruchu a za genotyp (soubor všech genetických informací organismu, které se týkají zkoumaných znaků) závislostí jsou zodpovědné vzájemně působící geny. Dědičnost hraje svou roli ve fázi iniciace drogové závislosti, ale také při adaptaci, udržení závislosti, patologickém užívání látky či relapsu. Z dosavadních genetických studií je známo, že existuje řada souvislostí mezi užíváním návykové látky a dalšími psychickými/psychiatrickými poruchami (Šustková In: Kalina et al. 2015, s. 131). Některé genetické faktory se prosadí až při opakovaném užívání. „Bylo zjištěno, že podíl genetických vlivů i vlivu prostředí, jež modulují riziko navození/udržení drogové závislosti, se mění během vývoje i během celého života jedince“ (Šustková In: Kalina et al., 2015, s. 132).

Biologický základ vzniku závislosti spatřuje Lieber (2001 cit. podle Vágnerová, 2014, s. 500) **ve způsobu zpracování látky v organismu**. Riziko užívání mohou ovlivnit reakce a míra nepříjemných příznaků při akutní intoxikaci. Reakci na požití alkoholu ovlivňují dva enzymy zvané alkoholdehydrogenáza a aldehyddehydrogenáza, které se vyskytují v játrech a v žaludku. Jejich funkcí je metabolizace alkoholu v organismu. U jedince, který alkohol snadno zpracuje a jeho užívání mu nepřináší žádné nepříjemnosti, jej bude s větší pravděpodobností užívat pravidelněji nebo třeba ve větším množství.

Psychické faktory, které ovlivňují počáteční experimentování s alkoholem, mohou vycházet z individuálních potřeb jedince, ale mohou být také důsledkem působení vrstevnických skupin tedy důsledkem sociálního tlaku. Často se u jedinců užívajících návykové látky vyskytuje touha uniknout něčemu negativnímu, vyhnout se stresovým situacím, získat něco pozitivního a pocit slasti. Tímto způsobem se může objevit i touha zařadit se do skupiny nebo subkultury, u které se užívání drogy běžně vyskytuje a stává se standardním chováním skupiny (Vágnerová, 2014, s. 500). Za rizikový faktor při vzniku závislosti (Espein, 2001 cit. podle Vágnerová 2014, s. 501) se považuje i existence jiných psychických poruch či chorob. Těmi mohou být schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti. Poruchy tohoto rázu výrazně zvyšují pocity nepohody a zároveň snižují účinnost autoregulace. Tento jev nazýváme sekundární alkoholismus.

Co do **prostředí** rozvádí Vágnerová (2014, s. 499) fakt, že může jít o obecné sociokulturní faktory, vliv menších sociálních skupin nebo situační podněty jako například dostupnost drogy v prostředí. *„Jejich interakce určuje pravděpodobnost ochoty k experimentaci i míru rizika vzniku závislosti. Záleží i na chemickém složení psychoaktivní látky a jejím působení na lidský organismus“* (Vágnerová, 2014, s. 499). Užívání některých látek potom vyvolá závislost téměř u jakéhokoliv jedince a to bez ohledu na biologické a psychické vlastnosti. V tomto případě ale mluvíme především o tzv. tvrdých drogách (např. heroinu) (Vágnerová, 2014, s. 499).

Na vznik a vývoj závislosti se lze dívat z hlediska mnoha různých teorií, mezi které řadíme též pohled na souvislosti mezi užíváním psychoaktivní látky a závislosti s vývojem dítěte, rodinnými vztahy a psychologickými mechanismy. Ty rozpracovává Hajný (In: Kalina et al., 2015, s. 172 - 174), který se blíže zabývá **rodinou** a jejími funkcemi, které mohou ovlivnit vznik a udržení závislosti. Zmiňovaná teorie chápe závislost jako jev, který existuje v systému vztahů daného jedince a tvrdí, že rodina a vztahy v ní mohou ovlivnit vznik závislosti. Rodina je dočasně nutným prvkem, ve kterém jedince

žije. Je potom možné sledovat, že například v rodině sociálně stabilizovaných alkoholiků se můžeme setkat s tím, že se požívání alkoholu stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez kterého rodina nefunguje. Mluvíme o procesu interakcí, které se navzájem posilují (cirkulární kauzalita) a tedy nelze hledat jednoznačného „viníka“ ani jednoznačnou příčinu v takto fungující rodině. V dřívějších dobách existoval pojem umožňování (enabling), který označoval postoje a chování členů rodiny, ve které se vyskytuje závislý jedinec. Tento pojem se objevil ve třicátých letech minulého století v rámci hnutí Anonymních alkoholiků (AA) v Spojených státech a definoval chování členů rodiny, kteří zjevně či skrytě udržovaly závislé chování jednoho ze svých členů. Dnes se v této souvislosti využívá spíše pojem **spoluzávislost** (codependency). Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování partnera či rodiny závislého, kteří jeho závislost spíše podporují či umožňují, nebo naopak sabotují jakoukoli snahu o vyléčení. Důvod takového jednání můžeme spatřovat v důsledku chronického patologického vztahového prostředí.

Již jsme se podívali na jednotlivé faktory, o kterých autoři, zabývající se závislostí na alkoholu, mluví jako o příčinných podmínkách vzniku závislosti. Na toto místo jsme se rozhodli zařadit další tři kratší podkapitoly, které se budou zabývat teoriemi vzniku závislosti na alkoholu. Jako zdroj jsme se rozhodli využít jednu ze starších publikací v této práci, která ale dle našeho názoru stále vypovídá o aktuálních situacích a přístupech ke vzniku závislosti.

2.1 Biologické teorie vzniku závislosti

Přístupy, které lze zařadit mezi biologické teorie, vychází z biologicky podmíněných znaků, determinujících vznik a rozvoj závislosti. Zařazujeme zde teorii genetickou, enzymovou, dopamin endorfinovou teorii, neurotransmitterovou teorii, a další. My se podíváme blíže na první tři zmínění biologické teorie. „**Genetická teorie** vychází z obecného předpokladu, že přímá dispozice, případně sada zatěžujících a ohrožujících potencialit, spočívá přímo v dědičné informaci.“ (Řehan, 1994, s. 24) Na počátku dvacátého století zmíněné názory podpořily především některé studie, například výzkumy na laboratorních krysách aj. U lidí byly studie genetických dispozic zaměřené především na rizika výskytu alkoholismu při prokázané závislosti na alkoholu u některého z příbuzných osob. Konkrétním příkladem může být studie podle Feuerlien z roku 1979, kde se uvádí 46% riziko vzniku závislosti v případě prokázané závislosti u bratrů, 29% riziko vzniku závislosti v případě závislosti otců, 6% u matek a 5% u sester. Navíc se můžeme setkat se švédskou studií, která zkoumá

genetické dispozice u jednovaječných a dvouvaječných dvojčat či se studií zaměřenou na odloučené děti od jejich závislých rodičů aj. Tyto a mnohé další výzkumy nám mohou pomoci konstatovat, že patrně nelze popřít zvýšené riziko genetických dispozic při vzniku závislosti například u dětí alkoholiků. Nelze ovšem mluvit o jakémsi genu závislosti, který předurčuje dráhu alkoholika, ale mluvíme o ovlivnění funkcí CNS. **Enzymové teorie** představují přesvědčení o tom, že vznik a vývoj závislosti na alkoholu je spojen se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol. Na enzymové teorie se dlouhodobě zaměřovali odborníci Protialkoholního oddělení a Laboratoře klinické biochemie Psychiatrické léčebny v Opavě, kteří došli k závěrům, že existují vztahy mezi typem abúzu a poměrem izoenzymem ADH (alkoholdehydrogenáza). Bohužel se nepodařilo přes řadu technických a etických obtíží přesné vytvoření klinického souboru pro dlouhodobé sledování od narození do dospělosti, které by umožnilo průběžný screening a podložení enzymové teorie. Poslední teorie, kterou zde řadíme, je **dopamin endorfinová teorie**. O této teorii se mluví v souvislosti nejen s alkoholovou závislostí, ale i závislostí na jiných drogách. Za mechanismus rozvoje abúzu a následně závislosti se považují tzv. izochinolinové alkaloidy, které obsahují opiátové receptory. Tím se v těle nahradí chybějící endorfiny a vzniká báze nutkání k pokračování v pití (abúzu a následné prohlubování závislosti) (Řehan, 1994, s. 24 – 26).

2.2 Sociologické teorie vzniku závislosti

Další skupinou teorií, které vysvětlují vznik závislosti na alkoholu, jsou sociologické teorie. Vychází z hledání klíče pro vznik a rozvoj závislosti pomocí zkoumání makrosociálních vztahů a jejich zákonitostí. Zájem se v tomto případě neupírá k jedinci, ale ke společnosti jako celku. Mezi sociologické teorie řadíme klasické studie, teorie distribuce spotřeby alkoholu, teorie anomie a řadíme zde též model integrace alkoholu ve společnosti či model systémové dynamiky alkoholismu. Nás budou opět zajímat první tři jmenované teorie, které si níže blíže popíšeme. **Klasické studie** se zaměřily na obecné vývojové charakteristiky měnící se společnosti, mezi které můžeme zařadit migraci lidí do stále větších měst, rozvoj masových médií, komunikace a kultury nebo vzrůstající tlak na sociální komfort. Klasické teorie se opírají o Bacona nebo Balese, který analyzoval názory na požívání alkoholu ve společnosti a vymezil tím 4 základní kategorie: abstinentní (alkohol chápeme jako něco, co ohrožuje základní sociální hodnoty a normy společnosti); rituální (alkohol a jeho požívání je součástí rituálních či náboženských obřadů); konviviální

(pití alkoholu odráží dobrou vůli a vzájemnou solidaritu ve společnosti); a utilitární (jedinec se při konzumaci alkoholu uvolní a pití pomáhá k osobnímu uspokojení). V rámci prvních dvou kategorií se nedá mluvit o riziku vzniku závislosti, ale třetí a především čtvrtá varianta jsou značně rizikové. Na základě zjištěných kategorií se Bales pustil do analýzy způsobů, jimiž kultury ovlivňují stupeň alkoholických problémů: faktory sociální struktury, postoje ke konzumaci a intoxikaci a přítomnost či nepřítomnost jiných mechanismů uvolňování napětí, které jsou součástí kultury. Samozřejmě byly tyto teorie nově ověřovány a revidovány (Linsky, Harth a Cooper, Pitman a Snyder aj.). **Teorie distribuce spotřeby alkoholu** se opírá o předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace alkoholu a mezi procentem problémů souvisejících s užíváním. Zmíněný fakt lze sledovat na Ledermannově logonormální křivce distribuce a procentem alkoholických problémů. Pomocí této křivky stanovíme, že zhruba 50% spotřeby alkoholických nápojů připadá na asi 10% populace a dalších 50% spotřeby na zbývajících 90% populace. Postupně se v rámci teorie distribuce formovaly některé z následujících tezí: země s vysokou spotřebou mají největší prevalenci chorobnosti související s alkoholem (cirhóza jater aj.); čím více konzumentů se ve společnosti objevuje, tím více v ní bude i alkoholiků a také se zvýší výskyt ekonomických a jiných škod vyvolaných v důsledku užívání; spotřeba na obyvatele na rok spolehlivě poskytne odhad počtu alkoholiků atd. Poslední zařazenou sociologickou teorií je **teorie anómie**, která se opírá o Durkheima a Mertona. Durkheim přišel s pojmem anómie jako závažný vliv rozpadu platných společenských norem v důsledku revolucí, válek a jiných sociálních změn, které jsou také spojeny s konzumací alkoholu a následně i s nárůstem alkoholismu. Merton rozšířil pojem anómie o stav, kdy určitá část členů společnosti, která se ocitla ve stavu anómie, nemá dostatek prostředků k zajištění cílů uznávaných danou společností (Řehan 1994, s. 26 – 28).

2.3 Psychologické teorie vzniku závislosti

Poslední podkapitolou, která uzavře téma teorií a příčin vzniku závislosti na alkoholu, jsou tzv. psychologické teorie. Vychází z faktu, že účinky alkoholu redukuje napětí. Jde tedy o to, že alkohol budou konzumovat především osoby, které jsou ve stavu zvýšeného napětí. Mezi stavy tenze neboli napětí patří například strach, úzkost, stres či frustrace. Zdánlivě univerzální teorie byla dále zpochybněna, ale nadále se uchovala některá tvrzení a my můžeme nyní pojmenovat následující psychologické teorie vzniku závislosti: teorie vycházející z hlubinné psychologie; behaviorální psychologie a teorie učení; teorie vychá-

zející z humanistické psychologie atd. **Hlubinná psychologie** vychází z Freudovy psychoanalýzy, jež mluví o fixaci libida v orální fázi. „*Prvotní názory byly rozšířeny v tom smyslu, že fixace libida v orální fázi vyplývá z prudkého, bezprostředního střídání dvou krajních poloh v daném období. Jedním pólem je nepřiměřené hýčkáni, mazlení a podobné projevy, ve druhé poloze jde o nepřiměřenou opatrnost, starostlivost, až po odtazivost a sterilitu projevu. Fixační příčina může být i v prosté orální frustraci. Jiní psychoanalytici odmítali zúžení problému na fixaci v orální fázi, objevují se teze o sebedestruktivních tendencích, kdy alkohol, resp. alkoholismus je prostředkem ochrany před těžšími následky autodestrukce...*“ (Řehan, 1994, s. 29). I přes to se mnozí autoři zabývali výzkumem hledání znaků závislosti, které mají původ v orální fázi a rozšířili je na možnost vzniku poruchy v každé fázi. Důležité je říci, že relativně nejsnadnější ve vztahu k protialkoholní léčbě jsou právě osoby, u nichž došlo ke specifickým poruchám v pozdějších fázích vývoje. I přes to, že tyto přístupy nevystihují celé spektrum osob, lze podrobným rozbořením dospět k tomu, že řada poznatků hlubinné psychologie má své oprávnění u závislých na alkoholu. **Behaviorální psychologie a teorie učení** chápe alkoholismus jako naučenou reakci nebo chování, kdy: „*...se ve vývoji osobám s vyšší hladinou tenze po „odměňujícím“ požití alkoholu a redukci této tenze zpevňuje vzorec chování.*“ (Řehan, 1994, s. 30). Příkladem techniky „rozpouštění“ předchozího stresu pomocí účinků alkoholu můžeme nalézt v USA, kde vznikl pojem „manager’s drink“ popisující zvyky mužů, kteří celodenně pracují a po příchodu z práce si namíchají více jak 3 drinky. Koncept behaviorální psychologie a teorie učení byl v minulosti nejčastěji využíván k tomu, aby zpochybnilo pojetí alkoholismu jako choroby. Pokud si totiž chování alkoholika představíme jako naučený vzorec, je možné jej přeučit. Dnes už, po řadě korekcí přístupu, mluvíme o interpretaci některých vývojových souvislostí. **Humanistická psychologie** spatřuje vznik závislosti na alkoholu v narušení přirozených seberealizačních tendencích vlivem zpochybnění sebe sama a ohrožení vztahů s lidmi. Lidé s těmito znaky využívají alkohol ke zdánlivě navozeným pocitům sebeuchopení, eliminaci pochybností a obnovení pocitu seberealizace (Řehan, 1994, s. 29 – 31).

Teorie vycházející z humanistické psychologie nám uzavřely kapitolu o příčinách vzniku závislosti na alkoholu. Jednoznačně jde o problematiku poskytující širokou řadu možností v oblasti výzkumu. Pro nás se stala tematika příčin vzniku závislosti na alkoholu stěžejní při tvorbě práce. Všechny zmíněné teorie je možno nastudovat a využít při práci se závislými jedinci. Naším cílem ovšem bylo uchopit jednotlivé faktory vzniku závislosti

tak, jak je vidí samotní závislí. I když nám výše zmíněné teorie mohou poskytnout dobrou oporu, je vždy velmi nezbytné uvědomit si, jak jedinečná a individuální je práce s lidmi a to nejen v rámci léčby, ale samozřejmě i v oblasti prevence. Právě pojmům - prevence a léčba – budou věnovány následující řádky.

3 PREVENCE A LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Třetí kapitolu diplomové práce zaměřujeme na prevenci a léčbu závislosti na alkoholu. Jednotlivé podkapitoly textu nabídnou průřez hlavními typy prevence, které zaměříme na konkrétní činnosti spojené s prevencí konzumace alkoholu. Následně vytvoříme přehled činností, uplatňovaných při léčbě závislostí a zaměříme se krátce taktéž na sociální práci se závislými. V neposlední řadě popíšeme základní typy služeb, ať už zdravotních či sociálních, které mohou závislí využívat, včetně doléčovacích programů.

Prevence je pojem, který pochází z latiny (*praeventia*) a znamená možná opatření učiněná předem, včasnou obranu a ochranu. Za důležité při prevenci považují autoři především výchovu k rozvoji osobnosti dítěte, osvojení sociálního chování a zdravého životního stylu (Kachlík, 2011). Preventivní opatření jsou koordinovány vládou. Finančně a organizačně se na nich podílí mimo vlády také Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo obrany, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo spravedlnosti. Příkladem konkrétních opatření, kterými se jednotlivá ministerstva podílí na prevenci, jsou například preventivní programy realizované v rámci minimálních preventivních programů a výchovná péče o osoby mladší 18 let (MŠMT) či opatření primární, sekundární a terciární prevence pro oblast sociální péče (MPSV) (§18 zákona č. 379/2005 Sb.).

3.1 Prevence závislosti na alkoholu

Prevence je vedle léčby závislosti neméně důležitá cílená činnost zaměřená na omezení užívání psychoaktivních látek nebo alespoň snížení negativních důsledků jejího užívání (Vágnerová, 2014, s. 525).

Jejím cílem je snížit škody, které způsobilo užívání návykových látek. K takovým škodám patří nejen vznik závislosti na návykových látkách, ale také intoxikace, úraz či jiné zdravotní komplikace. Účinná prevence ovlivňuje chování ve smyslu podpory zdraví a zdravého životního stylu. Strategie preventivních programů je zaměřena na dvě části: snížení nabídky a snížení poptávky. Jde tedy o menší dostupnost látek (snížení nabídky) a menší zájem o látky (snížení poptávky). Oba přístupy se navzájem posilují (Nešpor a Csémy, 1996, s. 20). Významnou roli Nešpor a Csémy (1996, s. 21 - 22) vidí v prevenci v rodině a v rámci ní popisují několik hlavních zásad, které podporují účinnou prevenci: získání důvěry a umění naslouchat dítěti; hovoření s dítětem o návykových látkách; před-

cházení nudě; vytvoření zdravých rodinných pravidel; pomoc dítěti bránit se nevhodné společnosti; posílení sebevědomí dítěte a pomáhání dítěti přijmout hodnoty, které usnadní odmítat návykové látky. Obecně lze říci, že pro prevenci v rodině je nejvhodnější vřelá a středně omezující výchova.

Při dělení prevence budeme vycházet z klasického třídění prevence rizikového chování, které uvádí Martanová (In: Kalina et al., 2015, s. 261) jako primární, sekundární a terciární. Primární prevenci lze členit na nespecifickou a specifickou prevenci. V rámci specifické prevence ještě můžeme postupovat dále a dělit ji na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všechny výše zmíněné typy si nyní přiblížíme a jak již bylo zmíněno, zaměříme se na specifika prevence užívání alkoholu.

3.1.1 Primární prevence

Primární prevence pracuje s pojmem rizikové chování, který nahradil dlouho užívaný pojem sociálněpatologický jev a znamená chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních a výchovných rizik. Za rizikové chování je dnes považováno například záškoláctví, šikana a agrese, rasismus, sexuální rizikové chování a závislostní chování tedy adiktologie (Miovský et al., 2010, s. 23-24). Prevenci v adiktologii představují aktivity a programy, které jsou úzce zaměřené na oblast užívání a uživatelů návykových látek a s tím spojená rizika a jsou charakteristická třemi hlavními rysy: „...*přímým a explicitně vyjádřeným vztahem k oblasti užívání a uživatelů návykových látek a tématům s tím spojeným, jasnou časovou a prostorovou ohraničeností realizace (na ose: zmapování potřeb, plán programu a jeho příprava, provedení a zhodnocení programu a jeho návaznost) a zacílení na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím souvisejícím zdůvodněním matchingu (tj. přiřazování určité skupiny či jedince k danému typu programu odpovídajícím potřebám a problémům cílové skupiny)*“ (Miovský et al., 2010, s. 77). Konkrétní příklad takového programu zaměřeného na adiktologii může být nácvik aktivního posilování odmítavého postoje k nabízené látce (Miovský et al., 2010, s. 77). Primární prevence spočívá v šíření informovanosti o tom, že užívání psychoaktivních látek má nepříznivé účinky na lidský organismus, život. Snaží se směřovat svůj předmět zájmu na to, aby lidé s užíváním látek nezačali a problémy spojené s konzumací tak vůbec nevznikly. U některých jedinců mohou informace vyplývající z preventivního programu vyvolat opačný efekt a být pro dospívající impulzem k experimentování s látkami (Vágnerová, 2014, s. 525). I přes to, že existují důkazy o pozi-

tivních efektech, které vyplývají ze zvýšeného povědomí o alkoholu, tak neexistuje žádný důkaz o trvalých účincích na chování (Anderson et al., 2012, s. 35). Vracíme se tak ke zmíněné potřebě pracovat na vhodné prevenci v rámci rodinného prostředí, o které se zmiňuje Nešpor a Csémy. Bez vhodných návyků v rámci volnočasových aktivit a otevřené konverzaci s rodiči o existenci a rizicích účinků alkoholu by primární prevence nebyla dostatečně funkční.

Nespecifická primární prevence zahrnuje aktivity, které nemají přímou souvislost s rizikovým chováním, a také ty, které napomáhají snižovat riziko vzniku rizikového chování díky lepšímu využívání volného času. Takovou prevencí mohou být například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity, které vedou k dodržování společenských pravidel. Je tedy možné tvrdit, že nespecifickou prevencí můžeme využívat i v případě neexistence projevů rizikového chování. Programy nespecifické prevence hrají významnou roli při péči o děti a mládež a tvoří „dobré podhoubí“ pro aktivity specifické prevence. **Specifickou primární prevencí** tvoří takové aktivity a programy, které odpovídají konkrétnímu rizikovému chování a cílové skupině, u které se v průběhu času může objevit rizikové chování. Specifickou primární prevencí tvoří prevence všeobecná, selektivní a indikovaná (Martanová, In: Kalina, 2015, s. 261-262).

Všeobecná, selektivní a indikovaná primární prevence

S ohledem na míru ohrožení cílové skupiny a z ní vyplývající intenzity programu lze mluvit o třech úrovních specifické primární prevence. Intenzita programu se vyznačuje prostředky a nástroji které program využívá a úrovní zapojení cílové skupiny do programu. **Všeobecná primární prevence** pracuje s běžnou populací dětí a mládeže a to bez přímého rozdělení na méně či více rizikové skupiny. Zohledněno je pouze věkové složení cílové skupiny. Na osobu realizátora všeobecné primární prevence nejsou kladeny takové nároky jako na realizátora selektivní a indikované primární prevence, ale i tak by měl projít specifickou přípravou zaměřenou na prevenci rizikového chování. K cílům tohoto typu prevence patří zamezení nebo oddálení užívání návykových látek a k jejich plnění slouží specifické programy s propracovanou metodikou, definovanou cílovou skupinou z hlediska věku, institucionálním zařazením a mírou ohrožení rizikovým chováním. Skupina, pro kterou je program všeobecné primární prevence tvořen, tvoří větší počet jedinců (obvykle jde o školní třídu nebo menší sociální skupinu). **Selektivní primární prevence** pracuje s osobami, u kterých jsou přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj rizikového chování tzn. jsou nadprůměrně ohrožené. U cílové rizikové skupiny selektivní prevence je jasně

dána míra rizika pro určitý typ rizikového chování a na základě toho jsou určeny konkrétní intervence. Existuje jasný a cílený výběr jedinců do tzv. intervenčních skupin, který se opírá o rodinné, vrstevnické a komunitní indikátory. S ohledem na konkrétnější aktivity se také zvyšuje nárok na preventistu, který program připravuje a realizuje. Poslední typ primární prevence, tzv. **indikovaná primární prevence**, se zaměřuje na jedince, u kterých se již vyskytlo rizikové chování nebo kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů. Vybraní jedinci jsou identifikováni ve fázi, kdy s návykovými látkami experimentují, ale stále nedosáhli bodu, kdy by u nich byla stanovena klinická diagnóza, závislost. Preventista se snaží podchytit problém co nejdříve. Posoudí a vyhodnotí potřebnost specifických intervencí, které následně rychle zahájí. Připravenost preventisty je nejvyšší a cílem prevence je oddálit užívání, snížení frekvence užívání a zmírnění následků (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 262 - 264).

O něco blíže se nyní podíváme na selektivní a indikovanou prevenci, které, jak jsme si již zmínili, kladou větší důraz na připravenost preventivy, který program vede, ale jsou též typické skupinou jedinců, která je rizikovým chováním ohrožena nebo již s konzumací alkoholu započala.

Selektivní primární prevence si klade za cíl začít pracovat s nadprůměrně ohroženou skupinou jedinců co nejdříve a identifikovat u ní kritická místa. Intervence s cílovou skupinou jsou zaměřeny na vysoce rizikové jedince nebo celé rodiny (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 265). „*Tito lidé jsou definováni tím, že patří do segmentu populace charakterizované epidemiologicky nebo empiricky stanovenými rizikovými faktory: například demografické faktory, psychosociální prostředí, biologické genetické faktory*“ (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 265). Martanová (In: Kalina et al. 2015, 265 - 266) dodává, že riziko vzniku rizikového chování je často úzce spjato s rizikem sociální exkluze skupiny (nezaměstnaní, bezdomovci, etnické minority apod.). Program selektivní prevence pracuje skupinově i individuálně a v rámci intervence je kladen důraz především na zapojení rodičů u nezletilého dítěte a pokud možno i školy. Charakteristickým znakem jsou osoby, u nich se empiricky stanovené biopsychosociální rizikové faktory ukázaly jako prekurzory rizikového chování a užívání návykových látek ve vybrané populaci. Kumpfer (1996 cit. podle Martanová, In: Kalina et al. 2015, s. 266- 267) stručně popisuje vlastnosti efektivní selektivní prevence, kterými jsou menší počet účastníků intervenční skupiny, cílené zaměření na snížení rizik cílové skupiny, intenzivnější a delší programy, větší počet kvalifikovaných pracovníků v kontextu multisystémového problému a více ná-

kladný program, který je zaměřený na širší spektrum rizikových a ochranných faktorů. Tento autor přidává také výčet prostředí, ve kterém lze najít vysoce rizikové děti a mládež. Například jde o děti rodičů užívající alkohol nebo jiné návykové látky, děti vězňených rodičů, děti žijící v oblastech s vysokou kriminalitou a chudobou nebo fyzicky a sexuálně zneužívané děti.

Indikovaná primární prevence se objevuje u populace, kde je potřeba ještě působit preventivně, ale kde se zároveň vyskytujeme na hranici potřeby léčby. Jak již bylo zmíněno, stále u jedinců, pro které je indikovaná prevence určena, nebyla stanovena diagnóza závislosti. Orientuje se na prevenci chronického užívání a staví si za cíl například omezení frekvence užívání a v evropském pojetí jde například o podporu méně škodlivého užívání, tedy neinjekčního. Stále více se využívá spíše individuální intervence a mnohem více roste nárok na náklady programu a vzdělání odborníků. Hlavním cílem je identifikace jedinců, kteří vykazují zvýšené riziko rozvoje užívání návykové látky v průběhu života či jedinců, kteří již návykovou látku užívají. Díky existenci tzv. screeningovým nástrojům lze stanovit míru ohrožení a nastavit vhodný program. Tato opatření identifikují jedince s rizikovým chováním a následně je cíleně zařadí do programu. Vhodnými indikátory jsou v případě indikované prevence školní potíže, potíže se zákonem, zdravotní nebo jiná onemocnění nebo nárazové pití (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 268).

Mezi indikovanou prevencí, včasnou intervencí a selektivní prevencí a léčbou není zcela jasně definovaná hranice (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 269). „*Existuje malý překryv, kde je obtížně stanovitelné, zda ještě jde o intervenci indikované prevence (včasnou intervenci), či již počínající léčbu/terapii potíží...*“ (Martanová, In: Kalina et al., 2015, s. 269). Martanová (In: Kalina et al. 2015, s. 269) dodává, že jasným kritériem pro rozlišení může být stanovení medicínské diagnózy.

3.1.2 Sekundární a terciární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na osoby, které již nějakou návykovou látku užívají nebo se na ní staly závislými. Sekulární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvání závislosti (Kalina, 2008b, s. 20). Jejím úkolem je včasné vyhledání závislých jedinců a dopomoc k jejich léčbě. V tomto případě nastupují různá komunitní centra, která mohou být nápomocná při cestě k abstinenci. Centra mohou konzumenti navštívit sami, a to bez obavy z toho, že by mohli být někde registrováni (Vágnerová, 2014, s. 525).

V případě terciární prevence jde o předcházení vážnému nebo trvalému poškození z důvodu užívání návykových látek, ať už na úrovni zdravotní nebo sociální. Mluvíme tedy o resocializaci či sociální rehabilitaci u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo o intervenci u klientů, kteří látku užívají a nejsou rozhodnutí s užíváním přestat (Kalina, 2008b, s. 22). Terciární prevence využívá přístupu sociální práce, a to především při hledání zaměstnání, bydlení, při kontaktu s úřady a při pomoci rodinám závislých. Dále pracuje se zdravím uživatelů návykových látek především předcházením přenosných onemocnění. Pod takovými opatřeními si můžeme představit například výměnu jehel a stříkaček. V neposlední řadě představuje terciární prevence psychologickou pomoc formou komplexních doléčovacích aktivit, individuální a skupinové práce (Kalina, 2008b, s. 22-23). Vágnerová (2014, s. 525) dodává, že jde obvykle o terénní práci mezi uživateli v jejich přirozeném prostředí.

Jako poslední jsme do této kapitoly zařadili pojem harm reduction. Harm reduction (HR) znamená snižování škod a poškození, které nemluví jen o zdravotní stránce užívání návykových látek a možných následcích, ale orientuje se na všechna možná rizika, která se shodují s uvedeným bio-psycho-sociálním modelem vzniku a rozvoje závislosti. Například při závislosti na tvrdších drogách jde v případě harm reduction nejen o poskytnutí informací o škodlivosti nitrožilního užívání, ale také o předání informací o rizicích nesplácení dluhů, nalezení stabilního bydlení a získání sociálních dávek (Janíková, In: Kalina, 2015, s. 272). Harm Reduction neusiluje o to, aby došlo k absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale snaží se zaměřit na negativní důsledky takového užívání. Svým způsobem jde o stabilizaci životního stylu uživatele, zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné a duševní pohody (Kalina, 2003, s. 263). Toto tvrzení poukazuje na velmi široké zaměření HR (Janíková, In: Kalina, 2015, s. 273). Spojení harm reduction vzniklo především ve spojitosti s užíváním nelegálních látek, ale dnes je používáno také v kontextu užívání alkoholu (nebo tabáku). Cílem je podpora využití různých forem intervence a podpora při zvažování změny životního stylu. Cílů bývá dosahováno na základě podávání informací a vedení poradenského rozhovoru. HR dnes chápeme v mnoha významech. Může jít o pilíř protidrogové politiky (viz. obrázek č. 2) nebo o program výměny jehel jako přímá intervence, která zajišťuje bezpečnější užívání látek, nebo také o soubor praktických strategií snižující negativní dopady na uživatele. Obecně ale mluvíme o práci s klientem v situaci, ve které se právě nachází (Janíková, In: Kalina, 2015, s. 272 – 273).



Obrázek č. 2: Piliře protidrogové politiky (Úřad vlády České republiky, 2005)

3.2 Léčba závislosti na alkoholu

Současná doba nabízí pro osoby se závislostí na alkoholu množství služeb, které podpoří jejich rozhodnutí bojovat se svou závislostí a nasměrují jedince ke střízlivému stylu života. Lidé mají možnost zvolit si cestu ambulantní nebo pobytovou formou a díky síti služeb mohou podstupovat léčbu závislosti napříč celou republikou i světem. Konkrétními službami, jejich rysy, specifiky a odlišnostmi se budeme zabývat v uvedené kapitole blíže. Podle Kaliny (et al., 2015, s. 116) panuje obecná shoda, že závislost je léčitelná a léčba závislosti je možná a nutná. K výčtu negativních faktorů závislosti, které je nutné vnímat, patří příklad zhroucení způsobilosti plnit osobní a sociální role a celkový životní debakl nebo smrt. Proto léčba závislosti zachraňuje život a podporuje duševní, tělesné a sociální zdraví. Dle Csémy (2012 cit. podle Vágnerová, 2014, s. 523) jde o obtížný a dlouhodobý proces, jehož efekt nebývá vždy uspokojivý. Statisticky je schopno abstinovat v průměru 30% mužů závislých na alkoholu a 50% žen s touto závislostí. Účinnost léčby je tedy nejistá a zvyšuje se při přijetí faktu, že závislost je nemoc a abstinence je účinnou možností, jak tuto problematiku zvládnout. Další podporou při účinné léčbě můžou být podpora blízkých a zvládnutí jiných psychických problémů jako je např. deprese. Velmi důležitá je při léčbě závislosti motivace k léčbě a ochota ke spolupráci při ní. Léčba závislosti se často orientuje především na léčbu toxikomanů. I přes to však existuje síť nestátních organizací pracujících se závislými na alkoholu, které doplňují soukromé ambulance psychiatrů (Pro-

fous, 2013, s. 77). Hersen a Sledge (2002, s. 14) rozebírá důležitost cílení léčby na různé specifické skupiny obyvatel, která vnímá odlišnosti nejen genderové a rasové, ale také socioekonomické či vzdělávací. Všechny tyto faktory výrazně ovlivňují vstup do léčby a její průběh.

Než však bude možné mluvit o konkrétních léčebných metodách a službách, které léčbu poskytují, je důležité upozornit na fakt, že adiktologická praxe vykazuje mezi některými oblastmi velmi neostrou hranici, kterou si odborníci vykládají různě. Takovou hranici popisuje Miovský, Čablová a Jurystová (In: Kalina, 2015, s. 286), když zmiňují hranici mezi časnou diagnózou a krátkou intervencí, tedy hranici mezi prevencí a léčbou. Základem úspěchu a efektivity pro obě tyto oblasti je skutečná dostupnost obou a přístupnost pro co nejširší populaci. **Časná diagnostika** předchází samotnému provedení krátké intervence a vyznačuje se především aplikací screeningových nástrojů, které napomáhají k rychlé a jednoduché identifikaci problému s užíváním návykových látek. Následně přispívají ke stanovení rozhodnutí, zda u daného jedince vznikla potřeba další, důkladnější diagnostiky a monitorování situace. Screeningové nástroje jsou flexibilně využitelné napříč profesemi v sociálních, zdravotních i školských zařízeních a nejsou náročná na čas ani administrativu. Poskytují nám možnost podchycení problému před vznikem nebo v zárodcích a naplánovat tak možnou časnou intervenci. Časná, **krátká intervence** se pohybuje v rozsahu od jedné do šesti intervencí, které trvají pět až dvacet minut. Základem krátké intervence je posouzení (kvalifikovaný odhad) rozsahu klientova problému. Dochází k tomu na základě výpovědi jedince, somatického vyšetření a následně diskuze nad důsledky užívání návykové látky a nabídky možností jiných služeb. I krátká intervence je dobře využitelná ve zdravotních, sociálních i školských zařízeních. Jednoduchá metoda krátké intervence je 4A, která je určena především pro alkohol a skládá se ze čtyř částí: ask (dotaz ohledně pití), assess (posouzení stavu), advice (jednoduchá rada) a arrange (dojednání další schůzky nebo jiné formy pomoci). Dnešní doba otvírá také možnost využít online krátkou intervenci přes internet pomocí elektronického dotazníku. Snaha České republiky o ukotvení povinnosti aplikovat v indikovaných případech krátkou intervenci se nyní rozebírá v rámci novely zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Cílem časně intervence (z anglického early intervention) je podle Nešpora a Csémyho (1996, s 27), aby lidé užívající návykové látky svou závislost začali řešit co nejdříve. Je známo, že léčba v časných stádiích problému je jednodušší, levnější a úspěšnější. K tomu dodávají,

že časnou intervenci neprovádí odborníci v oboru adiktologie, ale především praktiční lékaři, odborníci (neurologové, traumatologové), a jiní lidé formou linek důvěry, svépomocných manuálů, rodinné terapie atd. Krátká intervence zahrnuj poskytnutí důležitých materiálů a informací o krizové pomoci a doporučení k přerušení užívání a k sebemonitorování, na kterých se podílí mimo jiné také různá kontaktní ambulantní centra, která v ČR zastupuje například Sananim nebo DROP IN (Vágnerová, 2014, s- 523). §19 zákona č. 379/2005 Sb. podotýká, že zdravotničtí pracovníci jsou při výkonu své práce povinni provést krátkou intervenci u osob, které užívají alkohol a jiné návykové látky.

Od časně diagnostiky a krátké intervence se přesuneme k významným procesům, které se užívají v adiktologické praxi při léčbě závislosti. Patří k nim například adiktologické poradenství, motivační rozhovory, farmakoterapie či psychoterapie. Abychom se tedy mohly dostat až k jednotlivým typům sociálních a zdravotnických služeb, musíme se dozvědět, jak se s adiktologickými klienty pracuje.

Adiktologické poradenství je definováno jako proces, ve kterém přichází do interakce adiktolog s klientem nebo skupinou klientů, kteří mají adiktologický problém. Dochází k poskytnutí informací nebo rad, vedení či podpoře při řešení závislostního chování nebo problémů úzce spjatých s touto problematikou. Cílem je zlepšit schopnosti klienta tak, aby byl schopný se ve své životní situaci orientovat a na základě svých zdrojů a využití vlastních sil řešit vzniklé problémy. Jde o nejčastější metodu využívanou při léčbě závislosti (Mercer a Woody, 2007 cit. podle Vondráčková, In: Kalina et. al. 2015, s. 301). V adiktologickém poradenství existují tři hlavní komponenty: obsah (co klient sděluje); vztah (v jakém vztahu obsah sděluje) a forma (v jaké formě obsah sděluje). Podle obsahu sdělení adiktolog poskytuje poradenství psychologické, právní, zdravotní a sociální. Vztah mezi klientem a terapeutem může být pracovní, přenosový a protipřenosový, reálný. Tyto vztahové komponenty se mohou vyskytovat jak současně, tak i vedle sebe. Formy adiktologického poradenství rozlišujeme čtyři. Jde o krizovou intervenci, individuální poradenství, skupinové poradenství a rodinné poradenství (Vondráčková, In: Kalina et. al., 2015). Millerová (2011) mluví o těchto formách jako o aspektech adiktologického poradenství, které závislého učí pracovat se svou závislostí a krizovými situacemi a které přináší bezpečné prostředí pro utříbení citlivých a osobních problémů.

„Motivační rozhovory jsou na klienta orientovaným poradenským přístupem, zaměřeným na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a podpořit vnitřní motivaci ke změně chování“ (Soukup, In: Kalina et. al., 2015, s. 316). Tyto změny přímo souvisí

s problémovým chováním či zvýšením kvality života a mohou být drobnější (zjištění otvírací doby na Úřadu práce) nebo i zásadní (například rozhodnutí přestat užívat návykové látky nebo nastoupit léčbu). Původně byly motivační rozhovory využívány například v nápravných zařízeních, při práci s mladistvými či na psychiatrii. Nyní se hojně využívají právě v adiktologii. Motivační rozhovory se vyznačují některými technikami, které se při nich využívají. Jde především o techniku reflektivního naslouchání, kladení otevřených otázek, oceňování, shrnování a informování (Soukup, In: Kalina et. al., 2015). Používají se jako krátkodobá intervence a vychází z kognitivně-behaviorálních principů (Schulte et. al., 2010, s. 86.).

Farmakoterapie v adiktologii nabízí široké spektrum léčiv, které se v podstatě shoduje se spektrem farmakoterapie celé psychiatrie. Nás budou nejvíce zajímat léčiva z tzv. ATC skupiny, tedy anatomicko-terapeuticko-chemické. Do ATC skupiny patří léčiva k terapii závislostí (na alkoholu, na opioidech), psycholeptika, analgetika a antiepileptika. Jsou využívána při zvládnání akutní intoxikace, zvládnání odvykacích stavů, panických atak, akutních „toxických psychóz“, snižování cravingu aj. (Dvořáček a Kalina, In: Kalina et. al., 2015). Nešpor a Csémy (1996, s. 59) upozorňují na riziko, které se objevuje u farmakoterapeutické léčby a tím je fakt, že velká část psychofarmak je zároveň návyková a u jedinců by mohlo dojít k vytvoření závislosti na farmakoterapeutických léčivech.

Každý pracovník/terapeut také může využívat různé typy terapií. **Psychoterapie** obecně slouží k dosažení náhledu, uvědomování a mapování projevů bažení, porozumění mechanismu vzniku závislosti a přijetí změny životního stylu. Je potřeba se závislým pracovat na akceptaci závislosti jako trvalé součásti jejich osobnosti. V rámci psychoterapie pak dochází k nácvikům různých způsobů vyrovnávání se se zátěžovými situacemi a posilování pozitivní motivace (Vágnerová, 2014, s. 524). Mezi výčet těch nejzákladnějších forem patří behaviorální terapie, která vychází z předpokladu, že závislost je naučené chování (stejně tak, jako ostatní typy problémového chování) a která pracuje především s klasickým a operativním podmiňováním. Vydatně využívá nácvikových metod (nácviky relaxace, nácviky sociálních a komunikačních dovedností aj.). Kognitivně-behaviorální terapie chápe užívání psychoaktivních látek jako naučenou kognitivně-behaviorální strategii a klade důraz především na kognitivní učení. Kognitivní učení je velmi složitý proces, který klade velkou zřetel na celoživotní vývoj daného jedince. KBT klienta vede k tomu, aby rozpoznal škodlivé strategie chování, aby byl schopen najít pro sebe méně škodlivé strategie chování a aby zvýšil sebeřízení a sebekontrolu pomocí některých nácvikových

metod. Rodinná terapie a práce s blízkými. Fakt, že je rodina důležitým faktorem při léčbě závislosti, si uvědomovali odborníci již před vznikem rodinné terapie. Předpokladem pro využití metody rodinné terapie je intenzita vzájemných vztahů, míra poškození rodinných interakcí a vztahů, ochota ke spolupráci a fáze užívání, v níž se závislý nachází. Aby byla rodinná terapie účinná, musí být klient i rodina informováni o smyslu, cílech a pravidlech společné práce, rodina musí být důkladně informována o léčebném procesu a fázích a po celou dobu spolupráce je potřeba, aby byl ověřován bezpečný prostor klienta a rodiny (Kalina et al. 2015). Nešpor a Csémy (1996, s. 63) vnímají rodinnou terapii jako jeden z podstatných prvků efektivní léčby. Rodina může být podle nich zdrojem masivní patologie a četných problémů, ale také zdrojem veliké emoční podpory. Fungující rodina se často podílí na motivaci k léčbě a pozitivní změně. Vágnerová (2014, s. 542) dodává, že je důležité zachování významných mezilidských vztahů a zázemí v rodině. To by mělo být pro závislého motivující a ochranné.

Důležitý prvek práce se závislými vnímáme v **sociální práci**. Nejvhodnější je u klientů, kteří pochází ze znevýhodněných socioekonomických skupin, a stává se nedílnou součástí jejich léčby. Měla by probíhat v souladu s prací terapeutů. U klientů se závislostí na alkoholu nebo jiných látkách je důležité brát v sociální práci v potaz zájmy a potřeby lidí v okolí (rodiny, dětí, rodičů aj.). Terapeutické komunity a jiné dlouhodobé doléčovací programy nabízí svým klientům možnost touto cestou získat pracovní návyky a jiné dovednosti (Nešpor, Csémy, 1996, s. 61). Sociální práci je možno provádět skupinovou formou, která je výhodná nejen z hlediska času a peněz, ale také z důvodu možnosti efektivního řešení problémů díky sociální interakci. Se skupinou mohou pracovat sociální pracovníci stejně tak jako psychologové či terapeuti. Délka jednotlivých sezení bývá různá a skupinová práce může být použita jako prevence, léčba, krátkodobé poradenství či podpora a rehabilitace (Mašát, 2012, s. 16 – 17). Sociální práce v doléčovacích programech se může věnovat jednotlivcům ve formě poradenské činnosti při vyřizování dávek z oblasti pomoci v hmotné nouzi, při hledání zaměstnání a řešení dluhové problematiky. Stejně tak může nabídnout skupinovou práci s klienty ve formě vzdělávacích aktivit s důrazem na sdílení zkušeností při znovunavrácení do pracovního a společenského života. Celkově je sociální práce v adiktologii nepostradatelnou součástí, která vytváří podporu a cenné rady svým uživatelům.

3.2.1 Možnosti léčby závislosti na alkoholu – sociální a zdravotní služby

Snaha o léčbu závislých na alkoholu se objevila až v 19. století (Vágnerová, 2014, s. 523). Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, závislost lze řešit formou ambulantních či pobytových služeb. Odborná péče u osoby se závislostí na alkoholu je poskytována zdravotními a sociálními službami, popřípadě jinými zařízeními, které byly za tímto účelem zřízeny. Zákon popisuje následující typy odborné péče: akutní lůžková péče pro osoby, které se po požití alkoholu octli v ohrožení zdraví; detoxifikace ve formě ambulantní a lůžkové péče; kontaktní a poradenské služby; ambulantní léčba; stacionární programy; substituční léčba; rezidenční péče v terapeutických komunitách a programy následné péče. (§ 20 zákona č. 379/2005 Sb.). Na tomto místě nyní rozebereme jednotlivé typy péče právě podle zmíněného zákona.

Detoxikace a detoxifikace bývají souhrnně označovány jako detox. Ten se provádí na detoxikačních jednotkách, které složí k léčbě akutních odvykacích stavů. Detoxikace by měla zbavit organismus návykové látky a snížit nepříjemné odvykací stavy a detoxifikace je speciální metoda, která se snaží o zastavení užívání látky a snížení abstinenčních příznaků (MeDitorial+, 2016). Obvykle se provádí na záchytných stanicích, které jsou v dnešní době otevřeny nepřetržitě. Služby zajišťuje odborný zdravotnický personál a poskytují péči v úseku ochrany zdraví před alkoholismem a to vše v souladu se zákonem č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (Psychiatrická nemocnice Brno, 2016). Protialkoholní záchytná stanice je zdravotnické zařízení, které je zřizováno územně samosprávnými celky. Zákon stanovuje, že v případě prokázání přítomnosti alkoholu v krvi hradí dopravu, vyšetření, ošetření a následný pobyt ošetřená osoba (§ 17 zákona č. 379/2005 Sb.).

Terapeutické komunity vznikly díky dvěma relativně nezávislým proudům. První proud v průběhu 2. světové války ve Velké Británii byl určen pacientům s poruchami duševního zdraví a druhý proud o dekádu později v USA pro drogově závislé. Pro nás je důležitý fakt, že v České republice vznikla první terapeutická komunita pro uživatele návykových látek v roce 1991 a dnes mají v adiktologii nezastupitelné místo (Šafránek, 2014). V širším pojetí je terapeutická komunita systémem a v užším pojetí je metodou. Pro širší pojetí jde o organizaci, ve které se prosazuje otevřená všestranná komunikace a na rozhodování v ní se podílí nejen členové týmu, ale i klienti, kteří se v organizaci scházejí při pravidelných schůzkách k projednávání problémů. V užším slova smyslu jde o psycho-

terapeutickou metodu, která využívá modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci interpersonálních stereotypů chování a prožívání (Kratochvíl, 2005 cit. podle Kalina, 2008a, s. 17). I přes fakt, že mnohé terapeutické komunity byly zaměřeny na drogově závislé, nejde o jejich primární zájem a terapeutické komunity se věnují také klientům se závislostí na alkoholu. Většina studií, které hodnotí výstupy léčby těchto klientů, uvádí pozitivní účinky pobytu v komunitách jako „snížení užívání alkoholu“ (Kalina, 2008a, s. 280). Terapeutické komunity můžeme najít pod § 68 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde se o nich píše jako o pobytových službách nejen pro osoby se závislostí na návykových látkách, ale i pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které si kladou za cíl začlenit jedince do běžného života. Tohoto cíle dosahují poskytováním činností, jako jsou poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím či sociálně terapeutickou činností.

Protialkoholní léčba je jedním z významných prvků možnosti řešení závislosti a je nabízena v rámci psychiatrických léčen, kontaktních center a jiných služeb, které je možno vyhledat napříč republikou. Protialkoholní léčbu lze podle Profouse (2013) dělit na ambulantní a ústavní. Ambulantní léčba by přitom měla být, podle tohoto autora, zprvu preferována a zároveň by mohla také u mnoha závislých postačit. Může tvořit jakési síto a při nezdaru by měla teprve následovat léčba ústavní, ke které mohou být lidé následně více motivováni. Paradoxně je ambulantní léčba těžší než ústavní a pomáhá překonat počáteční stud a přijmout diagnózu. S pacienty se pracuje skupinově či individuálně maximálně jednou týdně a léčba může být proložena užíváním Antabusu, který zabraňuje napití. Počátek léčby dokáže Antabus podstatně usnadnit, protože napití při jeho užití v podstatě nepřichází v úvahu. Jistou výhodou ambulantní léčby může být fakt, že je léčený i jeho rodina v neustálém kontaktu a konfrontaci. Ústavní léčba je typická tím, že je nasazována v případech nezbytné potřeby. Jak již bylo zmíněno, měla by jí předcházet neúspěšná léčba v ambulantní formě. Různé formy psychoterapie jsou v „ústavu“ využívány denně a režim léčby také podporuje osvojení pravidelného stravování či sportovních aktivit. *„Obě formy protialkoholní léčby jsou však jen jakousi vývojkou, ustálení přinese až navazující dlouhodobé ambulantní, pak klubové doléčování.“* (Profous, 2013, s. 87)

Programy následné péče jsou určeny pro osoby po ukončení ústavní léčby nebo pobytu v terapeutické komunitě. Vhodné je zařadit jedince do tzv. doléčovacího programu, kde jsou nabízeny komplexní služby, které zahrnují řadu možností od individuální

a skupinové terapie po pracovní a sociální poradenství. Cílem péče v následném programu je podpořit bývalého konzumenta v jeho rozhodování abstinovat a pomoci mu začlenit se do běžného života (MeDitorial+, 2016). Programy následné péče jsou součástí terciární prevence závislosti a kladou si za cíl výrazně zefektivnit celý systém péče o osoby závislé na návykových látkách (Centrum protidrogové prevence a terapie, 2011). Následnou péči řadíme dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách mezi služby sociální prevence. § 53 tohoto zákona vysvětluje přínos služeb sociální prevence jako snahu zabránit sociálnímu vyloučení u osob, které jsou ohroženy krizovými situacemi či způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností.

3.3 Doléčování závislosti na alkoholu

Dostáváme se k závěrečné kapitole teoretické části práce. Zde se zaměříme na doléčovací programy v rámci léčby závislosti na alkoholu. Důležitost doléčovacích programů lze vidět jak v udržení abstinence jedince, tak i v následném psychoterapeutickém programu spojeném s pracovním poradenstvím, poskytnutím bydlení či jinými aktivitami. Blíže k doléčování závislosti se dostaneme nyní. Existuje mnoho různých pohledů a metod, které si kladou za cíl zlepšení života lidí, kteří se z různých důvodů mohli ocitnout mimo běžnou populaci a zvětšit jejich zapojení do společnosti. Práce s lidmi při návratu do společnosti může zahrnovat posílení kvality života a naplňování sociálních rolí. Tyto činnosti a mnohé další, se skrývají pod pojmem psychosociální rehabilitace (Wilken, Hollander, 1999). Psychosociální rehabilitaci vnímáme jako hlavní součást doléčování závislosti a to především kvůli tomu, že v silách sociálních pracovníků či terapeutů je obrovská vůle k tomu, pomoci lidem se závislostí zlepšit si svůj dosavadní život a znovunavrátit mu jeho kvalitu.

Doléčování závislosti spočívá v posilování a podpoře abstinence po absolvované léčbě a popisuje tak pouze část pojmu následná péče, se kterým bývá často zaměňován (Kalina, et. al. 2001 cit. podle Pavlovská a Dolanská In: Kalina et al., 2015, s. 471). Následná péče a tedy také doléčování je nedílnou součástí procesu léčby a resocializace u osob se závislostí. Zahrnuje tak služby a intervence, které navazují na léčbu a jsou zaměřené na udržení dosažené změny chování a plnohodnotné sociální začlenění uživatelů návykových látek do podmínek běžného života. V procesu změny závislého je následná péče poslední fází, kterou jedinec prochází a jejích cílem je snaha o udržení navozené změny. Jinak řečeno jde o pomoc klientovi, který ukončil léčbu, překlenout období přechodu zpět

do normálního života a dopomoci mu se připravit na problémy spojené s tímto přechodem. To vše zajišťují tým pracovníků tvořený psychologem, sociálním pracovníkem, lékařem a adiktologem a pracují v některém z následujících typů služeb: doléčovací program, chráněné bydlení a chráněné/podporované zaměstnání.

Chráněné bydlení je důležitou službou v rámci následné péče, pod kterou si můžeme představit také domy na půli cesty nebo azylové domy. Návrat klienta po dlouhodobé léčbě do běžného prostředí bývá velmi náročný a z této skutečnosti vychází pobyty v chráněném bydlení. Klienti v léčbě nemají možnost si zajistit samostatné bydlení, a tak využívají této možnosti. Jde o formu sociální stabilizace klienta prostřednictvím poskytnutí přechodného ubytování, které však nemá sloužit jako únik od okolního světa, ale naopak ke zvýšení schopnosti obstat ve společnosti (Dvořák, 2003 cit. podle Pavlovská a Dolanská In: Kalina et al., 2015, s. 473). Chráněné bydlení je možné si představit jako byt, kde spolu žije několik klientů se stejnou diagnózou a kde mají mimo ubytování zajištěný také například terapeutický program či poradenství v oblasti sociální práce. Vše dohromady jim přináší oporu při doléčování a zároveň jim napomáhá k podporovanému návratu do společnosti. I přes to se může stát, že klienti nemají dobré předpoklady pro nalezení vhodného zaměstnání a znovunavrácení do pracovního života, a tak může na řadu přijít další s uvedených typů služeb, tedy podporované zaměstnání.

Chráněné/podporované zaměstnání napomáhá jedinci k tomu, aby zvýšil své pracovní a další dovednosti až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání zaměstnání. Klienti mají možnost využít tzv. chráněné dílny, které mají za úkol pomoci bývalým uživatelům návykových látek překonat či zmírnit obtíže a překážky, kterým při hledání zaměstnání čelí (Richterová Těmínová, 2008, cit. podle Pavlovská a Dolanská In: Kalina et al. 2015, s. 473 - 474). V rámci podporovaného zaměstnání popisuje Richterová i další služby zaměstnanosti pro uživatele návykových látek, jako jsou například sociální firmy zaměřené na integraci klientů do normálního života, a nebo pracovní a sociální agentury sloužící ke zprostředkování zaměstnání.

Poslední službou je tzv. doléčovací program, který přímo navazuje na výše zmíněné chráněné bydlení. Richterová Těmínová (2008, cit. podle Pavlovská a Dolanská, In: Kalina et al. 2015, s. 473) popisuje **doléčovací program** jako jeden z typů následné péče, který je poskytován buď ambulantní formou, která je typická skupinami konanými jednou týdně nebo intenzivním strukturovaným programem doplněným o volnočasové aktivity. RVKPP (2004) vymezuje Standardy odborné způsobilosti, které jsou shodné pro všechna

zařízení. Nicméně každé zařízení si svůj doléčovací program vytváří podle vlastních zkušeností a představ (Kuda, 2003, cit. podle Pavlovská a Dolanská, In: Kalina et al., 2015, s. 474 - 475). Složkami takového doléčovacího programu bývá podpůrná psychoterapie určená ke stabilizaci abstinence a podpoře navozených změn, prevence relapsu, sociální práce sloužící ke stabilizaci životního stylu závislého, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit. Celkově lze říci, že se uvedené služby následné péče a služby určené k léčbě závislostí, doplňují a je možno je vzájemně provázat. Není tedy nikde řečeno, že by si závislý klient musel vybrat pouze jeden léčebný a jeden doléčovací program. Vždy vnímáme za vhodné služby a programy kombinovat podle potřeby jedince (jak už délku, tak i intenzitu programů).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Nyní se dostáváme k druhé části diplomové práce. Následující řádky nám otevřou prostor pro realizaci výzkumného šetření, které jsme se rozhodli uskutečnit s cílovou skupinou závislých na alkoholu. V praktické části diplomové práce se budeme zabývat příčinami vzniku závislosti na alkoholu pohledem klientů doléčovacího centra. **Hlavním cílem** realizovaného výzkumu je reflektovat a poukázat na možné podněty a situace, které vedly ke vzniku závislosti na alkoholu.

Výzkumný cíl jsme se rozhodli dále specifikovat v cíli intelektuálním, specifickém a personálním. **Intelektuální cíl** výzkumu nám říká, že cílem výzkumu je poukázat na situace, které ovlivnily vznik závislosti na alkoholu u klientů doléčovacího centra v Brně. **Specifický cíl** výzkum popisuje, že výzkum příčin vzniku závislosti může ovlivnit práci sociálních pedagogů, sociálních pracovníků i terapeutů, a to především při tvorbě preventivních programů a přímé práci s klientem při řešení jeho sociální situace. Díky znalosti této problematiky mohou být sociální služby, které se věnují této cílové skupině, kvalitnější. **Cíl personální** nakonec specifikuje přínos výzkumu jako možnost zajistit rozšíření vědomostí, dovedností a aktivit využívaných při práci s klienty.

Následující dvě kapitoly nám umožní ve vztahu k cílům výzkumu definovat výzkumný problém a formulovat hlavní výzkumnou otázku. Dále se pozastavíme a stanovíme výzkumný vzorek a také budeme věnovat pozornost výběru výzkumné strategie a techniky sběru dat. V neposlední řadě popíšeme vstup do terénu, který je pro náš výzkum specifickým momentem a stručně popíšeme výzkumný vzorek, se kterým bylo v rámci výzkumu spolupracováno.

4.1 Výzkumný problém a výzkumná otázka

Při formulaci výzkumného problému dochází k jasnému pojmenování toho, čemu se bude výzkum věnovat a vychází z toho, jak byly definovány výzkumné cíle. Výzkumný problém je tedy to, co se odehrává v sociální realitě a co je obvykle definováno jako proces nebo akce (Švaříček et al., 2007, s. 64-65). **Výzkumným problémem** našeho výzkumu je hledání příčin vzniku závislosti na alkoholu pohledem samotných klientů doléčovacího centra, tedy klientů, kteří byli závislí na alkoholu a s touto diagnózou absolvovali tříměsíční léčbu na protialkoholním oddělení v psychiatrické nemocnici a dále ji překonávají v rámci doléčovacího programu.

Při definici výzkumné otázky se opřeme opět o definici Švaříčka et al. (2007 s. 69 - 70), který říká, že jde o tázací větu, a to proto, abychom na konci práce dokázali rozpoznat, zda jsme na ni odpověděli nebo ne. Výzkumná otázka pomáhá zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíly a stanoveným výzkumným problémem. Také nám může ukazovat cestu, kterou je možné výzkum vést. Obvykle by měla být dostatečně široká a měla by pracovat spíše s obecnějšími koncepty. Neptá se na četnost jevů ani na vztah mezi proměnnými a vyhýbá se přijatým předpokladům. **Hlavní výzkumná otázka**, s ohledem na výše uvedenou definici, **zní**: Jaké jsou příčiny vzniku závislosti na alkoholu z pohledu samotných klientů doléčovacího centra?

4.2 Výzkumná strategie, technika sběru dat a volba výzkumného souboru

S ohledem na charakter našeho zkoumaného zájmu jsme zvolili **kvalitativní výzkumnou strategii**, která umožní skrze osobní kontakt s respondenty přímý vhled do jejich situace. Strauss a Corbinová (1999, s. 10) popisují termín kvalitativní výzkum jako výzkum, jehož výsledky nebývají dosahovány díky statistickým procedurám nýbrž díky nematematickému analytickému postupu a shromažďování dat různými způsoby jako například pozorováním, rozhovorem či dokumenty. I přes snahu některých badatelů nelze výsledky získané kvalitativní metodologií zobecnit na populaci. (Švaříček et al., 2007, s. 13) Kvalitativní přístup vychází z toho, jak aktéři chápou různé pojmy a vztahy. Tito aktéři jsou odborníky na sociální situaci a cílem výzkumníka je snaha porozumět těmto sociálním situacím tak, jak jim rozumí sami aktéři (Denzin a Lincolnová, 2005, cit. podle Švaříček et al., 2007, s. 18). „*Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné.*“ (Švaříček et al., 2007, s. 24) Stejně tak nejsou stanoveny hypotézy a celý projekt výzkumu nestojí na tom, že již existuje teorie, kterou někdo vytvořil. Podstatou je do hloubky prozkoumat definovaný jev a poskytnout o něm co nejvíce informací (Švaříček et al., 2007, s. 24). Využitím kvalitativních metod můžeme odhalit podstatu jevů, o kterých toho prozatím moc nevíme, nebo také získat nové a netradiční názory na jevy, o nichž už máme povědomí. Výsledkem může být i získání detailních informací, které kvantitativní metodologie o jevu neodhalí (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11).

Pro získání výpovědí účastníků a jejich prožitků jsme zvolili **polostrukturovaný rozhovor**. L. R. Gay (1980, s 279 cit. podle Gavora, 2000, s. 111) říká, že se jedná se

o techniku sběru dat, kdy můžeme respondentovi nabídnout alternativy odpovědí a následně můžeme žádat objasnění nebo vysvětlení jeho odpovědi. Detailněji popisuje tuto zvolenou techniku autor Miovský (2006, s. 159 – 160) a uvádí, že jde o zřejmě nejrozšířenější podobu rozhovoru (interview), která umožňuje odstranit mnohé nevýhody, které s sebou nese nestrukturovaný a strukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu, při které vytváříme okruhy otázek, na které se účastníků ptáme. Částečně je tazatel vázán na určité schéma, ale obvykle je možné měnit pořadí otázek, aby se zajistila maximální vytiženost interview. Polostukturované interview je typické tzv. jádrem interview, které znamená minimum témat a otázek, které musí tazatel probrat. Na jádro se poté nabalují různá dodatková témata a otázky, které tazatel vyhodnotí jako nutné a vhodné pro rozšíření původního zadání.

Důležité pro nás dále bylo vytvořit otázky polostrukturovaného rozhovoru, které přispějí k získání co nejpřesnějších informací od výzkumného vzorku klientů doléčovacího centra. Otázky jsme konstruovali tak, abychom vytvořili dostatečný prostor pro odpovědi dotazovaných a abychom měli možnost získat odpovědi, které se přímo vztahují k výzkumným otázkám. Důležité pro nás byly otázky, které směřovaly k odkrytí informací z minulosti. Dotazovaní byli předem informováni o tom, jak se bude rozhovor odvíjet. Klientům jsme položili otázky zaměřené na minulost a pokoušeli jsme se rozkrýt, co předcházelo vzniku závislosti na alkoholu, např. úmrtí blízké osoby, nemoc, rodinné zázemí a problémy, problémy se zaměstnáním aj. A zda svou závislost dávají za vinu někomu jinému nebo některé z těchto situací.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru:

1. Vyprávějte mi o vzniku své závislosti?
2. Kde/v čem spatřujete příčiny vzniku své závislosti?
3. Kdy jste si svoji závislost začal/a uvědomovat?

Výzkum byl realizován s **výzkumným souborem**, který je tvořen osobami se závislostí na alkoholu. Tyto osoby jsou klienty doléčovacího centra. Oslovili jsme konkrétně dva muže a tři ženy, kteří využívají stejný typ sociální služby pro doléčování své závislosti. Byli vybráni tzv. **metodou záměrného (účelového) výběru přes instituci**. Miovský popisuje tuto metodu jako takovou, kterou využíváme, když nás výzkumně zajímá určitá instituce nebo typ služby, které pracují účelně s některými cílovými skupinami (Miovský, 2006, s. 138).

4.3 Vstup do terénu a popis výzkumného souboru

V předešlých kapitolách jsme naformulovali náležitosti výzkumné části, výzkumný problém, výzkumnou otázku, strategii a techniku sběru dat. Na tomto místě se stručně podíváme na to, jak jsme se dostali do terénu a jaká sociodemografická data jsme získali pro charakteristiku výzkumného souboru.

Ještě před osobním setkáním s účastníky jednotlivých rozhovorů jsme je telefonicky oslovili a dohodli si termíny schůzky. Účastníci byli před setkáním krátce seznámeni s cílem a průběhem výzkumu. Dostali také prostor pro zodpovězení potřebných otázek, aby mohli svou účast zvážit. Samotné rozhovory probíhaly v období přelomu roku 2015/2016. Účastníci výzkumu při osobní schůzce dostali podrobné informace o tom, že výzkum bude nahráván na diktafon a všichni podepsali „informovaný souhlas“³, který byl vytvořen pro účely výzkumu a který obsahoval informace o realizovaném výzkumu. Mimo to obsahuje i souhlas s nahráváním a zveřejňováním zjištěných informací v rámci uvedené diplomové práce (vše v souladu s ochranou osobních údajů). Výzkumné šetření probíhalo v klidném prostředí pronajaté kanceláře v centru Brna, která vytvářela bezpečný prostor s ohledem na citlivost dat a probírané téma. Mimo samotné rozhovory jsme před nahráváním s probandy sesbírali potřebná sociodemografická data, která jsou částečně obsažena v jednotlivých rozhovorech, a která jsme uvedli níže v této kapitole.

Sociodemografická charakteristika informantů⁴

Jméno	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Doba trvání abstinence
Zdenka	44	VŠ	rozvedená	12 měsíců
Pavel	42	SOU	rozvedený	6 měsíců
Simona	41	SOU	vdaná (před rozvodem)	7 měsíců
Ilona	43	SOŠ	Rozvedená	5 měsíců
Martin	60	SOŠ	Rozvedený	neuveďeno

Tabulka č. 1: Sociodemografická charakteristika informantů (Vlastní výzkum, 2015 – 2016)

³ Viz. Příloha PI.: Informovaný souhlas

⁴ V rámci dodržení etiky výzkumu byla skutečná jména účastníků změněna a nahrazena.

Po ukončení rozhovorů jsme si s většinou respondentů ještě volně povídali o jejich pocitech z proběhnutého setkání a opět jsme probandy ujistili o tom, že mohou kdykoli od účasti na výzkumu odstoupit. Většina z nich ale vyjádřila spokojenost a dokazují to také některé z odpovědí, které jsme zaznamenali během rozhovorů. Pro příklad uvádíme nejzajímavější z nich:

„ Já myslím, že není špatný si to takhle jakoby říct nahlas. Vůbec si takhle zavzpomínat jo, co ten život jako a tak no. Ale musím říct, že co se týče toho, jak jsem přestala pít, v léčbě vlastně, je to sedmý měsíc, tak bych nikdy nevěřila, jak se může změnit život.

Jak přestanete pít, jak najednou jdou věci řešit. “ (S62)

Po této části se nám již otevřel prostor pro nejvýznamnější část výzkumu, kterou je zpracování, analýza a interpretace získaných dat. Teprve nyní se dostáváme k jádru výzkumu, který nám odpoví na nastavenou výzkumnou otázku.

5 ZPRACOVÁNÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V momentě, kdy jsme se osobně sešli s respondenty a rozhovory s nimi měli nahrané na diktafon, jsme se mohli pustit do přepisu dat. Došlo k transkripci, které jsme podrobili všechny nahrané rozhovory. Strauss a Corbinová (1999, s. 19) zmiňují, že je velmi důležité úplně první rozhovor či poznámky ze vstupu do terénu přepsat a analyzovat celé a následně můžeme přistoupit k ostatním. Počáteční analyzovaný text potom slouží jako podpora pro následující rozhovory a pozorování. Naším postupem byl sběr a analýza dat a případný prostor pro získávání dalších rozhovorů v případě nedostatečného nasycení dat.

Polostrukturovaná interwiev jsme zpracovávali metodou zakotvené teorie, kterou popisuje Strauss a Corbinová (1999, s. 17) jako vědeckou metodu, jež při dodržení všech požadavků splňuje podmínky na „dobrou vědu“ (validitu, reprodukovatelnost, přesnost, otevřenost aj.). Při využití zakotvené teorie jsou badatelé nuceni překovat domněnky a snažit se vytvořit nové uspořádání. Na badatele jsou také kladeny další požadavky, například ve formě tvořivosti při tvorbě a pojmenování kategorií či schopnosti generovat asociace nutné pro tvorbu podnětných otázek. Švaříček et al. (2007, s. 84) dodává, že jde o sadu systematických indukovaných postupů, které jsou zaměřené na vytváření teorie. Při tvorbě zakotvené teorie jsme se opřeli o dvě zmíněné publikace: Švaříček et al. (2007) a Strauss a Corbinová (1999), které nás provedly celým procesem kódování a který si na tomto místě podrobněji popíšeme.

Prvním krokem při tvorbě zakotvené teorie je podrobení dat analýze v rámci otevřeného kódování. Strauss a Corbinová (1999) upozorňují na cíl otevřeného kódování, kterým je objevení, pojmenování a kategorizování jevu. Jde o část analýzy, která po pečlivém studiu údajů označuje a kategorizuje pojmy. Dojde tak k rozebrání údajů na samostatné části, bez tohoto kroku by nemohl proběhnout zbytek analýzy. V souladu s výše zmíněným a se shromážděnými informacemi v předchozí kapitole jsme se dostali k otevřenému kódování textu. Otevřenému kódování jsme podrobili celkem 56 A4 stran a vytvořili tak tabulku 81 kódů, které jsme lokalizovali⁵. U lokalizace jsme uváděli počáteční písmeno jména respondenta, dále pak odstavec, ve kterém se kód objevil, a nakonec i umístění v odstavci pomocí abecedního pořadí. Pro příklad lze uvést například následující výrok:

⁵ Viz. Příloha PII.: Tabulka kategorií a kódů včetně lokalizace

„Já jsem si asi v tu chvíli ani neuvědomila, že může existovat nějaký člověk závislý.

Že existují alkoholici, vůbec prostě.“ (Z13a)

Zde si můžeme všimnout, že jde o výrok respondentky Zdenky, který je možno nalézt ve třináctém odstavci transkripce⁶ a konkrétně na prvním místě mezi kódy v tomto odstavci. Následným hlubším a pečlivějším zkoumáním získaných dat po prvním kódování jsme některé kódy slučovali, přejmenovávali a také došlo k odstranění kódů, které se v rozhovorech vyskytly pouze jednou. Vzniklé kódy byly následně sloučeny do kategorií a subkategorií, které jsou si často velmi blízké a existují mezi nimi výrazné vazby. Vytvořeno bylo celkem 10 kategorií, tři z nich jsme rozčlenili na subkategorie, kterých je ve výsledném součtu 7: **nadužívání alkoholu; dostupnost; ztráta blízké osoby; obtížné životní situace; pocity (hledané a zaháněné); sociální prostředí (vrstevníci, změna, rodina); absence (nedostatky); dispozice (nastavení) (vrozené, získané); selhání; okolnosti.** V níže uvedené tabulce lze vysledovat jednotlivé kategorie, kódy, jež kategorie prezentují, a vlastnosti jednotlivých kódů.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE/ Subkategorie	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Změna druhu alkoholu	NADUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	Změna (častá - méně častá)
Konzumované množství		Množství (vysoké - nízké)
Konzumace do opilosti		
Pravidelná konzumace		Míra pravidelnosti (pravidelná - nepravidelná)
Večerní pití		
Rituální pití		
Otevřenost ke konzumaci		Míra otevřenosti (vysoká - nízká)
Řešení problémů pitím		
Zvyšování tolerance	DOSTUPNOST	
Dostupnost alkoholu		Míra dostupnosti (vysoká - nízká)
Alkohol na pracovišti		
Alkohol v domácnosti		
Rozchod	ZTRÁTA BLÍZKÉ OSOBY	
Úmrtí v rodině		
Rozvod		
Nevěra	OBTÍŽNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE	Míra obtížnosti (vysoká - nízká)
Nezaměstnanost		
Domácí násilí		

⁶ Viz. Příloha PIII.: Značky užívané při komentované transkripci

Změna zaměstnání		
Životní situace		
Ztráta bydlení		
Odreagování	POCITY/ <i>Hledané</i>	Míra potřeby (vysoká - nízká)
Uvolnění		
Dodání odvahy	POCITY/ <i>Zaháněné</i>	
Tlak		
Vnitřní napětí		
Zapomnění		Přínos (pozitivní - negativní)
Zlepšení nálady		
Uvolnění stresu		
Beznaděj		
Obavy		
Napětí		Prožívání (intenzivní - méně intenzivní)
Samota		
Parta	PROSTŘEDÍ/ <i>Vrstevníci</i>	
Způsob trávení volného času jedince		Důležitost (vysoká - nízká)
První láska		
Zábavy a diskotéky		
Návrat k rodičům	PROSTŘEDÍ/ <i>Změna</i>	Četnost změny (častá - méně častá)
Odchod z domova (internát aj.)		
Tolerance okolí ke konzumaci	PROSTŘEDÍ/ <i>Rodina</i>	Míra tolerance (vysoká - nízká)
Dětství a alkohol v dětství		Důležitost (vysoká - nízká)
Partner konzument		
Nevhodný partner		
Absence přátel	ABSENCE (NEDOSTATKY)	
Absence opory		
Absence blízkosti rodiny		
Nedostatek soukromí		
Prarodič nebo rodič konzument	DISPOZICE (NASTAVENÍ)/ <i>Vrozené</i>	Genetické předpoklady (významné - méně významné)
Diagnóza v rodině		
Genetické dispozice		
Nízký věk	DISPOZICE (NASTAVENÍ)/ <i>Získané</i>	Míra ovlivnění (významná - méně významná)
Nízké sebevědomí		
Psychické problémy		
Pocit selhání	SELHÁNÍ	Intenzita (vysoká - nízká)
Neschopnost plnění rolí		
Nenaplněné životní touhy		
Rychlý sňatek		
Komplikované soužití	OKOLNOSTI	Míra ovlivnění (vysoká - nízká)
Přísná výchova		
Náročné zaměstnání		

Atmosféra v rodině		
Spory		Četnost sporů (často - méně často)
Neznalost problematiky		Informovanost (nízká - vysoká)

Tabulka č. 2: Tabulka kódů, kategorií, jejich vlastností a dimenzionalizace (Vlastní výzkum, 2015/2016)

Mezi jednotlivými kategoriemi, které jsme si výše představili, jsme hledali následně vzájemné vztahy a souvislosti. Využili jsme soubor postupů, pomocí něhož jsou údaje získané otevřeným kódováním opět uspořádány a to novým způsobem – tedy axiální kódování (Strauss a Corbinová, 1999, s. 70). Abychom mohli lépe pochopit postup axiálního kódování, popíšeme si jednotlivé části kódování, které následně tvoří tzv. paradigmatický model. **Příčinné podmínky** jsou takové události nebo případy, které vedou k výskytu či vzniku jevu. Je velmi vzácné, aby jedna příčinná podmínka vyvolávala jev. **Jev** je ústřední myšlenkou, událostí či případem (Strauss a Corbinová, 1999, s. 74). Jevy mají určité vztahy s interakcemi a jednáním (Miovský, 2006, s. 229). **Kontext** představuje soubor vlastností, které lze jevu připsat, a zároveň jde o soubor podmínek, díky kterým jsou uplatňovány strategie jednání a interakcí (Strauss a Corbinová, 1999, s. 75). Soubor vlastností jevu, tedy kontext, se umísťuje na dimenzionálních škálách (Miovský, 2006, s. 229). **Intervenující podmínky** se vztahují ke zkoumanému jevu a představují širší strukturu kontextu jevu. Intervenující podmínky usnadňují či naopak znesnadňují použití strategií jednání nebo interakce v kontextu (Strauss a Corbinová, 1999, s. 76). **Strategie jednání nebo interakce** slouží ke zvládnání, ovládnání či reagování na jev při definování podmínek (Miovský, 2006, s. 229). **Následky** nebývají vždy zamýšlené či předpověditelné. I přes to, že nedojde k jednání nebo interakci, má tato skutečnost nějaký následek nebo výsledek. Pro zakotvenou teorii je vysledování těchto následků velmi důležité.

Následující tabulka nám ukazuje paradigmatický model⁷, který vznikl na základě postupů axiálního kódování výše popsaným postupem a prezentuje výsledky našeho výzkumu:

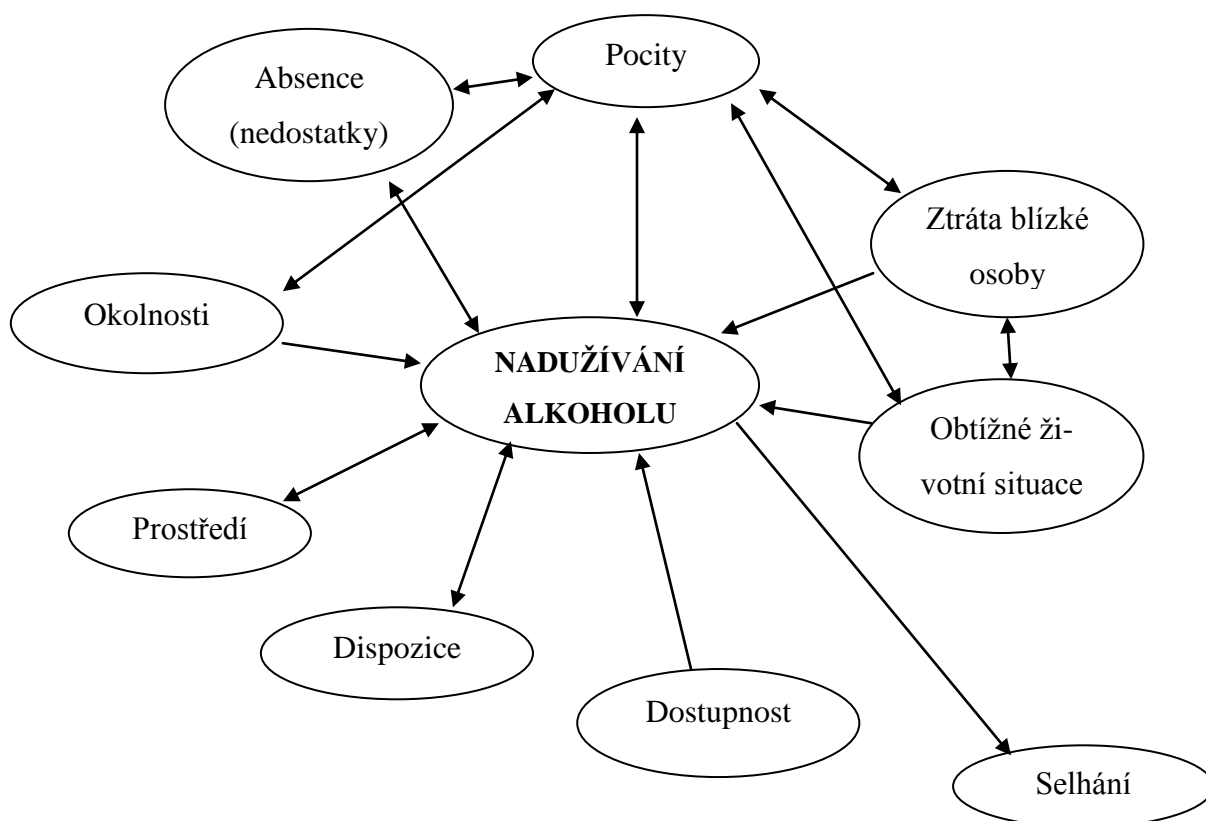
PŘÍČINNÉ PODMÍNKY	JEV Centrální kategorie	KONTEXT	INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY	STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE	NÁSLEDKY
OBTÍŽNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE	NADUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	PROSTŘEDÍ (vrstevníci, změna a rodina)	DISPOZICE (vrozené a získané)	POCITY (hledané a zaháněné)	SELHÁNÍ
NEDOSTATKY		OKOLNOSTI	DOSTUPNOST		
ZTRÁTA BLÍZKÉ OSOBY					

Tabulka č. 3: Paradigmatický model vzniku závislosti klientů doléčovacího centra

(Vlastní výzkum 2015/2016)

Posledním krokem, který vede k vytvoření zakotvené teorie, je tzv. selektivní kódování, jež definuje Miovský (2006, s. 230) následovně: „*Selektivní kódování je proces, kdy po výběru (identifikaci) centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsanými kategoriemi.*“ Dodává také, že vztahy, které jsou vytvořeny, dále ověřujeme a konceptualizujeme, popřípadě dále rozvíjíme a prohlubujeme jejich popis a výklad. Kolem centrální kategorie (jevu) se integrují všechny ostatní kategorie a proces integrace se příliš neliší od principů axiálního kódování (Miovský, 2006, s. 230). Podle tohoto autora budeme postupovat i nadále a budeme uplatňovat následujících pět kroků, které vedou k vytvoření zakotvené teorie: podrobné vyložení kostry příběhu; uvedení pomocných kategorií do vztahu ke kategorii centrální; popis a výklad vzájemných vztahů mezi kategoriemi na dimenzionálních škálách; ověřování popsaných vztahů s původními údaji a doplnění, upřesnění či rozvíjení kategorií dle potřeby. Pro vyložení kostry příběhu se opřeme o techniku porovnávání a kladení otázek (Miovský, 2006, s. 231).

⁷ Paradigmatický model v zakotvené teorii spojuje subkategorie a kategorie do určitých vztahů a následujícího modelu: PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → JEV → KONTEXT → INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → NÁSLEDKY (Strauss a Corbinová, 1999, s. 72).



Obrázek č. 3: Schéma nové teorie (Vlastní výzkum 2015/2016)

Schéma nové teorie, které lze vidět výše, se opírá o data získaná v rámci předešlých kroků tohoto výzkumu. Schéma nám poskytuje vhled do tématu příčin vzniku závislosti na alkoholu pohledem klientů doléčovacího centra. V následujících řádcích se budeme věnovat výkladu teorie a pokusíme se vytvořit jasný a stručný návrh, jak lze získaná data uplatnit pro praxi v obdobných zařízeních doléčovacího typu, která naše probandí využívají. Mimo to si odkryjeme odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, jež zní: Jaké jsou příčiny vzniku závislosti na alkoholu pohledem samotných klientů doléčovacího centra?

5.1 Analytická kostra příběhu

Jak jsme si již v teoretické části ukázali, tak vznik závislosti považují mnozí autoři za multifaktoriálně podmíněný problém. Naše zkoumání se od samého začátku ubíralo podobným směrem a k sestavení nové kostry příběhu výzkumu vycházíme z centrální kategorie, kterou jsme určili jako **nadužívání alkoholu**. Výrazné nadužívání alkoholu stojí často ruku v ruce s určitými změnami a fakty, které jsme si označili jako **okolnosti** a **dostupnost**. Svými vlastnostmi a kódy vnímáme tyto kategorie ve vztahu k centrální kategorii jako jed-

nostranně se ovlivňující. Často jsme se při výpovědích probandů mohli dozvídat, že v období zvyšujícího se příjmu alkoholu se lidem výrazným způsobem zvyšovala tolerance a alkohol se v jejich životech začal objevovat nejen ve volném čase, ale i v práci nebo více či méně tajně v domácnosti. Míra dostupnosti alkoholu byla vysoká u všech zúčastněných (*Že čas od času jsem – ne tak často – ale občas jsem mívala doma tu láhev nějakou... (S38a) Potom ta tolerance alkoholu nějak již stoupala, takže já jsem ten alkohol v podstatě potřeboval pořád. Takže jsem se dokonce napil i v práci no a dopadlo to tak, že jsem začal ten alkohol konzumovat v podstatě denně. (M8f a M8g)*). Za nejvýznamnější z kategorie okolností považujeme neznalost problematiky. U většiny klientů se objevovaly výpovědi o tom, že dlouhou dobu neměli představu, že existuje něco jako závislost a mohli by jí být ohroženi. Mimo jiné také nedokázali dohlédnout na případné následky, což považujeme taktéž za nedostatek informací (*Tu léčbu jsem dokončila, i když to pro mě bylo hodně těžký, protože já jsem to měla provázaný s těmi psychickými problémy a tam se touto stránkou vůbec nikdo nezabýval. Jako tam brali to, že člověk prostě pije. Ale vlastně tam jsem se poprvé dozvěděla, o co se vůbec jedná. Jako že to je v podstatě nemoc, že se něco v tom mozku přepne a opravdu jediná možnost je, už se nikdy nenapít. (I4) Ne. Vůbec. Mě to ani nenapadlo. Já jsem si v tu chvíli ani neuvědomila, že může existovat nějaký člověk závislý. Že existují alkoholici, vůbec prostě. (Z13a)*).

Z výzkumu dále vyplynulo, že velkou roli hrají v počínajících stádiích závislosti na alkoholu **pocity**. Jednoznačně významná kategorie, která na sebe váže také mnohé další z uvedených kategorií a které jsme přisoudili dvě samostatné subkategorie. Mnohé situace, se kterými se jedinci při cestě k závislosti setkají (například ztráta blízké osoby, jiné obtížné životní situace jako je třeba nezaměstnanost či ztráta bydlení, absence přátel či jiné opory) vyvolávají v lidech různě intenzivní pocity, na které mají potřebu jedinci reagovat a buď je vytěsnit, či je nalézt. Proto také na tomto místě hovoříme o **pocitech hledaných** a **pocitech zaháněných**. Velmi často mají vysokou míru potřeby odreagování se či uvolnění (*..., že jsem se to naučila opravdu denně dostat nějakou tu dávku alkoholu, abych byla uvolněná. (Z29f) Prostě takový, prostě úleva. (P6e) Já jsem prostě chtěla ohloupnout tu hlavu. (I22c)*) nebo naopak zlepšení nálady a uvolnění stresu (*Je pravda, že jsem se uvolnil a usnul... (M21b) Vždycky jsme dorazili, došli pěšky, zpívalo se, hrálo na kytaru. Tak to byla taková veselá nálada. (Z11g)*). Naši probandi velmi často reflektovali pocity, které v době před propuknutím závislosti zažívali, pro nás jde o velmi významný prvek při výkladu příčin vzniku závislosti na alkoholu.

Existuje významný oboustranný vztah mezi nadužíváním alkoholu a **prostředím**, ve kterém se jedinec nachází. Dle výsledků výzkumu lze s jistotou konstatovat, že změna prostředí, vliv vrstevníků a rodiny výrazně dokáže ovlivnit konzumaci a naopak konzumenti velmi často mění prostředí, ve kterém se nachází, a jedince, kterými se obklopují. Naši probandi se brzy dostali k alkoholu a to nejen díky partě a prvním zábavám či diskotékám. Také docházelo u některých k první konzumaci v rámci rodinného prostředí. Mnozí následně uváděli, že odešli z domova především na internát a tento fakt způsobil změnu party, se kterou se dostávali do pravidelného kontaktu s alkoholem. Okolí, ve kterém se obecně probandi nacházeli, umožňovalo konzumovat alkohol bez větších obtíží. Tolerance v tomto ohledu byla vysoká. (*..., vlastně manželem, to jsme se znali vlastně už z té školy jako od puberty, tak jsem se hodně rychle seznámila s jeho rodinou a jeho matka byla taky takový tip, že prostě se nebránila alkoholu, takže když jsem tam chodila na návštěvu, tak jsme si taky třeba dali flašku vína, společně ve čtyřech lidech třeba. (Z12c)*). V životech informantů se mimo jiné objevovali partneři, které jsme nazvali jako nevhodné a konzumující. Většinou se jednalo o běžnou konzumaci bez rozvinutí problému závislosti, ale v některých případech šlo o partnery závislé na alkoholu. (*A to jsem se poznala s mým budoucím manželem. Kterej teda, bohužel, ehm, má problém, že velký s alkoholem do teď, ... (S32i)*).

Významným prvkem informantů jsou **dispozice**, mezi které jsme zařadili **vrozené** dispozice (alkoholovou diagnózu v rodině a jiné genetické dispozice) a **získané** dispozice (nízké sebevědomí či psychické problémy spojené s užíváním alkoholu). Výrazně se u našich probandů objevuje fakt, že se v jejich rodině objevuje konzument s předpokladem k závislosti či závislý jedinec. Takovým jedincem může být rodič, prarodič nebo také sourozenec. (*Děda, děda pil pivo, pil hodně, měl speciální brašnu na 10 lahváčů, ... Jo, já myslím, že byl závislý. (S7d a S8) ...takže mi můj vlastní otec řekl, že jeho tatínek, můj dědeček v podstatě zemřel při mém narození v 59 letech a bohužel to bylo na selhání jater. (M9c)*). S tímto odkazem je nutné dodat, že velmi špatný vliv má na jedince jistě fakt, že se již od dětství setkávají s konzumenty alkoholu, a to může vést k přesvědčení, že alkohol není pro člověka nijak zvlášť škodlivý. Mnohým závislým z našeho výzkumného vzorku se objevily v životě nejen vrozené, ale také získané dispozice, které se v kombinaci mohli postarat o velmi významné spojení při vzniku závislosti.

Výše jsme již měli možnost se setkat s velmi významnými determinanty, které ovlivnily vznik závislosti u našich probandů, a nyní si přiblížíme poslední dvě kate-

gorie, které spolu se zmíněnými pocity a nadužíváním alkoholu tvoří pomyslný menší kruh vzájemně se ovlivňujících faktorů. Jde o **ztrátu blízké osoby a obtížné životní situace**, které přímo vyvolávají nebo podmiňují různé pocity a navazují na zvýšenou konzumaci. V životech našich probandů jsme mohli zaznamenat významný mezník v podobě rozvodů či rozchodů s partnery, které pro člověka vždy znamenají zvýšenou zátěž spojenou s nutností přizpůsobit svůj život velkým změnám. Některé ztráty blízkých osob tohoto typu lze považovat za natolik významné, že mohou souviset se zvýšenou konzumací alkoholu. *(A já bych řekla, že velikej spouštěč u mě bylo vůbec k té cestě k alkoholu, když bylo to období, kdy ta tchýně umírala. (S14b))* Obecně lze říct, že jakákoliv ztráta v životě člověka (ať už odchod partnera z důvodu rozvodu či rozchodu, nebo úmrtí rodinných příslušníků) může způsobit prázdný prostor, který je nutné optimálně vyplnit. U některých informantů jsme mohli zaznamenat, že volný prostor vyplňovali během svého života právě alkoholem. I přesto, že k některým ztrátám docházelo v mladším věku, je možno předpokládat, že takové odloučení zasáhne život i do budoucna. Stejně jako tyto zátěžové situace, i další obtížné situace mohou vyvolat vysokou míru nepříjemných pocitů, které jedinci zaháněli konzumací alkoholu. Konkrétními situacemi u našich respondentů tohoto charakteru byla nezaměstnanost, domácí násilí či ztráta bydlení. *(To je to, že jsem si uvědomovala, že mám vlastně dvě děti, jsem na podpoře, nemůžu najít práci – což bylo nemyslitelný... (Z27a) ...a odešel jsem s jednou taškou, jak se říká. A na ubytovnu. A tam to začalo naplno. Tam už to bylo, tam už pil každej...Pilo se soboty, neděle, furt, věčně v lihu. (P18c)).*

Výsledkem zmíněných determinantů je předpoklad pro vyšší konzumaci alkoholu a vznik závislosti na alkoholu našich probandů. Důležité je upozornit na to, že u jednotlivých informantů se objevovalo vždy více faktorů v kombinaci a rozvoj jejich závislosti je spojen s několika z nich. Jasně tedy můžeme potvrdit skutečnost, které jsme se věnovali v rámci teoretické části práce, v kapitole 2. Teorie vzniku závislosti na alkoholu, že alkoholová závislost je multifaktoriálně podmíněna a lze zároveň vyvrátit i skutečnost, že by u jedince hrála roli pouze jedna z uvedených příčin. U našich probandů tedy hrály roli okolnosti jejich životních příběhů, vrozené a získané dispozice, prostředí, obtížné životní situace a významné ztráty a pocity. To vše je podtrženo skutečností, že vždy měli jedinci alkohol, jak se říká „po ruce“, a tedy pro ně nebylo složité si skleničku získat a vypít. Následkem těchto skutečností byly v určité míře pocity selhání a jiné situace neschopnosti plnění určitých rolí a nenaplnění svých životních představ a tužeb. Ve velké míře

se naši probandi snaží tyto své pocity a touhy měnit a díky abstinenci, léčbě a následnému doléčování dostávají podporu ve změně životního stylu.

5.2 Doporučení pro praxi

Poslední kapitolu uvedené diplomové práce jsme se rozhodli využít k tomu, abychom čtenářům nastínili možnosti využití výsledků výzkumu pro praxi. Jednoznačně jsme dokázali potvrdit skutečnost o multifaktoriálně podmíněném charakteru tohoto onemocnění. Výrazným faktorem pro zvýšenou konzumaci alkoholu jsme shledali subjektivní pocity jedinců, které jsou vyvolávány nebo vyvolávají další skutečnosti.

Doporučení do praxe jsme se rozhodli členit na několik částí, které nám výsledky zkoumání vyjevily. Jednak se můžeme bavit o doporučení pro praxi terapeutů v různých sociálních či zdravotních službách věnujících se problematice závislosti na alkoholu, dále můžeme mluvit o praxi sociálních pracovníků při práci s cílovou skupinou závislých na alkoholu a v neposlední řadě je důležité mluvit o praxi pracovníků v oblasti prevence závislosti, například v rámci základních škol a jiných typů organizací. I přes to, že si uvědomujeme, že informovanost o závislostech a jejich rizicích se v poslední době výrazně zvýšila a naši probandi obvykle spadají do starší generace, která neměla možnost se s informacemi setkat, tak stejně považujeme za nutné se věnovat osvětové činnosti nejen v rámci školních zařízení u dospívající generace, ale také u dospělých, kteří již mají pití alkoholu rituálně zažité a jejichž vnímání možných rizik je skryto hluboko v podvědomí.

Vraťme se ale nejdříve ke zmíněné terapeutické a sociální práci v oblasti adiktologie. Odborníci na práci s cílovou skupinou závislých na alkoholu jistě velmi dobře vědí, kterým oblastem života klienta věnovat zvýšenou pozornost. Přesto je důležité reflektovat výsledky našeho výzkumu a upozornit na významnou kategorii, kterou jsme pojmenovali jako pocity. K této kategorii se nám pojí několik dalších jednotlivých kategorií a zdůrazňují fakt, že významným mezníkem pro jednotlivé probandy byly a jsou jejich osobní pocity vnímání sebe v rámci skupiny, vnímání své důležitosti na poli osobních vztahů aj. Nezbytné je tak pro práci terapeutů a sociálních pracovníků uchopení vztahu s klientem a práce na jeho upevnování. Vždyť přeci především díky otevřené komunikaci a jistotě při navazování vztahů mají závislí možnost se při léčbě a doléčování naučit na sobě v tomto ohledu pracovat a zapracovat také na obnově obvykle přerušovaných vztahů se svými nejbližšími.

Závěrem jsme došli ke shodě, že nedílnou součástí problematiky závislosti je informovanost jedinců o problematice. To, že nedocházelo u probandů k dostatečné informovanosti v oblasti závislosti, příčin a rizik onemocnění, považujeme za neodmyslitelné. Generace, která tvořila náš výzkumný vzorek, neměla téměř žádnou možnost se setkat s preventivními programy, které jsou dnes součástí výuky a které má obvykle na starosti tzv. školní metodik prevence. V této oblasti došlo k výraznému pokroku a je zde kladen velký důraz na informovanost o problematice a naučení smysluplného trávení volného času. I proto se bude naše poslední doporučení spíše vztahovat k osvětě celé společnosti. Důležitým bodem je pro nás snížení množství pozitivně laděných reklam na užívání alkoholických nápojů a naopak zvýšení množství informačních materiálů, které by vyzdvihovaly rizika vzniku závislosti. Ve světě, kde je konzumace alkoholu prezentována jako dobrá pro lepší náladu a pro sblížení, je důležité pracovat na tomto, dle našeho názoru přehnaně otevřeném, přístupu a nad „pozitivní“ účinky alkoholu stavět především zmíněné negativní důsledky, které život uživatelů ovlivní na mnohem delší dobu a které, jak jsme si dokázali, nelze bez informovanosti dohlédnout.

ZÁVĚR

Dalo by se s určitostí tvrdit, že konzumaci alkoholu, ale samozřejmě také konzumaci jakýchkoliv jiných návykových látek, je v současné době věnován významný prostor. Mluvíme například o prevenci ve školách, některých rizicích závislostního chování nebo léčebných programech v rámci psychiatrických nemocnic. I přesto jsme se k tomuto tématu rozhodli a vytvořili jsme práci, která je věnována konzumaci alkoholu, specifikům alkoholové závislosti a především příčinám vzniku závislosti na alkoholu.

Práci jsme členili na část teoretickou a praktickou. *Teoretická část* sestává ze tří kapitol, jejichž obsahem jsou poznatky z oblasti závislosti na alkoholu, které jsme popsali na rovině znaků, důsledků a výzkumných zajímavostí. Následně jsme věnovali pozornost teoretickému rámci příčin vzniku závislosti na alkoholu, jimž se věnují mnozí významní autoři, a popsali jsme především genetické a biologické dispozice, prostředí a rodinu. Text jsme obohatili o biologické, sociologické a psychologické teorie vzniku závislosti na alkoholu a závěrem jsme neopomněli zaměřit pozornost na prevenci a léčbu závislosti na alkoholu.

Na tyto poznatky jsme navázali *empirickou částí*, kde jsme pracovali s výzkumným cílem, kterým byla reflexe možných podnětů a situací vedoucích ke vzniku závislosti. Výzkum jsme zaměřili na klienty doléčovacího centra, kteří podstoupili tříměsíční léčbu na protialkoholním oddělení psychiatrické nemocnice a kteří v době realizace výzkumu řešili svou závislost v rámci doléčovacího programu. Využili jsme polostrukturovaných rozhovorů, jež jsme podrobili analýze v rámci otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Výstupem byla zakotvená teorie mapující příčiny vzniku závislosti na alkoholu očima klientů doléčovacího centra. Nově vytvořená zakotvená teorie se opírá výlučně o data získaná v rámci našeho výzkumu a odkrývá nám odpovědi na otázky: Jak vnímají závislí na alkoholu důvody své závislosti? Které situace vedly k jejich začínající konzumaci? Jak vnímají závislí sami sebe před vznikem závislosti?

Věříme, že se tato práce a uvedená zakotvená teorie stane inspiračním zdrojem nejen pro pracovníky v oblasti adiktologie, ale také třeba pro rodinné příslušníky závislých či samotné závislé. Lidé s touto problematikou by mohli v řádcích práce nalézt odvalu pro řešení své situace a rodiny by naopak práce mohla inspirovat k obnovení vztahu s blízkými, kteří se k závislosti na alkoholu propracovali. V neposlední řadě doufáme, že by práce mohla být vhodná jako plošná osvěta, neboť faktem je, že ať už dnes využíváte

jakékoliv hromadné sdělovací prostředky, tak by rozhodně bylo vhodnější poukazovat v nich spíše na negativní dopady rozvoje závislosti na alkoholu a její důsledky než na cílené vybízení konzumace pro širokou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

[1] ANDERSON, Peter, MØLLER, Lars a Gauden GALEA, 2012. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-0264-6.

[2] CARR, Allen, 2015. *Snadná cesta jak skoncovat s alkoholem*. Praha: Jaro. ISBN 978-80-904423-6-8.

[3] DVOŘÁČEK, Jiří a Kamil KALINA. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[4] EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-696-6.

[5] ESCOHOTADO, Antonio, 2003. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator. ISBN 80-7207-512-8.

[6] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

[7] HAJNÝ, Martin. Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržení závislosti. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[8] HERSEN, Michel a William H SLEDGE, 2002. *Encyclopedia of psychotherapy*. Boston: Academic Press. ISBN 978-0-12-34310-6.

- [9] JANÍKOVÁ, Barbora. Harm reduction. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [10] JEŘÁBEK, Petr. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [11] JOHNSTON, Ann Dowsett, 2013. *Drink: the intimate relationship between women and alcohol*. Reprint edition. Harper Wave. ISBN 978-0-06-224180-1.
- [12] KACHLÍK, Petr, 2011. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. Století*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5724-1.
- [13] KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- [14] KALINA, Kamil, 2008a. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [15] KALINA, Kamil, 2008b. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [16] KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [17] KOLIBÁŠ, Eduard a Vladimír NOVOTNÝ, 2007. *Alkohol - drogy - závislosti: psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK. ISBN 978-80-223-2315-4.

[18] MACK, Avram H, HARRINGTON, Amy L, FRANCES, Richard J, 2010. *Clinical manual for treatment of alcoholism and addictions*. 1. vyd. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-373-0.

[19] MAŠÁT, Vladimír, 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. 1. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-80-4.

[20] MARTANOVÁ, Veronika. Selektivní a indikovaná primární prevence. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[21] MILLER, Scott D a Insoo Kim BERG, 2014. *Zázračná metoda: radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0593-7.

[22] MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

[23] MINAŘÍK, Jakub a Vladimír KMOCH. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[24] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

[25] MIOVSKÝ, Michal, 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN. ISBN 978-80-87258-47-7.

[26] MIOVSKÝ, Michal, ČABLOVÁ, Lenka a Lucie JURYSTOVÁ. Časná diagnostika a krátká intervence v adiktologii. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[27] NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.

[28] NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat strýzlivý*. 1. vyd. Brno: Host. ISBN 80-7294-206-9.

[29] NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

[30] PAVLOVSKÝ, Pavel a kol., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. rozšířeně a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-2618-2.

[31] PAVLOVSKÁ, Amalie a Pavla DOLANSKÁ. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[32] PROFOUS, Jiří, 2013. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-087-5.

[33] ŘEHAN, Vladimír, 1994. *Závislost na alkoholu a jiných drogách: psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-359-1.

[34] SCHULTE, Bernd, 2010. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-042-1.

[35] SOUKUP, Jan. Motivační rozhovory. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[36] STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

[37] STRAUSSNER, Shulamith Lala Ashenberg a Stephanie BROWN, 2002. *The handbook of addiction treatment for women*. 1. vyd. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 0-7879-5355-5.

[38] ŠEFRÁNEK, Martin, 2014. *Evaluaace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-103-9.

[39] ŠUSTKOVÁ, Magdalena. Genetické dispozice k drogovým závislostem a epigenetika. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[40] ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

[41] TAYLOR, Michael Alan a Nutan Atre VAIDYA, 2009. *Descriptive psychopathology: the signs and symptoms of behavioral disorders*. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-71391-7.

[42] ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2005. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. ISBN 80-86734-39-0.

[43] VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

[44] VONDRÁČKOVÁ, Petra. Adiktologické poradenství. In: KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig a. s. ISBN 978-80-247-4331-8.

Elektronické příspěvky a články

[45] Centrum protidrogové prevence a terapie. *Program následné péče* [online]. 2011 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/program-nasledne-pece>.

[46] MeDitorial+. *Detoxikační jednotky* [online]. 2016 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/programy-nasledne-pece>.

[47] MeDitorial+. *Detoxikační jednotky* [online]. 2016 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>.

[48] Příznaky nemocí. *Alkoholismus* [online]. 2012 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://priznakynemoci.cz/alkoholismus/>.

[49] Psychiatrická nemocnice Brno. *Protialkoholní záchytná stanice* [online]. 2016 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.pnbrno.cz/protialkoholni-zachytne-stance/>.

[50] Redakce ČRo Leonadro. *Nejnebezpečnější drogou je alkohol* [online]. 2010 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/leonardo/zpravy/_zprava/nejnebezpecnejsi-drogou-je-alkohol--805489.

[51] RVKPP. *Certifikace RVKPP* [online]. 2009 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.cekas.cz/category/hlavni-nabidka/certifikace-rvkpp>.

[52] VLADNÁ, Renata. *OECD: Fakta o konzumaci alkoholu mezi dětmi a mladistvými* [online]. 2015 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/oecd-fakta-o-konzumaci-alkoholu-mezi-detmi-a-mladistvymi--133283/>.

[53] WILKEN a HOLLANDER. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci* [online]. 1999 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?file=Wilken,_Hollander.pdf.

Zákony

[54] ČESKO. Zákon č. 379/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379>.

[55] ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
ADH	Alkoholdehydrogenáza
Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
ATC	anatomicko-terapeuticko-chemické
Atd.	a tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
HR	Harm reduction
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic, Co-operation and Development)
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Tzn.	to znamená
Tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké (United States of America)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Bio-psycho-sociální model vzniku závislosti

Obrázek č. 2: Pilíře protidrogové politiky

Obrázek č. 3: Schéma nové teorie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Sociodemografická charakteristika informantů

Tabulka č. 2: Tabulka kódů, kategorií, jejich vlastností a dimenzionalizace

Tabulka č. 3: Paradigmatický model vzniku závislosti klientů doléčovacího centra

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Informovaný souhlas

Příloha PII: Tabulka kategorií a kódu včetně lokalizace

Příloha PIII: Značení užívané při komentované transkripci

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, níže podepsaný/á, souhlasím s účastí na výzkumu, který se dotýká jedinců aktuálně žijících v doléčovacím centru pro závislosti na alkoholu a příčin vzniku jejich závislosti.

Jsem obeznámen/a, že tento výzkum bude realizován v rámci tvorby diplomové práce s názvem „Příčiny vzniku závislosti na alkoholu očima klientů doléčovacího centra“. Jeho řešitelka, Bc. Aneta Málková, DiS., mne seznámila s cíli a metodami výzkumu, včetně požadavku nahrávat rozhovor prostřednictvím diktafonu. Současně jsem byl/a informován/a o tom, že má pravá identita bude v rámci dodržování etiky výzkumu tzv. anonymizována, stejně jako budou plně respektovány mé individuální přání a potřeby.

Potvrzují, že jsem měl/a možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne potřebné vědět a na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit.

Svým podpisem rovněž stvrzuji, že jsem informován/a o tom, že všechny získané údaje budou použity pro účely diplomové práce řešitelky a že výsledky výzkumu budou publikovány.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží výzkumník, a druhý účastník výzkumu.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu:.....

Podpis účastníka výzkumu:.....

V.....dne.....

PŘÍLOHA PII: TABULKA KATEGORIÍ A KÓDŮ VČETNĚ LOKALIZACE

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓD	LOKALIZACE				
Konzumace		Změna druhu alkoholu	S19c, S46			M7c	Z11h, Z12d
		Konzumované množství	S13d, S18b				Z11f, Z12b
		Konzumace do opilosti			I3o		Z10d
		Pravidelná konzumace	S40b	P7a	I11h	M6, M8h	Z10b, Z12a
		Večerní pití	S27			M21	Z16g
		Otevřenost ke konzumaci	S24b				Z12e
		Rituální pití		P17f			Z4f, Z14b, Z30b
		Řešení problémů pitím	S21e, S39d				Z229i
Dostupnost		Dostupnost alkoholu	S40a			M4d	Z4b
		Zvyšování tolerance	S58c	P10b, P15j	I3k	M8f	Z21e
		Alkohol na pracovišti	S19b, S50a, S51d	P19h	P3r	M8c, M8g	Z25f
		Alkohol v domácnosti	S6b, S38a, S48		I11d	M15f	Z16e, Z16f
Ztráta blízké osoby		Rozchod	S18d	P3aa,	I3g, I3p	M15d	
		Úmrtí v rodině	S41b		I14b	M4a, M14b	
		Rozvod	S21c	P18b	I3a, I17	M15g	Z23h
Obtížné životní situace		Nevěra			I3e	M15c	Z23g
		Nezaměstnanost	S32d, S51b	P17d		M19e	Z27a
		Domácí násilí	S41a, S53a		I11f, I19c		
		Změna zaměstnání	S32e, S49c		I3u, I7c	M8a, M19d	Z21h
		Životní situace			I11b	M8b	Z21g
		Ztáta bydlení		P18c	I11g		
Pocity	Hledané	Odreágování	S13e, S62				Z29f
		Dodání odvahy	S28		I23a		
		Uvolnění		P6e	I22c		Z14c
	Zaháněné	Obavy	S61b			M20a	
		Vnitřní napětí	S61f	P11b	I12d	M19g	Z25d
		Zapomnění		P3g, P3ac, P4c	I3j, I22d		Z32c
		Uvolnění stresu		P3n		M21b	Z12g
		Zlepšení nálady		P3o			Z11g
		Beznaděj	S39g, S44		Ibb		
		Tlak	S50b	P15f			
		Napětí	S60	P3j			
		Samota	S29, S32f, S37e, S39a	P3h, P3r, P15k	I3h, I10a, I21a		Z17a, z25H
		Sociální pro-	Vrstevníci	Parta	S16d, S32g	P4a, P7c	I3b, I3l

středí		Způsob trávení volného času	S32j, S34c			M5b	Z11c	
		První láska	S16e			M14a		
		Zábavy a diskotéky	S13b		I16a, I16b		Z4a,	
	Změna	Návrat k rodičům	S19a	P19b				
		Odchod z domova (intr, ..)	S13a, S32b		I14c			Z10a, Z11a
	Rodina	Tolerance okolí ke konzumaci	S37d					Z4e, Z12i, Z12c
		Dětsví a alkohol v dětství	S3a, S6a	P14	I15b	M5a		
		Partner konzument	S17b, S32i, S32k, S61a		I3c	M15e		Z19a
		Nevhodný partner	S21b		I3m			
	Absence (nedostatky)		Absence přátel		P3e			Z17b
Absence opory			S39f				Z23e	
Nedostatek soukromí			S7c	P19d				
Absence blízkosti rodiny			S39c					Z26b
Dispozice (nastavení)	Vrozené	Prarodič nebo rodič konzument	S7d				Z7a	
		Diagnóza v rodině	S8			M9c		
		Genetické dispozice				M19a	Z29a	
	Získané	Nízký věk	S7a, S22a					Z29b
		Nízké sebevědomí	S61c			M21c		Z24a
		Psychické problémy			I3i			Z23d, Z26a
Selhání		Pocit selhání			I7b, I8a		Z25b	
		Neschopnost plnění rolí		P15d		M24		
		Nenaplněné životní touhy		P3f		M4b, M19b	Z25a	
		Rychlý sňatek		P9c, P15b	I18	M15b		
Okolnosti		Komplikované soužití	S9a		I11i			
		Přísná výchova		P12a	I15a		Z5, Z6a	
		Náročné zaměstnání	S32c	P3b, P3i				Z25e
		Spory	S36, S37f, S49b, S55	P17b				Z23b
		Atmosféra v rodině	S42a	P9e				Z23i
		Neznalost problematiky	S58a			I3s, I4, I21b		Z13a

PŘÍLOHA PIII: ZNAČENÍ UŽÍVANÉ PŘI KOMENTOVANÉ TRANSKRIPCI

TA = tazatel

(pauza) = dlouhá pauza

.. = krátká pauza

(NV) = nedokončená věta

-- = přeroknutí

HM = souhlasné přikývnutí tazatele či probanda

(PŘÍBĚH) = krátký příběh, který se blízce nedotýká tématu

A1 = počáteční písmeno jména respondenta a číslo řádku transkripce