

Životní příběh abstinujících alkoholiků a jejich resocializace

Bohuslava Lajdová

Bakalářská 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 BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bohuslava Lajdová**
Osobní číslo: **H12222**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Životní příběh abstinujících alkoholiků a jejich resocializace**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti závislosti na alkoholu, motivace k léčbě a následné resocializace.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Martincová
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

6. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 26.4.2016

Barbora Kojčová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce rozebírá otázku závislosti, konkrétně závislosti na alkoholu a jejího vlivu na život člověka. V teoretické části definuje závislost, charakterizuje její rozvoj a průběh a snaží se popsat její příčiny. Poukazuje na možnosti a formy léčby, především ústavní, a následnou doléčovací péči. Rozebírá proces abstinence, prevenci recidivy a její zvládání. V poslední části se zabývá procesem a způsoby resocializace. Praktická část zkoumá životní etapu jedince od počátku abstinence a identifikuje z odborného hlediska klíčové momenty a motivaci, které pomohly k léčbě a úspěšné abstinenci.

Klíčová slova: alkoholismus, nadužívání, abstinence, craving, recidiva, relaps, terapie, doléčování, svépomocné skupiny, resocializace.

ABSTRACT

This thesis examines the question of addiction, particularly addiction to alcohol and its impact on human life. The theoretical part defines addiction, describes its development and progress and tries to explain its causes. Highlights the possibilities and forms of treatment, especially constitutional, and subsequent aftercare treatment. Discusses the process of abstinence, prevention of recurrence and its management. The last part deals with the process and methods of rehabilitation. The practical part examines the life stage of an individual from the beginning of abstinence and identifies from scientific perspective key moments and motivation that helped to treat and to reach successful abstinence.

Keywords: alcoholism, abuse, abstinence, craving, recurrence, relapse, treatment, aftercare, self-help groups, rehabilitation.

Děkuji paní Mgr. Janě Martinové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, ochotu a vstřícnost, které mi po celou dobu věnovala.

Chtěla bych také poděkovat respondentům, kteří mi svým vstřícným přístupem pomohli realizovat výzkum a za jejich osobní otevřené vyjádření, které se mnou sdíleli.

Velké poděkování patří také mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Motto:

„Neexistuje nic skutečně cenného, čeho může být dosaženo bez práce a námahy.“

Joseph Addison

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁVISLOST.....	13
1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI	13
1.2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	15
1.2.1 Úzus, misúzus, abúzus	16
1.2.2 Typy alkoholové závislosti	17
1.2.3 Vývoj závislosti.....	17
1.2.4 Zdravotní důsledky nadměrného pití alkoholu.....	18
1.2.5 Sociální důsledky závislosti	19
1.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI	20
2 LÉČBA	24
2.1 PORADENSTVÍ PŘED NÁSTUPEM LÉČBY	26
2.2 AMBULANTNÍ LÉČBA	27
2.3 ÚSTAVNÍ LÉČBA	29
3 RESOCIALIZACE	35
3.1 NÁSLEDNÁ PÉČE.....	36
3.1.1 Prevence relapsu	37
3.1.2 Svépomocné skupiny	41
3.1.3 Sociální práce	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	47
4.1 POJETÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	48
4.2.1 Hlavní výzkumný cíl.....	48
4.2.2 Dílčí výzkumné cíle.....	48
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
4.3.1 Hlavní výzkumná otázka.....	49
4.3.2 Dílčí výzkumné otázky	49
4.4 STRATEGIE VÝZKUMU	49
4.5 METODA SBĚRU DAT	50
4.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	51
4.7 REALIZACE VÝZKUMU	51
5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	53
5.1 PROČ?.....	53
5.1.1 Jablko nepadá daleko od stromu	54
5.1.2 Rodinná výchova	55
5.1.3 Osobnostní rysy	56
5.1.4 Sociální tlaky.....	58
5.2 BOD ZLOMU	60
5.2.1 Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne	61
5.2.2 Co člověk zasévá, to taky sklízí aneb sociální problémy	62

5.3	ZÁCHRANNÝ KRUH.....	65
5.3.1	Vlastní iniciativa versus pomoc z okolí.....	65
5.3.2	Léčba ambulantní nebo ústavní?	66
5.3.3	Překonání překážek k ústavní léčbě.....	68
5.3.4	Přínosy ústavní léčby.....	69
5.4	FÉNIX VSTÁVÁ Z POPELA	73
5.4.1	Nový start.....	73
5.4.2	Rady pomáhají, jen když se uplatňují.....	74
5.4.3	Doléčovací služby	76
5.4.4	I chybami se člověk učí	78
5.4.5	Výsledky resocializace	81
6	SHRNUTÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI, DISKUSE.....	84
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	87
7	ZÁVĚR	89
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	94
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	95
	SEZNAM TABULEK	96
	SEZNAM PŘÍLOH	97

ÚVOD

Dějiny alkoholu už od nepaměti doprovází historii lidstva. Již po tisíciletí se vyráběl a používal se jako nápoj při různých společenských i soukromých událostech, náboženských obřadech, v minulosti i současnosti. Najdeme i záznamy o léčebném používání alkoholu a dodnes nachází své uplatnění v medicíně. Byl a je stále vyhledáván pro své uklidňující a uvolňující účinky, zlepšuje náladu, potlačuje případné problémy, podporuje sociální kontakt a komunikaci. V malých dávkách působí stimulačně, odstraňuje problémy a dodává pocit sebejistoty. (Vágnerová, 2002, s. 290)

Ale stejně tak jako jsou známy pozitivní stránky alkoholu, tak poznáváme negativní následky jeho nemírného pití v podobě vytvoření závislosti na alkoholu. To má velký společenský dopad, jak v oblasti zdravotnictví, sociální a celkové ekonomické situaci. Riziko vzniku závislosti je o to nebezpečnější, protože jeho užívání je společností obecně tolerováno a často propagováno reklamou, médii a filmy jako něco žádoucího. Navíc je alkohol v naší zemi legální a velmi snadno dostupný. Česká republika patří dlouhodobě ve spotřebě alkoholu ke světové špičce. Podle poslední zprávy OECD (2015) jsme na čtvrtém místě na světě. Dále z tohoto materiálu vyplývá, že škodlivé užívání alkoholu je pátou nejčastější příčinou smrti a invalidity na světě.

I když se tato problematika v posledních letech stále více dostává do povědomí široké veřejnosti, zůstává nadále vážným společenským problémem. Ti, kteří se stali závislími na alkoholu, ale i ostatní populace, stále nejsou dostatečně informováni o příčinách vzniku alkoholismu ani o průběhu a možnostech léčby. Mnozí, kteří se rozhodli svou závislost řešit, se mohou setkávat s předsudky svého okolí a určitým způsobem být stigmatizováni.

Z těchto důvodů se seznámíme v teoretické části této bakalářské práce se závislostí, konkrétně se závislostí na alkoholu, s jejím vývojem a průběhem. Pokusíme se zachytit její příčiny a zaměříme se na způsoby léčby. Dále poskytneme informace o možnostech doléčování a přiblížíme si proces resocializace.

V praktické části, na základě kvalitativního výzkumu, se pokusíme přiblížit životní situaci lidí, kteří se stali závislími na alkoholu, podstoupili léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a stále úspěšně abstinují. Pomocí hloubkových rozhovorů se budeme snažit zachytit klíčové momenty, počátky jejich pití, nástup na léčbu, a najít hlavní činitele, které je motivují a pomáhají k abstinenci i po návratu do běžného života.

Cílem této bakalářské práce je pochopit životní situaci lidí, kteří se stali závislími na alkoholu, zachytit momenty, které je motivovaly k léčbě. V neposlední řadě přiblížit co nebo kdo jim pomáhá vytrvávat v abstinenci. Konkrétní příběhy a informace by mohly pomoci lidem, kteří se potýkají s podobným problémem, široké veřejnosti, případně i sociálním pracovníkům při kontaktu s těmito lidmi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

Zneužívání psychoaktivních látek a vzniku závislostí na nich představuje velkou zátěž jak pro jedince, tak pro celou společnost. Působí celou řadu problémů, jako jsou zdravotní, rodinné, sociální, ekonomické, dopravní nehody a páchání trestné činnosti pod vlivem alkoholu. Nejen naše země, ale i země celého světa, hledají účinné způsoby, jak tuto situaci řešit a eliminovat tyto dopady a hlavně jak jim předcházet.

Za psychoaktivní látku se označuje každá droga, která ovlivňuje psychickou činnost. Ovlivňuje myšlení, motivaci a změny nálad. Její časté užívání vede k návyku, a posléze ke vzniku závislosti. (Fischer, Škoda, 2009, s. 87- 88)

Přítomnost samotné drogy ještě sama o sobě nevede k závislosti. Je to souběh ještě mnoha dalších faktorů a životních postojů samotného člověka a prostředí, ve kterém se ocitá. Může to být například nízké nebo naopak vysoké sebehodnocení, kladný nebo záporný postoj k drogám, vliv prostředí, ve kterém se ocitá a které na něj působí. Podle toho, zda se tyto faktory projevují pozitivně nebo negativně, mohou být rizikem nebo naopak ochranou před rozvojem návyku a následné závislosti. Hranice mezi užíváním a nadužíváním a vznikem závislosti je velmi křehká. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 25)

Můžeme souhlasit s tvrzením, že k určení toho, kdo je nebo není závislým, je velmi individuální a nespočívá pouze v tom, zda užívá alkohol, ale záleží na mnoha dalších faktorech. Další část bakalářské práce nám tuto hranici mezi užíváním alkoholu a vznikem závislosti pomůže blíže specifikovat.

1.1 Definice závislosti

Závislost na alkoholu je odborníky chápána jako onemocnění, které se rozvinulo u původně zdravého jedince. Prokazuje celou řadu příznaků, podle kterých je určena diagnóza. „Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (Nešpor, 2003, s. 14).

K určení toho, kdo je nebo není závislý, nám pomůže seznámení se znaky závislosti. Končnou diagnózu bychom měli stanovit teprve tehdy, pokud v průběhu jednoho roku došlo k naplnění tří nebo více bodů.

1. **Silná touha nebo pocit nutkání užívat látku (craving, bažení).** Toto bažení můžeme rozdělit na tělesné, které nastává, pokud odeznívá návyková látka a projevuje se tělesnými změnami. Psychické bažení se dostavuje i po delší abstinenci a projevuje se prokazatelnými nálezy v mozku souvisejícími s emocemi a pamětí. Dalšími projevy je oslabení paměti, zhoršuje se postřeh, zvýšení tepu a tlaku, vyšší aktivita potních žláz a vyšší salivace (slinění).
2. **Potíže v sebeovládání.** Pacient ztrácí kontrolu nad začátkem a ukončením užívání látky, nebo také co se týká jejího množství. Pokud to převedeme do praxe, užije více látky, než měl původně v úmyslu. Zajímavý je postřeh, že zhoršené sebeovládání bývá často zaměňováno se slabou vůlí. Ale z různých závislostí se léčí třeba i sportovci, u kterých předpokládáme silnou vůli, což v určitých ohledech již prokázali.
3. **Tělesný odvykací stav.** Užívání látky ke zmírnění abstinenciálních příznaků.
4. **Průkaz tolerance k účinku látky.** Vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo původního účinku.
5. **Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky.
6. **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.** (Nešpor, 2000, s. 14)

Je zajímavé, že definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace uvádí podobná kritéria, ve třech případech naprosto totožná. Co však úplně vynechávají je craving (bažení). Z pohledu našich odborníků je to ovšem jak po teoretické i praktické stránce docela zásadní věc a k tomuto názoru se přikláníme.

Můžeme ještě srovnat, jak závislost definuje Hartl, Hartlová (2009, s. 699) kteří poukazují na to, že závislost je „stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím drogy, která poškozuje postiženého i společnost“. Poté obdobně popisuje průvodní znaky závislosti uvedené výše.

V souvislosti se závislostí bychom se měli také zmínit o psychické a somatické (tělesné) formě.

Tělesná (somatická) závislost je stav, kdy si organismus již zvykl na drogu, potřebuje ji stále víc a víc, aby dosáhl stejného účinku. Pokud v těle úplně chybí, dochází k abstinenciálním příznakům, jako je například třes, vysoký krevní tlak, pocení.

Psychická závislost je silná touha získat drogu pro její povzbuzující a stimuluující, nebo naopak tlumivé, účinky. Díky tomu dochází k vyvolání příjemných pocitů a k potlačení pocitů nepříjemných. Opakovaným používáním látky a navozováním takových stavů dochází u člověka k vytváření tzv. "návykové paměti" v mozku. Tělo si vytváří touhu zažívat tyto stavy stále znovu a znovu i přes škodlivé účinky a tím se vytváří psychická závislost a žádostivost. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 20-23)

Je zajímavé, že tělesnou závislost lze z lékařského hlediska překonat během dvou až čtyř týdnů, zatímco psychická závislost trvá po celý život.

1.2 Závislost na alkoholu

Obecně bychom tedy mohli říct, že jakákoliv závislost ovlivňuje fyzický i psychický stav člověka, mění jeho chování a vytváří nutkání brát drogu pravidelně. Závislost můžeme rozdělit na látkové drogy, jako je užití různých psychoaktivních látek, a nelátkové drogy, jako např. gambling. Naše práce se konkrétně zabývá látkovou závislostí.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je deset psychoaktivních látek, které vyvolávají závislost. My se v této práci budeme zabývat diagnózou F10.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané používáním **alkoholu**. (Fischer, Škoda, 2009, s. 90)

Účinky alkoholu jsou všeobecně známé. Pokud je používán v malých dávkách, byly prokázány pozitivní zdravotní účinky na organismus. Potlačuje nepříjemné a vyvolává příjemné stavy. Dodává sebevědomí, zlepšuje se nálada, dochází k uvolnění, odstraňuje různé úzkosti a deprese. Může posloužit i ke zmírnění bolesti. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 30-31)

V tom je možná úskalí užívání této drogy. K těmto pocitům může samozřejmě dojít i bez této látky, svým vlastním přičiněním. Ale dá to mnohem více práce a člověk se to musí naučit. Použití drogy je pohodlnější a výsledky se dostaví okamžitě. Ale každá droga v sobě skrývá riziko, že se na ni při pravidelném užívání stane člověk závislým, a droga začne ovládat a utvářet jeho život. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 11-12)

Zvýšené užívání alkoholu má výrazný účinek na centrální nervový systém (CNS). Dochází až k euforii, při vyšších dávkách pak naopak ke zpomaleným reakcím, zhoršuje se koordinace pohybů, zrak, řeč, u někoho se objevují zlostné sklony až agrese. Pokud je koncentrace vyšší než 4 promile, může dojít ke smrti. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 31)

1.2.1 Úzus, misúzus, abúzus

Alkohol patří mezi nejrozšířenější, nejdostupnější a nejčastěji používanou legální psychoaktivní látku u nás.

V zemích a kulturách, kde je alkohol tolerován, je důležité rozlišit, kde je alkohol střídavě užíván, a je jakousi kulturní hodnotou a zdrojem potěšení, a naopak kde dochází k nadměrnému užívání, která vede k závislosti a následným problémům. (Uhl, 2008, s. 9)

Nadměrné užívání alkoholických nápojů bývá označeno jako alkoholismus. První definici pijáctví jako nemoci zformuloval již v roce 1784 americký lékař Benjamin Rush, autor první učebnice psychiatrie v USA. Teprve v roce 1951 Světová zdravotnická organizace (WHO) uznala alkoholismus za medicínský problém. (Kalina et al., 2003a, s. 151)

Kde je tedy hranice mezi příležitostnou konzumací a nadměrným užíváním? Skála označuje **mírné používání** alkoholických nápojů jako **úzus**. Konzument bere alkohol jako doplněk ke stravě nebo jako pochutinu, ale pouze v přijatelném množství, věku a zdraví. (Skála et al., 1987, s. 17)

Podobně definuje úzus Hartl, Hartlová jako „přiměřené užívání látek jako jsou alkohol, nebo léky.“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 661)

Označení **misúzus** bychom mohli přeložit jako zneužívání, ale ne ve smyslu nadužívání, ale **zákazu**. Tak jako se například u mladistvých vzhledem k věku vyžaduje abstinence nebo je v naší zemi naprostý zákaz požití alkoholických nápojů při řízení motorového vozidla.

Abúzus je označen jako **nadužívání** alkoholických nápojů a jejich nadměrné pití. Může být příležitostný, při různých společenských setkáních, kdy při jednorázových velkých dávkách alkoholu dochází k intoxikaci a někdy i k agresivnímu chování. (Skála et al., 1987, s. 17)

Takovou občasnou přehnanou konzumaci můžou někteří lidé zažívat po celý život, ale to ještě nutně nemusí znamenat, že jsou alkoholici. Vystavují se ale velkému riziku stát se závislými na alkoholu. (Hosek, 1998, s. 14)

Pokud budeme chtít být konkrétní, tak za „bezpečnou dávku pro zdravého člověka je podle expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) považováno 16g alkoholu pro ženu a 24g pro muže na den. To odpovídá množství do půl litru piva nebo 200 ml vína či 50 ml destilátu“ (Drogova poradna, 2009).

Toto užívání nebo nadužívání alkoholu se může objevovat buď jen příležitostně, nebo je systematické a pravidelné. Tím se pochopitelně zvyšuje i riziko rozvoje alkoholové závislosti.

1.2.2 Typy alkoholové závislosti

Skála ve své knize poukazuje na pět typů alkoholové závislosti, na základě typologie E. M. Jellineka z roku 1940, amerického alkoholologa českého původu.

1. **Typ alfa:** občasné používání látky, pomocí kterého se mu daří potlačit vnitřní napětí, úzkost, deprese, nebo dosáhnout euforie. Slouží také k usnadnění navázání kontaktu s lidmi. Probíhá často o samotě. Sebekontrola pití je vcelku spolehlivá. Nevzniká závislost, ale hrozí riziko rostoucí tolerance na alkohol.
2. **Typ beta:** časté pití ve společnosti, při oslavách nebo o víkendu. Abúsus je příležitostný. Následkem často bývá somatické poškození. Rizika jsou podobná jako u typu alfa.
3. **Typ gama:** označen také jako „anglosaský typ“, který preferuje pivo a destiláty. Zde již je závislost na alkoholu. Dochází k poruchám pití, zvyšuje se tolerance k alkoholu a psychická závislost. Po intoxikaci dokáže abstinovat po kratší či delší dobu. Negativní důsledky se projevují výrazně v psychické, tělesné, společenské i ekonomické oblasti.
4. **Typ delta:** bývá označen jako „románský typ“, který upřednostňuje víno. Jde o chronické denní pití, které udržuje určitou hladinu alkoholu v krvi, bez projevů výraznější opilosti. Zde dochází spíše k závislosti somatické s tělesným postižením, jako je například cirhóza a v psychické oblasti například delirium tremens. Psychická závislost se vyvíjí později. (Skála et al., 1987. s. 45, 46)
5. **Typ epsilon:** označovaný jako „kvartální pijáctví“, kdy se střídají delší období pití s občasnou abstinencí. V naší zemi se vyskytuje zřídka. (Kalina et al., 2003a, s. 152)

Tato alkoholová typologie je u nás odbornou veřejností stále hojně používána.

1.2.3 Vývoj závislosti

Přechod od škodlivého užívání alkoholu k závislosti přichází nenápadně a v postupných fázích. Skála se odkazuje na Jellinekova stadia u nás používaná od roku 1957.

1. **Stadium počáteční.** Zpočátku mírné pití při různých příležitostech, kdy piják oceňuje uvolňující účinky alkoholu. Dávky i užívání se postupně zvyšují a můžou se stát denním zvykem.
2. **Stadium varovné.** Trvá 0,5 – 5 let. Přibývá konzumace a zvyšuje se tolerance na alkohol. Dochází k utajenému pití, jedinec si zajišťuje zásoby alkoholu, stále na něj myslí, žádostivě pije svou první dávku, dostávají se pocity viny, je citlivý na rozhovory o alkoholu a vyhýbá se jim. Z důvodu postižení krátkodobé paměti začínají její výpadky, tzv. „okénka“.
3. **Stadium rozhodné.** Vytvořila se psychická závislost. Tolerance stále stoupá, a i když se opakovaně snaží, ztrácí nad svým pitím jakoukoliv kontrolu. Jedinec si myslí, že kdyby chtěl, může kdykoli přestat, bagatelizuje svůj problém a nemůže tak přijímat pomoc a léčení. Díky časté konzumaci dochází ke konfliktům v rodině i na pracovišti. Nastává změna osobnosti, hodnot, dochází ke společenskému sestupu. Postižený vynakládá svou energii téměř jen na obstarání drogy a zanedbává své původní zájmy a kontakty. K této fázi patří i ranní pití, špatná životospráva, příznaky tělesného poškození.
4. **Stadium konečné.** Pití je nepřetržité, (ranní doušky), člověk nedokáže vydržet bez alkoholu. Tolerance se snižuje a jedinec se snadno opije už při menších dávkách. Začíná vyhledávat lidi i pod svoji úroveň, jen aby měl příležitost se napít, nastává sociální úpadek. Nastává degenerace po fyzické i psychické stránce. Dostávají se stavy úzkosti, psychotické stavy, třesy a alkoholová demence. Má potíže, když pije i když nepije. (Skála et al., 1987, s. 46, 47), (Fischer, Škoda, 2009, s. 101, 102)

1.2.4 Zdravotní důsledky nadměrného pití alkoholu

Dlouhodobá konzumace alkoholu prokazatelně poškozuje člověka jak po fyzické, tak i psychické stránce. Co se týká somatického poškození, tak je ho popsáno velké množství, a záleží na množství a délce užívání alkoholu a také na snášenlivosti jedince. Jsou to infekční nemoci, například **plicní tuberkulóza**, která je u alkoholiků častější než u většiny populace. Také velký výskyt venerických onemocnění, protože alkohol snižuje zábrany a dochází k promiskuitě. Dále je to **rakovina úst a nosohltanu**, protože užívání alkoholu je často spojeno s kouřením; **rakovina jater a pankreatu**. Alkohol zasahuje do činnosti žláz s vnitřní sekrecí. Při delším a silném užívání dochází u mužů k atrofii varlat a postupně k impotenci. Ovlivňuje vylučování inzulínu a má za následek **vznik cukrovky**. Působení alkoholu nepříznivě ovlivňuje centrální nervový systém (CNS). Dochází **k poruchám**

krátkodobé i dlouhodobé paměti, poškozují nervy, a nastává **alkoholická neuropatie**, která se projevuje slabostí, křečemi, třesem v končetinách rukou i nohou. Je zvýšený práh bolestivosti, nastávají poruchy hybnosti a koordinace. Setkáme se také s tzv. **alkoholickým tremorem**, který se projevuje třesem víček, končetin a postupně celého těla. Počítačová tomografie prokázala úbytek mozkové hmoty, takže výsledkem je **postupná ztráta paměti**, alkoholová demence, škody jsou nevratné. Takto postižení lidé potřebují plnou péči a končí v sociálním zařízení. Užívání drogy způsobuje **alkoholickou epilepsii**. Záchvaty se mohou vyskytnout při užívání alkoholu, také při jeho odnětí. Při delší abstinenci úplně zmizí. Dochází k onemocnění dvanáctníku, žaludku, kdy je narušována žaludeční sliznice, dochází k vnitřnímu krvácení, jež může být smrtelné. Setkáváme se také s **alkoholickou hepatitidou** a alkoholickou cirhózou jater, která je jedním z nejzávažnějších onemocnění a dochází k trvalému poškození a často ke smrti. Jen pro představu: „Vznik jaterní cirhózy je možný již za pět let, při denním užívání alkoholu u mužů 60 g alkoholu, to jsou 4 desetistupňová piva, u žen je to již jen 20 g denně!“ (Skála, 1987, s. 63).

V neposlední řadě dochází k alkoholickým psychózám, což jsou různé projevy při odnětí alkoholu, tzv. **abstinenčního syndromu**. Nejčastější a nejtěžší forma je delirium tremens. Projevuje se zrakovými, sluchovými i tělovými halucinacemi. Ty jsou velmi nepříjemné. Nemocný trpí úzkostí, strachem před domnělým nebezpečím, jako jsou drobná zvířata, padající stěny a podobně. Dochází k třesu celého těla, pocení, neschopnost polknout pevnou stravu, k epileptickému záchvatu. U všech těchto psychóz je nezbytná lékařská a psychiatrická péče nemocného a po odeznění nemoci podstoupit protialkoholní ústavní léčbu. (Skála, 1987, s. 53-72)

1.2.5 Sociální důsledky závislosti

Dlouhodobé nadužívání alkoholu působí psychické změny, mění chování člověka, které mají negativní dopad na sociální život jedince a jeho okolí. Jednou z oblastí je **zaměstnání**, kdy vlivem alkoholu dochází ke zhoršení koncentrace pozornosti při práci, pracovní výkon je pomalejší, dochází k chybám. Díky opilosti dochází k nepravděpodobnosti docházky a k absencím, následně ke ztrátě zaměstnání. Vzhledem k postupnému chátrání člověk nemá sílu ani motivaci hledat si jinou práci a stává se nezaměstnaným.

Další oblastí, kde má alkoholismus fatální důsledky, je **rodina**. Díky alkoholu se jedinec stává agresivním, bezohledným, nespolehlivým. Přestává si plnit své rodičovské povinnosti, negativně ovlivňuje psychiku dítěte. Rodina už pro něj není zdrojem jistoty a bezpečí.

Mohou se objevit problémy v chování doma i ve škole, zvýšená agresivita a adaptační potíže. Hrozí jeho deprivace na celý život. Alkoholik ničí svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky. Dochází k silnému narušení vztahů jak mezi manželi, tak dětmi. Rodina se buď rozpadá, nebo také je zde riziko, že vlivem nápodoby či bezvýchodné situace začnou pít i jiní členové rodiny. Svým pitím utratí alkoholik velké množství peněz, dostává se do dluhů, rodina finančně strádá. Snižuje se také sociální postavení celé rodiny. Často bývá stigmatizována jako rodina alkoholika.

Důsledky nemírného pití pociťuje alkoholik i **ve společnosti**. Tím, že přestává respektovat běžné společenské normy, neplní základní sociální role, mění se jeho vztahy s lidmi. Alkoholismus je také příčinou mnoha trestných činů. Z těchto důvodů jím společnost začíná opovrhovat, dochází k sociální izolaci a stigmatizaci, kterou alkoholik řeší opětovným pitím. Neléčený alkoholik často končí jako bezdomovec, není schopen se o sebe postarat, stává se přítěží pro společnost. (Vágnerová, 2002, s. 293-296)

Vidíme tedy, že závislost na alkoholu přináší sociální dopady naprosto do všech oblastí lidského života. Abychom mohli řešit samotné důsledky takového jednání, je nutné se zamyslet nad jeho příčinami.

1.3 Příčiny vzniku závislosti

Ke vzniku a rozvoji závislosti vede spolupůsobení různých faktorů. V této kapitole se zamyslíme nad některými možnými příčinami uváděnými odborníky na problematiku závislosti.

Přehledné členění těchto faktorů podávají ve své knize Fischer, Škoda (2009, s. 95-99):

1. Genetické predispozice

Hraje zde roli jak samotná genetická výbava, kterou umocňují další vlivy.

Není sice jednoznačně vysvětleno, jak geny ovlivňují vztah k alkoholu. Vědci poukazují na určitý gen, který v mozku ovlivňuje pocity štěstí a libosti. U lidí, kteří mají problémy se závislostí, se zjistila poškozená forma tohoto genu. Z důvodu snížené produkce endorfinu je proto snížena jejich schopnost pociťovat a prožívat radost. Je známo, že alkohol je velmi silný stimulátor a vyvolává silný pocity radosti a euforie. Proto tyto lidi pijí více, aby dosáhli toho, co sami nemají, tedy pocitu štěstí. Vědci v dnešní době poukazují na to, že genů pro vytvoření závislosti je ještě více a existuje

souvislost nejen s alkoholismem, ale také například s drogovou závislostí, kouřením, nutkavým přejídáním, obezitou a patologickým hráčstvím.

„Bylo také prokázáno, že v rodinách, kde je otec alkoholik, je u jedinců desetkrát vyšší pravděpodobnost vzniku alkoholismu. Studie dvojčat poskytly odhady dědičné predispozice k alkoholismu na 51-65 % u žen a 48-73 % u mužů“ (Fischer, Škoda, 2009, 95-96).

2. Biologické predispozice

Účinky alkoholu nejsou u každého stejné. Záleží na fyziologických reakcích na jedince, jako například vyšší nervové činnosti či látkové přeměně člověka. To, že někdo alkohol lépe zpracovává, nebývá mu při nadužívání tak špatně, nemívá kocovinu a takzvaně „hodně snese“, s sebou nese velké nebezpečí v podobě vyššího a častějšího užívání a s tím spojeného rizika vzniku závislosti.

3. Psychické faktory

Svou roli v rozvoji závislosti mají i osobnostní rysy člověka, které tuto pravděpodobnost vzniku a rozvoje zvyšují. Je to například nedostatečná sebekontrola, dále potřeba stále vyhledávat nové, někdy až riskantní prožitky. (Fischer, Škoda, 2009, s. 97)

Skála (1988, s. 38) poukazuje na tzv. „senzitivní typ osobnosti“ tzv. **introverti**. Projevuje se úzkostlivostí, citovou nezralostí, velikášstvím nebo naopak sebedoceňováním, nízkou psychickou odolností při neúspěchu, pocitem osamocení a viny.“ U tohoto typu dochází k tomu, že své nahromaděné pocity a napětí, ať kladné, či záporné, nedokážou ventilovat nějakým konkrétním skutkem. Při svém pocitu méněcennosti mají v sobě pocit, že sice mají schopnosti, a možná v mnohém větší než jiní, jen kvůli své stydlivosti ji nedokážou plně využít. Tak zažívají frustraci a pocity nedostatečnosti, které uvolňují požíváním alkoholu. Ten jim také pomáhá rychle překonávat společenské zábrany a strach při navazování kontaktu s okolím nebo potají řešit problémy osobní či pracovní. Zkušenost, že se tyto nepříjemné pocity dají rychle a efektivně upravit třeba i menší dávkou alkoholu vede k tomu, že dávky se postupem času zvyšují a překračují únosnou míru. Samozřejmě, že ne každý s typem této osobnosti se stává závislým. Většina zvládá tyto problémy a řeší je jiným přijatelným způsobem. Ale pokud je míra senzitivity příliš vysoká, řešení takových nepříjemných stavů pomocí alkoholu je velmi nebezpečné.

Opakem tohoto typu osobnosti jsou **extroverti**, kteří vedou víceméně bezstarostný život, nemají problémy s navazováním vztahů, jsou aktivní, zábavní a ve společnosti

proto velmi oblíbení. Setkáváme se u nich ale s rysy vychloubačnosti, samolibosti, jsou poněkud nestálí a netrpěliví. Rádi vyhledávají společnost, kde dochází k popíjení se stále stoupající pravidelností a hlavně zlehčují a podceňují své pití a to, že i jim hrozí riziko vzniku závislosti. Samozřejmě je nutné podotknout, že určité osobnostní rysy mohou mít sice důležitou roli, ale nikoho nepředurčují k vytvoření závislosti na alkoholu. (Skála, 1988, s. 38-39)

Je ale dobré seznámit se se všemi faktory, které mohou ovlivnit příčinu a rozvoj závislosti, poznat sám sebe, a podle toho přijmout ve svém životě určitá opatření.

V neposlední řadě vyšší sklony k závislosti mají i lidé s **poruchami osobnosti**, psychickým onemocněním a organickým poškozením CNS. Jak uvádí Vágnerová (2002, s. 290) tyto lidé mají sklony k impulzivnímu jednání a neschopnost zdravého sebeovládání co se týká míry požitého alkoholu.

U nich je závislost druhotným problémem, ale je nutné ji také řešit, i když je těžké rozpoznat, co bylo primárním problémem. Zda psychotické onemocnění nebo zneužívání alkoholu. (Fischer, Škoda, s. 97, 98)

4. Sociální faktory

Genetické, biologické a psychické faktory mohou být ještě velmi umocněny sociálním prostředím, ve kterém se jedinec ocitá. Může to být například:

- **Vliv rodiny**

Výchova v dětství má vliv na vzniku a rozvoji závislosti. Fischer, Škoda (2009, s. 98) poukazují na dysfunkční rodinu, syndrom týraného dítěte (CAN), špatný školní prospěch a výchovné styly dítěte.

Různé typy a styly výchovy podrobněji rozepisuje ve své knize Skála (1988, s. 37, 38). Poukazuje na přílišný autoritářský styl otce v protikladu s ochranným postojem matky. Na jedné straně tvrdá pravidla, na straně druhé tolerování nevhodných postojů. Od dítěte se stále vyžaduje úspěch, jsou mu stále předkládána pravidla, co má a co nemá dělat. To mu také brání v postupném procesu osamostatnění a převzetí odpovědnosti za své jednání.

Rodiče do něj promítají mnohdy své nenaplněné tužby. Rodičovská láska je závislá na tom, zda je poslušné a naplňuje představy rodičů. Přichází o možnost zažívat tu samozřejmou lásku bez podmínek. Tak se nevědomky stává závislým na uspokojování cílů svých rodičů, které jsou mnohdy nad jeho síly a o které ani on sám mnohdy nechce

usilovat. Touží ale po tom, aby si získalo a udrželo lásku svých rodičů, potlačuje agresi, i když tím vnitřně trpí. Požadavky jsou příliš vysoké a dítě zažívá pocit, že přání rodičů nenaplnuje dostatečně. Zažívá pocity nedostatečnosti, méněcennosti, osamění. Taková výchova má za následek citovou nevyrovnanost, přílišnou zranitelnost a nezralost. V dospělosti vede k horší adaptaci ve společnosti. (Skála, 1988, s. 37-38)

To vše jsou faktory, které umocňují vznik a rozvoj různých závislostí, včetně alkoholové.

- **Vliv sociální skupiny**

Zde má velký vliv faktor učení, nápodoba rodičů, party, nebo jiných sociálních skupin. (Vágnerová, 2002, s. 290)

Touha patřit do určité společenské třídy, vrstevnické skupiny, bývá někdy tak silná, že jedinci podléhají tlaku okolí na užívání alkoholu, což může vést k počátkům závislosti. Zvláště u dospívajících lidí je toto riziko větší, protože v mladém věku se vytváří závislost mnohem rychleji. (Fischer, Škoda, 2009, s. 98)

Sociální nerovnost také ovlivňuje vznik závislosti. Je prokázáno, že závislost je menší u lidí, kteří mají vyšší vzdělání a zaměstnání. Naopak chudoba a nezaměstnanost závislost prohlubuje. Je zajímavé, že i v určitých životních etapách je vyšší riziko ohrožení. Je to například při nástupu do zaměstnání nebo naopak odchod do starobního důchodu, či syndrom „opuštěného hnízda“, kdy se děti osamostatnily a odcházejí z domova. Člověk je tak vystaven větší míře stresu, které jim alkohol pomáhal snášet, třeba jen dočasně. (Fischer, Škoda, 2009, s. 98-99)

Stojí také za zmínku, že existují profese, které jsou označeny jako rizikové pro rozvoj závislosti. Jsou to např. učitelé, lékaři, umělci, a také pracovníci v pomáhajících profesích. V těchto odvětvích se setkáváme s velkou odpovědností, přetížeností, citovou vyčerpaností a frustrací z nedostatečného ocenění a zpětné vazby. Takové psychické přetížení a tlak bývají mnohdy uvolňovány právě pomocí alkoholu.

2 LÉČBA

Pokud se zneužívání alkoholu rozvine v závislost a dotyčný ztratí schopnost vlastními silami zvládnout svůj problém, je nutné podstoupit léčbu.

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které poškozuje pacienta nejen po zdravotní stránce, ale i v dalších oblastech jeho života. Pokud není závislý jedinec léčen, dochází ke zhoršujícímu se stavu a v konečné fázi může dojít k deprivaci a nutnému trvalému umístění v psychiatrické léčebně. Co se týká léčby, je důležité si uvědomit, že dosahuje uzdravení pouze ve smyslu vymizení příznaků nemoci, ale nevede k odstranění poruchy v kontrole množství užívání alkoholu. Jak už jsme si dříve poukázali, tělesnou závislost léčit lze, psychická trvá po celý život. Pro toto onemocnění je typická „nevratná“ ztráta schopnosti pít kontrolovaně alkohol. Základní podmínkou úspěšné léčby je tedy trvalá abstinence – nepít alkohol třeba i v malém množství, a to trvale po celý život. U mnoha pacientů nedochází k trvalé abstinenci hned po první léčbě. Může to tedy vypadat, že léčba alkoholismu je marná a zbytečná. Výsledky ale ukazují, že 50 – 70% pacientů odvykací léčby abstinovalo minimálně jeden rok a po třech letech trvale abstinguje 30 – 40 % klientů, kteří podstoupili léčbu. (Kalina et al., 2003a, s. 153)

Důležitost abstinence je klíčová. Poukazuje se na to, že pokud toto období trvá déle než 3 měsíce, je to dobrý předpoklad pro déletrvající období. Je ale nutné v tomto čase pracovat i na změnách v ostatních oblastech života, např. v oblasti vztahů, práce a sociálního zázemí. To souhlasí s obecnou definicí o zdraví, která podle WHO znamená „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Tyto principy v sobě zahrnuje **bio-psycho-sociální model léčby závislých**, který se v našich zemích používá již asi tři desetiletí a jejich vzájemná propojenost je základem dobře fungujícího programu. (Kalina et al., 2003b s. 97)

Otázka léčby a sociální rehabilitace u lidí se závislostí obsahuje širokou škálu různých přístupů a metod. Pokud chceme, aby léčba byla úspěšná a efektivní, musí reagovat na skutečné a ne domnělé potřeby klientů a pacientů. To v praxi znamená zaměřit se nejen na samotný problém závislosti a jejího stupně, ale také na měnící se potřeby a individuální rozdíly mezi klienty a pružně na ně reagovat. (Kalina et al., 2003b, str. 15)

Podobně Nešpor (2000, s. 97-98) vyzdvihl tyto principy, k nimž přidal ještě další důležité zásady efektivní léčby závislosti. Podobně jako Kalina poukazuje zvolit pro klienta takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější, je pružná a reaguje na různé potřeby včetně psy-

chologických, zdravotních i sociálních a měla by být rychle dostupná. Počáteční překonání odvykacího stavu pomocí detoxikace je pouze počáteční fází započaté léčby, bez které by sama o sobě měla malý účinek. Měla by zahrnovat metody individuální, nebo skupinové poradenství a psychoterapie a kognitivně- behaviorální postupy.

Podobně Kalina et al. (2003b, s. 99- 100) považuje za velmi účinnou léčbu intenzivní strukturovaný program, který v sobě spojuje v rámci režimové léčby s danými pravidly, psychoterapeutické působení skupiny a nácvik sociálních dovedností. Na rozdíl od Nešpora zdůrazňuje také to, že ke zvýšení účinnosti léčby výrazně přispívá, když už se v průběhu léčby věnuje systematická pozornost na prevenci relapsu, který je po léčbě častým a závažným problémem. Pomoci klientovi rozpoznat, jaké situace a stavy mohou relaps vyvolat a naučit ho strategie, jak ho zvládat.

Také je potřeba zjišťovat, zda během léčby není porušena abstinence. Nemusíme očekávat, že efektivní léčba je pouze dobrovolná. I nátlak rodiny nebo zaměstnavatele může často pozitivně ovlivnit to, že klient přijme léčbu a během ní s pomocí dovedných terapeutů najde potřebnou motivaci. Na co je kladen velký důraz: délka léčby. Čím je delší, tím přináší lepší výsledky, protože překonávání závislosti je dlouhodobý proces a léčba se může opakovat. (Nešpor, 2000, s. 97- 98)

K nejčastějším problémům klientů v léčbě je například samotný craving, také pesimismus ve vztahu k léčbě, pochybnosti o schopnosti žít bez alkoholu, dlouhodobá nerozhodnost. Dále problém vlastního sebepojetí, jako je nedostatek sebeúcty a sebedůvěry, potlačování negativních pocitů. Problémy týkající se vztahů, uzavřenost, zranitelnost, osamělost, neporozumění vlastní situaci. A v poslední řadě také ztráta sociálních schopností, jako jsou špatné komunikační schopnosti, ztráta pracovních a kulturních návyků a neschopnost cokoliv plánovat. (Kalina et al., 2003b, s. 101)

Proto můžeme říct, že k důležitým zásadám efektivní léčby, které jsme uvedli, bychom mohli na závěr přiřadit také klientovo vlastní sebe přijetí, a stabilizaci jeho životního stylu spolu s bezalkoholovou dietou a následnou resocializací. Takový celkový léčebný program zahrnuje obvykle tříletou systematickou práci, podle potřeb klienta a stupně jeho rozvoje závislosti. (Heller, Pecinová et al., 1996, s. 85)

Jak jsme uvedli, podle klienta a jeho potřeb a také podle rozvoje závislosti bude navržena i odpovídající léčba a to buď ambulantní, stacionární, nebo ústavní.

2.1 Poradenství před nástupem léčby

Asociace poradenských pracovníků definuje poradenství jako činnost, kde na jedné straně je školený poradce, který nabízí konkrétní služby s cílem zlepšit životní situaci klienta a na straně druhé je uživatel, který těchto služeb dobrovolně využívá. Tato podpora se uplatňuje například v oblasti sociální, psychologické, ale také pracovní nebo právní. Poradce by neměl dávat řešení a nemůže ani klienta nutit, ale pouze nabízí podporu a vedení, kterou uživatel svobodně a dobrovolně využije nebo ji odmítne. Jde o formu psychologické či sociální pomoci a ne kontroly. Poradenství je nejpoužívanější intervencí, především u klientů, kteří nejsou dostatečně motivováni a to i s různým stupněm rozvoje závislosti. Cílovou skupinou ovšem nejsou jen závislí, ale také rodinní příslušníci uživatelů nebo jejich blízcí. Mohou se sami dozvědět o příčinách a průběhu rozvoje závislosti a také to, jak i oni sami mohou přispět k tomu, aby se situace změnila. (Kalina et al., 2003a, s. 269- 270)

Pro získání náhledu na závislost a její léčbu využívají poradenská centra různé svépomocné příručky, se kterými mají dlouhodobé a dobré zkušenosti. Zvláště u těch, kterých se dotýkají alkoholové závislosti, často usnadní a zrychlí cestu k odborníkovi tím, že poskytnou informace o možnostech léčby, a také kde a jaká konkrétní zařízení tuto léčbu nabízejí v místě jeho bydliště. (Nešpor, 2000, s. 109- 110)

Samotným **cílem poradenské činnosti** je udržet klienta v kontaktu, dále předat srozumitelné informace o stavu klienta a jeho dalším možném vývoji. Rozhovory by měly motivovat klienta změnit svůj životní styl na základě svého vlastního uvědomění, a posílit jeho rozhodnutí a aktivitu. (Kalina et al., 2003a, s. 271)

Důležitost poradenství jako součást celkového léčebného programu je jasná. Posiluje účinek léčby tím, že podporuje motivaci klienta, který je přístupnější k samotné léčbě, zlepšuje jeho zapojení do procesu léčby a taky účinně zabraňuje předčasnému ukončení léčby. Kalina poukazuje na severoamerickou studii, kdy se zjistilo, že plných 100% lidí, kteří využili poradenské služby, podstoupilo nakonec i léčbu. To byl dvojnásobek, než ve skupině, která služeb nevyužila. Také v samotné léčbě se udrželi lépe a měli o třetinu lepší výsledky po léčbě. Snahou poradenství je urychlit vstup klienta do léčby a využít momentu, kdy se klient rozhoduje a váhá. Nemá smysl vyčkávat s cílem vyzkoušet klientovu motivaci a sebeuvědomění. (Kalina et al., 2003b, s. 103- 104)

Nešpor (2000, s. 63) poukázal na to, jak by vhodnou intervencí mohla být posilována klientova motivace. Pokud nestojí o změnu, i tak projevit empatii a pokusit se vyvolat po-

chybnosti o jeho závislosti. Pokusit se zjistit, jaké má pacient touhy a cíle a poukázat na rozpor jeho chování a na zdravotní a sociální dopady. Pomoci mu rozhodnout se pro změnu a nejvhodnější strategii a tu uskutečnit. Posilovat jeho sebedůvěru, že to zvládne a připomínat důvody léčby. Poskytnout mu náhled na příčiny recidivy a způsoby jejího zvládnutí. Je nutné vyzbrojit se trpělivostí, protože často je zapotřebí mnoha setkání, než klient získá náhled na svou situaci a motivaci. (Nešpor, 2000, s. 62- 63)

Během těchto setkávání může klient pozorovat, že své problémy bez cizí pomoci nemůže zvládnout a je mu navržena léčba a to forma buď ambulantní, stacionární nebo ústavní.

2.2 Ambulantní léčba

Ambulantní péči o závislé poskytuje v ČR ordinace AT (protialkoholní a toxikomanická péče), denní stacionáře a také kontaktní centra. V České republice tuto péči poskytovala do roku 1992 zdravotní zařízení a ambulantní podobně jako Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie při psychiatrickém oddělení spádové polikliniky, která navazovala na psychiatrickou léčebnu. Počet těchto ordinací byl v naší zemi okolo 160 a plně pokrývaly dostupnost využití této péče. Žel, po roce 1992 řada ordinací zanikla ať už z organizačních důvodů, tak pro obtížnost práce a malé finanční ohodnocení. Zpravidla je péče poskytována jednou i vícekrát týdně vedoucím lékařem, ve spolupráci klinického psychologa. Pokud se klient obává nějakého „označkování“, může požádat o anonymní vyšetření. Ordinace AT je určena nejen pro závislé, ale také pro jejich partnery nebo jiné příbuzné. (Kalina et al., 2003b, s. 172-173)

Přítomnost partnera bývá velmi vítána, protože důsledky nadužívání alkoholu nepostihuje jen samotného alkoholika, ale mají neblahý dopad i na jeho okolí. Je zapotřebí, aby byl seznámen s tím, jak vzniká, a jaký průběh má závislost a také jaký postoj zaujmout během léčby. Navíc lze získat cenného spolupracovníka, kterého lze poučit, jaký zaujmout postoj k dotyčné osobě a celé léčbě, aby měla příznivý průběh. (Skála, 1988, s. 59)

Rozsah ambulantní péče je velmi široký. Zahrnuje prvotní kontakt a získání osobní anamnézy, kde jsou prvotně spíše zjišťovány obecné problémy a postupně dochází k odkrývání problému závislosti. Dojem z tohoto setkání je velmi důležitý. Není třeba žádných výčitek, ale spíš nabídnout porozumění a odbornou pomoc. Pokud vznikne pozitivní vztah, klient se bude rád vracet a pomůže mu to překonat nejrůznější obavy, které se týkají jak samotné léčby a prognózy uzdravení, tak také rodinných či pracovních důsledků. Tady

vidíme, že ambulantní péče velmi úzce souvisí s poradenstvím, o kterém jsme již pojednávali výše. Dále ambulantní péče nabízí vyšetření zdravotního stavu, také farmakoterapii, která ovlivňuje závislost, nebo může být zaměřena na dosažení úplné abstinence. (Kalina et al., 2003b, s. 174- 175)

Co se týká farmakoterapie, jde o takzvanou biologickou léčbu, kdy je pacientovi podáván dvakrát až třikrát týdně lék zvaný **Antabus**, který způsobuje negativní reakci organismu i na malé množství požitého alkoholu. Tablety se podávají v ordinaci AT nebo u praktického lékaře dvakrát týdně, a pro žádoucí efekt je podáván nejméně po dobu 6 měsíců, nejlépe však jeden rok a více. (Skála, 1988, s. 60- 61)

Antabus není povinný, ale zvláště v počátcích nebo také v následné péči po léčbě, klientovi usnadní abstinenci, a s jeho nasazením by měl vždy souhlasit. Zabraňuje možnost napítí bez toho, že by způsobil velmi závažné zdravotní komplikace. Poskytuje jistotu a bezpečí, podobně jako horolezecké lano před nečekanými pády. Ze zkušenosti vyplývá, že ti, kdo jeho užívání předčasně ukončili, například po půl roce, začali opět pít. Někteří totiž podlehlí klamavému pocitu, že už nějaký čas abstínují, a dokážou pít tzv. s „mírou“. Pak samozřejmě dochází k recidivě. (Profous, 2011, s. 85)

Někteří klienti mohou žít v domněnání, že se v biologické léčbě i v dnešní době stále používá takzvaná chemická averzivní léčba, jejímž cílem je vyvolat zápornou reakci těla na alkohol. Jde o to, že při této terapii je čichán a chuťově zkoušen alkohol, který se ale nepolyká. Poté jsou pacientovi do těla vpraveny chemické látky, a tělo poté negativně reaguje projevy, jako jsou průjemy, nauzea, nechutenství, bolest končetin, závratě. Na základě tohoto opakovaného podmíněného reflexu vzniká averze organismu na alkohol. Tento způsob léčby se dnes již nepoužívá. (Skála, 1987, s. 77- 78)

Součástí ambulantní péče by měla být **individuální psychoterapie**, která může být součástí doby, kdy klient přišel na kontrolu. K tomu, aby měla nějaký efekt, je potřebná pravidelnost a osobní zájem, odbornost a motivovanost personálu a vytvoření dobrého terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem. Také rodinná a partnerská psychoterapie může mít velký vliv pro řešení narušených vztahů a je potřebná k tomu, aby se také nejbližší seznámili s problémy klienta, jeho závislostí a snažili se mu pomoci v jeho úsilí zařadit se zpět do normálního života. Ordinance AT může klientovi také předat cenné informace v oblasti socioterapie a rehabilitace, které se týkají návaznosti na terapeutické komunity, chráněné dílny či bydlení. (Kalina et al., 2003b, s. 174-175)

U některých může přetrvávat názor, že jedinou účinnou léčbou pro závislé je léčba ústavní a staví do určitého pozadí léčbu ambulantní pro určitý typ klientů (Kalina et al., 2003b, s. 104).

Naproti tomu Profous (2003, s. 84-86) ji preferuje jako počátek léčby, který mnohdy může některým klientům postačovat. Až pokud není úspěšná, měla by navazovat léčba ústavní a i tak jsou klienti lépe motivováni. Výhodou ambulantní léčby je, že klient nemusí žádat o pracovní neschopnost, pomáhá při počátečním studu přijmout diagnózu a pro někoho může být výhodou, že je stále ve spojení se svou rodinou.

Na obdobnou myšlenku poukazuje i Heller, Pecinovská et al., (1996, s. 96), kdy úspěšnost u většiny případů bývá završena až ústavní léčbou, přesto ordinace AT mají nezastupitelnou úlohu. Jsou jakýmsi sítem a řada případů se vyřeší. Nicméně uznává, že v podstatě je ambulantní léčba těžší než ústavní. Klienti se s terapeuty nedostávají do kontaktu každý den, a také to, co si vezmou z nabízené léčby, není tak čitelné.

Na jistá úskalí upozorňuje i Skála (1988, s. 61-62), jako je například špatný zdravotní stav, vyhrocená situace v rodině, vzdálenost pracovišť AT, slabá vůle a neschopnost se odpoutat od pijáckého prostředí. V takovém případě by byla vhodná ústavní léčba, která zajistí optimální prostředí.

Můžeme zhodnotit, že ambulantní péče může být účinným začátkem komplexního léčebného programu alkoholové závislosti. Její služby mohou zprostředkovat a navázat na ústavní léčbu a v tomto spojení se prokázat jako velmi účinná. A samozřejmě má také nezastupitelnou úlohu i v následné péči. Proto by měla nabízet dostatečně specializované, kvalitní a komplexní služby. Je škoda, že se v současné době setkáváme s nedostatkem těchto ordinací a omezeným rozsahem nabízených služeb.

2.3 Ústavní léčba

U závislých klientů, kteří problémy nezvládají řešit ambulantně, je vhodná ústavní léčba, (nebo taky rezidenční či pobytová). Probíhá ve zdravotnických zařízeních na oddělení pro léčbu závislostí, v psychiatrické léčebně na toxirehabilitačním oddělení nebo v terapeutických komunitách.

První specializované lůžkové oddělení pro léčbu alkoholismu vzniklo v roce 1948 U Apolináře jako součást psychiatrické kliniky a Fakultní nemocnice Karlovy univerzity. Poté

vznikaly další například v Olomouci, Šternberku, Bohnicích, Opavě a v Kroměříži. (Kalina et al., 2003b, s. 92)

Oproti ambulantní léčbě má určité výhody. Zaprvé klient se ocitá v bezpečném tzv. **čistém a bezpečném prostředí**, kde není vystaven pokušení dostupnosti alkoholu jako ve svém přirozeném prostředí. Také terapeutický program může být poskytován intenzívně a nepřetržitě. Včasná léčba může předejít narušení sociálních vztahů, závažným zdravotním poškozením a získat kontrolu nad svým návykovým jednáním. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 114)

Program ústavní léčby je komplexní. Spojuje v sobě terapii a také výchovně-edukační činnost. Kromě lékařů, sester a klinických psychologů patří do týmu psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti. **Základním cílem** je, jak jsme si již vysvětlili, **trvalá a důsledná abstinence**. Za tímto možná jednoduchým vyjádřením se ovšem skrývá složitý proces skládající se z mnoha **dílčích cílů**. Zmíníme jen některé, jako například získat potřebný **náhled na svou závislost**. Přiznat si ji, uvědomit si plně její důsledky a **získat motivaci** a potřebu to začít vše postupně řešit vhodným konkrétním způsobem. Dále **zvnitřnění** dodržování určitých **pravidel** (osobní hygiena, pořádek, pracovní návyky), struktury dne a týdne, které se v důsledku užívání alkoholu výrazně zeslabily či úplně vytratily. Také **zvnitřnění abstinenčních norem**, naučit se **rozpoznat rizika, která vedou k relapsu, zvládat je** a minimalizovat. Dalším cílem léčby je **zlepšení náhledu na svou vlastní osobu**, který bývá často na pozadí počátku vzniku závislosti, naučit se řešit rizikové situace, ovšem bez alkoholu, a neodkládat je. Někdy může klient dospět ke zjištění, že je potřeba razantních **změn ve svém původním prostředí** (např. ukončení rizikových vztahů, změna nevhodného zaměstnání, vyhýbat se rizikovým místům jako jsou hospody), které také vedly k závislosti a po léčbě by rozhodně nenapomáhaly k trvalé abstinenci. (Kalina et al., 2003b, s. 195-196)

„Základním modelem léčby u nás je model zavedený Jaroslavem Skálou – tzv. Skálův či Apolinářský model“ (Kalina et al., 2003b, s. 196).

Jedná se o to, že léčba, jednotlivý den a týden je rozdělen do jednotlivých rovnoměrně oddělených fází rozmanitého léčebného programu, s přesným časovým rozvrhem jednotlivých aktivit. Jde o tzv. **režimovou léčbu**, která obsahuje soubor určitých pravidel. Jejich cílem je zajistit bezpečné a čisté terapeutické prostředí, a podpořit vhodné vzorce chování. S návykovou látkou se klient naučil navodit příjemný pocit a odměnu rychleji, jednodušeji a nutkavěji pomocí alkoholu, proto právě prostřednictvím jasných pravidel a režimem je

podpořit jiné, vhodné vzorce chování, kde je potřeba vlastního úsilí, sebekázně a sebeovládání. Cílem je, aby tato pravidla daná okolím si klient sám zvnitřnil, osvojil a dokázal si je udržet sám. Ve většině zařízení je klientova snaha hodnocena kladnými nebo zápornými body, z nichž potom vyplývají různé výhody či sankce včetně vyloučení z léčby. Nejde o to zhoršovat nadměrnými nároky pacientovu situaci. Spíše je to jakási informace o tom, co se mu daří a co ne a vede k průběžnému hodnocení průběhu léčby. Tento systém má samozřejmě i určitou toleranci, do které je možno chybovat. Ovšem při jejím překročení se dostávají sankce. To má velký etický význam, aby si klient uvědomil následky a důsledky svého jednání a naučil se přijímat zodpovědnost za své jednání. (Kalina et al., 2003b, s. 194-196)

Délka ústavní léčby bývá minimálně 3 měsíce a podle potřeby může být i déle. Nejčastější komplikace tohoto úvodního období se může objevit během prvních týdnů, kdy probíhá detoxikace. Jde o odstranění drogy z těla a také jejích následků na organismus. Můžou se objevit epileptické záchvaty nebo některá z alkoholických psychóz, nejčastěji delirium tremens. Proto je nutný odborný dohled a mírnění těchto stavů farmakologickou léčbou a sledování aktuálního zdravotního stavu. (Heller, Pecinová et al., 1996, s. 86)

Tato fáze trvá přibližně 1 – 3 týdny, kdy se provedou základní vyšetření, pacient se stabilizuje a dochází k počátkům budování terapeutického vztahu a posilování motivace k pokračující léčbě. (Kalina et al., 2003b, s. 198)

Úspěšnost léčby ovlivňují určité faktory, jako je stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince a hlavně motivace závislého. Na počátku léčby se setkáváme spíše s vnějšími motivačními faktory, jako jsou sociální problémy, tlak okolí apod., což samo o sobě nemusí být špatné, protože samotná vnitřní motivace se mnohdy může formovat až během samotné léčby. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 219)

Léčba může člověku pomoci k lepšímu sebepoznání. S rostoucí mírou takového sebeurčení roste i množství pozitivních výsledků v konkrétních činnostech. Pokud člověk vidí, že mu tyto navozené změny chování přináší užitek v osobním životě, má z toho radost, a zvyšuje se jeho vnitřní motivace. (Deci, Ryan, 2000, s. 243)

To se nám jeví jako velmi žádoucí a klíčové, protože vybudování takové vnitřní motivace vede k tomu, že i po návratu z léčby je závislý člověk schopen řídit své emoce a chování bez kontroly jiné osoby. Dalo by se říci, že se stává sám sobě terapeutem. A k takovému lepšímu sebepoznání pomáhá celkový léčebný program ústavní léčby.

Naprostou klíčovou aktivitou léčebného programu je **psychoterapie**. Neexistuje jednotná definice psychoterapie, protože bývá používána v mnoha oblastech. Obecně je chápána jako používání psychologických prostředků, které napomáhají lidskému zdraví. Kalina, Miovský, (2008) definují psychoterapii pro oblast léčby závislosti jako „odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, nebo osobní charakteristiky.“

Vzhledem k tomu, že léčba závislostního chování se nesoustředí jen na vymizení somatických příznaků užívání alkoholu, ale zaměřuje se na zvládnutí psychické závislosti, se nám tato definice zdá nejvýstižnější.

Psychoterapie při léčbě závislosti podněcuje pacienta, aby vyjadřoval své myšlenky a pocity a tím se aktivně zapojil do procesu sebepoznávání. Pomáhá odkrýt a odstranit příčinu problémů a různými metodami se snaží o změnu osobnosti. Podporuje u klienta porozumění problému a nácvikem různých dovedností ho učí je zvládat. (Kratochvíl, 1998, s. 15-16)

Psychoterapii můžeme rozdělit na dvě oblasti:

Individuální psychoterapie

Individuální terapie probíhá i v rámci ústavní léčby. Bývá zaměřena nejen na samotné příznaky, ale i na osobnostní růst. Vychází totiž z předpokladu, že negativní důsledky jednání mohou být často výsledkem určité nerovnováhy osobnosti člověka. (Kalina et al., 2003b, s. 36)

Většinou probíhá formou rozhovoru, ale vzhledem k velkému počtu osob v komunitě nemůže být využívána tak často a intenzivně. Individuální terapie spíše probíhá formou každodenního **psaní deníků** pacienta, kam se snaží zachytit nejen své postřehy a pocity z léčby, ale i ze své minulosti. Je to forma komunikace mezi pacientem a terapeutem, který může na tyto zápisy vhodně a účinně reagovat. (Heller, Pecinová, 2003, s. 89)

Domníváme se, že takové zachycené úvahy o příčinách své závislosti, jaké to mělo dopady na jeho okolí, vedou k velmi užitečné sebereflexi a potřebnému náhledu na svou osobnost. Navíc tato psaná forma může závislému člověku pomoci po návratu z léčby, aby si připomněl svůj pobyt, své pocity a důvody, proč se rozhodl abstinovat. Připomenutí důsledků svého pití může být jakousi autoterapií a posílením motivace pokračovat v abstinenci.

Skupinová psychoterapie se děje v rámci celé terapeutické komunity, kde jsou lidé různého věku, pohlaví, sociálního postavení. Během času, který spolu tráví při různých čin-

nostech, se pochopitelně promítají různé problémy, i vztahové. Tak může být každému dána zpětná vazba o jeho chování a umožňuje změnu nevhodného jednání. Také může zprostředkovat náhled a podíl na svých problémech. Uplatňují se principy aktivního podílu pacienta, obousměrné komunikace, rovnoprávnost v rozhodování, sociální učení, kdy dostává rychlou zpětnou vazbu, jak jeho chování působí na druhé. (Kratochvíl, 1998, s. 17)

V rámci celé komunity probíhají denní setkání tzv. **volné tribuny**. Pacienti i odborný terapeutický tým řeší všechny problémy a události uplynulého dne, týdne, důležité momenty ze života oddělení. Dále je hodnoceno fungování celé komunity i jednotlivců. Stanovují se nebo upravují dohodnutá pravidla, plánují se aktivity a další doplňkový program. Dále se v rámci celé skupiny uskutečňují doplňkové programy, jako jsou **edukační přednášky** o závislosti, které pacienti následně zpracovávají do písemné podoby, aby si mohli tuto problematiku více zafixovat. **Biblioterapie**, společná četba vhodné literatury, slouží k získávání informací, poučení a obohacení zkušeností. Při **muzikoterapii** se učí nejen poslouchat a relaxovat, ale zvýšit prožívání hudby, které je následně impulsem ke sdílení pocitů. Společně se věnují i pohybovým a sportovním aktivitám, které slouží pro zlepšení fyzické kondice. Také si pacienti mohou vybrat různé pracovní činnosti, jako je práce v zahradnictví, v areálu léčebny, keramika, pletení košíků, šicí dílna, arteterapie. (Heller, Pecinovská, 1996, s. 88,89)

Dále jsou v rámci skupinové terapie vytvořeny **menší skupinky**, které jsou odborně vedené způsobem orientovaným na klienta. Pacienti si sami vypracovávají svůj životopis, který obsahuje příčiny a rozvoj jejich závislosti, a ostatní členové i terapeut se k němu vyjadřují. Tím dostává klient zpětnou vazbu vlastního pohledu na svou závislost. Řeší se zde témata, která jsou pro ně palčivá, jako jsou rodinné vztahy, prožitá traumata, strach z budoucnosti. (Pomoc v závislosti, 2011)

Součástí celkové léčby je i možnost návštěv rodinných příslušníků. Pacient tak zůstává ve spojení s rodinou, dostává nové informace a neztrácí přehled o událostech běžného života. Může také využít rozhovoru s lékařem nebo s psychologem, a seznámit se více s problematikou závislosti. Tímto jsou klienti více zapojováni do samotné léčby, a lze tím tak podpořit abstinenci závislého. Mohou také požádat o rady při řešení rodinných nebo osobních problémů.

Myslíme si, že taková setkání během léčby mohou být velmi užitečná. Rodina může sledovat pokroky pacienta, seznámit se s prostředím a léčebnými postupy, a tím odstranit i případné zkreslené informace a předsudky na léčbu alkoholové závislosti.

V této části bakalářské práce jsme také mohli sledovat, že jednotlivé léčebné programy se nezaměřují na samotné odstranění tělesných příznaků závislosti. Léčba, pomocí psychoterapie v různých podobách, pracuje s motivací, pomáhá k sebepoznání a sebepřijetí člověka. Také učí měnit nevhodné vzorce chování. Pomocí různých pracovních činností dochází ke sdílení společných zážitků, zlepšují se pracovní i sociální dovednosti. Mohli bychom tedy říci, že samotná léčba je základem, a dalo by se říci i počátkem procesu resocializace. Tento proces probíhá i po návratu z léčby, a o jeho formách bude pojednávat další kapitola.

3 RESOCIALIZACE

Význam slova resocializace je obecně chápán jako znovuzачlenění jedince do společnosti. Dříve byl tento pojem v léčbě u závislých osob vnímán jako služba, která následovala až po detoxikaci a léčbě. Jejím cílem je zapojit člověka do běžného života pomocí znovunabytých sociálních a profesních dovedností. (Kalina et al., 2003, s. 63, 64)

Můžeme říci, že proces resocializace zahrnuje celou řadu intervencí, které jsou potřebné k úspěšnému dokončení procesu uzdravení ze závislosti na návykových látkách. Zahrnuje například prevenci relapsu, podpůrnou skupinovou nebo individuální terapii, poradenství, výuku sociálních dovedností, chráněné bydlení, pracovní poradenství, chráněná pracovní místa a rekvalifikaci, práci s rodinnými příslušníky a zdravotní péči. Poukazuje na to, že i když se léčba a rehabilitace spíše zaměřují na tělesná a psychická onemocnění, resocializace pomáhá získat sociální znalosti a dovednosti. Všechny tyto léčebné postupy spolu ale velmi úzce souvisejí, prolínají se a vzájemně se podmiňují. (Kalina et al., 2003b, s. 208-212)

Podle MPSV (2014) je význam resocializace sociální začlenění, které je závislé na tom, zda si člověk obnoví své sociální dovednosti a je ochoten přijmout sociální normy společnosti. Je proto vhodné pomoci mu vytvořit takové podmínky, aby se mohl plně zapojit do podmínek normálního života a tím mu pomoci si abstinenci udržet.

Setkáváme se i s názorem, zda tento pojem resocializace je vhodný, protože v západní literatuře se vyskytuje jen velmi zřídka. Pro pracovníky v pomáhajících profesích, a snad i pro veřejnost, může pojem resocializace evokovat pojmy jako je převýchova a trest. Jakési závadové chování, které je třeba řešit kriminálně, což se jistě nevztahuje na celkovou klientelu závislých lidí. Proto se někteří přiklánějí k názoru, že je lepší používat výraz sociální rehabilitace, která se vyskytuje i v západní terminologii. Opět vidíme, že tento pojem v sobě zahrnuje tzv. bio-psycho-sociální model léčby, kdy je nezbytné hledat i sociální příčiny, následky, a potřebné sociální změny, které jsou nezbytné k celkové úzdavě. (Kalina et al. 2003b, s. 63, 64)

Na druhou stranu pojem rehabilitace je obecně spojován spíše v oboru medicínském, např. v chirurgii, kdy po skončení léčby dochází k potřebné rehabilitaci a proto se nehodí pro duševní nemoci. Proto Nešpor, Csémy, ve své knize Léčba a prevence závislostí (1996), používají slovní spojení sociální intervence.

Jak vidíme, názory na uvedení přesného pojmu se poněkud různí, nicméně vzhledem k tomu, že se v naší zemi při čtení odborných časopisů a knih setkáváme převážně s pojmem **resocializace**, (např. Vágnerová, Skála, MPSV), a je také v komunikaci používanější, budeme jej v naší bakalářské práci dále používat.

3.1 Následná péče

Následná péče v sobě zahrnuje sledování zdravotního stavu a sociální situace klienta a zahrnuje v sobě celou řadu intervencí, které vedou k resocializaci - pomoci k návratu podmínek normálního života a udržet si navozené změny chování a abstinenci. Právě stabilizace jeho životního stylu pomáhá zajistit efektivitu léčby, kterou podstoupil. U nás je častěji používán výraz **doléčování**. (Kalina, 2003b, s. 208)

Je určeno pro klienty v prvním období po skončení ambulantní nebo ústavní léčby. Pochopitelně doléčování můžou využít i osoby bez předchozí odborné péče. Délka je velmi individuální. Doporučuje se min. 6 měsíců až 1 rok. Mnozí klienti pro úspěšnou abstinenci doléčování využívají celoživotně, i když v poněkud menší intenzitě. Podobně, jak už jsme uvedli i ve vymezení pojmu resocializace, ani zde nemůžeme následnou péči striktně oddělit od samotné předešlé léčby. Je zde úzké propojení, a mnohé prvky a směry se uplatňují i v ústavní léčbě. Proto je dobrá vzájemná návaznost a informovanost. Také je vhodné seznámit klienta o vhodných programech následné péče a podpořit ho k jejich využití ještě před ukončením základní léčby. (Kalina, 2003b, s. 208-212)

Musíme ovšem zmínit, že šetření z roku 2000 ukazuje, že pouze 10% klientů, kteří ukončili léčbu, našlo odpovídající ambulantní péči a doléčovací program, a to hlavně pro nedostatek těchto služeb. Je zapotřebí změn v této oblasti. Tím se samozřejmě snižuje efektivita léčebných programů, vynaložených prostředků státu a také úsilí klientů a jejich terapeutů. (Kalina et al., 2003b, s. 104)

Nedostatečné zajištění služeb následné péče potvrzují informace z MPSV (2014), která vychází ze zprávy krajských protidrogových koordinátorů. Chybí intenzivní následná péče pro problémové uživatele alkoholu, kteří jsou po léčbě. Tento nedostatek nahrazují ambulantní zdravotnická zařízení, kterých je také nedostatek. Zřizují se i nezdravotnická zařízení, kde ovšem není možnost sledovat kvalitu péče. Konkrétně je uvedené, že mezi další kritické faktory patří nedostatečná provázanost a komunikace mezi ústavní léčbou a službami následné péče a doléčování. Přitom kvalitní následná péče má podstatný vliv na vý-

sledný efekt celkové léčby v závislosti. Tuto zkušenost potvrzují i praktické zkušenosti našich odborníků. Proto je zajištění dostatečného množství programů a možností následné péče a doléčování velmi potřebné. (MPSV, 2014)

Jak už jsme uvedli, hlavními složkami programu následné péče je **prevence relapsu, psychoterapie, pomoc svépomocných skupin a sociální práce**. Tím se budeme zabývat v následující kapitole.

3.1.1 Prevence relapsu

Po ukončení léčby se v mnoha případech setkáváme s porušením abstinence.

Je zajímavé zamyslet se nad významem slova abstinence, které pochází z latinského slova abstinencia, což znamená nezištnost, poctivost a zdrženlivost. V používání tohoto termínu v souvislosti závislého jednání je to velmi vhodné. Abstinent se zdrží celoživotně alkoholu, aby za to získal mnohem víc, a to svůj původní normální život a hodnoty, které měl. (Nešpor, 2013, s. 107)

Prevence relapsu v sobě zahrnuje kognitivně - behaviorální přístup, který se zaměřuje na rozpoznání zvládnutí nutkání užít alkohol, rozpoznat, které vnitřní a vnější spouštěče nastartují nebo umocňují touhu užít drogu a nácvik technik dovedností odmítnutí drogy. Jde také o posílení vnitřní motivace k abstinenci a k sebeovládání, kdy se klient stává sám sobě terapeutem. Nezbytné základy pacient dostává již v průběhu základní léčby, ale zvláště v následné péči je nutné hledat způsoby, jak se vyhybat rizikovým situacím a získat stabilizaci svého životního stylu. Tím pochopitelně snížit riziko relapsu a vytrvávat v abstinenci. (Kalina et al., 2003b, s. 117)

Jak jsme uvedli, pojem prevence relapsu je hodně široký, a proto se krátce zamyslíme nad dvěma základními oblastmi, které pod tento pojem spadají.

1. Craving (bažení)

je silné nutkání a touha užít drogu, je běžnou komplikací abstinence a silný craving často předchází recidivě. Toto nutkání v různé intenzitě zažívá téměř většina pacientů po léčbě, ale to neznamená, že nutně musí vést k porušení abstinence. Kromě somatických příznaků, které jsme již popsali výše, se projevují subjektivními příznaky, jako jsou vzpomínky na pocity pod vlivem alkoholu, svírání na hrudi, bolest hlavy a těla, pocení, sucho v ústech. Dostavuje se neklid, úzkost, podrážděnost, únava, zhoršené sebeovládání a vnímání okolí. Silný a nedostatečně si uvědomovaný craving vede

k recidivě. Proto již při základní léčbě je pacient seznamován s průběhem bažení, jak jej rozpoznat, co mu předchází a jak jej zvládnout. Můžeme říci, že vysoce účinné strategie zvládnání bažení je uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem a naopak uvědomit si výhody abstinence. Tomu se pacient učí již v základní léčbě při psychoterapeutických sezeních, při setkáních s komunitou a edukační činnosti. Také každodenní psaní deníků pomáhá k lepšímu sebeuvědomění a rozpoznání svého bažení. Důležité je včasné rozpoznání cravingu a nahrazení žádoucím jednáním. Je pochopitelně nutné znát rizikové situace, které by bažení mohlo vyvolávat, a které velmi ohrožují sebekontrolu.

Rizikové situace se nazývají spouštěče a rozdělují se na zevní a vnitřní.

- **Negativní emoční stavy**

Patří mezi tzv. vnitřní spouštěče a způsobují nejvyšší počet recidiv (35%). Důvodem můžou být nerealistické nároky na sebe, méněcennosti, frustrace, hněv, úzkosti, deprese a nuda. Může to být i únava, nedostatek spánku a stres v souvislosti s nevyrovnaným životním stylem. Vysoce rizikový stav je také špatný zdravotní stav, jako je chronická dlouhodobá bolest. (Kalina et al., 2003b, s. 118)

Silným zdrojem stresu je také pocit stigmatizace a to zejména u žen, které se více stydí a trápí, že selhaly. Patří sem dokonce i silné emoce jako je radost a nadšení. (Nešpor, 20013, s. 20)

- **Interpersonální konflikty**

Tato oblast patří mezi tzv. vnější spouštěče. Patří sem problémové vztahy v rodině, konflikty s přáteli a negativní situace na pracovišti, neúspěch nebo jiné problémy v dalších sociálních situacích.

- **Sociální tlak**

I tento bod patří k zevním spouštěčům, jako je rizikové prostředí a problematičtí známí. Pokud se pacient nevyhýbá rizikovým situacím (návštěvy restaurací, oslavy) vystavuje se tlaku okolí k požití alkoholu. Výroky typu: „vždyť jedno ti neublíží“, nebo „pokud si s námi nedáš, nejsi náš kamarád“, velmi oslabují rozhodnutí trvale abstinovat. (Kalina, 2003b, s. 118)

Právě stres spolu s bažením snižují sebekontrolu a oslabují soudné uvažování. Je nutné najít způsoby, jak stres i bažení efektivně zmírnit a tím zlepšit své sebeovládání a vyhnout se recidivě. Metody zvládnutí cravingu a případné recidivy jsou velmi rozmanité. Zákla-

dem je, pokud to je možné, vyhýbat se právě vnitřním a vnějším spouštěčům. Dále to jsou techniky posilování motivace, správné vnímání sebe a okolního světa, rozšířit své dovednosti pro život, relaxační techniky, zvládání stresových situací, komunikační a sociální dovednosti, změna životního stylu. (Nešpor, 2000, s. 66-78)

Vhodným doporučeným prostředkem ke zmírnění stresu a zlepšení sebeovládání je přiměřená fyzická aktivita. Uvolňuje vnitřní napětí, mírní úzkosti a deprese a odbourává látky nahromaděné stresem. Po jejím skončení nastává i příjemná relaxace. (Nešpor, 2013. s. 23, 57)

Výborný základ pro správný náhled na prevenci a zvládání bažení poskytuje ústavní režimová léčba. Jak můžeme vidět v rozpisu režimové léčby Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, v příloze P1, střídají se zde činnosti práce, edukace, psychoterapie, individuální terapie, každodenní zápisy pocitů do deníku, společenské večery, setkání komunity, sportu a relaxace. Tak se pacient učí získat správný životní rytmus a řád, který se vlivem užívání alkoholu postupně vytratil. Také opět v sobě objevuje zapomenuté záliby a koníčky.

Následná péče pomáhá klientovi si tyto návyky připomínat a udržovat. Při odchodu z léčebny dostává osobní průkazku abstinenta, kde má telefonní čísla na krizovou linku důvěry a doporučenou literaturu. Jsou zde popsány jednotlivé kroky způsobu odmítnutí alkoholu, zvládání psychické závislosti na alkoholu, způsoby zvládání cravingu, připomenutí desatera alkoholika a také jak si udržet abstinenci po propuštění. Pokud dojde k recidivě, tak klient ví, jak má postupovat. Pokud by došlo k porušení abstinence, je mu také nabídnut tzv. **stabilizační pobyt** v trvání 4-6 týdnů. Také může využít tzv. **rekondiční pobyt** v léčebně, což je krátkodobý pobyt v délce jednoho až dvou týdnů pro připomenutí si zdravých návyků a posílení motivace k abstinenci. Tyto pobyty lze využít opakovaně. (Pomoc v závislosti, 2011)

Jsou mu také předány kontakty na psychiatra a psychologa v místě svého bydliště, případně i na terapeutické centrum, kde si může nadále udržovat emoční stabilitu. Formou ambulantní psychoterapie, ať skupinové či individuální může řešit své osobní i sociální problémy.

2. Recidiva

Druhou oblastí, která spadá do prevence relapsu, je zvládnutí recidivy. V povědomí mnoha lidí pojem recidiva vzbuzuje představy, že se člověk vrátil ke svému dřívější-

mu způsobu jednání, porušil svou abstinenci, zmařil své úsilí a nemá šanci na nápravu. (Kalina et al., 2003b, s. 118)

Recidiva je porušení abstinence, kdy se klient vrátil na určitou dobu ke svému závislému jednání. Nemusí nutně znamenat návrat k původnímu užívání v plném rozsahu. Dělíme ji na tzv. **laps** (uklouznutí), což je krátká recidiva, která je rychle zastavena. Druhým typem je **relaps**, tedy dlouhodobá recidiva, která vede k bolestným následkům. (Nešpor, 2013, s. 108)

Po recidivě se obvykle objevuje **syndrom porušení abstinence**, kdy se u klienta dostavují silné pocity viny, selhání, že „vše je ztraceno“. Dostavují se pocity deprese, osamělosti, které se snaží potlačit dalším pitím. Pro některé jedince, kteří jsou zahlceni přílišnými pocity viny, se jediným východiskem může stát sebevražda. (Kalina et al., 2003b, s. 119, 120)

Je dobré a užitečné si uvědomit, že recidiva a případné krize jsou přirozenou součástí celkového uzdravného procesu. „Nevhodné zpracování recidivy ze strany pacienta a jeho okolí je často škodlivější, než recidiva sama.“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 113)

Proto je vhodné na recidivy pacienty i jejich rodiny upozornit a seznámit je s technikami prevence a zvládnutí recidivy. Recidiva nutně nemusí vést k původnímu závislému chování, ale i k pozitivním změnám. Znamé rčení „chybami se člověk učí“, může být bráno jako získání nové zkušenosti, poučit se a zabránit tak celkové recidivě. Recidiva není nějaká jednorázová záležitost, ale předchází jí řada tzv. spouštěčů, které klient někdy sám nerozpozná. Proto je nutné pomoci závislému pochopit tyto postupné procesy, poskytnout emoční podporu a seznámit ho i jeho rodinu s technikami prevence a zvládnutí recidivy, které mu pomohou udržet získané pozitivní změny. (Kalina et al., 2003b, s. 118)

Tyto negativní faktory, jako je craving a recidiva, můžeme zvládat relaxačními technikami, které velmi podrobně Nešpor rozebírá ve svých knihách, a které napomáhají vytrvávat v abstinenci. (Nešpor, 2013, s. 19)

Velkou pomoc může také klient získat na setkání svépomocných skupin, o kterých budeme psát dále.

3.1.2 Svépomocné skupiny

Velký význam v procesu doléčování mají různé svépomocné skupiny. Jsou to neformální nezdravotnické formy sdružení, které využívají vzájemnou pomoc a podporu lidí, kteří mají společnou zkušenost s užíváním drogy, a s léčbou. Jedná se o určitou formu skupinové psychoterapie, bez účasti profesionálů. Tyto skupiny tvoří klienti s podobnými problémy, ať už jde o problémy zdravotní, sociální či subjektivní. Schází se pravidelně jednou týdně či za čtrnáct dní. Členové o sebe projevují zájem, předávají si osobní zkušenosti a řešení problémů a poskytují si navzájem pomoc a podporu. Setkání jsou určena i rodinným příslušníkům a dalším osobám, kterých se problém alkoholismu dotýká. Poskytují závislému i jeho rodině informace a pochopení k dané problematice, svépomocné příručky o účinných postupech překonávání závislosti. Tím je umožněno všem zúčastněným lépe se vyrovnat s danou situací. Využití podpory svépomocných skupin je obzvláště vhodné po absolvování ambulantní nebo ústavní léčby jako forma následné péče. (Alkohol pod kontrolou, 2009)

Mezi svépomocné skupiny u nás patří například sdružení **KLUS**, což znamená Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. Tato skupina byla založena v 50. letech doc. MUDr. Jaroslavem Skálou a sdružuje lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech, aby si vzájemně pomáhali. K dalšímu doléčování je možné využít ve skupině **Modrý kříž**, jehož standardní metody práce jsou motivovány duchovním posláním pomáhat lidem. (Alkohol pod kontrolou, 2011-2016)

Asi nejznámější svépomocnou skupinou v doléčování je hnutí **Anonymních alkoholiků** (AA). Původně vzniklo v roce 1935 v USA a v roce 1989 začalo fungovat i u nás. Koncept programu AA je založen na zásadách Dvanácti kroků a Dvanácti tradic, které vyjadřují uvědomění si vlastní závislosti a rozhodnutí ji zvládnout, anonymitu, dobrovolnost, soběstačnost, neutralitu. Jsou obohaceny o duchovní aspekt, který někomu pomáhá, ale nemusí oslovit každého. Nepatří k žádné církvi ani politické organizaci. Jedinou podmínkou účasti na setkání je touha přestat pít. (Millerová, 2011)

Dalšími účinnými faktory v AA je přiznání si ztráty kontroly nad pitím alkoholu, uznání negativních dopadů konzumace alkoholu, společné přání abstinovat, pocit sounáležitosti, vzájemné poskytování emoční podpory, zmírnění pocitů viny, uvědomění si vlastní odpovědnosti, což vede k posílení motivace k abstinenci. (Kalina et al., 2003b, s. 240-242)

Další velkou pomocí a výhodou v systému doléčování je také to, má-li lůžkové léčebné zařízení vlastní klub abstinujících. Jsou to tzv. **A-kluby**, které pořádají pravidelná setkání léčených pacientů, dále těch, kteří absolvovali léčbu a rodinných příslušníků. Za účasti profesionálů otevřeně mluví o svých problémech s pitím, co jim to vzalo, co každému pomáhá zvládat chuť na alkohol, jaké výhody přináší abstinence apod. Jde o neformální setkání v přátelské atmosféře, kde jsou léčeným pacientům nabídnuty pozitivní vzory lidí, kteří závislost překonávají. To zvyšuje jejich motivaci a zlepšuje spolupráci v léčbě. Pochopitelně i terapeutický tým dostává zpětnou vazbu a ocenění od úspěšně abstinujících, a tím získávají pocit smysluplnosti. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 112)

Můžeme zhodnotit, že i když svépomocné skupiny nezahrnují žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, svým programem navazují na podstoupenou léčbu, prohlubují uvědomění si vlastní závislosti a přispívají k motivaci a vzájemné pomoci pokračovat v započaté abstinenci. Velkou zásluhu na stabilizaci nového životního stylu má i sociální práce. V další části bakalářské práce si rozebereme důležité aspekty vlivu sociální práce na resocializaci lidí, kteří absolvovali léčbu.

3.1.3 Sociální práce

Jak jsme si ukázali v předešlých kapitolách, závislost na alkoholu má negativní sociální dopady na život člověka, které mnohdy mohou přetrvávat i po skončení léčby. Z tohoto důvodu má sociální práce velký vliv v rámci následné péče na udržení žádoucích změn a životního stylu klienta. (Mahrová, 2008, s. 120)

Existuje mnoho definic sociální práce. Podle Matouška (2003, s. 213) je: „Sociální práce společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.“

Jedním z cílů sociální práce je **obnovit sociální fungování** a snažit se poskytnout takové podmínky, které by odpovídaly schopnostem člověka. (Navrátil, 2001, s. 11)

Prostředí a společnost klade na člověka určité požadavky, které by měl splňovat. Někteří lidé to zvládají, jiní tuto schopnost nemají, a dostávají se postupně do problémů. Důvodem nezvládnutí problémů může být nedostatek dovedností klienta nebo příliš náročné požadavky okolí. Z toho, že klient není schopen dostat požadavkům okolí, by sociální pracovník neměl usuzovat, že takový člověk je líný nebo nezodpovědný. Jeho cílem by mělo být pomoci klientovi rozpoznat tyto důvody, podpořit dovednosti, a najít potřebnou rovnováhu

mezi požadavky prostředí a schopnostmi člověka tyto požadavky plnit. Konkrétně i tím, že sníží požadavky a nabídne asistenci, aby klient situaci zvládl a tím získal zkušenosti a sebedůvěru řešit dál úkoly samostatně. Tento důležitý faktor je pro klienta zásadní, protože pod tlakem okolností by mohl situaci opět řešit nevhodným způsobem a vrátit se ke svému závislostnímu jednání. (Kalina et al., 2003b, s. 70, 74)

Je proto vhodné pomoci mu vytvořit takové podmínky, aby se mohl plně zapojit do podmínek normálního života a tím mu pomoci si abstinenci udržet. Jinak efektivita léčebných programů není příliš vysoká. „Zahraniční výzkum ukazuje, že pokud nedílnou součástí léčebných programů není kvalitní sociální práce, jejich efektivita se snižuje o 80%" (MPSV, 2014).

Kvalitní sociální práci pro tuto cílovou skupinu bychom mohli rozdělit do dvou oblastí:

Sociální práce jako terapeutická činnost

Obsahem a cílem v této oblasti je zajistit zdravotní, psychickou a sociální stabilizaci klienta. Tato pomoc probíhá formou individuální nebo skupinové terapie, která bývá uplatňována např. i v poradenství. Důraz je kladen na komunikaci a vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem. (Matoušek et al., 2007, s. 187)

Cílem je odstranit bariéry, které napomáhají změně sebezpojetí klienta, podporuje sebedůvěru, učí objevovat a osvojovat si dovednosti a znalosti potřebné pro život, a tím urychluje celkový uzdravující se proces. Také pomáhá k řešení vztahových a rodinných problémů. (Kalina et al., 2003, s. 70, 71)

Sociálně právní a pracovní poradenství

Pomáhá řešit různé problémy z minulosti závislých klientů. Zde je sociální fungování zaměřeno na řešení sociálně právních problémů závislosti. Patří k nim poskytování poradenství a poskytování informací v oblasti splácení dluhů (např. u zdravotní pojišťovny), sociální dávky, trestní stíhání, řešení otázek ohledně bydlení nebo otázek spojených s pracovním uplatněním a kvalifikací. Pozornost se věnuje nejen individuálním potřebám klienta, ale také se zaměřuje na zkvalitnění služeb sociálních institucí, které usilují o postupné přizpůsobení potřebám klienta. (Kalina et al. 2003b, s. 72)

Při sociální práci s lidmi závislými na psychoaktivních látkách musí mít sociální pracovník alespoň základní znalosti o závislostech, jejich příčinách, rozvoji, a o možných důsledcích. Také by měl mít informace o způsobech včasné intervence a poradenství, možnostech léč-

by, a být seznámen s možnostmi a institucemi poskytujícími následnou péči. Velkou podporou mohou být taky ve fázi, kdy dojde k relapsu klienta. Sociální pracovník sleduje nejen zjevné problémy klienta, ale měl by také vnímat širší souvislosti jeho životní situace. Ty často mohou být důvodem relapsu, který ale nemusí nutně znamenat návrat k závislostnímu jednání, pokud se setká s podporou při vyhledání odborné pomoci. Přístup v sociální práci by měl být založen na klientových silných stránkách osobnosti, a ne na rozebírání jeho nedostatků. A že i malý pokrok, který si klient sám zvolí, podporuje sebe-důvěru a sebeúctu. V novém kvalitním přístupu v sociální práci by se pracovník měl zabývat i takovými otázkami, zda klient ve svém životě naráží na nějaké předsudky, stigmatizaci, jak to ovlivňuje jeho život a jak se s nimi vyrovnává. A v neposlední řadě by se měl zajímat o to, zda služby, které mu jako sociální pracovník poskytuje, odpovídají jeho představám o vhodné pomoci. A zda se i v oblasti sociální práce neseťkává s nějakými předsudky a překážkami, které by mu bránily v celkovém sociálním začlenění. (Kalina et al., 2003b, s. 72-74)

Zajímavým postřehem, se kterým jsme se setkali, je poznámka o tom, že sociální práce může podpořit úsilí o **reformu společenského prostředí**. Jde především o to nacházet a odstraňovat společenské příčiny nerovnosti, které mohou vést k diskriminaci. Vychází se z předpokladu, že příčinou vzniklých problémů nemusí být samotní lidé, kteří se v tíživé situaci ocitli. Dále že za vzniklými obtížemi může stát nevhodné sociální prostředí, a proto je nutné jej změnit. Zaměření sociální práce je tedy konkrétně na sociální prostředí, které brání normálnímu sociálnímu fungování a způsobuje problémy klienta. (Kalina et al., 2003, s. 187-188)

Sociální služby v uplynulém období jistě zaznamenaly velký rozvoj. Přesto se na stránkách MPSV (2014) dozvídáme, že v oblasti resocializace a následné péče poskytuje své služby omezeně nebo vůbec. Proto také reforma sociálních služeb vítá spolupráci s neziskovými organizacemi, které společně se státními organizacemi vytváří ucelený program podle potřeb klienta. Tato reforma také přijala opatření, které se týká profesionálních kompetencí a odborných dovedností sociálních pracovníků v oblasti resocializace a následné péče.

Respekt k právům klienta se musí promítnout jak v individuální práci s klientem, tak v práci se skupinami, které vykazují stejné sociální problémy. Při své práci sociální pracovník nejen podporuje samostatnost svých klientů, ale také brání porušování jejich práv některými příslušníky většinového obyvatelstva nebo veřejnými orgány a organizacemi. (MPSV, 2014)

Z těchto vyjádření můžeme vidět, že kvalitní sociální práce má svou důležitou úlohu v systému následné péče a pokračující resocializace. Pomáhá nejen samotným klientům ke znovu začlenění do společnosti, ale také může jejich rodinám poskytnout cenné informace o možné léčbě a následné péči. Svým nestranným přístupem může také ovlivnit celkové vnímání společnosti na problematiku závislosti a následné resocializace a na lidi, kteří se rozhodli svou závislost řešit žádoucím způsobem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část bakalářské práce se zabývala vymezením základních pojmů z oblasti závislosti na alkoholu. V jednotlivých kapitolách jsme věnovali pozornost tomu, co je závislost, jaké jsou její příčiny, projevy, a jaký má negativní dopad na celkovou kvalitu lidského života. Dále jsme se zabývali možnostmi léčby závislosti, především ústavní, a pokračujícím procesem resocializace jedince do společnosti. V praktické části této práce se budeme snažit navázat na uvedené teoretické znalosti.

4.1 Pojetí výzkumného šetření a výzkumný problém

V praktické části naší bakalářské práce se zaměříme na proces abstinence a úspěšné resocializace pohledem abstinujících alkoholiků, kteří absolvovali protialkoholní léčbu a snaží se začlenit do běžného života. Budeme sledovat životní etapu jedince od počátku pití k úspěšné abstinenci a identifikujeme z odborného hlediska klíčové momenty, které pomohly k léčbě a následné resocializaci.

Důvodem, proč se tímto výzkumem zabýváme, je to, že naše země zaujímá v celosvětovém měřítku přední příčky ve spotřebě alkoholu na člověka. V naší zemi se stal nejrozšířenější a nejdostupnější legální drogou a přináší společnosti velmi negativní sociální, zdravotní a ekonomické dopady. Nehledě na to, jaký to má vliv na osobní a rodinný život jedinců. Přestože je alkohol u nás značně tolerován, člověk, který se na něm stane závislý, již ne. Je mnohdy lidmi odsuzován a stigmatizován ve smyslu selhání ve svých sociálních rolích a už méně se zabýváme tím, proč k tomu došlo a jak můžeme pomoci my sami. I když v poslední době je tento problém více a více odkrýván, tak se od autorů různých článků spíše dozvídáme statistické údaje a čísla, než možnosti nápravy. Stále se setkáváme s tím, že lidé nejsou dostatečně seznámeni s otázkou vzniku a příčin závislosti ani s možnostmi léčby a možnostech resocializace. Tímto výzkumem se budeme snažit osvětlit tyto otázky.

Danou problematikou se zabývá celá řada zahraničních i tuzemských odborníků a jejich výzkumná činnost zahrnuje vydávání velkého množství knih a publikací, odborných článků a časopisů. Tato odborná literatura se zabývá odhalováním možných důvodů závislostního jednání a její léčbou. Ta by měla vést k tomu, aby člověk získal potřebnou vnitřní motivaci, která povede k celoživotní abstinenci a kontrole závislostního chování.

Výzkumný problém a pojetí tohoto výzkumu pochází především z realizovaných výzkumů našich předních odborníků. Této otázce se v naší zemi dlouhodobě věnoval Doc. MUDr.

Jaroslav Skála, CSc. V roce 1948 založil a následně vedl protialkoholní oddělení U Apoloniaře v Praze a také založil první záchytnou stanici na světě. Zabýval se výzkumem, prevencí a léčbou závislostí. Používal averzivní léčbu, od které se postupně upustilo. Také proslul léčbou, které se říkalo PRS - program, režim, systém. V některých léčebnách je tato režimová léčba i v dnešní době stále s velkým úspěchem používána, i když ne v tak tvrdé podobě. V dnešní době se pracuje více s motivací, a to pomocí psychoterapie. Této motivační léčbě se nadál intenzivně věnuje např. Prim. MUDr. Karel Nešpor, nebo MUDr. Gita Pekárková. Spolu s PhDr. Ladislavem Csémy mají za sebou obsáhlou publikační činnost k otázkám závislosti, která je opřena o jejich praxi v psychiatrické léčebně zabývající se protialkoholní léčbou. Najdeme ještě další významné autory knih zabývající se touto problematikou, například MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MUDr. Petr Popov, a další.

4.2 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem je zachytit rozhodující okamžiky, které ze subjektivního pohledu respondentů vedly k rozhodnutí podstoupit léčbu, abstinovat, a tím pokračovat v procesu resocializace. Dále chceme popsat životní situaci lidí, kteří se stali závislími na alkoholu a zachytit jejich vnímání na příčiny své závislosti. Z výzkumu chceme také získat informace, jaké překážky museli překonat před nástupem na léčbu a zjistit samotný přínos léčby pro svou abstinenci. Rozebrat proces abstinence a prevenci recidivy. Poukázat na změnu životního stylu a odkrýt případné problémy se začleněním do společnosti či dopady stigmatizace.

4.2.1 Hlavní výzkumný cíl

Zjistit klíčové momenty, které vedly respondenty k rozhodnutí abstinovat, podstoupit léčbu, a následnou resocializaci.

4.2.2 Dílčí výzkumné cíle

Zjistit příčiny závislosti ze subjektivního pohledu respondentů.

Zjistit důvody, které jim pomohli k rozhodnutí podstoupit léčbu a začít abstinovat.

Zjistit přínosy ústavní léčby pro jejich abstinenci, a co museli překonat.

Zjistit, s jakými problémy se setkali po léčbě.

Zjistit, co jim pomohlo překonat problémy po léčbě a dále pokračovat v abstinenci.

Zjistit, co je nyní motivuje udržovat si svou abstinenci a pokračovat v resocializaci.

Tyto dílčí cíle rozvíjejí náš hlavní výzkumný cíl, a v návaznosti na něj nám ho pomáhají více do hloubky prozkoumat.

4.3 Výzkumné otázky

Stanovení hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů se stane podkladem pro vytvoření výzkumných otázek. Tyto otázky nám pomáhají nalézt odpověď pro naše již definované cíle a také vytváří základ pro otázky k hloubkovému rozhovoru s respondenty. Protože se jedná o kvalitativní výzkum, snažili jsme se otázky definovat tak, aby dodrželi a rozvíjeli téma našeho výzkumu.

4.3.1 Hlavní výzkumná otázka

Které klíčové momenty ovlivnily rozhodnutí abstinovat, nastoupit na léčbu a zapojit se do procesu resocializace?

4.3.2 Dílčí výzkumné otázky

Jaké jsou ze subjektivního pohledu respondentů příčiny jejich závislosti?

Co přispělo k rozhodnutí nastoupit léčbu a abstinovat?

V čem pomohla ústavní léčba našim respondentům a co museli překonat?

S jakými problémy se setkali po léčbě a v průběhu abstinence?

Co jim pomohlo překonat problémy po léčbě a pokračovat v abstinenci?

Co je nyní motivuje udržet si abstinenci a pokračovat v resocializaci?

4.4 Strategie výzkumu

Cílem našeho výzkumu je zjistit, které momenty pomohly závislým lidem na alkoholu udělat změnu, nastoupit na léčbu, udržet si abstinenci a opět se začlenit do normálního života. Vzhledem k tomu, že se snažíme získat informace na dané téma ze subjektivního vnímání konkrétních osob, rozhodli jsme se zvolit **kvalitativní výzkum**. Tento výzkum umožňuje osobní kontakt s respondenty a získat tak podrobnější popis tématu a mít tak hlubší porozumění. Získáváme názory a postoje konkrétních osob, dostáváme informace o širších souvislostech. Tímto podrobným popisem získáváme bohatá data, která umožňují hlubší vhled do zkoumané problematiky. To může mít i své stinné stránky, protože získání tako-

vých hloubkových dat může být pro výzkumníka značně časově náročné. Dalším určitým omezením kvalitativního výzkumu je i to, že zjištěné poznatky nemůžeme nějak zobecnit, protože se vztahují pouze k určitému vzorku lidí. Spíš tyto informace můžeme označit jako dílčí. (Hendl, 2012, s. 49-5)

Domníváme se, že hodnotit postoje, názory a motivaci lidí na zvládání závislostního chování pomocí kvantitativního výzkumu by nebylo možné. Proto se nám zdá kvalitativní způsob tohoto výzkumu nejvhodnější.

4.5 Metoda sběru dat

Hloubkový rozhovor patří mezi nejčastěji používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jeho prostřednictvím můžeme zkoumat lidi v určitém prostředí, sociálním seskupení a pochopit jejich projevy a jednání. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Rozhovor může být strukturovaný, polostrukturovaný nebo nestrukturovaný. Ten umožňuje úplnou volnost odpovědí a bývá mnohdy založen jen na jedné otázce výzkumníka, a potom je dán volný prostor zkoumanému účastníkovi. Otázky nejsou dopředu přesně specifikovány a neexistuje ani jejich pořadí. Takový rozhovor může být velmi náročný na zpracování jak z časového hlediska, tak také díky různorodosti odpovědí. Strukturovaný rozhovor má předem stanovený seznam otázek k tématu, takže zde není pro výzkumníka prostor pro nějaké doplňující otázky či improvizaci. Má spíše charakter ústního dotazníku. (Gavora, 2000, s. 112)

Polostrukturovaný rozhovor bývá nejčastější forma rozhovoru. Je důležité, aby byl výzkumník vybaven teoretickou znalostí zkoumaného problému. Na tomto základě si předem připraví určitá témata a okruh otázek, na které se bude dotazovat. Ale jejich formulaci, konkrétní znění i jejich pořadí si může upravit během rozhovoru. Výzkumník tak pružně reaguje na odpovědi respondenta a může klást dodatečné dílčí otázky, aby lépe pochopil souvislosti a pronikl víc do hloubky dané problematiky. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 162-168)

Vzhledem k charakteristikám jednotlivých rozhovorů jsme se tedy rozhodli pro polostrukturovaný rozhovor. Pomáhá nám zachovat určitý rámeček a strukturu a zároveň nám dovoluje se doplňujícími otázkami doptat na určité souvislosti nebo lépe porozumět informacím, které by nebyly úplně srozumitelné.

4.6 Výzkumný soubor

Náš výzkumný soubor tvoří abstinující alkoholici, kteří absolvovali léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Respondenti byli vybráni na základě **záměrného výběru**. S úspěchem jsme použili **metodu sněhové koule**, kdy jsme požádali o kontakty na jiné klienty, kteří byli ochotni se zapojit do našeho výzkumu a odpovídali by našim požadavkům.

Do souboru jsme se snažili zahrnout muže i ženy, aby bakalářská práce byla aspoň trochu genderově vyvážená. Délka jejich abstinence a resocializace se lišila. Pracovali jsme s dostupnými a ochotnými dobrovolníky. Jména respondentů byla změněna, aby byla zachována jejich anonymita. Délka jejich abstinence je různá. Jedná se o fakt, který jsme díky ochotě respondentů podstoupit výzkum nemohli ovlivnit. Bereme v úvahu, že podle odborníků se za úspěšnou abstinencí považuje minimálně rok po léčbě. Další základní informace o našich respondentech jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1 Základní údaje o výzkumném souboru

ZKOUMANÁ OSOBA	VĚK	VZDĚLÁNÍ ZAMĚSTNÁNÍ	POČET LÉČENÍ	DÉLKA POSLEDNÍ ABSTINENCE
BÁRA	43	VŠ - učitelka	1	4
KLÁRA	51	VŠ - učitelka	7	3
DANA	55	SŠ - asistent pedagoga	1	3
ONDRA	52	SŠ - podnikatel	3	11
PAVEL	35	SŠ - sociální pracovník	2	3

4.7 Realizace výzkumu

Abychom mohli vytvořit výzkumný soubor, spojili jsme se s jedním respondentem, který souhlasil s poskytnutím rozhovoru, a předal nám kontakty na některé další své známé. Po telefonickém zkontaktování jsme předložili naši žádost o poskytnutí rozhovoru a provedli stručné seznámení s tématem bakalářské práce. Naše úvodní seznámení bylo vždy realizováno na setkání abstinujících alkoholiků a léčených pacientů na A-klubu, který se pravidelně jednou za měsíc pořádá na 15. oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Se zájmem a ochotou poskytnout rozhovor jsme se nakonec setkali u pěti dobrovolníků. Vyměnili jsme si telefonické kontakty a následně domluvili konkrétní datum, místo i čas schůzky. Tyto návštěvy na A-klubu byly také velmi přínosné pro vhled do naší problematiky.

Pro získání údajů jsme zvolili již zmíněný polostrukturovaný rozhovor a při vytvoření osnovy jsme vycházeli z doporučení autorů Švaříček, Šed'ová, 2007. Před zahájením rozhovoru jsme si připravili základní schéma, určili si hlavní otázky vycházející i z našich výzkumných otázek. Poznačili jsme si i doplňující otázky, které jsme pružně obměňovali a doplňovali, na základě rozhovoru a odpovědí respondenta.

Rozhovory byly realizovány v jednom případě v pracovní kanceláři jednoho respondenta, v ostatních případech v domácnosti výzkumníka. Tyto rozhovory trvaly 60 – 90 minut. Po úvodním neformálním povídání jsme přešli k realizaci samotného rozhovoru. Na začátku rozhovoru jsme ještě jednou krátce seznámili účastníka s naším výzkumem, ujistili ho o anonymitě a zeptali se, zda tento rozhovor můžeme zaznamenat na diktafon. S tím respondenti souhlasili za podmínky, že tento zvukový záznam bude po následné transkripci vymazán. To jsme i dodrželi, abychom zachovali etiku výzkumu. Respondentům jsme nabídli, že tento přesný přepis a samotný projekt bakalářské práce jim bude zaslán, aby tak mohli získat jakousi sebereflexi a zpětnou vazbu své iniciativy. Díky dřívějšímu seznámení s respondenty rozhovory probíhaly v uvolněné, přátelské atmosféře. Jednotlivé výpovědi byly velmi otevřené a osobní. Množství získaných dat se lišilo podle typu respondenta. Někteří byli sdílní a rozhovořili se i o tom, na co nebyli dotazováni. Jiní byli stručnější a mluvili přímo k věci. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon, a poté byl proveden přepis do písemné podoby. Přepis obsahuje hovorové výrazy respondentů, pomlky, i citové projevy a gesta (např. smích, hlava v dlaních). To jen podtrhuje autentičnost realizovaných rozhovorů.

5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se budeme věnovat analýze informací, které jsme získaly pomocí hloubkového rozhovoru s našimi respondenty. Zpracování dat proběhlo **pomocí otevřeného kódování**. Všechny rozhovory jsme si nejprve několikrát důkladně přečetli a **pomocí metody barvení** jsme si vyznačili podobné nebo shodné rysy jednotlivých odpovědí. Vytvořili jsme si jednotlivé kódy, které jsme podle obsahové podobnosti roztřídili do subkategorií. Dalším krokem bylo vytvoření jednotlivých kategorií, ke kterým jsme tyto subkategorie tematicky přiřadili. Pro tyto kategorie jsme vytvořili zobecněný název, který by vystihoval téma, kterým se budeme zabývat. Vytvořené kategorie a subkategorie uvádíme pro přehlednost v následujícím schématu.

Obrázek 1 Schéma kategorií a subkategorií

5.1 Proč?

První kategorie obsahuje subkategorie: Jablko nepadá daleko od stromu; Rodinná výchova; Osobnostní rysy; Sociální tlaky.

5.1.1 Jablko nepadá daleko od stromu

Jak jsme již uvedli v teoretické části práce, ke vzniku a rozvoji závislosti vede spolupůsobení mnoha faktorů. Při hlubším zkoumání důvodů a okolností vzniku závislosti jsme z rozhovorů zjistili, že u čtyř z pěti respondentů se alkoholismus nebo sklony k nadužívání alkoholu objevily již v rodině, a někteří z rodinných příslušníků na následky alkoholismu dokonce zemřeli.

Tuto **genetickou zátěž** můžeme sledovat na rodině respondenta Pavla. Jeho dědeček i strýc byli těžce závislí, a z těchto důvodů došlo k jejich předčasnému úmrtí. Pavel s nimi nežil ve společné domácnosti. Dále se tento respondent zmiňuje o své mamince, sestře zemřelého strýce. Nesetkával se u ní s výraznou opilostí. Z jeho slov se dozvídáme, že byla velmi inteligentní, fungovala v práci i rodině, ale stále si udržovala určitou hladinu alkoholu. „*Ta byla typický hladinkář. Ona se dolívala a přitom normálně fungovala. Když to bylo nejhorší, já býval na koleji a tak jsem nebýval doma.*“ Na následky své závislosti, v důsledku selhání jater, ve 47 letech zemřela. Rovněž její bratr zemřel v 55 letech. Nikdo z rodinných příslušníků se ze závislosti neléčil ani si ji nepřiznal.

Také u respondentky Dany se setkáváme s alkoholismem v rodině. Její otec byl celý život kvartální piják, dvakrát neúspěšně léčený v Kroměříži. Jak uvádí ve své výpovědi: „*I ten doktor, co tátu léčil, řekl, že je to padesát na padesát. Že jedna z dcer bude závislá.*“

Se zajímavými skutečnostmi se setkáváme i u respondentky Bány. Ve své rodině se setkávala pouze s příležitostným pitím, ale uvádí kladné sklony k alkoholu otce, sestry i bratra. Ten se později stal závislým a skončil v invalidním důchodu. I když v případě otce a sestry užívání alkoholu nepřerostlo v závislost, z její výpovědi se dozvídáme o společných rysech „chuti na alkohol“, požívačnosti a nedostatku sebeovládání nejen v pití, ale taky v jídle, které pozoruje i u sebe.

O podobné myšlenky píše i Skála, kdy poukazuje na velký výzkum u kmenů potkanů a myší, jako modelu pro studii rozvoje závislosti u člověka. „Prokázalo se, že chuť na alkohol může být geneticky determinována“. (Skála, 1998, s. 36)

Z rozhovorů vyplývá, že genetická dědičnost má na vznik závislosti vliv. A v dnešní době je prokázáno, že genů ovlivňující vztah k alkoholu je mnohem více. (Fischer, Škoda, 2009, s. 96)

Na dědičnou predispozici poukazuje i Skála. Ta může být vyvolána a umocněna nepříznivým rodinným prostředím. O jejím vlivu na respondenty budeme psát dále.

5.1.2 Rodinná výchova

Rodinná výchova a její vliv na jedince je dalším zásadním činitelem, který působil na vznik závislosti u našich respondentů. Z rozhovorů vyplývá, že nešlo o nějaké dysfunkční rodiny, jak bychom možná očekávali. Spíše respondenti vypovídali o tom, jak je zásadně ovlivnily různé výchovné přístupy. Přílišný **autoritářský styl**, který vyžaduje úspěch, neúměrné nároky na dítě, moralizování, identifikujeme u dvou respondentů.

Respondentka Dana uvádí. *„Otec byl velmi autoritativní, takže já jsem zažila opravdu tu velmi autoritativní výchovu. Všechno muselo být po jeho. Těžce sem to snášela.“*

Respondent Ondra rovněž poukazuje na velmi přísného otce, absolutistickou výchovu, stálé splňování požadavků a nenaplněných rodičovských představ. *„Ten jeho tlak na mne byl extrémní. Všechno jsem musel mít nalinkovaný a všechno na povel...chtěl mít ze mě toho dospělýho...pořád něco splňovat.“* Tato přehnaně praktická výchova otce vedla k **frustraci** z nenaplněných představ rodičů, absenci citů a špatné komunikaci, kterou těžce nesl. Oba respondenti vyjadřují absenci citu ze strany otce, vyvolaný pocit méněcennosti, osamocení, a snahu co nejdříve se vymanit z dosahu jeho výchovy odchodem z domova.

Na druhou stranu se jako kompenzaci k této přísné výchově setkáváme u tří respondentů s **přílišným ochranným postojem** matky. Respondent Ondra popisuje tolerantní a úlevnou výchovu své maminky a babičky, do které z tátova autoritativního přístupu rád unikal. Tento způsob výchovy se nám může zdát jako naprosto neškodný. Ale jak z vyprávění sledujeme, tak takové „úlevy a úniky“ nenápadně vytvářely základ unikat i z jiných nepříjemných situací v životě. Místo adekvátního řešení únik a úleva do „světa alkoholu.“

Z vyjádření respondentů tedy vidíme, že tzv. „mamánkovství“, neúměrně ochranná péče v rodině, spíše vede k nesamostatnosti, vyhýbání se odpovědnosti, neschopnosti řešit problémy a vytváření **snížené psychické odolnosti**. Respondent Pavel k tomu říká: *„Já jsem byl vždycky takový křehký člověk, takový citlivý. Na mě vždycky působily mezilidské konflikty. Velmi špatně jsem taky snášel stres a nervy. Bylo velmi snadné ublížit mi psychicky. Vždycky jsem to hrozně prožíval.“*

Ještě s jiným specifickým rysem ve výchově se setkáváme u respondentky Báry. Poukazuje na své přílišné **zatížení problémy svých rodičů** již od útlého dětství. Díky zdravotnímu handicapu svých rodičů nikdy nezažila nějaký užší citový vztah během dospívání, ani to, že by ji citově a psychicky podporovali. *„Nikdy se nás neptali, co si o určitých věcech myslíme, co zažíváme, co nám dělá radost, nebo nás naopak trápí. S tím si člověk musel poradit sám, jak se dalo, tak nějak rychleji dospět, stále jim s něčím pomáhat vyřizovat, řešit jejich problémy. jakoby žít ten jejich život a ne vlastní.“* To v ní později vyvolalo nejen psychickou závislost na rodičích a osamocenosť, ale také potřebu uspokojit své citové a psychické potřeby jinde. Později potom v alkoholu.

Na základě uvedených postřehů vidíme, že rodina má zásadní a velký význam pro formování jedince a budování jeho identity. Je zdrojem zkušeností a poskytuje určité vzorce chování, které ovlivňuje další jednání a život člověka. Někdy může i negativně ovlivnit vznik a rozvoj různých psychických problémů, které potom mohou vést k sociálně patologickému jednání. (Fischer, Škoda, 2009, s. 140)

5.1.3 Osobnostní rysy

Jak jsme si ukázali v předchozí kapitole, rodinná výchova má zásadní vliv na utváření osobnostních rysů člověka. Tyto vlastnosti mohou zvyšovat riziko rozvoje závislosti na alkoholu. To ostatně vyplývá i z výpovědí našich respondentů.

Klára se vyjadřuje: *„Byla jsem opečovávané kvítko a v některém ohledu jsem byla jako dítě, naivní, bez sebevědomí, se strachem z nových věcí, z cizích lidí, hlavně z mužů.“* Díky alkoholu si dodávala ve společnosti sebevědomí a odvalu, připadala si zábavná. Stále častěji vyhledávala alkohol, který ji takto uvolnil. *„To se týkalo i mého sexuálního života...pokud v té době nějaký byl, byl vždycky spojen s alkoholem. Bez něj ani ránu.“* Podobné dodávání si odvahy při sociálním kontaktu s lidmi popisuje i respondentka Bára.

Respondent Pavel o sobě říká: *„Já jsem byl vždycky takový křehký člověk, citlivý, a neuměl jsem s tím pracovat. Co hodně čte, je takový samotářský. Mezi vrstevníky jsem se špatně prosazoval. Velmi špatně jsem snášel stres a nervy...a taky mezilidské konflikty.“* Tato **přehnaná citlivost** vedla k tomu, že špatně snášel jakékoliv neúspěchy, i ve škole. Vzbuzovaly **pocity méněcennosti**, neschopnosti. Stále se **srovnávání se** svými vrstevníky, co kdo dokázal, jak je úspěšný, vedlo k frustracím z nenaplněných ambic. **Neschopnost prosadit se v kolektivu** vedla k vyhledávání samotářských koníčků, jako je četba, autorské psaní a poslech hudby, ze kterých ovšem později necítil takové naplnění, spíše vedly

k pocitům nudy. Tento hluboký vnitřní konflikt, potřeba někam patřit, seznámit se s dívkou, vedla k potřebě uvolnění vnitřních pnutí pomocí alkoholu. **Citová nezralost, nízké sebevědomí** také vede k tomu, že člověk snáze podléhá vlivu skupiny, do které by chtěl patřit. To se prokázalo také v tomto případě, kdy z **touhy zapadnout** do hudební kapely, podléhal jejich vlivu žít bohémským životem. „*A pak, když se nehrálo, tak jsme si vůbec nerozuměli. Ta hudba a ten alkohol byl sblíživací.*“

Z realizovaných rozhovorů jsme u čtyř respondentů zjistili, že v dětství a později i v osobním životě vždy poslušně splňovali požadavky svého okolí. Ať už to byli rodiče, škola, zaměstnání, manžel, partner nebo děti. Všechny spojují podobné skutečnosti, jako je výborný školní prospěch, nadprůměrné studijní výsledky, velká odpovědnost hraničící až z úzkostlivostí, snaha neustále pomáhat a dělat radost jiným, a také přebírání zodpovědnosti za druhé a tím jim ulehčit jejich situaci. V různých obměnách se výpovědi shodují se slovy respondentky Dany: „*Já jsem té mamince strašně toužila vždycky pomoci se vším. Prostě jsem jí nechtěla přidělovat starosti, aby z nás měla jen radost. Teď jsme měli ty zaměstnance. Já jsem cítila strašnou zodpovědnost za ty lidi, to mě trápilo, že ty lidi vrhneš do nějaké nejistoty, nebudou mít práci, to mě trápilo, taková ta zodpovědnost.*“ Asi bychom neřekli, že projevování těchto vlastností je špatné a nutně musí vést ke vzniku závislosti na alkoholu. Naopak. Takové jednání je mnohdy velmi žádoucí a vede k výborným výsledkům. Ale přílišná míra **senzitivních projevů**, tzv. „**spasitelský syndrom**“ vede k tomu, že člověk nemá čas sám na sebe, nežije svůj vlastní život, ale život jiných lidí. Dochází k citové a psychické vyčerpanosti a alkohol se svými uvolňujícími účinky je velmi nebezpečným „lékem“ pro řešení nepříjemných stavů u takových typů osobností.

Jak ale můžeme vidět, každý extrém je špatný. Pouze u jednoho respondenta se setkáváme se zcela odlišným typem osobnosti, kterou Skála označuje jako **extrovert**. Jsou to lidé aktivní, veselí, oblíbení ve společnosti, vybaveni schopnostmi se prosadit, kteří mají mnohdy **přehnané sebevědomí** nejen k sobě samým, ale i co se týká užívání alkoholu. Jeho nebezpečný vliv zlehčují a rádi vyhledávají lidi podobného typu. Také nejsou příliš trpěliví a stálí. Z vyjádření respondenta vidíme, že už v dětství a pak i v dospělosti byl velmi úspěšný, co se týká prospěchu, nadání, různých školních soutěží a posléze i pracovních výsledků a finančního ohodnocení. „*Jo, ten pocit, že jsem dobřej, ani pro to nemusím nic moc dělat. A alkohol to jen umocnil. Já jsem vždycky večer, v kuchyni, otevřel láhev vína a teď jsem to do sebe vlejval, a teď jsem byl King, kterému bude patřit svět...je v tom obrovské nebezpečí.*“ Tento zdánlivý klad rychle dosaženého úspěchu zpětně hodnotí jako jednu z příčin své

závislosti. Pokud jeho dychtivost po úspěchu a **okamžitých odměnách** nebyly uspokojeny přirozenou cestou, kdy by musel projevit trpělivost, tak ji uměle navozoval pomocí alkoholu, který mu umožňoval získat radost a euforii okamžitě. Díky těmto rychlým euforizujícím, příjemným prožitkům nebyl schopen přijímat reálný svět, a řešení nepříjemností všedního dne díky alkoholu odkládal. „*Ne, já jsem to chtěl utlumit, odsunout to od sebe...a opět jsme u toho...umí to droga.*“

Z uvedených rozhovorů nemůžeme jistě tvrdit, že určité osobnostní rysy umocněné rodinnou výchovou nějakým způsobem člověka předurčují k závislému jednání. To, co u někoho může vést k závislosti, u druhého může vést k úspěchu. Je ale určitě dobré být obeznámen s tím, že četné studie lidí závislých na alkoholu vykazovaly právě takové vlastnosti, které jsme zde uvedli. A samotní respondenti shodně vypovídali, že právě pochopení určitých vzorců jednání a osobnostních rysů jim pomohlo v následné abstinenci.

5.1.4 Sociální tlaky

K rizikovým faktorům, jako je genetická predispozice a osobnost člověka ovlivněná výchovou, se mohou připojit vnější vlivy prostředí, které zvyšují sklony a pravděpodobnost rozvoje závislosti. Vliv sociální skupiny jsme rozebírali v teoretické části práce v kapitole 1.3. Je pro nás možná překvapivým zjištěním, že se u našich respondentů s nějakým výrazným sociálním tlakem na jejich závislost nesetkáváme. Pokud tedy pomineme výrazný vliv rodinné výchovy, které jsme věnovali samostatné pojednání.

Tři z našich respondentů shodně vypovídají o určitém **vlivu umělecké společnosti**, ve které se ocitli v určité etapě svého života. Jak z jejich vyjádření vyplývá, tato skupina lidí byla náchylnější k užívání alkoholu. Zprvu pouze příležitostné popíjení bylo zdrojem inspirace, uvolnění a pocitu sblížení, které postrádali doma. Pro uchování a tvorbu nových kontaktů a vazeb podléhali vlivu této skupiny a dva respondenti tuto zkušenost identifikují jako možné počátky svého závislého jednání. Respondentka Dana se vyjadřuje: „*Přestože to pivo mi vůbec nechutnalo, tak asi ten pocit volnosti, že to stmelovalo, to se mi líbilo, takové to příležitostné popíjení, takový ten styl s muzikantama.*“

Respondent Ondra poukazuje na umocňující vliv party na svou závislost. „*Základ byl položen do těch dvaceti, a když jsem po té zběhnul z vysoké školy do divadla, tak alkoholická kariéra se nastartovala plnohodnotně, tím prostředím toho divadla. Ten kdo nepil, toho vyobcujeme.*“

K sociálním tlakům na jedince jistě nepatří jen vliv nějaké skupiny, ale také **nečekané životní události**, jako je třeba ztráta manželského partnera, rozvod, dlouhodobá psychická zátěž, nemoc, traumatizující zážitek nebo ztráta zaměstnání. S těmito faktory se setkáváme i u našich respondentů. U tří z nich se v poměrně mladém věku setkáváme se smrtí matky, se kterou se těžce vyrovnávali, a velmi to ovlivnilo jejich další život. U jedné respondentky to byl zvlášť silně traumatizující zážitek, protože našla svou matku, která spáchala sebevraždu. Tato **psychická zátěž** u ní dále pokračovala tím, že jim po privatizaci přišlo soudní vystěhování z čerstvě zrekonstruovaného domu. Díky tomu, že neměli všechny potřebné účetní doklady, přišly nejen o čas, ale i o peníze, které investovali. Přišlo další stěhování, stres ze splácení další půjčky. Jak sama říká: „*To bylo pro nás hrozně stresové. Myslím, že to byl takový první velký mezník. Člověk si dal panáka, aby se uklidnil a tam to myslím začalo.*“ Tím to ovšem neskončilo. Přidaly se starosti s rodinnou firmou, se splácením bytu, úvěrů, mzdy zaměstnanců. Bylo to náročné, vyčerpávající a vysilující. V tomto období se rozjela vážná psychická nemoc její dospívající dcery, které se snažila pomáhat. Navíc začaly problémy ve firmě, kde bylo méně práce i méně peněz. **Pocit odpovědnosti** za dceru, rodinu, zaměstnance ji stále popoháněl k výkonu. Byla zde absence mluvit o problémech a pocitech s partnerem, začala se uzavírat do sebe, vyhledávat samotu. „*My jsme to neřešili. Každý jsme měli své problémy. Ta firma, dcera... Já jsem šla do ložnice číst, popíjela víno a on to nevěděl. Já jsem neviděla žádné světýlko co bude. Přestala jsem věřit v sebe, v budoucnost, v nějaké takové to dobro.*“ Nakonec byla firma zrušena a ona se stala nezaměstnanou, čímž ztratila jakoukoliv motivaci někam docházet, kontrolovat své jednání a mít určitý denní řád.

Jaký vliv má **ztráta zaměstnání** na rozvoj závislosti můžeme sledovat i u respondenta Pavla. Ve snaze najít si vhodné zaměstnání absolvoval rekvalifikační kurz, nastoupil do práce, která ho naplňovala, uspokojovala, a i přes příležitostné pití dávala stále jeho životu řád. Po neprodloužené smlouvě z důvodu návratu zaměstnankyně z mateřské dovolené ztratil jakoukoliv motivaci. „*Mě to rozkládalo sociálně i psychicky. Ležel jsem jen u internetu, televize, přestával jsem jíst, každý den v lihu*“.

Další z nečekaných životních situací, která zcela ovlivní a změní život člověka, může být **nemoc**. To můžeme vidět u respondentky Báry. Po úraze v poměrně mladém věku trpí zdravotními problémy a chronickou bolestí. Bolest, s ní spojená únava a nedostatek energie, jí znemožňuje dostatečně naplňovat roli manželky, matky a vlastně i dcery, protože musela nadále pomáhat svým handicapovaným rodičům. Velmi ovlivnila její osobní život,

a zásadně změnila její sociální uplatnění. Tyto pocity nedostatečnosti, mnohdy neporozumění, vedly k pocitům viny a méněcennosti. Dostavovaly se deprese, smutek, úzkosti, které střídaly fáze vzteku a bezmoci. Pro chronické bolesti skončila na ambulanci pro léčbu nemoci, kde dostávala tisíce léky opiátového typu. Pro jejich ne příliš velký efekt léky občasně kombinovala s alkoholem, aby potlačila bolest, a aby se podle jejích slov „*nabudila a aspoň normálně fungovala*“ a tím kompenzovala své pocity frustrace z neschopnosti, se kterými si neuměla poradit.

Dlouhodobé nepříznivé okolnosti identifikuje respondentka Klára, která po celkem brzkém **úmrtí svých rodičů** toužila po určitém zázemí a citové opoře. Vstoupila do vztahu s mužem, který ji podle jejího vyjádření „*chtěl přetvořit k obrazu svému.*“ Jak dále uvádí, i když byl vysokoškolsky vzdělán, vyžadoval absolutní poslušnost a podřízenost. V momentě, kdy tento **nerovný vztah** chtěla ukončit, zjistila, že je těhotná. Partner navrhol interrupci, kterou odmítla. Po narození dcery ji opustil a Klára se ocitla v roli svobodné matky, zažívala těžké období. Zůstala na všechno sama, vzdálené příbuzenstvo žilo daleko od místa jejího bydliště. Základy pití, které byly nastartovány spíše kvůli její povaze, spolu s přeceněním vlastních schopností způsobilo, že se vše začalo pomalu vracet do „starých kolejí.“ O dceru se starala dobře, hodně se jí věnovala, ale jak popisuje: „*K dřívějším rituálům jsem se opět vrátila. Když večer dcera usnula, vzala jsem si láhev, sluchátka do uší a opět únik z reality.*“

Všichni jistě dobře známe rčení: „Každý je svého vlastního štěstí strůjcem.“ S tím jistě můžeme souhlasit. Přesto někdy zažíváme situace nebo dlouhodobý nepříznivý stav, který nemůžeme nebo už nejsme schopni vlastní vůlí ovlivnit. To zasahuje emoční prožívání člověka, který způsobuje zvýšenou labilitu, psychické napětí, úzkost a depresi. Pokud se k jiným faktorům, které jsme uvedli výše, přidá snížená psychická odolnost zvládat zdroje stresu, jako např. traumata, nečekané životní události, rodinné a vztahové problémy, finanční a pracovní problémy, závažná onemocnění, závislost se může projevit v celé své šíři. (Masten, 2001, s. 57)

5.2 Bod zlomu

Druhou kategorii tvoří subkategorie: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne; Co člověk zasévá, to taky sklízí aneb sociální problémy

5.2.1 Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne

Proces rozvoje závislosti na alkoholu přichází postupně, a označujeme jej jako růst tolerance nebo rozvoj závislosti. Jak jsme uváděli v teoretické části (1.2.3), má čtyři části: stadium počáteční, varovné, rozhodné a konečné. V praxi to znamená, že fáze příležitostného užívání přechází do fáze pravidelného užívání, vzniká psychická závislost a končí návykovým užíváním. Nárůst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je potřeba stále vyšších dávek a člověk již není schopen kontroly. Těmito fázemi, jejichž projevy jsme již popisovali, prošli naprosto všichni naši respondenti.

Naprosto u všech našich respondentů se jejich počáteční fáze nijak nelišila od pití svého okolí nebo společenských norem. Dokonce u tří respondentů zaznělo, že jim z počátku ani nijak zvlášť nechutnal. Díky psychotropnímu účinku alkoholu se cítili lépe a uvolněně. Respondentka Bára k tomu říká: „*Prodlužovalo to pocit spokojenosti...byla jsem taková energická, radostná. Okolí to na mě nepoznalo, ani rodina. A to, že jsem hodně snesla, tak jsem si na to jakoby zvykala a k těm euforickým stavům jsem potřebovala větší dávky.*“

Ovšem **dávky se zvyšovaly** a dny bez alkoholu zase zkracovaly. Pití je častější, i přes týden, později i přes den. Organismus dokáže ještě snášet tyto dávky, takže okolí nemusí nic pozorovat. U čtyř respondentů se setkáváme s výrazným rysem této druhé fáze, kdy si člověk uvědomuje, že jeho pití může být nápadné. Dostávají se pocity studu a viny, a proto začíná pít sám doma, aby ho nikdo neviděl a obstarávat si alkoholické nápoje potajmu. Respondentka Bára vypovídá: „*Potom se mi stalo, že jsem si párkrát natajno koupila litr vína, schovala a na večer jsem si tak 4dcl dala. Nikdo to nepoznal, protože jsem hodně snesla. Namlouvala jsem si, že někdo si koupí čokoládu a sní si ji sám, tak proč ne já víno? No trapná výmluva, abych utišila své svědomí!*“ Respondent Pavel k tomu dodává: „*Já jsem přesvědčený, že výhybku k alkoholismu jsem udělal tehdy, když jsem si poprvé nalil alkohol doma proto, abych si udělal dobře.*“

S rostoucím pitím bylo jen otázkou času, kdy se respondenti ocitli ve třetí a snad i na hranici čtvrté fáze. U všech respondentů sledujeme velké dávky pití pro dosažení dřívějších pocitů a jednoznačně se zde setkáváme se **změnou kontroly v pití**. Projevuje se snahou přestat včas a neopít se, ale to se nedaří. Dokonce se opakovaně snaží všichni abstinovat, někdy na dobu i tří měsíců. Pak se k alkoholu opět vrací i přes silné pocity viny. To vidíme především u žen. Alkohol je začal ovládat. Mají potřebu pít i ráno nebo přes den. Vznikla zde psychická závislost, ale trvá delší dobu, než si přiznají, že na to sami nestačí a připustí

nutnost léčby a trvalé abstinence. Dle odborníků je to 5 - 10 let. To konečně vidíme i u našich respondentů, kteří byli nuceni uznat, že tak velké množství alkoholu není možné ustát.

Respondent Pavel na otázku, co ho přivedlo do léčebny, mimo jiné vypovídá: *„Někdy v létě jsem si uvědomil, že jsem asi alkoholik. Už toho všeho bylo moc. Zjistil jsem, že už v sobě mám tak 2-3 litry a furt bych pil dál. To je nějaké divné? Tak zkusím den nepít. Jeřda ono to nejde.“*

Můžeme tedy zhodnotit, že bagatelizování a zlehčování problému závislosti, že „mám vše pod kontrolou a dokážu pít s mírou“, může být pouze falešným pocitem, že dotyčný situaci zvládá, a tím se stát povzbuzením a důvodem k dalšímu pití. Odborná literatura, ale hlavně zkušenosti z praxe jasně ukazují, že nárůstu tolerance se nikdo nevyhne, že kontrolované pití u závislých lidí je nemožné a může mu pomoci jen trvalá abstinence. Tento rozvoj závislosti má velmi negativní důsledky v mnoha oblastech lidského života.

5.2.2 Co člověk zasévá, to taky sklízí aneb sociální problémy

Nejen rozvoj závislosti a neúměrný rozvoj tolerance byl jedním z rozhodujících okamžiků našich respondentů přiznat si svou závislost a nastoupit léčbu. S nemírným užíváním drogy pochopitelně narůstají i sociální problémy, které u našich respondentů byly další pomyslnou „poslední kapkou“ v učinění rozhodnutí se s alkoholem vypořádat.

Alkoholismus má devastující účinky na celou **rodinu**. Závislý jedinec mění své jednání, není schopen plnit svou rodičovskou nebo partnerskou roli, dochází k vážnému narušení vztahů a vazeb. Tyto projevy vykazovali všichni respondenti, pouze u jednoho respondenta, která je svobodný a žije ve společné domácnosti s otcem, neměl z tohoto důvodu alkohol tak katastrofální dopad na rodinu.

Respondentka popisuje své fungování v rodině slovy: *„Holky (dcery), ze mě byly nešťastné. Nikam jsem nechodila, nikdo k nám nechodil. Nezajímala mě rodina, nevařila jsem, nic mi nechutnalo, všechno mi smrdělo. Já jsem byla nemožná. Nežehlila jsem, manžel už neměl v čem chodit, říkal mi: „Už bys měla něco vyprat, nebo vyžehlit!“ Ale ta představa, ráno, když jsem se probudila, že je přede mnou další den, že bych měla něco dělat...mně bylo zle.“*

Respondentka Bára vzpomíná: *„Těch hnusných situací se mnou zažili tolik, že vztah s manželem a se synem byl vážně narušen. Dodnes je mi z toho špatně a cítím se hrozně.“*

Ten pocit asi nikdy nezmizí. “ (hlava v dlaních, slzy). „Nejraději bych to vymazala z hlavy. Byl to hnus. “

U respondenta Ondry problémy nakonec vedly k rozpadu rodiny.

Jak jsme uvedli v předchozí části, rizika narůstající tolerance, zvyšující se pití a s tím projevem abstinčních příznaků znemožňovalo samoživitelce Kláře dobře se starat o své dítě. Nakonec to vyvrcholilo tím, že poprosila svou sestřenicí, aby jí pomohla s péčí o dítě. Po neúspěšné léčbě v Kroměříži znovu začala s pitím a dcera jí byla odebrána z její péče.

Můžeme tedy zhodnotit, že skutečně nejzásadnější oblastí, kde se projeví negativní účinky alkoholu, je rodina. Dále také ovlivňuje nižší pracovní výkonnost a v některých případech vede ke **ztrátě zaměstnání**. Tuto zkušenost měli tři naši respondenti. Počet by byl možná vyšší, ale dvě respondentky v době rozvoje závislosti byly na pracovním úřadě, což sice nevedlo ke ztrátě zaměstnání, ale urychlilo to propad závislosti.

Učitelka Klára popisuje svoji situaci v zaměstnání: *„O mé závislosti ve škole nikdo nevěděl. Napila jsem se uprostřed školního roku a přestala chodit do práce. Následovala další léčba v Kroměříži. Ve škole na mě čekali. Po nějaké době abstinence jsem začala pít znovu. Ze školy mě vyhodili. “*

Respondent Ondra, který, jak sám říká, několikrát řídil pod vlivem alkoholu, nakonec přišel o řidičský průkaz, a z toho důvodu i o práci. *„Ztratil jsem dobrou práci díky tomu, že jsem nemohl jezdit, jo. Protože jsem dělal obchodního ředitele ve firmě vyrábějící nábytek a vydělával slušný peníze. “*

Zkušenost s popíjením alkoholu v pracovní době má i respondent Pavel, který ztratil práci poštovního doručovatele poté, kdy občan informoval jeho zaměstnavatele, že roznáší korespondenci v podnapilém stavu.

Pochopitelně se ztrátou zaměstnání se pojí i **nedostatek financí** nejen na vlastní obživu, ale hlavně na obstarání drogy. To bylo obzvláště patrné u dvou našich respondentů. Docházelo k **vytváření dluhů** na zdravotním pojištění, za telefony a jiné věci. Navyšovalo se penále, které doposud oba splácí. U respondenta Ondry to vyvrcholilo tím, že když mu došly peníze na alkohol, ukradl sbírku řádů a vyznamenání svému otci a v aukční síni ve Vídni ji prodal za tři čtvrtě miliónu. Přestože toto období označuje za nejděsivější období alkoholické kariéry, ani to nepomohlo, aby svůj problém začal řešit. Za svůj rozhodující moment ke změně označil, kdy se ocitl za své opilecké chování přes noc v policejní cele.

Říká: „*Tak to byla poslední pomyslná kapka. Prostě se mnou jednali jako s nějakým zločincem. Dali mě do cely...já nevěděl co je. Ted' absták strašlivej. Ležel jsem tam na takový matraci, ted' kamera, že jo...Já jsem si říkal: tady třeba včera ležel nějaký vrah. Smrdělo to tam, no prostě hrůza. A to byl pro mě tak děsivý zážitek, že jsem si řekl: „Pane bože, kde ses to octl? Prostě ty seš někde úplně v prdeli, na dně...“*“.

Pro jiné dva respondenty se tou pomyslnou kapkou staly **zdravotní problémy**, což je další negativní důsledek alkoholismu. Ty mohou být u každého trochu jiné a u každého se mohou projevit v jiném časovém horizontu. Jak jsme uváděli v teoretické části, záleží na fyziologických předpokladech a metabolismu člověka. Až závažné zdravotní komplikace a strach ze smrti v podstatě přinutil tyto naše dva respondenty vyhledat odbornou pomoc. U respondenta Pavla to zahrnovalo období asi deseti let. Jeho sklony k úzkosti se v jeho dvaceti letech stabilizovaly medikací a občasnou návštěvou u psychiatra. Ovšem s narůstajícím pitím spolu s psychofarmaky úzkost přešla do záchvatů paniky a dvakrát byl hospitalizován pro akutní stresový stav do nemocnice. Jelikož své pití před lékaři zatajoval, zdravotní stav se pochopitelně zhoršoval. Silné abstinenční příznaky způsobovaly epileptické záchvaty, panické ataky, následovala několikrát přivolaná sanitka a okamžitá hospitalizace v nemocnici. „*Mě k tomu nedovedlo svědomí, ale strach z těch mých stavů. Já jsem si pořád nepřipouštěl, že jsem alkoholik, že to mám pořád pod kontrolou. Ale ted' jsem tušil, že je zle.*“ V konečné fázi, kdy neměl peníze na alkohol, nastal abstinenční záchvat, spolu s dalším epileptickým záchvatem. „*Já jsem se třepal, takový polo psychotický stav, kdy jsem mluvil pro sebe. Tak mě opět vezli do nemocnice, tady není psychiatrické centrum. Tak doktorka viděla, jak na tom jsem. Volala do Kroměříže a tam zrovna měli místo.*“

Zdravotní následky byly zlomovým okamžikem i u respondentky Dany. Projevil se nárůst váhy z důvodu zavodnění organismu, neúměrně jí narostlo břicho. Lékař diagnostikoval cirhózu jater v pokročilém stádiu. Dostala přísný zákaz pití, léky na odvodnění, doporučení k psychiatrovi. „*A to jsem na chvíli, asi na půl roku, přestala pít, protože mě to vyděsilo. To mluvil i s manželem. Dokonce mluvil o smrti.*“ Po její snaze se ovšem projevilo to, že v určité fázi rozvoje závislosti už vlastní silou, bez odborné léčby, nezvládne abstinovat. „*Pak jsem najednou do toho zase vlítla hrozným způsobem. Mě bylo zle, fyzicky zle. Já už jsem jenom zvracela ty žaludeční šťávy. Bylo mi všechno jedno, pak už jsem jenom zvracela. To bylo takové moje dno.*“

Můžeme tedy sledovat, že ztráta kontroly nad množstvím alkoholu, rozvoj závislosti, spolu se sérií různých sociálních tlaků a zdravotními problémy zásadně měnil životy našich re-

spondentů k horšímu. Ocitli se, jak se shodně vyjadřovali, na samotném dně svého života. Co jim pomohlo se od tohoto dna se odrazit, popisujeme dále.

5.3 Záchranný kruh

Třetí kategorii tvoří subkategorie: Vlastní iniciativa versus pomoc z okolí; Léčba ambulantní nebo ústavní?; Nejde to snadno; Azyl a přínos ústavní léčby

5.3.1 Vlastní iniciativa versus pomoc z okolí

V našich životech se vlivem různých vlivů a událostí může stát, že máme pocit, že v našem životě tzv. „plaveme“. Vzniká otázka, zda tento moment včas rozpoznáme sami a vyhledáme pomoc, nebo si toho všimne někdo z našeho okolí, hodí nám ten pomyslný „záchranný kruh“, a my toho využijeme. To jsme se snažili zachytit i u našich respondentů.

Z rozhovorů vyplynula skutečnost, že i když narůstající problémy sledovali všichni respondenti, skutečně jakousi **vlastní iniciativu** vymanit se z narůstajících problémů projevili tři respondenti. Dva z nich vypovídají, že o problému měli sice hodně načteno z internetových stránek o závislosti i jiné literatury, ale to samo o sobě **nestačilo**, aby se se závislostí vypořádali.

Jak jsme již uvedli, u respondenta Ondry zlomový okamžik přišel po pobytu v policejní cele. Za dva dny sám **vyhledal psychiatra**. „*Tam jsem strávil asi dvě minuty, kdy jsem mu řekl úplně naplno. Že jsem úplně v prdeli, že chlastám, jak chlastám. Von na to v podstatě nic neřek, a napsal mi padede do blázince. I když jsem to načítal, věděl jsem, že jsem ve srabu, věděl jsem, že musím jít na léčení, jo...ale člověk si to jakoby nechce přiznat.*“

Svou nemohoucnost zvítězit nad alkoholem si byla nucena přiznat i respondentka Bára. Stupňující se problémy v rodinných vztazích, hrozba rozvodu, špatné svědomí, pocity méněcennosti, špinavosti, i myšlenky na sebevraždu, až to všechno dospělo k takovému vrcholu, že se rozhodla udělat radikální řez a nastoupit na protialkoholní léčbu. Svoje rozhodnutí nastoupit na léčbu oznámila psychologce, svému psychiatrovi, i praktickému lékaři, kterým svou závislost také tajila. Oceňovala jejich diskrétnost a podporu.

U třetí respondentky Dany vidíme jakýsi **souběh vlastní iniciativy a pomoci okolí**. Zdravotní problémy způsobené alkoholem ji přinutili vyhledat svého praktického lékaře. Jeho otevřenost a přímá intervence vedly k tomu, že dostala doporučení na psychiatrii a posléze sama požádala o ústavní léčbu.

Ovšem ne každý dospěje sám k rozhodnutí udělat změnu ve svém životě. V některých případech může sehrát velice **významnou roli vliv z okolí**, intervence lékaře, nátlak z rodiny nebo ze strany zaměstnavatele či sociálního úřadu. Z počátku ne zcela dobrovolná léčba může ovlivnit pohled respondenta na svou závislost a ovlivnit jeho vnitřní motivaci abstinovat. To identifikujeme u zbylých dvou respondentů. U respondenta Pavla se dozvídáme, že i přesto, že měl slušné informace z internetu o průběhu a rozvoji závislosti a velké zdravotní problémy, strach z případné léčby vedly k tomu, že se v léčbě ocitl naprosto neplánovaně. Velké abstinenci příznaky, kdy neměl peníze na alkohol, způsobily tak závažné zdravotní komplikace, že se ocitl v nemocnici. Když **lékař** vyhodnotil jeho stav, zavolal do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kam byl posléze převezen.

Zajímavý sled událostí vidíme u respondentky Kláry, která se v různých intervalech léčila od roku 1998 celkem 7x. Jakousi vlastní iniciativu sice projevila při nástupu na první léčbu, protože ve snaze nepít měla tak silné abstinenci příznaky, že se nemohla postarat o svou malou dceru. Tehdy jí nabídla pomocnou ruku její sestřenice, která ji podpořila a péči převzala. Ovšem mnohem zásadněji pozorujeme, jaký vliv na ni mělo okolí v nástupu na další léčbu. Po první léčbě se zakrátko opět rozpila. *„Netrvalo dlouho a opět jsem skončila na léčbě. Tentokrát ne z vlastní vůle. Vyhmátla mě sociálka a dala mi nůž na krk, že pokud se nebudu znovu léčit, odeberou mi dceru. Bála jsem se, že přijdu o dceru a tak jsem šla.“* Po další neúspěšné léčbě, kdy se opět rozpila, nepřišla do práce. Na **popud zaměstnavatele** nastoupila na další léčbu, jako podmínka k udržení místa. Pak sledujeme v různých obměnách opět **intervenci sociálního úřadu i rodiny**. Nakonec ji zaměstnavatel propustil, sociálka odebrala dítě, rodina s ní přestala komunikovat. *„Po smrti přítele, který se upil k smrti, jsem začala pít ještě více a nebyl kamaráda, který zavolal záchranku, tak jsem asi skončila špatně.“* Mohlo by se nám zdát až neuvěřitelné, že tolikrát podaná pomocná ruka se nesetkala s kýženým výsledkem. Ale opak je pravdou. Tato postupná pomoc okolí z různých stran vedla nakonec k tomu, že respondentka nyní stále úspěšně abstinuje.

Mohli jsme sledovat, že buď vlastní iniciativa, nátlak okolí nebo souběh obou, pomohlo našim respondentům v nástupu na léčbu. Která se osvědčila jako účinná, uvidíme dále.

5.3.2 Léčba ambulantní nebo ústavní?

Na tuto otázku neexistuje jednoznačná a jednoduchá odpověď. Každá léčba má svá specifika, své výhody i nevýhody. Podrobněji jsme je rozebírali v teoretické části, ve druhé kapitole. Zjednodušeně můžeme konstatovat vyjádření odborníků, že pokud nestačí ambu-

lantní léčba, je správné uvažovat o léčbě ústavní. Ovšem určení toho, co je pro koho vhodné, je velmi individuální. Zde by nám mohlo pomoci poradenství, které úzce souvisí s léčbou. U všech respondentů jsme se setkali se snahou získat **informace** a zvládnout svou závislost přes internet. Co se týká **poradenství**, respondent Pavel výstižně shrnuje reálnou situaci asi za všechny. Na otázku, proč se neinformoval o své závislosti, a o tom jak léčba probíhá, odpověděl: „*Nebylo kde. Tady je toho žalostně málo. Tehdy k tomu jedinému psychiatrovi, co má na starosti závislost jsem se nedostal, měl plno. A tehdy nic jiného nebylo. To poradenství je jedno, až teď, vzniklo v době mé druhé léčby, koncem roku 2014. Jo, a ještě je krizová intervence v Centru pro rodinu. Ale problém je, že o tom lidi neví. To nemá osvětlu, že taková místa jsou, a lidé se o tom nemají jak dozvědět.*“ A respondentka Klára k tomu dodává: „*Začala jsem ambulantně navštěvovat psychiatricku. Chodila jsem se k ní vyprávět. Neznala jsem možnosti ambulantní protialkoholní léčby, možnosti brát Antabus atd. Návštěvy u psychiatra mi v mém problému nepomohly.*“

Poradenství jako včasná intervence je úzce spojeno s ambulantní péčí. Tuto péči identifikujeme u dvou respondentů, např. u Pavla. „*Možnosti ambulantní léčby jsem se chytil jako klíště. Já jsem neměl vůbec představu, jak taková léčba probíhá, ale hlavně, abych nemusel být v léčbě.*“ Tady můžeme vyzorovat, proč někdo využije možnost takové péče. Zachování anonymity i skutečnost, že si nemusí brát pracovní neschopnost a vysvětlovat důvody své nepřítomnosti v zaměstnání, jsou určitými výhodami **ambulantní péče**. Zajímá nás, jak hodnotili naši respondenti efektivitu takové péče. U obou lze sledovat **neschopnost dodržet rady a doporučení lékaře**. U respondenta Pavla také **utajování** své skutečné závislosti a hledání zástupného problému v psychických nemocech, které se skutečně zhoršovaly, ovšem pod vlivem alkoholu. V závěrečné fázi sice dostal nějaké praktické rady, co dělat, když dostane chuť na alkohol. „*Byly to dobré rady, praktické, ale na takový stav závislosti naprosto nevyhovující.*“

Respondentka Dana, která také využila ambulantní léčbu, byla schopna krátký čas abstinoval. Pak se pití, i přes kontroly u psychiatra, rozjelo do takové míry, že ho sama požádala, aby jí vytočil číslo do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, a oznámila tam svůj nástup. Je zajímavé, že zkušenost s neúspěšnou ambulantní léčbou závislosti měla už u svého otce. „*Ten psychiatr, kam otec chodil, si vlastně myslel, že otec abstinguje. On vůbec nevěděl, že otec opět pije, že je kvartální piják. To on otec tomu psychiatrovi nikdy samozřejmě nepříznal.*“ Nechceme vytvořit dojem, že správná ambulantní léčba je zbytečná. Každopádně se může stát jakýmsi odrazovým můstkem pro další léčbu. Má pochopitelně své výhody, ale

její efektivitu ovlivňuje mnoho faktorů. Záleží na **stupni rozvoje závislosti**, a bezesporu na upřímnosti a vnitřní motivaci člověka. A ta může být pitím značně zkruslená a oslabená. Navíc je stále v kontaktu s prostředím a lidmi, kteří mohou jeho úsilí abstinovat mařit. K tomu se vyjádřil respondent Ondra. Na otázku, proč nevyužil ambulantní péči, uvedl: *„To jsem věděl, že to nemůže fungovat. Já už jsem byl ve stádiu, kdy jsem věděl, že musím totálně...někde ten mozek přesadit a mít režim, a být v jiném prostředí. Nebýt atakován těmi každodenními kulisami, tak lidmi. Dostat se někam do azylu.“*

5.3.3 Překonání překážek k ústavní léčbě

Pokud není dostačující ambulantní léčba nebo selhává vlastní úsilí abstinovat, je vhodné zvolit léčbu ústavní. Tento postup vypadá jako zcela jasný a jednoduchý, ale často ho bývá velmi těžké zrealizovat a to hned z několika důvodů. Jak jsme mohli sledovat z vyjádření respondentů, díky různým fázím rozvoje závislosti trvá i několik let, než si závislý člověk přizná skutečnost, že pít s mírou nedokáže, a jeho problém vyřeší pouze trvalá abstinence. K tomu ve většině případů potřebuje pomoc odborníků. Dále to může být silný **pocit studu a strach ze stigmatizace**. Zvláště silně to prožívala respondentka Bára. Ze silného pocitu studu neoznámila svůj nástup na léčbu ani svému okolí, ani svým příbuzným, u kterých necítila porozumění a oporu. Vhod přišlo i to, že byla zrovna nezaměstnaná a pokud se zeptal někdo z okolí, použila zástupný důvod, léčbu svých vleklých zdravotních potíží. Své rozhodnutí oznámila pouze svým ošetřujícím lékařům, které navštěvovala. Jak sama vzpomíná, pomohlo jí, že její oznámení vzali s klidem a bez nějakých výčitek. Samotný nástup popisuje slovy: *„Jela jsem tam jak na popravu. Pořád mi běželo hlavou: Tak ty si alkoholička. Kams to dopracovala? Vezl mě manžel. Celou cestu jsme mlčeli. Myslím, že se taky styděl, jakou má ženu a kam ji veze. Jak jsem se změnila.“*

U dalších třech respondentů pocitu viny částečně ulehčovala skutečnost, že se ocitli bez práce, a již delší dobu nebyli tolik ve styku s okolím. Přesto respondent Pavel říká: *„...pak z tama vylezu a budu mít celoživotní stigma. Že jsem byl v blázinci a v léčebně.“*

Pouze jeden respondent Ondra, na otázku, jestli měl strach, že bude ve svém okolí nějak stigmatizován, pokud nastoupí léčbu, odpověděl: *„Absolutně ne. To nebyl problém ani před nástupem na léčbu ani po ní.“* Tento postoj koresponduje s jeho osobnostními rysy, které mimo jiné vyjádřil slovy: *„Já jsem byl vždycky takovej nonkomfortní, a nechtěl jsem jít s proudem.“* S tímto ojedinělým postojem se tak často nesetkáváme ani v běžném životě, ale jak vidíme v mnoha ohledech je osvobozující.

Další faktor, který zpomaloval rozhodnutí podstoupit léčbu, jsme mohli sledovat u třech respondentů. Byl to **strach, neinformovanost** a z toho pramenící **předsudky k léčbě**. Respondent Pavel se k tomu vyjadřuje: „*Léčebna - hrůza! Tam budu v base, mezi samýma ztracencama. Myslel jsem si, že to bude nějaká hrozná díra, vojenský postele, strašlivý režim. A oni si dodnes někteří myslí, že to tam tak hrozně vypadá. I jak je to v některých knihách popsáné. I o některých lékařích jsem slyšel hrozné věci, jak deptají...no prostě nesmysly*“. Tyto **předsudky a neznalost problematiky** jsou patrné i u široké veřejnosti. S tím se setkal respondent Ondra, který se se svou léčbou netajil, u svého nejlepšího kamaráda: „*Co blbneš, jaký blázinec? Vždyť jsi inteligentní chlap. Co Ti tam mají co nakukávat nějakí doktoři? Vždyť to víš nejlíp ty sám!*“

A jaká byla skutečnost oproti zkrslým představám? Naprosto všichni respondenti se k prvním dojmům z nového prostředí vyjadřují velmi pozitivně. Útulné pokoje, civilní hezká jídelna, společenská i klubová místnost, televize, příjemný personál. Ale co bylo pro všechny největším překvapením, bylo setkání s lidmi, kteří se tam přišli léčit. Přátelští, upravení lidé různého věku, muži i ženy. Respondentka Dana to popisuje: „*A ted' tam přijedu a vidím, jak tam ženské pily kafe, a jak se tam žije. Jak se tam sportuje, ty ženy takové nacaňované, upravené, namalované, vlasy, nehty a tak. Vypadalo to jako na nějaké rekreaci.*“

Z těchto vyjádření lze vysledovat, s jakými předsudky se setkáváme ve společnosti a jak mnohdy až osobní zkušenost nás může vyvést z omylu. Můžeme také zhodnotit, že převažující negativní důsledky pití alkoholu a jeho devastující vliv na zdraví rodinu apod. nakonec přehlušily tyto pocity studu a strachu a vedly k vyhledání odborné pomoci. Možná to známe i z osobního života, že člověk mnohdy vyhledá nebo využije nějakou léčbu, která není příliš populární, nebo jednoduchá, až když je mu skutečně nejhůř. Můžeme tedy zhodnotit, že až na jeden případ problému studu a strachu ze stigmatizace provázely všechny naše respondenty. Pod tíhou narůstajících problémů a rozvoje závislosti byl nakonec byl tento strach zatlačen do pozadí a naši respondenti nastoupili na léčbu.

5.3.4 Přínosy ústavní léčby

Z teoretické části naší práce si můžeme připomenout, že ústavní léčba zahrnuje komplexní léčebný program. Obsahuje edukační program, skupinovou psychoterapii, pracovní terapii, společenské i sportovní aktivity. Všichni naši respondenti absolvovali protialkoholní léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde léčba probíhá formou **režimové léčby** v terapeutické komunitě. Jedná se o to, že jednotlivé výše uvedené činnosti jsou rovnoměr-

ně rozvržené do celého dne, týdne, podle přesného časového rozvrhu. Připomeňme si, že toto režimové omezení, které obsahuje i dodržování určitých pravidel, by mělo závislému člověku pomoci k nácviku nového denního režimu závislého člověka, a k dodržování zásad abstinence. Jak tuto režimovou léčbu zpětně zhodnotili naši respondenti? Prvotní pocity nebyly ty nejpříjemnější. Respondentka Dana vzpomínala, že pro ni bylo těžké zvykat si na organizovaný program, zapamatovat si všechno, aby někam nepřišla pozdě a nedostala minusový bod. Aby ta hlava opět normálně fungovala tak, jak má. Respondentka Bára popisuje: „*Začátky byly krušné, i jsem si pobřečela. Říkala jsem si, co s těmi lidmi mám společného? I ten režim mi přišel moc tvrdý a tak...Ale postupně začínáte chápat, jaký to má všechno úžasný smysl.*“ Podobné pocity zaznamenáváme i u respondentky Kláry: „*Podřídila jsem se striktnímu režimu, ale přes ukrutné skřípání zubů. Na komunitě jsem trnula, abych nemusela něco říkat. Postupně jsem se ale začala měnit. Fyzicky i psychicky.*“

Nutnost režimové léčby hned od začátku cítil, jako jediný, respondent Ondra. Zřejmě k tomu nahrával fakt, že rozvoj jeho závislosti a dopady na osobní život byly opravdu velké. „*A ten režim, budíček, rozcvička, rajony, denní zaměstnání, atd., to jsem věděl, že je nezbytné. Protože my alkoholici jsme byli v chaosu, absolutním. Že prostě jsem vstával ve čtyři odpoledne, jo, a režim nula. Jo já to tam vítal ty trestný body. Říkám: Vy volové, dyť je to v našem zájmu, si to uvědomte! Oni nejsou ti zlí! Jako budme za to rádi!*“

Jednoznačně vidíme, že přínos režimové léčby je opětovné vytvoření vhodných denních návyků a vyšší psychická odolnost.

Další přínos ústavní léčby viděli naši respondenti v tom, že se na 3 měsíce ocitli v tzv. **čistém bezalkoholovém prostředí**, což je základní podmínkou komunity. Pozitivní **vliv terapeutické komunity** můžeme sledovat i v jiných oblastech. Počáteční strach a stud komunikovat s jinými členy skupiny, nechut' se zpovídat, postupně pomáhal našim respondentům dostávat se ze samoty, do které se díky alkoholu uzavírali. Respondentka Dana vzpomíná: „*Já jsem i bulila, že tam nechci být. Neustále to nesoukromí. Protože já jsem takový samotář, tak těch 50 lidí to bylo strašné. Ale zase na druhou stranu mi to pomohlo být vytržena z té mé ulity, těch mých myšlenek, i když nedobrovolně, ale mělo to smysl.*“

Všichni shodně uvádějí, že jim trvalo asi měsíc se zorientovat a plně vnímat přínos jak režimové léčby, tak terapeutické komunity. Oceňovali přátelský postoj členů komunity, vzájemnou pomoc, výměnu zkušeností. K tomu dodává respondentka Dana: „*Mně strašně pomohlo i to vzájemné povídání s těmi lidmi. Že jsme tam byli jako na jedné lodi. Slyšelas*

tolik těch různých příběhů a člověk to začal tak nějak vnímat, a tím taky začal rozplétat ten svůj vlastní příběh.“

K opětovnému sociálnímu začleňování přispěly i jiné aktivity, které komunita dělala společně. Společná osvěta ohledně alkoholu, přednášky na různá zajímavá témata, společenské večery bez televize, hraní volejbalu, sobotní grilování, příprava A-klubu jednou v měsíci, to vše přispívalo k vzájemné interakci, utužování vztahů, i uvědomění si vlastní hodnoty. Těmito činnostmi se člověk opětovně učil aktivně vytvářet zábavu a potěšení než aby pasivně čekal na „potěšující“ účinky alkoholu. Navíc shodně respondenti vypovídali, že to vše jim pomohlo znovu se vrátit k činnostem a koníčkům, které alkohol postupně vytlačil a udusil. K tomu nemalou měrou přispěly i **pracovní činnosti**, které jim byly v rámci léčby nabídnuty. To napomohlo nejen k připomenutí dobrých pracovních návyků, ale i k pocitu uspokojení z dobře vykonané práce a radosti z ní.

Tyto zmíněné fáze režimové léčby hrály velkou úlohu v úzdavě našich respondentů. Ovšem všichni vypovídali, že největší přínos v pochopení své závislosti a její změně měla **psychoterapie**. Jak jsme rozebírali v teoretické části, existují různé formy psychotherapeutických programů. Naše dvě respondentky označily jako velmi přínosné každodenní **psaní deníků**. Respondentka Dana popisuje: *„Co na mě zapůsobilo, bylo každodenní psaní deníků. Do toho deníku jsem se vypsala, co jsem za ten den cítila. Uklidňovalo mě to. A taky jsem si u toho uvědomila, že je toho zkrátka na mě moc. Že všechny ty pocity a problémy, co mám, řeším alkoholem. To psaní mi pomohlo umět se s tím smířit. Přijmout věci, se kterými nic neudělám. A snažit se ovlivnit ty věci, které já ovlivnit můžu. A to jsem se právě učila na té léčbě.“* Jak obě shodně popisují, tyto intimní reflexe, vzpomínky na minulost, na rodinu, jim pomáhaly postupně rozmotávat příčiny jejich závislostí. Navíc tyto informace byly jakýmsi způsobem komunikace mezi nimi a psycholožkou a sloužily jako základ pro **individuální psychoterapii**. Ta spolu se **skupinovou terapií** byla velkým přínosem pro naprosto všechny naše respondenty. Silně ovlivnění individuální psychoterapií byli dva z našich respondentů. Podařilo se podle jejich slov navázat užší vztah s psycholožkou, a dodnes občas rádi využijí její terapeutických služeb. Oceňují její odborné kvality a znalosti a výborné vedení terapeutických skupin. Ale hlavně to, že tuto práci dělala ráda, a bylo to znát na jejím přístup k lidem. Uměla povzbudit, být laskavá, ale když bylo potřeba i pevná a přísná. Jak se vyjádřil respondent Ondra: *„Ona byla schopná jakoby kdyby nařknout ten průzor k odpovědím. Ale ty odpovědi jsem si zase musel vypreparovat z těch souvislostí. Z těch vzhledů do minulosti a do nitra sebe sama.“* Respondentka Bára popisuje

je, že rozhovory s touto psycholožkou jí pomohly pochopit rysy své osobnosti ovlivněné dětstvím a dalšími situacemi, které byly jednou z příčin její závislosti. A také získat náhled na určité nevhodné vzorce svého jednání v interakci s okolím, postupně na nich pracovat a neřešit to alkoholem. Jak sama říká: „*Určité myšlenky si připomínám stále. Ohromně mi sedla svým přístupem k životu, myšlením, humorem, jak dokázala rozumět člověku. Upřímně, nevím, jestli by mi léčba tolik dala, kdyby tam nebyla ona.*“

Respondentky Bára i Dana velmi oceňovaly individuální rozhovor psycholožky s jejich manžely, kteří jakoby s léčbou nechtěli mít nic společného a styděli se za závislost svých manželek. Odmítli se účastnit i Dne otevřených dveří, který léčebna každoročně pořádá. Slouží k tomu, aby se i rodinní příslušníci seznámili s problematikou závislosti, s její léčbou a následnou péčí a odstranily se případné předsudky. Tato intervence vedla k tomu, že se i manželé mohli seznámit s příčinami závislosti a její rozvojem, zamyslet se nad osobností svých manželek i nad společným soužitím. Tento rozhovor a seznámení se s léčebným prostředím postupně vedl k odstranění předsudků, vzájemnému pochopení a podpoře v další léčbě.

S individuální psychoterapií velmi úzce souvisí skupinová psychoterapie. Ta byla rovněž velmi kladně hodnocena všemi respondenty. Ty vede buď psycholog, nebo školený terapeut. V menších skupinkách se tam řeší prožitá traumata, rodinné vztahy, vztah k alkoholu, obavy z budoucnosti. K tématům se můžou vyjádřit všichni zúčastnění a touto interakcí získává člověk zpětnou vazbu a náhled na sebe i své jednání.

Tento potřebný náhled a pochopení by nebyl ucelený a natolik účinný bez **edukační činnosti o problematice závislosti**. Formou různých přednášek, četbou knih a edukačních skupin a písemných prací je seznámen s příčinami závislosti, typy alkoholové závislosti a stádiu rozvoje závislosti. Dozví se zdravotní i psychické důsledky pití na lidský organismus. Je mu vysvětleno, co je to craving, tedy nevladatelná chuť užít alkohol, jak se projevuje, ale hlavně jak jej úspěšně zvládnout. Osvojí si techniky odmítání a tréninky vhodného chování.

Z vyjádření našich respondentů můžeme vidět, že tento rozmanitý léčebný program byl pro naše respondenty velkým přínosem k následné abstinenci. Jedno čínské přísloví říká: „*Drak nad tebou přestane mít moc, když mu dáš jméno.*“ A právě různé formy režimové léčby pomohlo našim respondentům pojmenovat a rozpoznat příčiny své závislosti a s tímto pojmenováním, spolu se získanými praktickými radami z léčby, účinně bojovat. Re-

spondent Pavel se k přínosům ústavní léčby vyjádřil: „*To, jaký pokrok tam byl člověk schopen udělat za 3 měsíce, by ambulantně udělal tak za tři roky. A nevím, jestli bych tu ambulantní léčbu nějak nešulil.*“

Jistě nám neunikla skutečnost, že postupné uzdravování pomocí **ústavní léčby** a návrat do normálního života bychom mohli nazvat jako **počátek resocializace**. Ta nezačíná nějak náhle a odděleně až po léčbě, ale už během léčby samotné. Je to velmi složitý proces. MPSV (2014) definuje pojem resocializace jako sociální začlenění závislé na tom, zda člověk obnoví své sociální dovednosti a je schopen přijmout sociální normy společnosti. Ale bez potřebného pochopení, náhledu a praktických rad z léčby by toho člověk nebyl schopen, takže s tímto výrokem nesouhlasíme. To ostatně dokládá vyjádření respondenta Pavla. „*Bylo to hlavně o sebepoznávání. Samozřejmě i poznávání účinku alkoholu, závislosti, získání náhledu proč člověk pije, kde nastaly ty příčiny a jak je odstranit, nebo zastavit. Taký najít tu potřebnou motivaci, proč chci abstinovat. Musel jsem jít pořád do hloubky, musel jsem se poznávat, postavit se čelem k problému...no připustit si spoustu věcí.*“ Tato zásadní změna myšlení a s tím spojené rozhodnutí abstinovat a začít „nový“ život bez alkoholu je patrný naprosto u všech našich respondentů. Takže bychom mohli říci, že proces resocializace, o kterém budeme uvažovat dále, je nastartován již v určité fázi samotné léčby, a ne až po ní.

5.4 Fénix vstává z popela

Čtvrtou kategorii tvoří subkategorie: Nový start; Rady pomáhají, jen když se uplatňují; Doléčovací služby; I chybami se člověk učí; Výsledky resocializace.

5.4.1 Nový start

Jak jsme mohli vidět, hranice mezi léčbou a resocializací není zcela jasná a tyto dvě oblasti jsou spolu velmi úzce propojené a vzájemně se prolínají a navazují na sebe. Ale samotnou léčbou celkový proces uzdravování závislého člověka zdaleka nekončí. Člověk se najednou po třech měsících ocitá z tzv. čistého prostředí opět v běžném denním životě. Zajímalo nás, s jakým pocitem se museli vyrovnávat respondenti po propuštění z léčby. Z povídání vyplynulo, že se u všech dostavil pocit jakéhosi **vytržení z reálného světa**. Respondentka Dana to popisuje slovy: „*Měla jsem pocit, že jsem nějak mimo. Nechápala jsem, o čem se v rodině baví. Oni žili úplně jiným životem. Já s něma jakoby nebyla. Já jsem měla jen ty zážitky z té léčebny. Já jsem s nima jakoby neměla nic společného. I když za mnou pravi-*

delně jezdili, a já zase někdy domů.“ K těmto pocitům se navíc připojil **strach ze stigmatizace**. Ten zaznamenáváme u čtyř respondentů. Zvláště v počátcích, po propuštění z léčby. Postupně během času se s tímto strachem srovnávali. Pomohlo jim v tom, když díky abstinenci a pozitivním změnám v životě získali zpět zdravou sebeúctu. Také využívání služeb následné péče, kde si mohli vyměňovat vzájemné zkušenosti s abstinencí a tím se posilovat. Tři z nich pak byli ochotni přiznat svou abstinenci a léčbu i svému nejbližšímu okolí nebo blízkým přátelům a byli mile překvapeni z pozitivních reakcí. Ale víceméně z jejich výroků je **strach stále patrný**. Respondentka Bára k tomu uvedla: *„Svým způsobem jsem na tu léčbu a změnu hrdá, moc mi to do života dalo. Ale když nemusím, tak o tom nemluví.*“ Podobným způsobem se vyjádřila i respondentka Dana: *„No, že jsem abstinující alkoholik bych tak otevřeně neřekla. Nevadilo by mi to kvůli sobě, ale kvůli manželovi. On nechce, aby se to vědělo. On se za to jakoby stydí.*“ Snahu zpracovat si toto téma vidíme i u respondentky Kláry: *„Někteří známi vědí, že jsem se léčila, někteří ne. Je to moje soukromá záležitost, a já si své soukromí hájím. Nehledě na to, že si nedovedu představit, že by třeba nemocní rakovinou na setkání sdělovali svou anamnézu. Alkoholismus je také nemoc.*“ Ta má zkušenost s přiznáním své léčby i v zaměstnání, a jak sama podotýká, pozitivní i negativní. Proto došla k závěru, že pokud by nastupovala do nové práce, o své závislosti by se zaměstnavatelem mluvila později, až by si ověřil učitelské schopnosti a jiné osobní kvality. K tomu dodává: *„V dnešní době je nouze o práci, a já považuji svůj alkoholismus za určitý handicap. Nebudu riskovat, že narazím na zvěstovatele, který bude alkoholiky hned odsuzovat, a o tu práci kvůli tomu přijdu.*“

Co dále pomáhalo našim respondentům překonávat tyto pocity a problémy po léčbě a pokračovat v životě bez alkoholu se dozvíme dále.

5.4.2 Rady pomáhají, jen když se uplatňují

Uplatňování nabytých zkušeností z léčby a přenesení do běžného života pomáhalo našim respondentům dále pokračovat v abstinenci a udržet si navozené změny chování. Edukační činnost, která jim byla poskytnuta na léčbě, jim pomohla nejen uvědomit si rizika alkoholu, ale hlavně zvládnout bažení, a taky rozpoznat u sebe situace, které tuto silnou nutkavou touhu vyvolávají. Jak už jsme si vysvětlili v části 3.1.1. je to silná touha užít drogu a tato psychologická závislost nevymizí u léčených lidí nikdy. U našich respondentů můžeme sledovat, že se snažili uplatnit odborné prověřené rady, shrnuté v tzv. **Alkoholickém desateru (P2)**, které se tam učili nazpaměť. Uplatnění těchto rad jim pomáhalo minimalizovat

tzv. „spouštěče“, které v mozku mohou nastartovat nebo umocnit touhu po alkoholu. Na-prosto všichni respondenti se rozhodli dodržovat tzv. „suchý dům“, to znamená nemít doma žádný alkohol. Snažili se i minimalizovat vnímání reklam na alkohol, nevyhledávat společnost a místa, kde se pije alkohol. Dva respondenti se rozloučili se svými kamarády z tzv. „mokrých čtvrtí.“ Také se snažili smysluplně naplnit dny prací, odpočinkem a zábavou. Vrátili se ke svým koníčkům, které postupně díky pití zanedbávali, až vyhasly úplně. Jak to vyjádřila respondentka Dana: *„Já jsem chtěla, aby zase ve mně hořel ten oheň. Že vlastně ten oheň, co ve mně byl, že se ve mně zadusil. Úplně zadusil. A já jsem chtěla, aby ten ohýnek ve mně plápolal a hořel. Že jsem byla úplně vyhaslá.“* U mnohých to byla četba knih, u dalšího autorské psaní a hraní na kytaru, další respondentku opět začal uspokojovat sport a práce na zahradě, sbírání bylinek a výroba mastí, a k radosti napomohli zvířecí „miláčky“, jako jsou psi a papoušek. Velký přínos pro udržení abstinence spatřovali respondenti také v systému režimové léčby a zachovávání určitých návyků, které si přenesli do běžného života. Zjistili totiž, že k rozvoji jejich závislosti mimo jiné přispěl také nedostatečný režim v jejich dnech. Ať už to byla nuda nebo nechut' a odkládání činností či bolest. V duchu přísloví: „Přiměj se jednat, tím se naučíš správně myslet,“ se vyjadřuje i respondentka Bára: *„Ta režimová léčba mi pomohla nejen tam, ale i v běžném životě. Ten rovnoměrně rozvržený čas na práci, úklid, vzdělávání se, odpočinek. Ne vždy se vám chtělo, ale musel jste. Naučí vás to kázni a sebeovládání. Mít rád v životě a neuhýbat odpovědnosti.“* Přenesený časový harmonogram z léčby pomáhá i respondentce Daně. *„Ještě co mě zachytává je, že si pořád plánuju svůj čas. Dostala jsem od dcery diář a tam si zapisuju všechno, co mám. Začala jsem chodit na kosmetiku, na nehty. Mám rehabilitace, všelijaké přednášky si vyhledávám, co mám udělat a tak. Já si to dopředu plánuju, abych měla ten řád.“* Respondentka Klára k tomu také dodává: *„Snažím se si vše rozplánovat po menších částech, abych to zvládala bez stresu a časového presu.“* Tady vidíme i zajímavý postřeh, protože tento řád napomáhá vyrovnanému způsobu života. Člověk není přetěžovaný a zbytečně se nedostává do stresových situací, které jsou jedním ze spouštěčů bažení, které jsme popisovali v teoretické části 3.1.1. Celkově tedy vidíme, že různé **informace získané na léčbě a jejich uplatňování** pomáhalo našim respondentům pokračovat v abstinenci. Po odchodu z chráněného prostředí ústavní léčby se zpět navrátili do běžného života a nás zajímalo, jestli mimo svou vlastní iniciativu využili i jinou podporu, aby si navozené změny byli schopni udržet.

5.4.3 Doléčovací služby

Na **stabilizaci změn životního stylu**, udržení abstinence, mají podle odborníků velký vliv navazující doléčovací programy. Po odeznění problémů, které vznikly jako důsledek užívání alkoholu, je potřeba řešit skutečné problémy, které vedly ke zneužívání drogy. Jak jsme si ukázali, jednou ze zásadních příčin zneužívání alkoholu u našich respondentů byly osobnostní rysy a neschopnost řešit problémy odpovídajícím vhodným způsobem. Pomocí psychoterapie na léčbě byli schopni částečně získat vzhled do svých vnitřních konfliktů. Ale to, co se postupně skládalo desítky let, nebylo možné změnit během tří měsíců ústavní léčby. Navíc se člověk dostal do běžného prostředí, kde se opět setkává s nedořešenými nebo nově vzniklými situacemi a zátěží, a musí se k nim nějak postavit. Tuto potřebu lze sledovat u všech respondentů, kteří po léčbě dále využili ambulantní služby psychiatra a psychologa. Někteří ji využili na kratší dobu, jiní ji využívají až do dnešní doby. Jakou pomocí může mít **psychoterapie** v udržení navozených změn a myšlení, můžeme vidět u respondenta Pavla: „*Tak člověk se nesmí vyhýbat těm problémovým situacím. Jít do toho. Musím to mít s kým rozebrat, mluvit o tom. To dělám s tou psycholožkou. Já vím, že jsem začal řešit ty věci, že už neřeším jenom alkohol. Že jsem začal řešit ty svoje vnitřní problémy a všechno, co před tím bylo. Přestal jsem se vyhýbat těm situacím, které ve mně vyvolávaly stres, jako setkávání s lidma. Řeším problémy hned, když jsou potřeba, začal jsem řešit i svoje nízké sebevědomí, začal jsem se trošku víc chválit.*“ Jak můžeme vidět velkým přínosem psychoterapie, je pochopit a přijmout sám sebe a mít se rád. Také se naučit se techniky zvládat a řešit konfliktní situace. Takové získávání psychické odolnosti velmi oceňuje i respondentka Bára: „*Z léčby jsem byla rozhodnutá se už nikdy nenapít. Ale věděla jsem, že to nepůjde samo. Člověk si naivně myslí, že abstinencí se vyřeší všechny problémy. Ale to je omyl. Dodnes navštěvuji psychologa i psychiatra. V životě se mi stalo, že jsem se vlivem různých okolností zamotala, a psychoterapie mi moc pomáhá. Nepřetěžovat se, myslet i na sebe. Pak to člověk neřeší alkoholem, ale třeba relaxací.*“ Dále u jedné respondentky vidíme užitečnost pravidelných **návštěv u psychiatra**, při léčení jejich depresivních stavů, které opět dříve nevhodně řešila alkoholem. Zajímavá je i zkušenost respondentky Dany, která velmi oceňuje pomoc svého psychiatra při zvládání svých stavů bažení. A jak sama dodává: „*A kdybych cítila, že to opravdu nezvládám, a nemůžu to pořád házet na manžela, tak bych zavolala svému psychiatrovi. On mi to nabídnul. To by bylo jako první řešení.*“

Další doléčovací službou, kterou všichni naši respondenti společně využili, bylo užívání **Antabusu**, který se začíná podávat už před ukončením léčby, a pak je doužíván pod dohledem praktického lékaře či psychiatra.

Možnosti **rekondičních pobytů** využili také všichni respondenti. Někdo jednou, jiný vícekrát. Tento pobyt nabízí léčebna po řádně ukončené léčbě v rozmezí jednoho až dvou týdnů. Pro naše respondenty byl tento pobyt také velice přínosný. V jakém ohledu shrnuje za všechny respondentka Bára: *„To bylo super. Vnímáte to úplně jinýma očima, s takovým nadhledem. Znovu se zastavíte, zavzpomínáte, oživíte si ty pocity, jak vám bylo blbě, i to odhodlání s jakým jste odcházeli. To všem doporučuju.“*

Výhodou Psychiatrické nemocnice v Kroměříži je skutečnost, že pravidelně poslední čtvrtek v měsíci pořádá vlastní **A-klub**. Je to společné setkání léčených pacientů, a také těch, kteří tuto léčbu absolvovali a abstinují. Účastní se ho i odborný personál a jsou přizváni i rodinní příslušníci. Stávající pacienti se podílí na slavnostní atmosféře, připraví občerstvení i program. Toto setkání všichni naši respondenti podle svého času a okolností opravdu rádi navštěvují. Probíhá tady otevřená diskuse a výměna zkušeností ohledně závislosti a abstinence. Tyto otevřené osobní zpovědi velmi stmelují a utužují vztahy a vzniklá přátelství. A skutečnost, že na vlastní oči vidí, že existují lidi, kteří se vymanili z pout závislosti a jsou šťastní, je velmi posilující. Zaznívají také zkušenosti o osobních nezdarech, o relapsu nebo naopak o jeho zvládnutí. To pomáhá těm, kteří mají takovou zkušenost, to nevzdávat a pokračovat dále. K tomu se vyjadřuje respondentka Dana: *„A-klub mě velmi posiluje a nabíjí. Kontakt s kamarády z léčebny, to, že vidím, jak se jim daří. Je to taková záchranná síť kamarádů, která funguje. Že když se někomu něco nezdá, tak zavolá. Že všichni o sobě víme, a když má někdo o druhém divný pocit, že by se něco mohlo stát, tak napíše, zavolá.“* Tato společná setkání ještě léčených pacientů a abstinujících alkoholiků má ještě jeden specifický motivující faktor. Ten popisuje respondent Ondra: *„Já to teď po 11 letech tak nepotřebuju jet na Áčko. Ale jedu tam rád, poslechnout si to. A i to, když vidím ty, kteří se tam klepou, tak si řeknu: „Do prdele“. A zas se mi to vrátí! Já nechci být znovu v tomhle stavu!“* Vidíme, že připomínání si důsledků svého pití je také silným motivem zdržovat se alkoholu.

V areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži se také pořádají setkání svépomocné skupiny **Anonymních alkoholiků (AA)**. O vzniku, struktuře i cílech jsme pojednávali v části 3.1.2. Tyto skupiny jsou vytvářeny po celém světě i u nás a jejich seznam je možno dohledat na internetových stránkách. Ptali jsme se, zda naši respondenti v procesu svého doléčo-

vání využili tuto svépomocnou skupinu. Asi budeme překvapeni, ale pouze jeden respondent občasně docházel na AA v místě svého bydliště. Další dva, kteří měli možnost navštívit AA v areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, se vyjádřili ve smyslu, že obsah, ani forma vedení je příliš nezaujala. Přínosnější pro ně byla četba knih o závislosti a odborné vedení na A-klubech. Z toho vyplývá, že velmi záleží na osobnosti a schopnostech koordinátora, který tuto skupinu vede, protože respondent Pavel byl s AA ve svém bydlišti spokojen. Mohli jsme vystopovat ještě jeden dost zásadní faktor, proč i další nevyhledali AA v místě, kde bydlí. Shrnuje to výrok respondentky Bány: *„Ani v místě bydliště mě to tam moc netáhne...nevím. A přiznám se, že žijeme na malém městě. Kdybych tam potkala nějakého známého, asi by mi to nebylo příjemné.“* Jde vidět, že i když strach ze stigmatizace si v mnohém zpracovala, získala náhled a do určité míry i hrdost na svou úspěšnou léčbu, musí s tím stále pracovat a překonávat ho. A z náznaků ve výpovědích jde vidět, že není jediná. Tento rys můžeme sledovat zvláště u žen, na což také upozorňuje odborná literatura.

V neposlední řadě nesmíme v systému doléčovacích služeb zapomenout na **podporu rodiny**. Pochopitelně u všech respondentů vidíme velmi příznivé reakce z řad rodinných příslušníků. Ať už to byly rodiny úplné nebo neúplné. U jednoho respondenta se nepodařilo zachovat rodinné vztahy. Alkohol si vybral svou daň i v této oblasti. Ale i tam, kde z počátku, vlivem různých okolností, nebyla taková podpora nejbližších, se postupem léčby a rodinné terapie hodně změnilo. Všechny tři respondentky oceňovaly podporu rodiny, zvláště manžela. Respondentka Klára popsala, v čem konkrétně i další respondentky vnímají tuto pomoc. *„S manželem se opět otevřeně bavíme o svých pocitech. Můžeme si říci všechno, i chuť na alkohol, která někdy přichází. Pomáháme si.“*

Vidíme, že každého našeho respondenta oslovila jiná nabídka doléčovacích služeb a každý ji využíval i s různou intenzitou. Zdá se, že absolvování léčby, uplatnění rad a informací z nich a využití doléčovacích služeb zajistí trvalou abstinenci. Praxe však potvrzuje, že v mnoha případech se setkáváme s porušením abstinence. Je proto důležité zamyslet se nad prevencí relapsu a uvědomit si, jak postupovat, pokud k němu dojde.

5.4.4 I chybami se člověk učí

Jak jsme si ukázali v teoretické části, součástí následné péče je pokračování v prevenci relapsu, která začíná už při léčbě, a jeho nezvládnutí může vést k recidivě. Můžeme si připomenout, že prevence relapsu v sobě zahrnuje proces rozpoznání a zvládnutí cravingu (ba-

žení), tedy nutkavé touhy užít drogu. Podoby bažení bývají různé a také techniky jeho zvládnutí. U respondentky Dany se po léčbě dostavovaly velmi surrealistické alkoholové sny, při kterých zažívala nepříjemné fyzické stavy. Za pomoci psychiatra, rad z léčby, se jí podařilo tyto stavy **včas rozpoznat a zvládnout**. Vyhýbala se místům i situacím, které jí připomínali její pití. Podobně se to daří zvládat i respondentce Báře. Opět, dodržování rad z Desatera a léčby, psychoterapie, jí pomohlo minimalizovat tato rizika. Ovšem často i nechtěné situace, (např. společná dovolená, dříve spojovaná s příjemným požíváním alkoholu), mohou vyvolat vzpomínky na alkohol a chuť ho užít. Oběma se osvědčily techniky zvládnutí bažení MUDr. Karla Nešpora, ale i mnohé další přístupy, které jsme tady postupně rozebírali.

Přesto u našich třech respondentů se setkáváme s recidivou, ve dvou případech i s vícenásobnou. Zajímalo nás, co způsobilo, že se na určitou dobu vrátili ke svému závislému chování. Ani v jednom případě to nebyl „blesk z čistého nebe“. Postupná série podcenění nebo **nedodržení rad z léčby** nakonec vyvrcholila recidivou. U respondenta Pavla identifikujeme **podcenění doléčovacích služeb** po první léčbě. Z počátku navštěvoval setkání AA a taky A-klubu, ale návštěvy začal vynechávat a odkládat, až skončily úplně. Popisuje, že se mu po léčbě zdálo, že abstinence mu jde nějak snadno a zaměřil se spíše na hledání dobré práce. To se mu dlouhodobě nedařilo a práce, kterou měl, ho nebavila. Opět se dostavily pocity neschopnosti, podceňování se. Na narůstající problémy začal dávat větší důraz než na samotnou aktivní abstinenci. Návštěvy u stávajícího psychiatra mu nic nedávaly. Snažil se najít jiného, kvalitního, ale čekací doba byla 2-3 měsíce. Podobné to bylo s psychologem. Neměl si o tom s kým popovídat. Samota, zahanbení, pocit méněcennosti a nenaplnění. Během osmi měsíců docházelo k nahromadění spouštěčů, život ho přestával bavit. Měl pocit, že abstinence je k ničemu. Sám k tomu dodává: „*Život stál za hovno, když jsem chlastal, a stojí za hovno, když nechlastám. Tak proč si aspoň nedopřát ten alkohol.*“ Po čtyřměsíčním pití se potom ocitl na druhé léčbě. Sám hodnotí, že po léčbě potom člověk mnohem rychleji sklouzne opět dolů. Zpětně tuto recidivu hodnotí: „*Praktická chyba byla, že jsem neměl to pravidelné doléčování. Že jsem neměl toho psychologa. To by se všechno zpracovalo a dalo podchytit i bez další recidivy. Potom to nechození mezi lidi, sociální fobie. S tím se mělo pracovat. Ted' už to mám zpracované. Víím, že mi pomáhají ty terapie u psychologičky. Kdybych to měl po první léčbě, tak by to určitě pomohlo.*“

Během léčby je zakázáno navazovat **patologický vztah** spolu s pacientem, a toto varování je zdůrazňováno i po léčbě. Pochopitelně i tato rada, které pacienti nemusí zcela rozumět a

podcení ji, má svá opodstatnění. Tento vztah může být nerovný a tím, že jeden nemusí mít dobře zpracovanou svou závislost a motivaci abstinovat, hrozí riziko porušení abstinence i toho druhého. Přesně tento problém identifikujeme u dvou respondentů. Respondent Ondra, který byl na léčbě třikrát, se k první recidivě vyjadřuje: *„Samozřejmě, neslyšel jsem varování patologické vztah. A vona se napila, já jsem kolem ní půl roku skákal, a pak jsem to neustál a napil jsem se taky. Já jsem byl naiva, já jsem si pořád myslel...já ji nemůžu opustit, ona je nemocná, já ji nemůžu opustit.“* Po druhé léčbě tento vztah ukončil. Přišlo opět období abstinence, ale během dvou let stále neměl dořešenou bytovou otázku se svou rozvedenou ženou a s maminkou. Z jednoho bytu potřebovali tři. Nedořešené problémy opět vyústily v recidivu. Z rozhovoru vyplývá, že tyto problémy si řešil spíše sám se sebou, než s pomocí nějakých doléčovacích služeb. A vlastně to odpovídá i jeho typu osobnosti. Na otázku, zda mu vadilo, že se i po druhé léčbě rozpil, odpověděl: *„Já jsem věděl, že je to špatný, že jsem teoreticky i prakticky vybaven k abstinenci. Ale dokud jsem neodsekal ty bývalý...jak říkám kulisy, patologický vztahy, bytovou situaci, rozvod...to všechno se vracelo. V tom se nedalo abstinovat. Tyto radikální kroky jsem musel udělat...já jsem se těšil na tu poslední třetí léčbu, kde to bude konec a v klidu. A věděl jsem, že mi bude stačit 6 týdnů“* Nutno podotknout, že po této třetí léčbě abstinuje už 11 let.

Podcenění patologického vztahu registrujeme i u respondentky Kláry, spolu s jinými neuplatněnými radami z léčby. Postupně se léčila sedmkrát, ale ne vždy to byly tříměsíční léčby. Po první léčbě v Kroměříži nerespektovala radu, že u alkoholika není možné pít kontrolovaně a s mírou. Další léčba na 6 týdnů proběhla v Bílé Vodě, kde nebyla nastavena režimová léčba. Sama zhodnotila, že to bylo jako na dovolené a samotná léčba jí nic nepřinesla. Po opětovné léčbě v Kroměříži začala trpět depresemi. Nevyhledala pomoc psychiatra a navíc navázala patologický vztah. Partner neabstinoval, nakonec se upil k smrti. Rozpila se ještě víc. Další léčbu v Kroměříži označuje pro změnu své osobnosti jako nejdůležitější. Zde navázala, i přes varování a smutnou osobní zkušenost, opět patologický vztah. K němu se vyjadřuje: *„Ve svém novém příteli jsem našla člověka, který mě naučil vnímat ostatní lidi jinak. Zpětně musím říct, že mi velmi pomohlo, že jsem ho poznala, i navzdory pozdějším obtížím.“* A ty skutečně přišly. I když využívala služeb psychiatra, setkání na A-klubu, rekondiční pobyt, to vše neřešilo skutečný kořen problému. K tomu přibýly starosti s péčí o dceru, dluhy, starost o dům, smrt manželovy maminky. Zjistila, že partner začal pít. Bylo jen otázkou času, kdy se napije také. *„Strhávali jsme jeden druhého. Pochopila jsem v celé šíři patologičnost našeho vztahu.“* Nepomohla jim ani další třímě-

síční léčba, protože během léčby byla nadále natolik zaměřena na tento vztah, že neměla prostor zabývat se sama sebou a svou závislostí. V dubnu 2012 se vrátila domů ke svému manželovi. Oba přišli o práci, zadluženost kvůli koupi domu vzrostla. V říjnu 2012 už opět pili oba dva. Partner byl na tom zdravotně tak špatně, že díky intervenci skončil v nemocnici. Teprve v této fázi se naše respondentka rozhodla udělat radikální krok. Skončit se svým manželem i s pitím. Během jeho pobytu v nemocnici ho ani nenavštívila. Zároveň prodala dům, splatila dluhy. Kupodivu tato radikální změna a nejistota tak zapůsobila na manžela, že přestal pít a pomalu si opět k sobě našli cestu a oba úspěšně abstinují.

Tento výčet recidiv a opětovných nástupů na léčbu nám může připadat neuvěřitelný. Možná bychom nad tímto člověkem pomyslně „zlomili hůl“ a zkonstatovali: „Komu není rady, tomu není pomoci.“ To jenom dokazuje, jak složitý je proces zbavení se závislosti. Postup vypadá jednoduše. Ale cesty k abstinenci jdou různými směry a každá je jinak dlouhá. A lidská psychika a osobnosti jsou různé, a každý člověk potřebuje jiný časový úsek, než plně pochopí problém závislosti a přijme za své rady a doporučení.

5.4.5 Výsledky resocializace

Jednou ze zkoumaných oblastí našeho výzkumu bylo sledování resocializace našich respondentů. Jak jsme rozebírali v teoretické části, je to složitý proces, který začíná už při léčbě, kde se člověk tělesně zotaví ze zdravotních problémů své závislosti a učí se pracovat na své psychické závislosti. Postupně také obnovuje své sociální znalosti a dovednosti. Proto nás zajímalo, jak se tento proces konkrétně odrazil v životě našich respondentů. Spokojenost se promítla do všech oblastí. Respondentka Dana si udělala **rekvalifikační kurz**, ÚP ji pomohl najít novou **uspokojivou práci**. Jak sama říká: *„Tam, kde mě nikdo nezná, nikdo o mně nic neví, jsem začala nový život.“* Na léčbě zjistila, že její přednášky o bylinkách a výroba mastí a krémů dělá lidem radost a rozhodla se v tom dále pokračovat. Dala tomu volný prostor a setkala se s velkou odezvou okolí. Naučila se pracovat více s počítačem, posílá různé příspěvky, a díky tomu se i seznámila s novými lidmi, které pojí podobné zájmy. Najednou zjistila, jak může být **pro druhé užitečná**. Tento pocit je pro ni velmi uspokojivý. Díky tomu, že na sobě neustále pracuje, se velmi zkvalitnily vztahy v rodině. Opět se obnovily sociální role coby manželky, maminky, dcery. *„Takže teď mám čas na tu rodinu a to jsem vždycky měla ráda. Mám pocit, jako by se hnulo vše dopředu. Životy holek, náš život s manželem, práce... Už nejsem ta brzda, která táhne. A naučila jsem se žít s tím, že ty problémy jsou.“*

Svoji spokojenost s abstinencí vyjádřila i respondentka Bára. Dodělala si **vysohou školu, našla si práci**, která ji těší, obnovila své **sportovní aktivity a další koníčky**. Co je pro ni ale nejdůležitější, že se obnovily narušené vztahy s manželem a se synem. Díky tomu, že stále využívá psychoterapii, se dokáže sama v sobě lépe zorientovat a **lépe snášet zátěžové situace**. Jak sama říká: „*Motivuje mě to stále na sobě pracovat a tím se posouvají i vztahy v rodině. A víc a víc v sobě nacházím takovou vnitřní svobodu, a to mě dělá šťastnou. A to, že stále bojuji, někdy líp, někdy hůř se svou bolestí, úzkostí a depresemi...ted' už bez alkoholu, to je zkrátka život ve všech jeho podobách.*“

Problémy s depresivními stavy identifikujeme také u respondentky Kláry, ale je vidět, jak jí celkový proces resocializace pomohl **smířit se svou situací** a neřešit ji alkoholem. Pravidelně navštěvuje psychiatra, dostává medikaci a projevuje aktivní přístup k životu. Těší ji maličkosti a raduje se z věcí, které dříve s alkoholem nevnímala. Procházka v přírodě se svými psy, setkávání se s přáteli, oblíbené jídlo. Radikálně změnila i věci, které ji zatěžovaly. Prodlali dům, koupili menší, a přestěhovali se tam, kde je nikdo nezná. Milovanou práci učitelky na stálý úvazek zatím nezískala, ale učí se být spokojená a vyhlíží s optimismem do budoucna. Taky se velmi **zlepšily vztahy** s dcerou a pevně věří, že do budoucna to bude ještě víc. Raduje se s abstinencí své i svého manžela, což pochopitelně velmi zkvalitnilo jejich vztah, vzájemně si pomáhají. Jak sama vyjádřila: „*Vím, že tři a půl roku není tak dlouhá doba, ale pro mne je to zatím nejdelší doba mé abstinence. Chválím se za to. Nikdo jiný to za vás neudělá.*“

O své plány do budoucna a celkový přínos resocializace se s námi podělil i respondent Pavel. Celková léčba ho naučila **pracovat se svými pocity a nízkým sebevědomím**. Psychoterapie, kam také nadále dochází, mu **pomáhá v sociálním kontaktu s lidmi a v komunikaci**. Naučil se otevřeně a asertivně řešit konfliktní situace a vyjadřovat své pocity, které dříve potlačoval alkoholem. „*Prostě jsem se na psychoterapii naučil i nahlas říct, že toho mám plný zuby. Začala mi růst jako kdyby hroší kůže. Já jsem si uvědomil, že je mi jedno, co si o mně lidé budou myslet. Ať si myslí, co chtějí, mně je to jedno. Tak prostě v něčem jsem jiný, než ti ostatní. Tak trochu nebudu nikde zapadat.*“ A jeho plány do budoucna jsou udělat si rekvalifikační kurz nebo si dodělat VŠ, najít práci, která ho bude zajímat, psát další články do odborných časopisů. Realisticky ale dodává, že je ne to zapotřebí čas a zatím má ještě dost práce sám se sebou.

Tento znak, **stále na sobě pracovat**, je ostatně patrný naprosto u všech našich respondentů. Je až s podivem, jak se postupně u našich respondentů během léčby vytvořila silná

vnitřní motivace pracovat nejen na samotné abstinenci, ale i na své osobnosti, která s udržením abstinence velmi úzce souvisí. K tomu se vyjádřil respondent Ondra: *„Po té třetí léčbě jsem cítil vnitřně, že už se nenapiju. Já jsem si začal uvědomovat smysl té abstinence i tu radost z toho. Ale především jsem dokázal přijmout smysl té abstinence, i tu radost z toho. Ale především jsem dokázal přijmout tu odpovědnost sám za sebe. Jsem si vědom toho, že pořád oddaluju některé nepříjemné věci, ale už mám na to náhled a nepřechám před tím a neutíkám se do drogy.“* Další přínos celého resocializačního procesu vidíme nejen tento vhled, ale využívání respondenta tzv. **autoterapie**, kdy si připomíná důsledky svého pití z minulosti. Tyto negativní vzpomínky jsou pro něj tak nepříjemné, že se k takovému období rozhodně nechce vrátit a opět ztratit nabytou **sebeúctu, uznání a důvěru okolí**. Věří, a velmi se těší, že v brzké době se mu podaří rozjet komunikační portál pro chovatele zvířat, na jehož projektu pracoval několik let. A jeho plány do budoucna? *„Dnes já vím, že život a odměny se skládají spíše z menších radostí. Nedat si tu laťku příliš vysoko, která bývala, když jsem pil. Pak je ten propad o to větší a člověk je zklamanej, frustrovanej. Raději větší množství menších odměn, než čekat nějakou bombastickou.“*

6 SHRNUÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI, DISKUSE

V předešlých kapitolách praktické části jsme se zabývali metodologií výzkumu a analýzou dat. V závěrečném shrnutí empirické části se pokusíme o interpretaci dat, které jsme zjistili na základě výzkumného šetření a zaměříme se na zodpovězení výzkumných otázek.

Cílem hloubkového rozhovoru s respondenty bylo zodpovězení výzkumných otázek a zjistit vytyčené výzkumné cíle. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zachytit a zjistit klíčové momenty, které u našich respondentů vedly k rozhodnutí podstoupit léčbu, začít abstinovat a pokračovat v procesu resocializace. Mezi dílčí cíle jsme zařadili, jaké jsou z jejich subjektivního pohledu příčiny jejich závislosti, co jim pomohlo nastoupit na léčbu a co museli překonat. Dále jakým přínosem byla pro ně ústavní léčba a s jakými překážkami se setkali po léčbě. Dále zjistit, co jim pomáhá udržet si abstinenci.

Pro lepší přehlednost a sledovanost jsme se rozhodli postupovat tak, že na začátku zmíníme naši výzkumnou otázku a k ní následně přiřadíme výsledky.

Jaké jsou ze subjektivního pohledu respondentů příčiny jejich závislosti?

Mezi hlavními důvody své závislosti uváděli genetickou zátěž v rodině. Ta jistě ještě nikoho nepředurčuje k tomu, aby se stal závislým. Ale spolu s dalšími uváděnými příčinami tato náchylnost k alkoholu nastartovala z počátku nenápadný start závislosti. Mohlo by se nám zdát, že jde o určitou omluvu a hledání zástupného problému pro závislostní jednání. Ale i názory odborníků tuto skutečnost dokládají. Na to jsme se snažili poukázat i v teoretické části naší práce.

Mezi dalšími příčinami jsme se setkali s vlivem rodinné výchovy, která nevykazovala nějaké nápadné nevhodné rysy, spíše vykazovala určitou nevyrovnanost. Na jedné straně to byl příliš autoritářský postoj, na druhé straně zase příliš ochranný postoj matky. Taková výchova vyvolávala v našich respondentech buď pocit frustrace a méněcennosti z nenaplněných představ rodičů, nebo pocit strachu a neschopnosti řešit v životě zátěžové situace. Výchova měla vliv na utváření osobnosti a vlastností, které bývají označovány jako rizikové pro závislostní jednání. A spolu s tlakem nečekaných životních situací jako je nemoc, smrt, ztráta zaměstnání, dluhy, umocnily rozvoj závislosti.

Co přispělo k rozhodnutí nastoupit léčbu a abstinovat?

V teoretické části naší práce jsme se dozvěděli, že poradenství bývá nejčastější intervencí u klientů, kteří nejsou dostatečně motivováni, s různým stupněm závislosti, aby získali správný náhled na závislost a podstoupili léčbu. (Kalina et al., 2013)

Z našeho výzkumu ovšem vyplynulo, že oblast kvalitního poradenství v této oblasti je nedostačující. Někteří respondenti si sami vyhledávali dostupné informace, ale tím nezískali motivaci podstoupit léčbu. Nepřišla během počínajících varovných příznaků, které si respondent uvědomoval, ale jejich řešení odmítal. Byl to dlouhodobější proces, který dle odborné literatury trvá i několik let. V teoretické části jsme podrobně popsali fáze rozvoje závislosti a náš výzkum prokázal, že těmito fázemi zřejmě musí projít každý závislý člověk. Od počáteční fáze popírání, přes pocit, že svou závislost má pod kontrolou, snahu řešit problém vlastními silami, až po prožití bolestných zkušeností, došli k poznání, že bez odborné péče se své závislosti nezbaví. Sociální dopady byly v některých případech tím posledním, co je v podstatě přinutilo vyhledat odbornou pomoc. Rozvrat rodiny, ztráta zaměstnání a strach o své zdraví, sociální propad. Některé škody už byly nenapravitelné. Je to přesně tak, jak to uvádí ve své knize Heller, Pecinovská (1996, s. 18), že každé oddalování vyhledat odbornou péči je jen zbytečným prodlužováním utrpení člověka i jeho okolí a může způsobit nezvratitelné škody.

V čem pomohla léčba našim respondentům a co museli překonat?

U všech našich respondentů jsme identifikovali počáteční pokusy řešit svou závislost ambulantní léčbou, která se neprokázala v jejich případě jako účinná. Určitě má své výhody, ale výzkum potvrdil spíše ty nevýhody, které jsme popsali. Je to nedostatek kvalitních psychiatrů a psychologů, kteří jsou ochotni se zabývat otázkou závislosti. A také nedostatečná motivace respondentů respektovat pokyny lékaře tak, jak to i popsal ve své knize Skála (1988, s. 61,62), s čímž souhlasíme.

I přes úvodní smíšené pocity z režimové léčby už v průběhu i zpětně, velmi kladně hodnotí tento pevný přístup a vliv na jejich abstinenci a změny v životním stylu. Pomocí rozmanitých léčebných programů získali náhled na příčiny své závislosti a naučili se pomocí psychoterapie je zvládat a vyrovnat se s nimi. Také edukační činnost jim pomohla pochopit nebezpečí užívání alkoholu, porozumět rozvoji závislosti a naučili se techniky na zvládání psychické závislosti. Systém časově rozvržených činností jim pomohl převést tento ztracený řád do osobního života. Také terapeutické činnosti jim pomohly vrátit se

k dovednostem, které vlivem závislosti byly odsunuty. Co bylo velmi podstatné, během léčby se učili získat potřebnou motivaci, aby sami chtěli udržet svou abstinenci a s tím spojené životní změny.

Z vyjádření našich respondentů vyplývá, že jednou ze zásadních překážek v léčbě závislosti jsou společenské předsudky. K tomu, aby mohli získat takový užitek z léčby, museli překonat pocit studu a strach ze stigmatizace okolí, když nastoupí léčbu. Heller, Pecinovská (1996, s. 92) k tomu dodávají: „Touto bariérou stále trpí psychiatrie jako celek, závislosti však obzvláště.“

Dalším faktorem byl strach, neinformovanost a předsudky o průběhu léčby. V této oblasti je podle jejich vyjádření, stále co zlepšovat. Nejen pro samotné pacienty, ale i pro širokou veřejnost.

S jakými problémy jste se setkali po léčbě?

Po třech měsících ústavní léčby se naši respondenti ocitli z tzv. bezalkoholového čistého prostředí opět ve svém přirozeném prostředí. Dostavily se pocity jakéhosi odcizení a vytržení z reálného světa. I když se během léčby učili přijmout fakt, že jsou závislí a nemají se tajit se svou léčbou, museli se opět vyrovnávat se strachem ze stigmatizace. S tímto problémem se snažili postupně statečně vyrovnat. Nicméně z jejich výroků bylo patrné, že tento problém víceméně přetrvává a pokud nemusí, tak o své závislosti nemluví. Mohli bychom se zamyslet nad tím, proč se naše společnost stále potýká s předsudky v této oblasti. Ale to se jistě netýká jenom tohoto našeho problému.

Dále jsme viděli, že craving, neboli touha po alkoholu nevymizí ani po léčbě, a museli ji překonávat i naši respondenti. Dokonce ve třech případech jsme se setkali s opakovanou recidivou. Tito respondenti si některé problémy vytvořili sami nedodržením léčebných rad a podceněním následných služeb doléčování.

Co vám pomohlo překonávat problémy po léčbě a pokračovat v abstinenci?

V případě zrelapsovaných respondentů jim k uzdravení pomohlo, že správně zvládli syndrom porušení abstinence a svůj boj se závislostí nevzdali. Uvědomili si z osobní zkušenosti uplatňování cenných rad z léčby a podstoupili opětovnou léčbu. Tímto opakovaným procesem vnitřní motivace postupně uzrála a plně pochopili význam abstinence pro svůj život. To je vedlo k tomu, že sami iniciativně udělali radikální změny ve způsobu života. K tomu, že naši respondenti překonali tyto překážky, přispělo praktické uplatňování rad

z léčby a také nácvik prevence relapsu a jeho zvládnání. Navíc jim velmi pomohly doléčovací služby, které využili po léčbě. Mnozí stále navštěvují setkání pořádaná jednou za měsíc na A-klubu v Kroměříži. Jeden respondent občasně využívá návštěv svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků. Nejvíce naše respondenty oslovilo využívání psychoterapie v ambulanci psychiatra či psychologa. Pomáhá jim ve správném náhledu na sebe i svou závislost.

Co vás nyní motivuje udržovat si svou abstinenci a pokračovat v resocializaci?

Výsledky výzkumu ukázaly, že vysoké úsilí našich respondentů v celém procesu resocializace je tou hybnou silou, která je motivuje v abstinenci pokračovat. Na vlastní kůži si zažili propastný rozdíl mezi životem s alkoholem a životem bez něj. Výhody abstinence jednoznačně převažují a převyšují nad zdánlivě příjemnými prožitky s drogou. Získali zpět svoji sebeúctu, pokojné rodinné vztahy, práci. Začali opět sociálně fungovat, plánovat svou budoucnost. Vnitřně je velmi posiluje, že se učí řešit své problémy bez alkoholu. Plně pochopili první zákon své léčby, že se léčí sami pro sebe a nikdo a nic jim v tom nemůže zabránit, pokud to sami nechtějí.

6.1 Doporučení pro praxi

Z našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že v oblasti poradenství alkoholové závislosti jsou stále velké rezervy. Nedostatek kvalitních psychiatrů a psychologů v ambulancích AT vede k tomu, že není podchyceno včas závislostní jednání, které by mohlo být následně léčeno ambulantní formou. Z rozhovoru s primářkou závislostního oddělení také vyplynulo, že tento nedostatek se projevuje i v tolik potřebné kvalitní následné péči. Z léčby tak odchází motivovaní pacienti, kteří pro udržení svého nového životního stylu potřebují nejen odborný dohled, ale také kvalitní psychoterapii. Z jejich slov vyplynulo, že za úspěšnou abstinenci považují odborníci u klienta nejméně jeden rok. Statistické údaje o úspěšnosti léčby jsou velmi těžko zjistitelné. Přesto se uvádí, že alespoň tuto abstinenci si po odchodu z léčebny udrží asi 10% - 30% pacientů, a pokud využijí programy následné péče, počet se navyšuje až na 60%. Tuto situaci my nezměníme. Můžeme jen doufat, že otevřením studia Adiktologie na vysoké škole UK v Praze bude počet odborných pracovišť vzrůstat.

Dále jsme výzkumem zjistili, že i přes to, že problematice závislosti a její léčby je věnována stále větší pozornost, stále se setkáváme s neinformovaností o možnostech nápravy jak u některých lékařů, veřejnosti, ale také v sociální sféře.

Jak jsme uvedli v teoretické části naší bakalářské práce v kapitole 3.1.3, i sociální práce je významnou součástí následné péče a resocializace. Proto by měl mít sociální pracovník alespoň základní znalosti o závislosti, jejích možných příčinách, rozvoji, léčbě. Také by měl mít informace o možnostech následné péče. Proto si myslíme, že tato bakalářská práce může být využita prakticky. Naším hlavním cílem bylo zachytit klíčové okamžiky závislých lidí, zjistit, jakým způsobem řešili problémy a co jim v tom pomohlo, a dále jaké způsoby léčby a osobní zkušenosti ovlivnily jejich vnitřní motivaci. Proto si myslíme, že tyto osobní zkušenosti mohou pozitivně ovlivnit práci odborníků se závislými lidmi, s jejich rodinami, a snad i pomoci klientům samotným. Navíc lidé, kteří se vracejí z léčby, jsou ohroženi relapsem závislosti. Mnohdy je jejich rodinná i sociální situace nevyhovující, zvláště pokud docházelo k opakované léčbě a bez nedostatečné institucionální pomoci hrozí riziko návratu k droze. Sociální pracovník může také velkou měrou ovlivňovat změny v přístupu společnosti k těmto osobám, a přispět k odstraňování předsudků a stigmatizace vzniklé neznalostí problematiky. (Pěnkava, 2015, s. 30, 32)

Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zlepšit informovanost sociálních pracovníků a široké veřejnosti o problematice závislostí, a proto si myslíme, že může být užitečná jako příručka na úřadech a v různých zařízeních pro závislé osoby. Tuto nabídku přivítala primářka oddělení pro závislosti v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a vedoucí pracovník Terapeutického centra ve Zlínském kraji. Informace z bakalářské práce budou využity při edukační terapii, která může přispět osobními zkušenostmi závislých lidí na zvýšení motivace pacientů. Dále ředitelka Krajské pobočky Úřadu práce ve Zlíně přislíbila poskytnout tuto bakalářskou práci příslušným pracovníkům.

7 ZÁVĚR

V teoretické části jsme se zabývali definicí závislosti a jejím vývojem, a poukázali jsme si na možné příčiny závislosti i na její zdravotní a společenské dopady. Následně jsme i ukázali formy léčby, jako je poradenství, ambulantní léčba a ústavní léčba. Popsali jsme jednotlivé výhody i úskalí u každého typu léčby. V poslední části jsme si vymezili pojem resocializace, který velmi úzce souvisí se samotnou léčbou. Zjistili jsme, že tento proces dále pokračuje velmi důležitou následnou péčí po léčbě. Tato následná péče zahrnuje nácvik prevence relapsu a jeho zvládnání, pomoc svépomocných skupin, a v neposlední řadě samotnou sociální práci.

V praktické části jsme se zabývali provedeným kvalitativním výzkumem, jehož cílem bylo zjistit, co pomohlo lidem závislým na alkoholu, aby podstoupili léčbu, začali abstinovat a následně se opět začlenili do kvalitního života. Zjistili jsme, že včasný začátek léčení může brzdit nedostatečná motivace klienta, která bývá způsobena podceněním a neznalostí problematiky rozvoje závislosti. Také předsudky a strach ze stigmatizace vedou k tomu, že závislý člověk podstoupí odbornou léčbu, až když je mnohdy v hluboké krizi a bezvýchodné situaci. Také jsme se snažili zachytit okamžiky, které z jejich pohledu vedly k vytvoření závislosti. Zjistili jsme, že toto pochopení, ke kterému zásadně pomohla léčba, má klíčový vliv na udržení jejich abstinence a resocializaci. Dále nás zajímaly další praktické přínosy ústavní léčby, která se v našem výzkumu ukázala být účinnější než léčba ambulantní. Za velmi efektivní se prokázal režimový program, který v sobě obsahuje různé druhy psychotherapie a trénink sociálních dovedností v rámci jasných pravidel komunity. Tento systém léčby pomohl respondentům nastartovat potřebnou vnitřní motivaci k abstinenci a udělat konkrétní změny v jejich životech. Pozornost jsme také zaměřili na překážky, které je na cestě k abstinenci po léčbě provázely a na způsoby, pomocí kterých se jim vše podařilo zvládnout. Z výzkumu vyplynulo, že právě využití doléčovacích služeb je nezbytnou pomocí v udržení abstinence a změn v životě. Jejich podcenění vedlo k recidivě některých našich respondentů, ale díky vytvořenému správnému náhledu na svou závislost během léčby svůj boj nevzdali a byli schopni pokračovat v procesu resocializace. Námi realizovaný výzkum také ukázal na nedostatek návazné péče v oblasti poradenství a málo kvalitních psychiatrů a psychologů poskytujících služby v problematice závislosti.

Poslední část bakalářské práce poukazuje na praktický přínos, který se zaměřil na informovanost o problematice závislosti, odstranění předsudků, jak u samotných závislých lidí, tak

i jejich rodinných příslušníků, a také široké veřejnosti. Doporučení se zaměřilo na oblast sociální práce a kontaktu sociálních pracovníků s klienty, kteří byli nebo jsou závislí na alkoholu. Kvalitnější seznámení s problematikou závislosti pomůže sociálním pracovníkům k individualizovanému přístupu, který bere v úvahu problémy a potřeby klienta, nabízí vhodná řešení a významně se tak podílí na celkovém procesu jeho resocializace.

Toto téma jsme si zvolili z toho důvodu, že i přes různá varování se stále podceňuje vliv alkoholu jako drogy. Přispívá k tomu i skutečnost, že tato droga je legální, snadno dostupná a na rozdíl od jiných nealkoholových drog i levná. Jeho spotřeba v naší společnosti stále vzrůstá. Neinformovanost o účincích alkoholu na psychiku člověka, a nenápadný rozvoj závislosti přispívá k tomu, že si člověk přizná svou bezmocnost vůči této droze velmi pozdě, někdy vůbec. Často jsou škody v jeho osobním životě a sociální propad velmi velký, někdy už nezvratitelný. Oblast závislostí a postupy během léčby jsou opředeny různými mýty a předsudky a těmito lidmi často společnost opovrhuje. Staví je do role slabochů a lidí se slabou vůlí. Tím, že si nejsou schopni plnit své sociální role, jsou spíše okolím odsuzováni a stigmatizováni. Už méně přemýšlíme nad tím, proč k tomu došlo, a jak jim můžeme pomoci. Náš výzkum měl přiblížit, že ne vždy slabá vůle způsobí problém závislosti. Většinou souběh mnoha faktorů způsobí, že se postupně člověk ocitne tam, kde nechtěl, a mnohdy neví, jakým způsobem se má vrátit zpět. Proto jsme si chtěli ukázat, že s odbornou pomocí a využitím léčebných postupů je tento návrat možný.

Na závěr bakalářské práce bychom rádi zmínili citát psycholožky PhDr. Marcely Adámkové, který jednoduše vystihuje vše výše napsané: „Člověk dokáže téměř cokoli - někdy rychleji a snadněji s pomocí druhých.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DECI, Edward a Richard RYAN, 2000. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11.
- [2] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [3] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [4] GÖHLERT, Fr.- Christopher a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9.
- [5] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [6] HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, et al., 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-277-8
- [7] HENDL, Jan, 2012. *Základní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.
- [8] HOSEK, Jan, 1988. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-624-2.
- [9] KALINA, Kamil et al., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [10] KALINA, Kamil et al., 2003a. *Drogy a drogové závislosti, 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- [11] KALINA, Kamil et al., 2003b. *Drogy a drogové závislosti, 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- [12] KRATOCHVÍL, Stanislav, 1998. *Základy psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-280-7.
- [13] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, et al., 2008. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [14] MASTEN, A. S.. 2001. *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist

- [15] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- [16] MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich et al., 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [18] MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
- [19] NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- [20] NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- [21] NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.
- [22] NEŠPOR, Karel, 2013. *Sebeovládání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0482-4.
- [23] PROFOUS, Jiří, 2011. *Průvodce alkoholovou závislostí*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-820-9.
- [24] SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-077-87.
- [25] SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno!?*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-045-88.
- [26] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [27] UHL, Alfred, 2008. *Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-093-3.
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] ALKOHOLIK. Alkoholismus. Odborníci na závislost na alkoholu. www.alkoholik.cz [online]. © 2003-2016 [cit. 2016-2-3]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/odbornici_na_zavislost_na_alkoholu/index.html
- [2] ALKOHOL POD KONTROLOU. Léčba. Svépomocné skupiny. www.alkoholpodkontrolou.cz [online]. © Klinika adiktologie 2011-2016 Dostupné z: <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php/1%C3%A9%C4%8Dba/sv%C3%A9pomocn%C3%A9-skupiny>
- [3] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální práce a sociální služby. Následná péče v protidrogové prevenci. www.mpsv.cz [online] © 2014 [cit. 2-2-2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/1071>
- [4] OECD. Data. Alcohol consumption. www.oecd.org [online] © 2016 [cit. 1-2-2016]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
- [5] ORLÍKOVÁ, Bára. Alkohol. www.drogovaporadna.cz [online] © 2009 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/alkohol.html>
- [6] PĚNKAVA, Pavel. MPSV. Sociální práce a sociální služby. Sešity sociální práce. Agenda lidských práv v každodenní praxi sociálního pracovníka. www.mpsv.cz [online] © 2015 [cit. 2016-01-07]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23238/1ssp.pdf>
- [7] POMOC V ZÁVISLOSTI. Léčba. www.pomocvzavislosti.cz [online]. © 2011 Psychiatrická nemocnice v Kroměříži [cit. 11-12-2015]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/lecba>
- [8] POMOC V ZÁVISLOSTI. O nás. www.pomocvzavislosti.cz [online]. © 2011 Psychiatrická nemocnice v Kroměříži [cit. 3-4-2016]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/o-nas>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici.
Apod.	A podobně.
AT	Alkoholní a toxikomanická péče.
CNS	Centrální nervový systém.
ČR	Česká republika.
Min.	Minimálně.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
Např.	Například.
Tzv.	Tak zvaný.
UK	Univerzita Karlova.
ÚP	Úřad práce.

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Schéma kategorií a subkategorií</i>	53
--	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Základní údaje o výzkumném souboru</i>	51
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

P I Denní program režimové léčby v KM

P II Alkoholické desatero

P III Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

PŘÍLOHA P I: DENNÍ PROGRAM REŽIMOVÉ LÉČBY V KM

06:00	budíček
06:00 - 06:30	osobní hygiena
06:40 - 06:50	rozcvička
07:00 - 07:30	úklid na pokoji, úklid rajonů
07:45 - 08:15	snídaně, výdej léků, příprava na komunitu
08:15 - 08:30	kontrola úklidu rajonů (mimo pátek)
08:30 - 09:00	K O M U N I T A
09:00 - 09:45	odchod do činnostní terapie
09:00 - 11:30	činnostní terapie Po – vizita, Čt – primářská vizita, Pá - generální úklid
11:45 - 12:30	oběd a výdej léků
13:00 - 13:50	relaxace při hudbě - Út, Čt – s psychologem oddělení Po, Čt – muži; Út, Pá – ženy
14:00 - 14:50	skupinová psychoterapie – „A“ na klubovně, „B“ TV místnost, C“ jídelna Pá – osvěta
13:00 - 16:45	St - individuální vycházka do města
15:00 - 15:15	možnost výměny prádla
15:00 - 16:00	vaření a pití kávy na oddělení, vycházka areálem PL Čt - Možnost návštěvy knihovny v areálu PL
16:00 - 16:50	zájmová a sportovní činnost na oddělení, venkovní sportovní aktivity
15:00 - 16:50	osobní volno
16:00 - 21:30	A-klub, každý poslední čtvrtek v měsíci
17:00 - 17:30	Po - písemná zkouška z osvěty, St – samořídící skupina Út, Čt, Pá četba z knihy
17:30 – 17:50	Po, St - cvičení při hudbě ženy, Út, Čt - cvičení muži, Pá – písemná práce ze samostudia Alkoholismu
18:00 - 18:30	večeře a výdej léků
18:30 - 18:50	úklid na pokoji, úklid rajonů, osobní hygiena
19:15 - 19:30	kontrola úklidu rajonů
19:30 - 20:00	sledování televizních novin, možnost posilovny
od 20:00	možnost klidu na lůžku
19:30 - 22:00	osobní volno
20:00 - 20:50	povinné malé psychoterapeutické skupiny
20:00 - 22:00	večerní skupinový program dle týdenního plánu vytvořeného pacienty - sledování TV, DVD.
20:00 - 21:30	Čt – povinný večer bez televize
od 22:00	večerka (v pátek a sobotu možnost prodloužené večerky)

PŘÍLOHA P II: ALKOHOLICKÉ DESATERO

1. Léčím se sám pro sebe.
2. Uvědomuji si, že jsem alkoholik/čka, čili osoba, které požívání alkoholu či drogy způsobuje těžkosti zdravotní, rodinné, společenské, a tím znemožňuje žít plnohodnotným životem.
3. Budu dodržovat naprostou a trvalou abstinenci. Alkoholismus je doživotní choroba. Alkoholik se nikdy nenaučí pít s mírou.
4. Angažuji se při léčbě. Nikdo jiný ze mne abstinenta neudělá, jen já sám. Při léčbě svého alkoholismu musím aktivně spolupracovat.
5. Netajím se léčbou. Lidi, na kterých mi záleží, o své léčbě informuji.
6. Nevystavuji se zbytečnému riziku. Pokud možno se vyhýbám situacím, při kterých by se mohl/la znovu napít, či požit drogu. Nevyhledávám starou společnost, nechodím do hospody.
7. Najdu si své záliby a koníčky. Abstinující člověk má víc volného času, který může prožít příjemně a užitečně.
8. Dodržuji zdravou životosprávu. Doba celého dne má být rovnoměrně rozvržena na práci, odpočinek a zábavu. Sportuji, abych si udržel dobrou tělesnou kondici.
9. Učím se řešit své problémy. Cílem psychoterapie není zbavit člověka problémů, ale naučit ho, jak je má řešit.
10. Udržuji kontakt s léčebnou institucí. Propuštění léčba nekončí, následuje další fáze doléčování, která je často důležitější než samotná léčba. V této jsem ve styku s protialkoholní léčebnou nebo poradnou, docházím na kluby, abych měl/a/ podporu při svém úsilí o abstinenci.

PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Co vedlo k vaší závislosti?
2. Jaký dopad mělo pití na váš život?
3. Proč jste se rozhodl nastoupit na léčbu a začít abstinovat?
4. Co jste musel před nástupem překonat?
5. Jak probíhala léčba a co vám to přineslo?
6. Z čeho jste měl největší obavy při propuštění z léčebny?
7. Jak reagovalo vaše okolí na vaši léčbu?
8. Došlo u vás ke krizi v abstinenci, a jak jste ji řešil?
9. Který doléčovací program vám pomohl?
10. Jak vás v abstinenci podporuje rodina?
11. Berete abstinenci jako zdravý životní styl nebo jako nutnost?
12. Našel jste si po léčbě nějaký nový koníček či zálibu?
13. Splnilo se vám něco, na co jste kvůli alkoholu neměl čas a pořád jste to odkládal?
14. Co vám osobně z doléčovacích programů chybělo ve vašem okolí a jakou další pomoc nebo podporu byste uvítal?