

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta



DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Eva Švrčinová

Filozofická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci
Katedra psychologie

Motivace ke změně u osob s různými druhy závislostí

Motivation for change of people with various addictions

Magisterská diplomová práce

Eva Švrčinová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.

Ve Frýdku-Místku dne 12.4.2013

.....

podpis

Děkuji především Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D za odborné vedení mé magisterské diplomové práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji panu primáři Chvílovi, personálu a pacientům Psychiatrické léčebny v Opavě za vlídné přijetí ve svém zařízení a respondentům za jejich čas a ochotu účastnit se výzkumu. Mé poděkování patří také mému manželovi a rodině za podporu a laskavou péči o děti. Mým dětem děkuji za poslušnost a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	10
1 Závislost na alkoholu.....	11
1.1 Jellinkovo pojetí závislosti na alkoholu.....	11
1.2 Definice závislosti	13
1.2.1 Definice závislosti dle MKN-10.....	13
1.2.2 Definice závislosti dle DSM-IV.....	14
1.3 Klasifikace konzumace alkoholu.....	14
1.4 Teorie vzniku a vývoje závislosti na alkoholu.....	15
1.4.1 Biologické teorie.....	15
1.4.2 Sociologické teorie.....	17
1.4.3 Psychologické teorie.....	18
1.4.4 Integrativní modely.....	19
1.5 Důsledky závislosti na alkoholu.....	20
1.5.1 Duševní poruchy spojené s abúzem alkoholu.....	20
1.5.2 Somatické komplikace.....	21
1.5.3 Sociální důsledky.....	21
2 Patologické hráčství.....	22
2.1 Diagnostika patologického hráčství.....	22
2.1.1 Definice patologického hráčství dle DSM-IV.....	22
2.1.2 Definice patologického hráčství dle MKN-10.....	23
2.2 Porovnání znaků závislosti a patologického hráčství.....	23
2.3 Typologie patologického hráče.....	24
2.4 Fáze rozvoje patologického hráčství.....	25
2.5 Koncepce patologického hráčství.....	26
2.6 Důsledky patologického hráčství	27
2.6.1 Rizika pro tělesné zdraví:.....	27
2.6.2 Rizika pro duševní zdraví a sociální důsledky.....	28
3 Motivace v adiktologii.....	29
3.1 Motivace abúzu návykových látek.....	30
3.2 Motivace ke změně.....	31
3.2.1 Model Prochaska-DiClemente.....	31
3.2.2 Model Buisman-Kok.....	32
3.3 Motivační trénink	33
3.3.1 Struktura motivačního tréninku.....	34
3.4 Sebemotivace.....	36
4 Léčba návykových problémů.....	38
4.1 Bažení, relaps, abstinence.....	38
4.1.1 Bažení	38
4.1.2 Relaps.....	41
4.1.3 Abstinence.....	43
4.2 Výběr vhodné léčby.....	45
4.2.1 Komplexní zhodnocení klienta.....	45
4.2.2 „Matching“.....	46
4.2.3 Léčebné programy.....	47

4.3 Krátká intervence.....	48
4.4 Farmakoterapie závislosti na alkoholu.....	49
4.5 Psychoterapie závislosti na alkoholu.....	51
4.5.1 Individuální psychoterapie.....	51
4.5.2 Skupinová psychoterapie.....	51
4.5.3 Behaviorální a kognitivně behaviorální terapie.....	51
4.5.4 Rodinná a manželská psychoterapie.....	52
4.6 Léčba patologického hráčství.....	54
4.7 Farmakoterapie patologického hráčství.....	55
4.8 Psychoterapie patologického hráčství.....	55
4.8.1 Model „4I“.....	56
4.8.2 Prvky léčby.....	57
4.9 Svépomocné programy.....	59
4.10 Následná péče.....	60
4.11 Uskutečněné výzkumy.....	61
Výzkumná část.....	69
5 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky.....	70
6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	72
6.1 Typ výzkumu.....	72
6.2 Metody získávání dat.....	73
6.2.1 Narativní rozhovor.....	73
6.2.2 Motivační dotazník.....	75
6.2.3 Doplnění vět.....	75
6.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	76
6.4 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	77
7 Soubor.....	79
8 Výsledky.....	81
8.1 Tomáš.....	81
8.1.1 Narativní rekonstrukce.....	81
8.1.2 Životní příběh v kategoriích.....	88
8.1.3 Výsledky Motivačního dotazníku.....	89
8.1.4 Doplnění vět.....	90
8.1.5 Vývoj motivace ke změně.....	91
8.2 Stanislav.....	93
8.2.1 Narativní rekonstrukce.....	93
8.2.2 Životní příběh v kategoriích.....	99
8.2.3 Doplnění vět.....	100
8.2.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	100
8.2.5 Vývoj motivace ke změně.....	101
8.3 Ondřej.....	103
8.3.1 Narativní rekonstrukce.....	103
8.3.2 Životní příběh v kategoriích.....	107
8.3.3 Doplnění vět.....	108
8.3.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	108
8.3.5 Vývoj motivace ke změně.....	109
8.4 Jan.....	110
8.4.1 Narativní rekonstrukce.....	110
8.4.2 Životní příběh v kategoriích.....	116

8.4.3 Doplnování vět.....	116
8.4.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	117
8.4.5 Vývoj motivace ke změně.....	117
8.5 Břetislav.....	119
8.5.1 Narativní rekonstrukce.....	119
8.5.2 Životní příběh v kategoriích.....	126
8.5.3 Doplnování vět.....	127
8.5.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	128
8.5.5 Vývoj motivace ke změně.....	129
8.6 Kryštof.....	130
8.6.1 Narativní rekonstrukce.....	130
8.6.2 Životní příběh v kategoriích.....	135
8.6.3 Doplnování vět.....	136
8.6.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	136
8.6.5 Vývoj motivace ke změně.....	137
8.7 Petr	138
8.7.1 Narativní rekonstrukce.....	139
8.7.2 Životní příběh v kategoriích.....	145
8.7.3 Doplnování vět.....	146
8.7.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	146
8.7.5 Vývoj motivace ke změně.....	147
8.8 Pavel	148
8.8.1 Narativní rekonstrukce.....	148
8.8.2 Životní příběh v kategoriích.....	154
8.8.3 Doplnování vět.....	155
8.8.4 Výsledky Motivačního dotazníku.....	155
8.8.5 Vývoj motivace ke změně.....	156
8.9 Soubor jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu.....	157
8.10 Shrnutí výsledků výzkumu.....	158
8.10.1 Výzkumná otázka 1	158
8.10.2 Výzkumná otázka 2.....	160
8.10.3 Výzkumná otázka 3.....	161
8.10.4 Výzkumná otázka 4.....	162
9 Diskuze.....	164
10 Závěry.....	170
Souhrn.....	172
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	175
Přílohy.....	182

Úvod

Závislost na alkoholu a patologické hráčství jsou problémy s velkou závažností, ve společnosti hojně rozšířené. Jsou prediktorem mnoha nemocí, úrazů, nehod, trestných činů ap. Dotýkají se nejen postiženého jedince, ale zasahují i jeho rodinu, blízké a v konečném důsledku celou společnost. Změna návykového chování je vždy žádoucí.

Adiktologie je oblast, která mě velice zajímá. Ve svém okolí mám mnoho jedinců, jenž různými druhy závislostí trpí. Návykové problémy se dotýkají i mých blízkých a já se stále zamýšlím nad tím, jak jim pomoci. K výběru tématu diplomové práce mě vedla rovněž snaha o rozšíření mé bakalářské práce, ve které jsem se zabývala motivací k léčbě u uživatelů nealkoholových drog.

V diplomové práci se zaměřuji na motivaci ke změně u osob trpících závislostí na alkoholu a patologickým hráčstvím a za cíl si dávám její popis, analýzu a interpretaci. Práce má dvě části, teoretickou a výzkumnou. V teoretické části věnuji prostor vymezení a přiblížení pojmů, definic a teorií týkajících se závislosti na alkoholu, patologického hráčství, motivace v adiktologii a léčby návykových problémů. Ve výzkumné části podrobně popisuji jednotlivé části výzkumu, cíle, metody získávání, zpracování a analýzy dat, výzkumný soubor či výsledky výzkumu. Proč se jedinci s návykovým problémem rozhodli léčit? Co je ke změně motivuje? Jak se chtějí bránit případnému relapsu? To jsou jedny z otázek, na které se snažím nalézt odpověď.

Teoretická část

1 Závislost na alkoholu

Celý koncept syndromu závislosti se nejdříve vyvíjel v souvislosti s problematikou alkoholismu. První definice pijáctví jako nemoci vedoucí k rozbourání ducha a mysli pochází již z roku 1784. Jejím autorem je americký lékař, autor první psychiatrické učebnice v USA, Benjamin Rush. Termín „alkoholismus“ jako nadměrnou konzumaci alkoholu poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Teprve však v roce 1951 díky WHO začal být považován za oficiální medicínský problém. (Popov, 2003) Současné pojetí, konstrukt závislosti zavedl v roce 1940 Jellinek, když rozlišil 5 typů závislosti na alkoholu a popsal proces rozvoje závislosti u typů gama a delta.

1.1 Jellinkovo pojetí závislosti na alkoholu

Typy závislosti na alkoholu dle Jellinka: (1960, in Skála, 1987)

- **Typ alfa** – problémové pití – abusus alkoholu používaný k odstranění dysforie, potlačení úzkosti, tenze, depresivních pocitů. Jedná se o „sebemedikaci“, užívání alkoholu obvykle o samotě.
- **Typ beta** – společenské pití – abusus příležitostný, pití většinou ve společnosti. Charakteristické bývá somatické poškození.
- **Typ gama** – anglosaský typ, tzn. preferující konzumaci piva a destilátů. Jedná se o závislost na alkoholu, typicky charakterizovaná poruchami kontroly pití, zvyšováním tolerance, progresí konzumace a výraznou psychickou závislostí. Následuje somatické a psychické poškození.
- **Typ delta** – románský typ, tzn. preferující konzumaci vína. Alkohol bývá užíván denně. Osoba trvale udržuje hladinu alkoholu v krvi a to bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Projevuje se hlavně somatická závislost s poškozením tělesným. Převahu v této podmnožině mají ženy.
- **Typ epsilon** – epizodické pití, dispomanie, „kvartální pijáctví“. Jedná se o méně častý typ závislosti, kdy období abusu alkoholu střídají delší období občas i úplné abstinence. Může provázet afektivní poruchy.

Jellinek popsal rozvoj závislosti, když rozpracoval u typu gama **čtyři fáze alkoholismu:**

- a) **1. fáze – počáteční, prealkoholická** – jedná se o příležitostné pití, které má společenský charakter. Kontrola bývá zachována a opilost není častá. Zvyšuje se však tolerance a dochází k psychické závislosti. Alkohol má odměňující účinek, uvolňuje.
- b) **2. fáze – varovná, prodromální** – projevuje se silná psychická vazba na alkohol, opilost je častější, objevují se problémy na veřejnosti (opilé návraty domů), maskované pití, tolerance se stále zvyšuje. Vyskytují se palimpsesty, vytváří se somatická vazba.
- c) **3. fáze – rozhodující, kruciólní** – dochází ke ztrátě kontroly pití, která se projevuje častými ebrietami s neschopností normálního fungování, což jedinci způsobuje řadu společenských potíží. Při odolávání sociálním tlakům dochází k racionalizaci pití. Vzniklá závislost je psychická i fyzická, osobu provází mnoho zdravotních potíží. Tolerance se zprvu zvyšuje, ale postupně dochází ke snižování. Když je alkohol vysazen, objeví se do několika hodin či dnů abstinenční syndrom nebo se rozvine delirium tremens. Jedinec sám nestačí na zvládnutí svého problému s alkoholem a potřebuje pomoc.
- d) **4. fáze – konečná, terminální** – významným příznakem je soustavné požívání alkoholu během celého dne, snižování kritičnosti, kdy je jedinec schopen vypít vše, co obsahuje alkohol (např. technický líh). Dochází ke změně, deprivaci osobnosti, k psychickému i fyzickému chátrání. Výrazně je snížena tolerance, častý je rozvoj psychóz a suicidia. (Bouček, 2006; Řehan, 2007)

Typ delta je typický odlišnou dynamikou vývoje. Průběh 1. fáze je shodný, ale přechodem do 2. fáze, v době, kdy abúzus alkoholu již začíná vyvolávat negativní odezvu okolí, začíná být patrné odchýlení. Jedinci již nekonzumují alkohol ve společnosti, ale pijí osamotě. Protože oplývají vysokou sociální kontrolou (intenzivnímu pití se oddávají skrytí před zraky okolí) a zvyšuje se jim tolerance, jsou schopni kontrolovat své chování tak, aby nevykazovalo známky abúzu alkoholu. Mnoho času tráví obstaráváním alkoholických nápojů a jejich ukrýváním například před partnerem. Abúzus narůstá sice pozvolně, ale kontinuálně. Když je pak potřebná dávka alkoholu natolik vysoká, že již člověk není schopen ovládat své podnapilé chování jako doposud, snaží se jej všemožně vysvětlit

až nakonec musí s pravdou ven. Mezi partnery začíná hra na „Alkoholika“, která je typická přiznáváním se, omlouváním, sliby. Tato hra končí nástupem závislého na léčení či odchodem partnera, který si zařídí vlastní život. U neléčených a neabstinujících závislých z podmnožiny typu delta se dále rozvíjí psychické a somatické důsledky dlouhodobého abúzu, které často končí smrtí. (Řehan, 2007)

1.2 Definice závislosti

1.2.1 Definice závislosti dle MKN-10

Nešpor (2006b, 14) nabízí definici syndromu závislosti dle MKN-10, která říká, že je to *„skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k objevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“* Diagnóza závislosti na alkoholu by se však měla stanovit až po té, jestliže během jednoho roku došlo ke třem a více z následujících jevů:

- silná touha či pocit puzení užívat látku – craving
- potíže v sebeovládání při užívání látky (ať už se jedná o množství látky, začátek či ukončení užívání)
- tělesný odvykací stav – látka bývá užívána pro mírnění příznaků vyvolaných předchozím užíváním látky, jinak nastupuje tělesný odvykací stav
- růst tolerance k účinku látky – dochází ke zvyšování dávek za účelem dosažení účinků, které byly původně vyvolány užitím dávek nižších
- postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané látky, zvýšené množství času k získání, užívání látky či zotavování se z jejich účinků
- pokračování v užívání přes zjevný důkaz škodlivých následků (Nešpor, 2006b)

1.2.2 Definice závislosti dle DSM-IV

Dle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) lze diagnóza závislosti stanovit, pokud osoba vykazuje během jednoho roku minimálně tři ze sedmi těchto příznaků:

- růst tolerance
- odvykací příznaky po vysazení dávky
- přijímání látky ve větším množství či po delší dobu než měl člověk v úmyslu
- dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- trávení velkého množství času užíváním látky, jejím obstaráváním nebo zotavováním se z jejich účinků
- zanechání či omezení aktivit sociálních, pracovních či rekreačních v důsledku užívání látky
- pokračování v užívání látky i přes dlouhodobé či opakující se sociální, psychologické nebo tělesné problémy, o nichž člověk ví a které jsou působeny či zhoršovány užíváním látky.

Kritéria závislosti DMS-IV se příliš neliší od kritérií MKN-10, snad jen absencí cravingu jako znaku závislosti. (Nešpor, 2006b)

1.3 Klasifikace konzumace alkoholu

V literatuře se často vyskytují termíny týkající se konzumace alkoholu – umírněné pití, piják atd., důležité je upřesnění jejich vymezení.

Skála (1988) rozdělil *osoby požívající alkoholické nápoje* do skupin, podle toho, za jakým účelem je pijí.

- **abstinenti** – alkohol nepijí vůbec (aspoň tři roky), odmítají ho. Žízeň i chuť uspokojí jiným nápojem. Ve společnosti mohou budit rozpaky.
- **konzumenti** – alkoholické nápoje vyhledávají jen jako tekutinu, pro jejich chuť nikoliv kvůli jejich účinkům.
- **pijáci** – alkoholické nápoje nemají jen jako zdroj tekutiny či k uspokojení svých chutí, ale vyhledávají je pro jejich účinky. Touží po euforii, tj. příjemné změně nálady, úlevě, odstranění potíží a duševního napětí apod. Pijákům hrozí reálné

riziko vývinu těžké závislosti na alkoholu.

- **osoby závislé na alkoholu** – jsou schopni vypít vše, co obsahuje líh.

Dawson a kol. představuje poněkud jiné rozlišení. Tabulka 1 ukazuje, jak konzumaci alkoholu rozděluje. (in Ehrmann, 2010, 299)

Tab. 1: Klasifikace konzumace alkoholu podle Dawsona a kol. (in Ehrmann, 2010, 299)

abstinent	méně než 12 drinků za rok
lehký konzument alkoholu	1 až 13 drinků za měsíc
mírný, umírněný konzument alkoholu „moderate drinking“	4 až 14 drinků týdně
těžký piják alkoholu	2 drinky a více denně

1.4 Teorie vzniku a vývoje závislosti na alkoholu

Národní institut pro drogy a alkohol v USA (NIDA) eviduje více než 400 různých teorií a subteorií závislosti na alkoholu. Řehan sestavil přehled teorií s reprezentanty základních vývojových konceptů. Teorie tedy dělí na: biologické, sociologické, psychologické a integrativní modely. (Řehan, 2007)

1.4.1 Biologické teorie

Biologické teorie považují závislost na alkoholu za nemoc – vrozenou či vzniklou na biologické bázi. Hledají biologicky podmíněné znaky, které vytvářejí dispozice či přímo determinují vznik a rozvoj závislosti. *Genetické teorie* předpokládají, že genetický kód obsahuje přímou dispozici podmiňující vznik a rozvoj závislosti. *Enzymové teorie* se zabývají vztahem jaterních enzymů k možnému vývoji abúzu. Již v roce 1980 Skursky a Khayrolah publikovali studii o zachycení frakce sérové alkoholdehydrogenázy (ADH), kterou nazvali izoenzym piADH. Tento izoenzym byl nalezen jen u jedinců vykazujících

znaky abúzu alkoholu, byla tedy vyslovena hypotéza o příčinném vztahu mezi piADH a závislosti na alkoholu.

Dopamin-endorfinová teorie byla formulována na základě průkazu opiátových receptorů, endogenních opiátů a tvorby izochinolinových alkaloidů při abúzu alkoholu. Odpovídá na otázku dynamiky a zákonitosti vývoje abúzu alkoholu směrem k závislosti, vysvětluje ji tak, že při požívání alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy, které obsazují opiátové receptory. Tím nahrazují endogenní opiáty (endorfiny), které mohou chybět již primárně nebo jsou abúzem navozenými izochinolinovými alkaloidy vytlačovány a eliminovány. Pokles těchto exogenních alkaloidů navozuje disbalanci s dopadem na prožívání jedince. Toto může vysvětlovat zhoršení nálady, soustředění a zvyšování úzkosti a další projevy vedoucí do rostoucího bažení po alkoholu. Nedostačivost či chybění endogenních opiátů může být dána i geneticky. Samo o sobě to nic neznamená do té doby, než takto disponovaná osoba pocítí příjemné stavy po požití alkoholu. Malé dávky a nízká tolerance není ohrožující, ale další vývoj, který je řízen biochemickým nutkáním, navozuje zvyšování dávek i frekvenci požívání alkoholu, dochází k „vyrovnávání potřeb“ mozkových opiátových receptorů. Jedná se o bludný kruh, člověk se stává na alkoholu závislým. Důležitá je naprostá abstinence, jinak osoba stále cítí nutkání k dalšímu užívání alkoholu. (Řehan, 2007)

Neurobiologický model závislosti – dominuje medicínským modelům závislosti na alkoholu. Zaměřuje se na vztah mezi mozkem a alkoholem, resp. na některé souvislosti mezi mozkovými změnami a chováním závislého člověka. Neurobiologický model závislosti na alkoholu je postaven na:

- specifické organizaci mozku – struktura, funkce a vlastnosti mozku jsou specifické. Jednotlivé mozkové funkce nejsou uspořádány v mozku do izolovaných oblastí, ale jsou rozmístěny neohraničeně v mozkových sítích. Husté propojení mozkové sítě je příčinou její „pohyblivosti“, tzn. jedna funkce mozku souvisí s druhou, vliv na jednu část sítě se souběžně projeví téměř na všech dalších částech sítě. Důsledkem je pak to, že návykovou látkou je více či méně dotčena každá mozková funkce. Vznik a zánik nových spojení se děje prakticky kontinuálně. Mozková síť je velice plastická struktura. Čím častěji a pravidelněji bude dostávat konkrétní informace, tím pevněji se bude utvářet cesta pro tuto informaci. Síť, která byla dříve relativně nestrukturovaná, se začne podobat horopisnému modelu hluboce zvrásknené krajiny. Mozkové změny jsou

výsledkem podobného dlouhodobého působení návykové látky a jejich reparace je stejně tak dlouhodobým procesem. Můžeme zde hledat vysvětlení připravenosti závislého k relapsu.

- zvláštnostech působení alkoholu na mozek
- obecném modelu neurobiologie závislosti – návykové látky působí na mozkový systém odměny („reward system“) a ten je jimi měněn. Původní funkcí systému odměny je formování vztahu mezi biologicky významným stimulem a odměnou. Návykové látky nahrazují přirozené zdroje odměny a mozkový systém odměny si zvyká na rychlou a instrumentálně jednodušší odměnu chemickou. V systému odměny způsobují nezdravý stav, protože závislý člověk ztrácí postupně všechny přirozené motivace a popudy k perspektivnímu chování, vystačí si s umělým uspokojováním systému odměny. Drogy způsobují zásadní změny ve vnitrobuněčné informační kaskádě, čímž dochází k aktivaci odlišných genů v důsledku jejich působení. Tím, že se aktivují odlišné geny, spouští se v neuronech jiné procesy. Dochází tím ke změnám v systému odměny a k remodelaci sítě, která pak generuje jiná řešení problémů než síť původní. Změny v systému odměny se na úrovni chování projeví tím, že je před odměnou přirozenou upřednostňována odměna chemická, umělá odměna, jejíž získání je relativně rychlé a jednoduché a organismus nedisponuje vnitřními signály pro zastavení získávání odměny při uspokojení. Mozek sám od sebe jednodušší (umělou) odměnu upřednostňovat nepřestane. Systém odměny je funkčně úzce propojen s pamětí, emočními oblastmi, se stresovými systémy, s okruhy bazálních ganglií a s orbitofrontálním kortexem. Tyto systémy souvisí se základními funkcemi nezbytnými k přežití jedince a druhu. Narušení těchto dalších systému závislostí vyvolává druhotné projevy závislosti. Protože je systém odměny spojen s pamětí, organismus prahnoucí po odměně vyhledává kontext, který má s odměnou spojen. Vyplývá z toho vysoké riziko relapsu spojené s alkoholovým kontextem. Systém odměny souvisí také se stresem, při kterém se také nebezpečí relapsu zvyšuje. Společnou vlastností návykových látek je působení na systém odměny, u závislého na konkrétní droze je zvýšená pohotovost k užívání jakékoliv další drogy. (Dvořáček, 2005)

1.4.2 Sociologické teorie

Starší sociologické teorie se snaží vysvětlit problém abúzu a závislosti na alkoholu

spíše prostřednictvím makrosociálních proměnných, novější se orientují více na proměnné mikrosociální, užší oblasti vztahů, rodinu. *Bacon* ve své klasické studii formuloval tezi, že „komplexita vede k nárůstu potřeby integrativní funkce, která by mírnila sociální tenze, nejistoty a pocit ohrožení. Tuto integrativní funkci může obsadit alkohol. *Merton* se zabýval stavem anomie, kde (kromě stavu závažné destrukce doposud platných norem jak jej definoval *Durkheim*) zahrnul i situaci, kdy příslušníci společnosti nemají dostatek finančních prostředků dosažení společensky uznávaných cílů a závislost se pak stává obranným a únikovým mechanismem od problémových situací. (Řehan, 2007)

Možnými faktory, které se podílejí na vzniku a udržování závislého chování dětí či rodičů, mohou být *problematické rodinné vztahy*. Nešpor (2008) odkazuje na studii z roku 1999, která popisuje pět charakteristik chování, které souvisí s užíváním psychoaktivních látek dětmi:

- užívání psychoaktivních látek rodiči, jejich trestná činnost
- nedostatečná nebo přehnaná péče rodičů (spíše matky) o dospívající děti
- špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími
- nedostatek jasných pravidel a jejich nevhodné uplatňování
- nedostatečná pozornost vůči zájmům dítěte a jeho vztahům s vrstevníky

Dalším znakem rodiny, ve které má dítě problém s užíváním psychoaktivních látek je zvýšený výskyt negativních postojů a emocí, problémová komunikace plná obviňování ostatních členů rodiny, znevažování jejich názorů a hodnot, pocitu beznaděje.

1.4.3 Psychologické teorie

Teorii redukce tenze Masserman založil na předpokladu, že drogové účinky alkoholu redukují tenzi. Předpokladem výzkumu bylo, že užívat alkohol budou hlavně jedinci ve stavu tenze (strachu, úzkosti, stresu), ale protože zvýšená konzumace alkoholu byla prokázána nejen u osob ve stavu tenze, ale i u osob v situacích, kde tenze chyběla, byly výsledky výzkumu nejednoznačné. *Edward Khantzian* se zaměřuje na rekonstrukci deficitního Ega. Je přesvědčen, že závislé osoby trpí deficitem Ega (což jsou nekontrolovatelné stavy pocházející z raného dětství) a v návykových látkách pak hledají kompenzaci těchto deficitů. *Humanističtí psychologové* považují abúzus alkoholu za narušení přirozených seberealizačních tendencí vlivem ohrožení autentických vztahů k sobě a druhým lidem. Alkohol zdánlivě pomáhá prožitku sebeuchopení. Jedná se tedy

o jednu z forem neautentického žití. Behaviorální teorie a teorie učení se také zabývají otázkou vzniku a rozvoje závislosti. Uplatňují zde čtyři procesy vzniku, trvání a případné změny chování, tj. klasické podmiňování, operantní podmiňování, učení nápodobou a kognitivní učení. (Řehan, 2007)

1.4.4 Integrativní modely

Cílem integrativních modelů je funkčně skloubit působení různých intervenujících proměnných. Jeden z nejvýznamnějších modelů je *Urbanův interakční model* vzniku a rozvoje drogových závislostí. Popsal **tetraedr** (čtyřstěn) jako uzavřený a vnitřně propojený systém faktorů, které se na vzniku a rozvoji závislosti podílejí:

- a) **faktor farmakologický** – droga
- b) **faktor enviromentální** – prostředí, které vytváří základní rámec našeho začlenění ve světě
- c) **faktor somatický a psychický** – organismus
- d) **faktor provokující** – podnět, okamžik, kdy se konkrétní stav organismu setká se specifickým účinkem drogy (Řehan, 2007)

Jisté je, že na vzniku závislosti se vždy podílí více faktorů, model závislosti je bio-psycho-socio-spirituální. Závislost je částečně geneticky podmíněná a je interakcí genů a prostředí. Vnější biologické faktory, které se podílejí na vzniku závislosti tím, že působí v období formování a vývoje mozku, jsou například stres, složení stravy a užívání návykových látek matkou v období těhotenství apod. Vnitřní biologické vlivy zahrnují interakci obrovského množství genů, jenž ovlivňují vývoj mozku, růst a diferenciaci neuronů a jejich vzájemné propojení. K psychogenním faktorům patří disharmonický vývoj dítěte, specifická struktura osobnosti s komplexy méněcennosti, se silnou potřebou péče, nízkou tolerancí vůči bolesti a frustraci atd. Sociální vlivy, jako jsou postavení rodiny ve společnosti, vliv rodiny, přátel, vrstevníků) mohou také jedince formovat ve vztahu k návykové látce. Mezi spirituální faktory se řadí např. intimní prožitky každodenního snažení, které dávají člověku smysl života. (Šerý, 2007) Skála (1988, 39) je přesvědčen, že „nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane.“

1.5 Důsledky závislosti na alkoholu

1.5.1 Duševní poruchy spojené s abúzem alkoholu

- **odvykací stav** – typický ukazatel rozvinuté závislosti. Objevuje se během několika hodin až dnů po přerušení konzumace či snížení dávek alkoholu a pokud je bez komplikací odeznívá během čtyř až pěti dnů. Projevuje se třesem rukou či celého těla, pocením, poruchami stability a koordinace pohybů, psychomotorickým neklidem, přechodnými halucinacemi či iluzemi, slabostí, zvracením, tachykardií. Časté jsou také bolesti hlavy, úzkost či poruchy spánku, jenž mohou přetrvávat i několik měsíců. Mezi komplikace, které mohou odvykací stav provázet, patří křeče, epileptiformní záchvaty či progradace stavu do odvykacího stavu s deliriem. (Popov, 2003)
- **delirium tremens** – je akutní psychické onemocnění spojené s poruchou vědomí různé intenzity. Bývají přítomny sluchové a zrakové halucinace (hlavně malých zvířat – mikrozoopsie), bludy. Vidiny jsou někdy natolik živé, že se jich postižený bojí, chce před nimi uprchnout, je vystrašený, neklidný, úzkostný. Objevuje se zvýšená sugestibilita – např. čtení nepopsaného papíru, tzv. Lipmanův příznak. Delirium trvá většinou 3-4 dny, následuje po něm hluboký spánek. Někdy končí v důsledku vyčerpání smrtí. (Janík, Dušek, 1990)
- **alkoholická halucinóza** – vyskytne se většinou náhle po dlouhodobé a nadměrné konzumaci alkoholických nápojů. Pokud dojde k opakovanému užití i malého množství alkoholu po delší době abstinence, rozvíjí se zrakové či sluchové halucinace, nejčastěji dvou skupin hádajících se osob. Postižený je orientován osobou, místem i časem.
- **alkoholická demence** – bývá důsledkem opakovaných delirií. Typická je ztráta zájmů, postupné otupování, emoční a sociální degradace, poruchy sociability, poruchy paměti a tělesné komplikace. (Bouček, 2006)
- **Korsakovova alkoholická psychóza** – vzniká u závislých, kteří alkohol popíjeli soustavně a dlouhodobě. Mezi její projevy patří poruchy paměti, konfabulace, demence, nervové poruchy (problém s chůzí). (Janík, Dušek, 1990)
- **paranoidní alkoholická psychóza** – projevuje se hlavně u mužů na vrcholu

alkoholické kariéry. Postižení trpí emulačními bludy.

- *deprese, úzkosti, sebevražednost* (Bouček, 2006)

1.5.2 Somatické komplikace

Abúzus alkoholu vyvolává nebo komplikuje jaterní onemocnění, onemocnění slinivky břišní a žaludku. Zvyšuje riziko nádorů (např. prsu, jater, jícnu, hrtanu). Způsobuje nemoci srdce (např. kardiomyopatie, arytmie), kožní nemoci, hormonální poruchy, vyšší náchylnost k různým infekcím. Zvyšuje riziko sexuálně přenosných chorob (častější rizikové chování, nižší imunita). Bývá příčinou otrav a úrazů. Nebezpečná je interakce alkoholu s celou řadou léků. Mohou se objevit epileptické záchvaty v odvykacích stavech a zhoršování průběhu epilepsie jiné etiologie. Může vyvolat Fetální alkoholický syndrom či méně nápadná poškození plodu (alcohol-related neurodevelopmental disorder – ARND). (Nešpor, 2005)

1.5.3 Sociální důsledky

Pro jedince závislé na alkoholu se alkohol stává prioritou. Zanedbávají své blízké, přátele, práci apod. Mezi sociální důsledky abúzu patří dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončené vzdělání, bezdomovectví, problémy v rodině (rozvody, zanedbávání dětí). Alkohol zvyšuje riziko násilné trestné činnosti (závislý může být aktérem i obětí), nebezpečné je řízení pod vlivem alkoholu. Člověk závislý na alkoholu mívá finanční a existenční problémy (ty často řeší podvody, krádežemi) a má zvýšené nároky na zdravotní a sociální služby. (Nešpor, 2005)

2 Patologické hráčství

Patologické hráčství se řadí mezi impulsivní poruchy, pro které je typické, že jedinec není schopen ovládnout impulsy, nutkání nebo touhu k jednání, které je samé nebo jejich okolí poškozuje. (Bouček, 2006)

2.1 Diagnostika patologického hráčství

2.1.1 Definice patologického hráčství dle DSM-IV

Americká psychiatrická asociace udává, že patologické hazardní hráčství se vyznačuje následujícími faktory:

- a) Patologického hráčství nelze hraní vysvětlit manickou epizodou.
- b) Trvající a opakující se malaadaptivní chování ve vztahu k hazardní hře, které se projevuje minimálně pěti z následujících znaků:
 - zaměstnávání se hazardní hrou (např. uvažuje, jak si opatřit prostředky k dalšímu hraní, prožívá znovu zážitky související s hazardní hrou apod.)
 - zvyšování vkladu do hry pro docílení žádoucího vzrušení
 - opakované a neúspěšné pokusy hazardní hru ovládat, redukovat či přestat s ní
 - neklid a podrážděnost při pokusech snížit hraní
 - požívání hraní jako prostředku k úniku od problémů a mírnění dysforických nálad
 - po ztrátě peněz návrat ke hře s cílem získat prohrané zpět
 - lež, která má zakrýt rozsah zaujetí hazardní hrou
 - dopouštění se ilegálních činů, hl. odvodů, krádeží, zpronevěř
 - ohrožení či ztráta signifikantních interpersonálních vztahů, vzdělání, zaměstnání nebo kariéry kvůli hazardní hře
 - spoléhání se na finanční pomoc druhých (Nešpor, 2006b)

2.1.2 Definice patologického hráčství dle MKN-10

Podle Světové zdravotnické organizace je považováno patologické hráčství za poruchu spočívající v častých a opakujících se epizodách hráčství, které dominují v životě jedince na úkor hodnot a sociálních, rodinných, pracovních a materiálních závazků. (Pod diagnózu patologického hráčství nepatří nadměrné hráčství u manických pacientů, hráčství a sázkařství a hráčství u disociální poruchy osobnosti.) (ÚZIS ČR, 2013)

2.2 Porovnání znaků závislosti a patologického hráčství

Patologické hráčství, jak již je uvedeno výše, bývá klasifikováno jako impulsivní porucha. Nicméně například Šerý (2001, in Šerý, 2007) upozorňuje na to, že existuje také důležitá hypotéza, jenž patologické hráčství řadí mezi poruchy spojené s nonsubstančním abúzem. Pro příbuznost patologického hráčství spíše se závislostí na drogách svědčí mnohé skutečnosti, např. 45-55 % gamblerů trpí současně alkoholismem a 65-85 % závislostí na nikotinu. V populaci patologických hráčů je 4-10 krát více osob, které mají problémy s drogami či alkoholem, než v obecné populaci. Ingram (1998, in Frouzová, 2008, 237) také poukazuje na to, že „*neurobiologický výzkum postupně stále výrazněji dokazuje, že jak psychoaktivní drogy, tak i naše smyslové percepce (krása) a chování (hraní) stimulují podobně neurobiologické systémy a dopaminový odměňující systém, kterému se připisuje primární role ve vývoji a udržování závislosti.*“

Nešpor (2006b, 31) zdůrazňuje, že závislosti mají s patologickým hráčstvím mnoho společných rysů. Tuto skutečnost potvrzuje tabulka 2, která obsahuje porovnání definic patologického hráčství a závislosti.

Tab. 2: Porovnání definic patologického hráčství a závislosti (Nešpor, 2006b, 31)

Patologické hráčství	Závislost na návykových látkách
Časté opakované epizody hráčství dominují v životě na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.	Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.

<i>Patologické hráčství</i>	<i>Závislost na návykových látkách</i>
Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.	Silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
Trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí rodiny, narušené rodinné vztahy a rozpad osobního života.	Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

2.3 Typologie patologického hráče

Chvíla (1996) ve výzkumném projektu „Diagnóza patologického hráčství v závislosti na assessmentu problému hráčské vášně“ popsal 3 typy patologického hráče:

- a) **Typ A** – je jedinec sociálně narušený s osobnostními rysy nezdrženlivosti a sociální malaadaptivní reaktivitou, u něhož se projevuje výrazná snaha po zopakování hazardního jednání a znovuprožití hráčské zkušenosti. Roste u něj potřeba stupňování prožitku a zvyšování finančního vkladu do hry, který mnohdy získává nezákonným jednáním.
- b) **Typ B** - inklinuje k neurotickému řešení problémů, bývá zvýšeně anxiózní, nejistý v sebehodnocení. Ze všech typů má nejvýraznější potřebu útěku od reality ke hře, která mu má sloužit jako náhražka jeho úzkosti, pocitů viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Problém si nepřiznává, snaží se jej zakrýt, lže. Odpovědnost za své prohry nechává na svých blízkých, očekává pomoc.
- c) **Typ C** – je typem s výraznou tendencí k různým závislostem a kompulzivitou v řešení situací. Není schopen hru kontrolovat, bývá podrážděný při snaze o ukončení hraní (či pouhé myšlenky na něj). Hru pokládá za svou potřebu, jenž se nelze zbavit, výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu si nepřipouští.

Rozdíly, které jsou mezi jednotlivými typy patrné, jsou důležité pro sestavení terapeutického plánu, jenž se nemůže zaměřovat pouze na abstinenci a prevenci relapsu v obecné rovině, ale musí zahrnovat zvládnutí predisponujících faktorů.

2.4 Fáze rozvoje patologického hráčství

Nešpor (2012) rozděluje rozvoj patologického hráčství do tří fází, je inspirován Custerem:

- a) **Fáze výher** – zpočátku jedinec hraje příležitostně, což mu nepřináší mnoho problémů. Sní o velké výhře. Když vyhraje, touží o to více vyhrávat. Je přehnaně optimistický a zvyšuje sázky i frekvenci hraní. Od hry společenské přechází k osamělé hře. Často se výhrami chlubí, i když nejsou pravdivé. Jestliže se nachází v tomto stadiu, může buď problém řešit a s hraním přestat nebo pokračovat do stadia prohrávání.
- b) **Fáze prohrávání** – myšlení jedince se soustřeďuje hlavně na hazard, se kterým není schopen jen tak přestat. Dlouhodobé prohrávání bývá střídáno pokusy hraní zvládat či s ním skončit. Hazardní hráč skrývá hraní před rodinou a blízkými, začíná se k nim chovat bezohledně. Peníze na hazard si půjčuje, splácení dluhů odkládá a vypůjčuje si dál a větší obnos peněz, peníze si může obstarávat nezákonně. Protože má čím dál méně času a energie na práci, vznikají problémy v zaměstnání. Bývá neklidný, podrážděný a uzavřený. Zanedbává zdraví. V tomto stadiu jde už většinou o patologické hráčství.
- c) **Fáze zoufalství** – hazardní hráč tráví stále více času hraním nebo fantaziemi o něm, stále prohrává. Typické bývá odcizení rodiny a přátel, člověk je osamělý. Protože se často dopouští i závažných trestných činů, následují soudy i vězení. Výrazně zhoršená je pověst jedince. Ze svého neštěstí obviňuje druhé. Lituje se, propadá depresi a beznaději, mívá výčitky svědomí, které následuje panika. Jedinci se rozpadá rodina (většina hazardních hráčů v tomto stádiu je rozvedená). Někteří uvažují o sebevraždě či se o ni i pokusili. Mohou se uchýlovat k alkoholu nebo jiným návykovým látkám, což znamená další zhoršení situace.

Mühlpachr (2008) upozorňuje, že někteří autoři stadium suicidálních pokusů a negativních sociálních dopadů (rozpad rodiny, zadluženost apod.) považují za čtvrtou fázi, kterou nazývají fází beznaděje.

2.5 Koncepce patologického hráčství

Existují mnohá vysvětlení, proč se lidé věnují hazardu, zahrnují perspektivy evoluční, kulturní, náboženské, psychologické, sociologické, finanční, rekreační. (Wildman, 1998, in National Research Council, 1999) Dle psychoanalytiků mají jedinci prvky sadomasochistické chování, prožitek viny považují za sebetrestání a při úzkosti či ambivalentních pocitech vnímají slast. Pocitu vnitřní prázdnoty u patologických hráčů si všimli daseinsanalytici, považují ho za podnět pseudosociálního chování a obranu proti mezilidským vztahům. Představitelé teorie učení popisují patologické hráčství jako učení se stále se opakující stimulaci s příležitostnou slastí, jenž doprovází vzrušení. Sociologové jsou přesvědčeni o tom, že jedinci chtějí být lepší než ostatní a toto usilování pak může být až kompulzivního charakteru. Někteří autoři hovoří o současném výskytu patologického hráčství a jiných poruch, např. deprese, iracionálního myšlení. (Frouzová, 2008) Mc Elroy (1992, in Mühlpachr, 2008) uvádí, že jak drogové závislosti tak patologické hráčství jsou typické nižší aktivitou serotoninového systému v mozku, která je spojena s depresí a určitým typem úzkosti s kompulzivitou a nutkavostí. Chvíla a Nyklová (1994) na základě své studie „Do nitra gamblerovy duše“, jejíž výzkumný soubor tvořilo 49 klientů 4-6 týdnů trvajícího léčebného programu, dospěli k závěru, že neexistuje prototyp hráčské osobnosti, ale patologičtí hráči jsou typičtí specifickými charakterovými rysy jako jsou emoční nezralost a nestabilita, nedostatek frustrační tolerance, proměnlivost postojů, nezdrženlivost, nedbalost, lehkovážnost, a často problematický vztah k opačnému pohlaví.

Tendence riskovat je základem mnoha lidských vlastností, které jsou velmi důležité pro evoluční přežití (stejně jako například obstarávání potravy). (Neese, Berridge, 1997, in National Research Council, 1999) Potenciál odměny pak stimuluje vrozené tendence k riskování. Na pravděpodobnost, že se jedinec do rizikového chování zapojí, mohou mít vliv osobní aspirace a sociální zázemí. (National Research Council, 1999) Společensky přijatelná úroveň hráčství může přerůst v hráčství patologické, pokud je jedinec vystaven působení intenzivního stresoru, jako je např. rozvod, ztráta zaměstnání atd. U mnoha osob jsou hlavními motivy hráčství pocity vzrušení a nabuzení energií, které při hraní pociťují a finanční zisk je až druhořadý. (Fischer, Škoda, 2009)

Kamenická (1995, in Pavlovský, 2012) mezi **faktory podílející se na vývoji patologického hráčství** řadí:

- finanční zisk (opakovaný vklad peněz do hry za účelem zpětného vyhrání prohraných peněz, tj. chasing)
- vzrušení ze hry, které se podobá amfetaminové či opiátové intoxikaci
- chybný styl myšlení (iluze kontroly nad hrou)
- sociální faktory
- typická osobnostní charakteristika (malaadaptivní chování, tendence k vyhledávání rizikových situací)
- fyziologické odlišnosti (porucha v neurotransmitterových systémech).

Hollander (1993) se zabývá **personálním profilem patologického hráče**, nabízí následující dimenze:

- impulzivitu versus kompulzivitu
- hledání nových podnětů versus nechut' riskovat
- extroverze versus introverze
- deprese versus stav bez deprese

Obvykle při patologickém hráčství dominuje impulzivita, impulzivně-kompulzivní spektrum, což prokazují výsledky škál a inventářů impulzivity (zvýšené skóry reflektující impulzivitu). Ačkoliv byli patologičtí hráči často popisováni jako nové podněty hledající, studie toto zjištění neprokázaly. Naznačují u hráčů spíše sníženou tendenci ke zvýšené fyzické aktivitě a nebezpečným činnostem, sníženou preferenci změn životního stylu a kognitivní stimulace. (Allcock, Grace 1988; Blaszyński et al., 1986, in Hollander, 1993, 163)

2.6 Důsledky patologického hráčství

2.6.1 Rizika pro tělesné zdraví:

Ohroženo je srdce pod vlivem stresu, vyčerpání, chaotického způsobu života a kouření (aktivního i pasivního). Stresem se často zhoršují i další nemoci, např. vysoký

krevní tlak, střevní , žaludeční nemoci, ale i bolesti krční a bederní páteře. Protože patologický hráč věnuje mnoho hodin hraní, kromě bolesti zad se mohou objevit i bolesti zápěstí, problémy se zrakem. Jedinec bývá zaujat hazardem natolik, že zanedbává péči o své zdraví, výživu. Je zde zvýšené riziko tělesných problémů způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami. (Nešpor, 2012)

2.6.2 Rizika pro duševní zdraví a sociální důsledky

Patologičtí hráči často trpí poruchami spánku, depresemi, úzkostí, mívají sebevražedné tendence. Ohroženi jsou sociální izolací a osamělostí, nezaměstnaností, chudobou, bezdomovectvím, vyšším rizikem trestné činnosti a následného uvěznění. V rodině dochází často k odcizení, domácímu násilí, citovému deprivování, zanedbávání a zneužívání dětí. Pokud jedinec pracuje, v zaměstnání nepodává plnohodnotný výkon, častěji chybuje. Typický pro patologické hráče je absentismus, větší riziko úrazů, zpronevěry, krádeže. (Nešpor, 2011a)

S patologickým hráčstvím jsou spojeny některé **kognitivní distorze**. Zlepšení obratnosti v hraní započne obvykle doprovázet přehnaně zvýšená sebedůvěra, která je v rozporu s množstvím prohraných peněz. Patologičtí hráči oplývají vysokou důvěrou ve své schopnosti objevit způsob, jak vyhrávat. Pro mnoho patologických hráčů je typická pověřčivost. Jedinec věří, že mu přinese štěstí ve hře buď určitý předmět, tj. pověřčivost talismanická, určitý rituál (např. hraje pouze u „svého“ automatu), tj. pověřčivost rituální, nebo určitý mentální stav (modlení), tj. pověřčivost kognitivní. Velmi časté bývají racionalizace, kdy má jedinec sklon k vysvětlování opakovaných proher (např. že zrovna prohrává, protože ho brzy čeká velká výhra, že v souladu s pravidly náhodnosti musí být série proher vystřídána sérií výher). Iluze kontroly nad štěstím ve hře bývá charakterizována vírou jedince, že štěstí osciluje mezi periodou dobrého a špatného období, tu lze předvídat na základě snů, intuic. Pro některé patologické hráče se iluzorní korelace mezi výhrou a nějakými vnějšími okolnostmi výzvou k vytváření takových podmínek, za jakých dříve získali vyšší výhru. V chování některých hráčů lze také vyzorovat antropomorfismus ve formě přiřítání lidských vlastností výherním automatům. Charakteristickým příznakem kognitivní distorze je také selektivní paměť pro výhry a těžkosti ve vybavování si proher. Patologický hráč vždy najde mnoho argumentů, proč v hraní pokračovat, nicméně důvody proč v hraní přestat nehledá. (Šerý,2001)

3 Motivace v adiktologii

Teorií motivace je celá řada. Dle Plhákové (2003, 319) je motivace „*souhrn intrapsychických, dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“. Bedrnová a Nový (1998, 221) pod pojmem motivace vidí „*skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé či uvědomované vnitřní hybné síly – pohnutky, motivy. Ty činnost člověka určitým směrem orientují, v daném směru ho aktivizují a vzbuzenou aktivitu udržují. Navenek se pak působení těchto sil projevuje v podobě motivované činnosti, motivovaného jednání.*“ J. Reykowski (1977, in Nakonečný, 1998, 455) definuje motivaci jako „*proces psychické regulace, na němž závisí směr lidské činnosti, jakož i množství energie, kterou je člověk ochoten obětovat na realizaci daného směru*“. T. Pardel a J. Boroš popisují motivaci jako „*podněcující aspekt funkce psychiky v činnosti a chování člověka*“. (in Linhart, 1981, 410) Nakonečný (2004, 181) popisuje motivaci jako psychologický důvod chování, který se projevuje zaměřením, intenzitou a příčinou chování. Proces motivace pak určuje tři složky chování: „*zaměřuje je na dosažení určitého cíle, obsazuje je určitou mírou energie a udržuje je, dokud není dosaženo daného nebo náhradního cíle, nebo nevystoupí jiná, aktuálnější motivace.*“

Kalina (2001, 66) se k motivaci vyjadřuje takto: „*Motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak základním poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k vývojovému růstu a prosperitě. Je nejhlavnějším faktorem ze čtyř (další jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby. Příčina chování se stává ustáleným, do struktury chování zabudovaným zvykem, který již nemá povahu motivu. Některé psychoanalytické směry však trvají na instrumentálním, tedy i motivačním obsazení všech psychických reakcí. Nejčastěji užívanou teorií motivace v současné době je Maslowova teorie hierarchické struktury potřeb. Hnutí AA (Anonymní alkoholici) zdůrazňují v závislostech duchovní potřebu spojení s vyšší silou, která pomůže člověku zrealizovat změnu, na kterou jeho motivace nestačí.*“

3.1 Motivace abúzu návykových látek

Mühlpachr (2008) provedl analýzu odborné literatury, na jejímž základě prezentuje tyto nejčastější **druhy motivace k závislostnímu chování**:

- *motivace interpersonální* – u jedinců se často objevuje patologická komunikace v rodině, chtějí vzdorovat autoritám. Snaží se proniknout interpersonálními bariérami mezi vrstevníky, získat jejich náklonnost a uznání.
- *motivace sociální* – týká se osob, které jsou frustrované současnou společností, podmínky prostředí vnímají jako nesnesitelné. Snaží se prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, měnit společenské vědomí vrstevníků.
- *motivace fyzická* – typická je touha po fyzickém uspokojení a uvolnění, odstranění fyzických obtíží. Přáním těchto jedinců je mít více energie, být v kondici.
- *motivace senzorická* – dominuje přání stimulace smyslových vjemů - zraku, sluchu, chuti, hmatu a potřeba stimulace sexuální.
- *motivace emocionální* – jedná se o pokus, jak řešit osobní komplikace, snížit úzkost a psychickou bolest. Osoby vnímají abúzus jako možnost emocionální relaxace, redukce dysforie.
- *motivace politická* – abúzus jako protest proti establishmentu, neakceptace společenských pravidel, snaha změnit drogovou legislativu.
- *motivace intelektuální* – cílem je únik od nudy, zkoumání svého vědomí, řešení vykonstruovaných problémů, produkce originálních ideí.
- *motivace kreativně estetická* – takto motivovaní lidé touží po tom, aby jim abúzus návykové látky zvýšil požitek z umění, zdokonalil uměleckou tvorbu, rozšířil představivost.
- *motivace filozofická* – v popředí je snaha nalézt osobní identifikaci, objevovat významné hodnoty a nové pohledy na svět, hledat smysl života.
- *motivace antifilozofická* – pramení ze zklamání při hledání smyslu života i sebe sama, nenalezení východiska ve východní filozofii.
- *motivace spirituálně mystická* – je pokusem jak získávat boží vize a spirituální moc, komunikovat s Bohem.
- *motivace specifická* – zahrnuje se zde například touha po získání ocenění u určitých osob, potřeba prožít dobrodružství atd.

3.2 Motivace ke změně

3.2.1 Model Prochaska-DiClemente

Prochaska a DiClemente (1986, in Jeřábek, 2008) jsou přesvědčeni, že určitá úroveň motivace je vždy přítomna a její změna může být spontánní či ovlivňována léčbou. Zavedli model pěti stádií motivace, kterými jedinec závislý na návykových látkách prochází. (Prochaska et al., 1992, in Kalina, 2008) Model odráží připravenost klienta ke změně. **Stádií motivace jsou:**

- a) **prekontemplace** – jedinec v tomto stádiu o změnu nestojí. Někdy jej trápí pochybnosti, ale případnou změnu považuje za obtížnou a zbytečnou. Ve svém závislém chování si libuje. Je přesvědčený, že má vše pod kontrolou, své chování si úspěšně racionalizuje. Problémy externalizuje, má pocit, že mu okolí nerozumí. V tomto stadiu je celkem zbytečné jedince motivovat ke změně, přínosné je ale vyvolávat pochybnosti o návykovém chování, upozorňovat na případná rizika.
- b) **kontemplace** – osoba nadále pociťuje uspokojení ze svého návykového chování, ale začíná mít problémy, které si je schopna dát do souvislosti se svým návykovým chováním. Začíná mít pochybnosti o správnosti svého jednání a obavy z jeho dalšího vývoje. Jedinec začíná uvažovat o změně, ale váhá s ní, zvažuje pozitivní a negativní aspekty změny. V tomto stadiu je důležité posilovat jedincovu sebedůvěru, jeho rozhodovací kompetence. Aktivem je zdůrazňování rozporu, motivování klienta k drobným změnám, které když se podaří, působí pozitivně na sebevědomí jedince.
- c) **rozhodnutí** – situace jedince se nadále zhoršuje, ztráty z návykového chování převyšují zisky. Problémy si je ochoten přímo spojovat se svým návykovým chováním a reálně přemýšlí o potřebě změny situace. Nachází se ve stadiu odhodlání, rozhoduje se přikročit k akci vedoucí ke změně. Terapeutova motivace je nyní nejpotřebnější. Jedinci často chybí podpora v okolí a jeho osobnost bývá na realizaci rozhodnutí slabá. Ideální je, když terapeut navrhne konkrétní postup ke změně a získá spolupráci jedince na vytyčování si následných strategií a cílů. Jedinec, takto motivován terapeutem, bývá většinou pozitivně naladěný, odhodlán a ochoten přistoupit na léčbu. Potřeba jedince motivovat nekončí.
- d) **jednání** – jedincův rozpor zesílil, potřeba změny je velmi naléhavá. K realizaci

potřebné aktivity směřující k léčbě klienta motivuje důvěryhodný vztah s terapeutem. V nejlepším případě klient realizuje doporučený program a terapeut mu pomáhá uskutečňovat pozitivní změnu.

- e) **udržování** – znamená začátek návratu do běžného života, schopnost žít bez návykové látky. Klient se vrací do reality, do prostředí, které vnímá jako ohrožující. Důležité je využívání strategií k udržení změny a prevence relapsu.
- f) **relaps** – jedinec selhává. K relapsu může dojít během kteréhokoliv stádia. Zásadní je zvládnout psychologickou reakci na selhání (syndrom porušení abstinence) a návykového chování rychle zastavit.

3.2.2 Model Buisman-Kok

Jedná se o model změny chování, který staví změny do série v následující posloupnosti:

- **Kontakt** – jedná se o konfrontaci (i odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, vývojovým konfliktem a stigmatizací. Účinnými nástroji mohou být nabízené služby, poskytnutí bezpečí, respektu k osobnosti klienta, prostoru pro rozhodování, hranic, přenesení odpovědnosti, kompetencí na klienta. Důležitá je také osobnost pracovníka, jeho podpora a ocenění.
- **Pozornost** – bývá zaměřena na abstinenci syndrom, zdravotní i sociální problémy (s bydlením, vztahy v rodině, zákonem, nedostatkem peněz). Efektivními nástroji se mohou stát rozhovor, naslouchání, kontrakt, plán mapování hodnot a postojů, trpělivost, čas a respekt ke klientovi apod.
- **Pochopení** – klient může porozumět informacím, jenž jsou zprostředkované vrstevníky, odborníky, přirozenou autoritou, rodiči či prostřednictvím tištěných materiálů. Účinnými nástroji bývají konfrontace, nastavení zrcadla, nácvik dovedností, zkušenosti odborníků i vrstevníků, srozumitelnost, reflektování problému, pochopení podmínek zakázky, profesionalita, používání reality, informační materiály atd.
- **Změna postoje** – uvědomění si „já chci“ či „já nechci“ s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby (př. čistá versus použitá jehla, intenzivní ambulantní terapie versus terapeutická komunita). Nástrojem změny se může stát sociální služba, nabídka servisu, názorná demonstrace, zpětná vazba, přijatelné

opakování informací apod.

- **Změna záměru** – vliv může mít sociální tlak, rituály. Úspěšným nástrojem se často stává zintenzivnění kontaktu, terapeutovo uznání, ocenění, potvrzení a podpora jeho postoje, naděje, obrana postoje „chci“, zhodnocení, mapování situace, porovnání výhod a nevýhod, zdůraznění rizik, zvýšení prestiže klienta ve skupině, nabídka prostředků aj.
- **Změna chování** – bývá v ideálním případě otázkou ambulantních programů stacionárního typu či rezidentních léčebných zařízení. Hlavními nástroji jsou kontrakt, podpora, nácvik dovedností, alternativa, informace a vzdělávání.
- **Udržení změny** – patří do programů následné péče a prevence relapsu. Mezi nástroje, které jsou využívány se řadí ocenění, podpora, reflexe, udržení pozornosti, opakování, pravidla atd.

Popsaná škála změn je spíše než radikální změnou chování a životního stylu, sérií drobných změn, jimiž klient prochází. Změny radikální bývají obvykle příznakem latentního vývoje a někdy i dokonce varovnými signály pseudo-úzdavy či rozvoje psychotického onemocnění. (Počarovský, 1999, in Kalina, 2008)

3. 3 Motivační trénink

„Základním cílem motivačního tréninku je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukci užívání drog anebo při cílené trvalé abstinenci.“ (Dobiášová, Broža, 2003, 283) Motivační trénink zavedli Miller a Rollnick (1983, in Bell, Rollnick, 1999), reagovali tak na trendy léčby závislosti, jenž užívají přímou konfrontaci a přesvědčování. Konfrontační přístup předpokládá, že jedinci závislí na alkoholu či jiné návykové látce vlastní abnormální úroveň obranných mechanismů (např. popření, racionalizace, projekce), které způsobují nedostatek motivace ke změně. Miller je přesvědčen, že domnělý nedostatek motivace není statickým, vrozeným problémem, ale odrazem stavu připravenosti ke změně, která kolísá a je ovlivněna různými vnitřními a vnějšími faktory. Ústřední faktor v terapeutickém vztahu má terapeut. Čím větší má terapeut konfrontační styl, tím větší bývá klientův odpor. Konfrontace je ale v motivační intervenci nezbytná. Klient by však neměl být konfrontován s jeho popřením problému, ale spíše veden k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení. Vždy je nutné počítat s tím, že se klienti mohou nacházet v různých stádiích

změny a mívají přirozený a pochopitelný ambivalentní postoj. Motivační trénink je postaven na tom, že odpovědnost za změnu má pacient, úkolem terapeuta je pak vytvořit takové prostředí, které podpoří pacientovu vnitřní motivaci ke změně. (Bell, Rollnick, 1999)

Miller a Rollnick upozorňují na aktivní složky motivačního rozhovoru, jež lze najít pod zkratkou **FRAMES**, kde znamená písmeno F – *feedback*, poskytování zpětné vazby s ohledem na pacientův stav, R – *responsibility*, odpovědnost pacienta za své rozhodnutí o změně, A – *advice*, nabízení jasných a objektivních rad, M – *menu*, nabídka různých strategií a možností změn, E – *empathy*, empaticky poskytované informace, S – *self efficacy*, podpora klientovy sebedůvěry a naděje. (Miller, 1985, in Bell, Rollnick, 1999)

3.3.1 Struktura motivačního tréninku

Na práci Millera a Rollnicka navazují Bell a Rollnick (1999), popisují principy, strategie a dovednosti, které jsou pro provádění motivačního tréninku zásadní.

Principy:

- a) **Vyjádření empatie** – klientovi vyjádřit své porozumění a akceptaci toho, jak se cítí. Přijímat jeho přirozenou ambivalenci, tím snižovat klientův odpor.
- b) **Vytvoření rozporu** – terapeut se snaží s klientem ujasnit cíle, představy o sobě, vyobrazit následky jeho současného chování, vytvořit a zesílit tak v klientovi rozpor. Klientovým cílem se pak stává stav sebekonfrontace, získání důvodů k změně.
- c) **Vyhýbání se sporu** – sporům je lepší se vyhnout, protože jen zesilují odpor ze strany klienta a frustraci terapeuta.
- d) **Práce s odporem** – motivační intervence jsou postaveny na snižování klientova odporu. Důležité je odpor prozkoumat, ne jít s ním do konfrontace.
- e) **Podpora sebedůvěry** – sebedůvěra je v procesu změny nejdůležitější. Terapeut vštěpuje klientovi pocit důvěry ve vlastní schopnosti, ve svůj plán jednání a dosažení vytyčeného cíle.

Strategie

Možných strategií je více. Volba strategie je závislá na úrovni vztahu mezi klientem a terapeutem, na terapeutově hodnocení klientovy motivace a stádiu změny, ve kterém se nachází. Aplikací motivačního tréninku mohou být například tyto strategie:

- **Probírání typického dne nebo sezení** - jedná se o vstupní strategii, jejíž účelem je zmapování klientovy problémové situace. Terapeut se snaží prozkoumat „všední den“ klienta, který jeho průběh popíše, a tím získat podklad pro diagnostické posouzení užívání návykových látek v souvislosti s klientovou realitou. Terapeut si také utvoří představu o míře motivace klienta a tím, že klientovi projeví zájem o jeho situaci, posílí terapeutický vztah.
- **Dobré a méně dobré při užívání drog** - cílem této strategie je vytváření a zesilování momentu rozhodování a zvažování. Základem je probírání obou stránek užívání návykových látek, čímž se terapeut vcítuje do klientových pocitů. Když si klient vyjasní své hodnocení pro a proti svého návykového chování, získává terapeut obraz o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence.
- **Poskytování informací** - velmi důležitý je způsob, jak jsou informace, zpětná vazba, rady poskytovány, protože ovlivňuje, zda se bude jednat o terapeutickou interakci či boj mezi konfrontací a odporem. Než terapeut klientovi určité informace poskytne, měl by posoudit, nakolik je klient informovaný. Uznání klientova přehledu mu může zvýšit sebevědomí.
- **Probírání problémů** - probíráním příčin problémů klienta a následném ponechání mu času nad svou situací přemýšlet, by jej mělo posunout směrem k cíli motivačního tréninku. Úkolem terapeuta je pomoci klientovi projít rozhodovacím procesem.

Drobné dovednosti

Terapeutické „na klienta zaměřené“ dovednosti jako jsou kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí, pomáhají klientovi prozkoumat jeho situaci a stávají se tak klíčovou složkou motivačního tréninku. (Bell, Rollnick, 1999) Motivaci klienta významně ovlivňuje empatie a komunikační styl terapeuta, je budována v atmosféře přijetí a podpory. (Vaňková, 2008)

Terapeutův styl

Kromě souhry principů, strategií a drobných dovedností je zásadní také terapeutův styl, který do značné míry ovlivňuje klientův odpor a změnu. (Miller, Rollnick, 1991, in Bell, Rollnick, 1999) Postoj, kterým dává terapeut najevo, že klienta přijímá, tj. rozumí jeho situaci, důvěřuje jeho úsudku a rozhodnutím, je pro celý proces změny rozhodující. (Bell, Rollnick, 1999)

Metaanalýza studií zabývajících se intervencemi v podobě motivačních rozhovorů prokázala, že klienti, u kterých byl použit motivační rozhovor, vykazovali zlepšení v oblasti snížení míry problémového užívání látek. (Burke et al., 2003, in Gossop, 2006) Motivační trénink může být kombinován s velkým množstvím strategií a použit i jako podklad motivujících aspektů jiné metody. (Miller, Rollnick, 1991, in Bell, Rollnick, 1999)

3.4 *Sebemotivace*

Efektivním postupem práce s motivací je sebemotivace, tedy to aby klient vnímal své změny motivace a uměl svou motivaci ovlivňovat. Terapeutovým úkolem je vytvářet prostor pro sebemotivaci klienta, protože ta je vždy výhodnější a trvalejší než motivování ze strany terapeuta. Terapeut by měl věnovat pozornost všem sebemotivujícím projevům a měl by je zveřejnit nebo dát klientovi prostor pro jeho vyjádření. (Dobiášová, Broža, 2003a)

- ***Negativní motivace*** – připomínání rizik, které jsou spojené s dalším pokračováním v závislostním chování, přímých i nepřímých následků (problémy v práci, v rodině apod.)
- ***Pozitivní motivace*** – uvědomování si výhod abstinence (lepší možnosti trávení volného času, zlepšení vztahů)
- ***Vyhnutí se pozitivním očekáváním od návykového chování***
- ***Využívání různých pomůcek*** (fotografie, symboly abstinence apod.) (Nešpor, Csémy, 2005)
- ***Technika „Semafor“*** - protože hodně problémů vzniká kvůli tomu, že člověk jedná

automaticky a nepřemýšlí, navrhuji Nešpor a Müllerová (2006) používání techniky Semafor, která má jedinci pomoci nahradit automatické jednání rozvážným jednáním, které bude v jeho zájmu. Doporučuje, aby si jedinec kdykoliv, kdy se dostane do situace, ve které by mohl jednat nerozvážně, vybavil dopravní semafor a nechal si na něm postupně rozsvítit červené, žluté a zelené světlo. Červené světlo znamená, že se má zastavit a uvažovat, oranžové vede jedince k přemýšlení o možnostech, které se nabízejí krátkodobé a dlouhodobé následky. Podle možných následků si má vybrat nejvýhodnější možnost řešení problému. Zelené světlo představuje uskutečnění a vyhodnocení zvolené možnosti.

4 Léčba návykových problémů

4.1 Bažení, relaps, abstinence

V oblasti závislostí a jejich léčby jsou bažení, relaps a abstinence důležitými pojmy a je třeba si je přiblížit.

4.1.1 Bažení

„Bažení neboli craving je silná touha po psychoaktivní látce nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním ze základním kritérií pro diagnózu závislosti. „Silná touha po droze“ je také příznakem některých odvykacích stavů.“ (Kalina, 2001, 24)

Někteří autoři dělí bažení na **psychické** (bažení, jenž vzniká po delší době abstinence např. při pohledu na návykovou látku) a **tělesné** (bažení, které doprovází odeznívání intoxikace návykovou látkou), avšak jako přesnější se jeví dělení Silvermana a spol. (1998, in Nešpor, Csémy, 1999), kteří popisují následující **typy bažení**:

- bažení, které se objeví během delšího období abstinence bez zjevného spouštěče
- bažení při abstinenci vyvolané spouštěčem, psychosociálními podněty
- bažení při abstinenci, jenž je reakcí na negativní emoční stav
- bažení po nahodilém požití malých dávek alkoholu nebo jiné návykové látky
- bažení jako způsob mírnění odvykacích potíží

Projevy bažení

Mezi subjektivní projevy bažení patří:

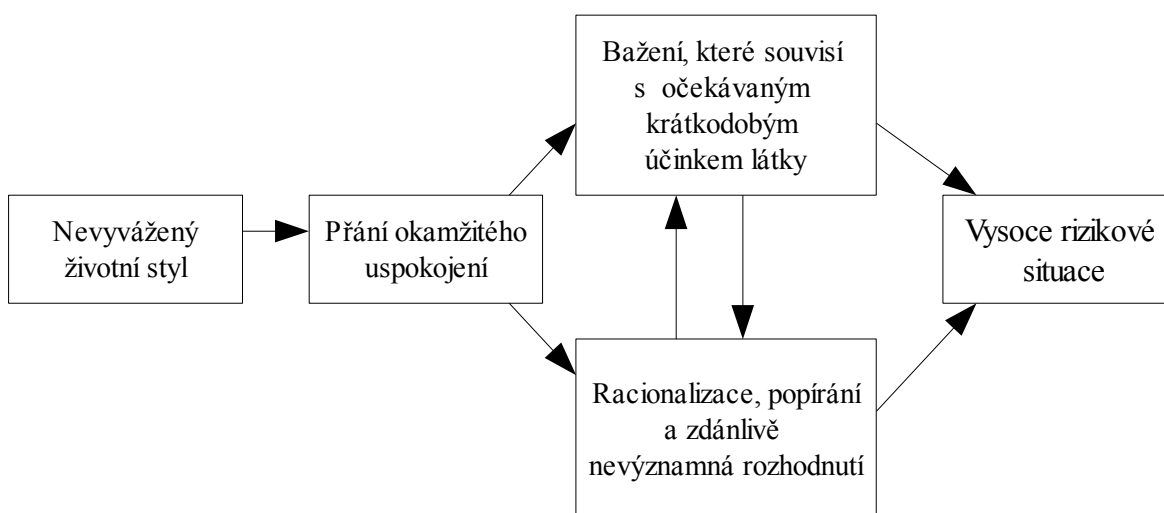
- *vzpomínky na příjemné pocity*, které vyvolává návyková látka či hazardní hra, nutkavé představy o závislém chování
- *nepříjemné tělesné pocity* – pocení, svírání na hrudi či žaludku, bušení srdce, třesy, bolesti hlavy a jiných částí těla, sucho v ústech apod.
- *nepříjemné duševní pocity* – silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, neklid, vzrušení, podrážděnost, narušená percepce okolí, stísněnost, úzkost, únava,

slabost (Kalina, 2001, 24)

Bažení je nejsilnější, když je dostupný předmět bažení. Nejvýraznější bývá v počátcích abstinence. Intenzitu bažení zvyšují negativní duševní stavy. Bažení se může vyskytovat i ve snech, v nichž se objevují návykové látky, a způsobovat poruchy spánku. (Christo, Franey, 1996, in Nešpor, Csémy, 1999).

Castellani a Rugle (1995, in Nešpor, 1999) zkoumali impulzivitu, bažení a hledání nových podnětů u závislých na alkoholu, kokainu a u patologických hráčů. Zjistili, že patologičtí hráči častěji nezvládají bažení a impulzivitu. Nevykazují však vyšší hledání nových podnětů. Bažení mívá velký význam při vzniku recidivy. Marlatta a spol. (1985, in Nešpor, Csémy, 1999, 9) schématicky znázornili **vznik recidivy** (viz Obr. 1).

Obr. 1: Vznik recidivy podle Marlatta a spol. (1985, in Nešpor, Csémy, 1999)



Bažení nemusí být vždy zvládnuto úspěšně, ale ani nemusí vést vždy k recidivě. Ze schématu je patrné, že existuje další možnost. Bažení může ústít v racionalizace, popírání a ke konání tzv. zdánlivě nevýznamných rozhodnutí. (Nešpor, Csémy, 1999)

Nešpor a Csémy (1999) doporučují následující *psychologické způsoby prevence a zvládnání bažení*:

- *setrvat v chráněném prostředí*
- *vyhnout se pocitům viny*

- *rozpoznat spouštěče a vyhnout se jim*, nenesit větší obnos peněz, které se mohou spouštěčem stát, mírnit nebo předcházet rizikovým duševním stavům, které působily jako spouštěče.
- *uniknout z nebezpečné situace*
- *upravit životní styl* – ten zahrnuje dostatek spánku, pravidelnou stravu, bezpečné zájmy a záliby, relaxační techniky a jógu, systematické vytváření fungující sítě sociálních vztahů atd. Nebezpečný je tzv. prázdný životní styl, kdy jedinec nemá dostatek činností a podnětů, nudí se. Rizikový je i zmatený nebo chaotický životní styl (střídání dlouhých období nadměrné aktivity a vyčerpání a dlouhá období nečinnosti). Vhodné je psychiku přiměřeně zaměstnávat.
- *změnit vztahový rámeček* – příkladem je “přeznačkování”, zpracování setkání s rizikovým vrstevníkem jako nebezpečnou situaci (nikoliv vítanou událost, jako dříve), vnímání relapsu jako cenné zkušenosti, uchopení nedůvěry okolí jako výzvy a možnosti jim dokázat, že se mýlí. Další možností je chápat bažení jako projev nenaplněné potřeby v některé oblasti života a najít bezpečný způsob, jak jej uspokojit.
- *rozpoznat bažení* – nedostatečně uvědomované bažení může ovlivnit myšlení i chování
- pasivně pozorovat myšlenky (získávat tak odstup od bažení) či vyvolávat myšlenky opačného zaměření (je například možné si v okamžiku krize nebo pochybností představit dobu, kdy měl jedinec na překonání závislosti jasně pozitivní názor – tzv. jasné okamžiky).
- *svěřit se s nepříjemnými pocity při bažení*, protože emoční podpora člověka, který není závislý, často zvládnutí bažení usnadní. Nápomocní mohou být příbuzní, terapeuti, členové svépomocných organizací, různé formy telefonické pomoci apod.
- *sebemonitorování* – jedinec si tak vytváří přehled účinných způsobů zvládnutí bažení. Průběh bažení si člověk může zapisovat nebo si jej komentovat, čímž získá větší odstup. Zajímavá je technika vnitřního dialogu, která je založena na tom, že si závislý uvědomuje nebezpečné myšlenky, ty však nepřijímá je a nepodléhá jim, ale v duchu na ně reaguje, odpovídá jim a vhodně proti nim argumentuje. (Carroll, 1998, in Nešpor, Csémy, 1999),
- *využívat další techniky prohlubující sebeuvědomění* – např. skupinová nebo rodinná terapie, tělesné cvičení, relaxační techniky, vedení deníku
- *postupy založené na odvedení pozornosti* – nejlepší bývají ty aktivity, které jsou

neslučitelné s návykovým chováním, relaxace, jóga, sex, sauna, luštění, tělesná práce, kutilství apod.

- *uplatnit představivost a rituály, využívat pomůcky (symboly abstinence)*
- *nabídnout někomu pomoc – zvyšovat tak své sebevědomí*
- *projevit své pocity při bažení – vyjádřit své pocity např. kresbou, napsáním básně apod.*
- *aplikovat relaxační a meditační techniky – protože při odvykacím stavu i po něm dochází k projevům stresu – podrážděnosti, ke zrychlenému dýchání (Roelofs a Dikkenberg, 1987, in Nešpor, Csémy, 1999) je používání relaxačních technik opravdu vhodné. Způsobují totiž stav, který je přirozeným protipólem stresu a často ovlivňují dech. Stav relaxace může snížit reaktivitu na spouštěče. (Litt a spol., 1988, in Nešpor, Csémy, 1999, 29) Tento stav lze využít i k aplikaci autosugestivních formulí (např. „Abstinence je výhodná.“).*
- *uvědomit si negativní důsledky relapsu (averzivní podmiňování), připomínat si výhody abstinence*
- *použití techniky Semafor – spočívá v tom, že si jedinec v situaci bažení vybaví semafor.*
- *nacvičit si způsoby odmítání – Binkoff (1986, in Nešpor, Csémy, 1999) pozoroval u pacientů, jenž měli zvládnuty způsoby odmítání alkoholu, nižší reaktivitu na příslušné spouštěče oproti těm, kterým tyto dovednosti chyběly.*

4.1.2 Relaps

Pojem relaps bývá často ztotožňován s pojmem recidiva. Recidiva však na rozdíl od relapsu vychází z černobílého pojetí abstinence. Vokurka (1995, in Kuda, 2003, 117) jí popisuje jako „návrát k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky.“ Relapsem je označován „návrát k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“, které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry.“ (Kalina, 2001, 91-92)

Syndrom porušení abstinence je velmi důležitým bodem relapsu. Je to reakce abstinenci porušujícího jedince na úrovni myšlení a prožívání. Provázejí jí tíživé pocity

viny ze selhání, hanba, hněv. Jedinec se nachází na pomyslném rozcestí, kdy se rozhoduje, zda bude pokračovat na cestě změny či se vrátí ke svému závislému chování.

Jedinec, který se rozhodl abstinovat, od sebe očekává, že abstinovat dokáže. Pokud ale u něj dojde k lapsu, nastává **disonanční konflikt**. Příčinou tohoto konfliktu je rozdíl mezi tím, co od sebe jedinec očekává a tím, jak se chová. Z disonance plynou nepříjemné pocity, ty se snaží redukovat. Protože pro závislého je známým řešením problémů únik k návykovému chování, hrozí riziko plného propuknutí relapsu. (Kalina, 2008)

Vzhledem k tomu, že jednorázové porušení abstinence nemusí nutně znamenat úplný návrat k závislému chování, nabízí se nový termín, **laps** („uklouznutí“), který definuje Wanigaratne a kol. (1990, in Kalina, 2008, 227) jako „*jakékoli samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil, a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování.*“

Marlatt a Gordon (1985, in Kuda, 2003b) se zabývali popisem vysoce rizikových situací, které mohou ústít v relaps. **Vysoce rizikové situace** dělí takto:

- a) *negativní emoční stavy* – řadí se zde frustrace, vztek, nuda, úzkost či deprese. Jejich příčiny bývají často intrapersonální. Vyskytují se minimálně u třetiny relapsů.
- b) *interpersonální konflikty* – patří zde problémové vztahy s partnerem, rodinou, přáteli či konflikty v zaměstnání a v jiných sociálních situacích. Udává se, že jsou příčinou 16 procent všech relapsů.
- c) *sociální tlak* – bývá přímý, pokud například známý jedinci návykovou látku nabídne nebo nepřímý, kdy je jedinec konfrontován s osobou užívající návykovou látku. Sociální tlak se nachází u pětiny všech relapsů.

Vysoce rizikovými situacemi jsou pro relaps také bažení, nepříjemné fyzické stavy či testování kontroly. (Kuda, 2003b)

Zda bažení spustí model závislého chování vedoucího k relapsu, závisí na úrovni sebekontroly. Úroveň své sebekontroly může jedinec zvyšovat a díky tomu se úspěšně vyhýbat rizikovým situacím nebo je zvládat bezpečněji. Každé úspěšné zvládnutí krizové situace posiluje klientovu sebedůvěru, učí jej odhalovat další situace a počínat si v nich bezpečněji. (Kalina, 2001)

Relaps může být velmi silný **spouštěč**. (Nešpor, Csémy, 1999) Spouštěči se rozumí

„podněty, které vyvolávají craving (bažení) anebo zhoršují u závislých sebekontrolu.“
(Kalina, 2001)

Nešpor a Csémy (1999), kteří navazují na práci Zackona a kol. z roku 1994, uvádí **přehled nejčastějších spouštěčů:**

- aplikace jakékoliv návykové látky
- přítomnost na místě, kde se jedinec svému závislému chování oddával, kde jsou přítomni aktivní uživatelé návykových látek či jsou návykové látky dostupné
- „toxické řeči“, tj. nevhodná konverzace o závislém chování, nepatřičné vzpomínky, myšlenky a fantazie o návykovém chování, reklama na alkohol (u závislých na alkoholu) či hazardní hru (u patologických hráčů), filmy a pořady s touto tematikou, hudba, kterou mají závislí se svým návykovým chováním spojenou
- chybná představa o tom, že je jedinec definitivně vyléčen, že bažení se u něj již dostavit nemůže (často vede k riskování a následným relapsům)
- nuda
- negativní pocity – hněv, pocity viny, smutek, osamělost, strach a úzkost
- pozitivní pocity, oslavy
- tělesná bolest
- užívání návykových léků (na lékařský předpis či bez něj)
- mít u sebe neočekávaně větší obnos peněz

Důležitá je **prevence relapsu**, což je přístup, který se používá při léčbě různých druhů návykových problémů. Zaměřuje se na sebekontrolu. Je to psychoedukační program. (Kalina, 2001) Prevence relapsu zahrnuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a změny životního stylu. (Marlatt, Gordon, 1985, in Gossop, 2006) Používá se u jedinců, kteří se snaží změnit své návykové chování, s cílem naučit je rozpoznat, předvídat a zvládnout napětí a problémy, které mohou vést k relapsu. (Marlatt, 1985, in Gossop, 2006)

4.1.3 Abstinence

Kalina (2001, 11) popisuje abstinenci jako *„jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních,*

náboženských, morálních, právních či jiných.“ Zmiňuje také, že abstinentem může být nazýván kdokoliv, kdo v současné době abstinuje. Pro výzkumné účely bývá někdy používán termín „současný abstinent“ (current abstainer), jímž je klasifikována osoba, která neužívá žádnou látku po určité období (např. 3, 6 nebo 12 měsíců) nebo ta, jenž užívá návykovou látku jednou až dvakrát ročně. V epidemiologických studiích nesmí být přehlédnut také rozdíl mezi celoživotním abstinentem a ex-userem, tj. bývalým uživatelem návykových látek, který abstinuje spontánně či po léčbě podstatnou dobu (měsíce, roky).

Modely, které považují alkoholovou závislost či jiné drogové závislosti za onemocnění, přičítají abstinenci ústřední roli při dosažení a udržení uzdravení. (Wallace, 1999) Skála (1988) zdůrazňuje, že se musí abstinující jedinec vyhýbat pití alkoholu trvale a důsledně, protože jinak by opět pití propadl. Vztah jedince k abstinenci úzce souvisí s podobou jeho případného relapsu, protože abstinence a relaps jsou jen opačnými stranami jedné mince. Při léčbě pacient zaujímá k abstinenci různý postoj, který pak ovlivňuje průběh i výsledek terapie i potenciální výskyt relapsu. **Postoj k abstinenci** prochází vývojem, jenž lze rozdělit do čtyř fází:

- a) **fáze nucené abstinence** – abstinence je jedincem vnímána jako omezení vlastní svobody, úmyslně recidivuje
- b) **fáze podmíněné abstinence** – abstinenci považuje za prostředek k získání jiné hodnoty, po nějakém čase se pokouší o kontrolované pití
- c) **fáze nespolehlivé abstinence** – abstinence se stává součástí nového životního stylu a relaps je důsledkem nevychytaných chyb v abinentním životním programu
- d) **fáze relativně spolehlivé abstinence** – na abstinenci je nahlíženo jako na přednost v rámci změněné osobnosti, k relapsu dochází v mimořádných životních situacích. Jedinec se v průběhu léčby těmito fázemi propracovává, ve svém životě jimi může procházet několikrát. Protože každý den abstinence je cenný, terapeutovou snahou je, aby těchto dnů bylo co nejvíce. (Frouzová, Mráčková, 1989)

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J.E. Purkyně v čele s Popovem představila na začátku roku 2013 nový koncept léčby závislosti na alkoholu, Národní akční plán o alkoholu. Jedná se o průlomovou novinku v léčbě závislostí, protože cílem léčby nebude pouze úplná abstinence (jako doposud), ale u určitých pacientů bude

možné jen omezení množství vypitého alkoholu. Nová léčba by mohla oslovit hlavně ty, kteří se pokoušeli o abstinenci a neuspěli či ty, jenž si problém s alkoholem nepřipouštějí. Léčba bude postavena na psychoterapii a farmakoterapii. Existují nové léky, které by jim mohly pomoci postupně omezovat dávky vypitého alkoholu. Toto omezení by pak mohlo vést k rozhodnutí abstinovat. (Česká televize, 2013)

4.2 Výběr vhodné léčby

Obecně uznávaná myšlenka zařazení klienta do jemu odpovídající léčby není v praxi vždy aplikovaná. Léčebné služby velmi zřídka provádějí komplexní diagnostiku značného množství žadatelů, kteří by na jejím základě byli selektivně doporučováni do systému různých léčebných programů. Proto by bylo vhodné, aby byly intervence v každém programu upraveny podle potřeb daného klienta. Volba nejvhodnější léčby pro pacienta však vyžaduje natolik propracované diagnostické procedury, dostupné a komplexní služby, že se s ní setkáváme jen zřídka. (McLellan et. al., 1997, in Gossop, 2006)

4.2.1 Komplexní zhodnocení klienta

Jedním z předpokladů úspěšnosti léčby je vhodná indikace určitého léčebného programu, která nemůže být provedena bez důkladného zhodnocení klienta. Důležité stanovení správné diagnózy není jediným kritériem a dostačujícím vodítkem při výběru vhodné léčebné intervence. O klientovi potřebujeme získat širší spektrum informací, zabývat se ne jen závislostí, ale více hledisky. Diagnostika musí být tedy mnohorozměrná. Komplexní zhodnocení klienta zahrnuje závažnost návykového problému, případné komplikace psychické a somatické, aspekty rodinné, vztahové a sociální a také klientovu motivaci a postoj k léčbě. Pro toto komplexní zhodnocení je v zahraničí vytvořeno mnoho standardizovaných postupů, z nichž nejpoužívanější je Addiction Severity Index (ASI). K evropské modifikaci Europ-ASI vytvořili českou verzi Kubička a Csémy (1996, in Kalina, 2003a), kteří upřesňují, že hodnocení se týká zdravotního stavu, práce a zdroje obživy, drog a alkoholu, právního postavení, rodinných a sociálních vztahů a psychického stavu.

4.2.2 „Matching“

Matching znamená „*párování potřeb a intervencí*“ či „*přizpůsobení léčby pacientům*“. (Kalina, 2003a, 255). Nešpor (2011b) jej vymezuje jako „*použití optimální intervence podle individuálních potřeb.*“ Protože se nabídka léčebných služeb zvyšuje v kvantitě i sortimentu a narůstá snaha péči individualizovat, stává se matching stále populárnějším tématem.

Zhodnocení klienta je východiskem pro objevování odpovídajícího propojení mezi klientovými potřebami a určitým souborem intervencí, avšak samotné pro správnou indikaci k léčbě nestačí. (Kalina, 2003a) Pozornost by měla být věnována tomu, který přístup je nejvhodnější, který má největší pravděpodobnost vyvolat požadovaný účinek. (Room, 1998, in ICAP, nedat.) Obecně platí, že léčba je poskytována s cílem umožnit postiženému návrat k normálnímu fungování.

Americká vládní organizace NIAAA organizovala projekt MATCH, který se týkal léčby závislých na alkoholu. Byly porovnávány výsledky léčby tří forem léčby a to technika posilování motivace, kognitivně behaviorální terapie a program založený na 12. krocích, který založila organizace Anonymní alkoholici. Zkoumalo se, jak reagují na uvedené formy terapie klienti s různými charakteristikami (pohlaví, zaujetí alkoholem, kognitivní postižení, motivace, hledání smyslu, psychiatrické příznaky apod.) Ukázalo se, že všechny uvedené postupy byly s odstupem jednoho roku efektivní, co se týče zvýšení počtu dní abstinence i dalších charakteristik. Nalezen byl jen jeden statisticky signifikantní rozdíl a to o něco lepší léčebné výsledky u klientů absolvujících program založený na 12. krocích a nevykazovali známky psychopatologie. Studie byla pozoruhodná nejen rozsahem, ale i tím, že prokázala srovnatelnou efektivitu postupů založených na velmi odlišných principech. (Nešpor, 2003)

McLellan a kol. (1997, in Gossop, 2006) uvádí, že pacienti, kteří byli náhodně zařazení do standardní léčby nebo do služeb cíleně zvolených, v jejichž rámci probíhala sezení zaměřená na psychické, rodinné či pracovní problémy, tak ti, kteří podstupovali léčbu cíleně zvolenou, v ní setrvali déle, měli vyšší pravděpodobnost dokončení léčby i lepší výsledky po léčbě, než pacienti zařazení do léčby standardní.

Existují různé léčebné metody, které jsou vhodné pro konkrétní jedince a méně pak pro jedince ostatní. (Babor et. al, 2003, in ICAP, nedat.) Patří mezi ně například

modifikace chování, podpůrné skupiny či léčba farmakologická. Určitá léčba má za cíl abstinenci, zatímco jiné přístupy se snaží změnit model pití, kde cílem bývá umírněné pití, které je v souladu se zdravým a vyváženým životním stylem. Většinou se léčba, bez ohledu na konečný cíl, skládá ze tří fází: detoxikační, rehabilitační a udržovací. Jaký přístup a výsledek je pro konkrétního jedince nejlepší, by měl být stanoven případ od případu. (Kadden, Longabaugh, Wirtz, 2003, in ICAP, nedat.) Carroll (1997, in Gossop, 2006) je přesvědčen, že není možné, aby nějaká léčba byla univerzálně účinná. Je nezbytné uplatnit celou řadu intervencí. Přestože je význam poskytování léčby, která by odpovídala různým potřebám a problémům jedinců, široce uznáván, nabízí mnoho programů jen jediný typ léčby. V takové situaci má pak vyšší pravděpodobnost setrvání v léčbě ten, jehož profil dobře odpovídá danému léčebnému přístupu, u ostatních je pravděpodobné, že léčbu nedokončí.

4.2.3 Léčebné programy

Moderní léčebné programy se skládají z následujících prvků:

- farmakoterapie, detoxifikace, léčba odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti
- psychoterapie, rodinná a manželská terapie
- práce s motivací
- poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní, výživa, výchova dětí apod.)
- nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností (např. dovednosti odmítání, rozhodování se, komunikace, zdravého sebeprosazení)
- intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, péče o sebe, přiměřená a bezpečná tělesná cvičení k mírnění úzkosti a deprese, relaxace, jóga apod.
- prevence recidiv a jejich případné zvládnání
- terapeutická komunita
- svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků
- dlouhodobé sledování, toxikologické kontroly, dispenzarizace (Nešpor, 2010)

4.3 Krátká intervence

„Krátkodobá intervence je léčebná strategie s limitovaným počtem setkání (obvykle 1-4), která má podpořit klienta při řešení jasně definovaného a časově ohraničeného problému či situace.“ (Kalina, 2001, 57) Krátká intervence by se na doporučení WHO měla používat v ordinacích praktických lékařů, uplatnění nachází také v nízkoprahových kontaktních centrech či terénních programech. Cílem je snížení či zastavení užívání, redukce rizik a získání motivace k vyhledání specializované pomoci. Zaměřuje se na motivaci, uvědomění si rizik, zvýšení sebekontroly a sebemonitorování, rozpoznání spouštěčů návykového chování. (SAMSHA, 2006, in Kalina, Miovský, 2008) Patří zde i ilustrování psychologických a sociálních problémů spojených s návykovým chováním.

Základem krátké intervence je posouzení stavu a informování jedince o něm. Za prokazatelně efektivní lze považovat i jasné a srozumitelné doporučení přestat pít alkohol nebo pití omezit. Přínosná je také krátká intervence za pomoci rodiny. Jako účinné se ukázalo používání svépomocných materiálů a svépomocných organizací. (Nešpor, 2010)

Protože se krátká intervence řadí mezi kognitivně behaviorální postupy, zdůrazňuje se při ní úloha lékaře či poradce rychle ustavit pracovní spojení, vzbudit klientovu důvěru, projevovat respekt a zájem, poskytovat pozitivní zpětnou vazbu a zaujímat nekonfrontační postoj. Nezbytné jsou jeho komunikační dovednosti, jako je reflektující naslouchání, pokládání otevřených otázek, potvrzení a shrnutí.

Dle Vermeulena a kol. (2004, in Kalina, Miovský, 2008) jsou **složkami krátké intervence:**

- příprava a motivace klienta – informace, zpětná vazba, motivační rozhovor
- stanovení si cíle (snížení užívání, abstinence apod.)
- sebemonitorování
- prevence relapsu
- informace o méně škodlivém užívání
- průběžné hodnocení průběhu a výsledků
- zakončení s ohledem na dosažený výsledek – ukotvení, informace o možnosti krizové intervence či dalších léčebných možnostech

Americká NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) popisuje **čtyři kroky krátké intervence:**

- a) *Ask* – vhodné dotazy
- b) *Assess* – posouzení stavu pomocí dotazníku či diagnostického rozhovoru
- c) *Advice* – rada nebo doporučení
- d) *Monitor* – sledování

Zásadní je nekonfrontační styl vedení rozhovoru, porozumění, dobrovolné informované rozhodování jedince. (Nešpor, 2005)

Zweben a Fleming (1999, in Nešpor, 2010) shrnují výsledky 14 studií týkající se efektivity krátké intervence a prezentují následující závěry: Krátká intervence vede ke snížení pití alkoholu, pokud je potřebná specializovaná léčba, tak do ní usnadňuje vstup a vede ke snížení využívání jiných zdravotnických služeb (např. interních, neurologických, chirurgických apod.) Krátká intervence je účinná u pacientů, kteří pijí alkohol rizikově i těch, kteří ho zneužívají.

4.4 Farmakoterapie závislosti na alkoholu

Nedílnou součástí celkové léčebné intervence by měla být farmakologická léčba. Farmakoterapie zahrnuje medikaci cílenou k závislosti, medikaci podávanou k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky a medikace nezanedbatelné části klientely s duální diagnózou. U závislosti na alkoholu existují preparáty, které mohou užitečně podpořit terapeutický proces. (Bayer, 2003) V léčbě alkoholové závislosti se uplatňuje senzitivace, která spočívá v podávání preparátů, jenž zvyšují vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Pokud jedinec po aplikaci senzitivujícího farmaka požije alkohol, následuje silná vegetativní reakce organismu projevující se kolísáním krevního tlaku, tachykardií, nauzeou, možným zvracením, zrudnutím obličeje, bolestmi hlavy a obtížným dýcháním. Může dojít až ke kolapsovým stavům, bezvědomí. Nejčastěji je používán Disulfiram (Antabus), který je dostupný od roku 1948 a dosud svůj význam neztratil. Popsaná reakce něj se nazývá právě podle něj, tj. „antabusová reakce“. (Popov, 2008) Zásadní průlom v léčbě představuje zavedení tzv. „anticravingových“ léků, které přispívají k vyšší úspěšnosti odvykací léčby, z nichž nejznámější jsou acamprosát a naltrexon. Celá

řada zahraničních studií prokázala, že účinně potlačuje craving a navíc při současné konzumaci alkoholu nedochází k negativní reakci, nebezpečnému „antabusovému efektu“. Současné podávání acamprosatu spolu s disulfiramem je možné a dokonce zvyšuje celkovou efektivitu protialkoholní léčby. Efektivní je také podávání antidepressiv, především antidepressiv SSRI. (Popov, 2002)

Jedním ze znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při odnětí alkoholu, jehož průběh může být velmi vážný i život ohrožující. Proces jeho zvládnání se nazývá detoxifikace a jeho smyslem je učinit odvykací stav lépe zvládnutelným. (Dvořáček, 2003) Příznaky odvykacího stavu vyvolává nízká aktivita inhibičního přenosu a vysoká aktivita stimulačního přenosu, kterou způsobuje odnětí alkoholu. (Při dlouhodobém nadužívání alkoholu totiž nastává převaha inhibičního působení ethanolu na neurony). Aby měl organismus dostatek času k pozvolné adaptaci na odnětí alkoholu, používá se substituce inhibičního působení a její pozvolné omezování. Cílem léčby je zklidnění pacienta, projasnění jeho vědomí, prevence křečí a posílení organismu. Důležitý je klid na lůžku, omezení podnětů, monitorování autonomní funkce, úprava vnitřního prostředí, hydratace a úprava minerálové disbalance. Podávány bývají hepatoprotektiva, vitaminy skupiny B, nootropika. Ještě nedávno byl lékem první volby u odvykacích syndromů používán clomethiazol (Heminevrin), nyní je preferován Tiaprid. U tiapridu (Tiapridal) je využíván jeho prokázaný anxiolytický efekt. U deliria tremens se však tiaprid používá jen jako doléčovací medikace po proběhlém deliriu a je prokázán jeho vliv na snížení cravingu. Nejpreferovanějšími jsou v léčbě odvykacích stavů benzodiazepiny, u nichž se potvrzena účinnost při zvládnání symptomů odvykacích stavů i významné snížení rizika epileptických záchvatů. Používán je i karbamazepin (Tegretol, Biston), který nezvyšuje riziko útlumu CNS a respiračního systému a na rozdíl od benzodiazepinů neovlivňuje negativně kognitivní funkce, a jenž má i proticravingové účinky. U velmi těžkých odvykacích stavů s neklidem, deliriem a halucinacemi je někdy nezbytné zklidnění pacienta antipsychotiky, nejčastěji Haloperidolem. (Faldyna, Zedková, 2006)

Farmakoterapie, která není podpořena psychoterapií se jeví jako nedostatečný prostředek k dosažení stabilní abstinence u osob trpících návykovou nemocí. Výsledky farmakologické léčby mohou být prostřednictvím kombinace s psychoterapií znásobeny a rozšířeny. (Carroll, 1999)

4.5 Psychoterapie závislosti na alkoholu

„Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu.“ (Miovský, Bartošíková, 2003b, 25) Psychoterapie má mnoho forem, v léčbě závislostí se nejčastěji uplatňují individuální, skupinová, behaviorální, kognitivně behaviorální, rodinná a manželská psychoterapie.

4.5.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je zaměřená na práci s jednotlivcem, odehrává se v rámci série sezení a jejím hlavním prostředkem je rozhovor. V léčbě závislostí nebývá použití individuální terapie samozřejmostí, ale má zde své místo. Může být využívána v rámci ústavní léčby, častěji se používá při léčbě ambulantní. Individuální psychoterapie má více forem lišících se vztahem k potřebám klientů a aktuální situaci. Formami terapie jsou: krizová intervence, podpůrná psychoterapie, motivační psychoterapie a systematická dlouhodobá individuální psychoterapie (Miovský, Bartošíková, 2003a)

4.5.2 Skupinová psychoterapie

V systému léčebné péče je majoritní část psychoterapeutické práce soustředěna do skupinové formy. Cílem skupinové psychoterapie je působit na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti, má odstranit, případně zmírnit obtíže a nejlépe i jejich příčiny. Usiluje o reedukaci a restrukturalizaci osobnosti a směřuje k prohloubení sebepoznání. Uplatňuje se v rámci docházkové péče (v ambulancích, centrech, stacionářích atd.), v rámci dlouhodobého pobytu v léčebných zařízeních a terapeutických komunitách a také při doléčování. (Miovský, Bartošíková, 2003a) Při skupinové terapii se využívají techniky kognitivně-behaviorální, strategické terapie, gestalt terapie, psychodrama i prvky dynamické terapie. (Nešpor, 2010)

4.5.3 Behaviorální a kognitivně behaviorální terapie

Mezi psychoterapeutickými přístupy k léčbě závislostí dominují behaviorální a kognitivně behaviorální přístupy. Behaviorální terapie představuje postupy, které jsou zaměřené na změnu chování klienta. Vychází z předpokladu, že chování je naučené v procesu interakce s prostředím. Při terapii se mají identifikovat tyto naučené vzorce chování, hledat mechanismy jejich udržování, aby byla možné následné nalezení možností a způsobů jak je změnit. (Miovský, Bartošíková, 2003a) Mezi úkoly behaviorálního terapeuta patří: vybudování terapeutického vztahu spolupráce, důkladné posouzení klientových současných problémů prostřednictvím funkční analýzy, povzbuzení motivace ke změně, vytvoření individuálního plánu terapie a stanovení terapeutických cílů, hodnocení průběhu terapie a její ukončení.

Existuje mnoho behaviorálních technik, které jsou používány u osob závislých na alkoholu. (Morgan, 1999) Mezi základní metody behaviorální terapie patří: operační podmiňování (zpevňování žádoucího a nezpevňování nežádoucího chování, které postupně vyhasíná), patří zde i averzivní podmiňování, dále expoziční terapie (postupné vystavování pro klienta obtížným situacím, v představách i živě), relaxační postupy (např. Jacobsonova progresivní relaxace, biofeedback), nácviky sebekontroly, asertivity, zvládání zátěže či nácviky sociálních dovedností. Kognitivně behaviorální terapie aspiruje především na přestavbu kognitivních procesů a změnu chování prostřednictvím poznávacích funkcí. Mezi velmi používané metody patří prevence relapsu a motivační rozhovory. (Kalina, Miovský, 2008)

4.5.4 Rodinná a manželská psychoterapie

Metody rodinné terapie jsou založeny na myšlence, že je prospěšné zapojit do léčebného procesu blízké osoby klienta. Doporučují se hlavně tam, kde současné interpersonální konflikty nebo problémy komunikace přímo přispívají k návykovému chování či tam, kde členové rodiny závislému jeho chování umožňují. Možné je její využití při přesvědčování závislého jedince o nutnosti léčby či jako pomoc členům rodiny, jenž jsou závislostí blízkého negativně ovlivněni. (McKay, 1999)

V případě, že se ostatní členové chovají tak, že závislostní chování umožňují, užívání návykových látek usnadňují, provokují k němu či se vyhýbají strategiím jimiž by

jej korigovali, jedná se o **codependenci**, neboli spoluzávislost. (Vodáčková, 2002) Cermak (1986, 1, in McCrady, Epstein, 1999) codependenci popisuje jako „*zjevný vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů závislých rodin.*“ Možným motivem je zakrytí vážného a neřešeného partnerského konfliktu, kdy se závislý jedinec stává středem pozornosti, péče, kontroly, ale i hněvu všech zúčastněných.

Mezi **znaky codependence** patří:

- přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor potřeb vlastních
- zkršlování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině
- tendence ovládat druhé i na úkor vlastní sebeúcty. (Vodáčková, 2002)

Tyto znaky blíže popisuje také Nešpor (2010), který prezentuje i další typické **příklady problémů vyskytujících se v rodinách**, v nichž trpí člen návykovou nemocí:

- **enmeshment**, tj. rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic – jde o překračování meziosobních hranic. Týká se často nepřiměřeného přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny.
- **nadměrná identifikace** jednoho z rodičů s problémovým dítětem a **vytváření spojení** komplikují překonání návykového problému dítěte. Léčba spočívá v oslabení nepřiměřené identifikace s problémovým členem rodiny a v posilování hranic mezi generacemi. V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém u jednoho z rodičů se často nemocný rodič dostává do role zlobivého dítěte. Děti pak přebírají rodičovské role a jsou vhnány do spojení s druhým z rodičů. Léčba je zacílena na překonání návykového problému a toho, aby rodiče převzali své přirozené role.
- **chorobná rovnováha** – nastává, když se v rodinách objevují vztahy typu „něco za něco“ (např. pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý mu toleruje mimomanželský vztah). Chorobná rovnováha vzniká také při „sdílené závislosti“, kdy oba partneři trpí návykovou nemocí. Jednat se může také o tzv. sadistické či masochistické vztahy, kdy poskytuje návykové chování jednoho z partnerů druhému mnohé příležitosti k masochistickému utrpení i k sadistické agresi.
- **umožňování** – člen rodiny, tzv. „umožňovač“ bezděčně usnadňuje návykové chování (vymýšlí omluvy, platí dluhy či dokonce financuje návykové chování) a svou zdánlivou pomocí oddaluje skutečné řešení.
- **pseudoindividuace**, tj. zdánlivé osamostatnění – dospívající odmítá autoritu rodičů, ale

současně se sám o sebe neumí postarat a selhává v životních rolích, čímž je přirozeně zvyšována jeho závislost na rodině a snižována naděje na skutečné budoucí osamostatnění. Doporučováno je opětovné začlenění dítěte do rodiny, ale za poměrně tvrdých podmínek těsnějšího dohledu a větších omezení. (Haley, in Nešpor, 2010) Začlenění dítěte zpět do rodiny umožňuje následné skutečné osamostatnění.

➤ **triangulace** (vytváření trojúhelníků) – „*Jedná se o rozšíření konfliktního vztahu dvojice o třetí osobu (např. dítě, terapeut), která tento konflikt zakryje nebo zmírní.*“ (Kalina, 2003) Triangulace vytváří podmínky pro pokračující návykové chování a znesnadňuje léčbu. Jde např. o posílání vzkazů jiným dospělým prostřednictvím dítěte, který bude s velkou pravděpodobností zkreslený. Účinnou obranou proti triangulaci je zlepšení komunikace mezi dospělými.

➤ **děti v rodinách, kde se vyskytuje závislost** – jsou závislostí více ohroženy, často jsou zatěžovány nepřiměřenými úkoly, zanedbávány, někdy i týrány. Klíčové je překonání návykové nemoci u rodičů. Důležitá je také práce s dítětem, které je třeba orientovat k záležitostem odpovídajícím jeho věku, poskytnout mu dobré a bezpečné prostředí, posilovat jeho zdravé sebevědomí a učit jej nacházet zdravé hranice.

➤ **nedostatečná komunikace** (Nešpor, 2010)

S psychoterapií jsou úspěšně využívány a kombinovány další formy práce, jejichž výběr je prováděn s ohledem na aktuální stav klienta, jeho potřeby a možnosti. Řadí se zde např. výchovné působení, poradenství, sociální práce, praktická pomoc, mnohé doplňkové aktivity (vzdělávání, klubové aktivity) apod. (Miovský, Bartošíková, 2003b)

4.6 Léčba patologického hráčství

Léčba patologického hráčství probíhá ambulantní či ústavní formou. Dle Frouzové a kol. (2003), kteří se zabývali sledováním faktorů ovlivňující nástup a průběh ústavní léčby patří mezi nejčastější motivační pobídky k nástupu léčby výhrůžky věřitelů, hrozba rozvázání pracovního poměru a hrozba rozvodu. Mezi důvody k přerušení léčby dominují výrazně nízká frustrační tolerance a duální diagnóza. Nejdůležitějšími faktory efektivity léčby jsou: spolupráce partnera schopného konfrontace s realitou plnění doporučení terapeutů a jeho klidná důvěra ve vyléčení a také přítomnost náhledu závislého jedince na

patologičnost svého chování a prožívání.

Marhounová a Nešpor (1995) popisují fáze uzdravování, kterými patologický hráč prochází. Připomínají, že ne každý jedinec trpící návykovou nemocí je ochoten se vydat se na cestu k duševnímu zdraví, a z těch, kteří se na ni dají jen někteří dosáhnou fáze růstu. Mezi **fáze uzdravování** patří:

a) **fáze kritičnosti** – naděje, hledání pomoci, přestávání s hraním, realismus a zodpovědnější myšlení, finanční inventura, schopnost řešit své problémy, návrat do zaměstnání

b) **fáze znovuvytváření** – sestavení si finančního rozpočtu, splácení dluhů, schopnost přijímání svých silných i slabých stránek, zlepšení mezilidských vztahů, obnova důvěry blízkých, trávení času s rodinou, zklidnění, návrat sebeúcty

c) **fáze růstu** – porozumění sobě i druhým, pohotové řešení problémů, pomoc druhým, přestávání zabývání se hraním, nacházení nového způsobu života.

4.7 Farmakoterapie patologického hráčství

K mírnění depresivních symptomů, které se u patologických hráčů často objevují, bývají používány antidepresiva, zejména antidepresiva ze skupiny SSRI. Jejich výhodou je také to, že mírní bažení po hazardu. K mírnění bažení je podáván také Naltrexon. (Nešpor, 2011a)

4.8 Psychoterapie patologického hráčství

Chvíla (2003, 9) je přesvědčen, že „*bez dlouhodobého psychoterapeutického vedení nelze spoléhat na racionalitu, sebekontrolu a změnu v chování těchto jedinců. Z psychoterapeutických postupů jsou pak kognitivně behaviorální postupy nejčastější a s nejstabilnější efektivitou kolem 50 % v dlouhodobém profilu.*“

Léčba může probíhat ambulantně či rezidenčně. **Relativními indikačními kritérii k ústavní léčbě** jsou:

- jedinec není schopen při ambulantní léčbě svou situaci stabilizovat. Při hazardu

ztrácí více peněz, než je schopen svou prací vydělat.

- klient je bezradný, nachází se v nepřehledné finanční i interpersonální situaci
- jedinci hrozí fyzické násilí ze strany věřitelů
- patologické hráčství komplikuje depresivní symptomatologie, kterou se nedaří ambulantně zvládnout
- ambulantní léčbu znesnadňuje či znemožňuje způsob života klienta nebo prostředí, ve kterém se pohybuje
- ambulantní léčba není dostupná či ji rozpadlá síť sociálních vztahů znesnadňuje (Nešpor, 2011)

4.8.1 Model „4I“

Léčbu gamblingu lze rozdělit podle strategických terapeutických cílů do čtyř fází, které tvoří model „4 I“. Patří zde:

1. **Inventura** – když dojde ke zklidnění a zastavení hraní u klienta, je třeba seznámit se s klientovou životní situací (v rodině, práci, financích, zdraví). Je možné, že toto seznámení proběhne dříve než jedinec přestane hrát, protože se tato fáze stane spíše motivačním procesem, po němž teprve dochází k aplikaci postupů, které nemocnému pomohou hraní ukončit. Velmi důležité je, aby jedinec pracoval na plném uvědomění si svého problému a nutnosti změny. Terapeut a klient by měli sestavit smlouvu o procesu údravy, z níž by jasně vyplývalo klientovo rozhodnutí na změně pracovat, jeho motivace ke změně.
2. **Informace** – nemocný by měl získat veškeré informace, které pro svou změnu potřebuje. Problémem se stává klientův negativismus, jenž je překážkou adekvátního zpracování informací. Pomáhá nácvik uvolnění a zvládnutí psychických stavů (stresu, deprese, zlosti, touze po hraní).
3. **Iniciativa** – klient již pochopil základní procesy onemocnění a je si vědom, že se jedná o jeho vlastní problém a proto je klíčová jeho spolupráce a hlavně iniciativa. Hlavním programem této fáze je prevence relapsu, nácvik sociálních dovedností, ve kterých mívá deficity z minulosti (komunikace, zvládnutí partnerských krizí, asertivita) či nácvik dovedností, které nově potřebuje (nácvik odmítání nabídek hraní, zvládnutí výčitek druhých apod.)

4. **Idea** – klient se snaží o zkvalitňování svého nového životního stylu. Vytváří a reflektuje svou identitu. Snaží se porozumět jejímu vývoji, snaží se kvalitně ovlivnit svoji budoucnost. Důležitá je práce se sebepojetím, rozvoj profesní dráhy, zájmů. Pracuje na vytváření intimity a důvěry v partnerském vztahu. (Freuzová, 1997, in Freuzová, 2003)

4.8.2 Prvky léčby

Freuzová (2003) zdůrazňuje, že léčba obsahuje **čtyři základní části**, které nesmí chybět:

- **přerušení hraní**
- **změna při zacházení se svými financemi, zvládání dluhů**
- **prevence relapsu**
- **úprava životního stylu** – důležité je, aby jedinec pochopil, jak velká je síla automatismu, a že celková změna jeho života k lepšímu, přehodnocení priorit mu mohou zásadně přispět k úspěšnosti léčby. Dbát by se mělo také na duchovní život. Jako nejvhodnější forma léčby se jeví kombinace individuální a skupinové terapie.

Nešpor (2011) tyto základní části doplňuje dalšími možnými prvky léčby, které lze využít:

- **zvládání náhlých příhod a krizová intervence** – i když jsou její cíle širší, hlavním je prevence sebevražd. S hazardem je totiž zvýšené riziko sebevražd spojené.
- **práce s motivací**
- **kognitivně behaviorální postupy** – patří mezi ně např.:
 - *desenzibilizace ve fantazii* – má prokázané účinky. Příznivě působí sama o sobě již úvodní relaxace. Následuje část, která připomíná, že hazardní hra je nudná a fádňá záležitost a existuje mnoho lepších možností. Existují zvukové nahrávky, které si jedinec může opakovaně pouštět.
 - *třístupňová obrana* – prvním stupněm je analýza kroků vedoucích k setkání s podněty vyvolávajícími bažení či zhoršujícími sebeovládání a odstranění těchto vzorců chování. Druhý stupeň se týká analýzy řetězců vedoucích od spouštěčů k recidivě a jejich zastavení. Třetím stupeň znamená zkoumání kroků, které vedou od prvního porušení abstinence k dlouhé recidivě se značnými negativními následky, jež bývá označována jako debakl. Rychlé zastavení recidivy za pomoci druhých lidí.

- *semafor*
- **relaxační techniky**
- **kognitivní restrukturační** – jde o dobré zpracování spouštěče, překrývá se také s opravováním chyb myšlení, které vznikají bažením, **změna vztahového rámce, pohled z jiné perspektivy**. Zajímavá je kognitivní terapie, kterou prováděl Ladouceur a kol. (1998, in Šerý, 2001) Použita byla **korekce mylných představ** o základních pravidlech náhodnosti, zahrnovala 4 složky:
 - *porozumění pravidlům náhodnosti* – terapeut vysvětlil, že neexistuje strategie, jak lze kontrolovat hru, ovlivnit výsledek, že existuje minimální naděje návratu vložených financí
 - *porozumění mylným domněnkám gamblerů* – terapeut interpretoval, jak iluze o schopnosti kontrolovat hru pěstují hráčský zvyk
 - *uvědomování si nesprávných vjemů* – terapeut informoval jedince o tom, jak mylné vjemy převažují v průběhu hry a vysvětlil odlišnost mezi adekvátní a inadekvátní verbalizací
 - *kognitivní korekce mylných vjemů* – terapeut korigoval mylné domněnky a neadekvátní verbalizaci s využitím záznamu klientovy verbalizace pořízené v průběhu konání imaginární hry. Tato terapie probíhala jednou až dvakrát týdně, celkem maximálně 20 hodin. Po jejím dokončení čtyři z pěti takto léčených pacientů po dalších šest měsíců neměli ani jednu zkušenost s hraním. Z výsledků lze vyvozovat závěr, že velmi důležitou roli v příčinách patologického hráčství sehraávají kognitivní distorze, a jednou z hlavních léčebných strategií může být jejich úprava.
- **individuální, skupinová a hromadná terapie**
- **svépomocná organizace Anonymních hráčů** (Gamblers Anonymous) – vznikla po vzoru organizace Anonymních alkoholiků. Je založena na podobných principech, na dvanácti krocích. Účast v ní je v USA v současnosti pokládána za nejlepší formu pomoci patologickým hráčům. (Šerý, 2001)
- **rodinná terapie** – hazardní hráčství je rodinný problém. Jedním z cílů rodinné terapie je psychoterapeutická pomoc členům rodiny, kteří jsou vystaveni značnému stresu. Tato terapie má usnadnit léčbu patologického hráčství, protože podpora ze strany okolí (social support) zlepšuje výsledky léčby (Ingle a spol., 2008, in Nešpor, 2011). Cílem je také motivace klienta k léčbě či dohodnutí o nakládání s penězi. (Nešpor, 2011)

Šerý (2001) zdůrazňuje úspěšnost multimodální terapie, která je kombinací více technik. Uplatňují se v ní individuální, rodinná a skupinová terapie, výchova, psychodrama, nácvik komunikační dovednosti, svépomocné skupiny, účast ve svépomocné organizaci Anonymních hráčů. Tento způsob terapie má úspěšnost 50–70 %, tzn. úspěšnost je celkem vysoká. Evidentní je, že úspěšnost léčby závisí především na motivaci klienta či terapeutově schopnosti klienta dostatečně motivovat. Multimodální terapie se jeví jako léčba, která vede k zastavení hraní (abstinenci).

4.9 Svépomocné programy

Svépomocné programy jsou v léčbě závislostí jedním z nejúčinnějších nástrojů, který zahrnuje celou řadu druhů a způsobu aktivit. Svépomocné aktivity se týkají podpory, kterou může získat uživatel návykových látek mimo formální péči při svém pokusu abstinovat nebo minimalizovat rizika spojená se závislostním chováním. (Department of Health of UK, 1997, in Vobořil, Kalina, 2003) Svépomoc bývá součástí úspěšných preventivních i léčebných programů. Svépomocné programy jsou např. metodou celosvětového svépomocného hnutí Anonymních Alkoholiků (AA), Anonymních hráčů (GA), které zahrnuje osoby, jenž mají návykový problém a chtějí jej překonat. (Vobořil, Kalina, 2003) Hnutí AA, GA jsou postavena na 12 krocích. Aby léčba byla účinná, je třeba přiznat si skutečnosti, že se návykové chování vymklo kontrole. Aby si jedinec svoji bezmocnost připustil, je potřeba dosáhnout změn v kognitivním systému. Je nutno obranné mechanismy, které závislé osoby takticky využívají, překonat a nahradit uvědoměním. Prospěšná je identifikace klienta s osobami, které mají podobné problémy, která napomáhá mírnit pocity viny, studu, úzkosti i zlosti. Důležité je přijetí závislosti jako onemocnění. Nejpodstatnějším důsledkem tohoto přijetí je rozhodnutí abstinovat. Členové těchto svépomocných organizací jsou přesvědčeni, že je abstinence při dosahování a udržení zdraví klíčová. Ve dvanáctistupňových programech je kladen důraz na spiritualitu. Jedinci jsou podporováni, aby uvěřili, že existuje něco, co je silnější než oni, aby k této síle obrátili svoji vůli a svoje životy. Duchovní růst a vývoj pomáhá překonat nadměrné zaměření se na sebe a dosáhnout podstatných a nezbytných změn ve struktuře „Self“ a ve způsobu bytí jedince. Klienti jsou vedeni k dosažení a využívání sebepoznání a taky k sebekritice. V léčbě je důležitá jak skupinová terapie tak individuální poradenství. Terapeuti pracují na

růstu klientova uvědomění si svých motivací, následků životního stylu se závislostí, typických reakcí na stres, zlost, odmítnutí a strach. Podporují klienta v uvědomění si emocionálních stavů, postojů a jednání, které by mohly být znamením počínajícího relapsu. Podle teorie 12 kroků závislí jedinci nejsou odpovědní za rozvoj onemocnění, avšak od chvíle, kdy zjistí, že nemocí trpí, za svůj přístup k ní odpovědní jsou. (Wallace, 1999)

4.10 Následná péče

Následná péče má velký význam, usiluje o udržení změn, které nastaly u klienta v průběhu léčby. Jednou z forem následné péče jsou tzv. opakovací léčby. Opakovací léčba je opakovaný pobyt (cca týdně) v léčebném programu, který klient dříve absolvoval. Má velký přínos nejen pro klienta samotného, který při něm může posílit svou abstinenci zhodnocením dosavadních zkušeností, ale i pro aktuálně léčící se klienty, například tím, že vidí, že dokončení léčby a abstinování po ní je možné. Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny, kde se setkávají též klienti, kteří ukončili základní léčbu s klienty aktuálně se léčícími. Setkání probíhají zpravidla jednou týdně a mají stejný cíl jako opakovací léčby, tj. posílení abstinence a výměna zkušeností. Velmi důležitou roli v procesu následné péče hrají též svépomocné skupiny. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů. Specializovanými pracovišti následné péče jsou doléčovací centra, v nichž pracují multidisciplinární týmy, které umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta. (Kalina, 2001) Mezi hlavní složky programu následné péče, který by měl trvat min. 6 měsíců (i rok) patří psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce (intervence zaměřené na stabilizaci životního stylu), chráněná pracovní místa a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit. V procesu uzdravy je nezbytná ustupující intenzita podpory klienta v následné péči, který pak má možnost plně převzít zodpovědnost za svůj život a závislost překonat. (Kuda, 2003)

4.11 Uskutečněné výzkumy

Motivační dotazník jako intervenční a diagnostický nástroj

Motivační dotazník vyvinuli Nešpor, Scheansová, Karbanová v roce 2008 původně jako intervenční nástroj. Během vyplňování dotazníku totiž dochází k posilování motivace, respondent si lépe uvědomí důležité pozitivní i negativní důvody ke změně. Protože dotazník navíc mapuje specificky významné motivační oblasti respondenta k překonání návykové nemoci, provedli autoři dotazníku výzkum, ve kterém se zaměřili právě na strukturu motivace k léčbě u osob s návykovou nemocí. Motivační dotazník byl administrován 77 respondentům, kteří se ústavně či ambulantně léčili pro návykovou nemoc. U 43 osob se jednalo o závislost na alkoholu, u 3 o závislost na alkoholu v kombinaci s jinou látkou, u 14 o závislost na nealkoholové droze, u 14 o patologické hráčství a u 3 o patologické hráčství v kombinaci se závislostí na psychoaktivní látce. Délka abstinence před vyplněním dotazníku se pohybovala od 0 dní až do 9 let. Typická motivační struktura tohoto souboru vypadala následovně: vztahy (69 %), duševní zdraví (67 %), životní úroveň (57 %), pracovní oblast (48 %), tělesné zdraví (36 %), právní záležitosti (27 %). Motivační skór výzkumného souboru byl v průměru 54,9. Následně odděleně spočítali celkový motivační skór u 16 respondentů, kteří v době vyplnění dotazníku abstinovali déle než 90 dní, a u respondentů abstinujících kratší dobu než 30 dní, aby jejich výsledky mohli vzájemně porovnat. Celkový motivační skór skupiny respondentů abstinujících delší dobu než 90 dní činil v průměru 66,3, motivační skór skupiny respondentů abstinujících kratší dobu než 30 dní byl v průměru 54,6. Rozdíl mezi oběma skupinami byl tedy statisticky vysoce signifikantní. (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2009)

Motivace k léčbě u uživatelů nealkoholových drog

Švrčinová (2010) se ve své bakalářské práci zaměřila na motivaci k léčbě u uživatelů nealkoholových drog. Cílem jejího kvalitativního výzkumu bylo zmapovat

motivaci jedinců k léčbě, charakterizovat motivační strukturu, zjistit, co přimělo uživatele návykových látek k rozhodnutí jít se léčit, co je motivuje léčbu dokončit, a co by případně mohlo jedince přivést k relapsu. Výzkumný soubor tvořilo 5 klientů terapeutické komunity (dále TK), kteří abstinovali 2-10 měsíců a 1 pacient podstupující detoxifikaci na psychiatrickém oddělení (dále PO) abstinující 2 dny (užívající ale Subutex). Výzkum byl založen na kombinaci 3 výzkumných metod, použit byl Motivační dotazník, epizodické interview a metoda časové křivky. Výsledky výzkumu potvrdily, že motivace k léčbě drogově závislých vychází ze všech oblastí života jedince, má určitou strukturu, liší se rozložením jednotlivých oblastí a síly motivace v nich. Celkový motivační skóre Motivačního dotazníku u klientů TK činil v průměru 81, u pacienta, podstupujícího detoxifikaci na PO, byl 43, tedy podstatně nižší. Rozdíl mezi skupinou klientů TK a pacientem PO byl vysoce signifikantní. Průměrná motivační struktura klientů TK vypadala takto: duševní zdraví (92%), vztahy (89%), životní úroveň (82%), pracovní oblast (79%), právní záležitosti (59%), tělesné zdraví (50%). U pacienta PO byla struktura motivace následující: životní úroveň (72%), vztahy (50%) a právní záležitosti (50%), duševní zdraví (28%), pracovní oblast (22 %), tělesné zdraví (17%). Pořadí jednotlivých oblastí života u skupiny klientů TK a pacienta PO se lišilo, shodovalo se jen 2. místo, tj. oblast vztahů a místo poslední, tj. tělesné zdraví. Výsledky dotazníku naznačují, že oblast tělesného zdraví je pro všechny respondenty nejméně důležitá. Přitom někteří respondenti měli v důsledku užívání drog špatný zdravotní stav (hepatitida typu C, problémy se zuby a žilním systémem v rukou, zhoršení cukrovky a následné ohrožení na životě). Z výsledků vyplynulo, že každý z respondentů má svou motivaci k léčbě a následné abstinenci odlišné síly a intenzity. Typické je kolísání motivace v průběhu léčby, ale obecně se motivace v závislosti na délce abstinence zvyšuje. Důležité je stále posilování motivace k léčbě a abstinenci, například prostřednictvím připomínání negativ drogové závislosti či kladů léčby a výhod abstinence. Jednotliví respondenti se shodovali na tom, že k rozhodnutí jít se léčit je přimělo zamyšlení se nad svým dosavadním způsobem života, uvědomění si, že chtějí svůj život změnit. U většiny z nich nastal v životě určitý zlom či byl přítomen jistý impuls, na základě jehož se k léčbě rozhodli. Ústřední téma léčících se uživatelů návykových látek představuje tzv. normální život. Představa budoucnosti, tzv. nového začátku, plnohodnotného života je pro ně hlavním motivačním činitelem. Udržuje a posiluje jejich motivaci k léčbě a následné abstinenci. Dále respondenti uváděli jako

motivaci k léčbě úpravu rodinných vztahů, obnovení důvěry blízkých, možnost opětovného vážení si sebe sama, zdraví, práci, studium, koníčky. Podpora rodiny a blízkých je pro všechny respondenty velice žádoucí a důležitá. Craving po droze a obavy z možného relapsu jsou typickými doprovodnými jevy léčby uživatelů návykových látek. Za možné spouštěče respondenti považují bažení po droze, které občas pociťují, setkání se známými, poslech hudby či návštěvu míst, které mají s užíváním drog spojené, zvýšenou psychickou zátěž, nudu. Někteří udávají užití marihuany za spouštěče užití dalších návykových látek. Shodují se na nutnosti vytváření obran proti spouštěčům (aktivní trávení volného času, docházení do doléčovacího centra). Probandi z TK kladně hodnotí to, že se v TK učí, jak předcházet relapsu (jak zpracovávat craving, rozpoznávat tzv. skryté chutě a vyhýbat se možným spouštěčům návykového chování) a připravují se tak na život mimo komunitu.

Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě

Maierová (2009) se ve své diplomové práci zaměřila na motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. Provedla kvalitativní studii, jejíž výzkumný soubor tvořilo 10 klientek ochranné a 10 klientek dobrovolné léčby. Participantky nejčastěji užívaly pervitin, dále pak kokain, heroin, Subutex a Metadon. Pro výzkum byly použity 3 výzkumné metody a to Motivační dotazník, práce s časovými osami osobní drogové kariéry a polostrukturované interview, jenž bylo vedeno jak s klienty tak terapeuty.

Jedním z cílů studie bylo porovnání motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě a popsání důvodů k abstinenci. Vyhodnocení motivačního dotazníku ukázalo, že celkový průměrný motivační skóre skupiny ochranné léčby (dále jen OL) je v porovnání se skupinou dobrovolné léčby nižší. *Struktura motivace OL* vyplývající z výsledků dotazníku je následující: vztahy 68%, duševní zdraví 61%, pracovní oblast 52 %, životní úroveň 51%, právní záležitosti 45% a tělesné zdraví 43%. Motivační struktura vyplývající z odpovědí z interview se vzájemně ve struktuře neliší, kromě třetího místa, kde místo pracovní oblasti participantky umístily právní záležitosti. Vzhledem k opakované zkušenosti s výkonem trestu participantek je celkem pochopitelné, že právní záležitosti jsou motivací potřeby změny. V tělesném zdraví mají participantky

OL nejmenší motivaci ke změně, přičemž závažné tělesné problémy se u nich objevují. Skupina OL chce nejvíce změnit vztahy v rodině. Během pobytu si uvědomily tyto důvody k léčbě: vysoký věk, obnova rodiny a vztahů s dětmi, přítel, životní debakl. Struktura OL se liší od struktury DL ve velikosti procent a v první oblasti. *Motivační struktura dobrovolné léčby* (dále jen DL) vyplývající z výsledků dotazníku: duševního zdraví 86%, vztahy 83%, pracovní oblast 69 %, životní úroveň 68%, právní záležitosti 49% a tělesné zdraví 47%. Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce, životní úroveň, právní záležitosti. Největší motivaci mají v duševním zdraví. U skupiny DL byly důvody k léčbě psychický stav, absolvovaná OL.

Dalším cílem studie byla *konfrontace výsledků výzkumu s názory terapeutů*. Terapeuti OL popisovali jako motivaci klientek rodinu, děti, klientky zdravotní stav aj. Zmiňovali, že se motivace u klientek mění v důsledku psychoterapeutického působení. Kladnou proměnou hraje i čas v léčbě, znovu navázání vztahu s rodinou. Klientky jsou sobě slabou motivací. Terapeuti DL se shodují, že prvotní motivace je u klientů situace a neúnosný psychický stav. U žen matek je často mateřství důvodem k abstinenci, ale bývá nedostačující. Motivace se během léčby mění, klienti si přicházejí na vnitřní důvody ke změně. Odpovědi terapeutů potvrdili zjištěné výsledky klientů, rozdíl byl ale v tom, že terapeuti byli přesvědčeni, že léčbu v OL bere většina klientek jako trest, ale studie ukazuje, že pouze menšina ji takto vnímá.

Třetím cílem studie bylo popsat *roli léčby v průběhu drogové kariéry participantek*. Ukázalo se, že 9 participantek ochranné léčby o změně a abstinenci od drog v průběhu své drogové kariéry uvažovalo. O změně uvažovaly často buď pod nátlakem rodičů či spolu s partnerem, ale do léčby nenastoupily, abstinovaly jen samy doma. Pouze dvě měly zkušenost s léčbou (PL,TK). Jen jedna z participantek o změně nikdy neuvažovala, protože byla spokojená s postavením a vysokým finančním příjmem, který měla z drog. Participantky DL měly větší zkušenost s dobrovolnou léčbou, s PL i TK. První úvahy nad léčbou se u nich objevovaly „na dojezdech“, když pak zvyšoval tlak okolností, okolí do léčby nastoupily. 6 participantek nastoupilo do léčby z nátlaku okolí, zpravidla rodiny. Čtyři participantky abstinovaly kvůli těhotenství, ale po porodu se k užívání drog vrátily. Jedna nastoupila do léčby z psychických důvodů (toxická psychóza) a jedna, aby mohla odejít od partnera. Dvě ženy o léčbě nikdy neuvažovaly. Léčby participantky nikdy nedokončily, důvod spatřovaly v tom, motivace pocházela z okolí a ne z nich samotných.

Léčba se projevila v drogové kariéře participantek z DL v podobě delší zkušenosti s abstinencí, schopností o sobě dokonaleji a souvisleji vyprávět, schopnost lepší sebereflexe. Tyto schopnosti participantkám ochranné léčby chyběly. Studie dokládá, že ochranná léčba má smysl, protože by bez ní participantky o změně neuvažovaly, berou jí jako příležitost ke změně.

Motivace ke změně a účast na léčení jako prediktory výsledků užití alkoholu mezi rezidenty projektu Housing First (Bydlení především)

Autoři studie Collins, Malone a Larimer (2012) se zaměřili na zkoumání potenciálních faktorů, jež mají za následek selhávání léčby založené na abstinenci. Výzkumný soubor tvořilo 95 bezdomovců, kteří měli problémy s užíváním alkoholu a jež byli zapojeni do projektu Housing First (HF), tj. přístup k bydlení, jenž je v souladu s harm-reduction přístupy, není založen na splnění zvláštních požadavků, jako jsou abstinence či účast na léčení. Vycházela z výsledků dříve realizovaných studií, které ukázaly, že mnoho bezdomovců nepovažuje procedury a cíle založené na abstinenci za přijatelné nebo žádoucí, což koreluje s negativním hodnocením léčby na bázi abstinence, sníženou docházkou do ní a horšími léčebnými výsledky. Ukázalo se také, že opakovaně neúspěšné pokusy o léčbu mohou narušit self-efficacy a sebeovládání u budoucích změn chování. Avšak mnohé jedince z těch, jež pro léčbu založenou na abstinenci motivování nebyli, léčba navedla k zájmu změnit jejich pití a redukovat problémy spojené s alkoholem.

Studie dokazuje, že projekt HF, je úspěšný. Čas strávený v HF byl spojen se snížením užívání alkoholu po dobu dvou let. Zkoumána byla motivace ke změně a účast na léčení. Je zřejmé, že motivace ke změně ani účast na léčení nemohou důsledně předvídat užívání alkoholu během dvou let. Závěry studie dokládají, že význam motivace ke změně může převážit nad účastí na léčení v podpoře změny chování u populace bezdomovců. Vyvolat, podpořit a posílit motivaci ke změně je užitečným nástrojem k dosahování lepších výsledků.

Studie SBIRT intervence

Četné studie prokázaly, že standardizovaný screening, krátká intervence a doporučení léčby, tzv. SBIRT intervence, mohou efektivně minimalizovat budoucí konzumaci alkoholu, snížení opakování zranění a opakovaných návštěv pohotovosti. Účelem této studie bylo prozkoumat potřeby pohotovosti týkající se vzdělávání pracovníků, identifikovat činitele a překážky provádění SBIRT na pohotovosti. Bylo vybráno 5 nemocnic, ve kterých byly vybráni z oddělení pohotovosti vždy 2 koordinátoři, jenž se zúčastnili jednodenní SBIRT vzdělávací relace. Vyškolení koordinátoři pak trénovali sestry z pohotovosti v provádění SBIRT a byli dotazováni po 3 a 6 měsíčním období provádění studie. Pouze 2 z 5 nemocnic byly schopny realizovat SBIRT proces do konce. Screening alkoholových problémů byl proveden u 3265 pacientů, z čehož 678 (21%) bylo klasifikováno jako nebezpeční konzumenti. U 56% těchto pacientů byla aplikována 3-5 minutová krátká intervence. Někteří z těchto pacientů následně souhlasili s další péčí. (Désy, Perhats, 2008)

V kvazi-experimentální studii, byla zkoumána účinnost SBIRT intervence aplikovaná zdravotními sestrami na pohotovosti. Výsledky ukázaly, že spotřeba alkoholu ve skupině, která prošla krátkou intervencí, klesla o 70% ve srovnání s 20% snížením ve skupině se standardní péčí. Frekvence pití se také snížila v obou skupinách. Méně pacientů z intervenční skupiny (20%) opakuje návštěvy pohotovosti ve srovnání s pacienty ve skupině s obvyklou péčí (31%). Je tedy zřejmé, že postup SBIRT může mít vliv na konzumaci alkoholu a potenciálně snížit počet zranění a návštěv pohotovosti. (Désy, Howard, Perhats, Li, 2010)

Zlepšení připravenosti ke změně a pití v primární péči u pacientů s nezdravým užíváním alkoholu

Cílem této prospektivní kohortové studie, jejímiž autory jsou Bertholet, Horton a Saitz (2009), bylo zjištění připravenosti ke změně, významu změny a důvěry ve schopnost změnit se u pacientů s nezdravým užíváním alkoholu po návštěvě lékaře primární péče a 6-měsíční posun v pití i kognitivních rozměrů změn chování. Výzkumný soubor tvořilo 173 osob. Opakovaně byla hodnocena připravenost, význam a důvěra pomocí vizuální

analogová škála (VAS). Po 6 měsících vykazovala velká část účastníků studie zlepšení pití a připravenosti ke změně (62%), pití a významu změny (58%), a pití a důvěry ve schopnost se změnit (56%). Účinky bezprostředně po návštěvě lékaře primární péče však byly malé (tj. 1 bod za připravenost, 0,16 za význam, 0,49 za důvěru, na 1-10 měřítku). Lékaři primární péče by měli zvyšovat motivaci pacientů, měli by je vést ke změně chování. Pak začátek těchto změn můžeme detekovat již bezprostředně po návštěvě lékaře. Diskuze s pacientem o alkoholu má dopad na připravenost ke změně.

Faktory na straně klienta ovlivňující léčbu problémového hráčství

Gomes (2011) ve své studii zkoumal různé s klientem související faktory, které by mohly předpovědět léčebné výsledky problémového hráčství, tj. dokončení léčby, pokračování abstinence. Konkrétně faktory, které mohou usnadnit léčbu, tj. sociální podpora, self-efficacy (vnímaná osobní účinnost), motivace, připravenost na změny, coping strategie, či být překážkou léčby, tj. deprese a stres. Výzkumný soubor tvořilo 50 účastníků, kteří byli sledováni 4 měsíce od nástupu do léčby. Hodnoceni byli při zahájení léčby a pak po 1, 2 a 4 měsících. Z 50 účastníků 20 léčbu nedokončilo a 24 dokončilo navazující opatření. Výsledky naznačují, že self-efficacy a deprese, měřeno na počátku, jsou dobrými ukazateli výstupů po 1 a 2 měsících od nástupu léčby a deprese a stres, měřeno po 2 měsících, jsou dobrým prediktorem výsledků zjistitelných 4 měsíce po léčbě.

Jedním z cílů studie bylo zjistit, zda se dá na základě faktorů na straně klienta předpovědět, který z klientů bude mít pozitivní výsledek léčby, tj. snížení závažnosti hráčství, udržování abstinence, a který by mohl mít spíše výsledek špatný, tj. návrat k hazardu, relaps. Poznatky, které ze studie vyplývají, obecně podporují prediktivní model, ale s určitými omezeními. Abstinence self-efficacy a depresivní vlivy měřeny na počátku byly schopny predikovat skóre závažnosti gamblérství 1 a 2 měsíce od počátku léčby. Tak self-efficacy a sociální podpora měřeny na začátku léčby byly schopni předpovědět, kdo by mohl podlehnout relapsu v průběhu prvního měsíce léčby. Ale žádný z proměnných měřených na počátku léčby nepředpověděl relaps po dvou měsících od nástupu léčby. Depresivní vlivy a stres měřené 2 měsíce po nástupu do léčby dokázaly předpovídat relaps po 4 měsíci léčby. Výsledky naznačují, že mladší lidé mají odlišné prediktory nedokončení léčby než jedinci starší. U mladších jedinců self-efficacy a coping strategie byly

negativním prediktorem nedokončení léčby. To ukazuje, že ti z mladších jedinců, kteří postrádají důvěru ve svou schopnost abstinovat a raději emoce potlačují, než aby své pocity vyjádřili, léčbu nedokončí. U starších jedinců byl stres pozitivním prediktorem nedokončení léčby a vlivy deprese jeho negativním prediktorem. Zjištění, že starší jedinci, u nichž byli při nástupu léčby patrné příznaky deprese, mají větší pravděpodobnost, že léčbu dokončí, je zajímavé. Může to být tím, že je právě příznaky deprese vedly k tomu, aby vyhledali pomoc, či proto, že byly léčeny spolu s hráčstvím, což pozitivně ovlivnilo vnímání jedinců. Ze studie vyplývá, že self-efficacy je nejsilnějším prediktorem pozitivních výsledků léčby. Ti, kteří byli nejvíce přesvědčeni o své schopnosti udržet si abstinenci, zůstali pravděpodobně nadále abstinenty.

Výzkumná část

5 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Problematika závislostí je v naší společnosti rozšířená a stále aktuální. Dokládá to i fakt, že poruchy vyvolané návykovými látkami bývají jednou z nejčastějších diagnóz u pacientů ošetřovaných v psychiatrických ordinacích. V roce 2011 se aktivně léčilo a navštívilo psychiatrickou ordinaci 39 033 pacientů užívajících návykové látky, z nichž bylo nejvíce pacientů léčených pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu (téměř 61 procent, tj. 23 643 pacientů). (ÚZIS, 2012b) Zanedbatelný není ani počet pacientů s diagnózou patologického hráčství, kterých se v roce 2011 léčilo 1 385. (ÚZIS, 2012a) Závislostní problém se netýká pouze postiženého jedince, ale zasahuje také jeho rodinu, blízké a v konečném důsledku pak celou společnost.

Cílem mé práce je popsat, analyzovat a interpretovat motivaci ke změně u osob trpících závislostí na alkoholu a patologickým hráčstvím. Motivace ke změně je fenomén hodný zkoumání, je totiž jedním z prediktorů úspěšnosti léčby a následné abstinence. Léčba člověku překonávajícího návykový problém otvírá dveře ke znovu zapojení se do plnohodnotného života. Musí si však závislostní problém nejprve přiznat? Zajímá mě, co přivede člověka k zamyšlení se nad svým dosavadním způsobem života a k touze po změně? Nabízí se mi první výzkumná otázka: *Proč se jedinci s návykovým problémem rozhodli léčit?* Tak jak se mohou lišit jedinci v důvodech, které je vedly k rozhodnutí jít se léčit, mohou mít rozdílné motivy k setrvání v léčbě, jejímu dokončení či k následné abstinenci. Znění mé druhé výzkumné otázky je: *Co motivuje jedince ke změně?* Středem mého zájmu jsou jedinci léčící se se závislostí na alkoholu a patologickým hráčstvím. Ve své předchozí práci jsem se zabývala zkoumáním motivace k léčbě u uživatelů nealkoholových drog. (Švrčinová, 2010) Zajímá mě srovnání motivace u různých druhů závislostí. Pokládám si třetí výzkumnou otázku: *Jsou rozdíly ve struktuře motivace mezi osobami překonávajícími závislost na alkoholu, závislost na pervitinu a patologické hráčství?* Během léčby se pacienti učí mnoho věcí. Jednou z nich je, jak rozpoznat možné spouštěče návykového chování, jak se jim vyhýbat, jak je zpracovávat. Možný relaps je ožehavým tématem. Mají z něj pacienti strach? Má čtvrtá výzkumná otázka zní: *Co by se mohlo stát spouštěčem návykového chování? Jak se mu chtějí jedinci bránit?*

Výzkumné otázky:

1. Proč se jedinci s návykovým problémem rozhodli léčit?
2. Co motivuje jedince ke změně?
3. Jsou rozdíly ve struktuře motivace mezi osobami překonávajícími závislost na alkoholu, závislost na pervitinu a patologické hráčství?
4. Co by se mohlo stát spouštěčem návykového chování? Jak se mu chtějí jedinci bránit?

6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup, protože se mi jeví při výzkumu motivace jako vhodnější. Umožňuje poznání širšího kontextu jevů, poskytuje hluboká a bohatá data. Výzkumník při něm s probandem spoluvytváří realitu, může na ni nazírat z mnoha perspektiv, poznávat ji a tak interpretovat. Dochází ke znamenité ilustraci zkoumaného problému, jenž se pak stává dobře srozumitelným.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. V jeho rámci se cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, 18)

6.1 Typ výzkumu

Jako typ výzkumu jsem si zvolila případovou studii, objektem mého výzkumného zájmu je totiž osoba, tj. případ. Záměrem mé práce je analýza a popis „typického“ případu, kterým je osoba s návykovým problémem podstupující léčbu, usilující o změnu. Pokusím se podrobně prozkoumat jednotlivé případy a porozumět jim. Budu usilovat o sestavení celkového obrazu „typického“ případu v širších souvislostech, zaměřím se především na motivaci ke změně.

„Porozumění případu vyžaduje porozumět jiným případům, aktivitám a událostem a jejich jedinečnosti. Uznání jedinečnosti nespočívá v porovnání případu s normou pomocí hodnot vybraných proměnných, ale v přístupu, jímž ho přiblížíme čtenáři, a který vyzdvihne význam případu, jeho neopakovatelnost, kritickou jedinečnost.“ (Stake, 1995, 43, in Hendl, 2005, 106-107)

6.2 Metody získávání dat

Pro svůj výzkum jsem zvolila použití kombinace tří metod. S účastníky výzkumu jsem vedla narativní rozhovor, na jehož konci jsem je požádala o doplnění nedokončených vět a poté jsem je nechala vyplnit Motivační dotazník.

6.2.1 Narativní rozhovor

Vzhledem k tomu, že jsem svůj výzkum postavila na narativním přístupu, rozhodla jsem se vést s probandy narativní rozhovor, podněcovat je k volnému vyprávění. Chtěla jsem totiž, aby se při rozhovoru projevíly subjektivní významové struktury o určitých událostech, které by se při cíleném dotazování, jak upozorňuje Hendl (2005), nemusely vyjevit. Abych mohla adekvátně interpretovat významy, které lidé předkládají svým zkušenostem, požádala jsem probandy, aby mi vyprávěli svůj životní příběh, přiblížili svou minulost, současnost a představu své budoucnosti. Držela jsem se doporučení Rosenthalové (1995, in Hendl, 2005), která říká, že se má výzkumník soustředit na zvolený úsek života až po rekonstrukci celého života jedince. Vytyčila jsem si témata, které by probandi neměli opomenout, tj. dětství, vztahy v rodině a s vrstevníky, první zkušenosti s návykovým problémem, závislostní kariéra, rozhodnutí podstoupit léčbu, vztahy s blízkými v průběhu závislosti a nyní, možný relaps, motivace ke změně, představa budoucnosti. Byla jsem mile překvapena jak spontánně pacienti hovoří. V psychiatrické léčbě mají pacienti v rámci skupinové terapie za úkol připravit si podle dané struktury životopis, který před skupinou přednesou a jistě i proto s vyprávěním o svém životě neměli problém. Do jejich vyprávění jsem zasahovala jen minimálně, v případě potřeby upřesnění, vyjasnění rozporů, abych danou zkušenost správně pochopila a následně interpretovala. Miovský (2006) připomíná, že cílem je získat co nejvíce autentický materiál, a že je důležité všimnout si, jakým způsobem jej vypravěč strukturoval, jaké části zdůrazňoval, či kterými pasážemi se příliš nezabýval. Způsob vyprávění, volba slov apod. nám může dát cenné informace o vypravěči, jeho životě, prožitcích, zkušenostech atd.

Průběh rozhovoru

Rozhovory probíhaly v místnosti terapeutů. Po příchodu jsem pacienty uvítala, poděkovala jim za jejich ochotu účastnit se výzkumu, znovu jim připomněla cíle, metody a průběh výzkumu. Předložila jsem jim k podepsání informovaný souhlas (viz. příloha 3). Před samotným podpisem informovaného souhlasu jsem jim jeho znění nechala přečíst a ubezpečila jsem se, že mu porozuměli. Rozhovor byl se souhlasem probandů nahráván na diktafon. Při rozhovorech jsem se snažila „vyladit“ na komunikační úroveň probandů. Zvládala jsem slovník cílové skupiny. Chovala jsem se přirozeně. Kromě extrospekce soustředila i na introspekci. Protože jsem se snažila vytvořit důvěrnou a otevřenou atmosféru, refleктоvala jsem své pocity a projevy. Když se mi pacienti svěřovali s tím, že jsou z rozhovoru nervózní, nebála jsem se je ubezpečit, že pro mě je role výzkumníka stejně tak nezvyklá, jako pro ně role probanda. Myslím, že má otevřenost posílila náš vztah i motivaci probandů k rozhovoru. Během rozhovoru jsem byla autentická. Povzbuzovala jsem je, podporovala, případně oceňovala. Pokud jsem potřebovala něco objasnit, nechala jsem si prostřednictvím parafráze vybraný výrok probanda znovu vysvětlit. Jindy jsem se pokoušela o hlubší interpretaci, nabídla jsem probandům pohled na danou věc z jiné perspektivy, což bylo mnohdy probandy kladně ohodnoceno. Zaujala jsem základní výzkumný postoj, kterým je kreativní spoluvytváření výzkumné situace tak, aby byl stále sledován žádoucí cíl, avšak bez nároku na předem připravený způsob, jak k tomuto cíli dospět. Pozice mezi mnou a probandy byla rovnocenná, uvažovala jsem o nich totiž jako o osobách nadaných vůlí a vlastním způsobem seberealizace. Respektovala jsem jejich individuální odlišnosti a nechávala jsem prostor pro jejich projevení. Myslím si, že jsem si získala jejich sympatie i důvěru. (Mioviský, 2006)

Když mi probandi odvyprávěli svůj životní příběh, zastavila jsem nahrávání rozhovoru na diktafon, aby ukončení našeho rozhovoru probíhalo v o to uvolněnější atmosféře. Nechala jsem si probandy přiblížit, jak na ně náš rozhovor působil, jaké z něj mají pocity. Ujistila jsem se, že se probandi, kteří během rozhovoru otevřeli citlivá témata, nenacházejí v rizikovém stavu. Probandi mě ubezpečili, že jsou v pořádku, že i když pro ně některé pasáže nebylo snadné vyprávět, tak v konečném výsledku byl pro ně náš rozhovor přínosem. Mohli si totiž znovu připomenout, proč se k léčbě odhodlali, proč je tak důležité vytrvat a léčbu dokončit. Znovu si uvědomili negativa svého návykového problému, výhody abstinence. Svěřili se mi, že uvítali, že mohli hovořit o svých pocitech, sdílet svou

zkušenost. Protože mi někteří klienti vyjádřili poděkování za náš rozhovor a jeho přínos pro ně i v rámci komunity, dovoluji si tvrdit, že rozhovor probandům jistým způsobem posílil jejich motivaci k léčbě a abstinenci.

Po ukončení rozhovoru jsem probandy požádala o doplnění 7 vět první myšlenkou, která je napadne a také o vyplnění Motivačního dotazníku. Ten již nevyplňovali v mé přítomnosti. Po jeho vyplnění, které realizovali ve svém volném čase, mi jej odevzdali.

6.2.2 Motivační dotazník

Pro zvýšení validity výzkumu jsem se rozhodla použít druhou výzkumnou metodu a to Motivační dotazník, jehož autory jsou Nešpor, Scheansová a Karbanová (2009). Tento dotazník byl primárně vyvinut jako intervenční nástroj s cílem posílit motivaci k překonání návykového problému během jeho vyplňování. Dotazník poskytuje informace o struktuře motivace, zjišťuje specificky významné motivační oblasti motivace respondenta k překonání návykové nemoci.

Dotazník obsahuje celkem 108 otázek, na které respondent odpovídá ano/ne. Otázky jsou rovnoměrně rozděleny do šesti sekcí dotazníku (každá sekce má 18 otázek), zjišťují tak rozložení motivace v jednotlivých oblastech života, jimiž jsou: tělesné zdraví, duševní zdraví, vztahy, pracovní oblast, právní záležitosti, finance a životní úroveň. Rovnoměrné rozdělení otázek podle oblastí života usnadňuje srovnávání výsledků jednotlivých oblastí. Protože autoři dotazníku souhlasí s jeho volným šířením, předkládám jeho plné znění v příloze. (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2009)

6.2.3 Doplnování vět

Pro dotvoření celkového obrazu jsem zvolila použití třetí metody, tj. „Doplnování vět“. Tuto metodu považuji pouze za doplňkovou. Nechala jsem se inspirovat Testem nedokončených vět, který se řadí mezi verbální projektivní metody a spočívá v tom, že jedinec doplňuje začaté věty první myšlenkou, která jej napadne. (Svoboda, 2005)

Probandy jsem požádala o doplnění následujících vět:

- „Soudím, že můj otec zřídka ...
- Vždycky jsem chtěl ...
- Nemám rád lidi, kteří ...
- Přejde takový den, že ...
- Mojí největší chybou je ...
- Většina rodin, které znám ...“ (Svoboda, 2005, 186)
- Mým snem je ...

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovor s probandy byl nahráván na diktafon, bylo tedy nutné provést transkripci, tj. nahraná data převést do textové podoby. Opakovaně jsem poslouchala zvukový záznam, porovnávala jeho původní podobu s podobou transkribovanou, jež byla doslovná. Pro přehlednost transkribovaného textu jsem můj případný dotaz či poznámku vyznačila tučně, abych je tak od vyprávění probandů odlišila a text se stal přehledným. Data jsem zpracovávala a analyzovala podobným způsobem jako při své bakalářské práci. (Švrčinová, 2010)

Po přepsání rozhovoru jsem prováděla narativní rekonstrukci. „*Narativní výzkum je možné chápat jako interpretaci interpretace, jako rekonstrukci konstrukce či jako převyprávění vyprávění.*“ (Chrz, 2007) Převyprávěla jsem tedy příběhy respondentů. Do rámce textu jsem vkládala vybrané pasáže rozhovoru, kterými jsem účastníky výzkumu citovala. Citace probandů jsem od mé interpretace odlišila kurzívou. Nechala jsem se inspirovat kategoriálně-obsahovou analýzou a interpretativní obsahovou analýzou. Předem jsem si určila dvě základní kategorie příběhu, tj. minulost, současnost a budoucnost. Přiřazovala jsem dané části textu do stanovených kategorií, a tak jsem texty kódovala. Když jsem dokončila mou interpretaci životních příběhů probandů a kódování do základních kategorií, rozčlenila jsem text do subkategorií, které jsou vlastně výčtem nejdůležitějších momentů daných pasáží příběhu. Poté jsem pro rychlý přehled pod názvem „Životní příběh v kategoriích“ zhotovila prostý výčet kategorií a jednotlivých

subkategorií, vystihující stěžejní skutečnosti, nejvýznamnější momenty příběhu. Takto upravenou narativní rekonstrukci jsem dále zpracovávala metodou zachycení vzorců. Zaměřila jsem se na hlavní cíl mého výzkumu, tj. zkoumání motivace ke změně. V příběhu jsem pátrala po všech úsecích spadajících do významové kategorie motivace ke změně. Takto upravený text, redukováný na téma motivace probanda, jsem pojmenovala „Vývoj motivace ke změně“. Výsledky analýzy motivace, tj. „Vývoje motivace ke změně“ jsem poté konfrontovala se zpracovanými výsledky Motivačního dotazníku a „Doplňování vět“. Doplněné věty jsem hodnotila kvalitativně. Zajímalo mě, jaká témata jsou probandům společná.

U každého z probandů jsem dospěla k dílčímu výsledku výzkumu. Protože má třetí výzkumná otázka se týká nejen motivace ke změně u osob léčících se ze závislosti na alkoholu či patologickém hráčství, ale také motivace ke změně u jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu, na něž jsem se mimo jiné zaměřila ve své bakalářské práci (Švrčinová, 2010), použila jsem data týkající se motivace ke změně těchto uživatelů ze své bakalářské práce, které jsem dále analyzovala, abych mohla završit celkovou analýzu výzkumných dat. Toto završení spočívalo v použití metody kontrastování a srovnávání, při níž jsem dílčí výsledky výzkumu jednotlivých respondentů i výsledky výzkumu souboru osob léčících se ze závislosti na pervitinu navzájem srovnávala a hledala odlišnosti. Kombinace výše uvedených metod analýzy kvalitativních dat by měla poskytnout dostatečně bohatá a validní data.

6.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Již před zahájením výzkumu jsem se seznámila s etickými pravidly výzkumu. Výchozími etickými zásadami se mi staly základní tři, které, jak uvádějí Bankowski, Bryant, Last (1991), je při výzkumu potřeba dodržet. Jsou jimi:

1. **respekt, úcta k osobám** – právo jednotlivců i skupin být informován a mít možnost vyjádřit se ke své účasti ve výzkum, konkrétní ochrana pro osoby s omezenou autonomií
2. **prospěšnost** – požadavek, aby přínosy převažovaly nad vklady nebo škodami, což může být považováno za ekvivalent Hippokratovy zásady „nepoškodí“.

3. **spravedlnost** – povinnost chránit slabé a zajistit rovnost práv a výhod, a to jak pro skupiny i pro jednotlivce.

Před započítím výzkumu jsem probandy seznámila se zněním informovaného souhlasu (viz. příloha 3) a před jeho podepsáním jsem se ubezpečila, že mu porozuměli. Probandům jsem projevovala zájem, účast, porozumění, ale vůči zjištěným skutečnostem jsem zaujímala neutrální postoj. Vnímala jsem jejich individuální odlišnosti, individuální normy a podle nich posuzovala co je a není vhodné. (Bendová, Dolejš, Charvát, Kolařík, Pechová, Sobotková, ... Vtípil, 2011) Byla jsem si vědoma toho, že v průběhu rozhovoru můžu probandům evokovat nepříjemné životní situace, a proto jsem se během i po skončení rozhovoru ujišťovala, zda se nenachází v rizikovém stavu. Dbala jsem na to, aby byla zachována důvěrnost a již při přepisování rozhovoru, jak doporučuje Švaříček (2007), jsem použila techniku anonymizace dat a reálná jména probandů jsem nahradila pseudonymy. Jsem přesvědčena, že se mi při výzkumu podařilo etické principy dodržet.

7 Soubor

Protože cílovou skupinou, která mě výzkumně zajímala, představovali jedinci léčící se ze závislosti na alkoholu a patologického hráčství, rozhodla jsem se zvolit k výběru výzkumného souboru metodu záměrného výběru přes instituce. Instituci, která splňovala mé kritérium výběru, jsem záhy našla. Oslovila jsem vedení Psychiatrické léčebny v Opavě a požádala jej o možnost vykonání individuální diplomové praxe, v jejímž rámci bych provedla výzkum. Praxe mi byla umožněna. V průběhu jednoho týdne mi byl díky vstřícnému personálu a pacientům přiblížen chod na dvou odděleních, mužském oddělení léčby závislosti na alkoholu a smíšeném oddělení léčby gamblérství a nealkoholových drog. Na obou odděleních jsem mohla v rámci komunity, která probíhala každé ráno, oslovit pacienty a zeptat se jich, zda by byl někdo ochoten zúčastnit se výzkumu. Přiblížila jsem jim průběh, metody a cíle výzkumu, poučila jsem je o dobrovolnosti jejich účasti a možnosti odstoupení z výzkumu, ubezpečila jsem je, že bude výzkum prováděn v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů. Požádala jsem je, ať si případnou účast promyslí a ten, kdo by s účastí ve výzkumu souhlasil, ať se mi kdykoliv během mé praxe přihlásí. Již po komunitě se mi hlásili první pacienti.

Při výběru samotných účastníků byla tedy uplatněna metoda samovýběru. Neměla jsem problém s naplněním stanovené kapacity souboru, tj. osmi probandů, tak aby byli čtyři z nich pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu a čtyři z gamblérství. Naopak jsem bohužel musela pacienty, kteří se k účasti ve výzkumu hlásili během mé časově omezené praxe, po naplnění kapacity odmítat. Léčba v psychiatrické léčebně (dále jen PL) probíhá totiž podle stanoveného režimu a řádu, nemohla jsem a nechtěla narušovat chod zařízení. Výzkumný soubor tedy tvořilo 8 probandů (viz Tab. 3).

Tab. 3: Přehled účastníků výzkumu

Jméno	Věk	Počet předchozích léčení	Počet dnů abstinence	Léčba
Tomáš	27	4	76	A
Stanislav	25	6	47	A
Ondřej	66	1	46	A
Jan	32	2	58	A
Břetislav	32	0	66	PH
Kryštof	34	3	45	PH
Petr	45	0	29	PH
Pavel	25	0	31	PH

Pozn.: **A** = alkoholová závislost, **PH** = patologické hráčství

Na svou třetí výzkumnou otázku, která zní: „Jsou rozdíly v motivaci mezi osobami překonávajícími závislost na alkoholu, závislost na pervitinu a patologické hráčství?“ budu schopna odpovědět pouze s použitím části výsledků ze své bakalářské práce, proto připomínám soubor jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu v tabulce 4. (Švrčinová, 2010)

Tab. 4: Jedinci léčící se ze závislosti na pervitinu

Jméno	Věk	Počet předchozích léčení	Počet měsíců abstinence
Hynek	38	7	6
Pavel2	24	0	10
Irena	27	0	2
Eliška	20	0	6

8 Výsledky

Jak je již uvedeno dříve, svůj výzkum jsem postavila především na narativním přístupu. Před tím, než jsem se zaměřila na téma motivace ke změně, převyprávěla jsem celé životní příběhy probandů, kteří mi jejich prostřednictvím přiblížili svou minulost, současnost i plánovanou budoucnost, významy, které předkládají svým zkušenostem. Tyto převyprávěné životní příběhy neboli „Narativní rekonstrukce“ v této kapitole v plném znění u každého z probandů uvádím, protože na nich především je postavena má výzkumná práce. Čtenáři mé práce, kterému by se takový text zdál příliš obsáhlý, a chtěl by si přiblížit pouze stěžejní části rekonstrukce životních příběhů jednotlivých probandů, nabízím podkapitoly s názvem „Životní příběh v kategoriích“. Samotná analýza motivace ke změně každého respondenta je uvedena pod názvem „Vývoj motivace ke změně“. Dílčí výsledky respondentů jsou dále doplněny výsledky Motivačního dotazníku i „Doplňování vět“. Kapitola je doplněna o výsledky motivace ke změně u osob léčících se ze závislosti na pervitinu a uzavírá ji podkapitola „Shrnutí výsledků výzkumu“, ve které lze nalézt odpovědi na výzkumné otázky.

8.1 Tomáš

léčba závislosti na alkoholu, 27 let, abstinuje 76 dní

8.1.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Pěkné dětství, výborný prospěch ve škole

Tomáš se narodil do bezproblémové rodiny jako prostřední ze tří bratrů. S bratry si Tomáš rozuměl, hrávali si spolu. Rodiče pracovali manuálně, otec měl turnusové směny, býval týden i měsíc mimo domov. Byli finančně zaopatření. Otec s matkou spolu vycházeli dobře, milovali se. „*Co se týče rodičů, měli se vždy velmi rádi a dávali si to i najevo.*“

Tomáš měl výborné známky, bez toho, aniž by se musel učit. „*Měl jsem takovou přirozenou inteligenci, že mi stačilo poslouchat ve škole.*“ Odpoledne po škole trávil volný čas se svými bratry a vrstevníky, kterých měl ve svém okolí mnoho.

Hádky rodičů, otec závislý na alkoholu, stěhování se od otce, otcův konec s pitím

Když bylo Tomášovi 10 let, začali se rodiče hádat. Důvodem bylo pití otce, které se stupňovalo, původní konzumace 1-2 piv denně se zvýšila na 15-20 piv za den. Narůstalo množství hádek. Tomáš i jeho bratři se vždy netěšili na otcův návrat domů. Nejen, že museli chodit nakupovat piva, ale otec býval verbálně velmi agresivní. „*Úplně jsme to nesenášeli. Pamatuju si, že vždy když se pak už vracel z těch turnusů, tak my jako děcka jsme se vždy báli kdy on přijede.*“ Otec přestal pracovat a rodina se tak nacházela v tíživé finanční situaci. Otcovi to bylo lhostejné. „*Když tata začal popíjet a ztratil práci, tak matka byla sama na tři děti a my, jak jsme původně byli bohatí, tak jsme byli čím dál větší socky. Pomalu už nebylo co jíst. A otcovi to bylo jedno.*“ Tomáš si na věci, po kterých toužil vydělával sám na brigádách. Tomášova matka se s otcem snažila vyjít, ale když už byla situace neúnosná, rozhodla se jej opustit. Využila nabídky svého kamaráda a nastěhovala se s Tomášem i jeho bratry do kamarádova bytu. Ten byl čerstvě rozvedený, jezdil za prací do jiného města, v bytě téměř nepobýval. Tomáš s bratry svého otce příliš často nenavštěvovali, většinou jen, když potřebovali peníze. Otec po rozvodu, který proběhl, když měl Tomáš 16 let, omezil své pití, nastoupil pak i na léčení a od té doby nepil vůbec.

Počátek konzumace alkoholu, zhoršení prospěchu, denní pití alkoholu, první zaměstnání, víkendové opíjení se

Tomáš s pitím alkoholu začal, když studoval střední průmyslovou školu chodil se svými spolužáky pravidelně každý pátek na pivo. „*Byl to takový rituál, pravidelně v pátek.*“ Když pak začal se spolužáky chodit za školu, do heren, zhoršil se mu prospěch. Ve čtvrtém ročníku navštěvoval se spolužáky hospody denně, vypil tak 1-2 piva a odcházel domů. Matka v té době navázala se svým kamarádem, v jehož bytě bydleli, vztah. V té době Tomáš i jeho bratři častěji navštěvovali svého otce, ale i s matčíným novým přítelem si rozuměli. Tomáš po úspěšném dokončení střední školy nastoupil do svého prvního zaměstnání. Do něj musel dojíždět, ale bydlel nadále s matkou, které na stravu a bydlení dával měsíčně část své výplaty, zbytek peněz měl pak na své soukromé účely. „*Pro mě to bylo hodně peněz. Mamce jsem dal tři a půl tisíce a se zbytkem jsem si dělal, co jsem chtěl.*“ Jeho každodenní návštěvy hospod pokračovaly i po nástupu do zaměstnání. Přes

víkend, kdy míval volno, se pak pravidelně opíjel, vypil cca 7-8 piv a pár panáků tvrdého alkoholu. Došel totiž k přesvědčení, že pod vlivem alkoholu se lépe baví, jednodušeji navazuje kontakt s novými lidmi.

Bydlení v pronájmu, první láska, zvyšování dávek alkoholu, agresivní chování vůči přítelkyni

Tomáš se pak odstěhoval od rodičů a bydlel v pronájmu s kamarádem. Seznámil se svou přítelkyní, za níž dojížděl do vedlejší vesnice. Spolu s ní a jejími přáteli navštěvovali tamější hospodu, kde společně konzumovali alkohol. „*Ona pocházela taky z vesnice, kde je dobrý kolektiv lidí, takových vrstevníků, kteří žili životem, jakým jsem žil já. V té době jsme začali popíjet takhle spolu i s tou přítelkyní.*“ Tomáš postupně zvyšoval dávky vypitého alkoholu a pil piva rychleji. V práci se mu dařilo, povýšil a stal se vedoucím. S přítelkyní vycházeli dobře. Po roce a půl jejich vztahu se ale Tomášovo chování začalo měnit a býval čím dál častěji na svou přítelkyni nepřijemný. Ona ale jeho následné omluvy přijímala a rychle mu jeho nevhodné chování odpouštěla. „*Začínal už jsem být ale na přítelkyni někdy velmi hnusný. Druhý den jsem to ale většinou u ní vyžehlil. Byla na mě naštvaná nanejvýš jeden den.*“ Víkendy trávil s přítelkyní v jejich rodinném domě, kde pomáhal rodičům přítelkyně, kteří jej měli rádi, s prací okolo domu. Večer vždy pobývali s přítelkyní v hospodě. Jeho nevhodné chování vůči přítelkyní se začalo objevovat pokaždé, když se opil. I přátelům se jeho chování vůči ní nelíbilo a dávali mu to najevo. „*Začali si toho všimnout i ostatní, že jsem na ní škaredý. Říkali mi, že jsem úplně pitomec.*“

Pokusy nepít, rozchod s přítelkyní, utápění žalu v alkoholu, somatický odvykací stav

Tomáš si začal uvědomovat, že mu alkohol způsobuje problémy, že je spouštěčem jeho agresivního chování, že se chová podobně jak jeho otec. Několikrát se rozhodl jít do hospody a nepít. To přítelkyně i kamarádi vždy ocenili. On ale už tak spokojený nebyl. Nudil se a tak se vrátil ke svému dřívějšímu způsobu pití. „*Sice jsem to někdy zvládl, ale byla to nehorázná nuda pro mě. Nějak jsem se nechtěl toho chlastu zbavit.*“ Hádky s přítelkyní se pak začaly objevovat denně, i když byli oba střízliví, a pod vlivem alkoholu se pak jen stupňovaly. Vyústily v jejich rozchod. Tomáš se s rozchodem nemohl smířit a žal utápěl v alkoholu. Víkendové alkoholové tahy, které už trvaly od pátku až do úterý, začal doprovázet somatický odvykací stav. „*Začínal jsem se potit, byl jsem hodně podrážděný.*“

Abúzus alkoholu v práci, výpověď, schůzka s otcem, nástup na léčení

Tomáš v práci půlku směny kontroloval, zda jeho podřízení dělají správně svou práci a poté trávil čas ve své kanceláři. Protože byl v kanceláři sám, nikdo jej nekontroloval, začal konzumovat alkohol i v práci. „*Už jsem si začal dokonce nosit chlast i do práce. Měl jsem samostatný kancl, takže mě tam nechodil nikdo otravovat.*“ Alkoholem mírnil nepříjemné odvykací stavy, které se objevovaly denně, svou podrážděnost a smutek. Kvůli dennímu popíjení alkoholu, kterému se věnoval pak i po práci, byl kolikrát ještě ráno natolik opilý, že nebyl do práce ani schopen dojít. Měl flexibilní pracovní dobu, tak když jednou do práce nešel, jindy odpracoval směnu navíc. Avšak potíže způsobené alkoholem se objevovaly ve stále větší míře, nestíhal pak během měsíce odpracovat daný počet hodin a následně byl z práce propuštěn. Tomášův otec, který v té době již několik let nepil a vedl spořádaný život se svou druhou manželkou, začal mít o svého syna obavy. Promluvil mu do duše a doporučil mu nástup na léčení. Tomáše otcova slova překvapila, protože do té doby s ním otec nikdy takto nehovořil. Když se navíc k otci přidala i matka s ultimátem, že pokud se sebou něco neudělá, má u nich dveře zavřené, rozhodl se Tomáš léčení podstoupit.

Přiznání si problémů spojených s alkoholem, nepřiznání si závislosti, nová práce a pronájem

Tomáš si uvědomoval, že mu alkohol jistě problémy způsobil, že by se však jednalo o závislost na alkoholu si nepřipouštěl. „*Předtím mě vůbec nenapadlo: „Já alkoholik? To jsou tam ti bezdomovci na nádraží, ne já ...*“ Léčbu bral ale vážně. „*Léčbu jsem nebral jsem na lehkou váhu. Hodně mi to otevřelo oči.*“ Chtěl vydržet nějakou dobu nepít, o trvalé abstinenci přesvědčen nebyl. Závislost na alkoholu si nepřiznal ani po absolvování léčby. „*Odcházel jsem s přesvědčením, ne, že nikdy nebudu pít, ale že vydržím nepít co nejdéle. Prostě jsem stoprocentně nebyl smířený s tím, že já jsem ten alkoholik.*“ Našel si novou práci a pronájem. Po dokončení léčby nevyhledal žádnou následnou péči, věřil totiž, že dokáže nepít a později pít kontrolovaně.

Bažení po alkoholu, relaps, výpověď z práce, nástup na 2. léčbu

Alkohol mu ale brzy začal chybět, připadal si bez něj totiž nesvůj. „*Pak se mi po tom chlastu tak stýskalo, protože jsem byl zvyklý, že každý problém, každou stresovou situaci jsem vyřešil alkoholem. Mnoho věcí jsem nebyl zvyklý dělat s úplně čistou hlavou. Nevěděl jsem jak se v různých situacích chovám za střízliva, bylo to pro mě nové*“. Když

po čtyřech měsících nabyl přesvědčení, že se dokáže napít a alkoholu opět nepropadnout, přijal pozvání kolegyně a dal si s ní skleničku vína. Netrvalo dlouho a Tomáš pil alkohol opět denně. Protože se ale styděl, pil potají doma. Problém s alkoholem nabyl stejných rozměrů jako před léčbou. Tomáš opět začal zanedbávat práci a byl propuštěn. „*V těch pár týdnech jsem se zase rozpil tak, že během pár týdnů jsem zase začal chybět v práci a měl jsem absenci. Tam mě tedy taky vyhodili.*“ Tomáš začal mít výčitky svědomí, styděl se, že selhal a alkoholu opět propadl, připustil si, že je nejspíš na alkoholu závislý. Rozhodl se nastoupit na léčbu, nechtěl však zpět na oddělení závislosti na alkoholu, styděl se, že selhal, tak strávil měsíc v PL na oddělení detoxifikace.

Nová práce, šťastný rok abstinence, ztráta ostražitosti vůči alkoholu, alkoholový tah, výpověď

Poté nabyl opět pocitu, že má problém s alkoholem vyřešen, přesvědčoval o tom sám sebe. „*Sám sobě jsem si v podvědomí namlouval, že nejsem alkoholik. I když jsem věděl, že jsem.*“ Tomáš nastoupil do nové práce, dokázal rok abstinovat, oplýval spokojeností. „*Byl to jeden z nejlepších roků mého života*“ . Tomáš byl na sebe patřičně hrdý. „*Byl jsem sám se sebou spokojený, že něco dokážu, že dokážu řešit všechny věci za střízliha, v práci jsem fungoval.*“ Pak ztratil svou ostražitost vůči alkoholu, řekl si že již abstinuje dostatečně dlouho na to, aby se mohl zkusit opět napít. Nepocíťoval bažení přímo po alkoholu, ale chyběly mu účinky alkoholu, stav, který abúzus alkoholu vyvolává. Tomáš si pod vlivem alkoholu připadal zábavnější a tak se jednoho dne se známými opět napil. Bylo mu ale trapné, jak velké množství alkoholu je schopen vypít, pokračoval v pití doma sám. Následoval alkoholový tah. Do práce přestal chodit a dostal výpověď. Netrvalo mu ani měsíc a alkohol konzumoval v takové míře jako před léčbou. „*To jsem od rána do večera pil, pil a pil. Tvrdý alkohol, rum. Byl jsem schopný v té době vypít asi půl litru tvrdého alkoholu, tři litry vína, které jsem prokládal nějakými lahvovými pivy.*“

Schovávaní se před světem, odvykací stavy, pocity studu, depresivní stavy, racionalizace

Schovával se doma před světem. Měl vypnutý i mobil, aby s nikým nemusel komunikovat, nikomu se ospravedlňovat, že opět pije. Objevovaly se u něj třesy, pocení. Noci měl buď bezesné nebo naopak s velice živými sny. Styděl se za své selhání před ostatními i před sebou samým, což bylo doprovázeno depresivními stavy a sebelítostí. Měl pocit, že je na všechno sám a tím si vlastně své omlouval, vytvářel si svůj racionalizační systém. „*Ale*

v tom opojení alkoholovém jsem se dostal do úplné deprese. Nechtěl jsem jít ani mezi lidi, protože jsem se styděl. Začal jsem se utápět v sebelítosti, že se na mě každý vykašlal, že svět je hnusný. Já jsem si v tom ale liboval. Já jsem si to takhle omlouval.“

3. léčba, práce na sobě, vztah se zdravotní sestrou, nová práce a bydlení, přítelkyně motivací

Tomáš věděl, že bude pít tak dlouho, dokud mu nedojdou peníze. Když pak začal střízlivět, rozhodl se opět podstoupit léčení a oslovil matku a otce, zda by mu mohli pomoci s jeho zařízením. Na svou 3. léčbu nastupoval do PL na oddělení léčby závislosti na alkoholu. Léčbu považoval za velmi přínosnou, snažil se při ní zaměřit na sebe sama. *„Ta léčba mi dala velmi hodně. Nevím, jestli jsem byl už smířený s tím, že jsem alkoholik, ale na té léčbě jsem už to nepopíral. A snažil jsem se zaměřit více na sebe.“* V průběhu léčby se zamiloval do dívky, která na oddělení, kde se léčil, konala praxi zdravotní sestry a ta se stala jeho novou přítelkyní. Samotnému léčení již Tomáš nevěnoval až tolik pozornosti. Po absolvování léčby věřil, že díky jeho přítelkyni se mu abstinovat dařit bude. Následnou péči měl v plánu vyhledat, ale stále to odkládal. Přestěhoval se do většího města, kde si našel práci, jež jej velmi bavila. Se svou přítelkyní si velice rozuměl, byla mu oporou. *„Mým největším motorem byla ta přítelkyně. Jelikož ona věděla o mě úplně všechno, bylo snazší, že jsme si začali strašně rychle rozumět.“* Přítelkyně za ním dojížděla, její rodiče o jejich vztahu nevěděli. Tomáš se později dozvěděl, že přítelkyně pochází z rodiny svědků Jehovových, že jejich vztah bude rámován jistými pravidly, např. bydlet spolu před svatbou moci nebudou. Chvíli mu trvalo, než tuto skutečnost přijal, ale začal jí respektovat. *„Trápilo mě, že spolu nemůžeme podle jejich víry bydlet dokud se nevezmeme. Začal jsem to ale respektovat, protože jsem si uvědomil, že bez té víry by nebyla ani taková jaká je.“*

Nárůst sebedůvěry, bažení, relaps, týdenní alkoholový tah, výčitky, deprese, pokus o sebevraždu

Tomášova sebedůvěra rostla, tím se ale snižovala ostražitost vůči alkoholu. Začal pociťovat silné bažení. *„Dostal jsem zase bažení a ten můj našeptávač mi udělal chuť.“* a „zrelapsoval“. Mrzelo jej, že se nepoučil z předchozích léčení a to, že ani kvůli své přítelkyni nedokázal alkoholu odolat. *„Uvědomil jsem si, že chuť na ten chlast je pro mě i silnější než láska k přítelkyni.“* Pil pak týden vkuse, což doprovázely nepříjemné tělesné stavy, a deprese. Tomášovo zklamání ze sebe sama bylo natolik silné, že vyústilo v pokus

o sebevraždě. „*Dostal jsem se do těch příšerných stavů a měl jsem šílené deprese. Už jsem ani nechtěl žít. Chtělo se mi brečet, že jsem zklamal sebe, okolí, přítelkyni, rodinu, bylo mi ze sebe špatně. Když jsem byl v těch nejhorších stavech, tak jsem se začal podřezávat.*“

Když se mu nedařilo podřezat si žíly, užil veškerý Antabus, který měl od kamaráda doma, zapil jej alkoholem. „*Čekal jsem že dostanu infarkt a bude konec.*“ Napsal přítelkyni sms na rozloučenou. Vzápětí mu přítelkyně, matka, otec i bratr volali. Přítelkyni nakonec hovor přijal. Ta brečela, prosila jej, ať si zavolá záchranku, nadávala mu, že je sobecký.

Tomášovi došlo, že zemřít nechce a záchranku si zavolal.

4. léčba, hádka s přítelkyní, relaps, těžký odvykací stav, výčitky svědomí, nástup na 5. léčbu

Z nemocnice byl po dvou dnech převezen na detoxifikační oddělení v PL. Po detoxifikaci se měl dál léčit ambulantně. Když se ale jednoho dne pohádal s přítelkyní, byla to pro něj nejlepší záminka, proč se napít. Pil 10 dní vkuse. Střízlivění po tomto alkoholovém tahu bylo velice nepříjemné. „*Měl jsem nehorázné stavy. Bylo to pocení, třes, křeče v krku, křeče v nohou a strašlivé živé sny. Ty sny byly strašně reálné a nemohl jsem z nich utéct. Každý ten sen skončil tak, že jsem umřel. V těch snech jsem úplně regulérně uvažoval. Bylo to hrozné.* Tomáš trpěl opět výčitkami svědomí, sebelítostí, sebenenávistí. Bylo mu jasné, že potřebuje pomoc a svěřil se svému psychiatrovi a vzápětí nastoupil na svou 5. léčbu.

Současnost a budoucnost

Nový pohled na léčbu i abstinenci, spokojenost s léčbou, podpora přátel a matky v léčbě

Při příchodu na oddělení, kde se již v minulosti léčil, se hrozně styděl. Ale uvědomil si, že jeho závislost na alkoholu mu způsobila tolik problémů, že i když to není příjemné, musí s ní bojovat, musí nad ní vyhrát. Věří, že se již dostatečně poučil. Léčbu nebere na lehkou váhu a na rozdíl od předchozích léčeb si je vědom toho, že abstinovat jednoduché není a chce být vůči alkoholu maximálně ostražitý. Jeho cílem je trvalá abstinence od alkoholu. S průběhem léčby je spokojen, nejvíce oceňuje práci psychologa a jedné z terapeutek, jejichž „tvrdý přístup“ a upřímnost mu vyhovuje. V léčbě jej podporují jeho kamarádi, jimiž jsou 2 spolupacienti z posledního léčení, kterým se abstinovat daří. „*Máme mezi sebou silné kamarádství a oni dva jsou mé vzory. Protože do nich by člověk neřekl, že nedokážou nepít, ale oni to zatím dokázali.*“ Podporu cítí také ze strany matky, se kterou má dobrý vztah.

Touha o obnovení důvěry přítelkyně, učení se zvládání krizí, posilování obran proti spouštěčům

Protože ví, že důvěru své přítelkyně velmi zklamal, je jeho motivací ke změně její důvěru zpět získat. Tomáš se při léčbě chce naučit zvládat krizové situace, jež jsou spolu s bažením spouštěčem jeho návykového problému. Připouští totiž, že pokud by se s ním přítelkyně rozešla, útěchu by jistě hledal jedinečně v alkoholu. Tomáš chce po absolvování léčby posilovat své obrany proti spouštěčům, zařídit si následnou péči, pravidelně navštěvovat psychiatra, skupinu Anonymních Alkoholiků a užívat Antabus.

Boj se závislostí, naplnění volného času, strach z relapsu, životní plány a sny

Má v úmyslu si najít hned novou práci a věnovat se naplno své přítelkyni. Za důležité považuje mít každý den naplánovaný, volný čas naplněný aktivitami, např. sportovními aktivitami s přítelkyní, aby se nemohl nudit. Věří, že když se svou závislostí bude usilovně bojovat, že to zvládne, ale obrovský strach z relapsu nepopírá. „*Věřím, že když už budu konečně o to bojovat, ne jenom kecat, tak je tam větší šance. Strach mám ale příšerný. Už to nechci znovu zažít a pak se tu zase vrátit.*“ Tomáš má ve svých životních plánech jasno. Kromě postupného získání si přítelčiny důvěry, nalezení práce a následného spoření peněz, chce svou přítelkyni požádat o ruku a žít s ní spokojený život.

8.1.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- pěkné dětství, výborný prospěch ve škole
- hádky rodičů, otec závislý na alkoholu, stěhování se od otce, otcův konec s pitím
- počátek konzumace alkoholu, zhoršení prospěchu, denní pití alkoholu, první zaměstnání, víkendové opíjení se
- bydlení v pronájmu, první láska, zvyšování dávek alkoholu, agresivní chování vůči přítelkyni
- pokusy nepít, rozchod s přítelkyní, utápění žalu v alkoholu, somatický odvykací stav
- abúzus alkoholu v práci, výpověď, schůzka s otcem, nástup na léčeni
- přiznání si problémů spojených s alkoholem, nepřiznání si závislosti, nová práce a pronájem
- bažení po alkoholu, relaps, výpověď z práce, nástup na 2. léčbu

- nová práce, šťastný rok abstinence, ztráta ostražitosti vůči alkoholu, alkoholový tah, výpověď
- schovávaní se před světem, odvykací stavy, pocity studu, depresivní stavy, racionalizace
- 3. léčba, práce na sobě, vztah se zdravotní sestrou, nová práce a bydlení, přítelkyně motivací
- nárůst sebedůvěry, bažení, relaps, týdenní alkoholový tah, výčitky, deprese, pokus o sebevraždu
- 4. léčba, hádka s přítelkyní, relaps, těžký odvykací stav, výčitky svědomí, nástup na 5. léčbu

Současnost a budoucnost

- nový pohled na léčbu i abstinenci, spokojenost s léčbou, podpora přátel a matky v léčbě
- touha o obnovení důvěry přítelkyně, učení se zvládání krizí, posilování obran proti spouštěčům
- boj se závislostí, naplnění volného času, strach z relapsu, životní plány a sny

8.1.3 Výsledky Motivačního dotazníku

Na základě počtu kladných odpovědí v jednotlivých sekcích dotazníku, jsem určila, z které oblasti vychází probandova největší motivace ke změně. Celkový motivační skóre je pak tvořen součtem kladných odpovědí z jednotlivých sekcí.

Tomáš má nejsilnější motivaci ke změně ve 3 oblastech, tj. oblasti vztahů, duševního zdraví a životní úrovně, kde dosáhl shodně 89%, následuje oblast pracovní 67 %, právní záležitosti 50 % a poslední místo zaujímá oblast tělesného zdraví 22%. Tomášův celkový motivační skóre činí 73, maximum je 108. (viz Tab.5)

Tab. 5: Výsledky Motivačního dotazníku Tomáše

	Počet kladných odpovědí	% z celového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	4	5%	22%
Duševní zdraví	16	22%	89%
Vztahy	16	22%	89%
Pracovní oblast	12	16%	67%
Právní záležitosti	9	12%	50%
Životní úroveň	16	22%	89%
Celkový skór	73		68%

8.1.4 Doplnění vět

Mým hlavním cílem použití této metody je najít témata, která jsou společná všem probandům. Pro zajímavost si dovoluji uvést vedle doplněných vět probandů také své postřehy.

Soudím, že můj otec zřídka ... „*pil*“.

V rozhovoru hovoří o otcově závislosti na alkoholu. Otec mu evokuje téma pití alkoholu bez ohledu na obsah věty.

Vždycky jsem chtěl ... „*žít*“.

Téma „spokojený život“ je při rozhovoru zásadní.

Nemám rád lidi, kteří ... „*lžou*“.

Přijde takový den, že... „*vyjde slunce*“.

Pozitivní.

Mojí největší chybou je ... „*že si moc věřím*“.

V rozhovoru naznačuje, že zvýšená sebedůvěra vedla k relapsu.

Většina rodin, které znám ... „*je spokojená*“.

Pozitivní.

Mým snem je ... „*si vzít mou přítelkyni za ženu*“.

Uvádí i v rozhovoru.

8.1.5 Vývoj motivace ke změně

Tomášovi doporučil podstoupit 1. léčbu alkoholové závislosti jeho otec, který měl se závislostí na alkoholu osobní zkušenost. Tomášovi díky dennímu abúzu alkoholu vzniklo mnoho problémů, přišel i o práci a tak se na léčení rozhodl nastoupit. Léčbu bral vážně. Své problémy si s každodenním nadměrným pitím alkoholu sice spojil, že je na alkoholu závislý, si však nepřipouštěl. Po léčbě nebyl přesvědčen o své trvalé abstinenci, ale alkoholu se vyhnout chtěl co nejdéle. Když po 4 měsících, provázených bažením po alkoholu, nabyl přesvědčení, že je schopen alkohol konzumovat kontrolovaně, začal pít. Styděl se konzumovat alkohol veřejně, popíjel tedy doma a zanedlouho v takové míře, jako před léčbou. Přišel o další práci, což prohloubilo jeho výčitky svědomí ze selhání. Připustil, že by se u něj mohlo jednat o závislost na alkoholu a nastoupil na 2. léčbu. Tu strávil v PL na oddělení detoxifikace, protože se styděl vrátit na oddělení, na němž se léčil poprvé. Po měsíčním léčení přesvědčoval sám sebe, že má problém s alkoholem vyřešen. Dokázal rok abstinovat, našel si novou práci, byl spokojený. Nabytý sebevědomím ztratil svou ostražitost vůči alkoholu, a protože mu chyběli účinky alkoholu, stav, který abúzus alkoholu vyvolává, napil se. Následoval alkoholový tah a výpověď z práce. Celé dny propil. Protože se za své pití styděl, pil potají doma. Objevovaly se u něj výčitky svědomí, sebelítost, deprese, racionalizace i somatické odvykací stavy. Když mu docházely peníze a začal střízlivět, rozhodl se vyhledat pomoc a nastoupil na 3. léčbu, do PL na oddělení léčby alkoholové závislosti. Léčbu považoval za přínosnou, snažil se zaměřit na sebe sama. V průběhu léčby se zamiloval do zdravotní sestry, která se následně stala jeho přítelkyní. Léčbě pak věnoval méně pozornosti. Věřil, že motivací abstinence mu bude jejich vztah. Po nějaké době od léčby pociťoval Tomáš silné bažení po alkoholu, a protože opět nárůst jeho sebevědomí snížil sílu obran vůči alkoholu, relaps na sebe nenechal dlouho čekat. Následující týdenní alkoholový tah měl spojen s nepříjemnými tělesnými stavy a depresemi. Výčitky svědomí a zklamání ze sebe sama vyústili v pokus o sebevraždu. Díky přítelkyni si ale zavolal záchranku a pokus byl neúspěšný. Podstupoval 4. léčbu v PL na oddělení detoxifikace, kam byl převezen rovnou z nemocnice. Poté se měl léčit ambulantně. Zanedlouho se mu ale hádka s přítelkyní stala dobrou záminkou pro napítí se, které bylo završeno 10-denním alkoholovým tahem. Po tomto tahu bylo střízlivění velmi nepříjemné. Objevil se u něj doposud nejtěžší odvykací stav, který doprovázely výčitky

svědomí, sebelítost a sebenenávist. Tomáš věděl, že potřebuje pomoc, svěřil se svému psychiatrovi a vzápětí nastoupil na svou současnou, tj. 5. léčbu ze závislosti na alkoholu. Protože léčbu na tomto oddělení absolvoval již dvakrát, podstupovat ji zde potřetí se velmi styděl. Přiznání si své závislosti na alkoholu a míra závažnosti problému se závislostí souvisejících, však nad pocity studu převážili. Léčba mu vyhovuje, oceňuje „tvrdý přístup“ psychologa a terapeutky a jejich upřímnost. Má nový postoj k abstinenci. Už ví, že abstinovat není jednoduché. Nechce již přeceňovat své schopnosti závislosti čelit, chce být vůči alkoholu maximálně ostražitý. Jeho cílem je trvalá abstinence od alkoholu. Touží se naučit zvládat krizové situace, o nichž si je vědom, že jsou spolu s bažením spouštěčem jeho návykového problému. Chce proti spouštěčům posilovat obrany, zařídit si následnou péči, pravidelně navštěvovat psychiatra, skupinu Anonymních Alkoholiků a užívat Antabus. Věří, že usilovným bojem se závislost překonat dá, strach z relapsu ale nepopírá. Svůj volný čas má v plánu zaplnit aktivitami, např. sportovními aktivitami s přítelkyní, a nemít tak možnost se nudit. V léčbě jej podporují 2 bývalí spolupacienti, kteří úspěšně abstingují a jsou mu tak vzorem a také jeho matka. Cílem a motivací léčby a následné abstinence je mu především opětovné získání důvěry přítelkyně. Chce si najít novou práci a spořit si peníze. Jeho největším snem je oženit se se svou přítelkyní a žít s ní spokojený život.

Nevýhody závislostního problému: nepříjemné odvykací stavy, pocity studu a osobního zklamání, strach blízkých, ztráta důvěry přítelkyně, výčitky svědomí, sebelítost, sebenenávist, smutek, deprese, pokus o sebevraždu, výpovědi ze zaměstnání

Výhody změny: spokojený budoucí život, obnovení důvěry přítelkyně, rozvoj vztahu s přítelkyní

Relaps: nuda, krizové situace, bažení, ztráta ostražitosti vůči spouštěčům - posílení obran proti spouštěčům, naplnění volného času a jeho rozplánování, přítelkyně, následná péče, podpora ze stran přátel a matky

8.2 Stanislav

léčba závislosti na alkoholu, 25 let, abstinuje 47 dní

8.2.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Dětství poznamenané hádkami rodičů, babiččinou závislostí na alkoholu a šikanou

Stanislav vyrůstal s matkou, nevlastním otcem a mladším bratrem. Vlastního otce nepoznal, matka se s ním rozvedla, fyzicky ji napadal a za to byl i odsouzen. Strýc užíval i vyráběl pervitin. Babička byla závislá na alkoholu, 40 let pila. Stanislav s ní často býval. Nevlastní otec často pil, hádal se s matkou a Stanislav s ním neměl příliš vřelý vztah. Veškeré problémy řešil přes matku. Problémy měl ve škole se šikanou. Žili doma v chudších poměrech, a protože si nemohl dovolit nosit nové oblečení či vlastnit např. mobilní telefon, stal se terčem posměchu. „*Smáli se mi. A taky pracoval jen otec, takže jsme si toho moc nemohli dovolit takže jsem nosil starší věci, někteří měli telefony a a já jsem neměl.*“

Koníčkem bojové umění, první zkušenost s alkoholem a marihuanou, první láska

Vše se změnilo, když se začal věnovat v 11 letech bojovému umění, získal si tak u spolužáků respekt. Ve 12 letech začal kouřit, poprvé se opil s bratrancem, měl první zkušenost s marihuanou. Měl tenkrát pocit, že jedině tak může mezi svými spolužáky, vrstevníky zapadnout. „*Ale hlavně jsem chtěl zapadnout, být jako ostatní, takže jsem v těch 12 letech jsem začal s trávou, alkoholem.*“ Ve 14 letech si našel svou první lásku.

Častější popíjení alkoholu, rodičovský dozor, podpora v pití ze strany babičky

Rodiče, kterým se doneslo, že Stanislav pije a kouří, jej začali více hlídat a kontrolovat. „*Hodně často jsem musel domů přicházet načas, musel jsem na ně foukat, jestli ze mě netáhne.*“ Často trávil čas s babičkou, které vzhledem k její alkoholové závislosti, nevadilo, že Stanislav také pije, ba dokonce ho v pití podporovala, dávala mu na něj peníze, rodičům Stanislava lhala, že je s ní, když se chodil opíjet s kamarády ap.

Učení se tesařem, pokus o sebevraždu, pití alkoholu, experimentování s drogami

Když vyšel základní školu, nastoupil na odborné učiliště, kde se učil tesařem. Když se s ním rozešla přítelkyně, doma se cítil být pod tlakem, pokusil se o sebevraždu a

předávkoval se léky. V nemocnici se po 3 dnech probudil z kómatu. Docházel pak pravidelně na kontroly k psychiatrovi. Rodiče, kteří nabyli pocitu, že je pod odborným dohledem, jej přestali kontrolovat. Stanislav toho využil a začal čím dál více pít a zkoušet drogy. „*Od té doby jsem docházel k psychiatrovi a rodiče povolili tu ruku nade mnou, takže jsem nebyl už tak hlídáný no a já jsem začal více a více pít, více zkušeností s drogami.*“

Pravidelné užívání pervitinu a pití alkoholu, počátek hraní automatů, krátkodobá zaměstnání, výpověď z důvodu podnapilosti

Od 17 let užíval pravidelně pervitin, který nikdy neužil nitrožilně. Užíval jej 3 roky. V 18 letech začal hrát na výherních automatech. Po vyučení, v 19 letech, nastoupil do své první práce, ale protože hodně pil a věnoval se hazardu, o práci záhy přišel. Takto krátkodobých prací vystřídal mnoho. V jedné práci, kde bylo i pro kolegy pít zvykem vydržel dokonce rok. Pil denně, v práci i po práci. „*Tam jsem hodně pil. Vždycky po práci, ale na odpolední a noční i v práci. Tam se pilo dennodenně. Tam ředitel nechodil. Tam pili všichni. Každý si udělal svoje, vypil a šel spát.*“ Pracovní poměr mu byl ukončen výpovědí z důvodu hrubého porušení kázně.

Nová práce, kontrolované denní pití alkoholu, bydlení s bratrancem, nelegální výdělek

Téměř okamžitě ale nastoupil do dalšího zaměstnání, tentokrát do automobilového průmyslu a zde byl zaměstnán 4 roky. Do tohoto zaměstnání si nemohl dovolit chodit pod vlivem alkoholu, pil sice denně, ale takové množství, aby mu to v práci nemohli prokázat. Odstěhoval od rodičů. Kromě pár kousků oblečení s sebou neměl nic. Nastěhoval se do bytu s bratrancem, jenž jej pronajal a vybavil nábytkem. Stanislav se chtěl podílet na financování vybavení bytu, ale půjčku mu nikde nechtěli poskytnout. Rozhodl se pro nelegální výdělek a začal pěstovat a prodávat marihuanu a obchodovat s kradeným zbožím. „*Ale nikde mi nechtěli půjčit tak jsem šel prodávat trávu a pěstovat trávu, kšeftovat s kradenýma věcmi a to pro mě znamenalo velký zisk peněz. Nevěděl jsem co s těma penězma.*“

Utrácení peněz za alkohol, marihuanu a automaty, braní půjček, stěhování se k prarodičům, problémy s nemocnou babičkou

Utrácel je za alkohol, marihuanu a hraní na automatech. Když mu peníze došly, zažádal znovu o půjčku a tentokrát mu ji v bance dali. Celou ji utratil za alkohol a hru na automatech. Bratranec již nechtěl se Stanislavem dále bydlet a odstěhoval se. Stanislav si

nemohl dovolit sám platit nájemné, nastěhoval se proto k prarodičům. Dědeček ten se doma nezdržoval, byl tam většinou doma sám s babičkou. Ta v tu dobu nějakou dobu, protože onemocněla a nebyla si schopná pro alkohol dojít. Za závislostní kariéru se „propila“ až k alkoholovým psychózám, trpěla bludy. „*Měla asi delírko nebo já nevím. Prostě si myslela, že je kung-fu a takové věci.*“ Nechtěl se příliš v domácnosti zdržovat a kolikrát přespál i v hospodě.

Spolu-bydlení s nadřízenými, pěstování a prodej marihuany, alkohol, prohrávání v automatech, 1. léčení z patologického hráčství

Sháněl si nové bydlení a po 2 měsících se odstěhoval. Bydlel v bytě s nadřízenými z práce a opět pěstoval a prodával marihuanu, aby měl na alkohol, hraní automatů a splátky půjčky. Peněz utracených za alkohol a hlavně automaty bylo čím dál víc. Když za měsíc prohrál 200 tisíc Kč, už nemohl dál, rozhodl se podstoupit léčbu na oddělení léčby patologického hráčství. Absolvoval tříměsíční léčbu. „*Díky tomu, že jsem hrál ty automaty, tak jsem byl už na dně z toho všeho, z toho života, tak jsem se dostal na mé první léčení.*“

Přítelkyně z léčby, denní pití alkoholu, relaps na automatech, nedokončená protialkoholní léčba

Během léčení si našel přítelkyni, dívku, jenž se léčila se závislosti na pervitinu. Po léčbě Stanislav abstinovat od pervitinu, marihuany i hraní na automatech. Tuto abstinenci však kompenzoval alkoholem. Pil piva každý den. „*Ale potřeboval jsem mít nějaký stav, tak jsem chodil každý den na to pivo.*“ Dostal pak tetanický záchvat a skončil v nemocnici. Protože alkohol zafungoval jako spouštěč relapsu hraní na hracích automatech, rozhodl se opět vyhledat pomoc a nastoupil na protialkoholní léčbu. Vzhledem k tomu, že přítelkyně nechtěla, aby na léčení strávil celé tři měsíce, ukončil léčbu již po měsíci. „*Volala mi, že mě chce u sebe a tak, tak jsem to tam ukončil.*“ S přítelkyní se následně nastěhoval do pronajatého bytu a abstinovat.

Rozchod s přítelkyní, 2. pokus o sebevraždu, 3. nedokončená léčba, relaps na automatech, prohraní mnoha peněz, 3. pokus o sebevraždu

Jejich vztah však neměl dlouhého trvání, přítelkyně ho opustila. Stanislav byl celý bez sebe, požil veškeré léky, které doma našel, ale protože jich nebylo mnoho, šel je zapít alkoholem do hospody a hrál na hracích automatech. Druhý pokus o sebevraždu se mu nepodařil, bylo mu pouze zle od žaludku. Rozhodl se však podstoupit další, tj. třetí léčbu.

Léčil se na smíšeném oddělení léčby závislostí. Jednoho dne, když šel zaplatit složenky, oslovil jej jeden pacient léčící se se z gamblerství. Navrhl mu, že mohou peníze lépe využít, jít se bavit. Stanislav se dlouho nerozmýšlel a už seděl v hospodě s pivem před automatem a hrál. Ten den vyhrál jackpot 72 tisíc Kč a ubezpečoval sám sebe, že když mu následující den vyplatí výhru, zaplatí si své pohledávky. Věřil, že je vyléčen. To, že se mýlí se ukázalo hned po vyplacení výhry, kdy se opil a během hodiny prohrál kromě výhry i veškeré své další peníze, tj. cca 100 tisíc Kč. Pokusil se potřetí o sebevraždu. „*A když mi to vyplatili tak jsem se zase opil doněma a během hodiny jsem to všechno prohrál a i peníze, které jsem měl, takže jsem zase prohrál asi 100 tisíc. No pak jsem se pokusil o sebevraždu.*“

4. léčba, jiný přístup k ní, půl roku v TK

Dostal se pak na uzavřené oddělení léčby závislostí a měl pocit, že až tato, v pořadí již čtvrtá, léčba mu otevřela oči. Zařídil si během ní i nástup do terapeutické komunity pro smíšené závislosti. V TK si udělal pořádek ve financích, protože pobíral nemocenskou, mnoho dluhů splatil a dokonce si našetřil 50 tisíc Kč. V komunitě strávil asi půl roku, pak léčbu předčasně ukončil. „*Jenže tam jsem možná byl půl roku a po psychické stránce jsem to tam už nezvládal.*“ Zpětně toto rozhodnutí vnímá jako chybné. „*Tak jsem odešel a to byla ta chyba, že jsem si nezařídil ani doléčovací centrum, nic.*“

Bydlení v hotelu, pěstování a kouření marihuany, nalezení důvodu se napít, pití 2 měsíce vkuse

Když přišel z TK, neměl kam jít, protože nájemní smlouvu před svým léčením ukončil a nábytek, který vlastnil uschoval k bratrovi. Zaplatil si hotel. Ukončil pracovní poměr. Začal znovu pěstovat marihuanu a také ji kouřit. Po návštěvě bratra zjistil, že mu jeho nábytek rozprodala bratrova drogově závislá přítelkyně. Když se pak ještě dozvěděl, že jeho přítelkyně jej vlastně opustila kvůli jinému muži, navíc drogově závislému, byl to pro něj důvod znovu se napít. „*Bylo toho na mě moc a nic jiného mě nenapsalo, než se opít.*“ Pil celé dva měsíce, v hospodě trávil i 3-4 dny vkuse. Denně vypil cca 20-25 piv.

Relaps na automatech, střízlivění, psychózy, návštěva psychiatra, 5. léčení

Po dvou měsících pití měl relaps na automatech. Neprohrál moc, peněz v té době již moc neměl. Začal střízlivět. Střízlivění doprovázely halucinace. „*Jako já jsem nevěděl, co to je. Slyšel jsem hlasy, bylo to jak živé.*“ Neváhal a navštívil psychiatra, který jej okamžitě nechal převést do psychiatrické léčebny na oddělení léčby psychóz. „*No a kvůli těm*

psychózám jsem navštívil psychiatra, všechno jsem mu řekl a čekal jsem, že mi dá nějaký prášek a že dál budu pokračovat v tom alkoholu. O léčbě jsem ani nepřemýšlel. Psychiatr mi ale zavolal rychlou a jel jsem na uzavřené oddělení, protože jsem byl nebezpečný sobě i okolí.“ Léčil se zde půl roku, ale psychózy, i když v menší míře, se u něj objevovaly nadále.

Snaha zbavit se psychóz alkoholem, nástup na 6. léčbu do PL, následně po 2. do TK a zpět do PL

Snažil se jich zbavit po svém, tj. pomocí alkoholu. „*Po jednom dni se začali vracet. A mě hned napadlo se prostě opít.*“ Protože alkohol psychózy ještě vystupňoval, s obavami o své zdraví oslovil TK o možnost opětovného nástupu k léčbě. Tam jej, s podmínkou šestitýdenní léčby na protialkoholním oddělení PL, znovu přijali. V TK strávil dalších 5 měsíců, ale systém léčby mu pak opět přestal vyhovovat, požádal tedy o možnost znovu nastoupení na protialkoholní oddělení PL. V té době si uvědomoval, že pokud by z TK odešel a dále se neléčil, abstinence by neměla dlouhého trvání.

Následná péče, nebankovní půjčky, dluhy, tajení pití alkoholu

Po léčení v PL spolupracoval s doléčovacím centrem, řešil své dluhy, našel si práci. O práci zanedlouho přišel, podával žádosti o nebankovní půjčky, jimž bylo vyhověno. Našel si další práci i bydlení se spolubydlicími v rodinném domě. Protože mu dluhy přerůstaly přes hlavu, trpěl depresivními stavy, opět sáhl po alkoholu. „*Ze začátku to začalo nevinně, měl jsem deprese a chtěl jsem se nějak odreagovat. Začalo to od ovocného piva, přes desítku až to skončilo tím, že jsem vypil litr nebo litr a půl tvrdého denně.*“ Aby se mohl věnovat pití, vzal si v práci nemocenskou a pil zavřený doma, aby jej nikdo neviděl a neměl přístup k výherním automatům.

Pití i na veřejnosti, hraní automatů, pomoc kamaráda, terapeutky z doléčovacího centra, nástup na 7. léčbu

Po měsíci tajení pití alkoholu mu začalo být jedno, zda jej někdo pít uvidí a i automatům se již nevyhýbal a hrál. Se svými problémy se svěřil kamarádovi z doléčovacího centra. „*Ale nechtěl jsem se nikomu svěřit. Nakonec jsem se svěřil kamarádovi z doléčovacího centra.*“ Tento kamarád je snad jeho prvním opravdovým kamarádem v životě. Dříve si rozuměl pouze s dívkami. Kamarád kontaktoval terapeutku, jež byla ochotná se ihned se Stanislavem sejít a situaci řešit. Dospěli k závěru, že protialkoholní léčba je nevyhnutelná a Stanislav nastoupil k současné tříměsíční léčbě v PL.

Současnost a budoucnost

Spolupráce se sociální pracovníci, podpora ze strany matky, strach o bratra inklinujícího k závislostnímu chování

V léčbě se léčí Stanislav měsíc a půl. Pracuje nejen na léčbě své závislosti, ale se sociální pracovníci řeší i své dluhy, bydlení. Uvažuje o doléčovacím programu, protože je přesvědčen, že by následnou abstinenci sám nezvládl. „*Možná pak půjdu i na doléčovák. Nechci vyjít jen tak na holo, protože bych to sám nezvládl.*“ V léčbě jej podporuje jeho matka, se kterou má kamarádský vztah, může se jí se vším svěřit. S otcem příliš nekomunikují, jejich kontakt je omezen na pozdrav. S bratrem vychází dobře, ale má o něj strach. Stanislav má pocit, že jej bratr, se kterým se často společně opijeli, vnímá jako svůj vzor a jde v jeho šlépějích. Má totiž také problémy s návykovými látkami.

Touha žít normální život, strach o své zdraví, zmenšující se obavy z relapsu, bažení po alkoholu

Stanislav touží žít normální život. „*Chci žít normálně, jako každý jiný, třeba jako má rodiče. Oni si třeba zajdou na to pivo a tak...ale já na to pivo nemůžu, vím, že by se mi to vrátilo.*“ Chtěl by abstinovat, protože se bojí o své zdraví. Užívá antidepresiva, anticravingové léky, magnesium na tetánii, když jde na vycházku, žádá o Antabus. Když jede na návštěvu k rodičům a vrací se tak na místa, kde se věnoval svému závislostnímu chování, má sice strach z relapsu, ale čím déle je v léčbě, tím menší. „*Ted' jsem v polovině léčby a ty chutě jsou minimální.*“ Když na něj přijdou „chutě“, snaží se od nich odpoutat myšlenky, jde si zacvičit apod. Bažení má hlavně po alkoholu. Automaty od první léčby hrál jen pod vlivem alkoholu, takže, když je střízlivý, bažení se moc neobjevuje.

Budoucnost s přítelkyní, spokojenost s léčbou, práce na vztahu s rodiči, odpuštění lži, nový pohled na léčbu

Po léčbě chce abstinovat, zařizuje si doléčovací program, těší se na život s novou přítelkyní, se kterou se seznámil při současné léčbě. Je to pacientka trpící schizofrenií. Motivací ke změně je mu přítelkyně, rodina, práce, bydlení. „*Prostě život, jako mají ostatní lidé. Nechci se motat po těch léčebnách.*“ Současná léčba mu vyhovuje. Líbí se mu, že se jedná o otevřené oddělení. „*Nejsem zavřený, mám pohyb.*“ Líbí se mu, že mu sociální pracovníce pomáhá s řešením jeho dluhů. V rámci terapie se pracuje na zlepšení rodinných vztahů. Je mu líto, že rodičům lhal, aby mu půjčovali peníze a s tím by se jim chtěl svěřit a požádat o odpuštění. Věří, že tato léčba pro něj bude startem do nového

života. „*Beru ji pozitivně tu léčbu.*“ Na rozdíl od léčeb předchozích si uvědomil, že to vše dělá sám pro sebe. „*Když nebudu fungovat já, tak nebudu moct pracovat, nebudu moct být s přítelkyní, nebudu moct navštěvovat synovce, kterého mám hrozně rád. Nebudu schopen ničeho. Předtím jsem to bral hodně, jako pro ostatní, pro ženské. Ale teď to dělám pro sebe.*“

8.2.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- dětství poznamenané hádkami rodičů, babiččinou závislostí na alkoholu a šikanou
- koníčkem bojové umění, první zkušenost s alkoholem a marihuanou, první láska
- častější popíjení alkoholu, rodičovský dozor, podpora v pití ze strany babičky
- učení se tesařem, pokus o sebevraždu, pití alkoholu, experimentování s drogami
- pravidelné užívání pervitinu a pití alkoholu, počátek hraní automatů, krátkodobá zaměstnání, výpověď z důvodu podnapilosti
- nová práce, kontrolované denní pití alkoholu, bydlení s bratrance, nelegální výdělek
- utrácení peněz za alkohol, marihuanu a automaty, braní půjček, stěhování se k prarodičům, problémy s nemocnou babičkou
- spolu-bydlení s nadřízenými, pěstování a prodej marihuany, alkohol, prohrávání v automatech, 1. léčení z patologického hráčství
- přítelkyně z léčby, denní pití alkoholu, relaps na automatech, nedokončená protialkoholní léčba
- rozchod s přítelkyní, 2. pokus o sebevraždu, 3. nedokončená léčba, relaps na automatech, prohraní mnoha peněz, 3. pokus o sebevraždu
- 4. léčba, jiný přístup k ní, půl roku v TK
- bydlení v hotelu, pěstování a kouření marihuany, nalezení důvodu se napít, pití 2 měsíce vkuse
- relaps na automatech, střízlivění, psychózy, návštěva psychiatra, 5. léčení
- snaha zbavit se psychóz alkoholem, nástup na 6. léčbu do PL, následně po 2. do TK a zpět do PL
- následná péče, nebankovní půjčky, dluhy, tajení pití alkoholu
- pití i na veřejnosti, hraní automatů, pomoc kamaráda, terapeutky z doléčovacího centra,

nástup na 7. léčbu

Současnost a budoucnost

- spolupráce se sociální pracovníci, podpora ze strany matky, strach o bratra inklinujícího k závislostnímu chování
- touha žít normální život, strach o své zdraví, zmenšující se obavy z relapsu, bažení po alkoholu
- budoucnost s přítelkyní, spokojenost s léčbou, práce na vztahu s rodiči, odpuštění lži, nový pohled na léčbu

8.2.3 Doplnění vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „ <i>to fakt nevím</i> “.	Vlastního otce nepoznal. S nevlastním měl špatný vztah.
Vždycky jsem chtěl ... „ <i>mít rodinu</i> .“	Téma rodiny - ústřední téma probandů.
Nemám rád lidi, kteří ... „ <i>mě serou</i> “.	
Přijde takový den, že... „ <i>se někdy chci napít</i> “.	V rozhovoru zmiňuje bažení po alkoholu.
Mojí největší chybou je ... „ <i>to, že jsem to všechno posral</i> “.	Z rozhovoru vyplývá, že kvůli svým závislostem je na 7. léčbě.
Většina rodin, které znám ... „ <i>mají rádi své děti</i> “.	Pozitivní.
Mým snem je ... „ <i>mít spokojený život</i> “.	Téma „spokojený život“ je při rozhovoru zásadní.

8.2.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Nejsilnější motivaci ke změně má Stanislav v oblasti duševního zdraví, kde dosáhl 100%, druhé místo v jeho struktuře motivace zaujímá oblast vztahů 94%, dále životní úroveň 83%, pracovní oblast 72% a o poslední místo se dělí tělesné zdraví a právní záležitosti 33 %. Stanislav má celkový motivační skóre 75. (viz Tab.6)

Tab. 6: Výsledky Motivačního dotazníku Stanislava

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	6	8%	33%
Duševní zdraví	18	24%	100%
Vztahy	17	23%	94%
Pracovní oblast	13	17%	72%
Právní záležitosti	6	8%	33%
Životní úroveň	15	20%	83%
Celkový skór	75		69%

8.2.5 Vývoj motivace ke změně

Stanislav se rozhodl nastoupit na svou 1. léčbu, tj. léčbu patologického hráčství poté, co během jednoho měsíce prohrál 200 tisíc a už nemohl dál. Dluhy mu díky půjčkám, které si bral, aby mohl hrát, již totiž přerůstaly přes hlavu. Aby měl peníze na hraní automatů, tak se kromě brání půjček, uchyloval i k nelegálním výdělkům, pěstoval a prodával marihuanu, obchodoval s kradenými věcmi. Stanislav užíval pervitin i marihuanu. Problémy mu způsobovala také jeho každodenní konzumace alkoholu, díky níž byl i propuštěn z práce. Na léčbu nastoupil, protože mu bylo zle ze života jaký vede. Po léčbě Stanislav abstinovat od pervitinu, marihuany i hraní na automatech, ale protože „potřeboval nějaký stav“ věnoval se každodennímu abúzu alkoholu. Když pak alkohol zafungoval jako spouštěč relapsu hraní na automatech, rozhodl se nastoupit 2. léčbu, tentokrát léčbu závislosti na alkoholu. Tu však nedokončil, protože se nechal ovlivnit přítelkyní, která si jeho pobyt v léčebně nepřála. Chvilí abstinovat, ale když jej opustila přítelkyně, předávkoval se léky, které doma našel, opil se a hrál na automatech. Tento nevydařený pokus o sebevraždu a relaps jej vedly k rozhodnutí podstoupit 3. léčbu, kterou nastoupil na smíšené oddělení léčby závislostí. Léčbu nedokončil, nechal se stáhnout spolupacientem, jenž se léčil ze závislosti na automatech a „zrelapsoval“. Ten den vyhrál velký obnos peněz a věřil, že je vyléčen, že když půjde následující den výhru vyzvednout, zaplatí si své pohledávky, závislosti nepropadne. Hned následující den byl vyveden z omylu, opil se a hrál na automatech, kde prohrál kromě výhry i všechny své peníze, tj. cca

100 tisíc Kč. Byl sebou tak zklamaný, že se opět pokusil o sebevraždu a následně byl převezen na uzavřené oddělení léčby závislostí. Tato v pořadí již 4. léčba mu otevřela oči, došlo mu, že pouhý pobyt v PL pro něj není dostačující a rozhodl se po dokončení pobytu v PL pro nástup do TK pro smíšené závislosti. Během půlročního pobytu v TK si udělal pořádek ve financích, z nemocenských dávek zaplatil mnoho svých pohledávek a dokonce si našetřil 50 tisíc Kč. Léčbu předčasně ukončil, protože se v komunitě přestal cítit dobře a zpětně považuje za velkou chybu, že si nezařídil doléčovací centrum. Ihned po odchodu z TK začal pěstovat a kouřit marihuanu a při první krizové situaci vyhledal alkohol. Následoval dvoutměsíční alkoholový tah, který vyústil v relaps na automatech. Stanislav již neměl žádné peníze a začal střízlivět. Střízlivění ale doprovázely sluchové halucinace. Začal mít strach a navštívil psychiatra. Ten jej okamžitě nechal převést na oddělení léčby psychóz, protože byl nebezpečný sobě i okolí. Stanislavova již 5. léčba trvala půl roku. Když se u něj psychózy objevily i po odchodu z PL, napadlo jej se jich zbavit alkoholem, což vedlo jen k jejich vystupňování. Měl obavy o své zdraví, proto chtěl nastoupit opět na léčení, tj. 6. léčbu. Oslovil TK, kde jej s podmínkou šestitýdenní protialkoholní léčby v PL, přijali. V TK strávil 5 měsíců, ale systém léčby mu pak opět přestal vyhovovat, požádal o možnost znovu nastoupení na protialkoholní oddělení PL. V té době si uvědomoval, že pokud by z TK odešel a dále se neléčil, abstinence by neměla dlouhého trvání. Po léčení v PL spolupracoval s doléčovacím centrem, řešil své dluhy, našel si práci. Když ale o práci přišel, bral si nebankovní půjčky, aby nebyl bez finančních prostředků. Dluhy mu tak narůstaly, trpěl depresivními stavy, kterých se chtěl zbavit abúzem alkoholu. Styděl se, že znovu pije a nechtěl znovu „zrelapsovat“ na hracích automatech, pil tedy doma. Pak mu to ale začalo být lhostejné, pil i na veřejnosti a věnoval se hraní automatů. Se svými problémy se svěřil kamarádovi z doléčovacího centra, jenž mu zařídil schůzku s terapeutkou, s níž Stanislav dospěl k závěru, že je protialkoholní léčba nevyhnutelná. Nastoupil tak na 7. léčbu, léčbu současnou. Léčba je tříměsíční a Stanislav se aktuálně léčí měsíc a půl. Je rád, že může kromě práce se svou závislostí pobyt v PL využít také k řešení svých dluhů, bydlení aj. Současná léčba na otevřeném oddělení mu vyhovuje. Je přesvědčen, že po léčbě v PL je pro něj následná péče nezbytná, že není připraven ubránit se své závislosti sám. Zařizuje si doléčovací program. V léčbě jej podporuje jeho matka, se kterou si rozumí, stejně jako s bratrem. S otcem příliš nekomunikují. V rámci terapie chce pracovat na zlepšení rodinných vztahů, budování vztahu s otcem. Stanislavovi je líto, že

kvůli svým závislostem rodičům lhal, aby z nich vymámil peníze, touží po jejich odpuštění. Stanislav užívá antidepresiva, anticravingové léky, magnesium na tetánii, když jde na vycházku, žádá o Antabus. Chce abstinovat, protože se bojí o své zdraví. Bažení po alkoholu se v průběhu léčby pomalu vytrácí, když na něj přijde je jeho obranou odpoutání myšlenek, tělesný pohyb ap. Motivací ke změně je mu přítelkyně, rodina, práce, bydlení, tzv. normální život. Na rozdíl od léceb předchozích si uvědomil, že to vše dělá sám pro sebe, proto věří, že právě tato léčba pro něj bude startem do nového života.

Nevýhody závislostního problému: výpověď z práce, nelegální výdělek, půjčky, dluhy, stres, lži, strach o zdraví, depresivní stavy, psychózy, pocity studu, lítost, pokusy o sebevraždu, špatný životní styl

Výhody změny: splácení dluhů, nové bydlení s přítelkyní, úprava rodinných vztahů, odpuštění rodičů, normální život

Relaps: bažení po alkoholu možným spouštěčem - obranou odpoutání myšlenek, tělesný pohyb, obranou proti relapsu na hracích automatech - abstinence od alkoholu

8.3 Ondřej

léčba závislosti na alkoholu, 66 let, abstinuje 46 dní

8.3.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Pěkné dětství ve slušné rodině, volný čas trávený s vrstevníky, dobrý vztah s bratry
Ondřej pochází ze slušné městské rodiny. Rodiče nikdy nepili. Otec se vyučil elektrikářem, ale protože ho zlákala možnost většího výdělku, stal se příslušníkem Sboru národní bezpečnosti. Práce byla spojená s cestováním a při jedné ze svých cest se seznámil s Ondřejovou matkou. Vzali se a narodili se jim dva synové, Ondřejovi bratři. Často se stěhovali, ale když se pak narodil Ondřej, otec dostal státní byt a usídlili se. Matka, vyučená švadlena, byla dlouho v domácnosti, aby se mohla věnovat dětem. V domě, kde bydlel Ondřej se svou rodinou, bydlelo mnoho mladých rodičů s dětmi v Ondřejově věku.

Ondřej na své dětství, které trávil se svými vrstevníky vzpomíná velmi rád. „*Tam byli v podstatě rodiče stejného věku i děti stejného věku tak jsem tam poznal své spolužáky a děti, kteří byli o rok nebo o dva mladší, čili jsme byli taková stejná kategorie, takže jsem vyrůstal vlastně v takové normální krásné době a kolektivním prostředí.*“ Se staršími bratry měl dobrý vztah, pomáhali mu s úkoly do školy, hodně se od nich naučil. Četl například literaturu, kterou jeho vrstevníci vůbec neznali. Ne základní škole míval výborný prospěch, jen od sedmé třídy mu problém začala dělat ruština, kterou učil rodilý rus, a míval z ní trojky. Otec se po dlouhých letech vrátil k práci ve svém oboru. Nastoupil do práce jako elektrikář, vystudoval nástavbu a byl povýšen na projektanta elektroinstalací.

Záliba v montování elektronických součástek, složení maturity jako mechanika, nedokončené studium na vysoké škole

Ondřeje velice oslovila otcova práce, jejíž přípravě se věnoval i doma. Hlavním Ondřejovým koníčkem se stalo montování rádií, sluchátek apod. Po základní škole se rozhodl vyučit mechanikem elektronických zařízení. Po vyučení nastoupil jako opravář pro místní televizní službu, kde pracoval cca 30 let. S kolegy v práci vycházel dobře, až na jednoho, který byl stejně hovorný jako on a tak si nerozuměli. Protože se chtěl ve svém oboru zdokonalovat, nastoupil po vojně jako mechanik elektronických zařízení na Střední průmyslové škole pro zaměstnané. „*Takže jsem tam byl přijat, 5-6 roků jsem studoval s výborným prospěchem, tam jsem měl vždycky vyznamenání, tam se mi to dařilo.*“

Odmaturoval s vyznamenáním a přihlásil se na vysokou školu. Ve třetím ročníku ale studia zanechal, protože byl v zaměstnání příliš vytížen.

Svatba, narození dcer, věnování se zálibám

Ondřej se zamiloval, začal se svou přítelkyní žít a oženil se. Narodili se jim dvě dcery. Výchova dcer byla bezproblémová. Ve škole dobře prospívaly. Zpočátku manželství se Ondřej moc doma nezdržoval, sportoval, navštěvoval saunu. „*V těch prvních letech manželství jsem byl já ten horší, jako v tom smyslu, že jsem chodil do sauny, že jsem sportoval, byl jsem pořád někde.*“ Se svými přáteli chodil 1-2 krát týdně na 2-3 piva. Problémy s alkoholem v té době neměl.

Trávení volného času doma, rozvod, seznámení se s družkou, práce OSVČ

Když byly dcery ve školním věku, začal se zdržovat spíše doma. Se svou ženou žili ve společné domácnosti 15 let, ale ta si potom našla přítele. „*Ale potom, kolem 40 mojí jsem se usadil a byl jsem taková puška domácí tak si ona našla chlapce a opustila mě.*“ Ondřej

to celkem klidně přijal, ale bylo mu líto dcer, hlavně mladší, která měla v té době 9 let a nesla následný rozvod velmi těžce. Ondřej zůstal sám, ale ne na dlouho. Za půl roku si našel přítelkyni, jež se k němu záhy, i s dítětem, které měla z prvního manželství, nastěhovala a stala se jeho družkou. Svou nevlastní dceru vychovával Ondřej společně se svou družkou. Když mu bylo 44 let, ze svého zaměstnání odešel, a začal pracovat jako OSVČ. Náplní jeho práce byla oprava televizorů, poradenství a zprostředkování nákupu nových televizorů.

Odchod do důchodu, neshody s družkou a jejich následný rozchod, ztráta přátel, zapíjení žalu alkoholem

Když ale došlo v naší republice k digitalizaci televizního vysílání a lidé si místo klasických televizorů začali kupovat ploché televize, jimž Ondřej až tolik nerozuměl, svou živnost ukončil a předčasně nastoupil do důchodu. Svým sportovním koníčkům se již delší dobu nevěnoval, protože měl zdravotní potíže s páteří, takže měl najednou mnoho volného času. S družkou spolu žili 26 let. Před dvěma roky jeho družka v práci povýšila, stala se manažerkou. Doma se již příliš nezdržovala. Jezdila na různá školení i zahraniční cesty a stýkala se s novými lidmi. Ondřej je přesvědčen, že mu bývala nevěrná. Před vánoci jej družka opustila. „*V té době se začala stýkat s divnými lidmi, jezdila na školení třeba na týden do Turecka. Jednou měsíčně měli různé aktivity 3-4 denní, chodili tam na nějaký kurz, ale taky do sklípku a tam se podle mě seznámila s jinými lidmi a nejspíš i s druhým pohlavím, a že mi nejspíš začala být trošku nevěrná, takže mě taky opustila.*“ Přátelé, které měl se svou družkou společně, s ním celkem přestali komunikovat, dali přednost setkáním s ní. „*Ona je společenější ještě více než já, protože ta partie dává přednost jí a s ní tráví Vánoce a Silvestr.*“ Takže to je taky jeden z těch důvodů, ztratil jsem kolektiv Ondřej byl během krátké doby bez své milované práce, bez družky i bez přátel. Svůj žal začal zapíjet alkoholem.

Z konzumenta pijákem a na alkoholu závislým, nenávist vůči vánocům, osamělost

Z klasického konzumenta se z něj stával piják a postupně si na něm vytvářel závislost. „*Jako nemělo by mi dělat problémy zůstat sám, protože to bylo podruhé, ale i přesto mi to problémy dělalo a tím se datuje, když jsem vždycky býval nikoli piják, ale takový konzument alkoholu, tedy nevadilo mi si jednou za čas vypít, nebo po sportu si zajít na dvě, tři piva. Druhý den jsem normálně jezdil autem, kdy jsem nemohl pít...Prostě jednou za čas – jednou dvakrát do týdne – si dát pár piv a pak pár dnů vůbec nic. Ale v době, kdy se*

se mnou rozešla ta družka, tak jsem k tomu alkoholu přičichnul víc.“ Začal nenáviděl Vánoce, které dříve trávil s družkou a nejbližšími. V tento čas mu nejvíce docházelo, že je sám, pouze se psem. Cítil se být podvedený, opuštěný, osamělý. I když přes rok nemusel až tolik pít (nepil denně), svátky, až na první svátek vánoční, který trávil se svými dcerami, propil v jednom tahu.

1. léčba z alkoholové závislosti, pár měsíců abstinence, vánoce jako spouštěč, 2. léčba Loni po vánocích nastoupil na své první léčení alkoholové závislosti. Nebyl přesvědčen, že je léčba nutná, ale dal na svou bývalou družku a s léčením souhlasil. Po něm pár měsíců nepil. *„Prostě to byla taková doba, kdy jsem pil pořád. Vloni, vlastně po Vánocích, jsem také absolvoval jedno léčení. To jsem tu byl jen měsíc a půl nebo dva měsíce necelé a potom jsem nějakou dobu nealkolohoval.“* Letos před vánočními svátky, když byl pod vlivem alkoholu, uklouzl na ledě při venčení psa a probudil se v nemocnici s otřesem mozku na kapačkách. Vánoce a Silvestr opět celé propil. Jedna z dcer a bývalá družka mu však promluvily do duše a doporučili mu opět podstoupit léčbu. Uznal, že mají nejspíš pravdu a nastoupil na své druhé léčení, tentokrát tříměsíční.

Současnost a budoucnost

Uvědomění si správnosti rozhodnutí léčit se, lékařské vyšetření s dobrým výsledkem Léčí se zde měsíc a půl. Původní záměr léčit se byl vyhovět svým dcerám a bývalé družce, teprve během léčení si uvědomil, že rozhodnutí jít se léčit bylo správné. *„Družka a ta nejstarší dcera mi promluvili do duše, říkaly: „Taťko, neblbni, jsi mladý, přece není zapotřeba abys propadl úplně tady tomuto.“* A měli asi pravdu, protože jak jsem tady šel víceméně z jejich přesvědčení a ne ze svého, tak teprve za tu dobu, co jsem tu, jsem získal tu jistotu, že dělám dobře. Protože i když jsem předtím tady byl, tak to nebylo moje stěžejní, co vyšlo ze mě.“ Je rád, že podstoupil lékařské vyšetření, které dopadlo výborně a alkohol mu nepřivodil dlouhodobé zdravotní komplikace.

Podpora dcer a družky v léčbě

Léčba v PL mu celkem vyhovuje. Trošku mu chybí kontakt s jinými lidmi než se spolupacienty a personálem. *„Chybí mi možná více kontaktů s jinýma lidma, ne jen s tím kolektivem, když na pokoji jsme se už docela sblížili a máme dobrou partii.“* Uznává ale, že, když chce, může se sejít s dcerami, bývalou družkou, zajít do města apod. Vychází dobře se svými vlastními dcerami i nevlastní dcerou. Stýká se i 1-2 krát týdně se svou bývalou družkou, která jej v léčení podporuje, stará se mu o pejska. V současné době jeho

bývalá družka přítele nemá. Když se jej psycholog v PL zeptal, koho by chtěl mít přítomného z rodiny v rámci sezení, které v PL probíhá v rámci rodinné terapie, navrhl svou bývalou družku. S ní o tom ale ještě nehovořil.

Nejistota trvalé abstinence, možná přítelkyně jako obrana proti spouštěčům

Ondřej je přesvědčen, že pevnou vůli má a dokáže se své alkoholové závislosti zbavit.

Vychází z toho, že, když se před 25 lety se rozhodl přestat kouřit, zvládl to a dodnes nekouří. Jeho přesvědčení o nutnosti trvalé abstinence ale není zas tak silné. „*Domnívám se, že bych se přes to uměl přenést a za tu dobu co tady jsem tomu už skoro začínám věřit, že se to dá bez toho alkoholu být. I když, a to je proti myšlenkám pana doktora, který tvrdí, že to není možné, že to ještě nikdo nikdy nedokázal, já věřím, že by nebylo špatné jenom se někdy napít a pak zase nepít, prostě dělat to co jsem dělal předtím.*“ Zamýšlí se nad tím, že po první léčbě vydržel abstinovat téměř půl roku a pak pil jen sem tam pivo, dokud se neblížili vánoční svátky. Chtěl by být konzument alkoholu, kterému alkohol nečiní potíže. „*Opakuj znovu, že všichni mě přesvědčili, že to není možné a já už tomu asi i věřím, že to není možné ale uvidíme jak to dopadne ale chtěl bych to zkusit nepít vůbec. Bylo by to lacinější, zůstanou peníze na různé výdaje. Takže mi zůstane více peněz... Do čeho to ale zase budu investovat?*“ Věří, že pokud by si našel přítelkyni, nebyl by sám, na alkohol by neměl pomyslení. Má obavy z vánočních svátků, které u něj spouštějí alkoholový tah a v budoucí přítelkyni vidí možného spojence, který by mu pomohl alkoholu čelit.

8.3.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- pěkné dětství ve slušné rodině, volný čas trávený s vrstevníky, dobrý vztah s bratry
- záliba v montování elektronických součástek, složení maturity jako mechanika, nedokončené studium na vysoké škole
- svatba, narození dcer, věnování se zálibám
- trávení volného času doma, rozvod, seznámení se s družkou, práce OSVČ
- odchod do důchodu, neshody s družkou a jejich následný rozchod, ztráta přátel, zapíjení žalu alkoholem
- z konzumenta pijákem a na alkoholu závislým, nenávisť vůči vánocům, osamělost
- 1. léčba z alkoholové závislosti, pár měsíců abstinence, vánoce jako spouštěč, 2. léčba

Současnost a budoucnost

- uvědomění si správnosti rozhodnutí léčit se, lékařské vyšetření s dobrým výsledkem
- podpora dcer a družky v léčbě
- nejistota trvalé abstinence, možná přítelkyně jako obrana proti spouštěčům

8.3.3 Doplnování vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „*pil*“.

Vždycky jsem chtěl ... „*mít hodně peněz*“.

Nemám rád lidi, kteří ... „*jsou protivní*“.

Přijde takový den, že... „*sám stojím za houby a je skoro dobré se mi vyhnout*“.

Negativní.

Mojí největší chybou je ... „*puntičkářství*“.

Z rozhovoru nevyplývá. Může poukazovat na nepřiznání si své závislosti.

Většina rodin, které znám ... „*to jsou dobří lidi*“.

Pozitivní.

Mým snem je ... „*dožít se sta let*“.

8.3.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Největší motivace ke změně u Ondřeje vychází z oblasti vztahů 33%, následuje oblast duševního zdraví 22%, právní záležitosti 17%, další místo zahrnuje životní úroveň a tělesné zdraví 11%, v pracovní oblasti nemá Ondřej žádnou motivaci ke změně. (pozn. Ondřej je v důchodu) . Celkový motivační skór Ondřeje činí 17. (viz Tab. 7)

Tab. 7: Výsledky Motivačního dotazníku Ondřeje

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	2	12%	11%
Duševní zdraví	4	24%	22%
Vztahy	6	35%	33%
Pracovní oblast	0	0%	0%
Právní záležitosti	3	18%	17%
Životní úroveň	2	12%	11%
Celkový skór	17		16%

8.3.5 Vývoj motivace ke změně

Ondřej podstupoval svou 1. léčbu, aniž by byl přesvědčen, že je pro něj nezbytná. Dal však na naléhání své bývalé družky, která o něj měla strach. Užívání alkoholu, kterému se dříve nevěnoval pravidelně, a které mu nečinilo potíže, se u něj po rozchodu s družkou vyvinulo v denní pití. Ondřej pil v tazích, jejichž spouštěčem se stávaly vánoční svátky a s nimi spojené pocity osamělosti, sebelítosti. Po léčbě pár měsíců abstinovat. V období dalších vánočních svátků alkoholu ale opět propadl. Celé vánoční svátky „propil.“ Jedna z dcer a bývalá družka jej přesvědčovaly o nezbytnosti opětovného léčení. Ondřej přesvědčen o nutnosti podstoupit léčbu nebyl, ale chtěl jim vyhovět. Připustil, že mohou mít pravdu a nastoupil na svou současnou, tj. 2. léčbu alkoholové závislosti. Teprve během léčby si Ondřej uvědomil, že rozhodnutí jít se léčit bylo správné. Léčba mu vyhovuje, jen mu trochu chybí kontakt se světem mimo léčebnu, ale připouští, že možnost navštívení dcer, bývalé družky, případně kamarádů tady je. Ondřej je přesvědčen, že pevnou vůli má, že kdyby se rozhodl pro trvalou abstinenci od alkoholu, tak to zvládne. O čem však zcela přesvědčen není, to jest nutnost trvalé abstinence. Výhodu trvalé abstinence vidí snad jen v úspoře peněz. Chtěl by být konzumentem alkoholu, kterému alkohol nečiní potíže, jak tomu bylo kdysi. Alkoholový tah má vždy spojen pouze s vánočními svátky, které jsou pro něj spouštěčem návykového problému. Chce se tomuto spouštěči umět „ubránit“. Za svou obranu proti tomuto spouštěči považuje nalezení přítelkyně, díky níž nebude sám a bude mít spojence, jenž mu pomůže alkoholu čelit.

Nevýhody návykového problému: strach blízkých

Výhody změny: spokojenost blízkých, úspora peněz

Relaps: spouštěčem vánoční svátky, osamělost – nebýt sám, najít si přítelkyni

8.4 Jan

léčba závislosti na alkoholu, 32 let, abstinuje 58 dní

8.4.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Pěkné dětství mezi vrstevníky, zlom v 10 letech - zhoršení prospěchu, agrese otce

Jan se narodil jako nejstarší ze tří bratrů. Otec pracoval jako náměstek jedné z českých společností, matka byla dělnice. Rodiče pili alkohol jen při příležitosti rodinných oslav. Otec se navíc 1-2 měsíčně setkával se sousedem, kdy spolu vykládali a popíjeli. Dá se říct, že byli klasičtí spotřebitelé alkoholu. Dětství měl Jan pěkné. Vyrůstal v bytě na sídlišti a svůj volný čas trávil s vrstevníky venku před panelákem, kde bylo i fotbalové hřiště. Na základní škole měl výborný prospěch do 7. třídy, ale pak se škole přestal věnovat a vymýšlel raději lumpárny s kamarády. „*Začal jsem blbnout, už jsem nedělal kravinky na písečku, ale s klukama jsme vyváděli různé blbosti. Zvonili jsme po zvonkách a takové ty klučičiny.*“ V té době začal mít neshody s otcem. Otec se vracel z práce často podrážděný a svou zlost si vybíjel na Janovi. Bil ho tak, že mu 6 krát zlomil nos. „*Otec byl vždycky takový, prostě v práci ho někdo naštvál a doma si to vybíjel, hlavně na mě. Dostával jsem...Potom už to začlo i do takových mezí jít..Neuvažoval jsem ještě, že bych ho někam nahlásil, ale on...Vlastně mi zlomil 6 krát nos. To jsem byl malý, měl jsem nějakých od těch 10 let až výš.*“

Konec otcových útoků, nástup na učiliště, proplouvání studiem, zkušenosti s alkoholem

Ve 14 letech se u něj začala projevovat puberta, hájil si své názory, oponoval rodičům. Z Jana se stával statný muž, navíc se kamarádil se staršími hochy a snad právě proto si už

otec Jana fyzicky napadat nedovolil. „*To už jsem měl skoro sto kilo, takže to byl možná z jeho strany i nějaký respekt. Začal jsem se bavit s klukama staršího věku, takže mě vidíval, že s nima chodím. Možná už měl takový odstup, že už si třeba nedovolil.*“ Po základní škole nastoupil na střední odborné učiliště, kde se učil zedníkem. Od prvního ročníku se studiu moc nevěnoval. Chodili se spolužáky za školu, vyhledávali společnost dívek a navštěvovali hospodu „*V prvním ročníku to bulání, užívali jsme si s holkama, a když nebyly holky tak jsme šli do hospůdky.*“ Jan začal s konzumací alkoholu, v hospodě vypil vždy 2-3 piva. Druhý a třetí ročník učiliště probíhal stejně jako první, Jan učení moc nedal, prázdniny trávil na brigádách po stavbách, ale školu se Janovi podařilo úspěšně dokončit.

Nevěra otce, zbití otce, rozvod, bydlení s matkou a bratrem

Když bylo Janovi 17 let zjistil, že otec matku podvádí se sousedkou. Byla to matčina kamarádka a její manžel byl kamarád a kolega otce. Jan měl svou matku vždy velmi rád a nechtěl, aby jí tato skutečnost ublížila, proto jí o ní neřekl. „*No a matka byla s ní kamarádka... a já jsem jsem měl větší citový vztah k matce. A v té době, já jsem to věděl, že ji podvádí, ale držel jsem to mezi zubama.*“ Matka otci na nevěru nakonec sama přišla. Byla to pro ní velká rána. Od té doby spolu rodiče nekomunikovali. Jednoho dne se otec vrátil domů opilý, vzbudil Jana a začal jej bít. Jan se nijak nebránil. Pak se otec vrhl na matku. To ale Jan jen tak být nenechal. Matku bránil a otce zbil. „*Ale jak ji začal bít přede mnou, tak jsem udělal nejhorsí věc v životě...Jako nelituju toho dodnes. Pustil jsem se do něho a zbil jsem ho, vlastního tátu.*“ Druhý den se Jan odstěhoval k babičce a matka podala žádost o rozvod. V den Janových 18. narozenin byli rodiče rozvedeni. Matka dostala byt od podniku, kam se s Janem a jedním z jeho bratrů odstěhovala. Nejmladší Janův bratr zůstal v péči otce, protože plánoval v budoucnu nástup na vysokou školu a otec měl více finančních prostředků.

První zaměstnání, denní chození na pivo, agresivita, vězení, 4 roky abstinence, abúzus ob den

Jan nastoupil do svého prvního zaměstnání. Vždy po práci chodíval s kolegy na pivo. „*Pak začal i takový ten můj alkoholový začátek, kdy jsem chodil z práce se starýma zedníkama na pivo.*“ Alkohol v Janovi vyvolával agresivitu. Jednoho dne v hospodě fyzicky napadl muže a byl nepodmínečně odsouzen. Ve vězení strávil dva roky. Po svém propuštění se 4 roky alkoholu vyhýbal, abstinovat. První abúzus alkoholu však odstartoval pravidelné

opíjení se, které se konalo každý druhý den. Jan v té době bydlel stále u své matky.

Těhotenství kamarádky, nová přítelkyně, narození dcery, rozchod s přítelkyní, abúzus alkoholu, agrese, vězení

Neměl přítelkyni, ale se svou kamarádkou, kterou znal 9 let, udržoval sexuální poměr.

Kamarádka s ním neplánovaně otěhotněla. Těsně před tím, než se to dozvěděla, což bylo až ve 4. měsíci těhotenství, s Janem svůj poměr ukončili. Jan si totiž našel přítelkyni.

Matka Janova dítěte se s tím nemohla smířit. Chtěl Jana získat zpět. Naléhala na něj, aby se s přítelkyní rozešel, vyhrožovala mu vysokými alimenty apod. Jan ale mínil s přítelkyní zůstat. I přes neshody s matkou své dcery se v den porodu šel na dceru podívat. V porodnici ale matka dcery nehovořila o ničem jiném, než o placení alimentů. Přítelkyně Jana byla jeho návštěvou v porodnici a tím, že donesl matce svého dítěte kytici, což Jan považoval za samozřejmost, dotčena natolik, že se s ním ještě ten den rozešla. Na Jana toho bylo ten den moc a nenapadlo jej nic jiného, než se jít opít. Abúzus alkoholu u něj znovu vyvolal agresivní tendence a v hospodě se popral. Opět byl odsouzen a uvězněn. Tentokrát na rok. „*Takže se to na mě z obou stran tak vyburcovalo. Tak jsem se šel opít. Ale zase jsem se pobil v hospodě, což zase skončilo kriminálem.*“

Posilování ve vězení, práce trenéra, nová přítelkyně, pronájem, narození syna, stěhování se, rodinný život

Ve vězení šel do sebe. Každý den posiloval. Když vyšel z vězení, v jeho zaměstnání jej neměli problém vzít jej zpět. „*Jak jsem se z něj vrátil, tak by mě v práci znovu vzali, chlapi s tím neměli problém, že bych byl nějaký kriminálník.*“ Ale Jan si našel práci novou. Začal pracovat jako trenér ve fitness centru. Seznámil se tam s novou přítelkyní. Bylo mu 28 let a toužil se osamostatnit a od matky se odstěhovat. Navíc přítelkyně otěhotněla a tak Jan, který si nemohl dovolit koupit byt vlastní, našel pronájem bytu. Záhy se do něj nastěhovali. Narodil se jím syn. Museli si sice několikrát hledat nový byt k pronájmu a stěhovat se, ale jinak vedli poklidný, spokojený život.

Narození dcery, práce na živnostenský list, hraní šipek, opíjení se, alkoholové tahy

Za rok a půl po narození syna se jim narodila dcera. Jan začal pracovat na živnostenský list. Podnikání mu přinášelo větší finanční zisky a také více volného času. Zaměstnával totiž pracovníky, jež práci odváděli i za něj. Svůj volný čas vyplňoval hraním šipek, které začal hrát závodně. Trávil tedy mnoho času v hospodě, ve které se vždy opil. Zpočátku se jednalo pouze o pátky a soboty. Po páteční prohýřené noci mu bývalo po alkoholu špatně,

ale lékem na kocovinu se mu stával další abúzus alkoholu. Postupně se k pátkům a sobotám přidala neděle, pak i pondělí. „*Ale pak nějaký den jsem už to potřeboval i v pondělí.*“ Když Jan věděl, že má následující den neodkladné pracovní povinnosti či např. na starost dětí, dokázal si při návštěvě hospody dát 2-3 piva a jít domů. Jindy se ale ovládnout nedokázal a po napití následoval alkoholový tah. Při něm dokázal vypít za den i litr tvrdého alkoholu. Jan trávil celé dny buď v práci nebo v hospodě a jeho partnerka se starala o děti a domácnost sama. V té době si Jan myslel, že jí to tak vyhovuje, že je na to zvyklá. Jan alkohol nikdy nepil doma, pouze v hospodě nebo v bratrově bytě, protože se styděl pít před partnerkou a dětmi.

Fyzická závislost na alkoholu, 14 dní alkoholového tahu, úraz hlavy, léčba na oddělení detoxifikace, spojení si svých problémů s alkoholem

Jeho alkoholové tahy, trvaly nakonec i týden až 14 dní. „*Za těch 24 hodin jsem byl jen 5 nebo 6 hodin vzhůru, ale v opojení toho alkoholu.*“ Během čtvrtého dne jeho alkoholového tahu se u něj vždy začaly objevovat ve větší míře znaky fyzické závislosti na alkoholu. „*Měl jsem třesy, byl napuchlý. Nemohl jsem vstát ani z postele, bolely mě nohy.*“ Jednou pil Jan v bytě svého bratra, který byl v zahraničí, 14 dní vkuse, během kterých se oddával jen pití alkoholu a nic nejedl. Partnerka o něj měla strach a šla jej do bytu bratra zkontrolovat. Zazvonila, a když jí Jan otevíral dveře, podlomila se mu kolena, spadl na práh u dveří a rozsekl si nos i lebeční kost. Sanitkou jel do nemocnice. Protože se choval nepřičetně a ošetřit jej mohli až za pomoci přivolaných policistů, převezli jej po ošetření na záchytnou stanici. Tam se Jan lékařce při rozhovoru přiznal se svým nadměrným pitím. Ta mu doporučila léčbu na detoxifikačním oddělení PL. Jan byl proti, ale protože jej odmítala ze záchytné stanice v roztrhaném, zakrváceném oblečení propustit, svůj odmítavý postoj přehodnotil a s převozem souhlasil. „*Tak ta mě nechtěla propustit. Byl jsem v kraťasech a v tričku roztrhaném. Měl jsem všecko od krve. Tak jsem zvažil, že půjdu na ten detox.*“ Při léčbě na detoxifikačním oddělení si díky komunikaci se spolupacienty poprvé uvědomil, že mu alkohol způsobuje určité problémy. „*No já kdybych nespádl a nezlomil si ten nos, tak bych si to asi neuvědomil. Až pak když jsem byl na tom detoxu, tak jsem si pokecal s těma klukama, a to už jsem si začal uvědomovat, že tam je nějaký problém.*“ Avšak, že by byl problém natolik závažný, že by se potřeboval léčit, si nepřipouštěl.

Práce, 4 měsíce abstinence, alkoholový tah, ochrnutí nohou, delirium, léčba na detoxifikačním oddělení

Po propuštění z detoxifikačního oddělení byl denně od rána do večera v práci, abstinovat. Po 4 měsících si vzal na 14 dní dovolenou. První 4 dny své dovolené strávil na chatě s kolegy z práce a celé je s nimi propil. Před odjezdem z chaty se pak nemohl dočkat na to, že bude jeho tah pokračovat v soukromí bratrova bytu. Při cestě se ale rozhodl, že již pít nechce a šel domů. *„Tak jsem šel domů za přítelkyní roztřepaný a řekl jsem si, že už pít prostě nebudu.“* Doma, když vylézal z vany, vypověděli mu nohy. Byl najednou od pasu dolů ochrnutý a přítelkyně jej z vany s vypětím všech sil vytáhla a odtáhla do ložnice. Tam začal Jan upadat do deliria. *„Tam jsem chytl takové to menší delirium, že jsem si začal sám se sebou telefonovat. Ale já si na to pamatuju. Sám sobě jsem se nesmál. Když jsem si šel lehnout a telefonoval jsem si sám se sebou, tak jsem řekl té přítelkyni, ať mi jde koupit dvě piva, že mi to vždycky pomohlo na to klepání.“* Přítelkyně běžela za jejich známou lékařkou pro radu, co má s Janem dělat. Lékařka zavolala sanitku a poslala ji za Janem domů. Ten si stále sám se sebou telefonoval. Přivolání záchranáři jej převezli na urgentní příjem. *„Nic mi neřekla a tam vidím sanitáky a doktora a já jsem si pořád telefonoval.“* V nemocnici Jan souhlasil s převozem na detoxifikační oddělení do PL. Zde strávil Jan 6 dní. Během této léčby uvažoval o nástupu na oddělení léčby závislosti na alkoholu, ale protože měl v práci resty, které potřeboval dodělat, dal jim přednost.

Pokračování v pití, alkoholový tah, detox doma, nástup na léčení alkoholové závislosti

Pak se jeho způsob pití alkoholu vrátil do starých kolejí. Když měl v práci moc povinností, dokázal se ovládnout, dát si 2-3 piva a jít z hospody domů. Když ale věděl, že má volno, alkoholovému tahu nic nebránilo. Po tom, co Jan „propil“ vánoční svátky včetně Silvestra v jednom tahu, dal na naléhání své matky a partnerky a rozhodl se nastoupit na léčení. Chtěl v PL před přijetím na oddělení léčby alkoholové závislosti podstoupit detoxifikaci, ale nakonec ji absolvoval doma. *„Já po těch dýchávkách strašně dlouho střízlivím, třeba i deset dní. Doma jsem si dělal čaje, pomalu stravu. Hlavně u toho střízlivění, třeba jsem nespal 4 dny.“*

Současnost a budoucnost

Skupinová terapie, čas na přemýšlení, rodina motivací a oporou

Jan je s průběhem léčby, kterou nastoupil před necelými dvěma měsíci, spokojen. Za přínosné považuje hlavně skupinové terapie, kdy si díky spolupacientům připomíná negativa alkoholové závislosti a výhody abstinence. Jan má při léčbě mnoho času na přemýšlení. Zamýšlí nad tím, jestli je opravdu na alkoholu závislý. Uznává, že vzhledem k

tomu, že u něj projevuje fyzická závislost na alkoholu, tak nejspíš ano. „*Nikdy jsem se s tím nechtěl vyrovnat, i když jsem si na to přišel.*“ Hledá odpověď na otázku, proč se propil až k tělesné závislosti na alkoholu. „*A nevím čím je to možné. Co mě k té fyzické závislosti tak dovedlo. Jestli ten čas, jestli se člověk propije k fyzické závislosti, že třeba to tělo už to pak potřebuje. Nevím proč to tak je.*“ Přemýšlí nad vztahem se svou partnerkou. Začíná si uvědomovat, že to, že veškerou starost o domácnost a děti nechával na ní, nebylo správné. „*Ona mi to nikdy neřekla, takže jsem to bral tak, že když jsem měl volno tak jako kdybych byl v práci, že to zvládne všechno sama. Ale neuvědomil jsem si, že by si taky potřebovala odpočinout.*“ Po návratu domů chce partnerce s výchovou dětí pomáhat. Velmi mu na rodině záleží. Rodina je jeho největší motivací léčbu dokončit a zbavit se své alkoholové závislosti. Je mu oporou při boji se závislostí. „*Hlavně co mě bude držet od alkoholu je ta rodina. Doufám, že to bude kladným záchytným bodem.*“ Uvědomuje si, o co by přišel, kdyby se nešel léčit. Bez léčby by jeho závislostní chování pokračovalo.

Strach z relapsu, obrany proti spouštěčům a relapsu, sen kontrolovaně pít, pobyt v PL jako prevence a obrana

Jan se bojí se možného relapsu. Hodlá se proti němu bránit např. tím, že nebude jezdit na chatu, na níž byl pobyt vždy spojen s alkoholem, tj. vyhne se rizikovým místům. Za hlavního spouštěče svého návykového chování považuje nudu, které se bude snažit zabránit například prací. Jan abstinovat chce, zároveň si však neumí představit, že by se už nikdy alkoholu nenapil. Jeho velkým přáním je moct pít kontrolovaně a doufá, že by to i mohl dokázat. „*Já si nedokážu představit, že se už vůbec nenapiju. I když je tu jedna mezerka moje, že jsem uměl kontrolovaně pít. To nemůžu jako nikde říkat, ale vím, že když budu chtít jít na pivo, neříkám, že půjdu, ale vždycky jsem uměl na dvě a domů..*“ Jan připouští, že po určité době se může stát, že ztratí svou ostražitost vůči alkoholu, povolí obrany proti spouštěčům. Dá se říct, že by se přechodný pobyt v PL mohl stát jistou prevencí, obranou proti relapsu. „*Může se to stát po 5 letech. Že to člověku vyšumí z té hlavy. Tak si to tady pak připomenout. Myslím si, že člověk to vytrácí, ty léčení, myslí si, že už to zvládne. Ale kdybych měl nějaké to bažení, tak bych šel tady.*“ Je přesvědčen, že kdyby u něj k relapsu došlo, neváhal by a na léčení by nastoupil znovu. „*Hodně lidí se bojí přijít i zpátky. Ale kdybych já měl relaps, tak to budu řešit tak, že přijdu tady. Nemá smysl to řešit sám. Zase by mi pomohly ty povídky, ty terapie.*“

8.4.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- pěkné dětství mezi vrstevníky, zlom v 10 letech - zhoršení prospěchu, agrese otce
- konec otcových útoků, nástup na učiliště, proplouvání studiem, zkušenosti s alkoholem
- nevěra otce, zbití otce, rozvod, bydlení s matkou a bratrem
- první zaměstnání, denní chození na pivo, agresivita, vězení, 4 roky abstinence, abúzus ob den
- těhotenství kamarádky, nová přítelkyně, narození dcery, rozchod s přítelkyní, abúzus alkoholu, agrese, vězení
- posilování ve vězení, práce trenéra, nová přítelkyně, pronájem, narození syna, stěhování se, rodinný život
- narození dcery, práce na živnostenský list, hraní šipek, opíjení se, alkoholové tahy
- fyzická závislost na alkoholu, 14 dní alkoholového tahu, úraz hlavy, léčba na oddělení detoxifikace, spojení si svých problémů s alkoholem
- práce, 4 měsíce abstinence, alkoholový tah, ochrnutí nohou, delirium, léčba na oddělení detoxifikace
- pokračování v pití, alkoholový tah, detox doma, nástup na léčení alkoholové závislosti

Současnost a budoucnost

- skupinová terapie, čas na přemýšlení, rodina motivací a oporou
- strach z relapsu, obrany proti spouštěčům a relapsu, sen kontrolovaně pít, pobyt v PL jako prevence a obrana

8.4.3 Doplnění vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „*byl sobecký*“.

V rozhovoru zmínil, že jej otec bil. Otec mu evokuje slovo sobecký bez ohledu na obsah věty.

Vždycky jsem chtěl ... „*mít rodinu*“.

Téma rodiny - ústřední téma probandů.

Nemám rád lidi, kteří ... „*lžou*“.

Přijde takový den, že ... „*bych se vším praštil*“.

Negativní.

Mou největší chybou je ... „*alkohol*“.

Uznává, že alkohol mu způsobuje problémy.

Většina rodin, které znám ... „jsou v pohodě“.

Pozitivní.

Mým snem je ... „mít rodinu, ona je pro mě důležitá“.

Opakuje se téma rodiny - ústřední téma probandů.

8.4.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Janova největší motivace ke změně vychází z oblasti vztahů 83 %, na dalším místě se nachází životní úroveň 67%, pak pracovní oblast 61%, následuje duševní zdraví 50%, právní záležitosti 39% a tělesné zdraví 17%. Janův celkový motivační skór je 57. (viz Tab. 8)

Tab. 8: Výsledky Motivačního dotazníku Jana

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	3	5%	17%
Duševní zdraví	9	16%	50%
Vztahy	15	26%	83%
Pracovní oblast	11	19%	61%
Právní záležitosti	7	12%	39%
Životní úroveň	12	21%	67%
Celkový skór	57		53%

8.4.5 Vývoj motivace ke změně

Janova současná léčba je jeho 3. léčbou alkoholové závislosti, ale 1. léčbou na oddělení léčby závislosti na alkoholu. Dříve podstoupil dvakrát léčbu v PL na oddělení detoxifikace. První pobyt na oddělení detoxifikace u Jana následoval poté, co jeho 14-denní alkoholový tah skončil jeho úrazem hlavy. Sanitkou byl tenkrát odvezen do nemocnice, v níž byl ošetřen, pak byl díky své nepřičetnosti poslán na záchytnou stanici, kde mu lékařka doporučila nástup do PL. Jan nejdříve nesouhlasil, ale protože jej lékařka odmítla pustit domů, převoz do PL svolil. V té době i přes své zdravotní problémy, které

mu jeho závislost na alkoholu způsobovala, motivován ke změně nebyl. V průběhu léčby si ale díky komunikaci se spolupacienty poprvé uvědomil, že mu alkohol způsobuje určité problémy. Např. to, že v opilosti bývá agresivní, což u něj už dvakrát vedlo k potyčce, po které skončil nepodmínečně odsouzen ve vězení. Závislost na alkoholu si nepřipouštěl. Po propuštění 4 měsíce abstinovat a věnoval se práci. Když si pak vzal dovolenou, první 4 dny z ní propil. Původně chtěl ve svém alkoholovém tahu pokračovat déle, ale najednou se rozhodl, že již pít nechce. Střízlivění bylo doprovázeno nástupem odvykacího stavu, při kterém mu přechodně ochrnuly nohy, a jenž vyústil do deliria. Jan byl převezen do nemocnice a následně s jeho souhlasem do PL, kde strávil 6 dní na oddělení detoxifikace. Během těchto dní uvažoval o pokračování v léčení na oddělení léčby závislosti na alkoholu, ale nakonec dal přednost svým pracovním povinnostem a léčení po detoxifikaci ukončil. Jan byl nepoučitelný a netrvalo dlouho a jeho alkoholové tahy byly zpět. Když v jednom tahu „propil“ celé vánoční svátky včetně Silvestra, dal na naléhání své přítelkyně a matky a rozhodl se nastoupit na 3-měsíční léčbu, před níž podstoupil detoxifikaci doma. S průběhem léčby je Jan spokojen. Za přínosné považuje hlavně skupinové terapie, kdy si díky spolupacientům připomíná výhody abstinence a negativa alkoholové závislosti, např. možnost ztráty rodiny ap. Jan se při léčbě zamýšlí nad svou závislostí. Přemýšlí nad tím, proč se právě u něj začaly ve velké míře objevovat znaky fyzické závislosti na alkoholu. Připouští, že právě tyto znaky či například proběhlé delirium nasvědčují tomu, že závislým na alkoholu je, avšak on si tím plně jist není. Jan přehodnocuje svůj vztah s partnerkou a dochází mu, že to, že výchovu dětí i starost o domácnost nechával pouze na ní, nebylo správné. Chce svůj přístup změnit, s výchovou dětí jí pomáhat. Na rodině mu velice záleží. A právě rodina je jeho největší oporou, motivací dokončení léčby a zbavení se závislosti na alkoholu. Strach z relapsu Jan nepopírá. Bránit se proti němu hodlá například tím, že se vyhne rizikovým místům, tj. např. chatě, na které vždy popíjeli se spolupracovníky alkohol. Bude se snažit zahánět nudu, kterou považuje za hlavního spouštěče svého návykového chování. Jan připouští, že po určité době se může stát, že ztratí svou ostražitost vůči alkoholu, povolí obrany proti spouštěčům. V možnosti nastoupit krátkodobý pobyt v PL v případě velkého bažení, vidí jistou prevenci, obranu proti relapsu. Znovu nastoupit na léčení v případě relapsu by neváhal. Jan abstinovat chce, ale zároveň si však neumí představit, že by se už nikdy alkoholu nenapil. Jeho velkým přáním je moct pít kontrolovaně a doufá, že by to i mohl dokázat.

Nevýhody závislostního problému: agresivita, vězení, nevěnování se rodině, strach blízkých, zdravotní problémy

Výhody změny: výchova dětí, čas strávený s rodinou

Relaps: spouštěče – nuda, riziková místa – obrana naplnění volného času, vyhýbání se rizikovým místům, možnost krátkodobého nástupu do PL

8.5 Břetislav

léčba patologického hráčství, 32 let, abstinuje 66 dní

8.5.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Pěkné dětství jedináčka ve slušné rodině, bezproblémové dítě, výborný prospěch ve škole

Břetislav vyrůstal jako jedináček ve slušné rodině. Dětství prožil spokojeně. S rodiči měl pěkný vztah. Ti se mu jako jedinému synovi pěkně věnovali, o hračky neměl nouzi. Byl hodně šetřivý, měl svou pokladničku, do které si ukládal všechny peníze, které dostal. Na základní škole měl výborný prospěch. Byl bezproblémovým dítětem, případným konfliktům se vyhýbal. „*Vyznamenání nebyl problém, byl jsem bez konfliktů, takový ten tichošlápek, když se něco dělo tak jsem to opomíjel.*“ Střední školu, na které studoval marketing a management, zdárně dokončil, odmaturoval s vyznamenáním.

Kamarádství s dívkami, abstinent, nekuřák

Od svých vrstevníků se odlišoval tím, že nikdy nepil, nenavštěvoval diskotéky, moc nevyhledával společnost druhých. Nejraději byl sám, zajímalo ho rybaření, kterému se věnoval. Kromě toho hrál také házenou, jezdil na zápasy, což mu zabíralo dost volného času. Neměl nikdy pořádného kamaráda, vyhledával spíš společnost dívek, které se mu svěřovaly se svými starostmi i radostmi. „*Já jsem s klukama nikdy nekamarádil, já jsem spíš byl taková vrba pro holky. Ony asi cítily, že když se potřebovaly někomu svěřit, tak že já to nikomu neřeknu. Takže já mám milion kamarádek a kamarádů, snad bych si asi ani nevzpomněl.*“

Prázdninové brigády v herně, kde nehrál, první láska, snaha být ideálním partnerem

Během střední školy jezdil na prázdninové brigády k tetě, která provozovala hernu. V herně se věnoval obsluze, vybírání peněz z automatů, jejich následnému počítání. Byl mladistvý, tak neměl dovoleno hrát a ani jej to nelákalo. Ve společnosti hráčů byl ale denně. Kolikrát si vedle nich sedl a jejich hru pozoroval. V 17 letech se zamiloval do dívky, která se stala jeho přítelkyní, jejich vztah trval 3 roky. Byl pro ní schopen udělat vše, co jí na očích viděl, považoval se za ideálního partnera. Nicméně přítelkyně tolik spokojená nebyla, našla si nového přítele a jejich vztah ukončila. *„Myslím si, že tam jsem byl ideální partner a jak to bývá, když je člověk ideální tak to skončilo tím, že si našla druhého s tím, že jsem nudný, že jsem furt doma, že nikam nechodím.“*

Práce v potravinách, nalezení kamaráda a své životní lásky

Po maturitě si Břetislav našel práci v potravinách, kde pracoval jako pokladník a skladník. Rodiče byli rádi, že má práci, on, že má výdělek. V práci si našel prvního kamaráda. Ten jej seznámil se sestrou své přítelkyně, se kterou začal Břetislav chodit. *„Byl jsem nějakou dobu sám, kamarádil jsem se s klukem, který si našel holku a nějak se dali dohromady, s tím že ona měla volnou ségru, a že taky hledá chlapa.“* Zpočátku bydleli u rodičů, ale pak se odstěhovali do společného pronájmu. V potravinách dal výpověď, uvolnilo se totiž místo ve společnosti, kde pracovala jeho přítelkyně.

Práce ve sportovním centru, nuda, návštěvy herny s kolegy spojené s hraním karet a rulety

Začal pracovat jako recepční ve sportovním centru. Protože byl denně v práci s přítelkyní, utkání házené se konalo sem tam o víkendu, rybaření považoval za finančně náročné, jenž si dovolit nemůže a jiným koníčkům se nevěnoval, začal mít pocit, že má mnoho nevyužitého volného času, nudit se. Když se jednoho dne kolegové domlouvali, že půjdou hrát kostky do herny, kterou navštěvovali pravidelně, rozhodl se k nim přidat. Hra kostek jej začala bavit. Necítil potřebu vyhrávat, jen byl rád, že se může za 100 Kč 3 hodiny bavit. Břetislava i jeho kolegy kostky po čtyřech měsících občasného hraní omrzely a začali zkoušet další hry, jenž herna nabízela. Břetislava a jednoho z kolegů zaujala ruleta. Její hře propadli a hernu začali navštěvovat denně. Už se nemohli dočkat konce pracovní doby, po němž se uchylovali do herny. *„No později už každý den. Byli to stavy prostě, že po práci on už na mě čekal, šli jsme do herny.“* Trávili tam tak 3-4 hodiny denně. Když neměli peníze, půjčili si, např. od Břetislavovi přítelkyně.

Závislost na hraní rulety, práce obchodního zástupce, podvody s fakturami, prohry v ruletě a automatech

Kolega se rozhodl s ruletou přestat, ale Břetislav se jí věnoval dál, do herny chodil sám. Začal čím dál více prohrávat, pokud vyhrál, výhra mu nestačila a tak jí, pod vidinou výhry vyšší, opět vložil do sázky a prohrál. Břetislav si myslel, že přítelkyně nic netušila, zpětně se ale dozvěděl, že vše věděla. Ona mu totiž nic nevyčítala, k jeho návštěvám herny se nevyjadřovala. *„Ona byla taková, a teď ji urazím, tak hodná až byla hloupá. Místo aby to řešila tak nad tím mávla rukou, nebo aby poslouchala ty moje pohádky, tak to přešla a tak.“* V té době ukončil pracovní poměr ve sportovním centru a našel si práci obchodního zástupce s drogerijním zbožím. Jeho závislost na hře rulety se stupňovala. V práci jej napadlo vystavovat faktury, inkasovat za ně peníze a ty neodevzdávat. Všechny je v ruletě a také automatech prohrával. Když vyšel jeho podvod na povrch, hrozilo mu trestní stíhání. Vše se nakonec vyřešilo domluvou, jeho přítelkyně si vzala půjčku, aby dlužnou částku splatila a pracovní poměr mu byl ukončen.

Střídání zaměstnání, půjčky, obelhávání blízkých, čím dál větší dluhy, hraní automatů při každé možné příležitosti

Po práci obchodního zástupce vystřídal několik zaměstnání, která byla spíše krátkodobá. Přítelkyně, dostávala nízkou mzdu. Nedostatek peněz tedy řešili braním půjček. Břetislav, vždy když to bylo možné, vymámil z přítelkyně peníze a hrál. Byl si schopen vymýšlet různé historky, proč je potřebuje. Obelhávání se mu dařilo. Když např. přišly přítelkyni peníze z ukončené životní pojistky, přítelkyni přesvědčil, že vybrané peníze z pošty donese domů on a ihned utíkal do herny, kde je všechny prohrál. Když mu přítelkyně svěřila 7 tisíc Kč s tím, že jsou na zaplacení nájmu, ať je odnese majitelce, Břetislav se rozhodl, že to do večera počká, že je zatím „rozmnoží v automatech“ a nájem pak zajde zaplatit. S herny odcházel bez peněz. Všechno prohrál a přemýšlel, jak to vyřešit. Od koho si půjčit, s jakou historkou za majitelkou bytu přijít, aby mu se zaplacením nájmu počkala. *„No a pak mě napadaly milion myšlenek jak to řešit, na koho zatlačit, kdo by vám mohl půjčit. V mojich pohádkách jsem třeba té majitelce řekl, že mi umřel tata, že jsem potřeboval peníze na pohřeb, jestli mi nepočká.“* Břetislav lhal všem kolem sebe. Do svých báchorek se mnohdy zaplétal, protože nevěděl, komu přesně co řekl.

Naléhání věřitelů, práce v baru, oddlužení přítelkyně, zpronevěra peněz, podmíněný trest odnětí svobody, rozchod s přítelkyní

Půjček měl Břetislav s přítelkyní tolik, že jim měsíční splátky jím přerůstaly přes hlavu, nebyli schopni řádně splácet a tak se začali denně ozývat věřitelé. To znamenalo velký psychický nátlak hlavně pro přítelkyni, protože většinu půjček brala svým jménem a Břetislav, když už byl u nějaké půjčky uveden, tak figuroval jako ručitel. Břetislav si vážnost situace moc nepřipouštěl. Za to přítelkyně byla pod neustálým stresem. „*Bral jsem to tak, že jsem si z toho nějakou hlavu nedělal, bylo to tak, že ona byla psychicky hodně špatná, věčně brečela, a já furt, že nějak to dopadne a tak.*“ Desítky telefonátů věřitelů, kteří chtěli splácet půjčené peníze, byly na denním pořádku. Jeden z věřitelů přišel vyhrožovat přítelkyni i do práce. Když to přítelkyně Břetislavovi rozechvělým hlasem volala, ten na nic nečekal, popadl nůž a běžel jí na pomoc. Byl odhodlán bránit ji všemi možnými způsoby. „*V ten moment jsem vzal nůž do ruky a utíkal jsem za ní. Už jen z toho principu, že někdo mojí lásce vyhrožuje likvidací.*“ Věřitele u ní již nezastihl. Břetislav, který v té době nepracoval, si ihned našel práci, aby mohli alespoň část měsíčních splátek platit. Stal se barmanem v baru, v němž byla i místnost s výherními automaty. Protože bar vlastnil známý podnikatel, o kterém se tvrdilo, že je mafián, nedovolil si z tržby vzít nějaké peníze a prohrát je. Přítelkyně nakonec vyřešila naléhání věřitelů tak, že vyhlásila osobní bankrot. Soud jí vyhověl, a protože to znamenalo, že bude platit měsíčně cca 2-3 tisíce a věřitelé už na nebudou moci, neskutečně se jí ulevilo. Břetislav pracoval v baru a měli doma s přítelkyní po delší době klidnější období. To se změnilo, když majitel baru odjel na měsíc a půl na dovolenou do ciziny. Vzal si z tržby 20 tisíc na hraní automatů, s tím, že má dost času je po případné prohře během měsíce a půl zpátky vrátit. Samozřejmě peníze prohrál, ale protože měl dluhy všude možně, peníze se mu včas vrátit nepodařilo a tak jej majitel nahlásil na policii a soud mu vyměřil 18-ti měsíční podmíněný trest. Přítelkyně o jeho trestním stíhání nevěděla, jen jí bylo divné, proč dostal Břetislav v práci výpověď. Břetislav si hned našel výmluvu, že bar navštěvuje mnoho drogově závislých osob, že v takové společnosti pracovat nechce. Přítelkyně mu ale již neuvěřila a upozornila ho, že pokud byl z práce propuštěn kvůli nějakému problému s penězi, tak s ním končí a odchází od něj. Přesně za týden, den před Štědrým dnem, když zrovna nebyl doma, mu přišel dopis od soudu, který přítelkyně otevřela. Nechtěla jim zkažit společné Vánoce, Břetislavovi o dopise neřekla. Byla však jiná, zamklá. Den po Štědrém dnu, když byl zrovna Břetislav v hospodě, kde pomáhal známé, aby si trochu přivydělal, si sbalila věci a odešla od něj. Ještě mu ale zaplatila nájem, aby jej z bytu hned nevyhodili.

Bydlení u rodičů, 11 měsíců abstinence od automatů, snaha získat přítelkyni zpět, vlastní byt

Břetislav po měsíci byt musel stejně opustit, na nájem neměl, tak požádal rodiče o možnost dočasného ubytování. Odchod přítelkyně ho velmi zasáhl. Nevěřil totiž, že by jej byla schopná opustit a ona to udělala. Protože veškerou vinu za rozpad jejich vztahu viděl v automatech, rozhodl se, že s automaty přestává, věřil, že se k němu přítelkyně brzy vrátí. *„Mozeček si v té době řekl, že když přestanu hrát, ona se vrátí.“* Jedenáct měsíců od hrani na automatech abstinovat. Neměl problém být v hospodě s větším obnosem peněz, se známými, kteří na automatech hráli, ba naopak, smál se jim, že jsou hloupí, že stejně nevyhrají. Rodičům se svěřil, že touží po návratu přítelkyně, že kvůli ní byl schopen vzdát se automatů, udělat pro ni cokoliv. Rodiče na něj v tu chvíli byli hrdí, koupili mu byt, jehož vlastnictví pro jistotu napsali na sebe. Přítelkyni přemlouval, ať se vrátí, že mají zařízený byt, který nemusí splácet, kupoval jí dárky, ale nedala se zlomit. Pořád čekal na její návrat, ten se ale nekonal.

Přiznání si konce vztahu s přítelkyní, sebelítost, návrat k automatům, lži, podvody, nebankovní půjčky, skrývání se v bytě, útěk do spánku

Došlo mu, že jejich rozchod je nejspíš definitivní. *„Po těch jedenácti měsících bez ní jsem si v mém malém nebo velkém mozečku dokleplo to, že ona se nikdy nevrátí, tak začala taková sebedestrukce, že klidně ať zdechnu a vůbec jsem to neřešil.“* Měl pocit, že jeho život nemá smysl, že kromě starého automobilu a bytu rodičů nemá nic, lásku, děti, po kterých vždy toužil, peníze apod. Najednou si připadal hrozně starý. Utápěl se v sebelítosti. Začal znovu hrát na automatech. Neštítěl se lhát svým blízkým, jen aby z nich vylákal peníze na hru. Dal se do kupy s partou Romů, se kterými dělal různé podvody, obelhával lidi a mámil z nich peníze. Vzal si i několik nebankovních půjček, aby se mohl věnovat hazardu. Břetislav si vždy velice vážil své matky, měl jí rád, a když jednou vyšly jeho podvody napovrch, styděl se, ukryval se před ní i před ostatními zamčený ve svém bytě, odkud třeba 14 dní nevyšel. *„Jenže pak už prostě...Máti mám rád, za tu bych dýchal, té bych dal život, byly prostě věci, že jsem se čtvrt roku doma neukázal, že vyšel nějaký průšvih najevo, tak jsem se schovával.“* Spal i 20 hodin denně, aby své problémy „zaspal“. *Spal jsem třeba i dvacet hodin denně. To byla moje útěcha. Já jsem spal, pak jsem se probudil, šel se vyčůrat najíst a zase spát.“*

Kamarádka hlídající jeho finance, konec kamarádství kvůli žárlivosti, strach z

vymahačů dluhů, nevycházení z bytu

Podářilo se mu najít kamarádku, které důvěřoval, svěřil se jí se svým návykovým problémem a požádal jí, aby měla dohled nad jeho penězi. Byla chytrá a nedala se obelhat jeho vymyšlenými historkami, se kterými za ní chodil, když na něj přišlo bažení po hře. „*To bylo super, ona věděla o mém problému, hlídala mi finance, což já jsem neměl šanci, protože to byla chytrá holka, tak jsem neměl sebemenší šanci u ní hrát.*“ I když naléhal, peníze mu nedala. Když mu jakoukoliv částku peněz poskytla, musel jí zpětně donést doklad o zaplacení, účtenku. Jejich kamarádství ale netrvalo příliš dlouho, Břetislav začal žárlit na její partnery, které často střídala, a tak se s ním kamarádka nadále odmítla stýkat. Břetislav byl nějakou dobu bez práce, nesplácel své nebankovní půjčky, a tak jej věřitelé sháněli u něj doma i jinde. Báł se vycházet z bytu, byt' jen do blízkého obchodu. Bylo mu nepříjemné s vymahači, jenž jej často navštévovali, už jen mluvit o tom, že jim dluží peníze. Měnil si často telefonní čísla, aby od jejich telefonátů měl vždy chvíli klid. Dokázal 3 týdny nevyjít z bytu, neměl peníze, neměl co jíst. Vysvobozením pro něj bývaly víkendové obědy u rodičů, kteří mu nabalili jídlo také s sebou a on pak z něj vždy nějakou dobu vyžil.

Zaplacení dluhů rodiči, prohrávání sociálních dávek, představy o hře a výhrách

Když se rodičům se svým strachem z vymahačů svěřil, rodiče mu jeho dluhy zaplatili. Zařídil si pobírání sociálních dávek, a každý měsíc, než mu měly dorazit, nemohl dospát, těšil se na automaty, představoval si způsoby, jak bude hru hrát, měl dopředu naplánované, za co případnou výhru utratí ap. Jeho plány však vzaly za své ihned, když peníze do automatu naházal a všechny vzápětí prohrál. „*No výsledek jsem neovlivnil, vždycky to dopadlo stejně a všechno jsem prohrál.*“ Tak se to s ním táhlo několik měsíců. S rodiči vycházel v té době dobře, svěřil se jim se svým znovu navraceným problémem s automaty a rodiče viděli, že se trápí.

Prohraní peněz od otce na opravu auta, vlastní rozhodnutí jít se léčit

Den před Štědrým dnem rodičům oznámil, že na svátky nepřijede, protože chce být raději doma sám. Vydal se jen na projížďku autem, aby si vyčistil hlavu, ale auto se mu porouchalo. Známy mechanik mu řekl, že oprava bude stát 6 tisíc Kč. Volal otci a ten mu je hned dal, aby si auto mohl opravit. Protože mu však mechanik oznámil, že auto bude opravené až za tři dny, zůstal Břetislav ten den sice bez auta, ale v ruce měl 6 tisíc Kč. Rozhodl se, že přece není možné, aby se mu v automatech nepovedlo vyhrát a šel do

hery, kde všechny peníze prohrál. Otcí se s tím, kde peníze na opravu auta skončili nemohl v žádném případě svěřit, podařilo se mu je sehnat a auto za tři dny opravené vyzvedával. Po tom, co byl schopen během vánočních svátků prohrát peníze, které mu ze své dobré vůle otec poskytl, si řekl dost. A rozhodl se, že je nevyhnutelné, aby se šel léčit. Protože v léčebně nebylo ihned volné místo, zavřel se doma, kde většinu dne prospal. Břetislav se na nástup do léčby těšil jak na vysvobození. „*Tady nebylo místo. No tak pak jsem byl doma furt zavřený. Na Silvestra jsem šel ve 4 hodiny spát, probudil jsem se ráno úplně mimo a těšil jsem se až pojedu sem.*“

Současnost a budoucnost

Uvědomění si problémů spojených se závislostí, stereotypního, chudého života plného lži a stresu

Břetislav se nastoupit do léčby rozhodl sám, protože problémy, které mu jeho závislost na hracích automatech způsobila, byly dlouhou dobu neúnosné. Břetislav si přestal vážit sám sebe a stereotypní život plný lží ho již nebavil. „*Nevážil jsem si sám sebe. Tím že už nemám brzdu udržet peníze....už jsem žil stereotypní život, každý den stejnej. V brutálním stresu. Hlava mi šrotovala nehorázně, to byly stavy kdy už člověka nebavil život.*“

Nejednou uvažoval i o sebevraždě. O ní se ale nepokusil, trápilo ho totiž pomyšlení na to, že kdyby si něco udělal, jeho matka by brzy nato umřela žalem. „*Plánoval jsem, že se otrávím plynem. Ale mám před tím velkou brzdu. Já jsem přesvědčen, že kdybych si sáhl na život, tak máto do týdne, do měsíce, do roka umře žalem. Jsem jedináček, to pouto tam je obrovské. Kdybych já spáchal sebevraždu, to by musel být začátek konce světa.*“

Svěření se s nástupem do léčby, skupinová terapie, neochota přijímat názory ostatních

Břetislav je v PL 57 dní. To, že se léčí, řekl pouze své bývalé přítelkyni a dvěma známým, protože jsou to lidé, na kterých mu záleží, a se kterými by chtěl průběh léčby konzultovat. Rodičům nástupu do léčby neřekl. Aby však matka neměla strach, že se o víkendů neukázal, tak rodičům řekl, že tři měsíce nebude doma k zastížení, že má zařízenou brigádu v cizím městě, která je spojená i s ubytováním. Po určitém čase v léčbě si během skupinové terapie uvědomil, že jej nebaví pořád lhát a matce se se svým pobytem v léčebně svěřil. Píše si dopisy. Břetislav je trochu zmatený z matčiny reakce, která se mu v dopise příliš nerozepisovala, jen mu napsala, aby léčbu myslel vážně. Břetislav jí ujistil, že léčbu bere vážně, že se za svou minulost stydí a chce se změnit, změnit svůj život. „*Já*

jsem jí řekl, že už mě nebavilo lhát, že už mě nebavil takový život, ničit rodinu a známé. Že jsem se za to styděl.“ Otec mu řekl, že pokud nebude platit nájem za byt, tak jej prodá. Břetislav teď neví, co bude, až se vrátí domů z léčebny. Na skupinách mu bývá často spolupacienty vytykáno, že si ze všeho dělá srandu. Břetislav ale tímto způsobem zakrývá svou nervozitu, bolest. „Já jsem jakdyby takový rozbořený a nedávám to najevo. Tak si dělám srandu a přestávám na to myslet.“ S léčbou je Břetislav spokojen. Zpočátku mu přišlo, že mu léčba nic nedává, ale po čase zjistil, že to je jinak. Jen má problém přijímat názory ostatních. Je přesvědčen, že je velmi chytrý a nemá rád, když mu někdo říká, co by měl dělat. „Já když se budu bavit na skupině tak si myslím, že jsem nejchytřejší. Bude tady psycholog, který je tady 20 let má denně 25 pacientů a já se ho budu snažit přesvědčit, že já mám pravdu a že on tomu nerozumí. S tím samozřejmě ... já si těžko беру něco od pacientů, který mají stejný problém. Ty zážitky jsou vesměs stejný. Prostě někdo něco řekne, že bych měl udělat, tak já samozřejmě vím, že to mám udělat. Mě to ten člověk nemusí říkat. Jsme tu všeci až na minimální věci úplně stejní. Já mám třeba ale problém řešit dluhy. Že bych někomu zavolal a tak. Já se můžu bavit s kýmkoliv a o čemkoliv ale jakmile dojde na toto, že by mi měl někdo něco vyčítat, tak...“

Dluhy 300 tisíc, vyčítání si rozchodu s přítelkyní

Břetislav má aktuálně dluhy ve výši 300 tisíc Kč. Se svou bývalou přítelkyní je v kontaktu. Protože ji považuje za svou životní lásku, jejich rozchodu doteď denně lituje. Když ji například potká ve městě, ještě několik dní je z toho nesvůj. Řekl jí, že by uvítal, kdyby si našla přítele, aby už se konečně mohl smířit s tím, že už spolu nikdy nebudou.

Touha mít se rád, změnit svůj život, založit rodinu, obrana proti spouštěčům

Břetislav by se chtěl naučit mít se zase rád, odpustit si. Svůj dosavadní život považuje za ostudný. Jeho snem je najít si po léčbě hodnou ženu, založit rodinu a žít spokojeným životem. „Já jsem přesvědčen, že všechno je v hlavě. Dovolím si říct, že svou anamnézu znám. U mě je to o tom, že já sám sebe fakt nemám rád, za to co jsem udělal a je to o citu, který je láska u mě. A věřím, že když najdu babu, tak nebudu mít potřebu hrát. Pro mě teďka je prvotní rodina a žít spokojeným životem. Život co jsem žil doteďka nebyl život. To byla ostuda, trápení.“ V plnohodnotném životě vidí obranu proti spouštěčům, kterými by mohli být samota, nuda a stres.

8.5.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- pěkné dětství jedináčka ve slušné rodině, bezproblémové dítě, výborný prospěch ve škole
- kamarádství s dívkami, abstinents, nekuřák
- prázdninové brigády v herně, kde nehrál, první láska, snaha být ideálním partnerem
- práce v potravinách, nalezení kamaráda a své životní lásky
- práce ve sportovním centru, nuda, návštěvy herny s kolegy spojené s hraním karet a rulety
- závislost na hraní rulety, práce obchodního zástupce, podvody s fakturami, prohry v ruletě a automatech
- střídání zaměstnání, půjčky, obelhávání blízkých, čím dál větší dluhy, hraní automatů při každé možné příležitosti
- naléhání věřitelů, práce v baru, oddlužení přítelkyně, zpronevěra peněz, podmíněný trest odnětí svobody, rozchod s přítelkyní
- bydlení u rodičů, 11 měsíců abstinence od automatů, snaha získat přítelkyni zpět, vlastní byt
- přiznání si konce vztahu s přítelkyní, sebelítost, návrat k automatům, lži, podvody, nebankovní půjčky, skrývání se v bytě, útěk do spánku
- kamarádka hlídající jeho finance, konec kamarádství kvůli žárlivosti, strach z vymahačů dluhů, nevycházení z bytu
- zaplacení dluhů rodiči, prohrávání sociálních dávek, představy o hře a výhrách
- prohraní peněz od otce na opravu auta, vlastní rozhodnutí jít se léčit

Současnost a budoucnost

- uvědomění si problémů spojených se závislostí, stereotypního, chudého života plného lží a stresu
- svěření se s nástupem do léčby, skupinová terapie, neochota přijímat názory ostatních
- dluhy 300 tisíc, vyčítání si rozchodu s přítelkyní
- touha mít se rád, změnit svůj život, založit rodinu, obrana proti spouštěčům

8.5.3 Doplnování vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „ <i>mě v něčem podpořil</i> “.	Na základě rozhovoru se ukazuje, že otec jej podporoval často. Slovo otec u něj evokuje podporu.
Vždycky jsem chtěl ... „ <i>být bohatý</i> “.	
Nemám rád lidi, kteří ... „ <i>jsou tupí</i> “.	
Přijde takový den, že ... „ <i>bych se zabil</i> “.	Negativní.
Mojí největší chybou je ... „ <i>ztracená životní láska</i> “.	Téma bývalé přítelkyně se objevuje napříč celým rozhovorem.
Většina rodin, které znám ... „ <i>nejsou soudržné</i> “.	Negativní.
Mým snem je ... „ <i>rodina</i> “.	Téma rodiny - ústřední téma probandů.

8.5.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Nejsilnější motivaci ke změně má Břetislav v oblasti vztahů, kde dosáhl 100%, o druhé místo se dělí životní úroveň a duševní zdraví 94%, následují právní záležitosti 89%, další je pracovní oblast 56% a tělesné zdraví 39%. Břetislavův celkový motivační skór je 85. (viz Tab. 9)

Tab. 9: Výsledky Motivačního dotazníku Břetislava

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	7	8%	39%
Duševní zdraví	17	20%	94%
Vztahy	18	21%	100%
Pracovní oblast	10	12%	56%
Právní záležitosti	16	19%	89%
Životní úroveň	17	20%	94%
Celkový skór	85		79%

8.5.5 Vývoj motivace ke změně

Když se poprvé Břetislav rozhodl ke změně svého závislostního chování, vedlo jej k tomu přesvědčení, že jediné tak se k němu vrátí přítelkyně, která jej kvůli důsledkům jeho návykového problému opustila. Břetislav vydržel abstinovat 11 měsíců. Pak si ale připustil, že konec jejich vztahu je definitivní a měl pocit, že nemá proč abstinovat, pro co žít. Vrátil se k hraní automatů. Nešťítel se lhát svým nejbližším, vymýšlet si různé historky, jen aby z nich vymámil peníze na automaty. Chvíli se mu dařilo nehrát automaty, když našel kamarádku, jenž se mu starala o jeho finance. Sám nebyl schopen „udržet“ peníze. Když nějaké měl, okamžitě podléhal bažení a „běžel je naházet“ do automatů. Konec jejich kamarádství znamenal konec kontroly nad Břetislavovými financemi a tím opětovně hraní na automatech. Břetislav, aby si sehnal na automaty peníze, byl zapojen do různých podvodů. Zpronevěřil peníze, které prohrál v automatech, za což byl i podmíněčně odsouzen. Měl mnoho půjček, kvůli kterým jej sháněli věřitelé a vymahači. Dluhy mu přerůstaly přes hlavu. Byl v neustálém stresu, schovával se v bytě, vysvobozením pro něj byl útek do spánku. Rodiče s ním i přesto všechno nepřestali komunikovat, byli mu oporou. Koupili mu byt, zaplatili velkou část dluhů, díky nim měl co jíst. Vždy, když vyšel na povrch nějaký Břetislavův problém, schovával se v bytě také před rodiči, styděl se, přestal si vážit sám sebe. Poslední kapkou, která jej přivedla k přiznání si nevyhnutelnosti podstoupení léčby jeho závislostního problému bylo to, že dokázal prohrát na automatech peníze, které mu otec ze své dobré vůle poskytl na opravu porouchaného auta. Nechtěl opět zklamat důvěru rodičů, peníze sehnal a auto opravil, ale řekl si dost. Nastoupil na léčení. Současná léčba je tedy Břetislavovou první léčbou. Ze začátku léčby měl pocit, že mu léčba nic nedává, ale svůj názor přehodnotil. S jejím průběhem je spokojen. Jen má problémy s přijímáním názorů ostatních, protože je o sobě přesvědčen, že je velmi chytrý, že má vždy pravdu. Na skupinové terapii mu také bývá vytýkáno že nic nebere vážně, dělá si ze všeho legraci, ale Břetislav se humorem se snaží zakrýt, že se ho probírané téma dotýká, že je nesvůj. Břetislav by se chtěl začít mít zase rád, odpustit si. Dodnes například vyčítá rozchod s přítelkyní. Břetislav svůj dřívější stereotypní život považuje za ostudný. Břetislav má dluhy ve výši 300 tisíc Kč. Jeho snem je najít si po léčbě hodnou ženu, založit rodinu a žít spokojeným životem. Plnohodnotný život považuje za obranu proti spouštěčům, kterými by mohli být samota, nuda a stres.

Nevýhody závislostního problému: strach blízkých, rozchod s přítelkyní, dluhy, stereotypní život, lži, podvody, ztráta zaměstnání, podmíněčné odsouzení, stres, půjčky, ukrytí se před vymahači, pocit studu, nevážení si sebe sama, ztráta důvěry, výčitky
Výhody změny: obnovení důvěry, zbavení se dluhů, plnohodnotný život, odpuštění si, vážení si sebe sama
Relaps: spouštěče - samota, nuda, stres - obranou plnohodnotný život, přítelkyně, rodina

8.6 Kryštof

léčba patologického hráčství, 34 let, abstinuje 45 dní

8.6.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Dětství plné povinností, zaneprázdnění rodiče, výborný prospěch ve škole

Kryštofa jeho první půlrok vychovávali prarodiče, matka se věnovala studiu. Když dostudovala, stěhovali se daleko od rodného města, kde si rodiče našli práci a v péči o Kryštofa a o tři roky mladšího bratra se střídali známí. Když bylo Kryštofovi 7 let, rodiče koupili rozestavěný dvojdoměk, kde byl do jeho oprav zapojen i Kryštof. „*Moje mládí spočívalo od těch 7 roků, že jsem musel pomáhat, téměř veškerý volný čas.*“ Přistěhovali se k nim prarodiče z matčiny i otcovy strany. Dědové pomáhali otci na stavbě, babičky zas matce s chodem domácnosti a výchovou dětí. Kryštof musel chodit ze školy, ve které měl vždy výborný prospěch, rovnou domů, aby mohl na stavbě pomáhat. Věnoval se ale také hokeji, který mu zabíral dost času. Toužil po pejskovi. Rodiče mu tedy slíbili, že pokud bude mít výborné známky, že jej dostane. A dostal. Jenže vlastnictví psa, to nebyly jen radosti, ale i každodenní starosti, které spočívaly na jeho bedrech. S bratrem nemohli moc chodit ven s ostatními dětmi, protože škola a práce doma, Kryštofovi i hokej a pejsek, jim zabírali veškerý volný čas. „*Málo jsme chodili ven. Škola, sport a práce a já ještě k tomu toho psa.*“

Střední škola stavební, hokej, vysoké nároky rodičů, kouření, pivo s kamarády

Po základní škole nastoupil na střední školu stavební. Moc se do ní učit nemusel, jen po večerech se věnoval domácím úkolům, rýsování. V hokeji přestoupil do nového týmu, který sídlil v jiném městě, trávil tak dost času cestováním. O prázdninách míval brigádu, vypomáhal v otcově stavební firmě a vydělané peníze investoval do nákupu sportovního vybavení. S rodiči vycházel do té doby dobře, od třetího ročníku na střední škole si však s otcem přestal rozumět. Kryštof nekouřil a nepil, ale začal navštěvovat diskotéky, zajímat se o dívky a mít problémy s nedochvilností. To se otcovi nelíbilo. Ve čtvrtém ročníku střední školy začal kouřit a příležitostně si s kamarády vypil pivo. Našel si svou první lásku, se kterou chodil necelý rok. Složil maturitu, ale nedopadla podle jeho představ, nebo spíše představ jeho rodičů, dostal jednu trojku. *„Pak byla maturita, ta dopadla hrozně. Měl jsem jednu trojku. Pro rodiče to byla katastrofa - 2,2,1,3.“*

Vysoká škola, internát, alkohol, automaty, přítelkyně, brigáda

Po maturitě nastoupil na vysokou školu a na internát. Znamenalo to v jeho životě velkou změnu. Najednou nebyl pod stálým dohledem rodičů, nemusel denně pracovat, skončil se sportem. Měl tolik volného času, o kterém se mu ani nezdálo. S ostatními studenty obcházel večírky, diskotéky, hospody. Hodně pil a pod vlivem alkoholu se seznámil s hraním na automatech. *„Byl jsem tam na kolejkách, to bylo největší zlo všeho. Všechny ty starosti a práce, co jsem měl doma, jsem přestal a přestal jsem i se sportem. Večírky, hospody prostě jak na vysoké. A taky jsem poprvé zkoušel hrát. Nikdy jsem přitom nebyl střízlivý.“* Kryštof si našel přítelkyni, po jejímž boku strávil následujících 6 let. Studium zvládal, i když učení moc nedal. Při studiu mu finančně pomáhala matka. Otec ne, protože se mu nelíbilo Kryštofovo popíjení alkoholu. Kryštof nepil denně, ale je přesvědčen, že i tak na něm jeho příklon k alkoholu museli rodiče vypozorovat, jeho sportovní postava začala chabnout. Sehnal si noční brigádu, vybaloval zboží v hypermarketu, moc toho nenaspal. Hraní automatů se věnoval čím dál častěji.

Prázdninová abstinence, stupňování závislostního chování, problémy se studiem, léčba v PL, brigáda v projekční kanceláři

Určitým vysvobozením z tohoto kolotoče studia, brigády, opíjení se a hraní na automatech, pro něj byly prázdniny, na které odjel domů, kde se „spravil“. Nepil, nehrál automaty, pracoval u otce ve firmě. Když začal druhý ročník na vysoké škole, vše se vrátilo do starých kolejí, ale pití alkoholu a následné hraní automatů se ještě stupňovalo. Kryštof z

večírku, na kterém se opil, vždy „utekl“ a šel hrát na automatech. *„Začalo se chodit zase na ty pařby a více ty automaty...sám jsem hrál, zdrhl jsem z té pařby a hrál.“* Druhý ročník na vysoké škole se studiu nevěnoval vůbec, málem jej nezvládl, a proto se rozhodl nastoupit na šestitýdenní léčení v PL. Rodiče o jeho hraní v té době už věděli, ale nástup do léčby navrhl sám. Léčbu absolvoval a ve třetím ročníku dohnal zkoušky, které ve druhém ročníku nestihl složit. V blízkosti vysoké školy bydlel jeho strýc byl, který stejně jako otec, vlastníkem stavební firmy a zařídil Kryštofovi brigádu v projekční kanceláři. Kryštof byl rád, že má příjem, ale překreslování jej moc nebavilo, protože v té době už uměl mnohem více. Díky svému příjmu se začal spolupodílet na financování svého studia. Volný čas trávil se svou přítelkyní.

Jednou měsíčně opilý na automatech, 2. léčba, konec s kouřením, opět pití a automaty

Na večírky chodil tak jen jednou měsíčně, avšak vždy se na nich opil a následně skončil v herně u automatu. *„Pokaždé když jsem šel na ten večírek, bylo to třeba jednou za měsíc, tak jsem šel prostě hrát.“* V polovině čtvrtého ročníku se rozhodl podstoupit druhé léčení ze závislosti na hracích automatech. Po léčbě přestal s kouřením, snažil se alkoholu vyhybat, věděl, že ten u něj působí jako spouštěč hraní. Po nějaké době ale občas sám vyhledal možnost opít se a opilý se věnoval hazardu. O prázdninách pracoval brigádně u otce, a vždy se tak určité neshody, které měli, urovnaly. V té době mu zemřeli mu oba dědové. Kryštof zdědil auto.

Nová brigáda, abstinence, státnice, rozchod s přítelkyní, znovu kuřákem, práce stavbyvedoucího

V pátém ročníku vysoké školy si našel brigádu v projekční kanceláři v nedalekém městě, kam mohl dojíždět autem. Práce ho naplňovala. Věnoval se projektování, což ho velice bavilo. Protože se věnoval více práci než studiu, tak se mu stalo, že na konci pátého ročníku opomněl do jednoho předmětu splnit zápočet a tak nebyl puštěn ke státnicím. Prodlužoval si tedy studium o rok. Během těchto dvou let pátého ročníku se hazardu nevěnoval. Vzhledem k tomu, že měl dostatek času na vypracování diplomové práce, dal si na ní opravdu záležet a dům, který v ní projektoval byl následně postaven. Státnice složil se samými jedničkami a rodiče na něj byli velice pyšní. Po skončení studia na vysoké škole se s přítelkyní rozešli. Bylo to pro něj stresující, začal po třech letech znovu kouřit. Otec mu sehnal práci stavbyvedoucího a Kryštof cestoval po celé republice. Práce ho těšila. Alkohol a automaty nevyhledával. *„Lítal jsem po stavbách po republice. Perfektní práce,*

furt jsem byl na cestách. Skoro jsem nechodil ani na pivo. “ Když se setkal například se spolužákem z vysoké školy, zašli spolu na večeři či kávu. Opět se věnoval sportu, tentokrát hrál squash.

Nová přítelkyně, stěhování se, práce v otcově firmě, pivo a automaty

Seznámil se s přítelkyní, se kterou je již pře 9 let. Přítelkyně měla dvouleté dítě z předchozího vztahu. Otec dítěte jí bil a jednou jí ublížil dokonce tak, že skončila v nemocnici a nejspíš už nikdy nebude moct mít další dítě. Kryštof si s přítelkyní velmi rozuměl. Byl v té době moc spokojený. *„Byl jsem vyrovnaný, klidný.“* Vše se změnilo, když jej otec požádal o pomoc s vedením jeho firmy. Kryštof se dlouho rozmýšlel, radil s přítelkyní, ale protože otec opravdu již na chod své firmy nestačil, rozhodli se vyhovět a přestěhovat do města, kde rodiče bydleli. S otcem si Kryštof moc nerozuměl dříve, nezměnilo se to ani po nástupu do firmy. Otec se firmě téměř přestal věnovat, vše nechal na Kryštofovi. Díky jeho práci, projektování, vedení stavebních prací, se postupně firma začala zvedat. Protože byl otec věčně nespokojen, Kryštof byl pod velkým tlakem. Když pak šel zhruba jednou za tři měsíce s kamarády po squashi či hokeji, který začal znovu hrát, na pivo, uchyloval se ke hře automatů. Kryštof nikdy nehrál na automatech střízlivý. Mohl nosit u sebe velké částky peněz, např. 150 tisíc, ale do automatů by mu je hodit nenapadlo. Když byl opilý, tak se ale neznal. Jakmile měl jít s kamarády na pivo, raději si s sebou nenosil kreditní karty, občanku, nic, co by mu dovolilo sáhnout na úspory. *„Já když jsem střízlivý tak jsem normální, nikdy jsem nešel hrát střízlivý. Třeba jsem vozil 150 tisíc ale to mě vůbec nelákalo. Poslední době jsem to i hlídal. Chodil jsem bez mobilu, bez občanky abych si nemohl vybrat.“*

3. léčba, rok abstinence, pivo, neshody s otcem, opilý na automatech

Protože se u něj ale pití alkoholu a následné hraní na automatech objevovat čím dál častěji, z hraní měl své první dluhy, rozhodl se opět podstoupit léčbu. Nechtěl nastoupit znovu do stejné léčebny. Vyhledal jinou, v níž ale nebylo oddělení, kde by se samostatně léčili gambleři. Léčil se tak na smíšeném oddělení závislostí. Nebyl zde spokojen. Prvních 14 dní strávil na detoxifikačním oddělení, což jako gambler nepotřeboval. Tato léčba mu celkově příliš nevyhovovala. *„A ten přístup kdy se prvních 14 dnů nic neděje a jste na detoxu jak alkoholici mi úplně nevyhovoval. Ale když mi řekli ať 14 dní ležím, tak jsem ležel.“* Přesto na léčení vydržel, skončil o týden dřív než měl být propuštěn jen proto, že byly zrovna vánoční svátky a on je chtěl strávit doma s rodinou. Po druhé léčbě se rozhodl

vyhýbat alkoholu. Rok nepil vůbec. Pak zkusil zajít s kamarády na pivo a nevypil nějak moc, automaty nehrál. Když viděl, že to zvládl, trochu mu otrnulo a intervaly mezi napitím se zkracovaly. V té době měl v práci problémy s otcem, který již téměř nepracoval, jen vybíral peníze z účtů a utrácel. Otec se přidal do nějaké sekty, kterou začal sponzorovat. Na Kryštofovi ale závisel chod celé firmy. Znovu se napil po půl roce, pak po třech měsících a ovlivněn alkoholem se uchyloval ke hře na automatech.

Ultimátum otci, výpověď, automaty, touha zbavit se závislosti, 4. léčba

O vánocích se obrátil na otce s tím, že pokud se o chod firmy nemíní starat, tak, že je nevyhnutelné, aby se jejího vlastnictví vzdal v Kryštofův prospěch. Kryštof, který si byl vědom svého závislostního problému apeloval na to, aby byla firma přepsána na matku. Měl velký strach, aby otec díky svému členství v sektě, firmu nevytuneloval. Kryštof dal otcí ultimátum. Buď vlastnictví firmy přepíše nebo dá Kryštof okamžitě výpověď. Otec souhlasil s výpovědí. Kryštof tak firmu opustil. Během posledního roku hrál Kryštof na automatech na jaře, o vánočních svátcích a letos v lednu. Během vánočních svátků byl na 5 večírcích, na kterých pil alkohol. Hrát na automatech šel až po 5. večírku. Když hrál naposledy, tedy v lednu, strávil v herně celé 2 dny, během nichž nespál, nejedl a neozval se přítelkyni, kde je. Když se pak vrátil a viděl, že i jeho nevlastní syn o něj měl obrovský strach, rozhodl se podstoupit současnou, tj. čtvrtou léčbu a zbavit se své závislosti na hracích automatech. *„Stejně když odejdu odpoledne a vrátím se další den večer, tak jsem absolutně nevyspalý a vypadám jak troska. A když to vidí malý tak je to hrůza. Takže jsem se sbalil, zavolal jsem sem.“*

Současnost a budoucnost

Spolupacienti jako odstrašující případ, pobyt v léčebně jako prevence

Kryštof se v PL léčí 45 dní. Do léčby nastoupil hlavně kvůli toho, aby si při pohledu na ostatní spolupacienty, kteří jsou na tom většinou hůře než on uvědomil, jak by mohl dopadnout, kdyby hrát nepřestal a propadl mu úplně. Protože po čase abstinence ztrácí svou ostražitost vůči spouštěčům hraní, především alkoholu. *„Nepiju třeba půl roku a pak si řeknu, já nejsem alkoholik, proč bych nemohl si dát. Což je špatně. V tu chvíli bych měl jít asi na týden sem. Abych se zarazil a řekl to je špatně.“* S jistou nadsázkou se zamýšlí nad tím, že by každý rok týden strávený v léčebně mohl působit jako prevence návykového chování. *„Ono by možná nebylo špatné třeba jet tu jednou za rok, třeba na týden abych to zase oživil.“*

Alkohol jako spouštěč hraní, mnoho prohraných peněz, respekt druhých

Kryštof není „klasickým“ gamblerem, nikdy nehrál střízlivý. Pítí alkoholu nevyhledává, ale když je kamarádi přemlouvají nebo je díky práci a neshodám s otcem ve velkém stresu, na pivo si jednou za delší čas zajde. Po hraní bažení nepocítuje, dokud se nenapije.

Alkohol je spouštěč jeho hraní, toho si je vědom. Z hraní nemá dluhy, ale jen díky tomu, že vždy si vydělával pěkné peníze. Když si ovšem spočítal, kolik za svou závislostní kariéru prohrál, zjistil, že je to více než milion Kč, snad i milion a půl. Kryštof je člověkem, kterého si lidé váží, uznávají jej. Kryštof chce, aby tomu bylo tak i nadále. „*Nechci skončit takto. Jako troska. Lidi si mě váží, berou mě, uznávají mě.*“ O jeho návykovém problému téměř nikdo neví. Komu se s ním svěřil, ten nemohl uvěřit.

Rodina vším, úvahy nad prací, obrana proti spouštěčům

Jeho rodina pro něj znamená vše. Pro svého nevlastního syna, kterého vychoval, chce být dobrým příkladem. Sice je teď bez práce, ale o její nalezení nemá strach. I během pobytu v PL má domluvený pohovor, kde se bude ucházet o pozici manažera stavební výroby. Není si jistý, zda bude moct dokončit celou léčbu, protože je přesvědčen, že nakonec bude otec potřebovat pomoc a obrátí se na něj s přehodnocením svého postoje k přepisu vlastnictví firmy. Kryštof se věnuje 3-4 týdně hokeji. Po zápasech chodí všichni z týmu posedět do hospody. Toho se do budoucna Kryštof trochu obává. Ví totiž, že je schopen se dlouhé měsíce nenapít, ale když cítí, že se na něj ostatní divně dívají, že nepije, není mu to příjemné. „*Chtěl jsem jít na večírek hokejový a nepít, ale všichni na mě koukali, že jsem hokejista a nepiju jediný.*“ Navíc, když si po nějaké době začne myslet, že už je vyléčený a dokáže se ovládnout, tj. napít se nejlít hrát, hrozí mu riziko relapsu. „*Já si alkohol zase rok nedám, já to vím. Ale pak přijdou Vánoce, před Vánoce akce...Po roce si řeknu, že to zvládnou. Jak kdybych vypadl z toho přemýšlení.*“ Chtěl by se tohoto vyvarovat.

8.6.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- dětství plné povinností, zaneprázdnění rodiče, výborný prospěch ve škole
- střední škola stavební, hokej, vysoké nároky rodičů, kouření, pivo s kamarády
- vysoká škola, internát, alkohol, automaty, přítelkyně, brigáda
- prázdninová abstinence, stupňování závislostního chování, problémy se studiem, léčba v

PL, brigáda v projekční kanceláři

- jednou měsíčně opilý na automatech, 2. léčba, konec s kouřením, opět pití a automaty
- nová brigáda, abstinence, státnice, rozchod s přítelkyní, znovu kuřákem, práce stavbyvedoucího
- nová přítelkyně, stěhování se, práce v otcově firmě, pivo a automaty
- 3. léčba, rok abstinence, pivo, neshody s otcem, opilý na automatech
- ultimátum otci, výpověď, automaty, touha zbavit se závislosti, 4. léčba

Současnost

- spolupacienti jako odstrašující případ, pobyt v léčebně jako prevence
- alkohol jako spouštěč hraní, mnoho prohraných peněz, respekt druhých
- rodina vším, úvahy nad prací, obrana proti spouštěčům

8.6.3 Doplnování vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „*pracuje*“.

Zmiňuje i v rozhovoru.

Vždycky jsem chtěl ... „*být svobodný*“.

Nemám rád lidi, kteří ... „*jsou neschopní*“.

Přijde takový den, že ... „*je mi na nic*“.

Negativní.

Mojí největší chybou je ... „*hraní*“.

Během rozhovoru si taktéž své problémy spojuje s hraním automatů.

Většina rodin, které znám ... „*je v pohodě*“.

Pozitivní.

Mým snem je ... „*přestat hrát*“.

V rozhovoru zmiňuje touhu umět se ovládnout a od hraní abstinovat.

8.6.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Kryštof má největší motivaci ke změně v oblasti vztahů 56%, pak následuje duševní zdraví a životní úroveň 50%, pracovní oblast 22% a o poslední místo se dělí tělesné zdraví a právní záležitosti 17%. Kryštofův celkový motivační skóre činí 38. (viz Tab. 10)

Tab. 10: Výsledky Motivačního dotazníku Kryštofa

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	3	8%	17%
Duševní zdraví	9	24%	50%
Vztahy	10	26%	56%
Pracovní oblast	4	11%	22%
Právní záležitosti	3	8%	17%
Životní úroveň	9	24%	50%
Celkový skór	38		35%

8.6.5 Vývoj motivace ke změně

Kryštof na svou první léčbu patologického hráčství nastoupil ve 2. ročníku vysoké školy. Byl vždy výborným studentem a díky pití alkoholu a následnému hraní, přestával studium zvládat. Motivací k léčbě pro něj bylo zvládnutí studia. Kryštof nikdy nehrál na automatech střízlivý. Na vysoké škole se konalo během roku mnoho večírků a Kryštof se po nějaké době abstinence právě díky jejich návštěvám, při nichž se opíjel, vrátil k hraní automatů. Protože jakmile byl opilý, pociťoval silné bažení po automatech. Z večírků, jenž navštěvoval zhruba 1 krát měsíčně, přímo „utíkal“ k automatům. Kryštof se rozhodl nastoupit na 2. léčbu. Při této léčbě přestal na 3 roky s kouřením. Uvědomoval si, že u něj alkohol působí jako spouštěč hraní na automatech, snažil se mu tedy vyhýbat. To se mu dlouho nedařilo. Opět se napil a následně hrál. Protože našel brigádu, která jej bavila, věnoval se studiu a začal dělat práci, jež jej naplňovala, vydržel přes 3 roky abstinovat. Když začal Kryštof pracovat u svého otce byl pod velkým tlakem. Když šel s kamarády na pivo, následovalo hraní automatů. Opakovalo se to cca co 3 měsíce. Kryštofa by střízlivého jít hrát automaty nenapadlo. Když se napil, nedokázal se ovládnout. Než měl s kamarády na pivo jít, chystal si obranu proti hraní. Nenosil velké částky peněz, kreditní karty, občanku, ani mobil, aby mohl někomu zavolat a půjčit si peníze. Přesto se hraní bylo čím dál častější, začínal mít dluhy. Podstoupil 3. léčení. Vydržel rok abstinovat od alkoholu, protože věděl, že to znamená jistou abstinenci od hraní automatů. Pak ale začal ztrácet proti svému hlavnímu spouštěči návykového chování ostražitost a začal se zkoušet s

kamarády napít. Když si dokázal, že tuto krizovou situaci zvládl, nabyl dojmu, že je vyléčen. V té době měl neshody s otcem. Po nich měl vždy tendenci se napít. Pití alkoholu se pak věnoval častěji a bažení po automatech se již neubránil a šel si na automatech zahrát. Během posledního roku byl hrát na automatech 3 krát. Posledně strávil v herně 2 dny vkuse, nespál, nejedl a nedal vědět své přítelkyni, kde je. Ta o něj měla, stejně jako jeho syn, strach. Protože si Kryštof uvědomil, že své milované do podobných situací již nechce dostávat, že chce být pro svého nevlastního syna dobrým příkladem, rozhodl se nastoupit na svou 4. léčbu, tj. léčbu současnou. Hlavní motivací ke změně je pro něj jeho rodina. Protože je uznávanou osobou ve svém okolí, chtěl by, aby to tak zůstalo. Sice z hraní automatů nemá dluhy, ale to jen díky svým velmi pěknému výdělku. Za svou závislostní kariéru prohrál mnoho peněz (cca 1-1,5 mil.Kč). I když za střízliiva nikdy nepocit'uje bažení po automatech a nevěnuje se jejich hraní, rozhodl se podstoupit léčení. Chtěl si pobytem v PL, hlavně díky svým spolupacientům, připomenout, že musí od automatů trvale abstinovat, že vždy hrozí riziko, že by jim mohl propadnout naplno. Pobyt v PL nebere jen jako léčbu, ale i jako prevenci. Kryštof ví, že spouštěčem jeho závislostního chování je alkohol. Ví taky, že by se mu měl vyvarovat. Uznává, že nejlepší obranou proti gamblingu by byla trvalá abstinence od alkoholu. Alkohol se však úplně vzdát nechce a tak má z relapsu hraní na automatech obavy. Chtěl by se umět ovládnout a opilý nehrát.

Nevýhody návykového problému: zklamávání rodiny, vystavování je stresu, ztráta respektu od ostatních, velké finanční ztráty (cca 1-1,5 mil.Kč)

Výhody změny: spokojený rodinný život, práce, synovi vzorem, respekt od druhých

Relaps: alkohol spouštěčem - obranou abstinence od alkoholu

8.7 Petr

léčba patologického hráčství, 45 let, abstinuje 29 dní

8.7.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Velká rodina, úmrtí sestry, dobrý prospěch ve škole, fotbal, pomoc matce s výchovou i prací

Petr se narodil jako první ze 6 sourozenců. Svého otce nikdy nepoznal. Jeho sourozenci mají jiného otce, který vychovával i Petra. Petr má 5 mladších bratrů, sestra, která byla o dva roky mladší, ve dvou letech nešťastnou náhodou zemřela. „*Tam mi zemřela sestra, která se narodila, když jsem měl dva roky, nešťastnou náhodou na sebe vylila hrnec s horkou vodou.*“ Ve škole Petr prospíval dobře. Od 9 let se začal věnovat fotbalu, ten se stal jeho největším koníčkem. Neměl na něj ale tolik času, kolik by chtěl. Musel pomáhat matce s domácností, výchovou bratrů i s prací v kravíně, ve kterém byla zaměstnána. S bratry měl vřelý vztah, se vším si vždy vzájemně pomáhali.

Závislost na alkoholu a agrese nevlastního otce, jeho odchod a sebevražda, střední škola

Dětství měl pěkné do té doby, než začal nevlastní otec propadat závislosti na alkoholu a fyzicky je napadat. Pavel byl nejčastějším terčem jeho útoků. „*Začal nás bít, nejvíce jsem to odnášel já, nebyl jsem jeho a byl jsem nejstarší.*“ Petr pocítil velkou úlevu, když se od nich nevlastní otec odstěhoval. Otec chvíli po svém odchodu spáchal sebevraždu, která Petra příliš nezasáhla. „*Nijak jsem to neřešil. Stalo se. Jako říkám, spíše úleva.*“ Petr vycházel z 8. třídy s vyznamenání a jeho snem bylo studovat na střední průmyslové škole. Avšak když v jeho třídě probíhal nábor na střední školu vojenskou, dal Petr na přesvědčování učitelů i matky a nastoupil na ni. Že toto rozhodnutí bylo chybné poznal hned po 10 dnech od nástupu, režim a řád této školy mu totiž nevyhovoval. „*Zjistil jsem, že to pro mě není, to byla buzerace. Nástupy, šikana a to všechno.*“

Učení se zedníkem, nový přítel matky, konec rozvíjející se fotbalové kariéry, první zaměstnání, povýšení v práci

Hlásil se ihned na střední průmyslovou školu, ale i přes svůj výborný prospěch se na ni nedostal. Nastoupil tedy na učiliště, obor zedník, s tím, že se na průmyslovou střední školu přihlásí následující rok. Když měl však rok učení za sebou, rozhodl se na jinou školu nepřecházet. Matka si v té době našla nového přítele, Petr s ním celkem vycházel, ale přičila se mu jeho nadměrná konzumace alkoholu. „*Ale nebyl to člověk pro rodinu.*“

Kolikrát jsem ho viděl spát na stole v hospodě. “ Věnoval se sportu, na který měl velké nadání. „Reprezentoval jsem učiliště dá se říct ve všech sportech. “ Lituje, že jeho fotbalová kariéra, jež se začala slibně rozjíždět, náhle díky zranění skončila. „Už jsem byl těsně před podpisem smlouvy do druhé ligy za což byli už peníze, a já jsem týden před tím šel hrát na černo za jiný tým a tam mi zlomili obě dvě kosti a tak všechno padlo. Taková smůla v mém životě. Dneska jsem mohl hrát za peníze a nemusel jsem mít tyhle problémy. “ Po vyučení nastoupil do svého prvního zaměstnání. Na svůj věk byl velmi šikovný a tak se stal nejmladším vedoucím pracovní skupiny ve firmě. *„Byl jsem nejmladší parťák. Měl jsem vždycky lidi pod sebou, naučil jsem se s nima dělat. “*

Vojna, konec v práci, stěhování se, nová práce, touha po rodině, práce zedníka

Na prahu dospělosti nastoupil na dva roky na vojnu, kde získal mnoho zkušeností, dělal tam pánského kočího, tj. řídil osobní vozidla. Když se po vojně vrátil domů, byl přijat zpět do svého zaměstnání. Protože se jeho bratři učili hůř než on, nebyli vyučeni, bylo pro ně těžší najít si práci. Přimluvil se za jednoho z bratrů a ten byl přijat jako pomocný dělník do jeho pracovní skupiny. Firmě se v té době přestalo dařit a brzy nato se rozpadla. Díky Petrovi ale i bratr dostal velké odstupné. Bývalí majitele firmy zakládali novou společnost, o Petra stáli, ten se ale rozhodl přestěhovat se do jiného města. Chtěl si najít práci, ženu, se kterou založí rodinu. Práci si rychle našel, rekonstruoval koupelny. Bydlel v té době na ubytovně, vyhledával společnost dívek, avšak s žádnou nenavázal dlouhodobější vztah. V práci mu ale platili každý měsíc méně a méně, proto dal výpověď. Vzápětí ale našel práci novou, pracoval jako zedník.

Roční známost, svatba, bydlení u rodičů manželky, narození dcery, stěhování se, práce v Rakousku

Zamiloval se a po roční známosti si svou přítelkyni vzal. V den svatby měla jeho žena 18 let, on 25. S manželkou se přestěhovali do bytu k jejím rodičům, ale společné soužití nebylo ideální. *„Tak jsme měli průchozí pokojíček. Oni nám chodili do ložnice. “* Navíc si Petr příliš nerozuměl s tchánem. Petr tak trávil celé dny v práci, víkendy na fotbale. Mladí manželé, kteří čekali přírůstek do rodiny, toužili po vlastním bytě a podali o něj žádost na Národní výbor. Necelý rok poté jim bylo vyhověno a stěhovali se do nového bytu. Narodila se jí dcera. Petr chtěl rodinu zaopatřit a když dostal nabídku odjet pracovat do Rakouska, neváhal. *„Potřeboval jsem peníze, protože jsme měli novomanželskou půjčku. Tam jsem pak zarobil na celé vybavení bytu. “* V Rakousku získal Petr mnoho cenných

pracovních zkušeností. „*Naučil jsem se věci co tady přišly až za deset let.*“

Neuspokojivá práce v ČR, narození syna, nelegální práce v Rakousku, úmrtí spolupracovníka

Po svém návratu do ČR mu sehnal práci tchán u svého známého. Protože tam ale dělal pouze pomocného dělníka, své zkušenosti nemohl uplatnit, z práce odešel a hledal si novou. Nastoupil do firmy, kde si cenili jeho odborných znalostí a zkušeností a byl za svou práci pěkně odměňován. Když se mu narodil syn, tak protože živil manželku a dvě děti, řekl si o vyšší mzdu. Vzhledem k tomu, že mu přidat odmítli, dal výpověď a využil nabídky pracovat opět v Rakousku. Jednalo se ale o nelegální zaměstnání. „*Bylo to ale na černo.*“ Jezdil pracovat vždy na týden či čtrnáct dní. Nebylo mu příjemné nechávat manželku s dětmi samotné doma, avšak vidina výdělků a možnost zaopatření rodiny jej zlákala. „*To mi trochu vadilo, ale pro mě ty peníze, i pro nás, byly hodně důležité.*“ Petr nabídl svým známým možnost pracovat s ním v Rakousku. Odjíždělo s ním pak do Rakouska 6 známých, ale protože neuměli německy, což Petr původně nevěděl, přibyla mu k jeho práci také povinnost tlumočit svým spolupracovníkům požadavky zákazníků. Poslední pracovní turnus byl ukončen nešťastnou událostí. Jeden z Petrových známých, který mu před odjezdem za práci zatajil, že má zdravotní problémy se srdcem, při práci dostal infarkt a zemřel. Petra to velmi zasáhlo. „*I když jsem se ptal jaký je zdravotní stav, tak říkal, že dobrý a přitom bral prášky na srdce. A on mi tam 8. den umřel. Trefil ho tam šlak. To byla taková trpká zkušenost.*“ Když se Petr se spolupracovníky vrátili z Rakouska domů, zprostředkovatel práce jim odmítl zaplatit a přišli tak o cca 300 tisíc.

Práce na živnostenský list, úraz dcery, stěhování se, narození 3. dítěte

Petr si začal hledat novou práci, ale takovou, kde by nabízel dobré platové podmínky nenašel. Rozhodl se tedy pracovat na živnostenský list. Protože musel dojíždět za prací do většího města, vracel se domů vždy pozdě a unaven. Když měla dcera 4 roky, utrpěla úraz, Petr jí zachránil život. Byla hospitalizována v nemocnici. Úraz zapříčinil trvalé následky, v podobě lehké mentální retardace. „*Ta nejstarší je možná trošku postižená. Ve 4 letech jsem ji zachránil život, protože ji po nějakém pádu zapadl jazyk. Začala se dusit, vytáhl jsem jí jazyk. Pak ji dali na dýchací přístroje, a něco se jí pohlo v tom mozku, takže tady navštěvovala i zvláštní školu, nikdy moc na to učení neměla.*“ Aby Petr mohl své rodině věnovat více času, našel v místě jeho podnikání pronájem pěkného bytu. Manželka byla původně proti stěhování, v městě, kde doposud bydlela měla totiž hodně známých, ale

nakonec souhlasila. Petr byt postupně zrekonstruoval. Manželka v té době neplánovaně otěhotněla, narodila se jim dcera. Ve svém novém domově byli nakonec všichni spokojení. Bydlení jim znepríjemňovaly jen stížnosti jedné ze sousedek, která neměla ráda hluk.

Touha manželky pracovat, hádky, návštěvy hospod a herny, počátek hraní na automatech

Když měla nejmladší dcera 3 roky, toužila se manželka vrátit do práce, mezi lidi. Petr byl ale proti. Chtěl, aby zůstala doma, starala se o domácnost, o děti. Jejich doposud pěkný vztah se začal kazit, vznikaly mezi nimi často hádky. Petr nechtěl, aby byly děti hádkám svědkem, tak než aby se se ženou hádal, raději odcházel z domu, do hospody. *„Ze začátku jsme se hádali, ale jak jsem viděl že to děti špatně nesou tak jsem nechtěl. Žena ale byla hodně podrážděná, já jsem se nechtěl hádat a tak jsem to řešil tak, že když začala tak jsem se sebral a šel do hospody.“* Stálí návštěvníci hospody se stali jeho novými přáteli, neměli však na něj dobrý vliv. Když se společně opili, pozvali Petra do herny, která sídlila vedle hospody a seznámili jej s hrou na hracích automatech. Petr nakonec sám pomohl manželce najít práci, aby jejich hádky ustaly. Manželka byla nespokojená nadále, jí, že má Petr kvůli práci na rodinu málo času. Čím častěji se hádali, tím častěji nacházel Petr útočiště v hospodě a herně.

Velká výhra, častější hraní a prohrávání, prohra peněz na zakázku, pokus o sebevraždu, hospitalizace v PL

Jednoho dne se Petrovi stalo, že když se po hádce s manželkou opil a následně šel do herny, vyhrál na automatu velkou částku peněz, tj. 220 tisíc. *„Strčil jsem tam 2 tisíce, co jsem měl u sebe, a po hodině mi vypadlo 220 000.“* Tuto výhru považuje za spouštěče jeho závislosti na hracích automatech. *„Což jako velké štěstí, to snad ani není možné za hodinu tak zarobit tolik peněz. To bylo asi ten hlavní spouštěč.“* Petr část výhry prohrál, ale 180 tisíc následující den odnesl do banky, kde si založil účet, na který peníze uložil. Ženě o své výhře a uložených penězích nic neřekl. Myslel si, že je ušetří na horší časy. Jenže asi po týdně mu to nedalo a začal postupně z účtu peníze vybírat, aby mohl hrát. Postupně prohrál všechny odložené peníze. Byl z toho nervózní a chtěl je z automatů dostat zpět. Když jednou dostal peníze na zakázku, rozhodl se i tyto peníze využít k navrácení svých prohraných peněz, ale všechno prohrál. *„Říkal jsem si, že ty peníze chci zpátky, že to musím vyhrát zpátky! A to bylo to nejhorší, co jsem mohl udělat. Všechny tam zůstaly.“* Když za ním zákazníci po nějaké době přišli s tím, proč zakázka není hotová, snažil se s

nimi domluvit. Zákazníci odmítli na domluvu přistoupit, vyhrožovali mu zabitím. Petr se zhroutil a pokusil se o sebevraždu. „*To jsem neustál, zachoval jsem se jako zbabělec. Což mě do dneška mrzí, ale vrátit se to nedá. Pokusil jsem se o sebevraždu. Neuvědomil jsem si, že to nic neřeší. To byly jen pokusy, odvalu na to nemám.*“ Manželka se švagrovou Petra zavezly do PL, kde byl na 14 dní hospitalizován.

Hrozba rozvodu, půl roku abstinence, rozvod, samota, podmíněčné odsouzení, ztráta živnostenského listu, dluhy, bezdomovectví, přespávání v autě

Když se manželka následně dozvěděla o Petrově hraní na automatech, začala mu vyhrožovat rozvodem. Petr se po propuštění z PL snažil jejich vztah zachránit, půl roku od gamblingu abstinovat. Přesto za ním manželka jednoho dne přišla s tím, že jí má podepsat rozvodové papíry. Petr zůstal zaskočen, velice jej to zasáhlo. O to víc, když se dozvěděl, že žádost o rozvod manželka podala hned po jeho pobytu v PL. Tušil, že byla ovlivněna tchánem, který ho nikdy neměl rád. „*Důvod rozvodu bylo to hraní. Ona udala, že už nechce se mnou žít. Velkou roli tam hrál tchán. Vždycky o mně říkal: „Machr!“ Neuznával to, že jsem v práci dobrý. Neuznávali sport, že ho hraju. No, on byl jenom rád, že se se mnou rozvede.*“ Následoval tedy rozvod. Po něm se manželka s dětmi odstěhovala ke svým rodičům a Petr zůstal sám. Petr s manželkou spolu nedokázali komunikovat. Starší dcera a syn nesli rozvod špatně, a protože vinu za něj dávali Petrovi, odmítali se s ním scházet. Petr prodal veškeré vybavení bytu, aby zaplatil část svých dluhů. I tak mu ještě dluhy v hodnotě 300 tisíc zůstaly. Petr byl na 2 roky podmíněčně odsouzen za podvod a přišel o živnostenský list. Z bytu se musel odstěhovat. Najednou se ocitl bez práce i bez domova. Zůstalo mu jen jeho oblečení, pracovní náčiní a auto. „*Vzal jsem si hadry. V té době jsem měl asi 300 tisíc dluh. No a naraz jsem se ocitl na ulici.*“ Mohl jít sice bydlet ke své matce, ale styděl se a tak raději přespával ve svém autě.

Nelegální práce, bydlení u kamaráda, stěhování se k matce

Petr dále pracoval ve svém oboru, ale nelegálně. Když Petrovi kamarád nabídl, že může bydlet u něj, nabídku přijal. Nečekaně se jednoho dne u kamarádova bytu objevila Petrova matka, která chtěla, aby šel Petr bydlet k ní. Ona bydlela v rodinném domě s nejmladším z bratrů, jež po smrti svého otce dům zdědil. Bratr byl proti nastěhování Petra k nim. Když však dala matka bratrovi ultimátum, že buď tam Petr bydlet bude, nebo odchází i ona, bratr, který se sám o sebe nikdy nepostaral, Petra ve svém domě bydlet nechal. „*A protože si bratr neuměl uvařit ani čaj, tak souhlasil, že tam můžu být.*“ Petr po nějaké době sehnal

práci, ale podnikatel u něhož pracoval se k němu choval zle a neplatil mu tolik, kolik měl. Když bydlel u matky a bratra, od hracích automatů abstinovat. V pátky chodil hrávat karty do hospody, ve které automaty nebyly, vypil pivo a šel domů.

Bažení po automatech, gamblérství, prohry peněz, žádost o nástup do PL, kontakt s manželkou

Po nějaké době ale začal pociťovat bažení po hracích automatech, kterému nakonec podlehl. Když měl u sebe nějaké peníze, odjížděl autem do vedlejšího města, kde na hracích automatech hrál. Tyto návštěvy herny byly čím dál častější, a když jednoho dne prohrál během hodiny 20 tisíc, řekl si, že je nevyhnutelné, aby se šel léčit. Svěřil se matce a nejstaršímu bratrovi a ti ho v jeho rozhodnutí podpořili. Požádal PL o možnost nástupu na léčení. Byla zrovna zima a v PL mu oznámili, že volné místo budou mít až v létě. Léto však pro Petra znamená nejlepší pracovní možnosti, proto si místo na léčení nezamluvil. Petr začal komunikovat s manželkou a scházet se s dětmi. Během roku ale mnohokrát hrál. Došlo mu, že si sám neumí říct dost, toužil po léčbě. Znovu oslovil PL a žádal o možnost nástupu na léčení. Tentokrát byl přijat, což s velkou radostí a plný očekávání uvítal.

Současnost a budoucnost

Nástup na léčbu, podpora rodiny, přerušování kontaktu s matkou, sebelítost, výčitky

Petr se v PL léčí 10 dní. V rozhodnutí jít se léčit jej podpořili matka s bratrem. Matka se Petrovi však od jeho nástupu ještě neozvala a Petra to trápí. „*Máma mi od té doby nezavolala, nevím co se děje. Jestli se za mě stydí...já jsem ji nevolal. Nevím co si mám o tom myslet.*“ V léčbě jej podporuje i bývalá manželka a nejmladší dcera, na kterou je velmi pyšný, vidí se v ní. „*A ta nejmladší, ta je z nich nejlepší. V ní se vidím hodně. Ta je taky teď nejchytřejší, pořád samé vyznamenání.*“ Petr svou bývalou manželku stále miluje, podpora z její strany je pro něj velmi důležitá. „*Kdyby tu ona nebyla tak nevím...*“ Z Petra číší sebelítost, výčitky svědomí, ale i naděje. „*Je tam tam možnost že se dáme zpátky do kupy. A to mě hodně drží. Chtěl bych se stát takovým jakým jsem byl kdysi. Že si mě lidé vážili. Měl jsem nějakou úctu a všechno. Všechno jsem pošlapal, měl jsem všechno a vyhodil jsem to kvůli pár blikajícím těm...čas se nedá vrátit.*“

Strach z relapsu, velká očekávání od léčby, obrana proti relapsu, motivací rodina

Petr se bojí možného relapsu. Věří však, že díky léčbě bude vědět, jak se mu bránit. „*Hodně od té léčby očekávám. Prý tu mají 90% úspěšnost. Počítám, že tu dostanu hodně rad a všeho. Jak prostě nehrát.*“ Petr je rozhodnutý vyměnit okruh známých, pivo si dát

pouze doma a dlouho se vyhýbat hospodám. Hospodu by chtěl znovu navštívit, až bude mít jistotu, že má svou závislost pod kontrolou, např. za 3 roky. Jeho největším snem je, aby byli s manželkou a s dětmi znovu spolu, aby byli zase rodina. Návrat k rodině je jeho největší motivací léčbu dokončit a následně abstinovat. „*Návrat k rodině. To je hlavní cíl. To je jednoduchý cíl, který mě v tom drží. Že by se mohlo stát, že bych se mohl vrátit.*“

8.7.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- velká rodina, úmrtí sestry, dobrý prospěch ve škole, fotbal, pomoc matce s výchovou i prací
- závislost na alkoholu a agrese nevlastního otce, jeho odchod a sebevražda, střední škola
- učení se zedníkem, nový přítel matky, konec rozvíjející se fotbalové kariéry, první zaměstnání, povýšení v práci
- vojna, konec v práci, stěhování se, nová práce, touha po rodině, práce zedníka
- roční známost, svatba, bydlení u rodičů manželky, narození dcery, stěhování se, práce v Rakousku
- neuspokojivá práce v ČR, narození syna, nelegální práce v Rakousku, úmrtí spolupracovníka
- práce na živnostenský list, úraz dcery, stěhování se, narození 3. dítěte
- touha manželky pracovat, hádky, návštěvy hospod a herny, počátek hraní na automatech
- velká výhra, častější hraní a prohřívání, prohra peněz na zakázku, pokus o sebevraždu, hospitalizace v PL
- hrozba rozvodu, půl roku abstinence, rozvod, samota, podmíněčné odsouzení, ztráta živnostenského listu, dluhy, bez přístřeší, přespávání v autě
- nelegální práce, bydlení u kamaráda, stěhování se k matce
- bažení po automatech, gamblérství, prohry peněz, žádost o nástup do PL, kontakt s manželkou

Současnost

- nástup na léčbu, podpora rodiny, přerušování kontaktu s matkou, sebelítost, výčitky
- strach z relapsu, velká očekávání od léčby, obrana proti relapsu, motivací rodina

8.7.3 Doplnování vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „*se mi věnoval*“.

V rozhovoru vzpomíná, že jeho nevlastní otec byl závislý na alkoholu a vybíjel si na něm svou zlost.

Vždycky jsem chtěl ... „*být fotbalistou národního týmu*“.

Fotbal jako svůj velký koníček popisuje i v rozhovoru.

Nemám rád lidi, kteří ... „*jsou hloupi*“.

Přijde takový den, že ... „*nevím, co mám dělat*“.

Negativní

Mojí největší chybou je ... „*rozhazovačnost*“.

Většina rodin, které znám ... „*jsou úplné*“.

Pozitivní.

Mým snem je ... „*úplná rodina*“.

Téma rodiny - ústřední téma probandů.

8.7.4 Výsledky Motivačního dotazníku

Petrova motivace ke změně je nejsilnější v oblasti životní úrovně 89%, za ní následuje oblast vztahů 83%, duševní zdraví 72%, právní záležitosti 50%, pracovní oblast 44% a poslední místo zaujímá tělesné zdraví 33%. Petr má celkový motivační skór 67. (viz Tab. 11)

Tab. 11: Výsledky Motivačního dotazníku Petra

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	6	9%	33%
Duševní zdraví	13	19%	72%
Vztahy	15	22%	83%
Pracovní oblast	8	12%	44%
Právní záležitosti	9	13%	50%
Životní úroveň	16	24%	89%
Celkový skór	67		62%

8.7.5 Vývoj motivace ke změně

Petr se v PL léčí 10 dní. Současná léčba je Petrovou 1. léčbou. Kdysi se již jednou rozhodl pro změnu svého závislostního chování a dokázal bez léčby půl roku od hracích automatů abstinovat. Bylo to poté, co se pokusil o sebevraždu, ke které jej dovedly důsledky závislosti na automatech, tj. prohry, dluhy, a hlavně zpronevěření financí svých zákazníků. Po půl roce, během kterého se stihl rozvést, být podmíněčně odsouzen, přijít o živnostenský list, o práci i o domov, začal pociťovat silné bažení, relaps hry na automatech na sebe nenechal dlouho čekat. Hraní se u něj objevovalo čím dál častěji. Když jednoho dne prohrál 20 tisíc Kč, rozhodl se podstoupit léčbu a zbavit se své závislosti. V jeho rozhodnutí jej podpořila matka s nejstarším bratrem. Bylo to před rokem. V té době ale místo v PL nebylo, tak nastoupit nemohl. Během toho roku mnohokrát hrál a došlo mu, že sám hraní nedokáže zastavit. Nedokáže se ovládnout. Znovu oslovil PL a tentokrát byl na léčení přijat, což s radostí uvítal. V léčbě jej podporuje bratr, ale matka se Petrovi od jeho nástupu ještě neozvala, což Petra trápí. Za stěžejní považuje podporu v léčbě ze strany bývalé manželky a také své nejmladší dcery, které pro něj znamenají mnoho. Petra trápí výčitky svědomí, je plný sebelítosti. Mrzí jej, že díky své závislosti zapříčinil rozpad rodiny, zničil si pověst, ztratil sebeúctu. Petr od léčby mnoho očekává. Strach z možného relapsu přiznává. Věří však, že se díky léčbě naučí, jak mu čelit. Chce se bránit proti možným spouštěčům tím, že se bude dlouhou dobu vyhýbat rizikovým místům, kterými jsou pro něj především hospody. Do doby, než bude přesvědčen, že má svou závislost pod kontrolou, má v plánu si dát alkohol jedině doma. Chce také vyměnit okruh přátel. Jeho největším snem a zároveň motivací léčbu dokončit a následně abstinovat je získat zpět svou rodinu.

Nevýhody závislostního problému: dluhy, zpronevěra peněz, podmíněčné odsouzení, ztráta živnostenského listu a tím i práce, bezdomovectví, ztráta dobré pověsti, rozvod, rozpad rodiny, ztráta sebeúcty, výčitky svědomí, sebelítost, pokus o sebevraždu

Výhody změny: znovu získání pověsti a sebeúcty, návrat k rodině, domov

Relaps: obrana - vyhýbání se rizikovým místům (hospody), výměna okruhu přátel

8.8 Pavel

léčba patologického hráčství, 25 let, abstinuje 31 dní

8.8.1 Narativní rekonstrukce

Minulost

Dětství ve slušné rodině, úraz hlavy, pěkný vztah se sourozenci, absence pozornosti rodičů, výborný prospěch ve škole, nástup na víceleté gymnázium

Pavel se narodil do slušné rodiny jako první ze čtyř dětí. Vzpomíná, že když byl malý a hlídala jej slečna na hlídání, spadl dozadu na hlavu a poranil se tak vážně, že byl ohrožen na životě. Když chodil do školky, lišil se od ostatních dětí. Zajímalo ho čtení a psaní, kterým se naučil již ve čtyřech letech. „*Začal jsem tam chodit do školky a vím, že naši zpozorovali, že jsem byl takový divný už v té školce. Brzo jsem se naučil číst a psát, ve čtyřech letech.*“ Na prvním stupni základní školy měl výborný prospěch, při hodinách se nudil. Když vymyslel jeden ze spolužáků, že by se mohlo vylézt na střechu, Pavel se toho hned chytil a na střechu vylezl. Po páté třídě jej rodiče přihlásili na gymnázium. Absolvoval přijímací zkoušky, a i přes to, že se na ně příliš nepřipravoval, skončil na čtvrtém místě z pěti set uchazečů. Na gymnáziu, které navštěvovaly nadané děti, již tolik nevybočoval. Se sourozenci si vždy rozuměl. Má ale pocit, že se mu rodiče nikdy moc nevěnovali. „*Rychle mě spíše vyšoupli, že se dokážu o sebe postarat sám.*“ Otec jezdil za prací, takže býval tak tři dny v měsíci doma. Matka byla na vše sama, zůstala v domácnosti a věnovala se hlavně Pavlovým mladším sourozencům.

Málo přátel, první zkušenost s alkoholem, víkendové popíjení

Přátel nikdy moc neměl. Našel si vždy jednoho kamaráda, se kterým trávil volný čas. Na gymnáziu měl kamaráda, který ho spíše využíval, protože byl chytrý a dokázal mu pomoci s úkoly. „*No ale pak jsem se dozvěděl, že on mě měl spíše proto, že já jsem byl ten chytrý a on hezký. Takže on měl vždycky všechny baby a já jsem za něho dělal úlohy a tak.*“ Ve 13 letech se na školním výletě poprvé okusil víno, které mu zachutnalo. Začal popíjet pravidelně každý víkend.

Kouření marihuany, pohrdání ostatními lidmi, psaní deníku a jeho spálení

Ve 14 letech začal kouřit marihuanu. Po intoxikaci marihuanou se vyhýbal ostatním lidem,

kterým nerozuměl a jimiž pohrdal. „*Připadali mi takoví divní, jak kdyby neschopní. Jak kdyby byli zaujatí tím normálním životem.*“ Pavel se věnoval psaní deníku, ve kterém své převážně negativní pocity ventiloval.“ Bylo tam hodně takových poznámek o lidech, jak jsou divní a jak mi mezi něma není dobře.“ V 16 letech mu přišlo na mysl, že se chce své minulosti odstříhnout a své zápisky, kterých bylo cca 1200 stran, spálil.

Hraní na bicí, chození za školu, časté pití alkoholu, lži, vyloučení z gymnázia, příprava na konzervatoř

Věnoval se hudbě. Díky Pavlově nadání rychle se učil novým věcem, se během chvíle naučil hrát na bicí. Hrál v několika kapelách. Pak mu ale přestalo stačit popíjet každý víkend, začal chodit i se svým kamarádem z gymnázia za školu. Jezdili na koleje za vysokoškolskými studenty, s nimiž např. 3 dny vkuse popíjeli. Pavlova matka nic netušila. Měla za to, že Pavel řádně studuje. „*Máti nic nevěděla, nikdo nic netušil. Žil jsem si jak kdyby svůj život takový dvojí. I omluvné listy jsem měl jeden pro matku, jeden pro třídní učitelku a měl jsem i známého doktora na krčím tak i od něho, já jsem jako dokázal dost lhát docela dobře.*“ V 17 letech byl z gymnázia podmíněčně vyloučen. To se Pavla dotklo a měl chuť studium na gymnáziu ukončit. Pavlův učitel na bicí mu řekl, že je mimořádně nadán, že i když na bicí hraje teprve rok, má reálnou šanci dostat se na konzervatoř. To Pavel uvítal a navrhl nástup na konzervatoř rodičům. Otec byl proti. Pavel se ale nedal. Půl roku doma na bicí trénoval. Během té doby gymnázium moc nenavštěvoval, přesto byl zaražen, když se v den vysvědčení dozvěděl, že je z gymnázia vyloučen.

Pár měsíců na obchodní akademii, návštěvy hospod, hraní karet a podvádění, hraní na automatech, neúspěch na konzervatoři

Matka mu přes známou ihned domluvila možnost nástupu na obchodní akademii. Zde studoval jen chvíli. Pavel v té době často chodil s kamarády do hospody, kde pil pivo a hrál karty. V kartách se mu dařilo nad všemi vyhrávat, protože podváděl. „*Pili jsme, ale já trochu míň, a vím, že jsem přišel na způsob jak je obehrát, skládal jsem karty na sebe. Vždycky jsem vyhrál i více než jejich výplaty.*“ Jeden ze známých se šel vždy pro prohře s Pavlem „uklidnit“ k automatům. Jednoho dne si vedle něj přisedl i Pavel s tím, že najde způsob jak obehrát i automaty. A začal jim pomalu ale jistě propadat. Na konzervatoři neuspěl, což ho velice zklamalo, umístil se první pod čarou.

První práce, pár měsíců na střední škole pedagogické, bydlení na internátě, konzumace lysohlávek

A tak nastoupil do svého prvního zaměstnání. Potřeboval peníze, mimo jiné na hraní automatů. Pracoval jako pouliční prodejce hudebních CD. Brzy ale s touto prací skončil. Protože nedostudoval, měl základní vzdělání, s čímž se nechtěl smířit, nastoupil na střední školu pedagogickou. Odstěhoval se od rodičů na internát. Na internátě začal konzumovat lysohlávky, které pak upřednostňoval před studiem. „*Byl jsem tam na intru a hodně jsem do sebe začal cpát lysohlávky takže jsem uletěl úplně jinam.*“ Studia zanedlouho zanechal.

Bydlení s přítelkyní, krátkodobá zaměstnání, půjčky, hraní automatů

Seznámil se s přítelkyní, začali spolu bydlet. Našel si práci jako stavební dělník, ale takto pracoval velmi krátce. Různých zaměstnání vystřídal mnoho, ale v žádném dlouho nevydržel. Když pracoval například jako finanční poradce, s prací skončil, protože se mu nelíbilo, že musel nabízet lidem produkty, o kterých věděl, že pro ně nejsou nejvýhodnější. Chování kolegů odsuzoval. „*Nenáviděl jsem ty lidi. Hnusili se mi úplně. Prohlídl jsem je všechny. Ze začátku jsem věřil tomu co prodávám, ale když jsem se o tom začal zajímat sám tak jsem zjistil, že existují i mnohem lepší.*“ Ve většině svých krátkodobých zaměstnání si stihl nechat vystavit potvrzení o zaměstnání, které následně uplatňoval při žádostech o půjčky. Půjčené peníze prohrával v automatech. Dluhy mu narůstaly. Když vyhrál svou největší výhru, tj. 80 tisíc Kč, dokázal jí neprohrát výjimečně celou v automatech, ale využit k nákupu vybavení do bytu. Jindy však bylo pravidlem, že obsah své peněženky v automatech prohrál. V době, kdy byl bez práce, chodil celý měsíc denně hrát na automatech do blízké herny, která se stala jeho oblíbenou. Denně tam vyhrával 5-6 tisíc korun. „*Měsíc jsem fungoval tak, že jsem každý den chodil do jedné herny a to bylo štěstí, denně jsem vyhrál 5-6 tisíc korun. To už za mnou ten majitel šel a ptal se mě jak to dělám. A že by si to chtěl dát se mnou napůl, že klidně dá půlku do sázky.*“

Stěhování se k rodičům, rozchod s přítelkyní, užívání lysohlávek, zkoušení pervitinu

Štěstí ve hře jej brzy opustilo, došly peníze a i s přítelkyní byli nuceni se ze svého pronájmu odstěhovat. Nastěhovali se k Pavlovým rodičům, ale přítelkyně jej zanedlouho opustila. Když byla sezóna lysohlávek, tak je Pavel užíval cca 5 krát týdně. Při jejich intoxikaci se nejraději zavřel sám do místnosti a přemýšlel o své budoucnosti. „*Třeba mi to pomáhalo na přemýšlení, když jsem byl v uzavřené místnosti. Jako mozek fungoval, byl hodně akční. Třeba jsem si naposledy sedl, vymýšlel jsem další školu, byl jsem už asi v patnácté práci, sedl jsem si do místnosti, sežral nějaké houby a za celý den jsem si vymyslel, že půjdu na průmyslovku, jak to všechno udělám s rodičema. To jsem si všechno*

vymyslel za jeden den a taky jsem to pak udělal. Přesně tak jak jsem si to vymyslel.“ Na průmyslovku se přihlásil, ale nakonec na ni nenastoupil. Začal se scházet s lidmi, kteří byli závislí na pervitinu. Pavel se nenechal dlouho přemlouvat a pervitin zkusil. Ten mu však nějak nedělal dobře, tak si jej dával jen příležitostně.

Poměr s nadřízenou, podnájem, kontrola financí, bažení po automatech

Když pracoval jako pojišťovací zprostředkovatel, jeho o mnoho let starší nadřízená se do něj zamilovala. Pavel sháněl pronájem a jeho nadřízená, která měla manžela a dítě, mu navrhla, že může bydlet u nich doma jako podnájemník. Pavel s ní měl poměr a manžel, ten nic netušil. Pavlova nadřízená si nechala posílat jeho výplatu na svůj účet, aby Pavlovi pomáhala se splácením dluhů, o nichž věděla. Pavlovi dávala z jeho peněz jen malou částku, kterou stejně Pavel okamžitě prohrál na automatech. „*V té době jsem hrál jak to šlo, neměl jsem žádné peníze, takže tu trošku co jsem dostal jsem se snažil rozmnožit.*“ Párkrát se mu stalo, že měl tak silné bažení po automatech, že všeho nechal a utíkal si do herny zahrát. Ze vztahu s jeho nadřízenou a tajení jej před jejím manželem Pavlovi nebylo dobře, a proto se jej rozhodl ukončit a v zaměstnání dát výpověď. „*To byl asi největší teror, co jsem kdy zažil.*“

Do ciziny za prací, hraní i abstinence

Odcestoval za prací do ciziny. Zavítal do Itálie, kde se věnoval se sběru ovoce a péči o ovocné stromy. Když přijel po nějakém čase domů, přivezl si vydělaných 30 tisíc Kč. Ty ale za jeden prohrál na automatech. Znovu odjel mimo Českou republiku, tentokrát do Anglie, kde se věnoval stejné práci jako v Itálii. V Anglii se mu velmi líbilo. Za tu dobu, co tam byl, se u něj návykové problémy neobjevovaly. „*V Anglii jsem dělal a to bylo nejlepší asi, prostě ten život na západě. Paradoxně tam jsem nehrál. Ani nebral drogy, nepil nějak moc.*“

Nová přítelkyně, práce číšníka, lysohlávky, příležitostně pervitin

Po příjezdu domů se seznámil s novou, mladičkou přítelkyní. Začal pracovat jako číšník v hospodě s hernou. Konzumoval občas lysohlávky, o kterých je přesvědčen, že mu neškodí. „*Myslím si, že ty drogy halucinogenní mají na mě spíše pozitivní vliv.*“ V poslední době užil víckrát i pervitin, když mu jej někdo nabídl, sám jej nevyhledával. Zjistil, že mu už tolik zle jako dřív nedělá, že se mu na něm lépe přemýšlí, závislost na něm ale popírá. „*Lépe se u toho přemýšlí, ale nevyhledávám to. Na drogách nejsem závislý. To spíše na to pítí.*“

Denní konzumace alkoholu, hraní automatů, prohraní tržby, návštěva psychiatra, nástup do PL

Se závislostí na alkoholu si však tolik jistý není. Dřívější občasně pití se vystupňovalo do popíjení každodenního, které doprovázelo hraní na automatech. Dvakrát se mu stalo, že během své pracovní doby seděl u automatů a prohrál celodenní tržbu. „*Předtím jsem pil při práci nebo škole jen o víkendu ale poslední dobou jsem pil každý den. To bylo denně. Navíc v hospodě s automatama, takže jsem hrál i denně ty automaty.*“ Jednou mu na splacení prohraných peněz půjčil kamarád, podruhé se již na koho obrátit neměl a tak zavolal šéfovi a řekl mu co se stalo. Jeho přítelkyně byla znepokojena a naléhala na něj, ať něco se svou závislostí udělá. Pavel dal na svou přítelkyni a navštívil psychiatra. Psychiatr mu dal na výběr, zda se chce léčit ambulantně, docházet do skupiny Anonymních gamblerů či se chce podstoupit ústavní léčbu. Pavel nevěděl, co si pod pojmem AG představit, upřednostnil tedy ústavní formu léčby. Před nástupem do léčby se s jeho přítelkyní rozešli.

Současnost a budoucnost

Nespokojenost s léčebným režimem, nuda, přemýšlení o kořenech závislosti, hledání těžiště problémů

V PL se léčí 29 dní. S režimem oddělení není příliš spokojen. Má pocit, že má moc volného času, který by se dal smysluplněji využít. „*A o léčbě si myslím, že tady máme moc málo tvůrčích nějakých procesů aby se člověk nějak vybil, je to tady takové líné. Nudím se tu celkem. Třeba na odpoledne nějakou pracovní terapii, nebo zajímavou činnost kde se člověk může rozvíjet. Nic takového tady není. Keramický kroužek, nebo...*“ Protože má Pavel mnoho času k přemýšlení, zamýšlí se často nad tím, odkud jeho návykový problém pramení. Je přesvědčen, že jeho na vzniku jeho závislosti se podílela jeho umíněnost mít vše hned, být nejlepší. „*Je to už od malička tady tím, že jsem byl zvyklý mít všechno hned, vlastně protože mám nějaké dispozice od Boha.*“ Hloubá nad tím, zda je jeho návykový problém problémem primárním. „*Já právě když jsem tady a tak poslouchám, tak nevím jestli to hraní je zásadní problém, já si myslím, že je něco ve mně a že to s tím tak úzce souvisí samozřejmě. Opatřování si peněz jakýmkoli jiným způsobem než běžnou prací. To hraní je jenom součástí toho.*“ Pavel uznává, že hraní na automatech je jeho velký problém, ale zároveň cítí, že i když léčbu dokončí, od automatů bude abstinovat, problémy nezmizí, že těžiště jeho problémů spočívá jinde.

Touha rozkrýt a zpracovat své nevyřešené konflikty, dobrý vztah se sourozenci

Chce pracovat sám se sebou a rozkrýt své nevyřešené konflikty. „*Nedokážu si to nějak srovnat v hlavě, ale myslím si, že ty problémy pramení z toho, z neuvážlivosti mladické. Žít si svůj život, ale příliš brzo.*“ Napadá ho, zda problémy nepramení již z dětství, kdy se matka věnovala převážně sourozencům a on byl opomíjen. Zároveň si uvědomuje, že nevěnování mu pozornosti nebylo úmyslné. Že matka toho měla mnoho. Když byl on i jeho bratři v pubertě, chodila matka do práce, starala se o domácnost a k tomu studovala vysokou školu. Cítí protichůdné pocity, se kterými si neví rady a touží po jejich zpracování. Se sourozenci vychází dobře.

Sen o maturitě a vysoké škole, práci v Anglii

Chtěl by si dálkově dodělat maturitu, nejlépe na gymnáziu. Poté by se rád stal psychologem nebo doktorem, aby mohl pomáhat ostatním lidem, ale i sám sobě. Pavel neví, zda jsou jeho sny reálné, protože je přesvědčen, že vše závisí na tom, jak se bude cítit. Pokud by si měl vybrat jinou cestu, tak by se rád vrátil zpět do Anglie. „*Já říkám, že kdyby mi třeba zítra někdo dal částku peněz ať začnu nový život někde tak jsem schopný odjet.*“

Nová práce, zvědavost na změnu, abstinence od automatů

Má ale zatím zařízenou práci restauraci, kam nastoupí, až léčbu dokončí. Je zvědavý jak se po dokončení léčby bude cítit a právě tuto zvědavost považuje za svou největší motivaci v léčbě setrvat až do konce. Při léčbě bažení po automatech nepociťuje. Ale hospodu považuje za rizikové místo, tam vždy své nutkání hrát cítil. Od hraní na automatech chce po léčbě abstinovat, ale život bez cigaret a alkoholu si představit neumí. „*Tam nemám problém, ale kdyby na to mělo přijít tak třeba přestanu úplně pít, ale já to neberu na nějaké zlo. Prostě vím, že mi to dělá dobře a že když budu na fesťáku nebo tak...*“ Alkohol za spouštěče hraní na automatech nepovažuje, hrával často střízlivý.

Životní cíle a sny

Chtěl by změnit svůj životní styl, přestat mít na sebe a na své blízké vysoké nároky, uvědomit si, že nikdo nemůže být dokonalý, naučit se mít rád lidi a odpouštět. „*Přišel jsem na dost věcí, třeba že jsem měl vysoké nároky na sebe, to je třeba jedna z hodně důležitých věcí, kterou jsem si tady uvědomil. Hodně vysoké nároky na lidi, třeba na ty moje přítelkyně a nedokázal jsem jak kdyby těm lidem důvěřovat. A za druhé jsem neuměl odpouštět. Takže když někdo udělal chybu, včetně mě, sebe jsem týral vždycky. Ale*

ostatním taky ne. Takže si myslím, že je důležité naučit se tohle.“ Tuto změnu považuje za svou obranu proti návykovým problémům. Touží splatit dluhy, kvůli kterým je pod neustálým stresem. Dluží cca 640 tisíc Kč, ale věří, že když bude pracovat, tak je jednou splatí.

8.8.2 Životní příběh v kategoriích

Minulost

- dětství ve slušné rodině, úraz hlavy, pěkný vztah se sourozenci, absence pozornosti rodičů, výborný prospěch ve škole, nástup na víceleté gymnázium
- málo přátel, první zkušenost s alkoholem, víkendové popíjení
- kouření marihuany, pohrdání ostatními lidmi, psaní deníku a jeho spálení
- hraní na bicí, chození za školu, časté pití alkoholu, vyloučení z gymnázia, příprava na konzervatoř
- pár měsíců na obchodní akademii, návštěvy hospod, hraní karet a podvádění, hraní na automatech, neúspěch na konzervatoři
- první práce, pár měsíců na střední škole pedagogické, bydlení na internátě, konzumace lysohlávek
- bydlení s přítelkyní, krátkodobá zaměstnání, půjčky, hraní automatů
- stěhování se k rodičům, rozchod s přítelkyní, užívání lysohlávek, zkoušení pervitinu
- poměr s nadřízenou, podnájem, kontrola financí, bažení po automatech
- do ciziny za prací, hraní i abstinence
- nová přítelkyně, práce čističky, lysohlávky, příležitostně pervitin
- denní konzumace alkoholu, hraní automatů, prohraní tržby, návštěva psychiatra, nástup do PL

Současnost a budoucnost

- nespokojenost s léčebným režimem, nuda, přemýšlení o kořenech závislosti, hledání těžiště problémů
- touha rozkrýt a zpracovat své nevyřešené konflikty, dobrý vztah se sourozenci
- sen o maturitě a vysoké škole, práci v Anglii
- nová práce, zvědavost na změnu, abstinence od automatů
- životní cíle a sny

8.8.3 Doplnování vět

Soudím, že můj otec zřídka ... „*pije*“.

Vždycky jsem chtěl ... „*vyhrát*“.

Nemám rád lidi, kteří ... „*lžou*“.

Přijde takový den, že ... „*je mi dobře*“.

Mojí největší chybou je ... „*spánek*“.

Většina rodin, které znám ... „*nic nedělají, spí*“.

Mým snem je ... „*mít se rád*“.

Vyplývá i z rozhovoru. Věnoval se hraní karet, automatů, protože jeho snem byla velká výhra.

Pozitivní.

Útěk do spánku např. před řešením problémů s věřiteli.

Opakuje se téma spánku.

Hlavní z témat rozhovoru.

8.8.4 Výsledky Motivačního dotazníku

V Pavlově motivační struktuře zaujímá první místo duševní zdraví 100%, vysoké skóre má i životní úroveň 94%, poté následuje oblast vztahů 89%, pracovní oblast 72%, právní záležitosti 67% a na posledním místě má Pavel tělesné zdraví 39%. Celkový motivační skór Pavla činí 83. (viz Tab. 12)

Tab. 12: Výsledky Motivačního dotazníku Pavla

	Počet kladných odpovědí	% z celkového skóru	% z maxima
Tělesné zdraví	7	8%	39%
Duševní zdraví	18	22%	100%
Vztahy	16	19%	89%
Pracovní oblast	13	16%	72%
Právní záležitosti	12	14%	67%
Životní úroveň	17	20%	94%
Celkový skór	83		77%

8.8.5 Vývoj motivace ke změně

Současná léčba je Pavlovou 1. léčbou. Dříve dokázal chvíli abstinovat, když byl v Anglii, kdy na závislostní chování neměl pomyslení. Hraní automatů se věnoval v omezené míře také v období, kdy měl poměr se svou nadřizenou, jež měla kontrolu nad jeho financemi. Sám hospodařit s penězi neuměl, všechny je „naházel“ do automatů. Bral si půjčky, které v hracích automatech prohrával. Když pracoval jako číšník v hospodě s hernou, prohrál dvakrát celodenní tržbu. Návykové problémy provázely Pavla jeho celým dospělým životem. Hlavním Pavlovým problémem, kvůli kterému nastoupil na léčení, je hraní na automatech, avšak kromě něj má Pavel problémy s nadměrnou konzumací alkoholu, užívá často lysohlávky a příležitostně také pervitin. Závislost na nealkoholových drogách popírá, s alkoholovou závislostí si ale jistý není. Ústavní léčbu nastoupil po návštěvě psychiatra, kam šel na popud své přítelkyně.

V PL se léčí 29 dní. Režim oddělení mu příliš nevyhovuje, protože má pocit, že má moc volného času, který by mohl být lépe naplněn. Čas využívá k přemýšlení, odkud jeho závislostní problémy pramení, zda jsou problémem primárním, hledá těžiště svých problémů. Chtěl by rozkrýt a zpracovat své vnitřní nevyřešené konflikty. Motivací k dokončení léčby je pro něj zvědavost, zda se bude cítit jinak než doposud. Při léčbě bažení po automatech nepocítuje. Za možného spouštěče považuje návštěvu hospody, která je pro něj rizikovým místem. V alkoholu spouštěče hraní automatů nevidí, vychází z toho, že hrával poslední dobou střízlivý. Pavel má své představy o budoucnosti spojené s abstinencí od automatů, abstinencí od alkoholu si ale představit neumí. Pavel sní o dokončení studia na gymnáziu, o studiu na vysoké škole. Pokud by si měl zvolit jinou cestu, odjel by rád do Anglie a začal tam nový život. Touží splatit dluhy (cca 640 tisíc Kč), kvůli nimž je pod neustálým stresem. Chtěl by změnit svůj životní styl, přestat mít na sebe a na své blízké vysoké nároky, naučit se mít rád lidi a odpouštět. Tuto změnu považuje za svou obranu proti návykovým problémům.

Nevýhody návykového problému: dluhy, stres, zpronevěra peněz

Výhody změny: nový životní styl, nový život, splacení dluhů

Relaps: spouštěčem návštěva hospod, obranou vyhýbaní se rizikovým místům, změna životního stylu

8.9 Soubor jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu

Probandi z řad klientů léčících se ze závislosti na pervitinu považují léčbu za počátek cesty ke svému vytouženému cíli – abstinenci. Jsou schopni si přiznat negativa drogové závislosti (např. kriminalitu, psychické problémy, zdravotní problémy, ztrátu důvěry blízkých, dluhy, apod.), připomínat si klady léčby a výhody abstinence, které je v jejich přesvědčení - žít život bez drog – utvrzují. Všichni čtyři probandi touží po úplné abstinenci od pervitinu.

Jednotliví probandi uvádějí jako svou motivaci ke změně:

- možnost prvního setkání s dcerou, šance v životě něco dokázat, sebeúcta, cílesměrnost, obyčejný život, věnování se svému koníčku (malování).
- život sám, otevřená budoucnost, studium, dobrá práce, založení rodiny.
- syn, touha být dobrou matkou, mít rodinu.
- zdraví, rodina, normální život, možnost být na sebe hrdá, obnovení důvěry rodiny

Všem respondentům je společná touha po plnohodnotném, normálním životě bez drog, zlepšení vztahů s rodinou, vidina nové budoucnosti, možnosti splnit si své cíle a sny.

Probandi se shodují na nutnosti se svou motivací stále pracovat. Jejich cílem je abstinence, ale strach z možného relapsu nepopírají. Za možné spouštěče relapsu považují bažení po droze, které občas pocítují, setkání se známými, poslech hudby či návštěvu míst, které mají s užíváním drog spojené, tzv. riziková místa, zvýšenou psychickou zátěž. Jeden z probandů zmiňuje užití marihuany za spouštěče užití pervitinu. (Švrčinová, 2010)

Tabulka 13 představuje výsledky Motivačního dotazníku jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu. Mimo jiné ukazuje, že proband s nejvyšším celkovým motivačním skórem má jeho hodnotu 91, nejsilnější motivace u něj vychází z oblasti vztahů, kde dosahuje 100%. Druhý z probandů má největší motivaci hned ve dvou oblastech, tj. vztazích a duševním zdraví 100%, jeho celkový motivační skór je 85. Třetí proband má nejsilnější motivaci v oblasti duševního zdraví 89% a celkový motivační skór 76. Nejsilnější motivace u čtvrtého probanda vychází z oblasti duševního zdraví a životní úrovně 83%, celkový motivační skór má 73.

Tab. 13: Výsledky Motivačního dotazníku u jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu (Švrčinová, 2010)

	Hynek		Pavel2		Irena		Eliška	
	Pko	%	Pko	%	Pko	%	Pko	%
Tělesné zdraví	11	61%	10	56%	9	50%	7	39%
Duševní zdraví	17	94%	18	100%	16	89%	15	83%
Vztahy	18	100%	18	100%	15	83%	14	78%
Pracovní oblast	15	83%	17	94%	12	67%	14	78%
Právní záležitosti	13	72%	8	44%	12	67%	8	44%
Životní úroveň	17	94%	14	78%	12	67%	15	83%
Celkový skór	91		85		76		73	

Pozn.: **Pko** = Počet kladných odpovědí, **%** = Procent z maxima

8.10 Shrnutí výsledků výzkumu

8.10.1 Výzkumná otázka 1

Proč se jedinci s návykovým problémem rozhodli léčit?

Někteří probandi nastupovali na svou léčbu silně motivováni, podstoupit léčení a změnit dosavadní způsob života bylo jejich vlastním rozhodnutím, jiní léčbu započali na popud svých blízkých, především manželek (partnerek), případně dětí. Nastoupit na léčení je vždy žádoucí, i když léčbu podstupuje jedinec, jenž jí chce pouze vyhovět svým blízkým. I kdyby se stalo, že by se jedinec po absolvování léčby vrátil k předchozímu závislostnímu chování, čas strávený v léčbě by mu měl pomoci po zdravotní stránce se dát trochu do pořádku. U jedinců závislých na alkoholu se většinou výrazně zlepšil fyzický stav, stav psychický se zlepšuje u jedinců postupující léčbu jak ze závislosti alkoholové tak z patologického hráčství. Pacienti při léčbě využívají sociálního poradenství, pracují tak např. na řešení svých finančních problémů. Při léčbě pak mnohokrát přehodnotí své odmítavé či nedůvěřivé stanovisko k léčbě, ke změně, uvědomí si, že rozhodnutí léčbu podstoupit bylo správné a léčba je přínosná. Motivace ke změně se v průběhu léčby mění.

Tuto skutečnost potvrzují příklady probandů, jejichž původním záměrem bylo vyhovět svým blízkým, ale v průběhu léčby si správnost svého rozhodnutí a přínos léčby uvědomili. Výzkum naznačuje, že je rozdíl mezi přiznáním si toho, že jedinci návykové chování způsobuje problémy a přiznáním si vlastní závislosti. To, že si jedinec své problémy spojí s návykovým chováním je klíčové pro změnu závislostního chování a přiznání si své závislosti je zásadní pro budoucí abstinenci. Probandi, kteří se během výzkumu zmiňovali, že jsou si vědomi toho, že se od nich budoucí úplná abstinence očekává, že by snad i byla správnou volbou, ale vnitřně o ní přesvědčeni nejsou, si svůj budoucí život s úplnou abstinencí nespojují. Téma „normální život“ patří k ústředním tématům výzkumu. Zajímavé je zjištění výrazně odlišného významu tohoto slovního spojení u jednotlivých skupin probandů. Ukazuje se, že pro probandy, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu a svou závislost si vnitřně nepřiznali, znamená „normální život“ mimo jiné možnost kontrolovaného pití alkoholu. Možnost kontrolovaného pití by uvítali min. 3 ze 4 probandů ze skupiny jedinců léčících se ze závislosti na alkoholu (3 probandi se o tom zmínili). Pro všechny probandy, kteří podstupují léčbu patologického hráčství i ty, kteří se léčí ze závislosti na pervitinu a svou závislost si přiznali, znamená trvalou abstinenci od návykového problému, ze kterého se léčí. Výsledky výzkumu poukazují na to, že všichni probandi z řad pacientů podstupujících léčbu patologického hráčství deklarují, že si svou závislost přiznávají a jejich cílem je trvalá abstinence.

Z výzkumu vyplynulo, že dva z probandů měli během svého života problém s více druhy závislostních problémů, vykazují zvýšené tendence k návykovému chování.

Pět probandů přiznalo během výzkumu sebevražedné myšlenky, tři probandi za sebou mají min. 1 pokus o sebevraždu. Výzkum tedy poukazuje na zvýšené sebevražedné tendence jedinců s návykovým problémem.

Odpověď 1. výzkumné otázky:

Polovina probandů nastoupila na léčení na popud svých blízkých, ostatní ke svému rozhodnutí dospěli sami. K uvědomění si potřeby podstoupit léčbu je dovedlo:

- nepříjemný tělesný odvykací stav a výčitky svědomí z relapsu
- strach blízkých o probanda a snaha nebýt špatným příkladem pro své dítě
- delší dobu trvající nespokojenost se stereotypním životem plným lží a problémů souvisejících s návykovým chováním a následný zlom vedoucí k uskutečnění konečného

rozhodnutí o nástupu na léčení, jimž byla prohra peněz blízkého člověka a s ní spojená ztráta sebeúcty

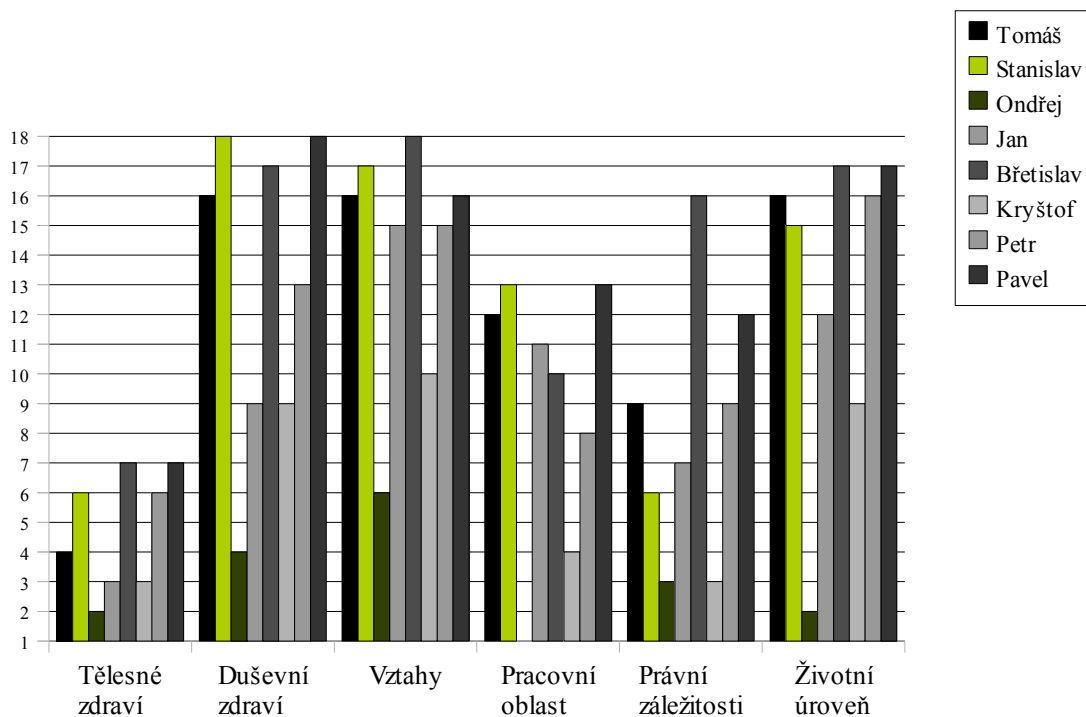
➤ uvědomění si stupňování hraní, neschopnosti se ovládnout, uznání potřeby pomoci

8.10.2 Výzkumná otázka 2

Co motivuje jedince ke změně?

Každý z probandů má svou motivaci ke změně různě silnou, jinak intenzivní. Výsledky Motivačního dotazníku dokazují, že motivace jedinců ke změně vychází ze všech oblastí života. Toto zjištění není potvrzeno výsledky Motivačního dotazníku jednoho z probandů, který vykazuje nulovou motivaci v pracovní oblasti. Závislost na alkoholu se u probanda projevila až po nástupu do důchodu a dá se předpokládat, že pokud by byl proband pracovně aktivní, návykový problém by se dotýkal i této oblasti jeho života. Výsledky Motivačního dotazníku jednotlivých respondentů jsem uvedla v této kapitole již dříve, pro přehled jsem ale profily skórování všech probandů nanesla do jednoho grafu. (viz Graf 1) Z výsledků Motivačního dotazníku vyplývá, že nejvyšší celkový motivační skóre má proband léčící se z patologického hráčství a to 85 nejnižší celkový motivační skóre má proband, který se léčí ze své alkoholové závislosti, jíž si doposud nepřipustil, jeho celkový motivační skóre je 17. Nejvyšší je skórování u většiny probandů nejčastěji v oblasti vztahů, pak duševního zdraví a životní úrovně. Nejnižších hodnot dosahují nejčastěji v oblasti tělesného zdraví, někdy tělesného zdraví a právních záležitostí zároveň. Motivační dotazník tedy ukazuje, že z oblasti vztahů vychází nejvyšší motivace ke změně. Ústředním tématem v „Doplňování vět“ je rodina, dalším je téma návykového problému. Na důležitou roli rodiny poukazují i výsledky analýzy rozhovorů. Probandi uvádějí, že jejich motivací ke změně je: rodina, spokojený (normální) život, změna životního stylu, obnovení důvěry blízkých, rozvoj vztahu s partnerkou, udržení si zdraví, nová práce, naspoření peněz, možnost naučit se mít se rád a odpustit si.

Graf 1: Profily skórování probandů



8.10.3 Výzkumná otázka 3

Jsou rozdíly ve struktuře motivace mezi osobami překonávajícími závislost na alkoholu, závislost na pervitinu a patologické hráčství?

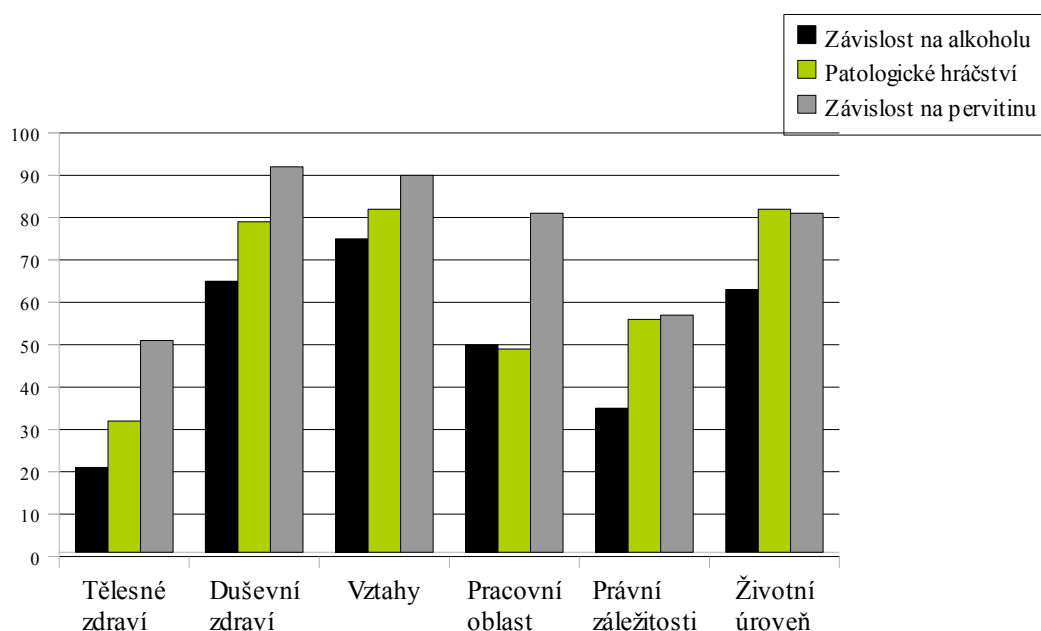
Profily skórování jednotlivých skupin probandů, jež jsou srovnávány, tj. skupina probandů podstupující léčbu závislosti na alkoholu, závislosti na pervitinu a patologického hráčství, jsou pro přehlednost naneseny do grafu. (viz Graf 2)

Nejsilnější motivaci ke změně má skupina probandů léčících se ze závislosti na alkoholu v oblasti vztahů 75%, za ní následuje duševní zdraví 65%, životní úroveň 63%, pracovní oblast 50%, právní záležitosti 35% a poslední místo zaujímá oblast tělesného zdraví 21%. Skupina probandů léčících se z patologického hráčství má největší motivaci ke změně hned ve dvou oblastech, tj. vztazích a životní úrovni 82%, za nimi následuje duševní zdraví 79%, dále pak právní záležitosti 56%, pracovní oblast 49% a na posledním místě je tělesné zdraví 32%. U souboru jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu

vypadá průměrná motivační struktura tak, že nejsilnější motivace ke změně vychází z oblasti duševního zdraví 92%, hned za ní následuje oblast vztahů 90%, významné zastoupení ve struktuře motivace mají také pracovní oblast a životní úroveň 81%, další místo náleží právním záležitostem 57% a poslední pozice připadá tělesnému zdraví 51%.

V Motivačním dotazníku je patrná odlišnost skórování jednotlivých skupin probandů. Celkový motivační skór skupiny probandů léčících se ze závislosti na alkoholu činí v průměru 56, skupiny probandů léčících se z patologického hráčství 68 a skupiny jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu 81. Rozdíl mezi jednotlivými skupinami je tedy statisticky vysoce signifikantní.

Graf 2: Profily skórování jednotlivých skupin



8.10.4 Výzkumná otázka 4

Co by se mohlo stát spouštěčem návykového chování? Jak se mu chtějí jedinci bránit?

Ztráta ostražitosti vůči spouštěčům návykového chování, relaps, obrany proti spouštěčům, to jsou zásadní témata jedinců podstupujících léčbu závislosti. Všichni

probandi přiznávají svůj strach z možného relapsu. Může k němu vést zvýšená sebedůvěra a přecenění svých schopností, podložené například několikaměsíční abstinencí či zvládnutím krizové situace, které jsou spojeny se ztrátou ostražitosti vůči nástrahám návykového problému, povolením vlastních obran proti němu. Možných spouštěčů návykového chování je mnoho. Probandi nejčastěji uvádějí bažení, nudu, osamělost, riziková místa, krizové situace, stres. V boji proti relapsu všichni probandi zdůrazňují podporu rodiny. Za své obrany proti spouštěčům návykového chování považují naplnění volného času, vyhýbání se rizikovým místům, zajištění následné péče, vyhledávání společnosti rodiny, změnu životního stylu. Dva probandi se zmiňovali o tom, že by uvítali možnost krátkodobého pobytu v PL, který by sloužil jako prevence relapsu, v případě, že bych se u nich objevovalo silné bažení. Dva z probandů uvedli, že se chtějí bránit proti relapsu na hracích automatech abstinencí od alkoholu, jiní dva zmínili přínos dohledu nad jejich financemi ze strany blízkého člověka. Vyhýbání se rizikovým místům či situacím je obtížnější pro osoby léčící se ze závislosti na alkoholu. Rizikovými se jim totiž mohou stát i běžná rodinná setkání či jiné situace, při nichž se druzí věnují konzumaci alkoholu. Tím, že je alkohol legální drogou, často propagovanou, možným spouštěčem bažení může být také reklama v médiích.

Při práci s motivací ke změně je eminentní připomínání si nevýhod plynoucích z návykového problému, výhod změny. Probandi nejčastěji jako nevýhody návykového problému uvádějí zklamání a strach blízkých, výčitky svědomí, ztrátu sebeúcty či pocit osobního zklamání, pocity studu, ztrátu zaměstnání, velké finanční ztráty a dluhy, nelegální výdělků či podvody, odsouzení, špatný životní styl, pokusy o sebevraždu, depresivní stavy, zdravotní problémy, lhaní, nepříjemné odvykací stavy, rozchod s přítelkyní (rozvod), nevěnování se rodině či její rozpad, sebelítost, sebenenávist, smutek, agresivitu, ztrátu důvěry, ztráta pověsti, bezdomovectví. Probandi zmiňují, že výhodami změny jsou normální (spokojený, plnohodnotný) život, úprava a rozvoj partnerských a rodinných vztahů, splacení dluhů a úspora financí, odpuštění blízkých a obnovení jejich důvěry, obnovení sebeúcty a své pověsti, odpuštění si, možnost být svému dítěti dobrým vzorem, mít domov.

9 Diskuze

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na téma motivace u jedinců překonávající návykový problém. Ve své předchozí, tj. bakalářské práci jsem se zabývala motivací k léčbě u osob léčících se ze závislosti na nealkoholových drogách, především pervitinu a heroinu (Švrčinová, 2010). Protože se mi po jejím zpracování nabízela celá řada možností, jak jí rozšířit, rozhodla jsem se svou diplomovou prací volně na bakalářskou práci navázat a zacílit svou pozornost na motivaci ke změně u jedinců léčících se z alkoholové závislosti a patologického hráčství. Cílem mé diplomové práce se stal popis, analýza a interpretace motivace ke změně u osob trpících závislostí na alkoholu a patologickým hráčstvím. Zvolila jsem kvalitativní zaměření výzkumu, protože umožňuje poznání širšího kontextu jevů. Typem výzkumu byla případová studie, věnovala jsem se analýze a popisu „typického“ případu, kterým byl jedinec s návykovým problémem podstupující léčbu, usilující o změnu. Inspirovaná narativním přístupem jsem se pokusila podrobně prozkoumat jednotlivé případy a porozumět jim. Pro svůj výzkum jsem zvolila triangulaci metod, abych zajistila validitu výzkumu. Stěžejními metodami výzkumu se staly narativní rozhovor a Motivační dotazník. Jako doplňkovou jsem použila metodu, kterou jsem nazvala „Doplňování vět“, jež je inspirována částí Testu nedokončených vět. Na základě této metody jsem získala data, která sloužila pouze k dotvoření celkového obrazu. Použitá metodika výzkumu se následně osvědčila, stejně jako provedená analýza dat (narativní rekonstrukce, kategorizace, metoda zachycení vzorců, metoda kontrastování a srovnávání), přinesly bohatá a validní data, na jejichž základě se mi podařilo nalézt odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Výzkumný soubor tvořilo celkem 8 probandů, z čehož 4 byli jedinci léčící se z alkoholové závislosti a 4 jedinci podstupující léčbu patologického hráčství. Z pohledu kvalitativního přístupu je počet probandů dostačující, avšak z hlediska kvantitativního přístupu je rozsah výzkumného souboru malý, a proto si nekladu za cíl výsledky výzkumu zobecňovat na základní soubor, tj. populaci osob trpících návykovým problémem. Dalším omezením, kterým byl výzkum zatížen je to, že výzkumný soubor tvořili pouze muži. Avšak v instituci, ve které byl výzkum prováděn, se ženy léčící se ze závislosti na alkoholu a patologického hráčství, aktuálně nevyskytovaly. Výzkum byl

prováděn s důrazem na dodržení etických zásad výzkumu.

Výsledky výzkumu ukazují, že polovina probandů nastoupila na léčení na popud svých blízkých, ostatní ke svému rozhodnutí dospěli sami. Podstoupení léčby má význam vždy, i když na léčení nastupuje původně nemotivovaný jedinec na popud svých blízkých. Motivace se v průběhu léčby mění. Toto zjištění dokládá i studie Meierové (2009), která se ve své diplomové práci zaměřila na motivaci uživatelé návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. Provedla kvalitativní studii, jejíž výzkumný soubor tvořilo 10 klientek ochranné a 10 klientek dobrovolné léčby léčících se ze závislosti na nealkoholových drogách. Dospěla k závěru, že motivace se během léčby mění, klienti si přicházejí na vnitřní důvody ke změně. Ochranná léčba má smysl, protože by bez ní participantky o změně neuvažovaly, berou jí jako příležitost ke změně. Tvrzení o významnosti léčby potvrzuje také studie, jejímiž autory jsou Collins, Malone a Larimer (2012), kteří se zaměřili na zkoumání potenciálních faktorů, jež mají za následek selhávání léčby založené na abstinenci. Výzkumný soubor tvořilo 95 bezdomovců, kteří měli problémy s užíváním alkoholu a jež byli zapojeni do projektu Housing First (HF). Dospěli k názoru, že jedince, jež pro léčbu založenou na abstinenci motivování nebyli, léčba navedla k zájmu změnit jejich pití a redukovat problémy spojené s alkoholem.

Výzkum dále naznačuje, že spojení si problémů jedince se svým návykovým chováním je klíčové pro změnu závislostního chování a přiznání si své závislosti je zásadní pro budoucí abstinenci. Probandi, kteří se během výzkumu zmiňovali, že jsou si vědomi toho, že se od nich budoucí úplná abstinence očekává, že by snad i byla správnou volbou, ale vnitřně o ní přesvědčeni nejsou, si svůj budoucí život s úplnou abstinencí nespojují. Téma „normální život“ patří k ústředním tématům výzkumu. Zajímavé je zjištění výrazně odlišného významu tohoto slovního spojení u jednotlivých skupin probandů. Ukazuje se, že pro probandy, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu a svou závislost si vnitřně nepřiznali, znamená „normální život“ mimo jiné možnost kontrolovaného pití alkoholu. 3 ze 4 probandů ze skupiny probandů léčících se ze závislosti na alkoholu se zmiňují o své touze kontrolovaně pít, 2 probandi pak i o svých plánech se o kontrolované pití v budoucnu pokusit. Proč si svůj život nedokáží představit s úplnou abstinencí? Vysvětlení by mohl nabídnout obecný model neurobiologie závislosti, kterým se zabývá například Dvořáček (2005). Upozorňuje na to, že návykové látky působí na mozkový systém odměny mění jej. Návykové látky nahrazují přirozené zdroje odměny a mozkový systém odměny si zvyká na

rychlou a instrumentálně jednodušší odměnu chemickou, kterou pak upřednostňuje. Protože je systém odměny spojen s pamětí, organismus prahnoucí po odměně vyhledává kontext, který má s odměnou spojen. Vyplývá z toho vysoké riziko relapsu spojené s alkoholovým kontextem. Předpokládám, že by jedince, kteří si svůj budoucí život s úplnou abstinencí nespojují, mohla oslovit možnost léčby, jež by nebyla založena na úplné abstinenci. Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J.E. Purkyně v čele s Popovem představila na začátku roku 2013 nový koncept léčby závislosti na alkoholu, jejíž cílem nebude pouze úplná abstinence (jako doposud), ale u určitých pacientů bude možné jen omezení množství vypitého alkoholu. Toto omezení by pak mohlo vést k rozhodnutí abstinovat. (Česká televize, 2013) Pro všechny probandy, kteří podstupují léčbu patologického hráčství i ty, kteří se léčí ze závislosti na pervitinu a svou závislost si přiznali, znamená trvalou abstinenci. Výsledky výzkumu poukazují na to, že všichni probandi z řad pacientů podstupujících léčbu patologického hráčství deklarují, že si svou závislost přiznávají a jejich cílem je trvalá abstinence od návykového problému, se kterým se léčí. Meierová (2009) na základě své studie zjistila, že po normálním životě touží všechny participantky. Pod pojmem „normální život“ si představují mít bydlení, přítele, rodinu a práci. Některé participantky uvedly, že si pod pojmem abstinence představují normální život.

Z výsledků Motivačního dotazníku vyplývá, že motivace jedinců ke změně vychází ze všech oblastí života. Toto zjištění není potvrzeno výsledky Motivačního dotazníku jednoho z probandů, který vykazuje nulovou motivaci v pracovní oblasti. Závislost na alkoholu se u probanda projevila až po nástupu do důchodu a dá se předpokládat, že pokud by byl proband pracovně aktivní, návykový problém by se dotýkal i této oblasti jeho života. Tento jedinec vykazoval nejnižší motivaci ke změně ze všech probandů, tj. měl nejnižší celkový motivační skór, který činil v průměru 17. Lze předpokládat, že by se skór zvýšil, pokud by jedinec byl pracovně aktivní. I kdyby tomu tak bylo a jeho motivace v pracovní oblasti by dosahovala 100 procent, tj. 18 bodů, jeho celkový motivační skór by zůstal nejnižším v porovnání s ostatními probandy. S tím, že motivace ke změně vychází ze všech oblastí života se shodují závěry výzkumů Švrčinové (2010), Meierové (2009) i výzkumu autorů Motivačního dotazníku, kterými jsou Nešpor, Scheansová, Karbanová (2009), kteří se zaměřili na strukturu motivace k léčbě u osob s návykovou nemocí a na základě administrace Motivačního dotazníku 77 respondentům, jenž se ústavně či

ambulantně léčili pro návykovou nemoc, zjistili, že motivace k léčbě vystupuje ze všech oblastí života, tj. z oblasti tělesného zdraví, duševního zdraví, vztahů, životní úrovně, pracovní oblasti a právních záležitostí.

Výsledky Motivačního dotazníku dále dokládají, že nejvyššího skórování dosahovali probandi nejčastěji v oblasti vztahů, dále duševního zdraví a životní úrovně. Nejnižších hodnot dosahovali v oblasti tělesného zdraví. Celkový motivační skór skupiny probandů léčících se ze závislosti na alkoholu činil v průměru 56 (z maxima, které je 108), u skupiny probandů léčících se z patologického hráčství byl v průměru 68. Rozhodla jsem se provést další analýzu dat mé bakalářské práce (Švrčinová, 2010), při které jsem se zaměřila na výsledky výzkumu části respondentů, tj. jedince léčící se ze závislosti na pervitinu. Celkový motivační skór jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu byl v průměru 81. Rozdíl mezi jednotlivými skupinami byl tedy statisticky vysoce signifikantní. Vliv na sílu motivace ke změně by mohlo mít přiznání či nepřiznání si své závislosti, svou roli sehrává také čas strávený v léčbě. Výzkum totiž poukazuje na to, že většina té skupiny probandů, jenž se léčí ze své alkoholové závislosti, si svou závislost vnitřně nepřiznali. Na rozdíl od skupin probandů podstupujících léčbu patologického hráčství a závislosti na pervitinu, kteří v průběhu výzkumu deklarovali, že si svou závislost přiznali a jejich cílem je trvalá abstinence. Skupina probandů podstupující léčbu ze závislosti na pervitinu se léčila v TK, léčbu v PL již měla za sebou, strávila tedy v léčbě nejdelší čas. Strávený čas v léčbě by mohl pozitivně ovlivnit výsledek celkového motivačního skóru. Na roli času v léčbě poukazuje ve svém výzkumu i Švrčinová (2010) či Meierová (2009). Nešpor, Scheansová, Karbanová (2009) zjistili celkový motivační skór všech 77 respondentů, činil v průměru 54,9. Následně se rozhodli porovnat výsledky celkového motivačního skóru spočítaného odděleně u 16 respondentů, kteří v době vyplnění dotazníku abstinovali déle než 90 dní a u respondentů abstinujících kratší dobu než 30 dní. Celkový motivační skór skupiny respondentů abstinujících delší dobu než 90 dní činil v průměru 66,3, motivační skór skupiny respondentů abstinujících kratší dobu než 30 dní byl v průměru 54,6. Rozdíl mezi oběma skupinami byl tedy statisticky vysoce signifikantní.

Probandi uvádějí, že jejich motivací ke změně je: rodina, spokojený život, změna životního stylu, obnovení důvěry blízkých, rozvoj vztahu s partnerkou, udržení si zdraví, nová práce, naspoření peněz, možnost naučit se mít se rád a odpustit si. Ústředním společným tématem probandů je rodina. Z analýzy narativních rozhovorů vyplývá, že se

probandi shodují na klíčovém významu rodiny při léčbě a změně návykového chování. Podpora v léčbě ze strany rodiny je pro probandy důležitá. Výsledky analýzy „Doplňování vět“, kde je nejčastějším tématem probandů rodina, toto zjištění také podporují. Výsledky Motivačního dotazníku rovněž poukazují, že přední místo ve struktuře motivace má rodina, blízcí. Nejsilnější motivaci ke změně má skupina probandů léčících se ze závislosti na alkoholu v oblasti vztahů 75%, jednou ze dvou nejdůležitějších oblastí pro skupinu probandů léčících se z patologického hráčství jsou rovněž vztahy 82% (druhou je životní úroveň). a u souboru jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu jsou vztahy na druhém místě 90% (první je duševní zdraví 92%). Ústřední roli rodiny a blízkých v motivaci ke změně obecně podporují poznatky vyplývající i z dalších výzkumů. Dle výsledků výzkumu Nešpora, Scheansové, Karbanové (2009) první místo v motivační struktuře probandů výzkumu zaujímaly vztahy 69 %. Studie Meierové (2009) ukazuje, že u skupiny participantek ochranné léčby vztahy zaujímají taktéž první místo s 68%, u skupiny dobrovolné léčby místo druhé 83% (po duševním zdraví 86%), participantky i terapeuti zmiňují důležitou roli rodiny při léčbě.

Všichni probandi přiznávají strach z možného relapsu. Mezi možné spouštěče návykového chování probandi řadí: bažení, nuda, osamělost, riziková místa, krizové situace, stres. V boji proti relapsu všichni probandi zdůrazňují podporu rodiny. Za své obrany proti spouštěčům návykového chování považují: naplnění volného času, vyhýbání se rizikovým místům, zajištění následné péče, vyhledávání společnosti rodiny, změnu životního stylu. Při výzkumu jsem dospěla k závěru, že k relapsu může vést zvýšená sebedůvěra a přecenění svých schopností, podložené například několikaměsíční abstinencí či zvládnutím krizové situace, které jsou spojeny se ztrátou ostražitosti vůči nástrahám návykového problému, povolením vlastních obran proti němu. Může se zdát, že mé zjištění je v rozporu s poznatkami Kaliny (2001), který ve své knize uvádí, že každé úspěšné zvládnutí krizové situace posiluje klientovu sebedůvěru, učí je odhalovat další situace a počínat si v nich bezpečněji. Avšak mám za to, že obě tvrzení jsou správná. Závisí na konkrétním jedinci, jak se svou sebedůvěrou naloží. Zda se mu stane zvládnutí krizové situace vzorem řešení podobných situací či díky zvládnutí krizové situace omezí svou ostražitost vůči nástrahám návykového problému a díky povolení svých obran proti spouštěčům jim podlehne.

Výzkum poukazuje, že jedinci trpící návykovým problémem mívají zvýšené

sebevražedné tendence. Toto zjištění je v souladu s poznatky některých autorů. Bouček (2006) považuje za negativní důsledek závislosti na alkoholu mimo depresí a úzkostí právě sebevražednost. Nešpor (2011a) uvádí, že patologičtí hráči často trpí poruchami spánku, depresemi, úzkostí, mívají sebevražedné tendence.

Ve své bakalářské práci (Švrčinová, 2010) jsem se zabývala motivací k léčbě u uživatelů nealkoholových drog, svou diplomovou prací jsem na toto téma navázala tak, že jsem se zaměřila na jedince léčící se ze závislosti na alkoholu a patologického hráčství. Stále se mi nabízí celá řada možností jak téma motivace ke změně použít v dalším výzkumu. Protože jsem se zaměřila pouze na část spektra jedinců překonávajících návykový problém, bylo by přínosné směřovat pozornost i na další část této populace, například na ženy překonávající návykový problém, na osoby léčící se z dalších druhů závislostních problémů, jedince jiných zařízení a v jiné fázi léčby. Jak jsem již uvedla ve své bakalářské práci (Švrčinová, 2010), bylo by velice zajímavé a přínosné provést kvantitativní výzkum motivace ke změně u osob překonávajících různé druhy závislostí, v rozličných zařízeních, v odlišných fázích léčby, jež by byl založen na administraci Motivačního dotazníku. Nejen fenomén motivace ke změně u osob překonávajících různé druhy návykových problémů, ale celá problematika závislostí je hodna dalšího zkoumání.

10 Závěry

Z výsledků použitých výzkumných metod vyplývají následující skutečnosti:

- Polovina probandů nastoupila na léčení na popud svých blízkých, ostatní ke svému rozhodnutí dospěli sami. Podstoupení léčby má význam vždy, i když na léčení nastupuje původně nemotivovaný jedinec na popud svých blízkých. Motivace se v průběhu léčby mění.
- Spojení si problémů jedince se svým návykovým chováním je klíčové pro změnu závislostního chování a přiznání si své závislosti je zásadní pro budoucí abstinenci.
- Téma „normální život“ patří k ústředním tématům probandů. Má však výrazně odlišný význam u jednotlivých skupin probandů. Ukazuje se, že pro probandy, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu a svou závislost si vnitřně nepřiznali, znamená „normální život“ mimo jiné možnost kontrolovaného pití alkoholu. Pro všechny probandy, kteří podstupují léčbu patologického hráčství i ty, kteří se léčí ze závislosti na pervitinu a svou závislost si přiznali, znamená trvalou abstinenci od návykového problému, ze kterého se léčí.
- Všichni probandi ze skupiny pacientů podstupujících léčbu patologického hráčství si svou závislost přiznávají a jejich cílem je trvalá abstinence.
- Jedinci trpící návykovým problémem mívají zvýšené sebevražedné tendence.
- Motivace jedinců ke změně vychází ze všech oblastí života. Nejvyššího skórování dosahují probandi nejčastěji v oblasti vztahů, dále duševního zdraví a životní úrovně. Nejnižších hodnot dosahují v oblasti tělesného zdraví.
- Celkový motivační skór skupiny probandů léčících se ze závislosti na alkoholu činí v průměru 56, skupiny probandů léčících se z patologického hráčství 68 a skupiny jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu 81. Rozdíl mezi jednotlivými skupinami je tedy statisticky vysoce signifikantní.
- Téma rodiny je společné všem probandům. Shodují se na klíčovém významu rodiny při léčbě a změně návykového chování.
- Probandi uvádějí, že jejich motivací ke změně je: rodina, spokojený život, změna životního stylu, obnovení důvěry blízkých, rozvoj vztahu s partnerkou, udržení si

zdraví, nová práce, naspoření peněz, možnost naučit se mít se rád a odpustit si.

- Ztráta ostražitosti vůči spouštěčům návykového chování, relaps, obrany proti spouštěčům, to jsou zásadní témata jedinců podstupujících léčbu závislosti. Všichni probandi přiznávají strach z možného relapsu.
- K relapsu může vést zvýšená sebedůvěra, kterou jedinec získal například po úspěšném zvládnutí krizové situace, protože může být spojena se ztrátou ostražitosti vůči nástrahám návykového problému, povolením vlastních obran proti spouštěčům návykového chování.
- Mezi možné spouštěče návykového chování probandi řadí: bažení, nudu, osamělost, riziková místa, krizové situace, stres. V boji proti relapsu všichni probandi zdůrazňují podporu rodiny. Za své obrany proti spouštěčům návykového chování považují: naplnění volného času, vyhýbání se rizikovým místům, zajištění následné péče, vyhledávání společnosti rodiny, změnu životního stylu
- Při práci s motivací ke změně je eminentní připomínání si nevýhod plynoucích z návykového problému, výhod změny.

Souhrn

Ve své diplomové práci jejímž tématem je „Motivace ke změně u osob s různými druhy závislostí“ se zaměřuji na jedince překonávající závislost na alkoholu a patologické hráčství. Volně tak navazuji na svou bakalářskou práci (Švrčinová, 2010), ve které byla pozornost upřena na motivaci k léčbě u uživatelů nealkoholových drog, především jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu a heroinu. Cílem mé diplomové práce je popsat, analyzovat a interpretovat motivaci ke změně u osob trpících návykovým problémem. Má práce se skládá z části teoretické a výzkumné. V teoretické části jsem si kladla za cíl vymežit a přiblížit pojmy, definice a teorie, které jsou důležité pro porozumění výzkumnému tématu.

První kapitola je věnována závislosti na alkoholu. Předkládám Jellinkovo pojetí závislosti na alkoholu, definice závislosti dle MKN-10 i DSM-IV. Pro upřesnění pojmů nabízím klasifikaci konzumace alkoholu. Snažím se přiblížit vznik a vývoj závislosti na alkoholu, teorie biologické, sociologické, psychologické a integrativní modely. Dále upozorňuji na důsledky závislosti na alkoholu, duševní poruchy spojené s abúzem alkoholu, somatické komplikace a sociální důsledky. Ve druhé kapitole se zabývám patologickým hráčstvím. Nabízím diagnostiku patologického hráčství, konkrétně definice patologického hráčství dle DSM-IV a MKN-10. Zajímavé je porovnání znaků závislosti a patologického hráčství. Dále přibližuji typologii patologického hráče, fáze rozvoje patologického hráčství a jednotlivé koncepce patologického hráčství. Připomínám důsledky patologického hráčství, rizika pro tělesné a duševní zdraví, sociální důsledky. Třetí kapitola je zacílená na motivaci v adiktologii. Přibližuji jak motivaci abúzu návykových látek, tak motivaci ke změně. Blíže popisuji model Prochaska-DiClemente a model Buisman-Kok. Dále se věnuji motivačnímu tréninku, přiblížení jeho struktury a sebemotivaci. Čtvrtá kapitola, jež je nejobsáhlejší, se týká léčby návykových problémů. V úvodu se zabývám výkladem pojmů bažení, relaps a abstinence. Zaměřuji se na výběr vhodné léčby, se kterou souvisí komplexní zhodnocení klienta a „matching“. Ve zkratce popisuji strukturu léčebných programů. Poukazuji na význam krátké intervence. Zdůrazněny jsou role farmakoterapie a psychoterapie závislosti na alkoholu, především individuální, skupinové, behaviorální a kognitivně behaviorální terapie, rodinné a

manželské psychoterapie. Opomenuta není ani léčba patologického hráčství. Přibližuji význam farmakoterapie a psychoterapie patologického hráčství, blíže popisuji model „4I“ a připomínám prvky léčby. Vyzdvihuji roli svépomocných programů a následné péče. Nedílnou součástí této kapitoly je podkapitola uskutečněné výzkumy, na jejíž obsah se obracím v diskuzi.

Výzkumnou část diplomové práce jsem se rozhodla provést na základě poznatků z adiktologie. Cílem výzkumné části se stalo nalezení odpovědí na výzkumné otázky, které jsem si stanovila takto: Proč se jedinci s návykovým problémem rozhodli léčit? Co motivuje jedince ke změně? Jsou rozdíly ve struktuře motivace mezi osobami překonávajícími závislost na alkoholu, závislost na pervitinu a patologické hráčství? Co by se mohlo stát spouštěčem návykového chování? Jak se mu chtějí jedinci bránit? Zvolila jsem kvalitativní zaměření výzkumu, konkrétně případovou studii. Metodou záměrného výběru přes instituce jsem sestavila soubor probandů, který tvoří 4 pacienti PL léčící se ze závislosti na alkoholu a 4 pacienti PL podstupující léčbu patologického hráčství. Z pohledu kvalitativního přístupu je počet probandů dostačující, avšak z hlediska kvantitativního přístupu je rozsah výzkumného souboru malý, a proto si nekladu za cíl výsledky výzkumu zobecňovat na základní soubor, tj. populaci osob trpících návykovým problémem. Ke svému výzkumu jsem použila triangulaci metod získávání dat. Stěžejními metodami výzkumu se staly narativní rozhovor a Motivační dotazník K. Nešpora, A. Scheansové a H. Karbanové (2009). Jako doplňkovou jsem použila metodu, kterou jsem nazvala „Doplňování vět“, jež je inspirována částí Testu nedokončených vět. Na základě této metody jsem získala data, která sloužila pouze k dotvoření celkového obrazu. Rozhodla jsem se provést narativní rekonstrukci, dále pak kategorizaci. Metodou zachycení vzorců jsem se zaměřila na hlavní cíl mé práce, jež je zkoumání motivace ke změně. Zachycené vzorce, tj. části příběhů spadající do významové kategorie motivace ke změně, jsem nazvala „Vývoj motivace ke změně“. Ty jsem pak u jednotlivých probandů dále zpracovala metodou kontrastů a srovnávání. Výsledky této analýzy jsem následně konfrontovala s výsledky Motivačního dotazníků a „Doplňování vět“, což mi umožnilo nalézt odpovědi na tři mé výzkumné otázky. Na čtvrtou z výzkumných otázek jsem mohla odpovědět pouze na základě konfrontace získaných výsledků s výsledky další analýzy dat mé bakalářské práce (Švrčinová, 2010), při které jsem se zaměřila na výsledky výzkumu vybrané části původního výzkumného souboru, kterou byli jedinci léčící se ze

závislosti na pervitinu.

Výsledky výzkumu mimo jiné poukazují na význam podstoupení léčby, i když je na ni nastoupeno s cílem vyhovět svým blízkým. Ukazuje se, že spojení si problémů jedince se svým návykovým chováním je klíčové pro změnu závislostního chování a přiznání si své závislosti je zásadní pro budoucí abstinenci. Všichni probandí přiznávají strach z relapsu, uvádějí výčet možných spouštěčů návykového chování. Při práci s motivací ke změně je eminentní připomínání si nevýhod plynoucích z návykového problému, výhod změny. Jedním z ústředních témat probandů je „normální život“. U většiny probandů léčících se ze závislosti na alkoholu a svou závislost si vnitřně nepřiznali, znamená „normální život“ mimo jiné možnost kontrolovaného pití alkoholu. Výzkum poukazuje na zvýšené sebevražedné tendence u jedinců trpících návykovým problémem. Motivace jedinců ke změně vychází ze všech oblastí života, nejčastěji z oblasti vztahů. Probandi se shodují na klíčovém významu rodiny při léčbě a změně návykového chování. Rozdíl průměrných celkových motivačních skóre mezi skupinami probandů podstupujících léčbu různých druhů závislosti je vysoce signifikantní, ukazuje na nejvyšší motivaci ke změně u skupiny jedinců léčících se ze závislosti na pervitinu. Výsledky výzkumu se v mnohém shodují s výsledky výzkumu Meierové (2010), Nešpora, Scheansové, Karbanové (2009) či Collinse, Malone a Larimera (2012), jejichž srovnání nabízím v diskuzi. Odlišný nabízím pohled na roli zvýšené sebedůvěry jedinců překonávající návykový problém oproti Kaliny (2001). Výsledky mého výzkumu poukazují, že k relapsu může vést zvýšená sebedůvěra, kterou jedinec získal například po úspěšném zvládnutí krizové situace, protože může být spojena se ztrátou ostražitosti vůči nástrahám návykového problému, povolením vlastních obran proti spouštěčům návykového chování. Kalina (2001) se ve své knize zmiňuje, že každé úspěšné zvládnutí krizové situace posiluje klientovu sebedůvěru, učí je odhalovat další situace a počínat si v nich bezpečněji. Kriticky se svými závěry výzkumu zabývám v diskuzi.

Zjištění, ke kterým jsem na základě svého výzkumu dospěla, by se mohla stát inspirací pro práci s jedinci překonávajícími návykové problémy.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Bankowski, Z., Bryant, J. H., & Last, J. M. (1991). *Ethics and epidemiology: International Guidelines*. Proceedings of the XXVth CIOMS Conference 1990. Geneva: CIOMS
2. Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: Kalina, K. (Ed.) a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (19-24). Praha: Úřad vlády České republiky.
3. Bedrnová, E., & Nový, I a kol. (1998). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.
4. Bell, A., & Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: Strukturovaný přístup. In: Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí* (215-228). Praha: Grada.
5. Bendová, K., Dolejš, M., Charvát, M., Kolařík, M., Pechová, O., Sobotková, I., ... Vtípil, Z. (2011). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého.
6. Bertholet, N., Horton, NJ, & Saitz, R. (2009). Improvements in readiness to change and drinking in primary care patients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *BMC public health* , 9 (1), 101. Získáno 25. března 2013 z <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/101/>
7. Bouček, J. et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Vydavatelství UP LF.
8. Carroll, M. K. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí* (229-256). Praha: Grada.
9. Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. doi:10.1016/j.addbeh.2012.03.029
10. Česká televize. (únor, 2013). *Nový koncept léčby alkoholiků-zmenšit dávky, ne nepít vůbec*. Získáno 5. března 2013 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/213966-novy-koncept-lecby-alkoholiku->

zmensit-davky-ne-nepit-vubec/

11. Désy, P. M., Howard, P. K., Perhats, C., & Li, S. (2010). Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: an impact evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (6), 538-545. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.011
12. Désy, P.M., & Perhats, C. (2008). Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral in the Emergency Department: An Implementation Study. *Journal of Emergency Nursing* 34(1), 11-19. doi: 10.1016/j.jen.2007.03.019
13. Dobiášová, D., & Broža, J. (2003). Motivační trénink. In: Kalina, K. (Ed.) a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (283-289). Praha: Úřad vlády České republiky.
14. Dvořáček, J. (2003). Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (304-309). Praha: Úřad vlády České republiky.
15. Dvořáček, J. (2005). Neurobiologie alkoholové závislosti. In *Sborník z XI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci a 44. konference sekce AT při ČLS JEP* (253-261). Získáno 1.března 2013 z http://www.medvik.cz/kramerius/document/ABA008_008_MED00012365-2005-5.S2_s.234-360.pdf;jsessionid=EBE3CB748F621D621BA8346B442BB915?id=240138
16. Ehrmann, J., & Hůlek, P. (Eds.) a kol. (2010). *Hepatologie*. Praha: Grada.
17. Faldyna, Z., & Zedková, I. (2006). Terapie alkoholového odvykacího syndromu. *Psychiatrie pro praxi 2006/1* (27-28). Získáno 2. března 2013 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/01/07.pdf>
18. Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
19. Frouzová, M. (2003). Gambleři a gambling. In: Kalina, K (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (267-273). Praha: Úřad vlády České republiky.
20. Frouzová, M. (2008). Závislost na procesech. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (237-252). Praha: Grada.
21. Frouzová, M., & Mráčková, E. (1989). Vývoj postoje k abstinenci při protialkoholní léčbě. *Protialkoholický obzor* 24 (117-121). Získáno 13. ledna 2013

- z www.psychoterapie.info/files/Abstinence.doc
22. Gomes, K. (2011). *Client Factors that Influence Outcome in Problem Gambling Treatment* (Disertační práce). Získáno dne 1. dubna 2013 z <http://scholar.uwindsor.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1482&context=etd>
 23. Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. Získáno 2. února 2013 z http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_treat_drug_misuse_evidence_effectiveness_2006_rb5.pdf
 24. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
 25. Hollander, E. (Ed.). (1993). *Obsesive-compulsive related disorders*. Získáno 15. února 2013 z <http://www.appi.org/SearchCenter/Pages/SearchDetail.aspx?ItemId=8402>
 26. Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.
 27. Chvíla, L. (1996). *Diagnóza patologického hráčství v závislosti na assessmentu problému hráčské vášně*. (Výzkumný projekt). Opava: PL.
 28. Chvíla, L. (2003). Nealkoholové závislosti. *Interní medicína pro praxi 2002/10* (8-10). Získáno 15. prosince 2012 z <http://solen.cz/pdfs/int/2002/10/14.pdf>
 29. Chvíla L., & Nylová A. (1994). *Down to dept of Gambler's soul*. Opava: PL
 30. ICAP-International Center for Alcohol Policies. (nedat.). Alcohol Dependence and Treatment. *ICAP Blue Book* (module 17). Získáno 3. března 2013 z <http://www.icap.org/PolicyTools/ICAPBlueBook/BlueBookModules/17AlcoholDependenceandTreatment/tabid/177/Default.aspx>
 31. Janík, A., & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
 32. Jeřábek, P. (2008). Motivace v adiktologii. *Purkyňka-pracovní schůze SNN ČLS JEP 298*. Získáno 3. ledna 2013 z http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_v_adiktologii_Jerabek.pdf
 33. Kalina, K. (Ed.) et al. (2003a). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 34. Kalina, K. (Ed.) et al. (2003b). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 35. Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových*

- závislostí*. Praha: Filia nova.
36. Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
 37. Kalina, K., & Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislostí. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (159-186). Praha: Grada.
 38. Kuda, A. (2003a). Následná péče, doléčovací programy. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (208-214). Praha: Úřad vlády České republiky.
 39. Kuda, A. (2003b). Relaps a prevence relapsu. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (117-124). Praha: Úřad vlády České republiky.
 40. Linhart, J. et al. (1981). *Základy obecné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
 41. Maierová, E. (2009). *Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
 42. Marhounová, J., & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fetišáci a gambléři*. Praha: Empatie.
 43. McKay, R. J. (1999). Techniky rodinné terapie. In: Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí* (118-143). Praha: Grada.
 44. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 45. Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003a). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (36-44). Praha: Úřad vlády České republiky.
 46. Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003b). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (25-29). Praha: Úřad vlády České republiky.
 47. Morgan, J. T. (1999). Techniky behaviorální terapie závislosti. In: Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí* (165-194). Praha: Grada.
 48. Mühlpachr, P. (2008). *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD.
 49. Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
 50. Nakonečný, M. (2004). *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia.
 51. National Research Council. (1999). *Phatological Gambling: A Critical Review*.

- Získáno 10. února 2013 z http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=6329
52. Nešpor K., Scheansová A., & Karbanová, H. (2009). *Motivační dotazník jako intervenční a diagnostický nástroj*. Získáno 1. prosince 2012 z <http://drnespor.eu/addictcz.html>
53. Nešpor, K. (2003). Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (213-216). Praha: Úřad vlády České republiky.
54. Nešpor, K. (2005). Problémy působené alkoholem a praktický lékař. *Medicína pro praxi 3/2005* (113-116). Získáno 17. ledna 2013 z <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/03/07.pdf>
55. Nešpor, K. (2006a). *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. Získáno 28. prosince 2012 z www.drnespor.eu/typrog2.doc
56. Nešpor, K. (2006b). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
57. Nešpor, K. (2010). *Moderní léčba návykových nemocí*. Získáno 10. prosince 2012 z www.drnespor.eu/modlec.doc
58. Nešpor, K. (2011b). *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes*. Získáno 10. února 2013 z www.drnespor.eu/adnes4.doc
59. Nešpor, K. (2012). *Už jsem prohrál dost*. Získáno 2. února 2013 z <http://drnespor.eu/addictcz.html>
60. Nešpor, K. et al. (2011a). *Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál.
61. Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí*. Praha: Sportpropag.
62. Nešpor, K., & Csémy, L. (2005). *Jak zlepšit sebeovládání u závislých na alkoholu a jiných látkách a u patologických hráčů? Pilotní studie*. Získáno dne 12. prosince 2012 z www.drnespor.eu/control8.doc
63. Nešpor, K., & Müllerová, M. (2006). *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Získáno 6. března 2010 z <http://www.drnespor.eu/shd06w2.pdf>
64. Nešpor, K., Scheansová, A., & Karbanová, H. (2009). *Motivační dotazník jako intervenční a diagnostický nástroj*. Získáno 1. února 2010 z www.drnespor.eu/motdot18.doc
65. Pavlovský, P. et al. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie* (4.vyd.). Praha:

Grada.

66. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
67. Popov, P. (2002). Závislost na alkoholu. *Interní medicína pro praxi 2002/10* (4–7).
Získáno 19. prosince 2012 z <http://solen.cz/pdfs/int/2002/10/13.pdf>
68. Popov, P. (2003). *Alkohol*. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup* (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
69. Popov, P. (2008). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (145-158). Praha: Grada.
70. Prokeš, J. et al. (2005). *Základy toxikologie: Obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha: Galén.
71. Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
72. Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Vydavatelství UP FF ICV.
73. Skála, J. (1988). *...až na dno?!* Praha: Avicenum.
74. Skála, J. et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum.
75. Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých* (3.vyd.). Praha: Portál.
76. Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi 2001/4* (161-164).
Získáno 12. ledna 2013 z
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/05.pdf>
77. Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí: podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy 3/2007*. Získáno 1. prosince 2012 z
http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007
78. Švaříček, R. (2007). Hloubkový rozhovor. In: Švaříček, R., Šed'ová, K. et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
79. Švrčinová, E. (2010). *Motivace k léčbě u uživatelů nealkoholových drog*. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
80. ÚZIS ČR. (2012a). *Aktuální informace č. 54/2012*. Získáno 3. března 2013 z
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2005-2011>
81. ÚZIS ČR. (2012b). *Psychiatrická péče 2011*. Získáno 3. března 2013 z

<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2011>

82. ÚZIS ČR. (2013). *MKN – V. Kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. Získáno 20. února 2013 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F60-F69.html>
83. Vaňková, M. (2008). Možnosti vzdělávání v oblasti motivace ke změně v adiktologii. *Purkyňka-pracovní schůze SNN ČLS JEP 298*. Získáno 1. února 2013 z http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivacni_rozhovory_Vankova.pdf
84. Vobořil J., & Kalina, K. (2003). Svěpomocné programy. In: Kalina, K. (Ed.) a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (84-89). Praha: Úřad vlády České republiky.
85. Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
86. Wallace, J. (1999). Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). In: Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí* (17-34). Praha: Grada.

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2010/2011

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠVRČINOVÁ Eva	J. Suka 1845, Frýdek-Místek - Místek	110504

TÉMA ČESKY:

Motivace ke změně u osob s různými druhy závislostí

NÁZEV ANGLICKY:

Motivation for change of people with various addictions

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Studentka provede rešerši odborné literatury z oblasti adiktologie, případně z psychopatologie a psychiatrie se zaměřením na problematiku motivace k léčbě a abstinenci u osob trpících návykovou nemocí. Cílem práce bude srovnání motivací k léčbě u osob s různými druhy závislostí.

Bude se jednat o kvalitativní studii, hlavní metodou pro sběr dat bude polostrukturovaný rozhovor. Studentka bude svůj postup pravidelně konzultovat s vedoucím práce a vypracuje svou diplomovou magisterskou práci na zadané téma dle norem katedry.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Ehrmann, J., Schneiderka, P., Alkohol a játra. Praha: Grada, 2006
Jiránek, V., Nešpor, K., Zůstat střízlivý. Brno: Host, 2006
Kathleen, S., 12 kroků - Metoda odvykání závislosti. Praha: Pragma, 2006
Miller, W., R., Rollnick, S., Motivační rozhovory. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004
Nešpor K., Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag 2006
Pokorný, V. a kol., Patologické závislosti. Brno: Prevence SPJ, 2000
Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha 2: Anotace magisterské diplomové práce

Jméno a příjmení: Eva Švrčinová

Název katedry a fakulty: Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název práce: Motivace ke změně u osob s různými druhy závislostí

Název práce v angličtině: Motivation for change of people with various addictions

Rok imatrikulace: 2006

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Rozsah práce vč. příloh: 191

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 86

Klíčová slova:

motivace ke změně, závislost na alkoholu, patologické hráčství, narativní rekonstrukce

Abstrakt:

Cílem mé diplomové práce je popsat, analyzovat a interpretovat motivaci ke změně u osob trpících návykovým problémem. Má práce má dvě části, teoretickou a výzkumnou. V teoretické části věnuji prostor vymezení a přiblížení závislosti na alkoholu, patologického hráčství, motivace v adiktologii a léčby návykových problémů. Výzkumná část je založena na kvalitativní (případové) studii. Výzkumný soubor tvoří 8 pacientů psychiatrické léčebny, z čehož 4 podstupují léčbu závislosti na alkoholu, 4 léčbu patologického hráčství. Metody získávání dat jsou narativní rozhovor, Motivační dotazník a doplňování nedokončených vět. Výsledky výzkumu se kriticky zabývám v diskuzi a konfrontuji je s výsledky mé bakalářské práce a dalšími výzkumy. Výsledky výzkumu poukazují mimo jiné na to, že spojení si problémů jedince se svým návykovým chováním je klíčové pro změnu závislostního chování a přiznání si své závislosti je zásadní pro budoucí abstinenci. Motivace jedinců ke změně vychází ze všech oblastí života, nejčastěji z oblasti vztahů. Jedinci trpící návykovým problémem mívají zvýšené sebevražedné tendence.

Keywords:

motivation for change, alcohol dependence, pathological gambling, narrative reconstruction

Abstract:

The aim of my dissertation is to describe, analyze and interpret the motivation for change in individuals suffering from substance abuse problem. My dissertation has two parts: theoretical and experimental. The theoretical part is devoted to defining the scope and approach of alcohol dependence, pathological gambling, motivation in addictology and treatment of addictive problems. The research part is based on a qualitative study. The research group consists of 8 patients from a psychiatric hospital. Four of them were treated for alcohol dependence and four of them were treated for pathological gambling. Methods of data collection are narrative interview, motivation questionnaire and completing unfinished sentences. The research results are critically considered in the discussion and are confronted with the results of my bachelor thesis and other research. The research results indicate, among other things, that the connection of the problems of individual and his addictive behavior is the key to change addictive behavior and reminder his addiction is crucial for future abstinence. Motivation of individuals to change is based on all walks of life, mostly in a relationships. People who are suffering from substance abuse problems, tend to have an increased risk of suicide.

Příloha 3: Informovaný souhlas

Název výzkumu:

Diplomová práce : Motivace ke změně u osob s různými druhy závislosti

Výzkumník:

Bc. Eva Švrčinová

Účastník výzkumu:

Jméno:

Rok narození:

- Já, níže podepsaný(á) souhlasím se svou účastí ve výzkumu. Je mi více než 18 let.
- Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli diplomové práce, o postupech při výzkumu, o tom, co se ode mě očekává.
- Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv přerušit, že mohu z výzkumu odstoupit. Moje účast ve výzkumu je dobrovolná.
- Výzkum bude proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů (zákon. č. 101/2000 Sb.). Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění výzkumu mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data . Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data).

Podpis účastníka:

Podpis autora diplomové práce:

Datum:

Datum:

Příloha 4: Motivační dotazník pro ty, kdo překonávají návykovou nemoc

Cílem tohoto dotazníku je, abyste lépe porozuměl své návykové nemoci a posílil motivaci k jejímu překonání. Dotazník vám také umožňuje zmapovat vaši motivaci a zjistit, z kterých oblastí života vychází. Zakroužkujte odpověď „ano“ nebo „ne“ podle toho, která je blíže pravdě. Pak sečtěte kladné odpovědi v jednotlivých sekcích a jejich počty zanepte do tabulky na konci dotazníku.

Tělesné zdraví

1.	Zhoršila návyková nemoc vaši výkonnost?	Ano	Ne
2.	Způsobila vám návyková nemoc bolestivé problémy nebo je zhoršila, včetně např. zubních?	Ano	Ne
3.	Zhoršila návyková nemoc vaši pohyblivost?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc úraz?	Ano	Ne
5.	Zhoršil se během trvání návykové nemoci váš celkový zdravotní stav?	Ano	Ne
6.	Způsobila vám návyková nemoc jaterní onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
7.	Způsobila vám návyková nemoc trávicí problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
8.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se srdcem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
9.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s vysokým krevním tlakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
10.	Způsobila vám návyková nemoc onemocnění žilního systému nebo je zhoršila?	Ano	Ne
11.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s páteří či klouby nebo je zhoršila?	Ano	Ne
12.	Způsobila vám návyková nemoc kožní nemoci nebo je zhoršila?	Ano	Ne
13.	Způsobila vám návyková nemoc dýchací problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
14.	Přivodila vám návyková nemoc nějaké infekční onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
15.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se zrakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
16.	Zhoršila návyková nemoc váš sexuální život?	Ano	Ne
17.	Prodělal jste v odvykacím stavu nepříjemné tělesné potíže nebo epileptický záchvat?	Ano	Ne
18.	Došlo u vás k těžké otravě alkoholem nebo drogou (předávkování)?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Duševní zdraví

1.	Způsobila vám návyková nemoc jakékoliv duševní potíže nebo je zhoršila?	Ano	Ne
2.	Zhoršila vám návyková nemoc duševní výkonnost?	Ano	Ne
3.	Způsobila vám návyková nemoc stavy úzkosti nebo strachu?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc stavy smutku nebo výčitky svědomí?	Ano	Ne
5.	Způsobila vám návyková nemoc podrážděnost?	Ano	Ne
6.	Docházelo u vás v důsledku návykové nemoci ke střídání nálad?	Ano	Ne
7.	Vedla u vás návyková nemoc k hněvu?	Ano	Ne
8.	Míval jste bažení, tj. silnou a těžko zvladatelnou touhu se návykově chovat?	Ano	Ne
9.	Ovládal jste se špatně kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
10.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy paměti?	Ano	Ne
11.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy soustředění?	Ano	Ne
12.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy spánku?	Ano	Ne
13.	Měl jste v důsledku návykové nemoci nepříjemné sny?	Ano	Ne
14.	Vedla návyková nemoc u vás ke stavům zmatenosti?	Ano	Ne
15.	Měl jste v důsledku návykové nemoci halucinace?	Ano	Ne
16.	Měl jste v důsledku návykové nemoci pocity pronásledování?	Ano	Ne
17.	Uvažoval jste v důsledku návykové nemoci o sebevraždě?	Ano	Ne
18.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci sebevražedného jednání?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Vztahy

1.	Lhal jste kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Vyčítali vám druzí vaše návykové chování?	Ano	Ne
3.	Docházelo kvůli návykové nemoci ve vašich vztazích s lidmi k napětí?	Ano	Ne
4.	Trpěl jste kvůli návykové nemoci častějšími hádkami s blízkými lidmi?	Ano	Ne

5.	Byl kvůli návykové nemoci ohrožen nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
6.	Ztratil jste kvůli návykové nemoci nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
7.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v širším okolí?	Ano	Ne
8.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v rodině?	Ano	Ne
9.	Měl jste kvůli návykové nemoci nějaký násilný konflikt s blízkými lidmi?	Ano	Ne
10.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše komunikace s kvalitními lidmi?	Ano	Ne
11.	Přestávaly vás v důsledku návykové nemoci vztahy s lidmi kolem sebe zajímat?	Ano	Ne
12.	Přestával jste v důsledku návykové nemoci druhým rozumět?	Ano	Ne
13.	Styděl jste se kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
14.	Poškodila návyková nemoc vaši pověst?	Ano	Ne
15.	Vyhýbal jste se kvůli návykové nemoci druhým lidem?	Ano	Ne
16.	Zanedbával jste kvůli návykové nemoci potřeby druhých lidí?	Ano	Ne
17.	Vnímal jste druhé lidi především jako zdroj peněz?	Ano	Ne
18.	Cítíte se kvůli návykové nemoci osamělý?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Pracovní oblast

1.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše pracovní výkonnost?	Ano	Ne
2.	Byl jste v důsledku návykové nemoci v práci ospalý a unavený?	Ano	Ne
3.	Zanedbal jste kvůli návykové nemoci v práci něco podstatného?	Ano	Ne
4.	Chodil jste kvůli návykové nemoci pozdě do práce nebo dříve odcházel?	Ano	Ne
5.	Nešel jste někdy kvůli návykové nemoci vůbec do práce?	Ano	Ne
6.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci častější slovní konflikty?	Ano	Ne
7.	Ohrozila návyková nemoc v práci vaši bezpečnost (např. při řízení auta)?	Ano	Ne
8.	Přestávali vám kvůli návykové nemoci v práci důvěřovat?	Ano	Ne
9.	Vybíral jste si kvůli návykové nemoci dovolenou po dnech?	Ano	Ne

10.	Zhoršila návyková nemoc vaše vzdělání nebo pracovní uplatnění?	Ano	Ne
11.	Oslabila návyková nemoc vaši zdravou ctižádost?	Ano	Ne
12.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci nějaký násilný konflikt?	Ano	Ne
13.	Byl jste kvůli návykové nemoci z práce propuštěn nebo vyloučen ze školy?	Ano	Ne
14.	Byl jste kvůli návykové nemoci déle jak měsíc nezaměstnaný?	Ano	Ne
15.	Přestávala vás kvůli návykové nemoci práce bavit?	Ano	Ne
16.	Ohrožoval jste v práci kvůli návykové nemoci bezpečnost druhých?	Ano	Ne
17.	Poklesla v souvislost s návykovou nemocí v práci vaše sebedůvěra?	Ano	Ne
18.	Stávalo se, že v souvislosti s návykovou nemocí jste se bál jít do práce?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Právní záležitosti

1.	Stěžoval si někdo úřadům na vaše chování v důsledku návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Uvažoval jste kvůli návykové nemoci někdy o spáchání trestného činu?	Ano	Ne
3.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež v rodině?	Ano	Ne
4.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež mimo rodinu?	Ano	Ne
5.	Byl jste někdy přivezen na záchytku?	Ano	Ne
6.	Dopustil jste se kvůli návykové nemoci někdy loupežného přepadení?	Ano	Ne
7.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci podvodu nebo zpronevěry peněz?	Ano	Ne
8.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci výtržnosti?	Ano	Ne
9.	Dopustil jste se někdy v důsledku návykové nemoci nedbalostního trestného činu?	Ano	Ne
10.	Prodával jste někdy nebo vyráběl kvůli návykové nemoci něco nezákonného?	Ano	Ne
11.	Vyhrožoval vám a druhým někdo nebo vás vydíral kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
12.	Stýkal jste se kvůli návykové nemoci s lidmi, kteří se trestné činnosti dopouštěli?	Ano	Ne
13.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči předmětům?	Ano	Ne
14.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči lidem?	Ano	Ne

15.	Byl jste v minulosti odsouzen pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
16.	Jste nyní v podmínce nebo máte neodpracované hodiny veřejně prospěšných prací?	Ano	Ne
17.	Jste nyní trestně stíhán pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
18.	Vzhledem k tomu, s jakými lidmi jste se stýkal, obáváte se nyní o svou bezpečnost?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Finance a životní úroveň

1.	Ztrácel jste často kvůli návykové nemoci čas?	Ano	Ne
2.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše finanční situace?	Ano	Ne
3.	Spotřeboval jste kvůli návykové nemoci více peněz, než jste stačil poctivě vydělat?	Ano	Ne
4.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kulturu?	Ano	Ne
5.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kvalitní jídlo?	Ano	Ne
6.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci přiměřené oblečení?	Ano	Ne
7.	Nebyl jste kvůli návykové nemoci ani schopen koupit blízkým lidem dárek k narozeninám?	Ano	Ne
8.	Byl z vás kvůli návykové nemoci někdy bezdomovec?	Ano	Ne
9.	Trpěla kvůli návykové nemoci vaše hygiena?	Ano	Ne
10.	Půjčoval jste si kvůli návykové nemoci peníze?	Ano	Ne
11.	Přišel jste kvůli návykové nemoci o více peněz, než vyděláte za tři měsíce?	Ano	Ne
12.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy (včetně dluhů vůči blízkým lidem)?	Ano	Ne
13.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy vyšší než trojnásobek měsíčního platu?	Ano	Ne
14.	Máte kvůli návykové nemoci exekuci na plat?	Ano	Ne
15.	Vedl jste kvůli návykové nemoci chudý životní styl?	Ano	Ne
16.	Byl jste kvůli návykové nemoci nespokojený se svým životem?	Ano	Ne
17.	Měl jste pocit, že se kvůli návykové nemoci neovládáte a ztrácíte svobodu?	Ano	Ne
18.	Bude se vám dařit lépe, až návykovou nemoc překonáte?	Ano	Ne
	Součet kladných odpovědí		

Součty kladných odpovědí v jednotlivých sekcích zaneste do tabulky. Z oblastí, kde je nejvyšší počet odpovědí „ano“, vychází vaše nejsilnější motivace k překonání návykového problému.

	Počet odpovědí „ano“ v sekcích	Pořadí oblastí podle počtu kladných odpovědí
Tělesné zdraví		
Duševní zdraví		
Vztahy		
Pracovní oblast		
Právní záležitosti		
Životní úroveň		

Sečtěte kladné odpovědi ve všech sekcích a získáte celkový motivační skór. Ten se může hodit např. při porovnání výsledků s časovým odstupem:

Celkový motivační skór	
-------------------------------	--

Identifikační údaje

Jméno a příjmení:	
Počet dovršených let věku:	
Hlavní důvod léčby zde:	
Jak dlouho abstinujete od alkoholu, drog a hazardu (uveďte počet dní)	

Sem můžete ještě doplnit své poznámky a postřehy: