

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra sociologie a andragogiky



ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST A ÚSTAVNÍ LÉČBA ALKOHOLOVÉ  
ZÁVISLOSTI V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ ŠTERNBERK  
Alcohol addiction and inpatient treatment of alcohol addiction in Asylum  
Šternberk.  
Bakalářská diplomová práce

Jana Vaculčíková

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Pavel Kliment Phd.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

.....

vlastnoruční podpis

V Olomouci dne .....

## **Obsah**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Úvod</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1. Alkohol</b>   | <b>6</b>  |
| 1.1. Charakteristika alkoholu   | 6         |
| 1.1.1. Chemická charakteristika alkoholu  | 6         |
| 1.1.2. Fyzikální charakteristika alkoholu – vstřebávání, distribuce a<br>Vylučování | 7         |
| 1.2. Účinky alkoholu a následky jeho užívání  | 8         |
| 1.2.1. Alkohol a jeho vliv na psychické funkce                                      | 8         |
| 1.2.2. Poškození zdravotního stavu  | 9         |
| 1.2.2.1. Alkoholické psychózy   | 10        |
| 1.2.2.2.1 Alkoholový abstinenční syndrom  | 10        |
| 1.2.2.2.2. Delirium tremens   | 11        |
| 1.2.2.2.3. Alkoholická halucinóza   | 12        |
| 1.2.2.2.4. Korsakovova alkoholická psychóza   | 12        |
| 1.2.2.2.5. Alkoholická paranoidní psychóza  | 13        |
| 1.2.2.2.6. Alkoholická demence  | 13        |
| 1.2.2.2. Somatické následky na dožívání alkoholu                                    | 13        |
| 1.3. Vymezení pojmů úzus, misúzus a búzus   | 14        |
| 1.4. Vztah k alkoholu   | 15        |
| <b>2. Závislost na alkoholu</b>   | <b>16</b> |
| 2.1. Charakteristika závislosti na alkoholu   | 16        |
| 2.2. Stádia závislosti na alkoholu  | 17        |
| 2.3. Typy a abúzu a závislosti na alkoholu  | 19        |
| <b>3. Léčba závislosti na alkoholu</b>  | <b>20</b> |
| 3.1. Postupy v léčbě při alkoholové závislosti                                      | 20        |
| 3.1.1. Biologická léčba   | 21        |
| 3.1.2. Psychoterapeutická léčba   | 22        |
| 3.2. Formy léčby závislosti na alkoholu   | 23        |
| 3.2.1. Ústavní léčba  | 24        |
| 3.2.1.1. Organizace ústavní léčby   | 24        |
| 3.2.1.2. Součásti ústavní léčby   | 26        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2.1.3. Průběh ústavní léčby               | 27        |
| 3.2.1.4. Terapeutický vztah a jeho činitele | 29        |
| 3.2.1.4.1. Klient                           | 29        |
| 3.2.1.4.2. Terapeut a jeho role             | 31        |
| 3.2.1.4.3. Vztah terapeut – klient          | 33        |
| 3.2.2. Resocializace                        | 34        |
| <b>4. Psychiatrická léčebna Šternberk</b>   | <b>36</b> |
| <b>Závěr</b>                                | <b>39</b> |
| <b>Anotace</b>                              | <b>40</b> |

## ÚVOD

Alkohol a závislost na alkoholu byla u nás žhavá témata 70. a 80. let minulého století, kdy se vydávaly mnohé publikace popisující a zkoumající tuto problematiku. V posledních letech je dle mého názoru trochu upozaděna, co se týče vycházejících publikací, což ovšem neznamená, že tento problém ustupuje.

Nešpor upozorňuje na alarmující skutečnost, která vychází z údajů Českého statistického úřadu, že dochází ke zvyšování již extrémně vysoké spotřeby alkoholu na jednoho obyvatele.<sup>1</sup> Průměrná roční spotřeba na jednoho obyvatele České republiky staršího patnácti let v roce 2001 se vyšplhala na 16,2 litrů čistého alkoholu (což je 10,2 litrů čistého alkoholu na osobu včetně kojenců). Pokud srovnáme tuto hodnotu s hodnotami jiných zemí Evropské unie, zjistíme, že naše republika zaujímá nelichotivou druhou příčku v závěsu za Lucemburskem a následují nás Irsko a Francie. Je zajímavé, že naše sousední státy mají spotřebu alkoholu na osobu výrazně nižší, Polsko dokonce více než o polovinu.<sup>2</sup> Skutečnost, že u nás spotřeba stoprocentního alkoholu na jedince dlouhodobě neklesá, vykazuje i souhrnná statistika Českého statistického úřadu z let 1989 až 2007, ve které můžeme vidět, že k mírnému poklesu došlo jen v letech 1993 a 2004.<sup>3</sup>

Tématem mé bakalářské diplomové práce je „Alkoholová závislost a ústavní léčba alkoholové závislosti v psychiatrické léčebně Šternberk“. Cílem mé práce je charakteristika závislé osoby, role terapeuta v léčebném procesu a popis léčby osob závislých na alkoholu. Pro dosažení svého cíle jsem zvolila metodu studia dostupných zdrojů.

Zaměřila jsem se na konkrétní léčebnu ve Šternberku. Mé rozhodnutí usnadnilo to, že jsem na místním oddělení absolvovala andragogickou praxi. Měla jsem možnost na vlastní kůži prožít roli člena terapeutického týmu

---

<sup>1</sup> Srov. NEŠPOR, K. V české republice zaznamenána nejvyšší spotřeba alkoholu všech dob. In NEŠPOR, K. *Zprávy sdělovacím prostředkům*. [s.l.] : [s.n.], 2006 [cit. 2010-03-25]. Dostupné z WWW: <<http://drnespor.eu/addictcz.html>>.

<sup>2</sup> Srov. *Demografie : ANALÝZA: Zvyklosti spotřeby alkoholu v České republice* [online]. 12.10.2005 [cit. 2010-03-25]. Dostupné z WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=182](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=182)>.

<sup>3</sup> Příloha č. 1 Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice

vedoucího celotýdenní program. Dalším důvodem bylo malé množství aktuálních publikací o léčbě alkoholu, která je pro veřejnost, ať už závislou nebo nezávislou na alkoholu, velkou neznámou.

Úvodní kapitolu své práce jsem věnovala alkoholu samotnému, jeho charakteristice, účinkům na člověka, vymezení základních pojmů, které jsou užívány v dalším textu. Závěrem první kapitoly popisují vztah člověka k alkoholu, který může přejít až k závislosti.

Tímto se plynule dostáváme k druhé kapitole, kde se věnuji závislosti na alkoholu, typům a stádiím závislosti. Následující kapitola pojednává o samotné léčbě závislosti na alkoholu. Kapitola zahrnuje obecné postupy léčby, formy léčby, kdy se více pozastavuji u léčby ústavní a jejich součástí, osoby klienta ústavní léčby, rolí terapeuta, jejich vzájemným vztahem a resocializačním procesem.

Závěrečná kapitola se zabývá konkrétními informacemi z prostředí Psychiatrické léčebny ve Šternberku.

## 1. KAPITOLA – ALKOHOL

V úvodní kapitole přiblížím látku, která způsobuje závislost, jíž se budu ve své práci zabývat. Objasním, co alkohol je a jakým způsobem se po konzumaci vstřebává. Ozřejmím jeho účinky a škodlivé důsledky na organismus člověka. V závěru kapitoly vymezím základní termíny, které budou dále v textu používány a zmíním se také o vztahu jedince k alkoholu.

### 1.1 Charakteristika alkoholu

Alkohol budeme charakterizovat na chemické a fyzikální úrovni.

#### 1.1.1 Chemická charakteristika alkoholu

*„Název slova alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní, jemnou látku. Chemicky se jedná o čirou, bezbarvou tekutinu, která má charakteristický zápach a palčivou chuť s bodem varu*

77°C a bodem tuhnutí  $-130^{\circ}\text{C}$ . Chemická značka alkoholu, přesněji řečeno etylalkoholu, či etanolu je  $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$ . Molekula etylalkoholu se skládá z prvků uhlíku, vodíku a kyslíku.<sup>4</sup>

Působení kvasinek způsobuje kvašení cukrů a vzniká alkohol. Získáváme ho z jakékoliv formy škrobu nebo cukru, můžeme ho vyrobit téměř z čehokoliv a jeho výroba není příliš nákladná.<sup>5</sup>

Ve farmakologii je etanol řazen mezi psychotropní látky, protože působí na nervový systém a způsobuje obrovské změny v chování a prožívání člověka. Je ovšem nejslabší psychotropní látkou, jeho účinky se projevují až při hodnotě jednoho gramu na kilogram váhy. Pro ilustraci je to asi milionkrát vyšší dávka než při užití LSD.<sup>6</sup>

Podle zákona jsou za alkoholické nápoje považovány takové nápoje, které obsahují více než 0,6 hmotnostního procenta alkoholu. Rozlišujeme tři druhy alkoholických nápojů a to podle způsobu jejich výroby. Jsou to piva (1,5 až 5% alkoholu), vína (7 až 18% alkoholu) a lihoviny (22,5 a více % alkoholu).<sup>7</sup>

### 1.1.2 Fyzikální charakteristika alkoholu – Vstřebávání, distribuce a vylučování

Etylalkohol požitý v alkoholickém nápoji se procesem difúze dostává skrze sliznici trávicího ústrojí do krevního oběhu. Pouze 20% alkoholu proniká do kapilárního řečiště přes žaludeční sliznici a zbylých 80% přes sliznici tenkého střeva, kde tento proces probíhá rychleji. Vstřebávání etylalkoholu je zpomaleno, dojde-li před jeho požitím ke konzumaci tučných nebo mléčných potravin, silnému kouření nebo užití některých léčiv.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 9.

<sup>5</sup>Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 9.

<sup>6</sup> Srov. KVAPILÍK, J. et al. *Člověk a alkohol*. Praha : Avicenum, 1985, s. 13.

<sup>7</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 9.

<sup>8</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 22.

Po absorpci je alkohol rovnoměrně distribuován pomocí krve do všech orgánů a tkání těla. Alkohol je odbouráván v játrech a právě na jejich detoxikační funkci závisí, jak dlouho bude účinkovat. Při vylučování alkoholu dochází ke klesání jeho hladiny v krvi, a to zpravidla jednu až šest hodin po posledním užití alkoholického nápoje. Až 98% alkoholu je zbaveno účinnosti játry, zbylá 2% jsou vyloučena v nezměněné podobě ledvinami a plícemi.<sup>9</sup>

Alkohol je z krve eliminován rychlostí 0,12 až 0,18‰ za hodinu. Při hodnotách alkoholu v krvi nad 2‰ může být tato rychlost vyšší. Častým mýtem je tvrzení, že rychlost vylučování alkoholu se dá zvýšit fyzickou námahou. Toto tvrzení je chybné, jelikož alkohol není zdrojem energie pro svalovou látkovou přeměnu.<sup>10</sup>

## 1.2. Účinky alkoholu a následky jeho užívání

Alkohol ovlivňuje psychické funkce a při nadměrném užívání poškozuje zdravotní stav pijícího, a to jak fyzický i psychický. Účinky alkoholu a poškození organismu rozvedu v následující podkapitole.

### 1.2.1. Alkohol a jeho vliv na psychické funkce

Alkohol, jako psychotropní látka, má vliv hlavně na psychické, později i na fyzické funkce. Při nadužívání způsobuje různá onemocnění a poškození některých orgánů, které je v první fázi při abstinenci ještě vratné, ovšem při další nadměrné konzumaci alkoholu se stává trvalým.<sup>11</sup>

Lidé užívají alkoholické nápoje ve velké míře právě kvůli jejich účinkům na psychiku. Hladina 0,6 až 0,8‰ alkoholu v krvi vzbuzuje

---

<sup>9</sup> Srov. KVAPILÍK, J. et al. *Člověk a alkohol*. Praha : Avicenum, 1985, s. 17.

<sup>10</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 11.

<sup>11</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 30–31.



příjemný, žádoucí efekt, kdežto hladiny vyšší způsobují nežádoucí efekt jako je například porucha rovnováhy nebo koordinace okohybných svalů.<sup>12</sup>

Při mírném alkoholickém opojení (0,5 až 1 ‰) se jedinci snižuje schopnost rozvahy a zdrženlivosti, ustupuje soudnost, ale i úzkost, snadněji se mu navazují společenské kontakty. U 10 až 40% z nich můžeme sledovat projevy lehké podnapilosti. U hodnot nad 1‰ do 1,5‰ již lze objektivně pozorovat lehkou opilost až u 90% postižených, která se projevuje zvyšující se euforií a ztrátou sebekontroly, omezenými motorickými funkcemi.<sup>13</sup>

Druhé stádium opilosti se vyznačuje tím, že jedinec nad sebou ztrácí kontrolu, je nekritický ke svému chování, nebere ohledy na druhé. Vytrácí se příjemné účinky alkoholu, opilý není schopen kontrolovat své pohyby a řeč, rovnováha i chůze mu činí značné potíže, může být i dezorientovaný. Jde o střední až těžký stupeň opilosti v hodnotách pohybujících se od 1,5 do 3‰.<sup>14</sup>

Při 3 až 4‰ je vážně ohrožen život pijáka, který je těžce intoxikován. Opilému hrozí upadnutí do bezvědomí, zástava srdce nebo dýchání. Při ještě intoxikaci ještě vyšší dávkou alkoholu (5‰ a více) dochází u více než 90% k úmrtí.<sup>15</sup>

### 1.2.2. Poškození zdravotního stavu

Riziko alkoholu spočívá v poškození zdravotního stavu uživatele. Toto poškození bývá způsobeno jeho opakovaným užíváním (abúzus, závislost), ale také jednorázovým požitím (akutní intoxikace).<sup>16</sup>

Alkohol způsobuje poškození psychického i somatického rázu. Psychickými poruchami se budu zabývat více než fyzickými, protože s těmi se terapii často setkávají v odvykací fázi léčby klienta.

---

<sup>12</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 13.

<sup>13</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 31.

<sup>14</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 13–14.

<sup>15</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 31–32.

<sup>16</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001, s. 45.

### 1.2.2.1. Alkoholické psychózy

V této části budu charakterizovat několik základních alkoholických psychóz, které se velmi často objevují při chronickém abúzu alkoholu.

*„Alkoholickými psychózami se obecně rozumí soubor těžkých duševních poruch a onemocnění, které se etiologicky váží na předchozí alkoholickou kariéru. Doposud nebyla většina z nich jednoznačně patogeneticky objasněna.“<sup>17</sup>*

Základním předpokladem je, že osoby závislé na alkoholu mají změněnou citlivost noradrelinových receptorů, kdy při odnětí alkoholu se jejich citlivost snižuje nebo zvyšuje.<sup>18</sup>

#### 1.2.2.2.1. Alkoholový abstinenční syndrom

Tento syndrom se dostavuje po několikadenním pití a následném odnětí alkoholu, nebo jeho výrazné redukci. Jsou pro něj charakteristické následující příznaky: nauzea a zvracení, malátnost, slabost, hyperaktivita autonomního nervového systému (tachykardie, pocení, zvýšený krevní tlak), anxiety neboli stav úzkosti, depresivní nálada, podrážděnost nebo ortostatické hypotenze. Ne pokaždé se objevují všechny tyto příznaky současně.<sup>19</sup>

Tento stav lze vhodnou léčbou (benzodiazepiny, chlormethiazol) upravit k normě. Může vyústit v delirium třemene nebo jinou alkoholovou psychózu, může být komplikován epileptiformním záchvatem.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 39.

<sup>18</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 68.

<sup>19</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001, s. 54.

<sup>20</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001, s. 54.

#### 1.2.2.2.2. Delirium tremens

Delirium tremens je nejčastější psychóza abuzérů. Vyskytuje se po dlouholetém nadužívání alkoholických nápojů, nejčastěji koncentrovaných, ale také při abúzu piva nebo vína. Při horečnatých onemocněních jako je chřipka nebo zápal plic, zranění nebo vynucená abstinence, se zvyšuje riziko jeho vzniku. Vzniká náhle a často mu předchází epileptický záchvat, jindy zase úzkostný stav, který může přetrvávat několik dní, ale dokonce i týdnů. Ukončení deliria je buď kritické (dlouhý spánek) nebo pozvolné. Může dojít ke ztrátě paměti na proběhlý stav, tak však bývá zpravidla spíše částečná.<sup>21</sup>

Symptomy deliria jsou poruchy spánku, třes končetin a celého těla, pocení, únava a nechut' k jídlu, tudíž bývá často laicky interpretováno jako viróza. Po této prodromální fázi trvající většinou dva nebo tři dny, nastupuje vlastní delirium tremens – poruchy vnímání (iluze a halucinace – hlavně zrková forma) a poruchy vědomí (dezorientace místem a časem, nikoliv vlastní osobou). Iluze a halucinace mají nepříjemný charakter, někdy až život ohrožující (drobný hmyz, malá zvířata, hořící místnost, pronásledovatelé), proto je celkový neklid provázen pokusy o únik a vysvobození se, kdy hrozí nemocnému riziko, že si sám ublíží. Akutní fáze deliria přetrvává zhruba dva až pět dní a během těchto dní se intenzita symptomů střídavě zvyšuje a snižuje.<sup>22</sup>

Prvotní terapeutická snaha vede ke kontrole a srovnání somatických komplikací, ale také k uklidnění a uspání pacienta pomocí medikamentózních prostředků. Po odeznění akutních psychotických symptomů trvá stav rekonstrukce plné psychické integrity různě dlouhou dobu – od pěti dní až po dva měsíce.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup>Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 31.

<sup>22</sup>Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 39.

<sup>23</sup>Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 39.

#### 1.2.2.2.3. Alkoholická halucinóza

Ústředním znakem této psychózy jsou sluchové halucinace – hlasy minimálně dvou osob, někdy i celé skupiny, které stojí proti sobě v opozici. Jedna skupina hlasů jedince kritizuje kvůli jeho pití, druhá skupina ho brání. Jedinec sám se do debaty také zapojuje, protože má pocit, že s někým mluví, jeho vědomí je však neporušeno, je orientován časem, místem i svou vlastní osobou. Obsahu konverzace jedinec věří a reaguje na ni. Alkoholická halucinóza obvykle odeznívá při plné abstinenci po několika dnech, málokdy po týdnech, a nezanechává trvalé následky. Délka onemocnění se dá medikamentózně zkrátit, což je dobré pro další terapeutický kontakt a léčbu závislosti na alkoholu.<sup>24</sup>

Jedinci, kteří prodělají delirium tremens nebo alkoholickou halucinózu, by měli po té podstoupit ústavní protialkoholní léčbu v minimální délce tří měsíců.<sup>25</sup>

#### 1.2.2.2.4. Korsakovova alkoholická psychóza

Tato psychóza získala své jméno podle psychiatra Korsakova, který ji popsal již v roce 1887. Charakterizuje ji velmi nízká nebo nulová schopnost vštípení informací do paměti – postižený si není schopen zapamatovat, co před chvílí vnímal, což je důvodem k tomu, že je dezorientovaný časem, místem i situací. Starší vzpomínky je schopen vybavit si bez problému. Jelikož si ale nepamatuje nové vjemy, je nucen si vymýšlet a svým fabulacím i věří. Často je však obměňuje, protože si není schopen zapamatovat ani to, co řekl.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 70–71.

<sup>25</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 71.

<sup>26</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 70.

#### 1.2.2.2.5. Alkoholická paranoidní psychóza

Alkoholická paranoidní psychóza může propuknout po proběhlém deliriu, alkoholické halucinóze nebo sama o sobě. V průběhu se vyskytují bludy vztahující se k domnělé nevěře partnera.<sup>27</sup>

*„Onemocnění alkoholickou paranoidní psychózou je značně rezistentní na terapii, neboť typickou součástí je anozgnózie, která značně problematizuje spolupráci nemocného. Často jsou pak terapeuti zahrnuti do chorobného okruhu ohrožení a nemocný aktivně maří a bojuje proti jejich doporučení a péči.“<sup>28</sup>*

#### 1.2.2.2.6. Alkoholická demence

Vyústěním „alkoholické kariéry“ je alkoholická demence. Jde o postupné otupování a ztrátu zájmů, ochuzování citového života, poruchy sociability, sociální degradaci, somatické komplikace, marasmus. Alkoholická demence nastává po opakovaných deliriích nebo po podobných alkoholických psychózách nebo jako terminální projev chronického alkoholického poškození mozku a celého organismu. Osoby trpící tímto onemocněním potřebují plnou péči a dohled v sociálních zařízeních. Stejně jako u předchozích psychóz je podmínkou stabilizace úplná abstinence. Terapeuticky nelze podstata stavu nijak ovlivnit.<sup>29</sup>

#### 1.2.2.2. Somatické následky nadužívání alkoholu

Funkční a orgánové poškození související s alkoholem závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce jeho požívání. Citlivost jednotlivých orgánů a tkání je rozličná, a proto je obtížné stanovit obecnou

---

<sup>27</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 41.

<sup>28</sup> ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 41.

<sup>29</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 72.

hranici mezi škodlivou a relativně neškodnou dávkou alkoholu. Zdá se být prokazatelné, že již 15g alkoholu při denní konzumaci poškozuje orgány (u snášenlivosti jsou individuální rozdíly).<sup>30</sup>

Somatické následky nadužívání alkoholu nebudu rozebírat podrobně. Alkohol poškozuje značné množství orgánů a jejich ozdravení je při komplexní léčbě závislého věnována velká pozornost. Jedná se však o rozsáhlá poškození, jejichž výčet by překročil rámeček mé práce.

### 1.3. Vymezení pojmů úzus, misúzus, abúzus

Základní terminologie rozlišuje pojmy úzus, misúzus a abúzus. Úzus alkoholického nápoje je jednorázové užití nebo i opakující se užívání, které jedinci nezpůsobuje žádné poškození.<sup>31</sup> Tyto pojmy budou používány v dalším textu.

Pojem misúzus je stav, kdy je alkoholický nápoj zneužíván. Jedná se například o případ, kdy řidič požije byt' i malé množství alkoholu, jelikož pro něj platí podle zákona absolutní zákaz pití alkoholických nápojů před i během řízení motorového vozidla. Hovořit o misúzu můžeme i v případě, že alkoholický nápoj užije těhotná žena nebo nezletilá osoba.<sup>32</sup>

Misúzus se tedy nemusí krýt s pojmem abúzus, který označuje nadužívání. Představuje všechny formy nadměrného konzumu alkoholických nápojů a je nebezpečný, jelikož může vést k agresivnímu chování, těžké intoxikaci nebo k obtížím psychického rázu. Abúzus stejně jako úzus může, ale také nemusí vyústit v závislost na alkoholových drogách.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 53.

<sup>31</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008, s. 53.

<sup>32</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 17.

<sup>33</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 17.

#### 1.4. Vztah k alkoholu

Společnost, vzhledem ke vztahu k alkoholu, můžeme rozdělit na čtyři skupiny podle toho, co od pití alkoholu očekávají.

První skupinou jsou abstinenti. Lidé patřící do této skupiny jsou schopni uhasit svou žízeň jakoukoliv tekutinou, která neobsahuje žádné množství alkoholu. Tito lidé z různých důvodů odmítají alkohol a to i v minimálním množství. Těmito důvody mohou být například osobní přesvědčení, odpor k alkoholu, zdravotní obtíže, nezletilost a jiné. Podle medicínských měřítek je však zařazení se do skupiny abstinentů velmi obtížné, protože takto můžeme nazvat pouze osobu, která nepožila alkoholický nápoj v jakékoliv formě a množství po dobu minimálně tří let.<sup>34</sup>

Druhou skupinou je skupina konzumentů, kam se nejprve řadí většina z nás, a to mnohdy již od dětství či mladistvého věku. Konzumenti se vyznačují tím, že alkoholický nápoj vyhledávají pouze kvůli jeho chuti a o jeho účincích na nervový systém nemají ani tušení. Jde o užívání vhodného množství vhodného alkoholického nápoje dospělou osobou. Pro představu se konkrétně jedná například o třetinku desetistupňového piva nebo decilitr vína po jídle nebo několik gramů rumu k dochucení čaje jednou za den. Konzument nápojem uspokojí svou chuť, ale malé množství alkoholu v něm (pouze 7–10 g) se ve zdravých játrech rozloží ještě během jeho vstřebávání, tudíž nedojde k ovlivnění nervové činnosti, protože alkohol se v krvi v podstatě neobjeví. Existují také nezásadoví konzumenti, kteří toto pravidlo překročí nejvýše čtyřikrát do roka a hladina alkoholu v jejich krvi nepřesáhne 0,6‰. U této skupiny bychom mohli mluvit o úzu alkoholických nápojů.<sup>35</sup>

Následující skupinou jsou pijáci. Těm již nestačí alkoholický nápoj k uhašení žízně nebo k uspokojení jejich chuti, očekávají, že je jeho účinky dovedou k alkoholické euforii – příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění stresu a obtíží, duševního napětí. Tato euforie je však nepravá a

---

<sup>34</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 7–8.

<sup>35</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 7–8.

dočasná. Pijáky můžeme rozdělit do dvou podskupin, a to na občasně a pravidelné. Hladina alkoholu v krvi u občasného pijáka nepřekročí více než 1‰ a pokud se tak stane, není to častěji než čtyřikrát za rok, kdežto u pravidelných abuzérů je tato hladina překročena častěji.<sup>36</sup>

Poslední skupinou tohoto dělení jsou osoby závislé na alkoholu.

## 2. KAPITOLA – ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

### 2.1. Charakteristika závislosti na alkoholu

Syndrom závislosti na alkoholu F10.2 je podle desáté verze Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávání užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.<sup>37</sup>

Hlavní charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je často silná, někdy přemáhající touha užít alkohol. U jedince, u kterého se vyskytuje závislost, se při užití alkoholického nápoje po období abstinence rychleji znovuobjeví další příznaky syndromu závislosti, než u jedince, který závislostí netrpí.<sup>38</sup>

Jedinec je diagnostikován jako závislý na alkoholu, pokud se u něj během posledního roku projeví následující znaky:

- silná touha požit alkoholický nápoj
- dostatečná kontrola v pití, zejména v případě začátku a ukončení nebo přijatého množství alkoholického nápoje
- tělesný odvykací stav

---

<sup>36</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 7–8.

<sup>37</sup> Srov. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 10.3.2010 [cit. 2010-03-25]. Poruchy duševní a poruchy chování. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

<sup>38</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha : Sportpropag, 1999, s. 9–10.



- další konzum alkoholu s úmyslem odstranit nebo zmenšit příznaky odvykacího stavu nebo jestliže je za tímto účelem přijata příbuzná látka
- zvyšující se tolerance k dávkám alkoholu
- zanedbávání povinností a zájmů z důvodu požívání alkoholických nápojů
- zvyšující se doba vyhrazená pro obstarání a přijímání alkoholických nápojů nebo zotavení se z jeho účinků
- pokračování v užívání i přes to, že se projevují problémy způsobené nadměrným pitím (fyzické zdravotní problémy, deprese, poškozené myšlení)<sup>39</sup>

Závislost si můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost se vyznačuje silným subjektivně pociťovaným cravingem (bažením, velmi silnou touhou užít psychoaktivní látku), k němuž se přidružují poruchy motivačního a behaviorálního charakteru. Fyzická závislost se projevuje právě onou zvýšenou tolerancí, součástí je i fyzický craving. Fyzická i psychická závislost se rozvíjí většinou současně.<sup>40</sup>

Stanovení diagnózy je často obtížné z důvodu, že diagnostická kritéria závislosti vycházejí z údajů, které podá lékař sám pacient a jiné spolehlivé zdroje informací z pacientova okolí nejsou lékaři k dispozici. Jedinec, který není motivován k léčbě, bude svou závislost tajit, různě zkreslovat informace a může být úspěšný.<sup>41</sup>

## 2.2. Stádia závislosti na alkoholu

První stádium je stádium počáteční neboli prealkoholické. Počíná tím, že jedinec pocítil drogový účinek alkoholického nápoje, nejdříve je tento zážitek občasný, později se opakuje častěji. Důležitá je kontrola v pití

<sup>39</sup> NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha : Sportpropag, 1999, s. 9–10.

<sup>40</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008, s. 59.

<sup>41</sup> Srov. Nešpor, K., Csémy, L. (2008). *Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla*. *Adiktologie*, (8)3, 236–241.

alkoholu, která je v plné míře zachována a tolerance k množství alkoholu se postupně zvyšuje. Řehan toto stádium dělí podle Jellinka na příležitostné a pravidelné pití. Ze sociálního hlediska bychom mohli říct, že první případ je občasné využití pozvání na společenskou akci s užitím alkoholu, druhý případ je pravidelné využívání těchto pozvánek. Většina lidí vytrvá v tomto stádiu po celý život a nedochází u nich k dalšímu vývoji ve vztahu k alkoholu.<sup>42</sup>

Někteří ovšem překročí hranice počátečního stádia a dostanou se do stádia varovného (prodromálního). Příznačným znakem pro toto stádium je výskyt prvního palimpsestu, což je takzvané alkoholické okénko. Další znak je tajné nebo předčasné pití, zrychlené pití, myšlenky jedince se ubírají směrem k možnostem konzumace alkoholického nápoje a současné pocity viny, averze ke konverzaci o tématech týkajících se alkoholu v běžné komunikaci (např. s členy rodiny). Jedinci se stále zvyšuje tolerance k dávkám alkoholu a tím se zvyšuje i dávka, kterou musí užít, aby pocíťoval účinky alkoholu jako dříve, zvyšuje se též frekvence pití alkoholických nápojů.<sup>43</sup>

Přechod mezi druhým a třetím stádiem je charakteristický tím, že se zvyšuje počet palimpsestů a počínající ztrátou kontroly pití. Třetí fáze se nazývá rozhodná (krucialní). Hlavním symptomem je ztráta kontroly, racionalizace pití, odolávání sociálnímu tlaku, nápadné agresivní chování, časté výčitky svědomí. Jedinec se snaží o úplnou abstinenci, která se mu nedaří, vzdává se starých přátel a svých dřívějších zájmů, mění své zvyky v pití alkoholu, objevují se problémy v zaměstnání, zdravotní problémy způsobené požíváním alkoholických nápojů a sebelítost. Tolerance k alkoholu v tomto stádiu stále stoupá, ovšem zatímco v první a druhé etapě je stále přítomna kontrola v pití, tuto etapu označujeme již jako závislost. Dochází k neustálým pokusům dostat užívání alkoholických nápojů opět pod kontrolu, alkoholická období jsou střídána období abstinence, kdy je

---

<sup>42</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 35.

<sup>43</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 35.

opět navozen pocit, že je vše v pořádku. Proto jedinci nic nebrání v tom se znovu napít, krátkou dobu u něj přetrvává pocit, že kontroluje situaci, ovšem téměř jistě se objeví exces a vše se opakuje stále dokola, pokaždé s horšími následky.<sup>44</sup>

V posledním stádiu se snášenlivost k alkoholu snižuje, prohlubuje se morální deteriorace a narušení myšlení. Termální (chronické) stádium je typické prodlouženou opilostí, nutností ranních doušků a vyrovnáváním hladiny alkoholu v krvi v průběhu dne, což jsou hlavní biologické znaky závislosti organismu na alkoholu. Objevují se alkoholické psychózy a somatické zdravotní problémy způsobené abúzem alkoholu.<sup>45</sup>

### 2.3. Typy abúzu a závislosti na alkoholu

V této části se pokusím charakterizovat pět hlavních typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu. Prvním popisovaným typem je typ ALFA. V tomto případě mluvíme o převážně psychogenním abúzu, nevyskytují se zde abstinční příznaky ani progrese, jedinec nemá oslabenou ani změněnou kontrolu, jde o nedisciplinované pití, a proto je zde vyšší riziko úrazů, trestných činů pod vlivem velkých dávek alkoholu a rodinných problémů. Jedince bychom označili jako konfliktního pijana.<sup>46</sup>

Typu BETA se přezdívá příležitostné pijanství, nebo také víkendové, společenské. U tohoto abúzu se nevytváří fyzická, ani psychická závislost, ale závislost sociokulturní, ale jedinec neztrácí nad svým pitím kontrolu. U typu BETA se při dlouhodobějším užívání alkoholu začínají objevovat první abstinční příznaky.<sup>47</sup>

Pro typ GAMA je již charakteristická závislost, fyzická, ale z větší části psychická. Náruživý pijan pocítuje nutkavou touhu, bažení, dlouhodobá abstinence bez léčby v jeho případě není možná, protože se mu

---

<sup>44</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 36.

<sup>45</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 36

<sup>46</sup> Srov. BÚTORA, M. *Mně sa to nemôže stať*. Martin, 1989, s. 144.

<sup>47</sup> Srov. BÚTORA, M. *Mně sa to nemôže stať*. Martin, 1989, s. 144.

oslabuje nebo plně ztrácí kontrola. V jeho případě jsou častější rizika duševních nebo fyzických onemocnění, ohrožení jeho pracovní činnosti, narušení sociálních vztahů, vzrůstání konfliktů, hrozí i sebevraždy.<sup>48</sup>

Jedinci potýkající se se závislostí typu DELTA nemají problémy se ztrátou kontroly, ale nejsou schopni abstinovat. Projevují se u nich silné abstinenci příznaky, nemusejí být nikdy opilí, ale střízlivost je u nich těžko dosažitelný stav. Tento typ převažuje v zemích s velkou konzumací vína, například ve Francii.<sup>49</sup>

Typ EPSILON je podobný jako typ GAMA. Jde o epizodický, kvartální abúzus s dramatickým průběhem, kdy se období pití, které může trvat dny, ale i týdny, střídá s období abstinence. Často bývá doprovázen afektivní psychózou.<sup>50</sup>

Ideálního reprezentanta GAMA, DELTA nebo EPSILON typu bychom hledali nejspíš marně, většinou jde o kombinace těchto dvou typů s tím, že jeden je převažující.<sup>51</sup>

### 3. KAPITOLA – LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

#### 3.1. Postupy při léčbě alkoholové závislosti

Od samého počátku se léčba závislosti na alkoholu dělí na medikamentózní léčbu a psychoterapii. Dominantnější pozici v našich podmínkách zaujímá psychoterapie, působení na pacienta pomocí psychologických prostředků. Psychologické postupy při léčbě klienta jsou propojeny s podáváním léků.<sup>52</sup>

Existují různé školy uplatňující různorodé terapeutické postupy. Základem je v první fázi odebrání alkoholu klientovi a zvládnutí jeho

---

<sup>48</sup> Srov. BÚTORA, M. *Mně sa to nemôže stať*. Martin, 1989, s. 144.

<sup>49</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 49.

<sup>50</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 46.

<sup>51</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 46.

<sup>52</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 81.

abstinenčního syndromu. Má dojít k upravení poruch, které vznikly dlouhodobým nadužíváním alkoholu, a to ve všech sférách (somatické, psychické i sociální). Je nutné překonat stereotypy, musí se přebudovat sebehodnocení a hierarchie hodnot a je potřeba najít nové hodnoty a vztahy k okolí. V průběhu léčby dochází k postupné resocializaci a zlepšení psychického i zdravotního stavu.<sup>53</sup>

### 3.1.1. Biologická léčba

V dřívějších dobách byla při léčbě uplatňována tzv. averzivní terapie (chemická averzivní léčba, elektroaverzivní léčba). Tato terapie je založena na vnímání alkoholického nápoje lidskými smysly (pozorování, čichání, ochutnávání) ve spojení s nepříjemnými pocity, které jsou způsobeny podáním chemické látky nebo elektrošokem.<sup>54</sup>

Zatímco averzivní terapie funguje na principu vytvoření podmíněného reflexu senzibilizující terapie si klade za cíl zvýšení citlivosti organismu na alkohol, čehož je dosahováno léky. Takovým lékem je například nejznámější antabus, který způsobuje vědomé zábrany vůči konzumaci alkoholických nápojů. Po porušení abstinence při současném užívání antabusu dojde k reakci organismu, která se projevuje zčervenáním tváří, krku a hrudníku, prokrvení spojivek, bušení srdce, pocení a zvracení.<sup>55</sup>

Je třeba upozornit, že senzibilizující nebo chemická averzivní terapie není léčba kauzální. Tato forma pouze napomáhá k ustálení choroby, to znamená k abstinenci pacienta. Dále je potřeba řešit somatické, sociální a psychologické obtíže klienta. Na dlouhodobou stabilizaci pacientova stavu má vliv především psychoterapie a náhled pacienta dosažený v psychoterapeutickém procesu.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001, s. 56.

<sup>54</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 77.

<sup>55</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gambléři*. Praha : Empatie, 1995, s. 82.

<sup>56</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 76, 78.

### 3.1.2. Psychoterapeutická léčba

Pojmy psychoterapie a psychoterapeutická léčba bývá chápán v širším a užším pojetí. Psychoterapií v širším smyslu rozumíme vše, co není spojeno s medicínskou formou léčby, jsou to všechny druhy terapie od denního režimu až po ergoterapii. V užším smyslu ji chápeme jako působení psychoterapeuta na jedince (individuální psychoterapie) nebo větší počet osob (skupinová psychoterapie, kolektivní psychoterapie).<sup>57</sup>

Z psychoterapeutických postupů se při léčbě závislosti na alkoholu používá především psychoterapie racionální, sugestivní, abreaktivní, behaviorální a psychoanalytická.

Racionální psychoterapie pracuje s porozuměním a logickým úsudkem, snaží se využívat poznávací regulaci chování. Je podobná výuce, ale odlišuje se od ní snahou změnit to, co již bylo vytvořeno. Tuto metodu je možné aplikovat například na přednáškách o škodlivosti alkoholu na lidský organismus.<sup>58</sup>

Sugestivní psychoterapie používá sugesci, která se opírá o autoritu terapeuta anebo jím záměrně navozený stav. Nejčastěji se využívá autogenní trénink, který spočívá v navození psychického uvolnění a nacvičení svalové relaxace.<sup>59</sup>

Abreaktivní psychoterapie zapojuje emoce a jejím cílem je katarze a odreagování emočního napětí. Navozuje znovuprožití emočních prožitků, které vedly nebo podpořily vznik závislosti. Používá se právě v případech, kdy prožitá traumata psychického rázu vedla k závislosti.<sup>60</sup>

Behaviorální psychoterapie je založena na principech behaviorismu, tedy psychologickém směru učení. Jejím cílem je odstranit nežádoucí reakce a návyky a nahradit je vytvořením nových žádoucích reakcí a návyků.

---

<sup>57</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*.

Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 62.

<sup>58</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 82.

<sup>59</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 83.

<sup>60</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 83.

Častým nástrojem aplikace behaviorální psychoterapie je pozitivní trénink, což je přímé nacvičování žádoucích reakcí.<sup>61</sup>

Dalším typem psychoterapie používané při léčbě závislostí je psychoanalytická psychoterapie. Ta se snaží o nalezení chybějících souvislostí zjišťováním potlačených přání a obsahů nevědomí, které se snaží dostat do obsahů vědomí. Analyzuje projevy klienta, jeho volné asociace a analýzy odporu, což jsou obrany klienta vůči uvědomování si nevědomých obsahů.<sup>62</sup>

### 3.2. Formy léčby závislosti na alkoholu

Existuje několik možností léčby závislosti na alkoholu. Jsou jimi ambulantní léčba, ústavní léčba nebo denní stacionáře.

Ambulantní léčbou označujeme široké spektrum služeb, které není spojeno s lůžkovým oddělením, rozumíme tím poradny různého typu, soukromé praxe, ambulantní složky státního, obecního i soukromého zřizovatele.<sup>63</sup> Je praktická v tom, že není nutná pracovní neschopnost, jelikož poradny mají ordinační dobu zpravidla přizpůsobenou pracujícím klientům. Tento druh léčby není vhodný pro každého, zvláště vhodná není pro klienty, kteří i přes snahu s pitím přestat, konzumují alkohol ve zvýšené míře i nadále.<sup>64</sup>

V takovém případě se jeví jako účelnější ústavní léčba. Ústavní léčba spočívá v práci psychologa na lůžkovém oddělení, v tomto konkrétním případě na oddělení zaměřeném na léčbu závislostí. Lůžková péče umožňuje větší časový prostor ke spolupráci, psycholog má šanci pozorovat pacienta i v jiných situacích než jsou konzultace a v případě potřeby má k dispozici informace lékařů, zdravotních sester nebo sociálních pracovníků, což je přínosem při utvoření celistvého obrazu klienta. K ústavní

---

<sup>61</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 83.

<sup>62</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 83.

<sup>63</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 63.

<sup>64</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Zůstat strážlivý*. Brno : Host, 2006, s. 86.

péči se uchylují zejména pacienti s rozvinutými příznaky závislosti na alkoholu, tedy s vážnými zdravotními nebo psychiatrickými komplikacemi způsobenými nadměrným užíváním alkoholu.<sup>65</sup> K léčbě důsledků spojených s alkoholem může přispět i psychiatrické, interní nebo neurologické oddělení, ale pro překonání závislosti na alkoholu je žádoucí specializovaná odvykací léčba. Její délka bývá v některých zařízeních pevně stanovena, v jiných zařízeních je určována individuálně po dohodě týmu a pacienta (kritéria pro její určení jsou stav pacienta při přijetí, jeho životní situace, délka předchozí abstinence a trvání recidivy, duševní a tělesná kondice a schopnost využívat možnosti ambulantního léčení). Ústavní léčba umožňuje bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace a je intenzivnější, jelikož využívá více postupů současně (mohou jimi být skupinová terapie, individuální terapie, rodinná terapie, relaxační techniky a jiné).<sup>66</sup>

Další formou jsou denní stacionáře pro osoby závislé na alkoholu. Fungují při ústavních léčbách, aby pacientovi usnadnili přechod k normálnímu životu, při ambulantních poradnách nebo samostatně. Klient je obvykle v pracovní neschopnosti a na léčbu dochází denně. Stejně jako ambulantní léčba není vyhovující v případě hromadících se zdravotních potíží, psychiatrických problémů nebo v případě neschopnosti abstinence.<sup>67</sup>

### 3.2.1. Ústavní léčba

Jelikož léčba na oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně ve Šternberku je uskutečňována ústavní formou a jelikož popis tohoto oddělení je jedním z mých cílů, budu se nadále zabývat právě touto formou léčení.

#### 3.2.1.1. Organizace ústavní léčby

V současné době převažuje typ oddělení zdravotnického charakteru, ale do budoucna nemůžeme vyloučit ani rozšíření psychologických

---

<sup>65</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 59.

<sup>66</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno : Host, 2006, s. 86.

<sup>67</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno : Host, 2006, s. 86.



sanatorií, jejichž organizace může probíhat jiným způsobem. Ve zdravotnických zařízeních jsou pravomoci a povinnosti stanoveny v sekundární linii lékař – primář a lůžková sestra – vrchní sestra. Tento tradičně hierarchický model udržuje toto rozvrstvení ve všech činnostech a tvoří psychologovi značně úzký rámec poradenských služeb.<sup>68</sup> V posledních desetiletích se uplatňuje snaha o zavedení systému terapeutické komunity (léčebného společenství), což je jednak forma terapie a jednak způsob organizace zařízení. Komunitní pojetí organizace oddělení klade vyšší požadavky na personál. Jádrem těchto požadavků je nutnost vyměnit mnohdy až posvátnou autoritu bílého pláště za autentickou autoritu osobnosti. Jako kolizní se může jevit to, že formálně je zodpovědný lékař a vrchní sestra, ovšem základní myšlenkou komunity je organizace práce převážně na horizontální, nikoliv vertikální úrovni. V praxi by to znamenalo, že všichni účastníci léčebného společenství, tedy pacienti i personál, jsou na stejné pozici, nikdo nemá vyšší nebo nižší postavení. Všichni se účastní za stejných podmínek diskuze, hodnocení, rozhodování a týmové posuzování, což by ve vyhocené situaci mohlo znamenat, že lékař oddělení by se musel podvolit závěrům sezení celé skupiny. Užití systému léčebného společenství v léčbě závislých má tudíž některé modifikace. Patří mezi ně jasně stanovený řád, souhrn vnitřních pravidel upravujících chování pacientů. Uvádí funkční i nefunkční způsoby chování a systém odměn nebo postihů při jejich nedodržení.<sup>69</sup>

Terapeutická komunita v širším smyslu se staví do opozice k hierarchicko–autoritativnímu modelu organizace zdravotnické péče. V hierarchicko–autoritavně koncipovaných zařízeních bývá terapeutická komunita aplikována v užším smyslu, tedy jako psychoterapeutická metoda. Při uplatnění této metody se využívá modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladativních interpersonálních stereotypů

---

<sup>68</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 59.

<sup>69</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 60.

prožívání a chování.<sup>70</sup> „Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojit nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.“<sup>71</sup>

I přes snahy o rozšíření demokratického modelu a terapeutických komunit v léčbě závislosti na alkoholu, je stále častější hierarchický model.

V naší republice jsme na léčebných odděleních dlouhodobě realizovali spíše parafrázi na demokratické terapeutické komunity. Demokratická tradice je v lidském vědomí produktem dlouhodobého vývoje. První vlašťovkou, která by mohla být nápomocna k rozvoji demokratického modelu v léčbě závislosti na alkoholu, by mohla být změna v systému zdravotní péče, kdy se z nemocných stávají klienti. To by mělo napomoci vzniku rovnocenných vztahů mezi klienty a terapeuti.<sup>72</sup>

### 3.2.1.2. Součástí ústavní léčby

Komplexní léčbu jedinců závislých na alkoholu můžeme rozdělit na základní a variabilní. Mezi základní součásti léčby patří detoxifikace, vlastní léčebná fáze a fáze doléčovací. Fáze detoxifikace je započata příjmem klienta a jeho komplexním vyšetřením (psychiatrickým, psychologickým, biochemickým, neurologickým a interním). Na základě výsledků těchto vyšetření a zjištěných poškození je upravena somatická léčba, která si klade za cíl odstranit bezprostřední pozůstatky po předchozí alkoholické kariéře v co nejkratším čase a postupně zvládnout a vyléčit fyzické následky abúzu. Současně klient prochází psychologickou intervencí, která je zaměřená na úroveň základního náhledu a motivaci k úplné léčbě. Často se stává, že léčba somatických následků přesahuje do vlastní léčebné fáze, někdy

---

<sup>70</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 206.

<sup>71</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 226.

<sup>72</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 63.

zasahuje až do fáze doléčovací. Celkovou léčbou neprojdou všichni klienti, kteří již prošli fází detoxifikační. Je to způsobeno nezájmem a nedostatečnou ochotou ke spolupráci.<sup>73</sup>

Variabilní součástí odvykací fáze představují náplň samotné léčby, program. Těmito součástmi se budeme zabývat později.

Po vlastní léčebné fázi přichází fáze následné péče, neboli fáze doléčovací. Pokud chceme u pacienta dosáhnout trvalé abstinence, je jasné, že po mnohaletém abúzu alkoholu musí přijít také dlouholeté období terapeutického působení. V doléčovací fázi se často uplatňují socioterapeutické postupy. Socioterapie je definována jako dlouhodobá, závěrečná součást komplexní léčby, je prováděna kolektivní formou za použití speciálních technik a postupů. Mnohdy bývá označována jako doléčování, ale jelikož některé socioterapeutické postupy užívají již v průběhu ambulantní nebo ústavní léčby, nelze ji ztotožňovat pouze s doléčováním. K socioterapii řadíme manželskou či rodinnou terapii, svépomocné skupiny (Anonymní alkoholici), socioterapeutické kluby („KLUS“ – Klub usilující o střízlivost) a další.<sup>74</sup>

### 3.2.1.3. Průběh ústavní léčby

Do ústavní léčby nastupují klienti ve většině případů dobrovolně (vyjma ochranné léčby). Za touto dobrovolností se nemusí skrývat vlastní vnitřní motivace, často bývá vynucena rodinou, zaměstnavatelem nebo jinou okolností. Léčba pacienta trvá tři měsíce, ve výjimečných případech čtyři až šest měsíců, v jejichž průběhu pacient pobírá nemocenské dávky.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 61–62.

<sup>74</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 65.

<sup>75</sup> Srov. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. Praha : Avicenum, 1988, s. 66–67.

Psychiatrická léčebna není pro pacienta přirozeným životním prostředím. Jeho dobrovolný nástup na oddělení pro něj znamená závazek ke spolupráci a angažování se při procesu léčby.<sup>76</sup>

Program léčby závislosti na alkoholu může být nejlépe rozvinut právě v podmínkách ústavní léčby. Zpravidla zahrnuje:

- režimovou léčbu
- detoxikační léčbu
- averzivní terapii
- antabus – alkoholovou reakci
- přednášky o škodlivosti psychoaktivních látek na lidský organismus
- rozbor deníkových záznamů
- vypracování životopisu a jeho analýzu ve skupině
- individuální a skupinovou psychoterapii
- pravidelné svolání komunity
- socioterapeutické kluby, kde jsou řešena témata závislosti a abstinence
- pohybové a sportovní aktivity (rozcvičky, sportovní zápasy)
- pracovní terapii, která podléhá hodnocení
- účast na kulturních programech
- biblioterapii (individuální a kolektivní čtení)
- arteterapii
- psychogymnastiku, jejímž cílem je uvolnění a sebepoznání

Režimovou léčbou rozumíme způsob hodnocení chování klientů. Toto hodnocení se týká jak jedinců, tak skupin.<sup>77</sup> Tradiční behaviorálně koncipované režimy používají bodovací systém. Kladnými nebo zápornými

---

<sup>76</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 88.

<sup>77</sup> Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995, s. 83–84.

body hodnotí přístup pacienta k léčbě. Výhodou tohoto systému může být názornost a snadná kvantifikovatelnost, ocenění klienta. Na druhou stranu jsou bodovací systémy značně zjednodušující a redukuující lidské chování na vzorce, což může vést k záměně prostředku za účel. V případě, že pacient není dostatečně motivován ke skutečné analýze svého chování, může být jeho motivací při získávání kladných bodů pouze dosažení výhod (propustka, sledování televize). Různá léčebná oddělení uplatňují rozdílné systémy a snaží se nalézt vhodnou formu hodnocení, protože snaha provést jednou týdně souhrnnou bilanci odpovídá potřebám řádu a principu odměny jako incentivu pro zdárný průběh léčby.<sup>78</sup>

Tato bilance probíhá na pravidelném svolání komunity, kde mají pacienti možnost vyslovit své názory, připomínky, nesouhlas. Na komunitě se také představují nově přichozí pacienti po prodělané detoxikační léčbě.

#### 3.2.1.4 Terapeutický vztah a jeho činitelé

Jelikož hlavními činiteli terapeutického vztahu jsou klient a terapeut, pokusím se je v následující části popsat. Důležitým léčebným faktorem je vztah, který spolu utvoří, proto považuji za důležité se o něm zmínit.

##### 3.2.1.4.1. Klient

*„Na osobu závislou na alkoholu je třeba se podívat i z hlediska komplexního, třídního a filozofického: osoba závislá je jedinec, jehož osobní podíl na vzniku a rozvoji abúzu je vždy víceméně umožněn a přímo i nepřímo podporován také jeho okolím, společností a civilizací. Je to člověk – ani jenom dobrý, ani jenom zlý – který se pokouší o realizaci sama sebe a doslova bloudí při uspokojování soustavy svých potřeb. Droga, kterou vyžaduje, působí rychle a výrazně na jeho psychiku. Stala se mu často*

---

<sup>78</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 63.

*pseudopotřebou vedoucí i k jeho dehumanizaci, když konstruktivní tendence v jeho chování, citění a myšlení oslabovala a destruktivní posilovala.*“<sup>79</sup>

Cílem léčby klienta tedy není pouze zabránění v další konzumaci alkoholického nápoje, ale také jeho opětovné začlenění do společnosti, humanizace a návrat konstruktivních tendencí do jeho chování.

Podle Řehana je původní čistě medicínský koncept závislosti na alkoholu značně redukcující. Chápe závislost jako projev nedostatečně fungujícího adaptačního procesu. Medicínský koncept se zabývá terapií odebrání alkoholu, ovšem tento postup vede pouze k symptomatickým úspěchům, ne ke kauzalitě problému, tudíž výsledky ryze medicínského přístupu jsou značně vratké.<sup>80</sup>

Terapie klientů závislých na alkoholu je tedy víceoborovou záležitostí, nikoliv jen medicínskou, proto je žádoucí týmová spolupráce lékaře, psychologa, sociálního pracovníka a andragoga.

Závislost na alkoholu je sice chorobou, ale nejde o chorobu v klasickém klinickém smyslu, je to také porucha, která vypovídá o základním problému, jak je člověk nucen jednat ve společnosti, do které se narodil. K osobnosti člověka lze přistupovat také jako k soustavě potřeb.<sup>81</sup> Skála<sup>82</sup> dle Cvekla říká, že „*člověk se neustále zmocňuje okolního světa, aby nasycováním svých různých potřeb přetvářel tento svět a tím transformoval i sebe. Při tom lidský život není pouhou sumací, uspokojením dílčích tenzí organismu nebo psychiky, ale má celkové zaměření, hledá sám sebe a hledá svou autentičnost. Abúzus a závislost na drogách včetně alkoholu je jeden z procesů, jimiž lidé pod vlivem mechanismů (kterým nerozumějí) se snaží docílit vystupňování svých životních sil primitivním, fiktivním způsobem. Člověk má dojem, jako by prorážel hranice každodennosti a zvyklosti své existence, jako by získával nové sebevědomí, nové síly a překračoval sám sebe. To vše jsou zážitky, k nimž se normálně člověk dopracovává jen velmi*

---

<sup>79</sup> SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 79.

<sup>80</sup> Srov. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách : psychologický přístup*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, s. 54.

<sup>81</sup> Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 79.

<sup>82</sup> SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 79.

*obtížně a postupně – cestou učení, vzdělání, sebevýchovy, produktivní práci, tvořivosti, vytvářením lidských vztahů, duchovní formou.“*

Při abúzu alkoholu vedoucímu k závislosti dochází ke zkratu, kdy nesnadná produktivní a pozitivní cesta seberealizace narazila na nějakou překážku. Pokud je pro člověka typické řešit své problémy oklikou, zprostředkovaně přes přetváření vnějšího světa, je konzumace alkoholu a jeho následné účinky pokus, jak se tomuto zprostředkování vyhnout a dosáhnout fiktivních cílů okamžitě, chemickou cestou. Za nadužíváním alkoholu se často skrývá deformovaná forma lidského sebehledání.<sup>83</sup>

Na klienta v resocializačním zařízení se můžeme dívat jako na člověka, který na cestě za hledáním sebe sama, za svým cílem, za seberealizací sešel z cesty. Pomyslné kormidlo, které dříve držel pevně ve svých rukách a řídil jím svůj život, ho svedlo z cesty.

V tomto okamžiku je úkolem terapeuta pomoci klientovi orientovat se v kritických uzlech jeho životní dráhy a při problémovém průběhu jeho životní dráhy.<sup>84</sup>

#### 3.2.1.4.2. Terapeut a jeho role

Role terapeuta nebo trenéra se může v různých formách skupinové psychoterapie lišit. Terapeut může zastávat roli aktivního vůdce, analytika, komentátora nebo moderátora a experta.

V případě, že terapeut zastává roli aktivního vůdce, znamená to, že určuje aktivity, usměrňuje dění, vysvětluje, objasňuje a řídí skupinu, učí ostatní. Role aktivního vůdce je též role učitele, instruktora, režiséra, iniciátora a ochránce. Vůdce uplatňuje svou moc, která je mu z jeho pozice dána. Díky moci ovlivňuje členy skupiny, aktivizuje je, chrání, vede, nabádá, podporuje, konfrontuje i kritizuje. Členové skupiny tuto roli od svého vedoucího očekávají a alespoň ze začátku ho v ní chtějí mít. Ve

---

<sup>83</sup>Srov. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987, s. 79.

<sup>84</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 13.

skupině vedené takovýmto způsobem se klienti k terapeutovi obracejí pro směrnic, hledají u něj podporu a rady a jsou na něm značně závislí. Řídící role terapeuta bývá uplatňována při skupinových sezeních, kde se trénují různé sociální dovednosti, jako je sebeprosazení, konstruktivní hádka, taktika nekonfliktního jednání, účinné způsoby vyjednávání, řešení problémů nebo psychohygienické postupy jako je relaxace, aktivizace, zastavení rušivých myšlenek nebo zvládnání stresu. Těmito úkoly se zabývá zejména kognitivně–behaviorální strategie.<sup>85</sup>

Terapeut v roli analytika je pro klienty něco jako nepopsaná deska, tváří se indiferentně, pasivně naslouchá, neradí, neprojevuje se, neodsuzuje ani nehodnotí klienta, svou vlastní osobnost neprojevuje. Osobnost analytika zůstává pro klienty neznámá, je emocionálně neangažovaný, zůstává pro klienty záhadou. Ponechává skupinu vlastnímu osudu, nezasahuje do jejich asociací a nechává její členy volně projevovat interakce. Skupina si brzy uvědomí, co je důvodem toho, proč jsou pohromadě a že asociovat na téma aktuální politické situace není relevantní, ale ztráta času. Terapeut analytik postupně dodá skupině svými interpretacemi zaměřenými na odhalení skrytých motivů jednání základní směr k hledání souvislostí a na dalších interpretacích se podílí skupina aktivně sama.<sup>86</sup>

Komentátor stejně jako analytik skupinu aktivně neřídí ani neusměrňuje, nechává jí volný průběh. Nastavuje skupině zrcadlo a v intervalech přibližně patnácti až dvaceti minut vše shrnuje a komentuje skupinové dění. Jeho komentáře mohou být různého charakteru, například mohou mít formu pozorování, podané zcela neosobně s rekapitulačním popisem dění ve skupině, bez hodnocení a vyjádření vlastních pocitů terapeuta. Mohou též dění pojmenovávat a klasifikovat nebo mohou přinášet hypotézy k interpretaci toho, co se ve skupině děje a proč. Neosobní popis vede skupinu často k pocitům agrese a neúčelnosti chování terapeuta, trpí nedostatkem směrnic, strukturace a vedení.<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 56.

<sup>86</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 58.

<sup>87</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 59.



Role moderátora a experta je role, kdy terapeut nepřebírá plnou odpovědnost za dění ve skupině, nechává věcem volný průběh a v případě potřeby usměrní dění nebo příležitostně zasáhne tak, aby efektivněji směřovalo k cíli. Sám se na něm příliš nepodílí, nehovoří o svých pocitech, ale ve vhodnou chvíli navrhně, co by se mělo udělat, poskytuje podněty nebo zasáhne s pomocnou technikou, sleduje a koordinuje diskuzi skupiny, stará se o to, aby se mohly projevit různé názory. Není v přední pozici alfa, ale v pozici beta, kdy ho skupina přijímá jako experta, který může pomoci, poskytuje informace, techniky a interpretace. Moderátor však neprosazuje autoritativně žádné řešení, ani se neztotožňuje s jediným řešením navrženým jinými, svými poznámkami vede klienty k tomu, aby na danou věc nebo problém pohlíželi z více stran. Terapeut moderátor, na rozdíl od komentátora, nenechává skupinu ztrácet čas mlčením a napětím z nejistoty či z nedostatku dovedností, své názory nevnucuje, ale nebrání se přispět. Vysvětlí klientům to, co nevědí, popřípadě je naučí to, co neumějí, aby se mohli rychleji posunout dál.<sup>88</sup>

Poslední uvedený typ role terapeuta se mi jeví jako nejvhodnější pro osobní rozvoj klienta. Moderátor nechává klienta, aby se sám podílel na výběru vhodného řešení, sám žádné striktně neprosazuje.

#### 3.2.1.4.3. Vztah terapeut – klient

Při andragogické intervenci je nutné, aby terapeut bral v úvahu specifickou sociální situaci klienta a jeho zralost, čímž je myšlena fyzická, psychická, sociální nebo etická připravenost se intervence zúčastnit.<sup>89</sup>

Podle míry zralosti objektu andragogiky má terapeut možnost jednat ve třech paradigmatických přístupech. V případě sociotechnického paradigmatu uplatňuje subjekt–objektový vztah. Na jedné straně stojí terapeut, osoba, která je poučená, ví, jak by měly věci vypadat a jak by se měly správně dělat. Ví, co je potřeba udělat k dosažení změny, má k tomu

---

<sup>88</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995, s. 60.

<sup>89</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 26.

prostředky i moc. Na druhé straně stojí klient, tedy osoba, která má být poučena a vedena, má změnit své postoje a rozvíjet se.<sup>90</sup>

Emancipační (klientelový) vztah terapeuta a klienta je modifikací subjekt–objektového vztahu. Modifikace spočívá v tom, že toto paradigma klade větší důraz na autonomii klienta a skupiny klientů. Klient má právo na svůj osobní rozvoj v rámci lidských práv. Terapeut mu nevnučuje své vzorce chování, normy ani hodnoty.<sup>91</sup>

Nejideálnějším typem vztahu terapeuta a klienta je subjekt–subjektový vztah, kde je zdůrazněna komunikační rovnocennost mezi oběma zainteresovanými. Klientelové i komunikační schéma předpokládá aktivitu všech zúčastněných.<sup>92</sup>

Jak jsem uvedla, ideální typ vedení klienta je dle komunikačního paradigmatu. Je zde také uvedeno, že důležitým faktorem pro andragogickou intervenci je zralost klienta, a to psychická, fyzická, sociální nebo etická. Klienti přijímaní k léčbě závislosti na alkoholu nenaplnují charakteristiky zralosti minimálně v jedné z jejich složek, proto se mi užití komunikačního paradigmatu nezdá vhodné. Jako žádoucí se mi jeví na počátku léčby použít model sociotechnického paradigmatu a se zvyšující se autonomií a aktivizací klienta postupně přejít až k modelu komunikačnímu.

### 3.2.2. Resocializace

Každá socializace probíhající v dospělosti (a řekli jsme si, že klientem je dospělý jedinec) v sobě zahrnuje resocializační momenty. Je to proces utváření, přetváření a optimalizace sociálních rolí ve vztahu k příslušnému sociálnímu a kulturnímu prostředí.<sup>93</sup>23

---

<sup>90</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 27.

<sup>91</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 28.

<sup>92</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 33.

<sup>93</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 23.

Socializace a resocializace může nabývat dvou základních podob socializačních intervencí, a to represivní a participační.

V represivní resocializaci dominují tresty, odměny a tresty mají materiální nebo fyzickou povahu, je vyžadována disciplína vůči autoritě, převažuje jednosměrná komunikace a základem jsou požadavky socializujících. Participační socializace se vyznačuje naopak dominancí odměn, které jsou převážně symbolické, je podporováno autonomní jednání, převažuje verbální komunikace a snaha o plnění přání klientů.<sup>94</sup>

Tyto dva přístupy vedou k diametrálně odlišným dlouhodobým důsledkům. Represivní resocializace způsobuje slabou sebedůvěru, submisivitu nebo naopak nepokryté siláctví. Nedostatečně rozvíjí „Já“ klienta. Klient v resocializačním zařízení, které uplatňuje restriktivitu je nerozhodný, nesamostatný, intolerantní, jedná v zajetí emocí a v afektu, špatně se socializuje v novém prostředí a je hůře adaptabilní. Takový klient není motivován k intelektuálnímu úspěchu, podceňuje symbolickou odměnu a budoucí satisfakce. Orientuje se hlavně na bezprostřední cíle, podléhá konzumu. Participační resocializace napomáhá k rozvoji autentického „Já“. Klient je přiměřeně sebevědomý, je schopen adekvátní sebereflexe. Je tolerantní ke svému okolí, uvažuje racionálně, nemá problém se sociální přizpůsobivostí a disciplínou. Má rozvinuté intelektuální aspirace, potřebu seberealizace, orientuje se na satisfakci v budoucnosti, uznává duchovní a symbolické hodnoty.<sup>95</sup>

Represivní přístup bývá použit při léčbě vedené hierarchicky-autoritativním způsobem, participační způsob resocializace se uplatňuje spíše v terapeutických komunitách. Z výše uvedeného výčtu vlastností je patrné, že klient, který podstoupil resocializaci v hierarchicky koncipované léčbě je mnohem méně autonomní a méně samostatná osobnost, což může vést k porušení abstinence. Naopak klient, který prošel léčbou

---

<sup>94</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 22.

<sup>95</sup> Srov. BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika. (Studijní texty pro distanční studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 22.

v demokratické terapeutické komunitě, má možnost získat vlastnosti, které mu pomohou v seberealizaci.

#### 4. KAPITOLA – PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ŠTERNBERK

Obecné informace:

Adresa: Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká 173, Šternberk

Telefon: 585085111

Web: [www.plstbk.cz](http://www.plstbk.cz)

Kontakty na oddělení:

- primář: MUDr. Jiří Martinů, tel.: 585 085 478
- lékařka oddělení: MUDr. Andrea Miklovičová, tel.: 585 085 458
- psycholog: PhDr. Pavel Kolda, tel: 585 085 464
- sociální pracovnice: Jitka Šilhanová, tel: 585 085 471

Kapacita: 30 lůžek oddělení 21. (muži), 19 lůžek oddělení 23B. (ženy)

Délka léčby: fáze detoxifikace standardně 7 dní, vlastní léčba 3 měsíce

Oddělení pro léčbu závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách a patologického hráčství přijímá pacienty starší 18 let. Na oddělení je provedena detoxifikace, diagnostika a léčba zdravotních následků užívání psychoaktivních látek. Přijímání jsou pacienti z celé České republiky. Pacienti ze spádové oblasti (Olomouc, Přerov, Šumperk, Svitavy) nepotřebují ke svému přijetí lékařské doporučení, v případě pacientů z jiných oblastí jsou preferováni ti, kteří mají doporučení ambulantního psychiatra. Další podmínkou přijetí je hrazené zdravotní pojištění.

Ve zbývajícím textu používám jako zdroj informací interní materiály Psychiatrické léčebny Šternberk.

Oddělení léčby závislostí v Psychiatrické léčebně ve Šternberku se řídí typickým hierarchickým modelem. Uplatňuje se zde sociotechnické paradigma. Pozice terapeuta a pacienta léčebny je jasně oddělena. Terapeut

v roli poučeného organizuje a snaží se dosáhnout změny prostřednictvím moci a jemu dostupných prostředků. Na opačném pólu stojí nemocný pacient, který potřebuje pomoc terapeuta, potřebuje být veden. Sociotechnické paradigma je uplatňováno po celou dobu léčby, ke komunikačnímu paradigmatu nesměřuje.

Členy terapeutického týmu jsou primář oddělení – psychiatr, lékařka, dva psychologové, kteří se střídají dle potřeby, sociální pracovníce a zdravotní sestry. V případě potřeby je k dispozici interní nebo rehabilitační oddělení.

Oddělení závislostí ve šternberské léčebně je určeno pro všechny typy závislých klientů, léčí se zde závislosti na alkoholu, nelegálních návykových látkách i patologické hráčství (to ovšem jen výjimečně).

Oddělení závislostí je rozděleno na uzavřenou a otevřenou část. Uzavřená část je určena k detoxifikaci. Pacientovi jsou odebrány veškeré jeho osobní věci včetně oblečení a je mu zapůjčeno ústavní. Pacient na tomto oddělení setrvává po dobu sedmi dní. Po uplynutí jednoho týdne podle aktuálního zdravotního stavu na doporučení primáře přechází na otevřené oddělení a zapojuje se do vlastní léčby.

Vlastní léčba má pevný denní a týdenní režim<sup>96</sup>, kterým se oddělení řídí. Dny v týdnu pro klienty začínají v šest hodin, o víkendu o hodinu později. Pro všechny pacienty je povinná ranní rozcvička před budovou, poté probíhá úklid pokojů. Úklid je kontrolován sestrou a bodován. Každý den v osm hodin se schází všichni klienti a terapeutický tým k ranní komunitě, velká komunita probíhá jednou týdně a jsou na ní podávány žádosti o propustky, dovolenky, konzultaci s lékařem, jsou řešeny problémy oddělení, vznášeny námítky a rekapituluje se uplynulý týden. Po ranní komunitě následuje dopolední program, který trvá až do oběda, a je každý den jiný (skupinová terapie, asertivita, jóga, koníčky a zájmy, životopisná skupina, přednáška, volná tribuna, relaxace, sport a další). Do 14:00 až 15:00 následuje odpolední program a po jeho ukončení mají klienti do 17:00

---

<sup>96</sup> Příloha č. 2 Program léčby

osobní volno, kdy kterém se mohou pohybovat v areálu léčebny. V rámci pracovní terapie probíhá večerní úklid oddělení, někteří pacienti provádějí i na jiných odděleních. Po povinném sledování televizních zpráv mají klienti čas určený k psaní osobních deníků a k dalším činnostem.

V průběhu týdne se ve vedení dopoledního programu střídají všichni členové terapeutického týmu. Primář vede přednášky o problematice alkoholu, drog a závislostí, psychologové skupinovou terapii, sestry životopisnou skupinu nebo skupinu koníčků a zájmů a další. Ať se jedná o jakoukoliv činnost, v převážné většině případů přebírá člen terapeutického týmu roli terapeuta – vůdce. Jak bylo uvedeno výše, členové skupiny od terapeuta tuto roli alespoň zpočátku vyžadují. Žádají od něj směrnice, jsou na něm závislí, což ale neprospívá autonomii klienta. Proto by byl lepší přechod k roli terapeuta moderátora a experta, který do dění ve skupině zbytečně nezasahuje, ale když si klienti nevědí rady, podá jim pomocnou ruku a nabídne více pohledů na možné řešení. Takový terapeut využívá participační resocializace, tím skupinu aktivizuje a její členové se stávají více autonomními.

Jak jsem již napsala v obecné části, pacienti léčebny jsou hodnoceni plusovými a minusovými body. O represivním způsobu resocializace může svědčit i to, že je na oddělení pevně dáno to, za co mohou klienti obdržet minusové body<sup>97</sup>, ale informace o tom, jak získat ty plusové nejsou přesně uvedeny. Hodnocení provádí terapeutický tým, tedy primář oddělení, lékař, psycholog, sestry. Pozitivně bodována může být příjmová služba, sanitární úklid, psaní deníku, aktivita na skupinách. Jelikož ale nikde není dána striktní tabulka plusových bodů, pacient může ale také nemusí body obdržet, což způsobuje nevoli.

Systém bodového hodnocení je pro klienty důležitý nejen z důvodu vlastní sebereflexe, počet bodů primář také zohledňuje při povolování dovolenek a propustek. V případě, že pacient nedosáhne alespoň deseti bodů, vrací se zpět na dobu jednoho týdne na uzavřené oddělení a tento týden se mu nepočítá do celkové doby léčby.

---

<sup>97</sup> Příloha č. 3 Systém minusových bodů

## ZÁVĚR

Hierarchická forma léčby ve šternberské léčebně se mi jeví jako ne zcela propracovaná. Sociotechnické paradigma, které je používáno, nevede jedince k aktivitě přijít s vlastním způsobem, jak účinně směřovat k cíli. Terapeut vychází z role vůdce a za použití modelu represivní socializace může naopak vést klienta k pasivitě.

Socioterapeutické schéma je jistě dobrým základem pro nově přichozí klienty, kteří nastupují k léčbě a potřebují být vedeni. Přejít ke komunikačnímu, nebo alespoň klientelovému paradigmatu by však mohl vést ke zvýšení efektivity léčby. Nedostatečný rozvoj „Já“, který je způsoben represivní socializací neumožňuje klientům vybírat z takových možností obrany proti porušení abstinence, jako má autentické „Já“.

Možným důvodem, proč nedochází k přesunu ke komunikačnímu schématu může být to, že pacient stále nedosahuje kompletní zralosti. Řešením by mohlo být prodloužení léčby a postupná změna vztahu terapeuta a klienta nebo rozšíření terapeutických komunit v širším smyslu, jako tomu je u léčby závislých na nelegálních drogách.

## ANOTACE

|                   |   |
|-------------------|---|
| Název práce:      | Alkoholová závislost a ústavní léčba<br>alkoholové závislosti v Psychiatrické léčebně |
| Příjmení a jméno: | Jana Vaculčíková  |
| Katedra:          | Sociologie a andragogiky FF UP  |
| Obor:             | Andragogika   |
| Vedoucí práce:    | PhDr. Pavel Kliment Ph.D.   |
| Počet znaků:      | 67 108  |
| Počet zdrojů:     | 17  |
| Počet příloh:     | 3   |
| Rok obhajoby:     | 2010  |
| Klíčová slova:    | alkohol<br>alkoholová závislost<br>léčba (terapie)                                    |

Tato bakalářská diplomová práce v úvodu charakterizuje vlastnosti alkoholu a dále se zabývá závislostí na alkoholu a její léčbou. Mým cílem je obecně popsat závislost, osobnost závislého klienta, roli terapeuta, formy léčby a součásti léčby. Zabývá se převážně ústavní léčbou závislosti, která je koncipována podle hierarchického modelu. Následuje popis konkrétního léčebného zařízení – Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Jedná se o práci popisnou, postavenou na teoretických základech.



Použitá literatura:

BÚTORA, M. *Mně sa to nemôže stať*. Martin: Osveta, 1989. ISBN 80-217-007-69.

BARTOŇKOVÁ H., ŠIMEK D. *Andragogika: studijní texty pro distanční studium*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0394-3.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KVAPILÍK, J. et al. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1985. ISBN nevedeno.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapi v praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.

Nešpor, K., Csémy, L. (2008). *Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla*. *Adiktologie*, (8)3, 236–241.

NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha : Sportpropag, 1999. ISBN nevedeno.

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno : Host, 2006. ISBN nevedeno.

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

SKÁLA, J. *Až na dno!?*. 4. vyd. Praha : Avicenum, 1988. ISBN neuvedeno.

SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1987. ISBN neuvedeno.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6.

#### Zdroje:

*Demografie : ANALÝZA: Zvyklosti spotřeby alkoholu v České republice* [online]. 12.10.2005 [cit. 2010-03-25]. Dostupné z WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=182](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=182)>.

Interní zdroje Psychiatrické léčebny Šternberk.

NEŠPOR, K. V české republice zaznamenána nejvyšší spotřeba alkoholu všech dob. In NEŠPOR, K. *Zprávy sdělovacím prostředkům*. [s.l.] : [s.n.], 2006 [cit. 2010-03-25]. Dostupné z WWW: <<http://drnespor.eu/addictcz.html>>.

*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 10.3.2010 [cit. 2010-03-25]. Poruchy duševní a poruchy chování. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

## PŘÍLOHY

### Příloha číslo 1. Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice

|                                | Měřicí jednotka        | 1989  | 1990  | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  |      |
|--------------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| <b>02.1 ALKOHOLICKÉ NÁPOJE</b> |                        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |
| Alkoholické nápoje celkem      | litry                  | 170,8 | 177,2 | 169,9 | 186,3 | 176,7 | 180,0 | 180,2 | 181,1 | 185,6 | 185,3 | 184,2 | 184,3 | 181,3 | 184,4 | 186,4 | 184,6 | 188,1 | 184,3 | 185,8 |      |
|                                | v hodnotě čistého lihu | litry | 8,2   | 8,9   | 9,1   | 9,4   | 9,2   | 9,4   | 9,4   | 9,5   | 9,8   | 9,8   | 9,9   | 9,9   | 9,9   | 10,0  | 10,2  | 9,8   | 10,2  | 10,2  | 10,4 |
| Lihoviny (40%)                 | litry                  | 6,3   | 7,2   | 8,2   | 8,0   | 7,8   | 7,9   | 7,9   | 8,0   | 8,3   | 8,2   | 8,3   | 8,3   | 8,2   | 8,3   | 8,4   | 7,6   | 7,8   | 8,0   | 8,2   |      |
|                                | v hodnotě čistého lihu | litry | 2,5   | 2,9   | 3,3   | 3,2   | 3,1   | 3,2   | 3,2   | 3,3   | 3,3   | 3,3   | 3,3   | 3,3   | 3,3   | 3,4   | 3,0   | 3,1   | 3,2   | 3,3   |      |
| Vino                           | litry                  | 13,5  | 14,8  | 14,8  | 15,0  | 15,3  | 15,4  | 15,4  | 15,8  | 15,9  | 16,0  | 16,1  | 16,1  | 16,2  | 16,2  | 16,3  | 16,5  | 16,8  | 17,2  | 18,5  |      |
|                                | v hodnotě čistého lihu | litry | 1,6   | 1,7   | 1,7   | 1,7   | 1,8   | 1,8   | 1,8   | 1,8   | 1,9   | 1,9   | 2,0   | 2,0   | 2,0   | 1,9   | 1,9   | 1,9   | 1,9   | 2,0   | 2,1  |
|                                | vino hroznové          | litry | 11,3  | 12,5  | 12,6  | 12,7  | 12,9  | 13,1  | 13,0  | 13,3  | 13,4  | 13,5  | 13,5  | 13,5  | 13,6  | 13,7  | 13,9  | 14,1  | 14,4  | 14,8  | 16,1 |
|                                | vino ostatní           | litry | 2,2   | 2,3   | 2,2   | 2,3   | 2,4   | 2,3   | 2,4   | 2,5   | 2,5   | 2,5   | 2,6   | 2,6   | 2,6   | 2,5   | 2,4   | 2,4   | 2,4   | 2,4   | 2,4  |
| Pivo                           | litry                  | 151,0 | 155,2 | 146,9 | 163,3 | 153,6 | 156,7 | 156,9 | 157,3 | 161,4 | 161,1 | 159,8 | 159,9 | 156,9 | 159,9 | 161,7 | 160,5 | 163,5 | 159,1 | 159,1 |      |
|                                | v hodnotě čistého lihu | litry | 4,1   | 4,3   | 4,1   | 4,5   | 4,3   | 4,4   | 4,4   | 4,5   | 4,6   | 4,6   | 4,6   | 4,6   | 4,6   | 4,8   | 4,9   | 4,9   | 5,2   | 5,0   | 5,0  |
| <b>02.2 CIGARETY</b>           |                        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |
| Cigarety celkem                | ks                     | 1 776 | 2 152 | 2 025 | 1 950 | 1 912 | 2 040 | 2 185 | 2 165 | 2 354 | 1 852 | 2 090 | 1 882 | 1 664 | 1 893 | 2 192 | 2 243 | 2 275 | 2 338 | 2 345 |      |

### Příloha č. 2 Program léčby<sup>98</sup>

#### DENNÍ PROGRAM ODD. 21:

|               |  |
|---------------|--|
| 5:40 – 6:00   | odběry biol. materiálu, měření TT  |
| 6:00          | budíček /so+ne v 7:00/   |
| 6:15 – 6:30   | rozsvička před oddělením /zimní období na oddělení/  |
| 6:30          | osobní hyg., aplikace inj., začátek ranního úklidu   |
| 7:00          | snídaně  |
| 7:30          | podávání léků, ošetření  |
| 7:40          | kontrola úklidu  |
| 8:00          | ranní komunita   |
| 8:15 – 9:00   | ranní vizita, měření TK, TT  |
| 9:00 – 11:00  | dopolední program  |
| 11:30         | oběd   |
| 12:30         | podávání léků, ošetření, měření TK, TT   |
| 13:00         | odpolední program  |
| 14:00 – 17:00 | osobní volno   |
| 16:40 – 17:00 | měření TK, TT  |
| 17:00         | večeře   |
|               | po večeři následuje úklid: kanceláře, odd. kuchyňka, jídelny, příjmová hala, vstup, WC, chodby, koupelny |
| 18:30         | podávání léků, ošetření  |
| 19:15 – 20:00 | televizní noviny – sledování je povinné  |
| 22:00         | noční klid   |

<sup>98</sup> Interní materiály Psychiatrické léčebny Šternberk

### Příloha č. 3 Systém minusových bodů<sup>99</sup>

#### MÍNUS BODY

##### I. Závažné -8

- požití návykové látky /alkohol, droga, léky/
  - vnesení návykové látky do léčebny
  - nepovolené vzdálení z areálu
  - slovní agresivita, hrubost
  - odmítnutí dechové zkoušky, odběru moče, krve
  - navazování erot. kontaktů
- 

##### II. Významné -4

- nepovolené vzdálení do areálu
  - neúčast na aktivitě bez omluvy
  - manipulace s elektr. proudem
  - pozdní příchod z dovolenky, propustky bez udání důvodu
  - závažné porušení domácího řádu
  - kouření mimo stanovenou dobu
- 

##### III. Výměna jídel mezi pacienty -2

##### IV. Drobné -1

- drobné přestupky proti domácímu řádu
- nedodržení hyg. zásad /péče o zevnějšek, holení/
- vulgarismy
- pozdní příchod k lékům, na aktivity, chyby v úklidu, nepořádek na pokojích, v osob. věcech, povalování na lůžku apod.
- pití kávy mimo stanovenou dobu

---

<sup>99</sup> Interní materiály Psychiatrické léčebny Šternberk