

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA ANTROPOLOGIE A ZDRAVOVĚDY

Bakalářská práce

Iveta Káňová

Problém nadměrného konzumu alkoholu

Olomouc 2014 vedoucí práce MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené elektronické zdroje.

V Olomouci dne 20. 4. 2014

podpis.....

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, podněty a připomínky.

Obsah

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	8
1.1 Hlavní cíl	8
1.2 Dílčí úkoly a cíle	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Historie alkoholu	9
2.2 Všeobecná farmakologie alkoholu	10
2.3 Alkoholické nápoje	11
2.4 Dávky alkoholických nápojů	11
2.5 Metabolismus alkoholu	11
2.6 Vývoj závislosti na alkoholu	13
2.6.1 Vývojová stadia závislosti dle Jellineka	14
2.7 Neuropsychotropní účinky alkoholu	16
2.8 Somatické komplikace alkoholismu	18
2.9 Neurologické komplikace alkoholismu	21
2.10 Nepřímé nepříznivé vlivy alkoholu	24
2.11 Léčba závislosti na alkoholu	24
2.12 Následná péče	29
3 METODIKA PRÁCE	31
3.1 Metody výzkumu	31
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	32
4.1 Protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě	32
4.2 Specifika práce sociální pracovnice v Psychiatrické léčebně v Opavě	33
4.3 Kazuistiky	35
4.3.1 Kazuistika č. 1	35
4.3.2 Kazuistika č. 2	36
4.3.3 Kazuistika č. 3	37
4.3.4 Kazuistika č. 4	38
4.3.5 Kazuistika č. 5	40
4.3.6 Kazuistika č. 6	42
4.3.7 Kazuistika č. 7	43
4.4 Doporučení pro praxi	44
ZÁVĚR	46

SOUHRN	47
SUMMARY	48
REFERENČNÍ SEZNAM.....	49

ÚVOD

Mladý člověk se od dospělého a starého liší tím, že má před sebou ještě spoustu možností. Je výsadou mládí těmito možnostmi hýřit. Když se však přihlásí život se vši svou vážností, je třeba si ze spousty možností postupně vybírat. Každým nevyhnutelným rozhodnutím si člověk nejen vybírá a uskutečňuje tak z mnoha možností jednu, ale zároveň se od něho vyžaduje i odříkání. Tím, že se člověk rozhoduje, ukládá si i odříkání, tj. uznává meze, které mohou být za určitých životních okolností pociťovány jako okovy. Právě z toho vyplývá, co může v životě člověka znamenat opojení, i když pouze ve fantazii, odříkání jsou porušována a meze překračovány. Opojení láká a svádí – mimo hranice, uvnitř kterých probíhá cesta individuálně uspořádaného života. Je skutečností, že alkohol se svými vlastnostmi přináší mnohým a mnohdy úlevu, příjemné rozpoložení mysli – euforii, která přispívá ke sblížení lidí. Souhrnně lze říci, že opojení toto všechno umožňuje, avšak vše, co může darovat, zůstává darem jen tehdy, jestliže se člověk pokaždé vrátí na spořádanou životní cestu. Jsou dva druhy opojení: opojení jako extáze a opojení jako exces. Příkladem excesu je opojení alkoholickým nápojem, naší kultury nejznámější. Nedbá se při něm přiměřeného odstupu, kde má být ticho, panuje hluk, vyslovuje se nahlas to, co by si měl člověk nechat pro sebe. Opojná extáze nevede na rozdíl od excesu k vybočení, k výpadu za hranice každodennosti k hřmotné aktivitě, nýbrž k pocitu existence mimo sebe, ke schopnosti být fascinován tóny hudby, barvami a obrazy. Opojná extáze je tichý snový stav, který skrývá velké nebezpečí zejména pro mladé lidi, protože může naplnit celé jejich životní snažení, volný čas, zájmy a tělesnou aktivitu. Podle četných farmakopsychologických výzkumů jsou účinky alkoholu spoluurčovány také vlastnostmi, osobnostmi daného jednotlivce. Protože požívání alkoholu je zabudováno do normálního běhu života, do běžného všedního počínání, do velké řady pijáckých ceremoniálů, není si snadné uvědomovat vlastní motivy k pití, které jsou zamaskovány do společenského pití. (Skála, 1989) Škodlivý vliv alkoholu na lidské zdraví představuje v celé Evropě vážný problém. Vzhledem k pozitivnímu účinku nízkých dávek alkoholu, je nutno se v prevenci soustředit na nadměrné pití alkoholu. Zatímco 266 milionů lidí v Evropské unii pije rozumně, to je v denní dávce do 20 gramů alkoholu u žen a do 40 gramů alkoholu u mužů, 20 mil. konzumuje alkohol v dávce přesahující 40 g u žen a 60 g alkoholu denně u mužů (MUDr. Bohumil Fišer).

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu své profese. Pracuji v Psychiatrické léčebně v Opavě jako sociální pracovnice. V době, kdy jsem si vybírala téma pro svou bakalářskou práci jsem pracovala na uzavřeném oddělení pro psychotické a neurotické ženy, kde převážná část pacientek psychicky onemocněla díky dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu. Později jsem sice byla přeložena na dětské oddělení, ale alkoholová problematika se promítá i tam. V letech 2004 – 2008 jsem pracovala také jako sociální pracovnice v charitním domě pro lidi se specifickými potřebami. Obyvateli tohoto domu byli převážně lidé s psychickými onemocněními a nemálo z nich psychicky onemocnělo díky nadměrné spotřebě alkoholu. Nakonec tito lidé zůstali bez podpory rodiny, bez zaměstnání, bez domova...

V mé bakalářské práci chci popsat, jaké devastující následky na zdraví může způsobit dlouhodobá nadměrná spotřeba alkoholu a následně alkoholismus, jak se člověk může stát závislým na alkoholu, jaké jsou možnosti léčby. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje základní informace o alkoholu jako takovém, jak působí na lidský organismus, popis fází alkoholové závislosti a v neposlední řadě onemocnění, a to jak na fyzické či psychické úrovni. Popisuji zde možnosti léčby závislosti na alkoholu. Obsahem praktické části je systém léčby v Psychiatrické léčebně v Opavě, specifika práce sociální pracovnice na protialkoholním oddělení a 7 kazuistik, které popisují příběhy alkoholiků s dopadem na jejich zdraví.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je seznámit veřejnost se škodlivými účinky dlouhodobého nadměrného konzumu alkoholu na zdraví a nebezpečí vzniku závislosti na něm.

1.2 Dílčí úkoly a cíle

1. Zjistit možnosti léčby alkoholové závislosti.
2. Popsat důležitost motivace k léčbě.
3. Popsat dopad chronického užívání alkoholu na osobnost.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Tato teoretická část obsahuje informace o alkoholu jako takovém, jak působí na lidský organismus, vývojové stadia závislosti na alkoholu, onemocnění na úrovni fyzické i psychické a jaké jsou možnosti léčby.

2.1 Historie alkoholu

Již ve starověku lidé znali alkohol a jeho účinky. Poprvé se začalo vyrábět v oblasti Blízkého Východu víno z vinné révy, alkohol v této formě je lidstvu znám více než 8 tisíc let. Řekové víno dováželi, nejčastěji pro lékařské účely. V Římské Říši bylo pití vína velmi rozšířené a vinařské umění dokonalé. Kolem 5. století se začala pěstovat vinná réva ve vinařských oblastech Francie a Porýní. Japonci znají víno z rýže, mexičtí indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. Staří Vikingové, ale i Slované znali medovinu z kvašeného medu. Staří Babyloňané už před 7 tisíci lety vařili pivo. Čistý alkohol byl poprvé získán v 10. století, kdy Arabové vynalezli proces destilace a dostal al kuhol, což je arabský výraz pro „něco lepšího“ a od té doby máme k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol. Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života, v prvopočátku lidem pomáhal zpříjemňovat život. Blahodárné účinky bylo možné využít především pro léčebné účinky, které zmiňoval ve svých pracech antický lékař Hippokrat nebo filozof a lékař Ibn Síný. Lidé užívali různé alkoholové obklady, které pacientovi přinášely úlevu, samozřejmě i po samotném požití alkoholického nápoje se stala bolest snesitelnější. Alkohol usnadňoval lidem život a činil jej příjemnějším, ale již v této době dokázal alkohol svádět člověka ze správné cesty. Lidé vítali, že pod jeho účinky se mění i jejich psychické vlastnosti. (www.dejinyalkoholu.blogspot.cz). Problém s nadměrným požíváním alkoholu je i v novověku. Zákonodárci v Evropě i v Americe se tento problém snaží řešit uvalováním daní na alkohol, omezováním provozní doby zařízení, kde se alkohol prodává či s celkovým omezením prodeje alkoholických nápojů v některých zemích. Krajními příklady těchto snah je prohibice, která byla zavedena např. ve Spojených státech v letech 1914 – 1933, v SSSR v druhé polovině 80. let 19. století. Tyto prohibice však byly vždy zmírněny nebo od nich bylo zcela odstoupeno, jelikož se míjely účinkem, ba působily kontraproduktivně. Ke vzniku prvních abstinčních hnutí u nás došlo na počátku 20. století. U nás došlo na podzim roku 2012 k sérii otrav metylalkoholem, během půl roku zemřelo na otravu 47 osob, desítky konzumentů bylo

hospitalizováno, mnozí utrpěli trvalé poškození zraku. MZ ČR vyhlásilo prohibici, která později byla zmírněna a alkohol s obsahem alkoholu do 20 % se mohl prodávat .

Při pití alkoholických nápojů si někteří lidé většinou neuvědomují, že neukájejí pouze žízeň, ale že si mohou vypěstovat návyk na menší či větší pravidelnou konzumaci alkoholu. Chce li někdo uhasit jen žízeň, může volit mezi vodou, limonádou, minerálkou či pivem. Protože volba tekutiny se váže na její chuť, většinou vyhrává to, co člověk dlouhá léta chuťově trénoval. Navíc takový chuťový návyk podporují všemožné reklamy, propagace a ceny (Skála, 1988)

Světová zdravotnická organizace vyzývá jednotlivé vlády k tomu, aby si vypracovala národní programy prevence škod působených alkoholem. Nic takového u nás zatím neexistuje, pouze v programu „ Zdraví pro všechny v 21. století“ je alkoholové problematice věnován určitý prostor. Hlavního cíle, snížení spotřeby alkoholu, se dosud rozhodně nedaří dosáhnout (www.psychologiednes.eu)

2.2 Všeobecná farmakologie alkoholu

Alkohol – etanol- je jednoduchá a malá molekula s prvky uhlíku, vodíku a kyslíku, vznikající kvašením cukrů s pomocí působení kvasinek. Zkvašení probíhá jen do koncentrace 14 – 16 % alkoholu, při vyšších koncentracích jsou kvasinky jako první oběť alkoholu likvidovány vlastním produktem. Dle Doc. MUDr. Skály 1988 lze alkohol získat z jakékoli formy škrobu nebo cukru. Vyrábí se pivo z kopřiv, víno z pampelišek nebo bramborových slupek a dokonce se přišlo dokonce i na to, že piliny mohou být přeměny v kvasný cukr působením slabé kyseliny. Alkohol se dá vyrobit snad z čehokoli a co se výroby týče, jde o látku velmi levnou.

Podle současných poznatků alkohol patří mezi látky ovlivňující především nervový systém. Svým typem účinku se nejvíce blíží skupině látek navozující zklidnění a spánek, tj. k hypnotikům. Na rozdíl od ostatních látek toho typu může být alkohol současně výživou, neboť energie, která vzniká v organismu při jeho spalování, může představovat až polovinu veškeré energie nutné pro střední tělesný výkon. Jeho psychotropní účinek je přímo závislý na dávce.

Množství alkoholu v biologických tekutinách se vyjadřuje buď v procentech, hmotnosti nebo v promile – 1 ‰ je 1g alkoholu v 1 litru krve. Při hladinách kolem 0,5g

alkoholu v 1 litru krve, tj. 0,5 promile je v popředí ústup úzkosti a uklidnění, kolem 1,5 promile ztráta zábran, mnohomluvnost, sdružování a potřeba zpívat, při tom je již narušena souhra svalstva. Množství 2 – 3 promile alkoholu v krvi způsobí již těžké opojení s poruchami hybnosti, kterým často předchází násilnické chování. K bezvědomí dochází mezi 3 – 4 promile. Pro účinek alkoholu je typický malý rozdíl mezi dávkou narkotickou, tj. takovou, která způsobuje bezvědomí a analgezii, na straně jedné a dávkou smrtelnou kolem 4 – 5 promile na straně druhé. K smrti může dojít především tehdy, když se alkoholický nápoj pije na lačno a rychle nebo při současném požití léků s tlumivým efektem (Skála 1982).

2.3 Alkoholické nápoje

Hlavní součástí alkoholických nápojů je etylalkohol, voda a ostatní látky.

Piva obsahují 3 – 8 % alkoholu, vysokomolekulární sacharidy, dále proteiny, polypeptidy a malé množství organických kyselin, kysličníku uhličitého, minerálů, vitamínů, těžkých alkoholů, éterických olejů, terpenů a alkaloidů z chmelu.

Stolní vína vznikají fermentací ovoce, obsahují 8-14% alkoholu, cukry, éterické látky, především glycerol, organické kyseliny, estery, aldehydy a těžké alkoholy.

Dezertní vína jsou fortifikována přidáním destilátů, obsahují 15 – 20% alkoholu.

Likéry a koktejly obsahují 20 – 50 % alkoholu, cukr a řadu aromatických sloučenin.

Destiláty typu vodky se připravují z čistého lihu ředěním vodou a přidáváním aromatických látek. Obsahují 40 – 60 % alkoholu (Skála, 1982).

2.4 Dávky alkoholických nápojů

Jednotlivé dávky alkoholických nápojů, které se u nás většinou podávají jsou: 0,5 l piva, 0,05 l destilátu, 0,2 l vína – obsahují přibližně stejné množství alkoholu.

0,5 l desetistupňového piva obsahuje 15 g alkoholu

a 0,5 l dvanáctistupňového piva, 0,2 l vína nebo 0,05 l destilátu obsahuje 20 g alkoholu.

2.5 Metabolismus alkoholu

Po vypití se alkohol rychle vstřebává z trávicího traktu. Asi 20 % v žaludku, zbytek ve střevě. Rychlost vstřebávání závisí od obsahu potravy v žaludku, přechodnosti pyloru a koncentrace alkoholu. Když je žaludek naplněn, jeho obsah je

bohatý na tuky a když je pylorus zavřený, alkohol se vstřebává pomaleji. Na lačno a při otevřeném pyloru vstřebávání probíhá rychleji, protože alkoholický nápoj se velmi rychle dostává do tenkého střeva, odkud se vstřebává nejrychleji. Když se alkoholický nápoj vypije po jídle, část alkoholu, což je asi 10 až 30 % se vůbec nemusí vstřebat, protože se váže na potravu, tzv. resopční deficit. Po vstřebání se alkohol rychle a dost rovnoměrně distribuuje do všech tkání a tělních tekutin. Koncentrace alkoholu v mozku se zanedlouho přiblíží jeho koncentraci v krvi. Většina vstřebaného alkoholu, asi 98 % se metabolizuje převážně v játrech. Většinu jiných látek v játrech oxiduje mikrozomální enzymy, alkohol obsahuje nemikrozomální enzym alkoholdehydrogenázu (ADH). Aktivita ADH je poměrně stálá a nemění se vlivem alkoholu, jiných látek nebo věkem, pokles koncentrace alkoholu v krvi je v průměru 0,15 promile za hodinu. Při vyšších dávkách a vyšší koncentrace alkoholu v krvi můžou oxidovat mikrozomální enzymy, tzv. mikrozomální etanolový oxidační systém (MEOS). Při menších dávkách alkoholu je podíl oxidačního systému poměrně malý, při vyšších a opakovaných dávkách se však aktivita oxidace zvyšuje, takže po delší době se koncentrace alkoholu v krvi může zvýšit až o 0,2 až 0,3 promile za hodinu.

Oxidací alkoholu účinkem ADH nebo MEOS vzniká acetaldehyd, který dále oxiduje aldehyddehydrogenáza na acetyl koenzym A, ten se dále oxiduje s pomocí kyseliny citrónové až na kysličník uhličitý a vodu, nebo se využije při syntéze cholesterolu, mastných kyselin a dalších látek. Většina alkoholu se po oxidaci vyloučí ve formě kysličníku uhličitého a vody, jen velmi malá část, asi 2 až 10 % se vyloučí nezměněn dýcháním, močí, případně potem.

Koncentrace alkoholu v krvi závisí na množství alkoholu, tělesné hmotnosti, pohlaví, rychlosti vstřebávání a oxidace.

Na výpočet koncentrace alkoholu v krvi na zjištění množství vypitého alkoholu je možné použít tento vzorec, kterým se vypočítává nejvyšší koncentrace alkoholu po jednorázovém vypití nalačno: množství alkoholu v gramech : hmotnost muže x 0,68 / ženy x 0,55/ = promile alkoholu v krvi (Kunda, 1988).

Laboratorní studie potvrzují úzký vztah mezi alkoholem a agresí. Finské epidemiologické studie ukázaly, že diagnóza alkoholismu u muže zvyšuje riziko usvědčení z vraždy více než 10 krát a u žen více než 50 krát, 39% vrahů má diagnózu alkoholismu a více než 50% vražd bylo spácháno pod vlivem alkoholu. Studie interakcí mezi vrahy a jejich oběťmi ukázaly, že v některých případech chování oběti vyvolá vražedný útok, a v této souvislosti je důležitý fakt, že nejen vrazi, ale i jejich oběti jsou

často pod vlivem alkoholu v době zločinu. Pití alkoholu a alkoholismus jsou tedy častými koreláty agresivního chování, ale tento vztah může být také zprostředkován dalšími faktory, jako např. diagnózou antisociální poruchy osobnosti (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.6 Vývoj závislosti na alkoholu

Alkoholismus je definován jako nadměrné užívání nápojů obsahující alkohol. Alkoholová závislost je nadměrné používání alkoholu s poškozením fyzického i psychického zdraví. Je několik profilů alkoholové závislosti – stálé pití, těžké pití jednorázové, opakované tahy vystřídání periodami abstinence a podobně. O návyku hovoříme, jestliže problémy s pitím přicházejí nějaké problémy měnící normální činnost dotyčného. Alkohol je relativně nedostupnější droga na světě (Höschl). Žádný člověk se nerodí závislý na alkoholu a nikdo není předurčen k tomu, aby se jím stal, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane. Požívání alkoholických nápojů doprovází nejrůznější společenská setkání a zvyklosti, alkohol se stává doplňkem jídla a je vědomě vyhledávaný díky svým účinkům na nervový systém a psychickou činnost člověka. Pokud ale k požívání alkoholu dochází v nevhodném množství a době (zaměstnání, při řízení motorových vozidel), v nevhodném věku či v nevhodném zdravotním stavu (nemoc, těhotenství), pak hovoříme ne o požívání, ale o zneužívání tzv. mísuzu alkoholických nápojů. Zde dle Skály uvádím některé společenské příčiny, které mohou vést ke zneužívání alkoholických nápojů a u některých osob o vývoj závislosti na alkoholu:

- Sbližující účinek.
- Nesprávné využívání volného času a nevhodná forma jeho trávení, především u mladých lidí.
- Nedodržování zákonných opatření jako např. podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým, podnapilým, řidičům atd.
- Absence hlubšího životního smyslu, což vede ke konzumaci života a ne jeho tvůrčí naplnění (Skála, 1988).

K uvedeným společenským příčinám patří dle Skály i sklony individuální, které vedou k návyku a poté k závislosti, jsou to:

- Důsledky nepříznivého rodinného prostředí či nepříjemných zážitků v dětství mající za následek citovou nezralost a nevyrovnanost, jedinec se pak vyznačuje psychickou křehkostí a zranitelností.
- Alkoholismus u nejbližších rodinných příslušníků, především u otce, jehož špatný příklad vede spíše k nápodobě než aby odrazoval.
- Zkušenost, že i malé alkoholické dávky odstraní nepříjemné stavy psychiky jako je např. úzkost, napětí, nezdar.
- Mimořádné životní situace, které alkohol jako by je pomáhal nést, i když třeba jen dočasně.

Alkohol se svými vlastnostmi a účinkem neuplatňuje u každého jedince stejně a záleží do značné míry i na různých vlastnostech jedince, zejména na jeho vyšší nervové činnosti, na látkové přeměně, jejich poruchách a individuálních odlišnostech, na činnosti žláz s vnitřní sekrecí apod. Pro zajímavost dle Skály byl proveden rozsáhlý výzkum myší a potkanů majících sklon k závislosti na alkoholu. Podařilo se vypěstovat takový kmen, který při svobodné volbě dával přednost buď alkoholu nebo nealkoholickým nápojům. „Chut“ na alkohol může a nemusí být geneticky determinována.

2.6.1 Vývojová stadia závislosti dle Jellineka

1. Stadium: iniciální, počáteční

Během tohoto pití se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od okolí a společenských norem, možná jen on sám by mohl mít tušení nebo si to ani nemusí uvědomovat, že alkohol pije kvůli jeho psychotropním účinkům a že pod jeho vlivem se cítí mnohem lépe. A protože alkohol se v řešení problémů osvědčuje, využívá ho čím dál častěji. Samozřejmě častější konzumace vede k rozvoji adaptačních mechanismů, jejichž důsledkem je růst tolerance. Roste tedy dávka nutná k řešení problému. Na dotyčném se neobjevují zřetelné opilosti a spíše má pověst člověka, který hodně snese a není to na něm vidět.

2. Stadium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání příjemného nebo osvobození od nepříjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, která se již projevuje zřetelnou opilostí – ta se ale zatím projevuje jen jako nějaké nedopatření. Dotyčný začíná zjišťovat, že k dosažení hladiny musí pít rychleji než ostatní a trochu se za to

začíná stydět, okolí si samozřejmě ničeho nevšimne. Takový jedinec je velice citlivý na jakoukoli zmínku o alkoholu, začíná své pití skrývat a v intoxikaci se maximálně kontroluje. I když si okolí ničeho nevšimne, on se může díky maximálnímu psychickému vypětí i po menší dávce alkoholu dostat do **okénka tzv. palimpsestu**, což znamená, že si vůbec nepamatuje průběh intoxikace. Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů (Heller, 2011).

První a druhé stadium závislosti ještě řadíme do předchorobí, kdy se ještě nejedná o chorobu v pravém slova smyslu. Ale pokud se v druhém stadiu přidruží tzv. okénka, je to neklamná známka toho, že se dotyčný dostává do stadia třetího, což už je vlastní nemoc.

3. Stadium: kruciólní, rozhodné

V tomto stádiu tolerance vůči dávkám alkoholu neustále roste, pacient nadále snáší vysoké dávky alkoholu a není nic na něm vidět intoxikace. Postupně ale dochází k tomu, že pacient dlouho dobu působí zcela střízlivě a najednou se během jedné sklenky úplně opije, obvykle ve zcela nevhodné situaci, protože již víme, že pacient pije proto, aby byl ve formě. Jinak řečeno, pacient se stále častěji, byť i nerad, opíjí v marné snaze napít se a přitom se neopít, ale nedokáže včas přestat. Jeho snaha už není možná, protože došlo k jevu, který se nazývá **změna kontroly pití**, alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Prakticky zanedbatelná dávka, která pouze podráždí chuťové receptory, organismus již reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí se nezadržitelná kaskáda dalšího pití, končící opilostí. Nejlepším řešením je nenapít se vůbec a abstinovat, ale to pacient neví a ani vědět nechce (Heller, 2011).

4. Stadium: terminální, rozhodné

Stále se stupňuje potřeba alkoholu, která začne ráno a trvá pozdě do večera, nebo se opije uprostřed pracovního dne a jeho opilost trvá třeba i několik dní za sebou, tak dlouho, dokud není úplně fyzicky vyčerpán. To je začátek tzv. tahu. Toto jeho počínání už společnost jednoznačně odsuzuje. Významným příznakem tohoto období je snížení tolerance. Už i poloviční dávky alkoholu na které byl piják zvyklý, ho přivádí k opilosti. Začíná trpět nevysvětlitelnými strachy, třese se, pomočuje (MUDr. Skála, 1957). Strach i třes přichází i dříve, ale nyní tyto pocity jsou velmi časté a pravidelné, pokud nedostane svou dávku alkoholu. Jednoduše řečeno, pokud se nenapije, není schopen jednoduchých úkonů, jako jsou např. zapálit si cigaretu nebo sníst polívku. Koneckonců

si alkoholik přiznává prohru a debakl, začíná být přístupný myšlenkám na léčení, ale přesto v pití pokračuje, protože bez pomoci zpravidla to nedovede (MUDr.Skála, 1957).

2.7 Neuropsychotropní účinky alkoholu

I když lidstvo zná psychotropní účinky alkoholu od nepaměti, neuropsychotropní účinky nejsou zcela objasněné. Dnes je zřejmé, že tyto účinky jsou velmi různorodé a závisí od více faktorů. Rozhodující vliv má velikost dávky, malé dávky stimulují, vysoké dávky tlumí neuropsychické a některé další funkce.

Vliv alkoholu na psychiku zahrnuje širokou škálu účinků:

- Antifobický účinek (snížení hladiny úzkosti a strachu).
- Trankvilizační (odstranění špatné nálady a navození dobré).
- Analgetický a anestetický účinek (tlumí bolest).
- Hypnotický účinek (uspává).

Alkohol vstupuje do vztahu s neurotransmitery, které zprostředkovávají přenos nervového vzruchu biochemickou cestou, regulují biologické procesy a podílejí se na zpracování informací. Asi nejlépe je prostudován vztah alkoholu k dopaminu. Je všeobecně známo, že nedostatek dopaminu v centrální nervové soustavě navozuje stavy deprese a úzkosti. Alkohol může oživit dopaminové okruhy, odstranit úzkost a vyvolat euforii. Chronické pití ale tento mechanismus vyčerpává, následně nastartuje úzkost, depresi a případně i suicidální chování (Zášková, 2004).

K alkoholickým psychózám patří a z hlediska závažnosti terapie se ukazuje v pořadí:

- Delirium tremens
- Alkoholická halucinóza
- Alkoholická paranoidní psychóza
- Korsakovova psychóza
- Alkoholická demence

Z jednorázových intoxikací lze přiřadit i :

- psychotické stavy,
- opilost patická,
- intoxikace prostá,
- intoxikace komplikovaná.

(Heller, 2011)

Delirium tremens

Nejčastěji se vyskytuje u pacientů mezi 30. a 50. rokem věku, ale v dnešní době se setkáváme se stále mladšími pacienty. Nejvyšší pravděpodobnost rozvoje deliria je po náhlém přerušení dlouhodobé, každodenní a masivní konzumace alkoholu, zejména u pacientů, kteří potravu přijímají velice málo, spíše vůbec, s prodělaným deliriem nebo epileptickým záchvatem alkoholové etiologie v anamnéze. Dalšími rizikovými faktory pro rozvoj deliria jsou zejména infekce, alkoholické hepatopatie a anémie.

Rozvíjí se 48 až 72 hodin, někdy i 7 až 10 dní po přerušení nebo podstatné redukci přísunu alkoholu.

Po těchto prodromech, a to nejčastěji v noci, přicházejí masivní, především zrakové halucinace a stav dezorientace časem i místem. Sluchové halucinace jsou méně časté a bývají velmi nepříjemné. Dále se mohou objevovat i halucinace vícesmyslové. Dotyčný se chce napít z neexistující sklenice, čte z prázdného listu papíru apod. Orientace osobou zůstává. Stupňuje se úzkost a agitovaný neklid, pacient zoufale a neadekvátně lpí na nějaké všední činnosti, ať skutečné či imaginární. Vystupňovaný strach může vyústit až v agresi nebo sebevraždu. Je přítomna bohatá vegetativní symptomatologie jako je tachykardie, hypertenze, febrilie, tachypnoe, návaly horka a pocení, nauzea a zvracení, hrubý třes a ataxie. Delirium obvykle trvá 3 – 6 dní a je zakončeno hlubokým spánkem.

U osob s těžkým deliriem dochází k dehydrataci v důsledku profuzního pocení, hypertermie, tachypnoe a zvracení, ztráta tekutin může dosáhnout až 6 litrů za 24 hodin. Neléčené delirium má mortalitu až 35%, při časném rozpoznání a terapii nepřesahuje mortalita 5%, pacient nejčastěji umírá v důsledku infekčních komplikací nebo maligních arytmií (Heller, 2011)

Alkoholická halucinóza a paranoidní psychóza

Alkoholická halucinóza je typická sluchovými halucinacemi, provázená pocitem pronásledování. Pacienta můžou pronásledovat např. provázející kroky, hlasy, které ho buď kárají nebo hájí. Tato halucinóza většinou nasedá na noční děsy. Pacienti tyto zážitky většinou nepřijímají pasivně, ale snaží se je vysvětlit, samozřejmě bludnou interpretací, někdy bývá zachován náhled. Somatické projevy v klinickém obraze bývají s porovnáním s deliriem mírnější. Akutní průběh může trvat 3 – 10 dní, doznívat mohou několik měsíců. Farmakoterapie v současné době může tuto dobu zkrátit na dobu několika týdnů a chronifikace této halucinózy se jeví jako velmi nepravděpodobná.

Alkoholická paranoidní psychóza je nejméně vyhraněná psychóza s masivními úpornými bludy, bludy pronásledování, vztahovačností, nevěry a žárlivostí. Podezřívavost, nedůvěřivost a vztahovačnost jsou často premorbidními rysy osobnosti. Přítomny jsou také poruchy myšlení a vnímání. Terapie této psychózy je svízelná, samotná farmakoterapie nebývá dostatečně účinná, třeba ji propojit s psychoterapií, která musí být dlouhodobá a pacient musí chtít především sám, záleží na osobnosti. Častější je výskyt této psychózy u mužů. Největším rizikem bývá jednání pod vlivem psychotických příznaků, což může vyústit v např. suicidální pokus. Ne vždy je možné zřetelně oddělit alkoholickou halucinózu a paranoi.

Alkoholická demence a Korsakovova psychóza

Demence znamená úbytek duševních schopností. Od stařecké demence se liší dobou nástupu – přichází okolo 50. roku, i dříve.

Korsakovova psychóza je pojmenována po S.S. Korsakovovi, který tuto psychózu poprvé popsal v roce 1887. Typickým příznakem Korsakovova je porucha krátkodobé paměti a především vstřípivé složky a dezorientace při zachování dávných zážitků a profesionálních dovedností. Lucitida vědomí je přitom zachována. Mezery v paměti pacient vyplňuje konfabulacemi, kterým i sám věří. Tato psychóza bývá častější u žen. Jedná se většinou často o dlouhodobý abúsu destilátů, méně častěji u piva. Tato Korsakovova psychóza nejčastěji propuká okolo padesátého roku věku. Choroba má většinou regresivně chronický charakter s reziduálním defektem. Těžký defekt se vyskytuje až v polovině případů. Hlavní symptomy jsou retrogradní amnézie, konfabulace, narušená orientace a vstřípivost. Častým komplikujícím stavem je periferní neuritida. (Pacínová, 2011)

2.8 Somatické komplikace alkoholismu

Míra poškození organismu alkoholem závisí jednak na celkovém množství zkonsumovaného alkoholu, jednak na individuální vnímavosti – genetická dispozice, prodělané nemoci nebo úrazy (Heller, 2011).

Interní komplikace alkoholismu

Jaterní steatóza

Játra bývají nejčastěji prvním orgánem, který při nadměrné konzumaci alkoholu bývá poškozen. Je-li jaterní buňka soustavně zatěžována odbouráváním etanolu, dochází ke změnám v metabolismu lipidů. To pak vede k hromadění lipidů v hepatocytech, tzv.

jaterní steatóze. Stav je zpravidla provázen zvětšením jater, většinou pacientovi nepůsobí žádné potíže, pokud nedojde k bolestivému rozpětí jaterního pouzdra. Při abstinenci a zdravé výživě se steatóza zcela vyhojí.

Jaterní fibróza

K jaterní fibróze dochází tehdy, jestliže dotýčný pokračuje v nadměrném pití alkoholu. Jaterní buňky procházejí přestavbou a zanikají, v jejich okolí dochází k mezenchymální vazivově zánětlivou reakci. Pacient obvykle je stále bez obtíží, objektivně jsou játra zvětšená a citlivá. Laboratorní vyšetření ukáže zvýšené hladiny GMT, AST, ALT.

Akutní alkoholická hepatitis

Toto těžké onemocnění již probíhá horečkami, zvracením, bolestmi v nadbřišku, žloutenkou, mohou se objevit i krvácivé projevy, otoky a ascites. Toto onemocnění lze vyústit až v jaterní selhání, přičemž míra úmrtnosti je 50%, musí se léčit.

Jaterní cirhóza

Pokud se v pití alkoholu stále pokračuje, dochází k uzlovitému bujení vaziva, které zcela utlačí zbývající jaterní tkáň. Taková játra mají sníženou funkci v metabolismu živin, v odstraňování toxických látek z organismu, v tvorbě plazmatických bílkovin a udržování hladiny glukózy v krvi, což se projevuje řadou příznaků jako např. únava, otoky, poruchy krevní srážlivosti, zažívací obtíže, žloutenka a jiné kožní změny jako pavoučkové névy, palmární erytém, rosacea, zvětšení příušní slinné žlázy, prsů, atrofie varlat. Jaterní cirhóza může postupně vyústit v jaterní selhání a smrt. Velmi nebezpečná komplikace bývá krvácení z jícnových varixů, které bývá často příčinou smrti. Uvádí se, že lepší prognózu mají játra poškozená alkoholem než třeba infekčním zánětem. Dle zkušenosti lékařů, masivní krvácení z jícnových varixů lze přežít a cirhózu lze převést do inaktivní formy, pokud pacient důkladně abstínuje. Játra mají obrovskou funkční rezervu, asi polovina jaterního parenchymu ještě zastane základní jaterní funkce.

Primární karcinom jater

Cirhotická játra jsou výborným terénem vznik tohoto zhoubného nádoru. Klinický obraz je podobný cirhóze, navíc jsou patrné zvýšené hodnoty AFP, alkalické fosfatázy, alfa globulinů a gama globulinů a výrazně zvýšené sedimentace erytrocytů. Prognóza je beznadějná a přežití se počítá na měsíce.

Chronická pankreatitida

Alkohol zpočátku stimuluje pankreatickou sekreci a zároveň podněcuje spazmy vývodů, což vede později k poškození žlázy a útlumu sekrece. Typický je zánět slinivky břišní s akutními exacerbacemi po alkoholovém excessu. Projevuje se průjmy a dalšími zažívacími obtížemi s příznaky podvýživy.

Akutní pankreatidis

Toto onemocnění probíhá jako náhlá příhoda břišní, v krvi a moči jsou zvýšeny amylázy. Akutní průběh je velmi bolestivé onemocnění, které může vést až k úplnému zničení slinivky břišní a úmrtí postiženého (Heller, 2011)

Postižení trávicího traktu

Trávicí trakt je poškozován především přímým kontaktem alkoholu s citlivou sliznicí – od dutiny ústní až po konečník. Alkohol způsobuje v první fázi reaktivní překrvení, které umožňuje snažší prostup infekce sliznicí a následné záněty, které mohou vyústit v ztenčení sliznice a vymizení příslušných žlázek a nakonec ke vzniku zhoubných nádorů. V žaludku vzniká atrofická gastritis, která může předcházet rakovině žaludku. Na sliznici poškozené alkoholem snáze vznikne žaludeční vřed, zvláště pokud postižený užívá léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik, např. ibuprofen nebo acyrylin.

Postižení ledvin

Ledviny nejsou alkoholem přímo poškozovány, u některých pacientů jsou pozorovány bílkoviny v moči, které při abstinenci zmizí. Někdy se může jednat o poškození ledvin způsobené nekvalitními destiláty, které mohou obsahovat těžké kovy anebo vyšším vylučováním kyseliny močové a vznikem ledvinových kamenů. U žen se často setkáváme s častými záněty močových cest (Heller, 2011).

Srdce a krevní oběh

Tyto orgány jsou jednak přímo poškozovány alkoholem a jeho metabolity, jednak jsou ohroženy zvýšeným ukládáním lipidů do cévní stěny, které je způsobeno poruchou jejich přeměny v játrech. U pijáků velkého množství piva vzniká v důsledku nadměrného příjmu tekutin rozšíření srdce – tzv. mnichovské srdce. **Alkoholická kardyomyopatie** – obtíže většinou začínají tachykardií, extrasystolami, palpitacemi, dušností a snadnou únavností, noční kašel a otoky jako známky srdečního selhávání. **Systémová arteriální hypertenze** je u alkoholiků častým jevem souvisejícím s nadprodukcí kortizolu a noradrenalinu. Zvýšení krevního tlaku je rovněž součástí alkoholového syndromu odnětí drogy. Po několika týdnech abstinence se krevní tlak vrací k normálu, i bez medikace.

Dýchací systém

Většina alkoholiků trpí především častými záněty, které se u nich vyskytují dvakrát častěji než u ostatní populace, mají horší průběh a vyšší mortalitu. Alkohol toxicky působí na sliznici dýchacích cest. (Jiří Heller, 1996)

Narušení hormonální regulace organismu

Zvyšují se plazmatické hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu, což způsobuje typický vzhled alkoholiků – měsícovitý obličej, obezita v trupu, tenké končetiny. Snižují se hladiny adiuretického hormonu, oxytocinu, u mužů testosteronu a u žen estrogenů. Spolu s poruchou odbourávání steroidů v játrech to vede k feminizujícímu efektu u mužů – alkohol bere mužům mužnost a ženám ženskost (Jiří Heller, 1996)

Kožní projevy

Typická pleť alkoholika se vyznačuje atrofií podkožní tukové tkáně, zarudnutím víček, překrvením spojivek a ragádami ústních koutků, pleť vypadá stařecky. Často se nacházejí modřiny, jejichž původ pacient neumí vysvětlit.

Výše uvedené interní komplikace patří dle Hellera v souvislosti s alkoholismem mezi nejčastější.

2.9 Neurologické komplikace alkoholismu

Příčinou poruch nervového systému jsou degenerativní a destruktivní změny nervové tkáně. Alkohol porušuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti, zvyšuje pohotovost ke křečím a narušuje REM spánek. Dále jsou patrné poruchy dlouhodobé i krátkodobé paměti, zejména s poruchami všípivosti, dále pak poruchy hybnosti a koordinace. V ebrietě a krátce ní je častým jevem horizontální nystagmus (Jiří Heller, 1996).

Alkoholický tremor je snad nejčastějším projevem alkoholismu. Patologicko-anatomicky souvisí s poškozením podkorových jader a mozečku, s postižením vláken majících tlumivý vliv na svalový tonus. Postižení trpí třesem víček, prstů, rukou, někdy jazyka, rtů, později hlavy a celého těla. Třes se zvyrazňuje při činnosti a emočním napětí. Ranní třes, ustupující po první dávce alkoholu je cenným příznakem fyzické závislosti na alkoholu. Při abstinenci tremor vymizí. Dlouhodobý těžký abúzus vede k přetrvávajícímu a trvalému třesu, i v období abstinence (Jiří Heller, 1996).

Alkoholická polyneuropatie

Nachází se zpravidla u 20% pacientů. Podstata chorobného procesu spočívá jednak v degeneraci axonů vlivem metabolitů alkoholu – kyselina pyrohroznová, acetaldehydové frakce. Dále pak jednak v demyelinizaci vyvolané poruchami výživy a především nedostatek thiaminu. Při akutní formě jsou v popředí bolesti, při chronické motorická slabost, areflexie a symptomatologie zadních provazců. Heller a Pacinová uvádí z různých dělení Hrbkovo:

- **Paretická forma** – nejčastěji se projevuje obrnami fibulární skupiny bércevého svalstva, pacient se nepostaví na paty, zakopává. Často se objevuje edém dolních končetin. Postižení horních končetin je vzácnější, obvykle zasahuje extenzory ruky a prstů, doprovázenými svalovými atrofiemi.
- **Ataktická forma** – projevuje se nejistou chůzí a poruchami hluboké citlivosti.
- **Somestetická forma** – mezi příznaky patří silné, úporné bolesti, paresteziemi, nervové kmeny bývají enormně citlivé na pohmat.
- **Atrofie mozku** - Vzniká zpravidla po dlouhodobém abúzu, ale někdy k ní může dojít po 5-10 letech těžkého pití. Při vzniku atrofie se uplatňuje porucha jaterního metabolismu a opakovaný toxický edém mozku. Atrofie především postihuje parietální a frontální korové oblasti, dochází k rozšíření mozkových komor. Klinický nález bývá normální, anebo změny nejsou charakteristické. EEG nález je asi v 50% normální, v 25% jsou patrné lehké anomálie.
- **Alkoholická myopatie** – je méně známou komplikací chronického alkoholika, akutní forma byla poprvé popsána ve Švédsku. Poškození svalu je vyprovokováno velkou dávkou koncentrovaného alkoholu. Onemocnění začíná bouřlivě, objevují se silné bolesti a slabost, zvláště dolních končetin a dochází k těžkým obrnám. Postižené svaly jsou na pohmat velmi bolestivé. Svalová nekróza vzniká pravděpodobně poruchou metabolismu kyseliny mléčné a změnou permeability buněk. Těžké formy jsou smrtelné. Lehké vymizí během několika týdnů.
- **Alkoholická encefalopatie** – nejznámější z nich je **encefalopatie Gyeta Wernicke**, kdy se jedná hlavně o poruchy okohybných nervů, poruchy

vědomí, ataxií a těžký organický psychosyndrom. Jde o krvácení do mozkového kmene, které je nejčastější formou cévních příhod u chronických alkoholiků. **Encefalopatie Jolliffe** je komplikací etylismu a nedostatku kyseliny nikotinové. Projevuje se poruchami paměti, halucinacemi a apalickým syndromem. **M.Marchiafava-Bignami** je akutní encefalopatie při deficitu thiaminu, častá u pacientů italského původu. Jsou patrný změny na optickém nervu, v rámci encefalopatií se může vyskytnout i izolovaně, což se projevuje zúžením zorného pole a snížením zrakové ostrosti.

- **Atrofie mozečku** – vzniká v důsledku toxických nekróz s hemoragiemi v mozečkovém parenchymu. Mezi příznaky patří poruchy stoje i chůze, poruchami koordinace převážně dolních končetin, třesem, dysartrickou řečí a nystagmem.
- **Alkoholická epilepsie** – čistá, jen alkoholem podmíněná epilepsie se vyskytuje asi jen u 10 % pacientů. Tato forma mizí při abstinenci i bez medikace. U části pacientů se vyskytují záchvaty výhradně po požití alkoholu – tzv. rum fits, whisky fits. Alkohol bývá vybavujícím nebo zhoršujícím faktorem pozdní epilepsie. Vedle snížení záchvatového prahu přímým účinkem alkoholu se v etiologii uplatňují časté úrazy v ebrietě, o nichž postižený nemusí vždy vědět. Nejčastěji propukají záchvaty na začátku abstinenční periody, kdy klesá farmakologický vliv alkoholu, ale zůstává ještě zvýšená neuronová aktivita. Podstatou mechanismu je tzv. rebound fenomen, který předpokládá náhlé vysazení alkoholu po předchozím kontinuálním pití. Delirium tremens je v 30 % případů uváděno epileptickým záchvatem.
- **Mozkové oběhové poruchy** – vznikají v důsledku zvýšení propustnosti cévní stěny a nedostatečné tvorby protrombinu v játrech, navíc jsou patrný arteriosklerotické změny kolísavá alkoholická hypertenze.
- **Poruchy vegetativního nervového systému** – jsou časté a málo se na ně myslí. Již po 8-12 hodinách abstinence po předcházející intoxikaci se projevují přechodné známky iritace autonomního nervového systému. Stává se, že v rámci prodromů nastupující psychózy se objevují příznaky – pocení, kolísání pulzu a krevního tlaku. Dále pacienti udávají bodavé

bolesti v oblasti srdečního hrotu, které se objevují v klidu a mizí společně s činností, podrážděnost, neklid, pocit nedostatku vzduchu, poruchy spánku, nevolnost a zvýšené pocení. Někdy pacienti uvádí bušení srdce, aniž by měli tachykardii.

Zvláště závažné důsledky má konzumace alkoholu v těhotenství, může se vyvinout **fetální alkoholový syndrom (FAS)**. Narozené děti mívají menší porodní váhu, různé poruchy vývoje, hlavně páteře, srdce a genitálií, poruchy psychického a intelektuálního vývoje (Kunda, 1988).

Alkohol funguje i jako spouštěč deprese, který může zhoršovat již psychické obtíže a zkreslovat jejich příznaky. Například druhý den po nadměrném požití alkoholu zpravidla dochází k zhoršení depresí. Mohou vytvářet zcela nečekané reakce v kombinaci s léky a mohou reaktivovat psychické potíže, které nejsou přítomny, tedy ty, které byly odléčeny. V případě depresivních stavu je namístě se alkoholu, ale i jiným drogám, zcela vyhnout (Praško, Prašková 2003).

2.10 Nepřímé nepříznivé vlivy alkoholu

Příkladem může být negativní vliv primárních projevů alkoholu na dopravní nehody. Ty patří mezi 4 nejčastější způsoby úmrtí. Ukazuje se, že pod vlivem alkoholu se výskyt dopravních nehod mnohonásobuje. Jedinci, kteří měli v minulosti registrované případy opilosti, se ocitají 4krát častěji mezi viníky autonehod. Nejde jen o dopravní nehody, ale nepřímý vliv alkoholu je diagnostikován tam, kde dochází ke kriminálním činům, kdy lidé pod vlivem mají mnohem větší odvalu a troufnou si na silného soupeře, případně i silnějšího. Dalším příkladem může rizikové sexuální chování. Studiemi bylo zjištěno, že lidé pod vlivem alkoholu s vyšší mírou násilí nutí druhé k sexuálnímu styku, znásilňují je a podstatně více provozují tzv. rizikový sex. (Křivohlavý,J,2001)

2.11 Léčba závislosti na alkoholu

Nejlépe, jak předcházet závislosti na alkoholu, je držet se deseti radami dle Skály:

- Nikdy nepij tehdy, když cítíš, že se potřebuješ napít.

- Rychlé pití znamená nebezpečí, mezi první a druhou sklenkou vína, piva či lihoviny počkej půl hodiny, mezi druhou a třetí hodinu a nikdy už nepij čtvrtou.
- Pamatuj, že když člověk začne pít, má zpravidla sklon nepřiznat ani sobě, kolik toho už vypil.
- Koncentrované alkoholické nápoje nikdy nepij na ex, ani bez pořádného doušku vodu či sody a nikdy nepij na lačný žaludek.
- Nepij pravidelně ani v určitou dobu, ani v určitých příležitostech, je např. nebezpečné, když člověk pije proto, aby dobře spal.
- Nikdy nepij při práci.
- Když jsi unaven nebo nervózní, varuj se každého napití, místo toho si dej teplou lázeň, doplň ji studenou sprchou nebo si zaběhej.
- Nikdy neužívej alkoholického nápoje jako léku, který by ti pomohl překonat nepříjemný tělesný či psychický stav.
- Nikdy nepij ráno a zejména tehdy, abys odstranil následky pijácké kocoviny ze včerejšího dne.
- Nikdy nikoho nenut' do pití.

(Skála, 1988)

Společenským úsilím proti závislosti se zabývají zdravotníci, kriminalisté i sociální pracovníci. Sociálně vyloučení alkoholici, ale i jiné závislí, si svou situaci způsobili dle svého rozhodnutí v demokratické zemi se každý může rozhodnout jak nakládat se svým zdravím, tělem i majetkem, avšak společnost je ochotna jim pomoci, samozřejmě v případě, pokud o to stojí (Tomeš, 2011).

U závislosti většinou chybí velmi důležitý předpoklad pro úspěšné zvládnutí léčby a tím je náhled choroby, náhled nutnosti léčby. Jen ti, kteří se závislým člověkem žijí, vědí o nekonečných snahách přesvědčit ho o jeho chorobě, o tom, že jeho intoxikace přestaly souviset s tím, co se děje v okolí. V tuto dobu jde o skutečný zápas o život člena rodiny, který vyžaduje nekonečnou trpělivost, obětavost a pevný vztah. Ne vždy má závislý kolem sebe někoho, kdo takovými vlastnostmi disponuje. Neléčitelná chronická forma vlastně pro člověka znamená dobrovolný odchod ze života daleko před biologickou smrtí. On sám již není schopen vnímat a posoudit svůj sociální a zdravotní

stav, jeho okolí však prožívá nesmírně těžké období, kdy smrt závislého je často vysvobozením pro obě strany.

V čem spočívá léčba

Léčebný postup zahrnuje léčbu ambulantní, stacionární až po ústavní. Léčba musí zajistit úkoly jako jsou – odstranit drogu z organismu, obnovit a rehabilitovat somatické funkce, obnovit psychické funkce, vytvořit pozitivní strukturu psychiky, odstranit základní problém, což bývá schopnost odpovědi na otázky života, přijetí a stabilizace životního stylu s dietou a resocializací.

Takovýto léčebný program většinou vyžaduje tříletou systematickou práci dle potřeby a stavu rozvoje choroby pacienta a dle jeho individuální osobnosti (Jiří Heller, 1996)

Jaké jsou možnosti léčby alkoholika

Ambulantní léčba

Ambulantní péče by se měla poskytovat alespoň 2 krát týdně s minimálně jednogodinovou psychoterapií. Důležitý je nabízený léčebný program a individuální přístup. Je velmi dobré spolupracovat s nějakou svépomocnou organizací, např. Anonymní alkoholici, Pavučina, Klub a jiné.

Stacionární léčba

Doposud spíše vzácný způsob léčby, i když velmi prospěšný. Velkou předností je spolupráce s rodinou. Indikační prvek tohoto léčebného programu je manželská a rodinná terapie. Léčba je vhodná pro ty jedince, kteří dokážou na základě svého vlastního rozhodnutí přestat brát drogu i několik měsíců (Heller, 2011).

Ústavní léčba

Ve chvíli, kdy pacient ztratil možnost vlastními silami zvládnout stav odnětí alkoholové drogy, je hospitalizace nezbytná. Ústavní léčba již znamená dlouhodobý pobyt na nemocničním lůžku, nejkratší smysluplná doba trvá 4-6 týdnů. Je to doba potřebná k detoxifikaci, tzn. odstranění drogy z těla, také odstranění následků způsobenou alkoholem, nejčastěji nahrazením alkoholu v metabolismu buňky. Nejčastější komplikací tohoto úvodního období po odnětí alkoholové drogy je delirium tremens. Stav pacienta vyžaduje menší či větší rozsah farmakoterapie a s její pomocí lze dosáhnout k navázání kontaktu a postupně i nosné terapeutické vazby, nutné k využití psychoterapie v jejich rozmanitých formách. Širokou paletu poškození na úrovni somatické, sociální a psychické, může odstranit spousta rozličných terapeutických forem, které jsou zahrnuty do léčebného programu. Cílem terapie je trvalá důsledná

doživotní abstinence a pomoc při zvládnutí sociální a ekonomické situace pacienta, např. v kontaktování rodiny, pomoc při hledání bydlení, zaměstnání atd.

Ústavní léčbu může nařídít i soud, k tzv. ochranné protialkoholní léčbě a zdravotnické zařízení nesmí bez souhlasu soudu pacienta propustit

Co nabízí komplexní léčebný program

Jako základ léčebného programu je **detoxifikace** a navazující **psychoterapie**, včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné **farmakoterapie**.

Farmakoterapie

Je nejvýznamnější při detoxifikaci, v léčbě diagnóz jako jsou afektivní a úzkostné poruchy, dekompenzované poruchy osobnosti, při somatických komplikacích a chronického stádia alkoholismu..

Delirium tremens – Domethiazol, Flunitrazepam, obecně neuroleptika benzodiazepiny.

Alkoholický abstinenční syndrom – benzodiazepiny, Chlormethiazol.

Anxiolytika a antidepresiva, v době, kdy se pacient dostane z nejhoršího (www.alkoholik.cz).

Averzivní terapie

Cílem této terapie je redukce, eliminace nutkání napít se alkoholu. Averse se vytváří na základě podmíněného reflexu – nevolnost, zvracení a jiné nepříjemné pocity. Tyto nepříjemné pocity se vyvolávají medikamentózními prostředky, elektrické stimuly, hypnotické instrukce, autosugestce a případně jiné metody. U nás se ale tato terapie přestala používat v devadesátých letech, v současnosti se tato terapie objevuje v asijských kláštrech.

Senzibilující terapie

Senzibilizace dosahujeme medikamentózně a nejrozšířenějším prostředkem je Antabus (Disulfiram) - funguje na principu blokády enzymů, které likvidují metabolity při degradaci alkoholu v těle. Při požití alkoholu pak dojde ke zvracení a díky této reakci se u pacienta vytváří podmíněný reflex a alkohol by měl sám odmítnout.

Psychoterapie

V terapii závislosti se nejvíce používá **integrativní a kognitivně-behaviorální psychoterapie**.

Psychoterapie se právem považuje za velmi důležitou součást léčebných programů. Dle Nešpora uvedu **psychoterapeutické postupy**, které jsou experimentálně doloženy a jsou s nimi pozitivní zkušenosti.

- Posilování motivace
- Skupinová terapie
- Psychodrama a nácvik zvládání obtížných situací
- Způsoby odmítání

Kognitivně-behaviorální postupy

- Marlattova koncepce prevence recidivy
- Vícestupňová obrana
- Nácvik intrapersonální a interpersonální dovednosti
- Zvládání touhy po návykové látce
- Elaboráty a domácí praxe
- Asertivní trénink
- Sebeodměňování a posilování pozitivního chování
- Vyhasínání
- Terapeutický kontrakt
- Životní styl a cvičení
- Muzikoterapie
- Arteterapie
- Poetoterapie
- Gestalt terapie
- Strategická terapie

(Karel Nešpor L. C., 1996)

Stádia léčby závislých na alkoholu

- **1. Stadium** – dosažení střízlivosti. Zde hraje velkou důležitost detoxifikace, posouzení stavu, léčení přídatných chorob a v neposlední řadě spolupráce s rodinou.
- **2. Stadium** – časný úzdavy. Během toho stádia dochází k utváření nových vzorců chování, dochází k nápravě sociálních a jiných škod a zvyšuje se sebedůvěra. Délka tohoto stádia je 6 měsíců – 2 roky.
- **3. Stadium** – pokročilé úzdavy. Teprve v tomto období se doporučuje používat tradiční psychoterapii.

(Karel Nešpor L. C., 1996)

2.12 Následná péče

Právě pro tuto dobu závislí potřebují pokud možno bezproblémovou následnou péči, protože jinak je transfer výsledků léčby ohrožen a stoupá riziko relapsu. Svépomocné skupiny, poradny a skupiny rodinných příslušníků mají z tohoto důvodu nepominutelnou roli (Rahn, Mahnkopf 2000)

Anonymní alkoholici a jejich sesterské organizace

Ke vzniku organizace Anonymních alkoholiků se váže následující příběh. Znamý švýcarský psychoterapeut C.G.Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb. Proto také doporučil svému pacientovi neúspěšně léčenému pro závislost na alkoholu účast v tzv. Oxfordských kroužcích, kde účastníci vedli duchovně zaměřené diskuze. Toto doporučení se ukázalo jako šťastné. Tato zkušenost inspirovala Billa Wilsona, který byl považován za nevyléčitelného alkoholika a jehož příběh je barvitě popsán v knize Anonymních alkoholiků (Alcoholics Anonymous 1993, 45. vydání). Bill byl obchodníkem, který se na cestách dostal do alkoholové krize. V této situaci zavolal svému známému, také alkoholikovi, mimochodem byl lékař, nabídl mu svou pomoc a kupodivu jeho chuť na alkohol ho přešla. Tato historka se už bezprostředně váže ke vzniku organizace Anonymních alkoholiků už v roce 1935. Anonymní alkoholici vznikly už dávno před terapeutickými komunitami, i před rozšířením skupinových terapií. Existují další sesterské organizace, které vznikly po vzoru organizace Anonymních alkoholiků – např. pro manželky a partnery závislých, pro dospívající děti pocházející z rodin alkoholiků, pro rodiče dětí závislých na alkoholu, narkomany, hazardní hráče, přejídače, pro závislé na práci a jiné.(Nešpor,2000)

Socioterapeutické kluby

Nejstarší socioterapeutický klub u nás a patrně i ve střední Evropě vznikl zásluhou Doc. Skály v roce 1948 u Apolináře. Po apolinářském vzoru vznikaly další podobné kluby spíše ve větších ambulantních nebo ústavních zařízeních. Bohužel po listopadu 1989 se počet klubů spíše snížil. Pro zajímavost, v bývalé Jugoslávii byl velkým propagátorem socioterapeutických klubů profesor Hudolin, od něhož převzali myšlenku Italové.(Nešpor, 2000)

Svépomocné příručky

Svépomocných příruček je na našem trhu vcelku dostatek. Terapeut předá pacientovi pozitivní komentář, jsou v nich zahrnuty partie, které jsou závislou osobu obvykle

důležité. Je dobré, že jedinec ví, co s ním terapeut bude probírat a může se připravit a jiné.

Důležitá je včasná a krátká intervence na úrovni učitelů, praktických lékařů, v pracovním prostředí či za pomoci dalších odborných pracovníků.

Linky důvěry

Tyto linky důvěry poskytují anonymní telefonní pomoc. Tato pracoviště většinou lze i osobně navštívit, jestliže si to volající přeje. Některá zařízení také nabízejí krátkodobý pobyt k překonání krize.

Pracovníci linek bývají informováni o zdravotnických a psychologických službách ve své oblasti a bývají schopni ji zprostředkovat (Nešpor, 1996)

,

3 METODIKA PRÁCE

Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Pro bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Tento výzkum využívá tři typy dat:

- data z pozorování,
- data z rozhovorů,
- data z dokumentů,

Případová práce je jedním z neužitečnějších a z nejužívanějších metod, kdy badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je objasnit interakce mezi případem okolí. Případové studie jsou výzkumnou strategií uplatňovanou v řadě sociálních věd, v pedagogice, psychologii i medicíně (Švaříček, Šedřová, 2007)

3.1 Metody výzkumu

- Popis léčebné péče o alkoholicky závislé v Psychiatrické léčebně v Opavě.
- Specifika práce sociální pracovnice na protialkoholním oddělení.
- Zpracování kazuistik dle zdravotní dokumentace a praxe.
- Vypracování doporučení pro praxi.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

V této kapitole popisují systém protialkoholní léčby v Psychiatrické léčebně v Opavě. Dále popisují specifika práce sociální pracovníce na protialkoholním oddělení. Díky prostudované zdravotnické dokumentaci jsem vypracovala 7 kazuistik alkoholiků hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Opavě.

4.1 Protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě

V Psychiatrické léčebně v Opavě se nachází oddělení D pro léčbu závislostí pro muže a je rozděleno na 5 stanic. Alkoholovou závislostí mužů se zabývají stanice 18A, 18D a odloučené pracoviště v Horních Holčovicích. 18A je stanice přijímací a slouží k překonání abstinčních příznaků alkoholové závislosti, zbavení těla škodlivých látek, které se do těla dostaly díky zneužívání alkoholu. Pacienti jsou přijímáni buď na základě telefonického objednání nebo akutně. Na této stanici se po několika dnech lékař spolu s pacientem rozhodne, v jaké léčbě bude pokračovat. Další forma léčby probíhá na psychoterapeutické stanici 18D. Pacient v průběhu tří měsíců absolvuje ucelený psychoterapeutický program, ve kterém získává informace o svém zdravotním stavu, pozná lépe sám sebe, své přednosti i nedostatky, naučí se zvládat život bez alkoholu, uvědomí si problémy své i ostatních pacientů. Také se pacienti naučí pravidelně relaxovat, pomocí sportu a jógy upevní svou psychiku a nabere nové síly. To vše probíhá za pomoci a spolupráce terapeutů. Odloučené pracoviště v Horních Holčovicích, kam jsou přeloženi pacienti z Psychiatrické léčebny v Opavě, případně i z jiných zařízení, nabízí léčbu formou izolace od alkoholu, rehabilitace a pracovní terapie. Další zbývající stanice přijímají muže i ženy, které se léčí s nealkoholovými závislostmi – patologickým hráčstvím a toxikománií. Dále se v Psychiatrické léčebně v Opavě nachází oddělení AB, které je rozděleno na 4 stanice – 1, 2, 3, 4. Alkoholovou závislostí žen, ale i jiných diagnóz jako jsou neurotické poruchy, lehčí a středně těžké deprese, lehčí psychotické poruchy a poruchy přizpůsobení se zabývá stanice 1 a 3. Stanice 1 je přijímací a stanice 3 se zabývá psychoterapií zaměřenou na léčbu alkoholové závislosti. Protialkoholní léčba v Psychiatrické léčebně v Opavě se opírá o více jak dvacetileté zkušenosti. Užší terapeutický tým tvoří psychiatr, klinický psycholog, režimová sestra, staniční sestra a sociální pracovníce. Zdravotní péči zajišťují registrované zdravotní sestry. Ve stylu práce s pacienty se klade důraz na

týmovou spoluprací, otevřenost, důslednost, podporu aktivit a zodpovědnost. Léčba na odděleních se sestává z několika složek, které se navzájem propojují a na sebe navazují:

Režimová léčba

Je osou celé léčby a vytváří pevnou strukturu každého dne a pomáhá tak obnovit řád v duši. Součástí režimu jsou četné aktivity a programy s užitím speciálních technik jako například arteterapie, psychogymnastika, relaxační program a sportovní terapie. Tyto aktivity podporují rozvoj vlastní osobnosti, sebepoznání, rozvíjí sociální a fyzické dovednosti, tvořivost a sebekázeň.

Farmakoterapie

V celkovém léčebném procesu má podpůrný charakter. Cílem je vyléčit somatické onemocnění způsobené dlouhodobou nadměrnou konzumací alkoholu a napomáhat zregenerovat organismus.

Psychoterapie

Základním nástrojem psychoterapeutické léčby je otevřená komunikace v psychoterapeutické skupině. Velmi vítaná a užitečná je spolupráce s rodinnými příslušníky či blízkými osobami. K tomuto účelu slouží A – Klub, kde se jednou měsíčně scházejí současní pacienti s pacienty, kteří již v minulosti už léčbu absolvovali, i s jejich rodinnými příslušníky. Členové těchto skupin si mají navzájem co říci a nabídnout (www.plopava.cz)

V rámci rozšíření služeb jsou v Psychiatrické léčebně v Opavě zavedeny krátké rekondiční pobyty pro abstinující pacientky po absolvované léčbě, a to ve variantách:

14denní rehospitalizace – jedná se o rehospitalizaci k podporování abstinence, k doladění motivace, pomoc při překonávání úskalí prvních měsíců abstinování. Pobyt mají charakter specifické cílené účasti v terapeutických programech.

14denní pobyty pro neléčené, ale abstinující ženy s návykovým problémem s alkoholem – jedná se o krátkou hospitalizaci k podpoře abstinence, s programem podobným jako u výše uvedené varianty.

4.2 Specifika práce sociální pracovnice v Psychiatrické léčebně v Opavě

Sociální pracovnice musí hovořit s každým pacientem, který je na stanici přijat. Ověřuje všechny informace týkající se osobních údajů, trvalé bydliště, kontakty na rodinné příslušníky, na praktického lékaře, jiné odborné ambulance, kam pacient

dochází, ověřuje kontakt na zaměstnavatele, zda je evidován na Úřadu práce a zda pobírá sociální dávky.

Pacient v pracovním poměru

Při přijetí do léčebny se vystaví průkaz dočasné pracovní neschopnost. 1.díl se odesílá na OSSZ Opava a 3. díl zaměstnavateli. 21 den trvání pracovní neschopnosti se odesílá 4. díl neschopenky zaměstnavateli, pacient si zde napíše, jakým způsobem žádá o výplatu nemocenských dávek.

Pacient v evidenci nezaměstnaných na Úřadu práce

Sociální pracovnice na ÚP odesílá potvrzení o hospitalizaci, které slouží jako omluvenka. Na žádost pacienta vyřizuje zasílání podpory v nezaměstnanosti do léčebny. Pokud sociální pracovnice zjistí, že pacient byl vyřazen z evidence ÚP, protože se nedostavil v řádném termínu, zkontaktuje příslušnou referentku a domlouvá další postup.

Pacient pobírající dávky hmotné nouze

Potvrzení o hospitalizaci se zasílá na krajskou pobočku ÚP, na oddělení nepojistných sociálních dávek. Pokud pacient žádá o zasílání dávek do léčebny, sociální pracovnice toto zajistí. Na výplatu těchto dávek má pacient nárok 3 měsíce po dobu hospitalizace, poté ÚP výplatu zastaví a obnoví opět po propuštění z léčebny. V případě, že pacient je veden na ÚP a nepobírá sociální dávky, i když by měl na ně nárok, společně se sociální pracovníci sepiše žádost o příspěvek na živobytí, případně žádost o dávku mimořádné okamžité pomoci. Je velmi důležité, aby pacient po propuštění z léčebny byl finančně zajištěn a mohl řešit svou sociální situaci, například bydlení v azylovém domě nebo na ubytovně.

Pacient pobírající invalidní nebo starobní důchod

Po dohodě s pacientem sociální pracovnice zajistí, aby důchod byl zasílán do léčebny. Někdy se stává, že pacient si přestane důchod vyzvedávat a tak po 3 měsících je vrácen ČSSZ Praha. Sociální pracovnice zasílá žádost o obnovení výplat důchodu do léčebny.

Pacient, který má soudně nařízenou ochrannou léčbu

Při nástupu pacienta k výkonu ochranné léčby odesílá sociální pracovnice na příslušný okresní soud hlášení o přijetí pacientky do léčebny. Důležité údaje poznačí do počítačového programu a eviduje 2letou lhůtu trvání ochranné léčby. Ještě před ukončením této 2leté lhůty odesílá sociální pracovnice okresnímu soudu návrh na změnu ochranné léčby ústavní na ambulantní nebo návrh na zrušení ochranné léčby.

Pokud léčba ani po 2 letech nesplnila svůj účel, žádá se o prodloužení ochranné léčby. O veškerých těchto krocích rozhoduje primářka oddělení.

Všechny zjištěné údaje o pacientovi poznačí sociální pracovnice do informačního systému Hippo a vytiskne do zdravotnické dokumentace **sociální list**, ve kterém jsou poznamenány veškeré důležité záznamy o sociální situaci pacientky. Do tohoto listu se v průběhu hospitalizace pacientky zapisují další záležitosti, které se postupně vyřizují. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře PL Opava sociální pracovnice podává podněty ke změně způsobilosti k právním úkonům, podává žádosti o invalidní či starobní důchod, podává žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem, do chráněného bydlení, do azylového domu a další. Při své práci sociální pracovnice spolupracuje s okresními soudy, českou správou sociálního zabezpečení a jejími pobočkami, s městskými úřady, policií a úřady práce.

4.3 Kazuistiky

Na základě pracovních zkušeností sociální pracovnice a prostudované zdravotní dokumentaci jsem vypracovala 7 kazuistik, které poukazují na to, jak se jedinec může snadno dostat do alkoholové pasti díky dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu a jak velmi závažné následky na zdraví tato závislost způsobuje.

4.3.1 Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza

Muž, 61 let, národnost česká, ženatý, 2 děti.

Rodinná anamnéza

Otec pil alkohol příležitostně, matka i sourozenci vůbec.

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Syndrom závislosti na alkoholu

Sociální anamnéza

Vystudoval gymnázium, v 50 letech vysokou školu, úspěšný podnikatel, soudní znalec, trenér hokejového družstva, ženatý, 2 dospělé děti.

Popis případu

Pacient byl do 25 let abstinent, ve 21 letech se oženil s dívkou, s kterou chodil od 14 let. Manželství bylo spokojené 10 let, pak soužití začalo narušovat nadměrné pití alkoholických nápojů a u pacienta se začaly projevovat příznaky závislosti na alkoholu

Dostavovaly se deprese, vyčítal si, že svou rodinu, kterou miloval, velmi trápí, ale nemohl si sám pomoci. Snažil se deprese zahánět alkoholem, pak se stávalo, že pil 3 dny v jednom kuse. Ve 34 letech, ale hlavně díky nátlaku rodiny, se rozhodl pro léčbu na protialkoholním oddělení v Psychiatrické léčebně v Opavě. Jednalo se o jeho vůbec 1. pobyt. Po propuštění z léčebny pacient úplně abstinovat 2 roky, pak postupně znovu začal alkohol pít, nejdříve jen při slavnostnějších událostech a oslavách. Po 5 letech alkoholu znovu propadl a znovu se opakovaly 3denní opilecké tahy. Následoval opakovaný 2. pobyt v léčebně, víceméně opět na nátlak rodiny, po propuštění z léčebny pak 6 let abstinovat. Poté se opět dostavila recidiva, pacient dokázal být 4 týdny opilý, pomočoval se a nevnímal okolí. Rodina zajistila léčbu v Psychiatrické léčebně Šternberk. Jednalo se již o 3. pobyt na protialkoholním oddělení, po propuštění z léčebny pár let abstinovat, pak se opět dostavil relaps. V té době děti odjely za prací do zahraničí, manželka se ho snažila podporovat a motivovat k abstinenci, ale marně. Býval opilý i 8 týdnů, pomočoval se a upadal do bezvědomí. Následoval 4. pobyt v opavské léčebně, kam byl dovezen za doprovodu policie. Jelikož žil v malém městě, kde navíc působil jako známá osobnost, po každém protialkoholním léčení se dostavily těžké deprese, kdy si vyčítal své chování. V opilosti agresivní nebyl, většinou spal. V době abstinence byl velmi pozorný manžel a hodný otec, rodinu velmi dobře finančně zajišťoval. V 50 letech začal mít závažné zdravotní komplikace se žlučníkem, míval křeče v břiše, ze strachu z onemocnění dokonce přestal pít alkohol, v 58 letech opět zdravotní komplikace, v 61 letech nakonec zemřel na celkové selhání organismu.

4.3.2 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza

Žena, 53let, národnost česká, rozvedená, 4 dospělé děti

Rodinná anamnéza

Nesdělí

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Organický psychosyndrom, závislost na alkoholu.

Sociální anamnéza

Základní vzdělání, nevyučena, dříve pracovala jako jeřábnice. Nyní je v evidenci nezaměstnaných na Úřadu práce, pobírá sociální dávky. Sděluje, že je bezdomovec, z azylového domu vyhozena pro etylismus.

Popis případu

K 1. pobytu byla pacientka přijata v 50 letech, překladem z nemocnice. Dle sdělení lékařů byla přijata pro nepřiléhavé chování, etylickou a degradující osobnost. Dle sdělení PČR chodí po městě polonahá, smradlavá, zanedbaná, poléhávající na nádraží nebo pod mostem. Na stanici PLO je neudržitelná, močí a kálí pod sebe, je vulgární.. Ona sama nechápe, proč je v nemocnici, chce si jen zakouřit, chce být co nejdříve propuštěna, protože bude bydlet u dcery, chce jí pomáhat s výchovou dětí. Sděluje, že se svými dětmi je v kontaktu. Na dotaz, jestli pije alkohol, odmítavě vrtí hlavou, no, možná občas jedno pivo, víno a tvrdý alkohol nemá ráda. Pacientka byla odřená na spánku, měla zlomenou ruku. Jednalo se o chronickou alkoholičku bez motivace k léčbě, navíc byly patrné četné sociopatické vzorce chování. Pacientka neustále vyžadovala propuštění. Z důvodu nesoběstačnosti z léčebny nemohla být propuštěna. Byly kontaktovány dcery, ale ani jedna z dcer nechtěla mít s matkou nic společného, údajně jim v minulosti hodně ublížila díky svému popíjení alkoholu, nechtěly spolupracovat. K Okresnímu soudu podán návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům a informován sociální odbor v daném městě. Po půl roce soud ustanovil opatrovníka, pracovníci sociálního odboru daného města. Ve spolupráci s opatrovníci vyřízeny sociální dávky, na starobní či invalidní důchod pacientka nárok neměla, jelikož nikdy řádně zaměstnána nebyla, občas nějaké brigády. Asi po 2 letech se pacientku podařilo umístit do Domova se zvláštním režimem, úhradu pobytu a služeb hradí úřad daného města. Bez možnosti umístění do Domova se zvláštním režimem, bez zajištěné pravidelné medikace a péče mohla pokračovat v životě bezdomovců

4.3.3 Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza

Žena, 62 let, národnost česká rozvedená, 2 dospělé děti

Rodinná anamnéza

Pacientka nesdělí, dle vyjádření rodiny, nikdo na alkoholu závislý nebyl.

Zdravotní

Alkoholová demence

Sociální

Vysokoškolské vzdělání, žije sama, 2 dospělé děti žijí již delší dobu v zahraničí, pobírá starobní důchod.

Popis případu

Pacientka byla do léčebny poprvé přijata ve svých 54 letech na doporučení svého ambulantního psychiatra, již s diagnózou alkoholové demence. Přijata byla na oddělení, které se specializuje na již těžké chronické stavy. Pacientky tohoto oddělení většinou už nejsou soběstačné, nemohou bydlet sami anebo péče o jejich osobu je velmi náročná a pro rodinu nezvladatelná, jsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům anebo řízení probíhá. Sociální pracovnice spolu s rodinou, se snaží pacientku umístit do vhodného zařízení. Dle sdělení manžela, pacientka nikdy alkohol nepila v nadměrném množství, ale po tom, co si našel jinou ženu a odstěhoval se k ní, byla nešťastná a svůj žal začala utápět v alkoholu, postupně se stala úplně závislá, začala navštěvovat psychiatra, ale bezvýsledně. Na protialkoholní léčbu v době své závislosti nikdy nenastoupila. Bývalý manžel si své chování vyčítal, v léčebně ji navštěvoval, spolupracoval s vyřizováním sociálních záležitostí. Na základě rozhodnutí primářky oddělení, byl podán návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem se stal syn. Z léčebny být propuštěna nemohla, nezvládla by péči o sebe samu. Spolu s bývalým manželem a synem opatrovníkem byly podány žádosti do zařízení, do 2 let se nakonec podařilo pacientku umístit do Domova se zvláštním režimem. Následovaly další opakované kratší pobyty v léčebně, kdy byla přijata překladem z domova, kde se její chování zhoršovalo, nedodržovala základní hygienické návyky, neustále chodila, močila a kálela, do pochvy si zaváděla cizí tělíska, postupně narůstala progrese demence. Zcela dezorientovaná, nic nesdělí. Pacientka byla somaticky zcela zdravá, alkohol, kromě mozku, nepostihl žádné jiné orgány. Pacientka nadále žije v Domově se zvláštním režimem, užívá farmakoterapii, děti ji navštěvují, sama pacientka ale nikoho nepoznává.

4.3.4 Kazuistika č. 4

Osobní anamnéza

Žena, 39 let, 2 krát rozvedená, 14 letý syn, svěřen do péče rodičů

Rodinná anamnéza

Matka se psychiatricky léčila, s čím pacientka neví, často se hádaly, synovec v 15 letech závislý na pervitinu spáchal sebevraždu skokem z 14 patra, sestra bez problémů

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Odvykací stav závislosti na alkoholu bez deliria tremens v kombinaci na benzodiazepinech.

Sociální anamnéza

Vystudovala gymnázium a jazykovou nástavbu. Nyní je v evidenci nezaměstnaných na ÚP, posledně byla zaměstnána jako zástupce vedoucí v supermarketu. Vdávala se ve 24 letech, po 2 letech bylo manželství, pro něveru manžela, rozvedeno. Z tohoto svazku se narodil 14letý syn, který byl v 7 letech svěřen do péče rodičů. Ve 34 letech se opět provdala, manželství po 2 letech rozvedeno, na žádost manžela, důvod rozvodu byly problémy pacientky s alkoholem. Udává, že byla 6krát těhotná, z toho šla 5krát na interrupci. Bydlí sama, ale aktuálně žije u svých rodičů

Popis případu

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizována 6krát. Předcházelo 10 hospitalizací v Psychiatrické léčebně Kroměříž, poslední pobyt ukončila útekem. Žena sděluje, že alkoholem a léky zahání úzkosti, které se zhoršily po soudním odebrání dětí do péče rodičům. Dlouhodobě neúspěšně léčí se závislostí na alkoholu v kombinaci s léky.

První hospitalizace v opavské léčebně ve 37 letech, akutně byla přijata na základě doporučení svého ošetřujícího lékaře pro rozvoj odvykacího stavu a po mohutném alkoholovém excesu s dyspeptickým syndromem. Pacientka sděluje, že alkohol začala pít jen v malém množství v 18 letech, postupně se však dávky zvyšovaly, dnes pije asi 1 láhev vína denně nebo 5 piv. Každý druhý den požije 15 tablet 3 mg Lexaurinu, který si shání od jiných pacientů a známých. Pomáhají jí od úzkostí. Do léčebny chtěla sama, je roztřesená, vystrašená, opakovaně se nadavuje, v noci nemůže spát, buší jí srdce, sděluje, že si neví rady. Projevy odvykacího stavu byly zvládnuty příslušnou medikací. V režimu protialkoholní stanice zpočátku byla pasivně nastavena, emočně plochá, bez hlubšího zájmu o léčbu. Po úpravě medikace ustoupily úzkosti. Na základě podezření, že si v léčebně obstarává drogy, odebrána moč na toxikologické vyšetření s pozitivním výsledkem. Pacientka užívání drog popírá, je neupřímná, nekritická. Po 37 dnech hospitalizace byla propuštěna z disciplinárních důvodů – pro opakované porušování režimu a abstinence. Předána do péče ambulantního psychiatra. Žena před propuštěním se snažila s lékařem smlouvat, zda by nemohla zůstat na jiném oddělení. Matka byla o situaci informována. Doporučeny byly pravidelné kontroly v ambulanci. Po půl roce 2. pobyt v léčebně, přijata pro zhoršení somatického stavu, byla přivezena rodiči. Je bradypsychická, má kolapsovitě stavy a epileptické záchvaty. Sděluje, že do léčebny nechtěla, je zde díky nátlaku rodičů, pak překotně vypráví, že sama neví co chce, asi nějakou léčbu, nechce užívat léky a alkohol. Doma trpěla úzkostí, vypila 0,5 l fernetu v kombinaci s léky. V opilosti pak kopala do dveří, byla přivezena na záchrannou stanici.

Předchozí den snědla asi 30 tablet, neví jaké. Pro zhoršení somatického stavu byla přeložena na interní oddělení psychiatrické léčebny Opava. Dle vyšetření lékaře byla orientovaná všemi směry, kontakt navazovala, odpovědi v rámci otázky, halucinace a bludy nemá, osobnost degradovaná, toxofilní terén, k závislosti na alkoholu zcela nekritická, nemá sebevražedné myšlenky, spíše sebepoškozování. Pacientka se chová manipulativně, psychopaticky, opakovaně porušuje režim oddělení a opije se. Na základě rozhodnutí lékaře sociální pracovnice odešla na příslušný dopravní úřad návrh k odebrání řidičského průkazu. Ústavní formy protialkoholní léčby jsou vyčerpány pro malou motivaci pacientky, po domluvě s matkou je propuštěna do ambulantní péče. Za půl roku byla přijata překladem z psychiatrického oddělení nemocnice v Třinci, kde byla přijata za asistence policie, po intoxikaci Lexaurinem, musela být kurtována. Lékaři diagnostikovali duševní poruchu způsobenou zneužíváním alkoholu a psychoaktivních látek. Pacientka stále bydlí u rodičů, s kterými je neustále v konfliktu, dle sdělení pacientky ji neustále šikanují. Pacientka je stále vedena na ÚP, pobírá dávky hmotné nouze, žádala 2krát o invalidní důchod, který jí byl zamítnut. K rodičům se vracet nechce, neví, co má dělat. V podstatě nemá kde bydlet. Po 50 dnech hospitalizace propuštěna pro porušení režimu oddělení. Sociální pracovnice zajistila bydlení na ubytovně, pacientce bylo vysvětleno, jak a kde si požádat o příspěvek na bydlení. Za půl roku další opakovaný pobyt v opavské léčebně, po propuštění ze záchytné stanice, pacientka slibující spolupráci. Slušné vystupování jí vydrželo 2 dny, lékaři naplánovali překlad na chronické oddělení, kde by se zapojila do pracovní terapie. Pacientka souhlasila, ale na druhý den proti překladu měla prudké výhrady, manipulativní, psychopatické reakce, žádá okamžité propuštění, což bylo pacientce vyhověno. Byla propuštěna do ambulantní péče, v propouštěcí lékařské zprávě byla zdůrazněno, že pacientku není nutno přijímat na protialkoholní oddělení pro její nespolupráci a nemotivaci. Sociální prognóza se jeví jako velmi nepříznivá, pacientka nemá dostatek financí, od rodičů utekla, neustále s sebou nosí tašky s věcmi, v podstatě se stala bezdomovcem.

4.3.5 Kazuistika č. 5

Osobní anamnéza

Žena, 42 let, vdaná, 2 nezletilé děti

Rodinná anamnéza

Otec alkohol pije při oslavách, problémy s alkoholem nemá, matka i 4 sourozenci zdraví, bez problémů.

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Abusus alkoholu s rozvíjející alkoholovou závislostí, jiné somatické onemocnění neguje.

Sociální anamnéza

Vyučena kuchařka, je zaměstnána v domově pro seniory, práce ji baví. Je 20 let vdaná, má 2 nezletilé děti. Bydlí ve velkém rodinném domě, společně s rodiči manžela.

Popis případu

Pacientka přijata na protialkoholní oddělení, na základě vlastního rozhodnutí, kdy po namátkové kontrole v zaměstnání s pozitivním výsledkem, od zaměstnavatele dostala na výběr možnosti – ukončení pracovního poměru nebo se jít protialkoholně léčit. Zvolila možnost ústavní léčby. Manžel tomuto rozhodnutí příliš nakloněn nebyl, bál se stigmatizace manželky po propuštění z léčebny. Předcházela půlroční ambulantní spolupráce s psychiatrem, spíše neúspěšná. Popisovala narůstající problémy v manželství, přiznává, že problémy graduji díky narůstajícímu alkoholovému problému. Lékařem byly shledány řady indicií svědčící rozvíjející se alkoholovou závislost – pití alkoholu v zátěžových situacích, utajované a samotářské pití, narůstající problémy v manželství a v zaměstnání. Pacientka se svěřuje, že poprvé se opila v 18 letech, později občasné konzumace alkoholu. V posledním roce docházelo ke konfliktům s manželem a díky hypotéce i k finančním problémům. Manžel jí dal facku, modřinu pod okem si zakryla make-upem. Začala si uvědomovat, že alkohol ji pomáhá se zklidnit a že si zlepší náladu. Měla pocit, že manžel jí není dostatečnou oporou, že spolu málo komunikují. Tajně si začala kupovat víno, každý den vypila asi 0,7 l láhev. Alkohol před manželem schovávala, velmi by se na ni zlobil. Nikdy nebyla na záchytné stanici, okénka také neměla, ranní alkoholové doušky popírá. Přiznává, že se snaží problémy řešit alkoholem, ale jako alkoholik se necítí. Poslední alkohol konzumovala večer před nástupem na protialkoholní oddělení, z kterého měla strach. Pacientka měla zájem o komplexní program léčby a velmi dobře spolupracovala, účastnila se všech programů léčby. Po tříměsíční léčbě byla z léčebny propuštěna, předána ke spolupráci s ambulantním psychiatrem, byla jí zdůrazněna přísná abstinence. Po roce následoval opakovaný pobyt, kdy byla přijata na doporučení psychiatra s diagnózou alkoholické psychotické poruchy. Přivezena byla v doprovodu manžela. Pacientka sděluje, že po propuštění z předchozího pobytu v léčebně se snažila pár týdnů abstinovat, ale pak

znovu začala popíjet. Problémy v manželství se stupňovaly, nakonec od manžela odešla a pila čím dál, tím víc. Ze zaměstnání ji vyhodili, protože se tam párkrát z důvodu opilosti ani nedostavila. Nyní je v evidenci nezaměstnaných ÚP. Manžel sděluje, že pacientka bydlí sama, ale on ji navštěvuje. Několikrát ji našel doma opilou. Pak se asi 2 dny snažila abstinovat, navštívila manžela a vyprávěla, že má pocit, že jí vykradli byt, že se v bytě pohybují nějaké cizí osoby atd. Dle manžela, vyprávěla nesmysly. Pacientce byla nabídnuta komplexní ústavní léčba, což ale tentokrát odmítla. Po 20 dnech byla ve stabilizovaném zdravotním stavu z léčebny propuštěna. Aktuálně spolupracuje s ambulantním psychiatrem a s poradnou pro alkoholiky, vrátila se k manželovi, byla přijata do nového zaměstnání a zatím více jak rok abstinguje. Velkou motivací pro abstinenci má v novém zaměstnání a ve svých dětech.

4.3.6 Kazuistika č. 6

Osobní anamnéza

Muž, 60 let, národnost česká, vdovec, bez dětí.

Rodinná anamnéza

V rodině žádné psychiatrické onemocnění ani problémy s alkoholem.

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Duševní porucha způsobená zneužíváním alkoholu.

Sociální anamnéza

Vysokoškolské vzdělání, zastával funkci ředitele finančního úřadu, vdovec, bydlel sám, děti nemá, zajištěn starobním důchodem.

Popis případu

K1. pobytu byl přijat za doprovodu policie, na doporučení ambulantního psychiatra. V minulosti s alkoholem problémy nemíval, napil se jen při nějaké společenské události. Zodpovědně zastával funkci ředitele finančního úřadu, byl ženatý. Pacient sděloval, že funkce byla pro něj velmi náročná a stresující, pracovních úkolů stále přibývalo. Když mu bylo kolem 45 let, zemřela mu manželka a on zůstal sám, jinou ženu si už nenašel, děti neměl. Začínal mít deprese, které se snažil zahnat sklenkou alkoholu. Nikdy se protialkoholně neléčil. Funkce ředitele byla pro něho více a více vyčerpávající, nakonec odešel do předčasného starobního důchodu. Postupně pil víc a víc, začal se uzavírat do sebe a do svého bytu, z kterého se postupem času stala velká skládka smetiště. Začal sbírat a schovávat všechny odpadky, co našel. Stal se z něho silný kuřák, kouřil 50 cigaret denně. Z bytu strašně zapáchalo a do domu se stěhovaly

myši a potkani. Jelikož se jednalo o panelový dům, sousedé si stěžovali na neúnosnou situaci, řešeno přes sociální odbor, který zajistil péči psychiatra a následně převoz do Psychiatrické léčebny v Opavě. Po roční hospitalizaci na chronickém oddělení a proběhnutém řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům, se stal opatrovníkem sociální odbor daného města. Jelikož pacient byl zajištěn starobním důchodem a ne malým, podařilo se ho za pár měsíců umístit do domova, kde, díky režimu a medikaci funguje vcelku bezproblémově, ale s duševním onemocněním, které si přivodil stresem a alkoholem.

4.3.7 Kazuistika č.7

Osobní anamnéza

Muž, 56 let, OSVČ zednické práce, ženatý, manželka učitelka, 2 dcery

Rodinná anamnéza

Sestřenice léčena pro schizofrenii, strýc nadměrně pil alkohol, což se projevilo předčasnou demencí, žil v domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Diagnóza – Alkoholická psychotická porucha

Sociální anamnéza

Žije s manželkou a s dcerami, vyučen zedníkem, OSVČ

Popis případu

Asi ve 20 letech začal pít pravidelně pivo, asi 6 denně, a to vždy ve společnosti. Ve stavu mírné opilosti byl veselý, někdy se známkami agresivity. „Ranní doušky“ si nedával, „okna“ neměl. Rodina ho přiměla k ambulantnímu protialkoholnímu léčení. Léčebný režim porušoval, i když věděl, že pít nemá. Když pil na léky, býval dříve opilý. Pracoval jako zedník, hned po roce 1989 pracovat do Rakouska, kde propukla duševní nemoc – byl přesvědčen, že ho honí mafiáni a chtějí ho zabít, že mu do pokoje dali odposlouchávací zařízení. Báł se i policie. Byl hospitalizován v Klosterneuburgu pro paranoidně persekční bludy. Přeložen do Psychiatrické léčebny v Opavě, blud již jen zbytkový. Přesto diagnostikována paranoidní schizofrenie jako rodinná zátěž. Získal však uspokojivý náhled na vlastní život, kritický k alkoholu a jeho požívání. Byl propuštěn ve stabilizovaném. Asi po 3 letech se však jeho chování zhoršilo a bylo již ovlivněno projevy duševní choroby. Doporučeno ochranné ambulantní psychiatrické léčení. Vyřízen invalidní důchod. Denně v hospodě, vracel se opilý, pomočený,

pokálený. Agresivní, napadal rodinu. Předepsané léky neužíval, snižovaly prý jeho sexuální potenci.

V roce 2000 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům, a to na základě předpokladu, že je primární paranoidní schizofrenik. Alkoholismus byl určen jako druhotný. Rok nato umístěn do Domova se zvláštním režimem. Opatrovnicí se stala manželka. V roce 2004 manželství skončilo rozvodem, opatrovnici ustanovena starší dcera. Lékaři však později došli k názoru, že se ve skutečnosti jednalo o dlouhodobý primární alkoholismus, přičemž popisované psychotické onemocnění nemělo typické znaky schizofrenní psychózy, ale alkoholové psychózy, která při vhodné léčbě a abstinenci v určitém intervalu odeznívá. Pacient a už obyvatel Domova se po léčích stabilizoval, občas má povoleno místo piva Pito. V domově se chová bezproblémově, personálem je chválen, už nemá příznaky schizofrenie, ale diagnostikovaný alkoholismus zůstává, je nutná abstinence a pravidelná medikace. Pacient je sice jednoduchou osobností, ale v poměrech domova je dobře zadaptovaný. Částečně mu byla vrácena způsobilost k právním úkonům.

Sociální prognóza – z výše uvedených důvodů existuje naděje, že by muž mohl být schopen samostatného života, pokud by existovala možnost chráněného bydlení s určitými výpomocnými službami a monitoringem života.

4.4 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumného šetření, teoretických poznatků, praktických zkušeností ze sociální práce s pacienty duševně nemocnými díky nadměrné dlouhodobé spotřebě alkoholu a výše uvedených 7 kazuistik jsem vypracovala následující doporučení pro praxi.

Myslím si, že plnění těchto doporučení ze strany nemocného dokáže do značné míry pozitivním způsobem ovlivňovat jejich další fungování a zlepšit tak i kvalitu jejich života. V případě motivace k léčbě alkoholismu mezi tato doporučení řadím pravidelnou spolupráci s psychiatrickou ambulancí, pravidelné užívání předepsané terapie, přísnou abstinenci, dostatečnou relaxaci, podporu rodinných příslušníků, udržování sociálních kontaktů a koníčků, zapojení se do následné péče a návštěv různých zařízení a poraden pro alkoholiky. Alkoholismus je onemocnění a je nutno ho léčit a nebát se stigmatizace po propuštění z protialkoholní léčby.

Samozřejmě nejdůležitější je neustále myslet na to, že v malých dávkách je alkohol lék, ale snadno se může stát nepřítelem, který nás nebude chtít pustit ze své pasti a vezme si vše, co jsme měli rádi.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámení veřejnosti s problematikou nadměrného konzumu alkoholu, že závislost na něm může vzniknout poměrně rychle a že zanechává devastující následky na psychickém i fyzickém zdraví. Závislost jde „ruku v ruce“ s psychickými poruchami jako například alkoholová demence, alkoholová schizofrenie či psychotické poruchy. Pokud se jedná o poruchu intelektu, konzumace alkoholu ji jen posílí. Bakalářská práce má poukázat na to, že závislost na alkoholu může postihnout lidi bez ohledu na společenskou úroveň, vzdělání nebo pohlaví. Je třeba si uvědomit, že léčba závislosti na alkoholu není ostuda a že rozhodnutí léčit se znamená schopnost žít nový život. Neexistuje žádný zázračný lék, který by člověk závislosti zbavil. Léčba znamená především práci s psychikou, snaží se, aby alkoholik porozuměl sobě samému a dokázal v sobě rozeznat to dobré. Léčba závislosti potřebuje především čas a velkou motivaci alkoholika se závislosti zbavit. Veřejnost často mívá o alkoholících mylné představy a předsudky, ale je si potřeba uvědomit, že nemožno odsoudit alkoholika, když nevíme, jaké důvody pro pití měl. V případě masivní konzumace se metabolismus postupně přizpůsobí účinkům alkoholu a sám alkoholik už není schopen si pomoci. Chronicky postižené alkoholiky s diagnózou duševního onemocnění je velmi těžké umístit do specializovaného domova, kterých je v naší republice málo, čekací doby jsou velmi dlouhé. Pro rodinu a blízké je takřka nemožné, aby péči doma zvládali sami. V těchto domovech mají zajištěnou lékařskou péči, medikaci, stravování, režim dne i aktivity. Pokud by tam nebyli umístěni, skončili by jako bezdomovci a zcela sociálně vyloučení.

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o problematice dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu a dopadem s následky na zdraví, jak na psychické, tak na fyzické úrovni. Uvádí informace o alkoholu jako takovém, jak působí na lidský organismus. Dále se zabývá vývojovými stádií závislosti na alkoholu, následně neuropsychotropními, somatickými a neurologickými komplikacemi. Praktická část obsahuje popis léčebného systému v Psychiatrické léčebně v Opavě a specifika práce sociální pracovnice protialkoholního oddělení, vlastní šetření a případy 7 kazuistik, které dokládají negativní vliv dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu na lidský organismus a to, že nezáleží na vzdělání či společenském postavení. Uvádí, že alkoholismus je onemocnění, že v případě problémů s alkoholem by se člověk neměl stydět a jít se léčit

SUMMARY

The bachelor thesis deals with the theoretical knowledge about the long-term excessive alcohol consumption and the impact of the health consequences to both mental and physical level. Provides information about alcohol as such, its effect on the human body. It also deals with developmental stages of alcohol dependence subsequently physical, somatic and neurological complications. The practical part contains a description of the treatment system in the Psychiatric Hospital in Opava and the specifics of the work of social workers alcohol department's own investigation and case 7 case studies that demonstrate the negative long-term impact.

Excessive consumption of alcohol on the human body and that does not depend on education or social status. It states that alcoholism is a disease that in case of problems with alcohol, one should not be ashamed to go to a cur.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. FIŠER,C, nedatováno, Prevence škodlivých účinků konzumace alkoholu, Česká technologická platforma pro potraviny.
2. HELLER,J, PECINOVSKÁ,O, Pavučina závislosti, Praha: TOGGA 2011
ISBN 978-80-87258-62-0
3. HELLER,J,PECINOVSKÁ,O, Závislost známá neznámá, Praha: Grada 1996
ISBN 80-7169-277-8
4. HÖSCHL,C, LIBIGER,J, ŠVESTKA,J, Psychiatrie, Praha: TIGIS, spol.s.r.o
2002, ISBN 80-900130-1-5
5. HÖSCHL,C ,Psychiatrie pro praktické lékaře, Jinočany: H&H 1996, ISBN 80-85-787-96-2
6. KUNDA,S, a kol., Klinika alkoholizmu, Martin: Osveta,n.p. 1988
ISBN 70-020-88
7. KŘIVOHLAVÝ,J, Psychologie zdraví, Praha: Portál,s.r.o.2001,
ISBN 80-7178-551-2
8. NEŠPOR,K, CSÉMY,L, Léčba a prevence závislostí, Praha: Psychiatrické centrum 1996, ISBN 80-85121-52-2
9. NEŠPOR,K, Návykové chování a závislost, Praha: Portál 2000,
ISBN 80-7178-432-x
10. NEŠPOR,K, Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami,
Praha: Sportpropag, a.s. 1996,
11. PRAŠKO,J,PRAŠKOVÁ,H, PRAŠKOVÁ,J, Deprese a jak ji zvládat,
Praha: Portál s.r.o.2003, ISBN80-7178-809-0
12. RAHN,E, MAHNKOPF,A, Psychiatrie,
Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o. 2000 ISBN 80-7169-964-0
13. SKÁLA,J, Alkoholismus, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1957
D-566314
14. SKÁLA,J,...až na dno!?, Praha: AVICENUM, 1988
15. ŠVAŘÍČEK,R, ŠEĐOVÁ,K, Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách,
Praha: Portál 2007, ISBN 978-80-7367-313-0
16. TOMEŠ,I, Obory sociální politiky, Praha: Portál,s.r.o. 2011,
ISBN 978-80-7367-868-5

17. ZÁŠKODNÁ, H, Závislost na drogách, Vydala OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
2004
18. www.dejinyalkoholu.blogspot.cz
19. www.plopava.cz
20. www.wikipedia.cz
21. www.alkoholik.cz
22. www.psychologiednes.eu

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Iveta Káňová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Problém nadměrného konzumu alkoholu.
Název v angličtině:	The problem of excessive alcohol consumption.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky problematiky dlouhodobého nadměrného konzumu alkoholu a devastující následky na zdraví po psychické i somatické stránce. Uvádí informace o alkoholu jako takovém a jak účinkuje na lidský organismus. Dále se zabývá vývojovými stadii závislosti na alkoholu a následně psychotropními, neurologickými a somatickými komplikacemi zdravotního stavu alkoholiků. Praktická část obsahuje popis léčebného systému protialkoholních stanic Psychiatrické léčebny v Opavě a specifickou práci sociální pracovníce na těchto odděleních. Vlastní šetření se zakládá na pracovních zkušenostech a studiu zdravotní dokumentace. Práce obsahuje 7 kazuistik, které dokládají devastující následky na psychickém i fyzickém zdraví díky dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu a závislosti na něm. V Bakalářské práci je poukazováno, že závislým jedincem se může stát kdokoli a nezáleží na pohlaví, věku, rodinných vztazích, vzděláním či společenským postavením. Alkoholismus musíme brát jako onemocnění a je třeba se léčit.
Klíčová slova:	Alkoholismus, závislost, léčba, sociální práce.

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the theoretical knowledge of long-term problems of excessive alcohol consumption and devastating consequences on the health of the psychic and somatic page. Provides information about alcohol itself and how the human body works . It also deals with developmental stages of addiction to alcohol and subsequently psychotropic , neurological complications and physical health status of alcoholics. The practical part contains a description of the treatment of alcohol treatment stations Psychiatric Hospital Opava a specific work of social workers in these departments own investigation is based on work experience and study of medical records . The work includes seven case studies that demonstrate the devastating consequences on mental and physical health due to long-term alcohol abuse and dependence. The work is pointed out that the addicted individual can become anyone, regardless of gender , age, family relations , education or social status . Alcoholism must be seen as a disease should be treated.
Klíčová slova v angličtině:	Alcoholism, addiction, therapy, social work.
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	58 stran (89 573 znaků)
Jazyk práce:	CZ

