

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**OBSAHOVÁ ANALÝZA
DOKUMENTŮ JEDINCŮ LÉČÍCÍCH
SE S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ**
CONTENT ANALYSIS OF DOCUMENTS OF INDIVIDUALS
BEING TREATED FOR ALCOHOL DEPENDENCE



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Jan Kalenda**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2021

V první řadě bych chtěl velmi poděkovat panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za jeho odborné vedení mé bakalářské práce, veškeré cenné rady, které mi poskytl a vstřícný přístup při konzultacích. Dále bych chtěl poděkovat svoji rodině, která při mně stála a rodině mé přítelkyně, která mi byla nápomocná. Největší díky patří mé přítelkyni Veronice, která mi byla oporou a strážným andělem v těžkých časech.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20.3.2021

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Alkohol jako psychoaktivní látka		7
1.1 Co to vlastně je alkohol?		7
1.2 Působení alkoholu na člověka.....		8
1.3 Stádia opilsti dle promile alkoholu v krvi		9
1.4 Poruchy vyvolané v souvislosti se zneužíváním alkoholu.....		11
2 Závislost na alkoholu		12
2.1 Vývoj alkoholové závislosti		13
2.2 Typologie osob závislých na alkoholu		14
2.3 Teorie vzniku závislosti		16
2.3.1 Psychoanalytické teorie vzniku závislosti		17
2.3.2 Behaviorální teorie vzniku závislosti		18
2.3.3 Neurobiologický model vzniku závislosti		19
2.3.4 Integrativní model		20
2.3.5 Genetické predispozice.....		21
3 Léčba alkoholové závislosti		22
3.1 Farmakoterapie.....		23
3.2 Psychoterapie		23
3.2.1 Behaviorální terapie		24
3.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)		25
3.2.3 Rodinná terapie.....		26
3.2.4 Systemická terapie.....		27

3.2.5 Terapeutické komunity	28
VÝZKUMNÁ ČÁST	29
4 Výzkumný problém	30
4.1 Výzkumné otázky.....	31
5 Zvolený metodologický rámec	32
5.1 Metoda získávání dat.....	32
5.2 Způsob získání materiálu	33
5.3 Vzorek a kritéria výběru.....	34
5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	34
5.5 Metoda analýzy kvalitativních dat	35
6 Analýza dat	36
6.1 Chod oddělení	36
6.2 Komplikace v léčbě.....	38
6.3 Terapie.....	39
6.4 Rodina a vztahy.....	40
6.5 Budoucnost.....	41
6.6 Vedlejší výzkumný cíl	42
7 Výsledky a odpovědi na výzkumné otázky	44
8 Diskuze	46
9 Závěr	49
10 Souhrn	50
11 POUŽITÁ LITERATURA	53
12 PŘÍLOHY	56

ÚVOD

Když si stoupnu doprostřed náměstí a rozhlédnu se, tak si všimnu, že jsem obklopen velkým množstvím různých restaurací, hospod, barů, „putyk“ a mnoho dalších provozoven, které mi mohou nabídnout alkoholické nápoje všeho druhu. Alkohol je totiž látka, na kterou je v naší zemi nahlíženo dosti dvojsečně. Na jednu stranu se česká kultura pyšní tím, že obsazuje jedny z prvních pozic v pití piva a ve světě se ví o českém pivu, o kterém se hovoří jako o velmi dobrém a kvalitním. Není tajemstvím, že někteří otcové svým nezletilým dětem dávají usrknout pivní pěnu a nedokáží si představit oběd bez natočené „dvanáctky“. Ovšem na alkohol se také nahlíží jako na drogu, která je nejen u nás, ale celkově ve světě značně zneužívaná. Pokud se člověk dostane do problémů s alkoholem, tak mu většinou nezbyvá nic jiného, než si nechat pomoci od profesionálů, protože samoléčba bez patřičné odborné pomoci většinou končí nezdarem. Textů různých odborníků jak vidí léčbu je na internetu a v literatuře nepřehledné množství, avšak to, jak vidí léčbu samotní závislí se už tolik pozornosti nevěnuje. Ten, kdo si neprošel procesem léčby si moc nedokáže představit, co všechno to obnáší. Každý člověk, který propadnul alkoholu, má jistě svůj životní příběh, co stojí za to si přečíst. Proto mě v mě bakalářské práci zajímalo, jak na léčbu nahlíží klienti, kteří se léčí se závislostí na alkoholu a jaký mají životní příběh. Zejména jsem se snažil zjistit, co může léčbu komplikovat a naopak, co jim v léčbě pomáhá. Jsem si vědom toho, že léčba závislostí je komplexní fenomén a proto jsem zvědav a věřím, že mi klienti přiblíží svůj pohled na léčbu, že budou sdílní a otevření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol jako psychoaktivní látka

Pojem psychoaktivní látka se používá pro každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost člověka. Na některých psychoaktivních látkách si lze vypěstovat závislost a potom o nich hovoříme jako o návykových látkách. Závislost rozlišujeme na somatickou (fyzickou) a psychickou. Somatická závislost se projevuje nepříjemnými tělesnými příznaky, mezi které patří pocení, třes, průjem a křeče. Těchto projevů je samozřejmě více, ale pro ujasnění zde uvádím pouze pár. Zatímco somatická závislost je doprovázena tělesnými projevy, tak u psychické závislosti se objevuje pocit puzení až touhy užít látku znovu kvůli jejím příjemným účinkům, nebo abychom odstranili nepříjemné pocity. Velmi často se oba typy závislosti propojují. Jedná se o komplexnější charakteristiku příznaků, a proto mnohdy hovoříme o psychosomatické závislosti (Fischer, Škoda, 2014). „*Nelegálně šířená a zneužívaná psychoaktivní látka vyvolávající závislost se často označuje jako droga*“ (Fischer, Škoda, 2014, 82). Vědním oborem, který se zabývá závislostí je **adiktologie**. Snaží se na problematiku psychoaktivních látek nazírat jako na **fenomén komplexní povahy**, kterým vsutku je. Závislost se dá vypěstovat opravdu snad na čemkoliv. Pokud pomineme závislost vyvolanou drogami, tak se dále můžeme setkat například se závislostí na hracích automatech (gambling), na sexu, na televizi nebo dokonce na mobilních telefonech, což jsou věci takřka denní potřeby (Řehan, 2007).

1.1 Co to vlastně je alkohol?

Samotný název alkohol má původ v arabském slově **al-ka-hal** a znamená jemnou a zvláštní látku. Vzniká fermentací cukru za působení kvasinek při teplotě 77 stupňů, ale zastoupené procento alkoholu je nízké. Proto se dále využívá procesu destilace, který navyšuje sílu alkoholických nápojů. Zajímavostí je, že alkohol můžeme získat z jakékoliv formy cukru nebo škrobu (Skála, 1988). Oproti ostatním psychoaktivním látkám, které mají složitější struktury, je chemický vzorec alkoholu C_2H_5OH . Tedy konkrétně se skládá z uhlíku, vodíku a hydroxylové skupiny. I přes její řekněme „nezajímavé složení“ je schopna s člověkem udělat vcelku zajímavé věci. Označení alkohol pojednává o chemické látce, která je součástí alkoholických nápojů, ovšem správné chemické označení je

ethylalkohol, či **ethanol**. Jedná se o bezbarvou tekutinu, kterou dělají atraktivní právě přidané dochucovadla, jenž jsou přidány během přípravného procesu. Čistý alkohol by člověku v žádném případě nechutnal (Edwards, 2004). Kupříkladu známe pivo z kopřiv nebo pampeliškové víno (Skála, 1988). Dle Světové Zdravotnické Organizace (WHO) (1994) se na alkohol mnohdy nahlíží také jako na sedativum, nebo hypnotikum právě díky jeho tlumícímu efektu na organismus.

1.2 Působení alkoholu na člověka

Celý organismus člověka je zasažen působením alkoholu. To, v jaké míře se efekt alkoholu projeví, je závislé na několika faktorech. Vše se odvíjí od vypitého množství, předchozích zkušenostech, pravidelnosti konzumace a mimo jiné se příkládá důležitost i kontextu v jakém se alkohol užívá.

Aplikovat si alkohol do těla můžeme několika způsoby. Pomocí kůže, vmasírováním čímkoliv, co v sobě obsahuje alkohol, a vdechováním při výrobním procesu. Avšak zde hovoříme o velmi malém množství, které nemá žádný efekt a neovlivňuje tak nepříznivě jedince (Skála, 1988). Nejpřirozenější cestou pro člověka, jak si můžeme aplikovat alkohol do krve a zasáhnout tak organismus, je pomocí úst ve formě tekutiny (Doweiko, 2012). Požitý alkohol následně putuje do trávicího traktu, z něj do jater a odtud do krevního oběhu celého organismu (Skála, 1988). „*Hladina alkoholu v krvi nebo v mozku se pak bude pomalu zvyšovat asi 30 až 60 minut, dokud se nedokončí jeho vstřebávání*“ (Edwards, 2004, 13). Vše je samozřejmě záležitostí dosti individuální. Zde uvádím pouze orientační časový úsek. Pokud je člověk nalačno a vypije nápoj koncentrovanější povahy, tak se vstřebává rychleji, než u jedince sytého, který vypil nápoj slabší. Alkohol není přirozenou látkou vyskytující se v našem organismu, a proto na ni tělo reaguje jako na cizorodou. Snaží se jí zbavit, přesněji odbourat, a hlavní funkcí zde plní játra (Edwards, 2004). Játra odbourají alkohol pomocí **enzymu alkoholdehydrogenázy**, přes acetylaldehyd, na acetát, až na vodu a oxid uhličitý. Toto činí zhruba 60 – 90 % odbouraného alkoholu. Zbytek je z organismu vylučován dechem, močí a potem. I přes to, že se při zvýšené fyzické námaze více potíme, nemá fyzická aktivita vliv na eliminaci alkoholu v těle, protože alkohol není přímým zdrojem energie pro metabolismus (Skála, 1988).

Molekuly alkoholu se poměrně rychle rozvádí do tkání bohatých na krev a jejich působení se nevyhne ani král mezi orgány, **mozek**. Zpočátku je stav euforický, avšak při větším množství se reakce mění (Doweiko, 2012). „Právě děje v mozkových neuronech a synapsích spojené s mediátory, receptory, jejich metabolismus, tvorba, interakce a regulace apod. stojí v ohnisku zájmu a teorií vysvětlujících příčiny vzniku duševních poruch a stavů“ (Orel, 2020, 38). V návaznosti na mozek a příčiny duševních abnormalit Orel (2020) hovoří o takzvaně **neuromediátorových hypotézách**. Mezi hlavními uvádí **membránovou hypotézu**, která hledá příčiny duševních poruch na základě změn složení a atributů membrán neuronů. Dále **transportní hypotézu**, kde jsou důležitými faktory změny přepravy iontů a jiných látek skrze membrány neuronů. A **receptorovou hypotézu**, kde je hlavní vliv receptorových systémů, které zaměřují pozornost například na **dopaminergní systém**, který má dominantní zastoupení v procesu závislosti. Konkrétně o neurobiologickém modelu vzniku závislosti, kam spadá již zmiňovaný dopaminergní systém, se zmíním v jedné z dalších kapitol.

Při zmínce o neuromediátorech si dovoluji zmínit dva, které jsou alkoholem velmi silně ovlivněny a těmi jsou **gamma-amino-máselná kyselina** neboli **GABA** a **n-metyl-D-aspartát** zkráceně **NMDA** (Doweiko, 2012). GABA patří mezi inhibitory v mozku a NMDA se řadí mezi excitační aminokyseliny (Orel, 2015). Alkohol se naváže na některé receptory GABA a podtrhuje efekt útlumu, ovlivňuje paměť, snižuje aktivitu a dodává pocit euforie. Zatímco v případě NMDA, alkohol blokuje iontové kanálky a zpomaluje rychlost přenosu informací (Doweiko, 2012). Tento mechanismus neuronálních sítí je samozřejmě mnohem složitější, ale obecně tedy můžeme říct, že molekula alkoholu ovlivňuje systém neurotransmiterů, díky kterému je zajišťována rovnováha mezi aktivitou a útlumem neuronů a mozku obecně (Edwards, 2004). Jako první je zasažena vývojově nejmladší část mozku, tedy mozková kůra, podkoří a mozeček a prodloužená mícha. Účinek alkoholu od počátku tlumí mozkovou kůru a výsledkem útlumu je stav podráždění a odstranění vlivu společenských pravidel (Skála, 1988).

1.3 Stádia opilsti dle promile alkoholu v krvi

Víme, že vypité množství alkoholu bude na každého jedince působit lehce odlišně a to na základě různých faktorů, kterými jsou například věk, stavba těla, váha, pohlaví, sytost

a některé další, které jsem zmínil v předchozí kapitole. Ovšem je dobré si ujasnit kolik alkoholu jsme zhruba schopni v těle snést a jaká úroveň by pro nás mohla být již smrtelná. Toto vymezení je lehce odlišné, avšak jádro se u různých autorů podobá.

Nyní si vymezíme jednotlivé stádia opilosti dle promile alkoholu v krvi. Díky přehlednosti a stručnosti mi přišlo sympatické rozdělení dle K. Kaliny. K. Kalina (2008) rozlišuje intoxikaci alkoholem do čtyř stádií v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. **Excitační**, euforické stadium (0,5-1,0 promile) – euforie, rád uzavírá přátelství, hovorný, sebevědomý, veselý výraz v obličeji, posunuté hranice.
2. **Hypnotické** stadium (1,0-2,0 promile) – prodloužení reakcí, porucha rovnováhy, problém se sebekontrolou, lehká podrážděnost.
3. **Narkotické** stadium (2,0-3,0 promile) – závratná porucha koordinace, zmatenost, blouznění, nesrozumitelná řeč, agresivita, zvracení.
4. **Asfyktické** stadium (3,0-5,0 promile) – bezvědomí až stav kómatu, mimovolné močení a kálení, selhání dýchání a oběhu.

Vzhledem k tomu, že je alkohol hojně užíván a tolerován ve společnosti, tak je zapotřebí uvést Skálovo (1988) rozdělení do čtyř základních skupin podle toho, co lidé od alkoholických nápojů očekávají. První skupinou jsou **abstinenti**, kteří „... *umějí uhasit žízeň i uspokojit svou chuť kteroukoli tekutinou, v níž není žádný alkohol, protože požití této drogy v sebemenším množství odmítají...*“ (Skála, 1988, 6). Druhou skupinou jsou **konzumenti**. Tito lidé požívají alkohol příležitostně, aby uspokojili svou chuť. Například je běžné si při ochutnávce sýrů dát decilitr vína, po dobrém obědě vypít jedno pivo, nebo dochutit čaj kapkou rumu. Třetí skupina jsou **pijáci**. Zde dochází k užívání alkoholických nápojů zejména jako zdroj euforických pocitů a odstranění duševní nepohody. Velmi často a rychle se z třetí skupiny dostaneme do skupiny čtvrté, nebo-li **alkoholici** (Skála, 1988). Avšak název alkoholici se dnes již tolik nepoužívá pro jeho pejorativní nádech. Hovoříme o syndromu závislosti na psychoaktivních látkách, včetně alkoholu a problémech jimi vyvolaných. Na tento syndrom se více zaměřím v kapitole o závislosti.

1.4 Poruchy vyvolané v souvislosti se zneužíváním alkoholu

Výše jsem uvedl, jak vlastně alkohol působí na náš organismus. Rozdělil jsem jedince do skupin podle toho, co od alkoholu očekávají, stanovil jsem i jaká míra alkoholu může být pro člověka až smrtelná. Kromě krátkodobého stavu pohody na nás alkohol může působit i velmi negativně. Ve světě je známa řada psychoaktivních látek, mezi které samozřejmě spadá i alkohol. K této látce je společnost velmi tolerantní, ačkoliv se ví o škodách, které může napáchat.

Za podstatné se považuje způsob a účel jeho užívání. Alkohol umí různě ovlivnit naše kognitivní a behaviorální projevy. Množství vypitého alkoholu a frekvence jeho užívání se dále rozřazuje. Mezinárodní klasifikace nemocí, o níž se zmiňuji později, rozlišuje druhy poruch podle hlavní zneužívané látky. **Duševní poruchy a poruchy chování** vyvolané požíváním alkoholu se označují **F10.x** a na místo x se dále doplní jeden z kategorie stavů (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012). Nyní jich pár uvedu.

Akutní intoxikace (F10.0) se rozumí přechodný stav vyvolaný alkoholem. Dle hloubky intoxikace jsou narušené kognitivní a behaviorální složky jedince, mezi které spadá například myšlení, vnímání a vědomí. **Škodlivé užívání** označované jako (F10.1) používáme tehdy, pokud dlouhodobé zneužívání způsobuje somatické nebo duševní komplikace projevující se nejčastěji ve formě jaterní cirhózy nebo depresivních stavů. O **Syndromu závislosti** (F10.2) se zmíním samostatně v další kapitole (Raboch, Pavlovský, Janotová 2012). Dalším je **Odvykací stav** (F10.3), pro který jsou typické somatické a psychické příznaky. Psychické příznaky se projevují neklidem, podrážděností, nespavostí. Mezi somatické příznaky patří bolest hlavy, nevolnost, zvracení, křeče, pocení a třes. **Odvykací stav** může být vystupňovaný až doprovodem kvalitativní poruchy vědomí, známé jako **delirium tremens** (F10.4), kdy jedinec trpí až poruchami vnímání a myšlení. Pro tyto případy je typická mikrozoopsie, neboli halucinace malý zvířat a hmyzu. Dalším stavem jsou **Psychotické poruchy** způsobené užíváním alkoholu (F10.5), taky známé jako toxické psychózy (Orel, 2020). Řehan (2007) uvádí například Korsakovu alkoholickou psychózu, která se vyskytuje u lidí se závislostí na alkoholu a jeho dlouhodobém nadužívání. Mezi hlavní příznaky patří fatální narušení paměti a domýšlení si narušených paměťových stop nebo-li konfabulace. Poruchy paměti jsou tak závažné, že zde můžeme hovořit až o nezvratném poškození. Častá je i Alkoholická paranoidní psychóza. Tento stav

bychom mohli klasifikovat jako paranoidní schizofrenii, kdyby tomu nepředcházelo dlouhodobé a pravidelné nadužívání alkoholu. Vyznačuje se narušeným myšlením s bludy a poruchou vnímání zastoupenou halucinacemi. V neposlední řadě je znám velmi závažný případ, kdy má alkohol silně negativní vliv na plod matky, hovoříme o něm jako o **Fetálním alkoholovém syndromu**. U dítěte se mohou projevit poruchy růstu, dysfunkce centrální nervové soustavy a například deformace očí, nosu a úst.

Těchto stavů je samozřejmě více a různé látky se mohou mezi sebou kombinovat. Pro přehled a základní uvedení do kontextu jsem uvedl pouze malý výčet.

2 Závislost na alkoholu

Nyní se dostáváme k samotnému jádru problému, tedy závislosti na alkoholu. Závislostní potenciál alkoholu je více než zřejmý. Pokud člověka začne zajímat alkohol ve větší míře a doslova mu propadne, tak se ocitá v začarovaném kruhu závislosti. Nejenže dochází k poškození organismu, ať už na psychické nebo biologické úrovni, ale další částí, která je zasažena, jsou mezilidské vztahy. Osoby blízké jedincům trpící závislostí na alkoholu si prochází negativním scénářem, který bychom mohli připodobnit tomu, se kterým se potýká samotný závislý. Léčba závislosti na alkoholu je běh na dlouhou trať a v mnoha případech se jedinci k alkoholu vrací. Z čehož vyplývá, že ne vždy se podaří závislost na alkoholu vyléčit.

Jako první pojem alkoholismus použil v roce 1849 švédský lékař Magnus Huss. Toto slovo však neslo jiný význam, než má dnes. Huss termín používal pro označení spektra fyzických komplikací, které mohou nastat při nadměrném užívání alkoholu. Vleklé spory o uznání alkoholismu jako nemoci se dočkaly úspěchu o řadu let později (Edwards, 2004).

V současnosti existují dva klasifikační systémy duševních onemocnění a poruch. Prvním z nich je **10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí**, kterou se řídí evropské země. Zatímco v zemích Severní a Jižní Ameriky, včetně Austrálie a Nového Zélandu se převážně užívá **5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch**, který spadá pod Americkou psychiatrickou asociaci (Orel, 2020).

Vzhledem k tomu, že patříme do evropských zemích, tak definici z DSM-5 ponecháme zatím nevyužitou a zaměříme se na, pro nás adekvátní, MKN-10. Samotná Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z MKN-10 a vytvořila definici závislosti na psychoaktivních látkách, mezi které spadá samozřejmě i alkohol. Závislost na alkoholu považuje za chronické a recidivující onemocnění (Nešpor, 2018). Definice syndromu závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí zní: *„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“* (Nešpor, 2018, 18). Abychom mohli v konečném důsledku hovořit o syndromu závislosti na alkoholu, tak se u jedince musí, během jednoho roku, objevit tři nebo více z následujících úkazů:

1. **Silná touha**, či **puzení** konzumovat alkohol.
2. **Obtíže v sebeovládání** při konzumaci alkoholu co do počátku a množství.
3. **Tělesný odvykací stav** a účelem užívání alkoholu je zmírnit tento stav.
4. Průkaz **stoupající tolerance** alkoholu nebo-li potřeba navyšování dávek za účelem dosažení žádoucího efektu.
5. **Zanedbávání zájmů** a jiných aktivit, které přinášejí do života potěšení a zaměření se na získání nebo užívání alkoholu.
6. Kontinuální užívání alkoholu i přes jasný **důkaz toxického a škodlivého působení** na zdraví, vztahy a na jiné sféry života (Nešpor, 2018).

2.1 Vývoj alkoholové závislosti

Závislost na alkoholu je proces, který se vyvíjí v prostoru, kontextu a čase. Každý přikládá alkoholu zcela jiný význam, jak jsme si stanovili na začátku. Lidé ho užívají jak pro své euforické účinky, tak rovněž pro odbourávání sociálních zábran, povzbuzení sebevědomí a často i jako tišení vnitřní bolesti. Ačkoliv nám může dodat pocit

sebevědomí, tak nic by se nemělo přehánět a jeho nadměrné konzumování je spojeno s rozvojem závislosti.

Jedním z předních odborníků na alkoholovou závislost byl E. M. Jellinek. Tento alkohololog rozpracoval proces vývoje závislosti do čtyř stádií:

1. **Stadium prealkoholické, počáteční** – zde hovoříme o prvních projevech, kdy si člověk sám uvědomuje, že alkohol konzumuje v jinací míře než ostatní. Důležitým faktorem je pocit úlevy, který mu alkohol přináší a v důsledku toho se tedy zvedá i množství vypitého alkoholu.
2. **Stadium varovné, prodromální** – varování nacházíme ve zvyšující se toleranci k alkoholu. Dochází k obtížnému sebeovládání při konzumaci alkoholu a objevují se alkoholové okénka (palimpsesty). Často se člověk za své chování stydí a propadá výčitkám nebo dochází k racionalizaci. Druhé stádium odpovídá škodlivému užívání.
3. **Stadium kruciální, rozhodné** – nacházíme se ve stadiu, kdy dochází ke konfliktům, ať už v interpersonálních vztazích nebo i se zákonnými normami. Vzrůstá tolerance a nad konzumací již chybí kontrola. Ačkoliv je člověk přesvědčen, že kdyby sám chtěl, přestane pít, tak jedinci vyhledávají společnost lidí, kteří také konzumují alkohol a vidí v nich sociální oporu, protože jej nekritizují. Probíhají zde změny osobnostních vlastností, zájmu a hodnot.
4. **Stadium konečné, terminální** – je totožné se syndromem závislosti. Člověk závislý na alkoholu není schopen bez alkoholu vydržet. Neustále doplňuje hladinu v krvi a objevují se psychické a somatické poruchy. Dotyčný si je vědom svých problémů, protože má problémy, ať už pije nebo nepije, a není v jeho silách závislost zvládnout. Obecně lze říct, že člověk není schopen fungovat a bloudí v začarovaném kruhu (Fischer, Škoda, 2014).

2.2 Typologie osob závislých na alkoholu

Velmi závažné problémy s poruchami užívání alkoholu, včetně závislostí, se objevují téměř po celém světě. Grant a kolektiv (2004) zveřejňuje, že právě ve Spojených státech amerických jsou závislosti a zneužívání alkoholu čtvrtou nejčastější příčinou

zdravotních komplikací a vyskytují se téměř u 8,5% populace. Aby se mohli lidé s nadměrným užíváním alkoholu a syndromem závislosti dobře a kvalitně léčit, tak probíhala snaha klasifikovat je do subtypů, kde sdílejí základní charakteristiky. Mezi ty nejznámější typologie patří Jellinekova a Leschova. Toto rozdělení přináší jasnější náhled na problém a také přesnější strategii léčby (in Leggio, Kenna, Fento, Bonenfant a Swift, 2009). Veškeré informace vztahující se k jednotlivým typologiím jsou jistě zajímavé, ovšem nad rámec našeho textu, takže si je přiblížíme jen rámcově, abychom získali stručný přehled.

Oba se snažili rozdělit a vysvětlit okolnosti nadměrného užívání a každý k tomu přistupoval ze svého hlediska. **Jellinekova** (1960) **typologie** se člení do pěti typů, kterými jsou alfa, beta, gama, delta a epsilon. Užívá řecké abecedy, aby nedošlo ke zmateným překladům jednotlivých zemí, neboť počítá s tím, že v každé zemi se objevuje problém s abúzem alkoholu. **Typ Alfa** představuje čistě psychologickou tendenci pít, kdy se člověk spoléhá na anxiolytický účinek alkoholu, který tlumí jak tělesnou, tak psychickou bolest ve formě vnitřních konfliktů. Jedná se o pití, které nevede ke ztrátě kontroly a vzniku závislosti (Jellinek, 1960). U typu Alfa je běžné, že s odezněním problémů odeznívá i pití alkoholu. Nicméně s příchodem nových nepokojů se může objevit i tendence pít (Řehan, 2007). **Typ Beta** je podmíněn vlivem společnosti, tedy potřebu někam patřit. Jedinec pije při společenských událostech, jako jsou například narozeniny, svatba, či posezení s přáteli a sám o sobě nemá tendenci pít. Není zde riziko vzniku závislosti, avšak se může přehoupnout do některé z následujících typologií (gama, delta) (Jellinek, 1960). Řehan (2007) podotýká, že je zde riziko podnětu, které může ovlivnit míru pití. **Typ Gama** navazuje na typ Beta a objevují se zde už faktory související s fyzickou závislostí neboli cravingem, též známé jako bažení. Stoupá alkoholová tolerance a ztráta kontroly nad pitím. U **typu Delta** se pití alkoholu objevuje už i tajně a mimo sociální skupinu. Jedinci ztrácí kontrolu a nedokáží abstinovat. Typické jsou abstinenční příznaky (Jellinek, 1960). Prohlubují se negativní psychické a somatické důsledky a častější výskyt Delta typu nacházíme u žen (Řehan, 2007). **Typ Epsilon** také známý jako dipsomanie, neboli kvartální pijáctví jsou epizody opileckých stavů, které se objevují po delší době abstinence. Trvají řády dnů až týdnů (Jellinek, 1960).

Leschova (Schlaff, Walter, Lesch, 2011) **typologie** vychází z 30 let zkušeností a výzkumů a ukázala se jako užitečná v klinické sféře. Tato typologie je založena na datech

z longitudinální studie čítající zhruba 436 klientů závislých na alkoholu. Rozděluje alkoholově závislé do čtyř subtypů.

Do českého prostředí se dostal překlad jednotlivých subtypů, které nesou název – Typ I - Alergický model, Typ II - Model řešení problémů a úzkosti, Typ III - Model alkoholu jako antidepresiv a Typ IV – Podmiňovací model. U všech těchto typů je popsána příčina vzniku závislosti, odvykací stav a jeho doba trvání včetně doporučené léčby a mnoho dalšího (Fidesová, Miovský, 2020). V případě přerušení příjmu alkoholu se objevují velmi nepříjemné abstinenční příznaky, které se projevují jako třes, pocení a neklid. Lidé spadající do **Alergického modelu (Typ I)** mají tendenci užívat alkohol právě proto, aby zmírnili své abstinenční příznaky. Pro **Model řešení problémů a úzkosti (Typ II)** je typické, že se osoby obracejí k alkoholu kvůli jeho anxiolytickým a zklidňujícím účinkům. Příčinou jsou nepříjemné konflikty, které u jedinců vyvolávají úzkost a pití alkoholu je bráno jako strategie řešení konfliktů. Zde nacházíme jisté analogie s Jellinekovým typem. Pro **Model alkoholu jako antidepresiv (Typ III)** je typické zneužívání alkoholu pro jeho vlastnosti, které zlepšují náladu a navozují spánek (Schlaff, Walter, Lesch, 2011). Ačkoliv se může zdát, že alkohol dopomáhá ke spánku, tak paradoxně právě přispívá k problémům se spánkem. Narušuje klidný a celkový průběh spánku a také tlumí REM fázi spánku. Konkrétně aldehydy, které se tvoří při odbourávání alkoholu v těle, zabraňují mozku přepnout do REM fáze spánku. U jedinců se závislostí na alkoholu se může stát, že se u nich neobjevují téměř žádné známky REM fáze, což může zapříčinit další problémy (Walker, 2018). U **Podmiňovacího modelu (Typ IV)** nacházíme abnormality již v dětském vývoji. Zejména se jedná o poranění mozku (bezvědomí), mozková onemocnění (meningitida) nebo například koktání, pomočování a jiné, které lze nalézt v anamnéze klientů (Schlaff, Walter, Lesch, 2011).

2.3 Teorie vzniku závislosti

Důvodů proč se člověk stane závislý na alkoholu je spousta. Různé přístupy a směry nejen v psychologii se snaží vysvětlit proč se člověk stává závislým, ale setkáváme se spíš s jevem, kdy otázek přibývá a odpovědí moc není. Zároveň je důležité si uvědomit velké množství proměnných, které mohou podnítit vznik a rozvoj závislosti. Na příkladu

několika teorií se pokusím přiblížit příčiny vzniku a rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách.

2.3.1 Psychoanalytické teorie vzniku závislosti

Psychoanalýza, též hlubinná psychologie je jedním z hlavních směrů v psychologii. Snaží se poukazovat na nevědomé aktivity psychického života a vychází z předpokladu, že vývoj člověka je ovlivněn zkušenostmi v **raném období dětství**. Za zdroj psychické energie jsou považovány pudy, které mají agresivní/sebezáchovný a sexuální charakter. Energetická složka sexuálního pudu nese pojmenování **libido**. Vycházelo se z učení Sigmunda Freuda a známá je jeho teorie psychosexuálního vývoje, jehož základními etapami jsou fáze orální, anální, falická, latentní a genitální. Při negativním průběhu vývoje dochází podle Freuda k fixaci či regresi na některou z etap (Plháková, 2006). V psychoanalýze byl kladen důraz na nalezení tzv. **prealkoholové** osobnosti, jejíž důsledek se přikládá vytvořením fixace libida v orální fázi. Příčiny fixace se pojily se špatným zacházením ze strany matky, ať už se jednalo o jeden nebo druhý extrém (nadměrnou péči či lhostejný přístup) v dětství. K fixaci může dojít i díky nedostatečné orální stimulaci. Po rozšíření teorie se ukázalo, že porucha nemusí nutně vzniknout pouze v orální fázi, ale v kterékoliv fázi vývoje. Významným mezníkem v psychoanalytickém přístupu byla **teorie attachmentu** vytvořená Johnem Bowlbym. Egopsychologové se v pozdějším období zaměřili na vztah závislého jedince a jeho **ego-defenzivních mechanismů**. Ke zneužívání látek dochází jako redukce negativních pocitů, které není možné odstranit vlastní silou jedince. Jedná se o reakci na vnitřní konflikt, který by se dal považovat za vlastní léčebný postup (Váchová, Janů, Racková, 2009). Za ukázkou jistě stojí teorie, jimiž se autoři snaží vysvětlit vznik závislosti na psychoaktivních látkách. Leon Wurmser (1984) zastává názor, že užívání psychoaktivních látek je založeno na **silných intrapsychických narcistických konfliktech** způsobených krutým destruktivním superegem a pokusem uniknout z těchto nebezpečných afektů. Tento stav vychází z traumat prožitých v raném dětství. Jde zejména o kruté opouštění, fyzické násilí a sexuální zneužívání (in Wojtynkiewicz, 2018). Naopak Murphy a Khantzian (1995) nevidí problém v konfliktech, ale v **deficitech**. Zneužívání návykových látek chápou jako **kompenzování daného deficitu ega**. Centrální problém v

závislosti jsou zranitelné, slabé a nepřizpůsobivé struktury self. Užívání drogy jim přináší pocit pohody a kompenzuje daný deficit (in Thombs, Osborn, 2019).

2.3.2 Behaviorální teorie vzniku závislosti

Dalším vlivným směrem, který zkoumal vznik závislosti je behaviorismus. Tento směr psychologie, vytvořený ve 20. století v Americe, stojí v opozici proti psychoanalýze a nezaměřuje se na nevědomé aspekty psychického života, ale jeho předmětem jsou **objektivně pozorovatelná fakta**, které nachází v chování. Schéma **stimulus - reakce (S - R)** je bráno jako výchozím paradigmatem. Za zakladatele a současně největší osobnost behaviorismu je považován John Broadus Watson (Plháková, 2006).

Z pohledu behaviorální psychologie **je závislost naučenou reakcí**. Užíváním drogy dochází k libým pocitům a při nedostatečné stimulaci se u člověka objevuje tenze po odměně. Napětí lze redukovat opakovaným užíváním a zpevňováním tohoto vzorce chování. Po užití drogy, odměny, dochází ke snížení napětí a je zde přímá úměra v závislosti na dávce, tedy čím vyšší tenze, tím vyšší/častější dávka drogy a lepší zpevnění vzorce chování. V pojetí behaviorální psychologie se setkáváme s tím, že závislost na alkoholu je proces naučený a lze ho tedy **i přeučit**. Zde se staví medicína do opozice a hovoří o ireverzibilitě ztráty kontroly pití (Váchová, Janů, Racková, 2009). J. Skála (1988) je zastáncem toho, že veškeré problémy, které se u alkoholiků objevují jim působí zničující vnitřní bolest, kterou tlumí, pro ně snadno dostupnou, „medicínou“ – alkoholem. Dochází zde tedy ke zmíněnému vzorci **stimul - reakce**. Jedinci pokračují v užívání drog i přes všechny špatné aspekty a dopady. Proč se toto děje, je otázka, jenž se snaží zodpovědět nespočet lidí. Uvádím jedno z objasnění, které přinesl Wikler (1948, 1980) se svým **negativním reinforcementem**, neboli zpevněním. Při pozorování jedinců závislých na opiátech si povšiml, že vykazují abstinenci chování již po prvním požití drogy. Přichází s nápadem, že opětovnou aplikací drogy se bude **předcházet nepříjemným podnětům**. Toto učení je typické pro behavioristy. Hlavní motivací v užívání psychoaktivních látek je tedy vyhnout se nepříjemným podnětům. Pokud jedinec závislý na alkoholu začne pociťovat abstinenci příznaky (pro něj nepříjemné podněty), tak jeho hlavní motivací je se těchto podnětů zbavit, za pomoci opětovného požití drogy, v našem případě alkoholu.

Prožívá tak negativní reinforcement (zpevnění) ve formě odstranění abstinčních příznaků (in Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, 2004). O další vysvětlení se snažil Bandura, který přišel s **teorií učením nápodobou**. Ve zkratce jde o to, že jedinci přejímají vzorce chování od jiných, kteří jsou pro ně vzorem (rodič) a nebo se snaží zapadnout do skupiny vrstevníků. Učení nápodobou je tedy typické u dospívajících, kteří si teprve utvářejí vzorce chování (Řehan, 2007).

2.3.3 Neurobiologický model vzniku závislosti

Nyní naváží na již zmíněný dopaminergní systém, o kterém jsem psal v kapitole, kde jsem se snažil přiblížit působení alkoholu na mozek.

Díky velkému rozvoji neurověd začal neurobiologický model vzniku závislosti dostávat vedoucí pozici. V mozku se nachází síť neuronů, jejichž hlavním mediátorem je dopamin, který je uvolňován **dopaminergními neurony**. Tato síť je klíčová v hypotéze závislostního chování. Mozek si navykne na stimulaci dopaminového systému užíváním alkoholu a člověk se dostává do **začarovaného kruhu závislosti** – chci ještě, chci více. Tato hypotéza se jmenuje **systém odměny v mozku** (Orel, 2015). Musíme si uvědomit, že mozek je složitý systém a veškeré procesy v něm jsou mnohem komplexnější než zde uvádím. Abych přiblížil funkci systému odměny v mozku, tak jsem toto vysvětlení zestručnil.

Systém odměny je od 70. let spojován s oblastí v mozku zvané striatum. Vzhledem ke komplexnosti mozku se zvažovalo i zapojení dalších funkčních a anatomických struktur než jen samotný systém odměny. Neurobiologický model vzniku závislosti se snaží rozklíčovat otázku, jak působením drogy na mozek dochází k behaviorálním změnám projevujícím se závislostním chováním. Z pohledu tohoto modelu nahlížíme na závislost jako na **chronické recidivující onemocnění mozku**, které se podle K. Kaliny (2008) projevuje některými následujícími behaviorálními projevy:

- Aplikace drog nabývá **kompulzivního charakteru**.
- **Přirozený zdroj odměny** již pro závislého jedince **není primární** a na tuto pozici se dostává užívaná psychoaktivní látka.
- Chování je kontrolováno podněty asociované se **získáním nebo i užitím** drogy.

- Je zde **vysoké riziko relapsu** (znovu užití) a to i po letech abstinence.

System odměny mozku se řadí mezi vývojově starší struktury a je jedním z regulátorů potřeb jako jsou: **reprodukce**, pocit tělesné **pohody** a **přežití** jedince. Situace potřebné pro přežití jsou spojovány s **libými pocity** (odměnou), aby tak docházelo k vyšší pravděpodobnosti jejich zopakování. Souhrnný název pro tyto situace je **přirozený zdroj odměny**. Patří sem například jídlo, sex a zdroje ve formě sociálních vztahů. System odměny jim přisoudí, zda se jedná o libou, či nelibou hodnotu. Asociace s nelibou hodnotou system odměny zopakovat nechce, zatímco u podnětů s libou hodnotou je opakování žádoucí. Tímto mechanismem dojde k propojení podnětu s odměnou a aktivaci behaviorální složky za účelem dosáhnout odměny. **Droga** patří do **umělých odměn**, které se od přirozených odlišují tím, že:

- Je **rychlejší** a **jednodušší** dosažení odměny.
- Odměna je **mnohonásobně silnější** a z hlediska výdeje dopaminu účinnější.
- **K zastavení** přijímání umělé odměny **nemá** organismus vytvořen dostatečné **mechanismy** (Kalina, 2008).

2.3.4 Integrativní model

Integrativní modely se snaží přijít s přístupem, který **kombinuje několik faktorů** dohromady a vytváří tak komplexnější náhled na problematiku závislosti. Jedním takovým modelem je **Urbanův interakční model**, též známý jako **tetraedr**. Eduard Urban se řadí mezi významné osobnosti, které se zabývaly problematikou závislosti na alkoholu. Navázal na Kielholzův model a ke třem proměnným přidal čtvrtou, díky čemuž vznikl tetraedr, nebo-li čtyřstěn, jako komplexnější a zároveň ucelenější system. Tento system se skládá ze čtyř složek, kterými jsou farmakologická - **droga**, environmentální - **prostředí**, sloučení psychické a somatické do jedné složky - **organismu** a poslední složkou je provokující – **podnět** (Řehan, 2007).

Nyní si stručně vysvětlíme jednotlivé subsystemy Urbanova tetraedru. **Drogou** se zde myslí **alkohol**, který je k dostání téměř na každém kroku. Je v subsystemu na prvním místě vzhledem k jeho závislostnímu potenciálu. Díky tomu je v interakci s dalšími

složkami. **Prostředí** je neodmyslitelnou složkou, ve které se **organismus nachází** a je v ní formován. Fungujeme v rozmezí několika vrstev společnosti, kde jsou na nás utvářeny různé požadavky a nároky. Každý má toto formování individuální na základě kultury, společnosti a rodiny, ve které vyrůstal. **Organismus** představuje **tělesné a duševní** atributy člověka. To, jak jsme geneticky uspořádáni a jak se umíme vypořádat s požadavky okolního světa. Poslední složkou je **Podnět**, který představuje moment, kdy se setkají dva **faktory**, jako vnitřní nepohoda jedince a užitá droga, v našem případě alkohol. Toto setkání působí pozitivně a užití alkoholu přináší jistou odměnu. Chování se může opakovat a vést až k rozvoji závislosti. Při práci s lidmi je zapotřebí se zaměřovat na všechny složky tetraedru, klást na ně důraz a vzájemně je propojovat. Toto propojení nám může pomoci vysvětlit důvody vzniku problémového pití (Řehan, 2007).

2.3.5 Genetické predispozice

„Základem stavby a funkce všech částí našeho těla (od nejmenší buňky přes jednotlivé tkáně a orgány až po celý organismus) je genetická informace uložená v molekule DNA“ (Orel, 2020, 28). **Dědičné** vloh, které získáváme od svých rodičů, jsou uloženy v **genech**, na které zároveň působí mnoho faktorů z prostředí. Udávají nám predispozice k tomu, jací můžeme být a jaké podněty můžeme do budoucna vyhledávat (Orel, 2020). Feuerlein (1979) přišel na to, že vyskytuje-li se v rodině otec s alkoholovou závislostí, tak jeho syn má 29 % pravděpodobnost, že bude také závislý na alkoholu. V případě matky závislé na alkoholu, byla pravděpodobnost výskytu u potomků menší, a to 6 % (in Řehan, 2007). Příkladem novější studie je Carmelli a kolektiv (1990), kteří se ve svých studiích s dvojčaty zaměřili na predispozice k alkoholové závislosti. Výsledky jejich práce poukázaly na předpoklady u žen na 51-65 % a u mužů na 48-73 %. Dále bylo prokázáno, že u lidí, v jejichž rodinách je otec alkoholik je 10x vyšší pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti. Skupinou, která je nejvíce ohrožena, jsou mladí muži, u kterých se v rodině vyskytoval otec s alkoholovou minulostí (in Fischer, Škoda, 2014).

3 Léčba alkoholové závislosti

Vzhledem k faktu, že závislost na alkoholu je považováno za onemocnění, tak je potřeba se s touto nemocí léčit. Hlavním mezníkem se stalo **založení** zdravotnického zařízení specializovaného **na léčbu alkoholové závislosti** v roce 1948 Jaroslavem Skálou v Praze u Apolináře. Již v roce 1992 se postupně vytvořila síť ambulantních ordinací zaměřených na alkohol a jiné návykové látky. V tehdejší době se jednalo o systémy nedokonalé, neboť nedokázaly zohlednit veškeré aspekty péče, kterých dosahujeme dnes. Klub usilující o abstinenci (KLUS) byla Skálova doléčovací skupina, která položila základy pro **komplexní systém péče o závislé**. Do procesu léčby zapojil i rodinné příslušníky a svépomocné skupiny (Kalina, 2003). Pro ty, kteří se rozhodnou bojovat se svou závislostí, existují dva typy služeb – ambulantní a lůžková (rezidenční). Do ambulantní péče spadají ordinace psychiatrů, denní stacionáře a adiktologické ambulance. Lůžková péče pojímá krátkodobé a střednědobé pobyty v psychiatrických nemocnicích, kde některé z nich vlastní detoxifikační jednotky. Dále sem můžeme řadit i terapeutické komunity (alkoholpodkontrolou.cz, 2019). *„Kdokoliv se zajímá o člověka a pracuje s ním, měl by zohlednit všechny aspekty lidského bytí. Jeho podstatou je především **neoddělitelné propojení** oblasti biologické (tělesné), psychické (duševní), sociální (mezilidského – vztahové) a duchovní (přesahové – spirituální – transcendentální). Všechny tyto oblasti se ovlivňují a působí interakčně na sebe **navzájem**“* (Orel, 2015, 9). Propojení těchto komponent se nazývá celostní přístup, také známý jako **bio-psycho-sociálně-spirituální**. Člověk jakožto entita, která představuje tento komplex, je v neustálé interakci, jak se svým vnitřním světem, tak i s tím vnějším světem. Hlavní roli zde hraje mozek. Zastává funkci hlavního zprostředkovatele řízení těla a psychických projevů (Orel, 2015). Při léčbě závislosti má nezastupitelnou funkci **terapie**. V oblastech medicíny mluvíme o dvojkolejně léčbě, kdy je nasazena biologická léčba za pomoci psychofarmak, jenž ovlivňuje neuromediátory a jejich procesy a vedle ní je stejně důležitá léčba psychologická (Orel, 2020).

3.1 Farmakoterapie

Medikamentózní léčba je nedílnou součástí léčby závislosti na alkoholu. Při léčbě alkoholové závislosti se farmakoterapie používá zejména ve fázi **detoxifikace**, kdy je potřeba snížit a kontrolovat často nebezpečné odvykací stavy. K tomuto se užívají **barbituráty** a **benzodiazepiny**, ovšem jejich léčbu není dobré zbytečně protahovat a doporučuje se dávky snižovat. Důvod je takový, že psychofarmaka samotná jsou mnohdy návykovými látkami, kdy vznikají kombinované závislosti. Proto se podávají během hospitalizace personálem v dobře kontrolovaném prostředí. Mezi další podávané látky spadají vitamíny skupiny B, minerály a glukóza. Při lehké intoxikaci není vyžadována léčba, avšak je nutnost zjistit, zda během intoxikace nedošlo k úrazu hlavy nebo jiným zdravotním komplikacím. (Nešpor, Csémy, 1996). Při nezvladatelné touze užívat alkohol, se pro některé doporučují **anticravingové preparáty** na podporu psychoterapeutického procesu. Nejznámějším je acamprosát, který pomáhá zvládnout nástrahy cravingu, nebo-li bažení (Kalina, 2003).

Disulfiram, též známý jako **antabus**, je užívaným preparátem při léčbě závislosti na alkoholu. Účelem není, aby klient trpěl, ale jedná se o defenzivní mechanismus, který napomáhá vyhnout se alkoholu. Pokud dojde k požití alkoholu, tak následkem je zarudnutí v obličeji, tíseň na prsou, horší dýchání, tachykardie až zvracení. Jedná se zde o vybudování podmíněného reflexu alkohol = zvracení (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

3.2 Psychoterapie

Krom farmakoterapie je zapotřebí i psychoterapie, jako nedílná součást léčby. Kratochvíl (2017) rozlišuje psychoterapii jako samostatný **vědní obor**, který vnímá jako interdisciplinární, jelikož prostupuje do různých sfér psychologie a medicíny. Jakožto vědní obor má svůj teoretický základ a metody. Dále rozlišuje psychoterapii jako „...**činnost**, *léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce*“ (Kratochvíl, 2017, 15). Léčení je **cílené** a **plánované** a snaží se působit na poruchy nebo abnormality klientů. Snaží se je **zmírnit**,

nebo pokud to lze, úplně je **eliminovat** a případně odstranit i jejich příčiny. Kromě snahy zbavit klienta potíží se psychoterapie snaží přinést pocit **seberealizace**, naplnění životní touhy, **klid** a **vyrovnanost** (Kratochvíl, 2017).

Na psychoterapii se nahlíží jako na vztah dvou či více lidí. Z tohoto hlediska rozlišujeme psychoterapii **individuální**, při které je běžný jeden klient a jeden psychoterapeut, nebo psychoterapii **skupinovou**, kde je současně přítomno více klientů a k tomu jeden až dva psychoterapeuti. Psychoterapii nemůže dělat každý. Je totiž zapotřebí mít dokončený výcvik a vzdělání v jednom z několika psychoterapeutických směrů (Orel, 2020).

3.2.1 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie se snaží o rychlou a účinnou léčbu. Jako vztyčné body využívá dřívější experimenty se zvířaty a následné poznatky poté aplikuje na zákonitosti lidského chování. Zastánci toho terapeutického přístupu se na člověka dívají jako na **tvůrce sebe samého**, kdy se jedinec sám může **trestat** a **odměňovat**, případně nechat podnítit žádoucí chování, či eliminovat nežádoucí (Baštecká, Mach, 2015). V Kratochvílovi (2017) se dozvídáme, že behavioristé se na poruchy chování dívají jako na **naučené reakce**, které lze přeučit, nebo úplně odnaučit. V ideálním případě by měl být terapeut schopen uspořádat podmínky tak, aby **odučení**, či **přeučení proběhlo téměř automaticky**. K základním technikám patří **cílevědomá** volba podnětů, která má za úkol vyhnout se podnětům nežádoucím nebo jejich vyhledávání, které může spustit následné nežádoucí chování. **Sebekontrola**, která se vyznačuje zaznamenáváním jak žádoucího, tak i nežádoucího chování. Pokud sami na sobě sledujeme a zaznamenáváme naše chování, tak již samotné vedení záznamu může ovlivnit budoucí jednání. **Sebeodměňování**, neboli odměna za to, že se zachovám tak, jak je žádoucí. Pokud se vyskytne nežádoucí chování, tak je důležité umět udělat sebereflexi dané situace, nebo-li **Sebetrestání**, které se projeví odřeknutím si příjemnosti, nebo způsobením si trestu (Kratochvíl, 2017). Například **averzivní podmiňování** se používá v léčbě alkoholové závislosti. Velmi oblíbeným je zde již zmiňovaný antabus, který v kombinaci s požitím alkoholu vyvolá velmi nepříjemné vegetativní příznaky až zvracení. Dalším takovým postupem, který se využívá při léčbě alkoholové závislosti, je hospodaření se žetony, nebo body. Tento postup se uplatňuje

v **režimových léčbách** a klient je odměněn žetonem, nebo body a pokud nasbírá požadovaný počet kladných bodů, tak jej může směnit například za nějaké výhody, mezi které spadá sledování televize, vycházky a jiné. Stejně tak může sbírat i záporné body a po dosažení určitého počtu je z léčby vyřazen (Baštecká, Mach, 2015).

3.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie se objevuje zhruba ke konci 20. století a jak již název napovídá, tak v sobě propojuje **kognitivní** směry s **behaviorální** terapií. Těší se velké popularitě v oblasti klinické psychologie a obecně v lékařství a jedná se snad o nejčastěji používanou terapii. Je zde kladen důraz na vztah a **těsnou spolupráci** mezi terapeutem a klientem (Baštecká, Mach, 2015). Zaměřuje se na aktuální procesy myšlení odehrávající se v hlavě klienta a následné **identifikování chybných vzorců** těchto myšlenek a chování. Terapeut zadává klientovi strukturované **úkoly** a postupy, díky kterým dochází ke změně myšlení a jednání. Díky tomuto řadíme KBT mezi direktivní směry. Mezi její klady patří poměrně krátká a účinná sezení se zaměřením na konkrétní cíle a problémy klienta. Zásadní je nahrazení dysfunkčních vzorců těmi funkčními (Orel, 2020). **Kognitivně-behaviorální terapie** se používá jak u osob s duševními problémy, tak i u lidí, kteří mají **problémy s alkoholem**. Základní teorie vychází z toho, že maladaptivní chování, jako je zneužívání návykových látek, včetně alkoholu, vychází z naučených postojů a mechanismů zvládnutí. Terapeut se snaží pomoci svému klientovi **konfrontovat** ho se svými alkoholickými excesy, které mají negativní dopad na jeho zdraví, vztahy, kariéru a mnohé další. Při kombinaci s některými jinými přístupy k léčbě, mezi které patří například podpůrné skupiny, funguje terapie u většiny lidí poměrně efektivně. Také se může přizpůsobit velkému spektru klientů, kteří mají vedle problémů s alkoholem i problémy s duševním zdravím. Terapeut se snaží klienta naučit jak si **naplánovat čas**, aby nevyhledával drogu. **Předejít situacím**, kdy dochází ke zneužívání nebo konzumaci alkoholu a poučit klienta jak o jeho vnitřních, tak i vnějších spouštěcích, mezi které patří místa, nebo emoční rozpoložení. Pomáhá pochopit co je to relaps a využívá praktiky učení jak se této problematice vyhnout. Využívá technik **klasického podmiňování**, kdy při nesprávném spárování některých událostí, či objektů dochází k vyvolání touhy konzumovat alkohol. Pochopení a zabránění těmto souvislostem jsou první krůčky

správným směrem. Dále využívá **operantního podmiňování**, kdy při vystavení alkoholu se má člověk **zachovat správně** a nepožít alkohol. Například na večírku firmy, kde se hojně užívá alkohol, by se měl jít člověk projít do parku. Procházka mu uvolní některé endorfíny, dopamin a zlepší náladu. Za toto by se měl **odměnit** a tak pozitivně posílit naučené chování. A v neposlední řadě se využívá takzvaně **modelování**. Jedinci, kteří mají problém se závislostí na alkoholu, si naleznou vzor v někom, kdo tuto závislost překonal a snaží se toto chování kopírovat. Velmi hojně se užívá služeb Anonymních alkoholiků (AA), kteří dopomáhají potřebným (Alcohol.org., 2020).

3.2.3 Rodinná terapie

Vzhledem k tomu, že závislost na alkoholu neovlivňuje pouze závislého, ale má přesah i do vztahů, tak zasaženou součástí je hlavně **rodina** závislého. Rodina může být jak hlavním spouštěčem závislosti, stejně tak může být klíčová v pomoci závislost překonat (Nešpor, 2018). Rodinná terapie se zaměřuje na práci s **rodinnými problémy**, kam spadá i alkoholová závislost. Nahlíží na klienta jako na součást rodinného systému a snaží se najít souvislosti s aktuálním nastavením jeho rodiny, ve které se vyskytují problémy. Snaží se pomoci překonat daný nešvar a dosáhnout tak **harmonického fungování rodiny jako celku**. Pokud to lze, tak během terapeutického procesu, se snaží pracovat se **všemi** rodinnými příslušníky. Ovšem ne vždy je to možné. V takových případech se snaží terapeut vidět rodinu kolem klienta a zakomponovat tak její působení v individuální terapii (Kratochvíl, 2017). Není to vždy snadný přístup, protože terapeut musí umět pracovat se dvěma a více osobami najednou. Musí umět pečlivě **naslouchat** a **vnímat**, aby mohl postupovat na základě rozdílných pocitů a hledisek klienta a jeho rodiny. Rodinná terapie se provádí i za účelem, aby pomohla samotné rodině, která je zasažena chováním drogově závislého (Rotgers a kol., 1999). Základním paradigmatem rodinné terapie je, že **problém je vytvářen systémem**. Rodinu považuje za samostatný systém, který se snaží nastolit rovnováhu, která má dále přetrvávat (Orel, 2020). Mezi techniky rodinné terapie patří například **hraní rolí a psychodramatu**. Využívá se dále práce se sochami, které znázorňují pozice v rodině a případné nesprávné vzorce v komunikaci mezi členy rodiny. Důležité je dosažení **uvědomění** si vlastních kladů a své ceny, včetně základní potřeby být milován (Kratochvíl, 2017). Mezi typické reakce dětí na

závislost svých rodičů patří **Rodinný hrdina**, který zastává funkci za problémového rodiče a snaží se mu domluvit. To vše může mít následky, které se projeví až v dospělosti. Důsledkem toho mohou být pocity **méněcennosti**, neustálé domnělé selhávání ačkoliv může být v očích ostatních úspěšný. Bývá dost často roztržitý, co se týče pracovních povinností. Pro **Ztracené dítě** je typické uzavření se do sebe, nízká míra komunikace a únik do fantazijních představ. **Klaun**, jak to tak u něj bývá, se snaží kolem sebe šířit veselí a tím odvádět pozornost od problému. A jako poslední je **Černá ovce**, která se projevuje problémovým chováním a tím odvádí pozornost od rodinných problémů (Nešpor, 2018).

3.2.4 Systemická terapie

Systemický přístup patří mezi mladší proudy a **vychází z komunikace v rodině** a navazuje na rodinnou terapii. Podobný prvek, který se vyskytuje zároveň v rodinné terapii a systemické terapii je ten, že **vnímá rodinu jako celek**, nebo-li systém. Na rozdíl od rodinné terapie není zde však kladen důraz na vytvoření rovnováhy, ale na **překonání problémových situací**, nebo-li překonání problémového systému (Vymětal, 2010). Jelikož se jedná o uzavřený systém, je autonomní a tudíž sám sebe regulující (Kratochvíl, 2017). Systemická terapie tedy mění „problém je vytvářen systémem“ na „problém vytváří systém“. Více se zaměřují na **osobní příběh klienta** a jeho rozvoj (Orel, 2020). Mezi důležité prvky patří **vnímání** člověka jako **konstruktéra vlastního světa**. Tedy my sami vnímáme svět a vytváříme si realitu, ve které žijeme. Mnohdy je tato realita zkreslená a negativně zbarvená. Díky **dekonstrukci**, nebo-li porozumění tomu, jak realitu vidí jedinec, se terapeut může pokusit provést **rekonstrukci**, kdy dochází k novému porozumění a náhledu na realitu. Úkolem terapeuta je tedy pomoci klientovi získat nový úhel pohledu. Důležitá je zde motivovanost klientů (Vymětal, 2010). Mezi základní techniky patří **cirkulární dotazování**. Skrze klienta se terapeut ptá na pocity jiných. Tedy místo toho, abychom se ptali „co si myslí klient“, se ptáme „co si myslí, že si myslí jeho rodinní příslušníci“. Další je **otázka po zázraku**. Jedná se o techniku, kdy si klient má představit, že se během noci stal zázrak a jeho problém odezněl, avšak on si to neuvědomil a sám o tom neví. Jak se tedy bude nadále chovat? Můžeme to vztahovat i k jiným osobám pro klienta důležitým. **Externalizace problému** přináší odosobnění od klientova problému. Problém se bere tak, že není součástí klientovi osobnosti a tím ho osvobozuje od

kritického náhledu druhých. Jelikož je problém externalizován mimo osobu klienta, tak může být **pojmenován**, „zhmotněn“ a to velmi dopomáhá k tomu čelit problému společně (Kratochvíl, 2017). Dále máme například **reflektující tým**, kdy je při terapii přítomno více terapeutů, ať už přímo v místnosti, nebo někde „tajně“, ovšem vždy se souhlasem všech zúčastněných. Po nějakém časovém intervalu nastane pauza a tým pozorujících terapeutů podává dojmy a zpětnou vazbu k tomu, čeho se účastnili. Po té se k vyjádření týmu vyjádří i samotný klient a jeho rodina a vše se nese v **klidném a pozitivním duchu**. Potom se opět vrací ke slovu terapeut a působí systemická léčba dále. Celková doba trvání jednoho sezení je zhruba hodina a půl a sezení je ukončeno závěrečnými slovy klienta a jeho rodiny. Tato práce je velmi vítanou mezi klienty, protože je **intenzivní, otevřená** a mezi terapeuty a klienty je **partnerský vztah**. Mimo jiné v sobě nese i prvky supervize (Vymětal, 2012).

3.2.5 Terapeutické komunity

V léčebnách je běžné využití **terapeutických komunit**, kde se hlavně podporuje **aktivní účast** klientů a to nejen na léčbě, ale i **chodu oddělení**, kde se očekává **otevřená** komunikace a výměna informací mezi klienty. Na denním pořádku jsou společné schůzky s personálem, kde se ve **skupině** projednávají společenské činnosti klientů, vztahy a další různá témata. Důležitou formu zastává **skupinová psychoterapie**, která má intenzivní ráz, společný program, kdy se využívají **pracovní, seberealizační a tvůrčí činnosti práce**. Známé jsou sportovní aktivity, psychogymnastika, arteterapie, psychodrama, muzikoterapie a mnohé další. Klientům tím má být udělán prostor pro aktivní komunikaci, **sdílnost** mezi sebou, **náhledů** a **názorů** na ostatní, také využití zpětné vazby, zpětných informací k dosažení pohledu na sebe sama. Jedinec tak může na základě ostatních prožít korektivní emoční zkušenost a nacvičit si tak vhodnější formy chování. Skupinové terapie jsou na programu denně a nebo alespoň několikrát týdně, na nichž se může aktivně probírat a zpracovávat právě nabytý pohled z celodenního komunitního života (Kratochvíl, 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém

K terapeutickým komunitám se váže poměrně zajímavá historie. Jejich vznik je datován do roku 1941, kdy armádní veterán W. R. Bion dostal za úkol se starat o nemocniční oddělení. To disponovalo množstvím nedisciplinovaných a demoralizovaných vojáků, kterým Bion dal jasně najevo, že za jejich chování nehodlá přebírat žádnou zodpovědnost. Avšak dal možnost si pohovořit těm vojákům, kteří za ním došli v předpisovém a čistém oblečení. Zastával zásady **otevřené komunikace**, kde se probíraly i témata nočního pomočování a mnohé další. Ačkoliv mu byla tato činnost později ukončena, tak se ukázalo, že dobře fungující **terapeutická komunita** má pozitivní dopady v léčbě nejen duševních problémů, ale i **zavlosti na návykových látkách** (Nešpor, Csémy, 1996). Kratochvíl (2017) ve své publikaci zmiňuje, že k rozvoji terapeutických komunit přispěl velkou mírou anglický psychiatr Maxwell Jones. Zásady těchto skupin tkví ve **spolupráci** a **aktivním zapojení** klientů na jejich léčbě. S tím souvisí **otevřenost** a oboustranná **komunikace** jak klientů, tak personálu včetně vedení. Důležitý je i demokratický systém rozhodování, nedílnou součástí jsou takřka denní schůze celého oddělení včetně klientů, na kterých projednávají otázky týkající se léčby, tak i osobních problémů a rozpoložení klientů. Zde mohou klienti pojmout **zpětnou vazbu** a vidět, jak jejich chování a přístup ovlivňuje druhé. Nešpor a Csémy (1996) uvádějí, že terapeutické komunity vycházejí z původních severoamerických způsobů léčby. V českém prostředí se pojem střednědobá léčba pojí i se zmiňovanými terapeutickými komunitami a jejich doba trvání je tří až šesti měsíců, jak uvádí ve své publikaci Kalina (2003). Právě léčebný proces je doménou bakalářské práce. **Výzkumný problém je nahlížení na léčbu alkoholové závislosti očima klientů.** Ferjenčík (2010) uvádí, že jsou ve výzkumu tři základní cíle. Těmi jsou deskripce, predikce a explanace. **Hlavním cílem práce je analyzovat, prozkoumat a popsat, jak klienti, kteří se léčí s alkoholovou závislostí, vidí léčbu.** Protože se domnívám, že v očích každého klienta je jak individuální pohled, tak se zde nachází i jisté podobnosti s ostatními. Je zásadní zjistit, co se klientům může jevit jako komplikace v léčbě a také co v léčbě shledávají jako přínosné. Připadá mi totiž, že jejich pohled je důležitý a může vést k zajímavým výsledkům, které následně mohou dopomoci k zlepšení léčebného procesu.

Jako vedlejší výzkumný cíl ve své bakalářské práci jsem si zvolil **analýzu životních příběhů** a zaměřil jsem se konkrétně na to, jaké události v jejich životě spojené s alkoholem klienti zmiňovali. Každý člověk disponuje životním příběhem, který má určitou hodnotu. Během studia psychologie, když nebyla doba pandemie, jsem měl příležitost nahlédnout jako dobrovolník do psychiatrické léčebny, kde jsem se dostal do kontaktu s klienty, kteří měli problém s drogami. Právě tato perspektiva mi přijde velmi zajímavá a má mi přiblížit zda-li budou u klientů analogie v některých událostech spojených s alkoholem.

4.1 Výzkumné otázky

Vzhledem k tomu, že na hlavní výzkumný problém nelze odpovědět jednoznačně a stručně, protože pokrývá dosti širokou oblast spektra, tak se stanovují výzkumné otázky. Výzkumník si stanoví daný počet výzkumných otázek dle potřeby a tematického zaměření. Tyto otázky musí vystihovat podstatu problému (Miovský, 2006). Ve výzkumu jsem si zvolil 1 hlavní výzkumnou otázku a to:

„Jak vidí léčbu lidé se závislostí na alkoholu?“

Tato otázka je však příliš široká a nelze na ni jednoznačně odpovědět. Proto jsem si zvolil 2 vedlejší výzkumné otázky, které mi lépe pomohou k zodpovězení mé hlavní výzkumné otázky. Vedlejší výzkumné otázky zní:

VVO₁: „Co klientům se závislostí na alkoholu komplikuje léčbu?“

Tato otázka mi pomůže lépe nahlédnout do problematiky léčby a jejich úskalí. Mohu tak nalézt některé prvky, které se podílejí na různých komplikacích v léčbě a vidět je v širších souvislostech.

VVO₂: „Co klientům se závislostí na alkoholu v léčbě pomáhá?“

Díky této otázce mohu zjistit, co v léčbě klienti shledávají jako přínosné a nápomocné. Případně které léčebné postupy jim vyhovují a mají pro ně význam.

Pro svůj vedlejší výzkumný cíl jsem si zvolil hlavní výzkumnou otázku, která zní:

„Jaké události ve spojitosti s alkoholem zmiňovali klienti ve svém životě nejčastěji?“

Zajímalo mě jestli budou v životech klientů nějaké analogie týkající se alkoholu a případně jaké. Zda se všichni klienti nějak vyjádří k alkoholu a nebo jestli se najdou tací, kteří se k němu vůbec nevyjádří.

5 Zvolený metodologický rámec

Pro práci jsem si zvolil kvalitativní výzkumné šetření. Pojmeme kvalitativní výzkum chápeme kterýkoliv výzkum, pro jehož závěry se nepoužívají statistické procedury nebo jiné metody kvantifikace. Zejména se jedná o životy lidí, chod organizací či případně vzájemné vztahy mezi lidmi (Strauss, Corbinová, 1999). Pro kvalitativní výzkumné šetření je typická snaha pojmout vnímání zkoumaného fenoménu a porozumět mu v podmínkách a celkovém kontextu. Základním kamenem je to, jak si lidé vykládají okolí, své zkušenosti a prožívání. V kvalitativním zkoumání lze uplatnit celá řada typů výzkumu, které se mezi sebou mohou kombinovat a také přizpůsobovat (Kolařík a kol., 2019). Konkrétně v mé bakalářské práci jsem si zvolil analýzu dokumentů, která mi přišla adekvátní aktuální situaci.

5.1 Metoda získávání dat

Kvalitativní data jsem získal metodou záměrného výběru. Jedná se o nejrozšířenější metodu výběru typickou pro kvalitativní výzkumy. Platí pro ni, že „*pracujeme s užším pojetím termínu, kdy za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností*“ (Miovský, 2006, 135). Moji cílovou skupinou byli lidé, kteří se léčí se závislostí na alkoholu v Psychiatrické léčebně Šternberk. Zde jsem totiž měl vykonávat svá praktická cvičení v rámci výuky, které se bohužel neuskutečnily kvůli pandemii. Výzkum byl prováděn na oddělení léčby závislosti a doléčování 21A a 21B. Jedná se o ústavní léčbu a obě oddělení jsou otevřená a zaměřená na léčbu závislosti na alkoholu,

nealkoholových psychoaktivních látkách a léčbu patologického hráčství. Jediný rozdíl je v tom, že 21A se zaměřuje na trvalou abstinenci a změnu života, zatímco 21B se týká i dalších psychiatrických diagnóz. Nezaměřuje se na trvalou abstinenci, ale na regeneraci organismu včetně rehabilitace a resocializace (plstbk.cz).

5.2 Způsob získání materiálu

Prvotní plán byl takový, že provedu polostrukturované interview s jedinci, kteří se primárně léčí se závislostí na alkoholu, avšak mi do výzkumu značně zasáhla pandemie kolem viru COVID. Do lékařských zařízení nebyl možný přístup, a tak jsem musel využít metody obsahové analýzy dokumentů. Jako první mě napadlo analyzovat deníky, ovšem ty jsou součástí nemocniční dokumentace a nebo vlastním majetkem klientů, a tedy mi nebylo umožněno je získat. S vedoucím práce docentem Procházkou jsme se obrátili na klinickou psycholožku, která působí na daném oddělení a využili jsme vypracování jednotlivých tematických okruhů. Tematické okruhy byly zaměřeny na tři sféry, kde se klienti měli zamyslet a napsat:

1. Dosavadní život klienta.
2. Co jim léčbu komplikuje.
3. Co jim v léčbě pomáhá.

Sběr dat probíhal od 7.12.2020 do 15.12.2020, kdy klienti byli dotázáni, aby ve svém volném čase vypracovali dokument. K dispozici měli vytržený dvojlist ve formátu A4 a v zadání jsem uvedl minimální rozsah vypracování na 1 stranu A4 ke každému tématu. S paní psycholožkou jsme komunikovali prostřednictvím emailu a telefonátu, avšak bohužel jsem nemohl být přítomen při zadávání a vypracování jednotlivých tematických okruhů.

5.3 Vzorek a kritéria výběru

Celkový počet jedinců, kteří se zúčastnili výzkumu bylo 20. Z toho bylo 9 žen, 10 mužů a 1 člověka nebylo možné identifikovat. Stanovil jsem si 2 hlavní kritéria pro výběr, a to:

1. Minimální rozsah vypracování celého zadání, tedy všech tří tematických okruhů, na alespoň 1 stranu A4.
2. Podstatný obsah nacházející se v dokumentu, tedy týkající se všech 3 tematických okruhů.

Z těchto dvou důvodů jsem musel vyřadit 8 respondentů, kteří nesplňovali jedno, nebo obě kritéria. Jednalo se o 1 dokument, který nebylo možné identifikovat zda se jedná o muže či ženu a nesplňoval obě kritéria. Dále jsem vyřadil 5 mužů a 2 ženy, které nesplňovali jedno, či druhé kritérium. Vzhledem k aktuální situaci, která se stále točí kolem pandemie jsem byl rád za každého respondenta, který mi vypracoval dokument. Proto jsem do výzkumu zařadil jedince, kteří se léčí primárně se závislostí na alkoholu, včetně těch, kteří mají další psychiatrické diagnózy. Dále jsem nerozlišoval zda se jedná o již opakovanou léčbu, nebo prvoléčbu. Po vyřazení 8 účastníků výzkumu mi můj výběrový vzorek čítal 12 lidí.

5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Různé výzkumy s sebou nesou otázky týkající se dodržování etiky a dilemat. Pro psychologickou výzkumnou činnost je důležité, aby byla vždy zajištěna ochrana práv a obecných etických zásad účastníků výzkumu (Kolařík a kol., 2019). Během zadávání dokumentů jsem nemohl být přítomen na základě vládních opatření. S vedoucím práce jsme oslovili paní psycholožku pracující na daném oddělení a skrze ni jsem zadal prosbu o vypracování tematických okruhů klienty. V dokumentu, který jsem klientům poslal přes paní psycholožku jsem se řádně představil, uvedl jsem instituci na které studuji a seznámil jsem klienty se záměry výzkumu. Účast na výzkumu byla samozřejmě dobrovolná a odevzdáním dokumentu účastníci souhlasili se zařazením do výzkumu. Dále zmiňuji, že klienti léčící se v psychiatrických léčebnách podepisují souhlas o účasti na výzkumech,

takže jsou obeznámeni s možností, že budou požádáni o účasti na výzkumech. Práva na ochranu informací byla dodržena, protože jsem nikde neuvedl žádná pravá jména účastníků, ani osob, které zmiňovali ve svých dokumentech. Vše tedy bylo anonymní. V případě zájmu bylo možné odstoupit z výzkumu, avšak podotýkám, že nikdo této možnosti nevyužil. V důsledku výzkumu nedošlo k žádné újmě u účastníků výzkumu. V případě potřeby jsem byl domluvený s paní psycholožkou, že provede okamžitou intervenci.

5.5 Metoda analýzy kvalitativních dat

Jako metodu analýzy kvalitativních dat jsem zvolil obsahovou analýzu dokumentů. Miovský (2006) vidí analýzu dokumentů jako výzkumnou strategii, která je zdrojem informací. Využívá se již existujícího materiálu, případně materiálu vzniklého v průběhu výzkumu. Na obsahovou analýzu se nahlíží jako na velmi široké spektrum metod a postupů. Analýza jako taková má několik fází a cílem je objasnit význam textového dokumentu. Plummer (2001) nádherně vykreslil rozmanitost textových dokumentů. Hovoří o nich jako o životních příbězích lidí, které zachycují život člověka podle jeho vlastních slov. Zdroje výzkumu osobních dokumentů jsou velmi rozmanité. Považují se za ně biografie, autobiografie, deníky, dopisy, rozhovory a dokonce i nekrology. Jedinec je může napsat jako svůj vlastní příběh. Právě vypracováním tematických okruhů do dokumentu jsem se snažil zachytit od jedinců jejich nazírání na léčbu v kontextu jejich situace a jejich životní příběh.

Moje první kroky vedly k tomu, že jsem si přečetl všechny dokumenty od všech klientů, tedy 20 dokumentů. Následně jsem identifikoval vhodné dokumenty, kterých mi zůstalo 12, a vyřadil jsem 8 dokumentů, které jsem identifikoval jako nevhodné na základě kritérií, které jsem si stanovil. Tyto dokumenty jsem následně roztrídil na dokumenty od žen a dokumenty od mužů. Dále jsem zvolil náhodná jména pro lepší orientaci, která nemají podobnost s reálnými jmény klientů. Následovala fáze přepisu, kdy jsem přepsal originální dokumenty do digitální podoby v textovém programu Microsoft Word. Přepsané dokumenty jsem následně importoval do programu Atlas.ti. V něm jsem data zakódoval a hledal jsem analogie, které se vyskytovaly v dokumentech. V rámci doporučených postupů jsem si zvolil metodu vytváření trsů. Následně mi vznikly trsy, které obsahovaly

nejdůležitější sdělení v dokumentech. Na základě písemného vyjádření, jsem sledoval důležitost promluv jednotlivců, vymezil jsem tematické okruhy a proložil je vlastním komentářem.

6 Analýza dat

Po vyřazení několika respondentů jsem analyzoval dokumenty od 12 jedinců. Mezi nimi bylo 5 mužů a 7 žen. Pro lepší orientaci jsem účastníkům ve výzkumu přiřadil náhodně zvolená jména, které nemají žádnou podobnost. Tedy budu analyzovat texty od **Alžběty, Fiony, Hedviky, Ilony, Kataríny, Ludmily** a **Milady**. Z mužské strany budu analyzovat texty od **Damiána, Emila, Chárona, Gabriela** a **Jeremiáše**.

K analýze dokumentů jsem využil programu Atlas.ti, do kterého jsem naimportoval přeepsané dokumenty a následně je analyzoval a identifikoval jednotky. Ty mi na základě podobnosti vytvořili skupiny, nebo-li trsy, ty jsem následně pojmenoval jako kategorie. Zvolil jsem tak metodu vytváření trsů (Miovský, 2006). Na dokument jsem pohlížel jako na celek, protože některé tematické okruhy se vzájemně prolínaly mezi sebou. Tyto data cituji z uvedených dokumentů a doplňuji je o vlastní komentář. Zmíněné kategorie jsou: **chod oddělení, komplikace v léčbě, terapie, rodina a vztahy, budoucnost**. Samostatnou kategorií se stal i **covid**, na který upozorňovali klienti, avšak ten nebyl cílem výzkumu. Nicméně se k němu vyjádřilo 11 jedinců, a proto považuji za nutné tuto kategorii zmínit a zařadit do kategorie **komplikace v léčbě**.

6.1 Chod oddělení

Jednou kategorií, která vzešla z analýzy dokumentů je chod oddělení. Ten se objevil u 11 klientů a jeden se k němu ve svém dokumentu nevyjádřil. Jak zmiňuji výše, tak terapeutická komunita má svá pravidla a řád a nese v sobě prvky terapeutického potenciálu. Ten se projevuje například bodovaným hodnocením klientů, které si i v dokumentech našlo své místo. Ovšem dodržování takového režimu není vždy jednoduché a může se to stát mnohdy i velkou komplikací. Uvádím zde výběr z výroků klientů.

Katarína se vyjadřuje k chodu oddělení, že ... *my hodně pomáhá v tom že dodržuji režim. Jim pravydelne a mám cistou mysl...* **Hedvika** také souhlasí a zmiňuje, že ... *V léčbě mi pomáhá hlavně režim, stále musím něco dělat.* **Alžbětě** se zdá dobré, že ... *Do léčby patří i úklid oddělení, kde nemáme uklízečky a celé oddělení uklízíme sami, osobně mi to nevadí spíše naopak.*

Fiona přichází s myšlenkou, že ... *Myslím, že důležitým bodem léčby je vysvětlit si význam režimu. Pokud ho člověk nepochopí může to být víc destruktivní než účinný.* Konkrétně k režimu se vyjadřuje, že ... *Někdy je omezující režim, kdy si ani ve volném čase nemůžeme lehnout do lůžka.* K tomu se přidává i **Emil** a uvádí, že ... *Základem léčby je režim, který učí řádu a sebekázní. Jak však pozoruji kolem, jeho nekompromisní vymáhání (mám na mysli vymáhání řádu) mnohé impulzivnější pacienty demotivuje.* **Milada** souhlasí s **Emilem**, že ... *Pro spoustu jedinců jsou komplikace už jen zavedená pravidla a řád režimového oddělení.*

Ludmila zmiňuje, že dostala negativní body za to, že byla viděna s manželem, se kterým se bavila přes plot, ačkoliv byly v té době návštěvy zakázané. Dále píše ... *Nakonec jsem dostala 2xN – pila jsem totiž ještě kávu... a celkově tedy ... To bylo mé 3N – první jsem dostala za pozdější příchod na léky – 5 min. Jakmile získáte 6xN končíte. Ádié.* Klientka **Iiona** také zmiňuje bodový řád a to v souvislosti, že ... *Někdy komplikuje až moc striktně dodržovaný řád (zpoždění o 1,5 min. na jídlo = 1 napomenutí). Po 6 napomenutích vyhazov. Snažíme se všichni řád dodržovat, ale někdy vlastní nepozorností nebo opomenutím, dostaneme N.* **Cháron** se také vymezuje vůči režimu ... *Myslím, že jsem tu proto, abych řešil svůj problém a né proto abych žil ve strachu, že mě disciplinárně vyloučí za banální věci jako je hrnek na jídelně a dalších pár maličností které jsou zde brány jako nekázeň. Souhlasím s určitou disciplínou, ale některé věci hraničí s blbostí.* Podobně to vidí i **Damián**, který si stěžuje, že ... *máte stanovený limit času užívat mobilní telefon pouze ve stanovený čas a běda ho překročit nastává špatné hodnocení.* **Emil** v dokumentu uvádí i bilanci klientů ... *Za můj krátký pobyt je bilance 1 úspěšný „absolvent“ na 2-3 odpadlíky.*

6.2 Komplikace v léčbě

Další samostatnou kategorií, která vznikla, byly komplikace v léčbě. Při analýze dat jsem se snažil zjistit nějakou příčinu, která by mohla komplikovat léčbu. Dokumenty klientů jsem se snažil propojit a hledat spojitosti. Obrovským tématem byl COVID, který se objevil u 11 klientů a 1 se k němu ve svém dokumentu nevyjádřil. Mimo COVID se někteří klienti dále vyjádřili i k jiným komplikacím. Celkově to byli 4 klienti a jejich výroky.

Fiona ohledně léčby tvrdí, že ... *Mohla by ji komplikovat má tvrdohlavost a trucování...* **Hedvika** se přidává a vyjadřuje se velmi jasně ... *Léčbu mi komplikuje zejména moje nízká vůle a sebevědomí. Jsem hodně skeptická a přemýšlivá...* **Gabriel** se zmiňuje, že ... *Léčbu komplikuje vzorec, podle kterého funguje moje narušené myšlení. Dosavadní způsob života... Jde u mě o to, že řeším sto a jednu věc. Proto zaměřené vědomí na vnější věci léčbu komplikovat musí.* **Milada** to bere dost ze široka, protože ... *Léčbu může komplikovat cokoli. Ať je to otázka o psychickém stavu jedince, nebo fyzicky.*

Tematický okruh „Co může léčbu komplikovat“ jsem klientům zadal záměrně tak široký, aby se každý mohl vyjádřit. Cílem bylo nalézt zde nějaké podobnosti. Vzhledem k aktuální situaci kolem pandemie COVID se valná většina shodla na tom, že léčbu komplikují, kromě již zmíněných věcí, vládní nařízení, kvůli kterým je léčba značně ovlivněna.

Kromě různých komplikací, které mohou nastat podle paní **Milady** ve svém dokumentu udává, že velkou komplikací je ... *i dnešní doba v podobě COVID 19.* Konkrétně ji vidím v tom, že ... *na oddělení zažívám nemožnost vycházek, návštěv rodiny a spolu stím souvisí i propouštění domů za rodinou.* **Katarína** dodává, že ... *Také my vadí covid protože se nikam nesmý a jsme pořád na jednom mýstě.* **Emil** souhlasí ... *Určitě covid epidemie, která komplikuje léčbu tím, že nás izoluje od skutečného světa. Nemáme vycházky, ve kterých spatřuji velký terapeutický význam.* **Ilna** také přidává negativní ohlasy na epidemii ... *Léčbu v současné době komplikuje pandemie a zákaz vycházek apod. Jsme uzavřená komunita, spusta zakázaných aktivit (SPORT, JÓGA, ROZCVIČKA). Divím se ještě, že nás nechytla deprese. Nemůžeme chodit na procházku, nic si nakoupit, nic zařídit.* Dále **Damián** píše ... *léčbu komplikuje současný stav v této zemi...* **Alžběta** se také

vyhrazuje vůči aktuální situaci ... *To asi jako každého pacienta teď Covid. Je to zákaz návštěv, propustky domů, a hlavně hodně volného času a strašně málo aktivit. Fiona se vyjadřuje dost podobně ... chybí nejen zakázané návštěvy, ale především vycházky do běžného života, který čeká nás venku všechny. Hedvice vadí ... že z důvodu covidu nemůžeme jít na vycházky do města. Cháronovi je líto, že ... o některé důležité terapeutické věci jako je vycházka do města, setkání s rodinou, možnost být na 1 až 2 dnu doma přicházíme kvůli covidu, protože si myslím, že jsou velice důležité. Ludmila také postrádá vycházky a zmiňuje i rodinu ... Nemáme vycházky... nemůžeme mít žádné návštěvy... nemůžeme odjet alespoň na nějakou chvilku domů. A Jeremiáš se vyjádřil jasně, že ... kromě Covid 19 nic.*

Jediný klient, který se nevyjádřil k pandemii byl **Gabriel**.

6.3 Terapie

Tato kategorie vzešla na základě pozitivních ohlasů na skupinovou terapii a její prvky. Zde se klienti poměrně rozepsali a uvedli i důvody proč ve skupinových terapiích spatřují takový potenciál. Ke skupinové terapii se přímo vyjádřilo 9 lidí a zbytek psalo dost nejasně a nebo se k ní nevyjádřil. Vedle skupinových terapií, se objevily i pozitivní ohlasy na některé jiné terapie a to konkrétně arteterapie, činnostní terapie a relaxační metody.

Pro **Emila** je zásadní skupinová psychoterapie ... *kde se naše problémy probírají v rámci skupiny a diskuze je moderována psychologem. Stejně tak Katarína ... Dává myto i to že v tom nejsem sama že nás je víc co stím se snažíme bojovat a dělat zas to co jsme byli všichni dřív než jsme začaly užívat alkohol. Mluv jme o svém problému ve skupině a i ostatní nám řeknou svůj názor jak to vydí oni. Cháron souhlasí, že mu ... velice pomáhají skupinové terapie na kterých sliším názory a příběhy ostatních. Tam nejvíc nacházím podstatu svého problému a jak bych to měl řešit až budu mít po léčbě. Přidává se i Milada, která píše pozitivně o skupinové terapii ... opravdu se v ní dá moc otevřít a zkonzultovat naše tíživé myšlenky a životní situace. ... Každý jedinec má svůj náhled na život, názor na život, kde se dá z těchto situací čerpat. Jeremiáš stručně uvádí, že mu ... pomáhá mluvit otevřeně na skupině. Poslouchat a uvědomovat si zpětné vazby. Ludmila hezky napsala, že ... Jak se říká sdílený problém se stává menším. A proto není divu, že ... Tady se cítím*

dobře, nemusím se bát se zcela otevřít. Natvrdo říct, kde jsem měla schovanou flašku... otevřenost na skupině je skvělá.

Iona se pozitivně staví k oběma formám terapie ... *Samozřejmě, že nejvíce mi pomáhají psychoterapie, ať už skupinová, nebo individuální. A stejně tak Alžběta vidí přínos v obou. ... V léčbě mě osobně hodně pomáhají individuáli s paní psycholožkou, skupinové psychoterapie... Hedvika kromě již zmíněné psychoterapeutické skupiny neopomíjí ani medikaci ... V léčbě mi pomáhají léky, které pravidelně užívám.*

Alžběta píše, že jí pomáhá kromě skupinové terapie, ... *když mám stabilizační pobyt arteterapie. Emil vnímá ... další terapie (činnostní a arte)... jako podpůrné, ale rozhodně prospěšné. Umění relaxace se rovněž prakticky může hodit po ukončení léčby. K činnostní terapii se vyjadřuje i Katarína ... Užasná jsou i pracovní terapie kde je možné naučit se nové věci a je jen škoda že jich je málo je to uzasná věc. Další pozitivní ohlasy na pracovní terapii přináší Iona ... Mě osobně pomáhá terapie v dílnách. Pletou se tam košíky, pracuje se dřevem, vyrábí se keramika, perličky apod. Člověk pracuje rukama a nad ničím nepřemýšlí a je mu fajn. A má taky dobrý pocit, že po dlouhé době se mu něco povedlo.*

6.4 Rodina a vztahy

Rodina je velmi důležitá při léčbě drogové závislosti, protože podpora okolí a kvalitní zázemí může člověku dopomoci k překonání problému, mnohdy to může být i samotný důvod proč se jít léčit. Klienti nejčastěji psali o rodině v souvislosti s COVIDEM, ale taky i v souvislosti s podporou svých blízkých. Toto má jistě důležitý vliv na léčbu a může ji pozitivně ovlivňovat. 4 klienti zmínili podporu od rodiny jasně a zřetelně, u těch ostatních to tak jasné nebylo a někteří se k rodině vůbec nevyjádřili.

Fiona se ve svém dokumentu zmiňuje, že ... *Mám podporu od rodiny. Nabízel mi ji i bývalý přítel, ale vzhledem k tomu, že se k němu nechci vrátit tuto pomoc odmítám. Dále ji pomáhá ... podpora lidí, kterým na mě záleží, bez nich bych to sama nezvládla. Děkuji. Damián* se přidává a souhlasí, že důležitou součástí léčby jsou blízcí ... *kterí usnadňují pobyt v léčebně a člověk je vidí a dostává energie do toho dát vše. U Ludmily je zřejmé, že pro ni rodina znamená hodně. O životě se poměrně hojně rozepsala. Rodina se k jejímu*

nástupu do léčby postavila velmi pozitivně ... *Celá rodina mne podpořila. Říkali mi – je to nemoc, některé jsou silnější, některé slabší. A některým je prostě potřeba pomoci.* Dalším klientem, kdo vidí velkou podporu v rodině je **Milada**, protože uvádí, že ... *setkání s rodinou, nebo propustka domů je pro všechny tady nejsilnější lék na léčbu, v průběhu ní. Pro ni je velkou motivací samotná rodina ... kvůli které se dá když už začnete být závislí, se motivačně v záchranu vztahů dá léčit s větším přesvědčením v úspěšnou léčbu. Rodina je základ života a naše závislost se může postupně vytrácet do neznáma, když opravdu chcete rodině vztahy utužit a oni s vámi spolupracují a postupně si začínáte vzájemně věřit.*

6.5 Budoucnost

Během léčby je důležité mít vizi do budoucna, která do jisté míry utváří to, co se s námi stane. U klientů je tato vize různorodá, avšak u valné většiny převažuje pozitivní naladění. Což je při léčbě závislosti klíčové. 10 klientů mělo ve svých dokumentech vizi do budoucna a z toho 1 klientka ve svém dokumentu měla jasně napsané, že si život bez alkoholu nedokáže představit. U ostatních se žádná vize nevyskytla. Zde uvádím některé výpovědi.

Jeremiáš v tom má jasno ... *Chci abstinovat.... Moje všechny abstinence život bez alkoholu, drog a léků byli vždy skvělé a umím tak žít... Uvědomení že to chci což vím že nebude jednoduché ale ono to jde...* K němu se přidává **Katarína**, která chce ... *Být zas matkou a partnerkou a ne tím čím sem byla dřív... už nechci pít...* O lepší budoucnosti je přesvědčená i **Ilna**, která je již ... *skoro v polovině léčby a posunula jsem se hodně dopředu. Už z poloviny vím, že se jednou postavím na vlastní nohy.* Podobně to vidí i **Damián**, který se snaží ... *věřit a doufat že to, začím jdu se mi splní...* má plán a přesné vyhlídky do budoucna ... *proto po léčbě to balím a mizím do Nairobi žít pohodově bezstarostnej život. Práci tam už mám, i bydlení, ale vše bez nervů a stresu a navíc v přírodě.*

Gabriel to vidí spirituálně a obrací se na vyšší sílu, protože věří, že ... *přes všechno, co můj dosavadní život přinesl, existuje stále naděje, že s pomocí boží, budu moci prožít kus toho „normálního života“.* **Fiona** si uvědomuje, že ji tato nemoc ... *bude provázet celý život...* proto doporučuje ... *přestaňme brát závislost jako nepřítele, ale jako*

přítele se kterým chceme spolupracovat, protože jedině abstinence je to co nám pomáhá k úspěšnějšímu životu.

Jediná z klientů, která nevidí pozitivní budoucnost je **Hedvika**, protože již během léčby má negativní vyhlídky ... *Ač jsem v léčbě 3. den, nedovedu si představit jak tu takhle vydržím 4 měsíce.* A dodává ... *Nedokážu si představit, že už bych se nikdy v životě nenapila.* Tento výrok na mě působí velice nepříznivě, protože z jejího výroku lze soudit, že se bez alkoholu neobejde. Ale jak píše **Ludmila** ... *No, ale, jak se říká: „každý je strůjcem svého štěstí.“ Já neustále věřím, že to třeba dobře dopadne...*

6.6 Vedlejší výzkumný cíl

Jako vedlejší výzkumný cíl jsem si vytyčil zjistit jaké události s alkoholem klienti zmiňovali ve svém životě a zda se v něm nacházely určité analogie. Analyzoval jsem tedy životy klientů a díky tomu, že se o svém životě rozepsali, jsem mohl tyto analogie nacházet. Pro svůj vedlejší výzkumný cíl jsem si zvolil hlavní výzkumnou otázku, která zní:

„Jaké události ve spojitosti s alkoholem zmiňovali klienti ve svém životě nejčastěji?“

	Recidiva	Frekvence pití	Zaměstnání	Rodina a vztahy
Alžběta	I	I	I	I
Damián			I	
Emil				
Fiona				I
Gabriel	I	I		I
Hedvika	I	I		I
Cháron		I		I
Ilona		I		I

Jeremiáš	I	I		I
Katarína		I	I	I
Ludmila		I		
Milada				

Tato tabulka má čtenáři přiblížit nejčastější témata spojená s alkoholem, které klienti ve svých životech uvedli. Jakmile se téma opakovalo 3 a vícekrát, tak jsem ho uvedl jako samostatnou kategorii. Pro ukázkou uvádím některé z jejich výroků:

Klient **Gabriel** uvádí, že ... *můj dosavadní život se odvíjí od 14 let stále stejně. To znamená pití a následné pokusy napravit průsery pitím způsobené.* V 18 letech se oženil, avšak to vzalo rychlý spád, protože ... *ve 21 letech rozvod (alkohol), pak jen pití a příležitostné práce. Ve 33 letech vězení (alkohol) 4 roky.* Potom se **Gabrielovi** dařilo celých 10 let abstinovat a stále pokračoval v napravování nešvarů, které způsobil. Avšak se scénář znovu opakoval a pití se navyšovalo... *no a pak opět pití a léčby na oddělení závislosti až doposud.* Dle jeho názoru je nynější život obrovské štěstí, ... *protože následky mých činů s alkoholem mohly dopadnout mnohem mnohem hůř.* **Alžběta** již absolvovala ... *celou kompletní léčbu čtyři měsíce, po osmi dnech doma jsem se napila na antabus a z recidivovala. Sama jsem to nezvládla.* Dávky alkoholu postupně navyšovala ... *nejdříve to začalo vínem... popíjením s kamarády... a skončilo u vodky... kdy už jsem pila jen vodku...* Klientka přikládá zásadní význam závislosti na alkoholu jejímu povolání, protože užívala alkohol ... *pak v práci, kdy jsem dělala servírku a to povolání se mi stalo osudným.* Mimo jiné uvádí i to, že ... *Můj otec je alkoholik, ale myslím si že tohle se nedědí...* **Ilona** vidí počátek své závislosti na alkoholu v nezdařeném vztahu s manželem, který ji údajně ponižoval a urážel ... *takže 10 let domácího násilí psychického původu. Začala jsem od bolesti popíjet, tím jsem přestala brečet a ulevilo se mi.* Její popíjení se postupně navyšovalo a jak uvádí v dokumentu ... *začala jsem chlastat. Propadla jsem až na dno, kolikrát si nepamatuji co jsem dělala. Prodělala jsem epileptický záchvat a rozhodla jsem se jít na léčbu. Tak jsem tady.* Klientka **Fiona** také zmiňuje potíže s jejím partnerem ... *se kterým jsme se rozešli kvůli mému pití alkoholu. Hned po rozchodu jsem se přestěhovala k rodičům a nastoupila na léčbu závislosti.* Dále rozvádí i rodinnou tragédii, která se stala, když ji byly 3 roky. Její otec ... *ve svých 35ti letech spáchal sebevraždu. Ne celý život ale asi pár let před smrtí hodně pil.* **Hedvika** zaháněla své problémy alkoholem ... *když jsem*

se napila, tak mi bylo všechno jedno a nepřemýšlela jsem, co udělat a co ne. ... Začala jsem si tajně kupovat alkohol, především pivo. Pila jsem takřka celý den, někdy i v noci. Flašky jsem schovávala všude možné po bytě... Medikaci předepsanou od psychiatra často vysazovala a to vše vygradovalo až v to, ... že jsem se předávkovala a léky zapila alkoholem.

7 Výsledky a odpovědi na výzkumné otázky

VVO₁: „Co klientům se závislostí na alkoholu komplikuje léčbu?“

Pro některé klienty byl právě chod oddělení a s ním spojený bodový režim komplikací v léčbě. Často se ohrazovali k tomu, že režim je příliš striktní. Kromě chodu oddělení se našli i klienti, kteří viděli komplikaci ve své osobě, tedy zejména v nedostatku vůle a sebevědomí. Mezi nejčastější komplikace v léčbě, které klienti uvedli a na ni se téměř všichni shodli, byly dopady pandemie COVID. Problém viděli v tom, že nemohli naplno využít potenciál léčebného procesu, protože byli značně izolováni a osekáni. Objevil se klient, který uvedl špatné vyhlídky do budoucna.

VVO₂: „Co klientům se závislostí na alkoholu v léčbě pomáhá?“

Někteří naopak viděli v chodu oddělení a režimu oporu a uvedli, že jim je nápomocný, protože si uvědomují, že právě režim jim dodává do života smysl a řád. Klienti se ve velké míře shodují, že nejvíce jim pomáhá skupinová terapie. Uvedli i pozitivní dopady terapie, které spatřují v tom, že mohou sdílet svůj příběh s někým, kdo má podobné problémy. Vidí, že nejsou sami, kdo si prochází těžkou situací související s alkoholem, a mohou se vzájemně podpořit a podat nový náhled na situaci. Dále léčbu pozitivně ovlivňuje to, že se mohou scházet a otevřeně se bavit. Někteří se přiklání i k individuální terapii, která pro ně má stejný pozitivní dopad jako skupinová. Další terapie vidí jako podpůrné a přínosné, to zejména arteterapii, činnostní terapii a relaxační metody. Rodina může být velmi nápomocná při překonávání drogové závislosti. Konkrétně největší pozitiva spatřují klienti právě v podpoře od rodiny a blízkých. Tato podpora jim dává motivaci a energii během léčby v léčebně. Pro některé může být i samotným důvodem proč započít léčbu. Většina klientů má pozitivní vyhlídky do budoucna v které věří.

HVO: „**Jak vidí léčbu lidé se závislostí na alkoholu?**“

Na chod oddělení byly jak pozitivní, tak i negativní ohlasy. Je to zhruba půl na půl. Klienti si často uvědomují, že právě režim jim dodává do života smysl a chválí ho, avšak zároveň je, podle některých, režim až moc striktní a může klienty vést k demotivaci. S tím je úzce spojen i bodový systém, který se často objevoval v dokumentech. Klienti se ohledně léčby vyjádřili k aktuální situaci a tedy největší komplikací byla zredukovaná náplň léčby kvůli pandemii COVID. Týkalo se to zejména vycházek do blízkého okolí, aktivit a osobních kontaktů s rodinou. Nejpodstatnější v léčbě shledávají skupinovou terapii, která pro ně má velký význam v otevřenosti komunikace, náhledu a sdílení svých příběhů. Někteří se přiklání i k individuální terapii, která pro ně má stejný pozitivní dopad jako skupinová. Další terapie jsou dle nich spíše doplňkem a podtrhují tak pozitivní dopady léčby. Pro některé je důležitá i rodina a podpora okolí, avšak ne každý ji v dokumentu uvedl. Vyhledky do budoucna klientů jsou různorodé, avšak ve velké míře pozitivní. Téměř všichni věří, že v budoucnu budou abstinovat a že se jim bude dařit lépe. Toto prokládají i obtížností, protože si uvědomují, že to nebude jednoduché. Chtějí najít svůj dřívější život, který měli před započítím alkoholové epizody a postavit se na vlastní nohy.

VVC: „**Jaké události ve spojitosti s alkoholem zmiňovali klienti ve svém životě nejčastěji?**“

Události spojené s alkoholem jsem demonstroval v tabulce v kapitole Vedlejší výzkumný cíl. Události s alkoholem, které se vyskytovaly nejčastěji a byly analogické v životech, byly události spojené s frekvencí pití alkoholu a události s rodinou a vztahy. Během analýzy životů jsem si povšiml, že někteří klienti se téměř vůbec nevyjádřili k alkoholu, což mi přišlo přinejmenším zvláštní. Ve výzkumném vzorku se našla klientka, která ve svém životě nevedla ani jednou slovo alkohol, či jakoukoliv spojitost s ním. Obdobně se to ukázalo i u mužské stránky, kdy jeden klient se k událostem týkající se alkoholu nevyjádřil a pouze uvedl, že je jeho slovy „alkoholik“. Naopak, jiní byli poměrně dost sdílní a uvedli i více osobnější informace týkající se jejich života. Pro zajímavost uvádím, že se v dokumentech dva klienti zmínili i o problémech se zákony způsobené alkoholem.

8 Diskuze

Samotnou doménou výzkumu bylo zjistit, jak vidí svoji léčbu klienti, kteří se léčí s alkoholovou závislostí. Klienti se rozepsali o chodu oddělení, který pro některé byl až moc striktní a jiným naopak přísný režim nevadil. Vyložit si správně režim je klíčové. Jak uvádím v teoretické části, tak za kladné chování si klienti mohou dopřát výhody a za nedodržování, či porušení řádu jsou záporně hodnoceni. Po nasbíraném počtu záporných bodů jsou z léčby vyřazeni. Jak uvádí Řehan (2007) ve své publikaci *Adiktologie I*, tak se dost často stává, že klienti si bodový režim nespojí s léčebným procesem. Dojde tak ke sklouznutí k mechančnosti a klienti poté pouze sbírají body za dobré chování, které jim přináší výhody, ale nedokáží své chování správně analyzovat. Studie ve Velké Británii a na Novém Zélandu se snažily zjistit názory klientů na komunitní léčbu a její prospěch. Ačkoliv se zaměřily zejména na nedobrovolně hospitalizované, tak můžeme z výsledků studií vycházet. Studie v Británii poukazuje na to, že komunitní terapie a její řád dopomohl klientům lépe udržovat kontakt se zdravotnickým personálem a cítili nutkání více užívat medikaci (Atkinson et al., 2002; Canvin, Barlett, & Pinfold, 2002; Pinfold a kol., 2001, in Gibbs et al., 2005). Ve studii z Nového Zélandu klienti uváděli jak výhody komunitního režimu, tak i nevýhody. Výhody spatřovali v dosažitelnosti zdravotního přístupu a nevýhody pro ně byla snížená svoboda, kontrola nad léky a omezení v rozhodování (Carne, 1996; Gibbs a kol., 2004; Power, 1999, in Gibbs et al., 2005).

Některé komplikace v léčbě se týkaly i vnitřního rozpoložení a to v důsledku nízké vůle a nízkého sebevědomí. Motivace v léčbě drogových závislostí je důležitá, protože má pozitivní vliv na proces léčby. Tato motivace by měla vycházet z vnitřních pohnutek klientů. Jak dokládá kognitivní teorie Bandury, tak motivace založená na naplňování vlastních cílů přináší vyšší úspěch, než naplňování cílů určených vnějším okolím. Jelikož se někteří z léčených alkoholiků neztotožňují s doživotní abstinencí, protože pro ně nese nálepku s alkoholovou minulostí, tak existuje možnost vyzkoušet techniku kontrolovaného pití, které se věnuje Joachim Körkel, avšak ta má svoje zásady a nedoporučuje se všem (Kubcová, 2017). Vyhlídky do budoucnosti mají klienti příznivé. Nepřestávají věřit a doufat v to, že se ze závislosti na alkoholu vyléčí, což mi přijde podstatné. Ovšem je důležité, aby sami vynakládali úsilí a snažili se na své vizi pracovat. Jak uvádí studie Sinha (2001, in Columb, Hussain, O’Gara, 2020), tak zvýšená úroveň stresu a úzkosti má vliv na

šíření a pokračování relapsu. Největší komplikací pro klienty byly dopady pandemie COVID, které jistě ovlivnily jejich léčbu a to zejména v tom, že nemohli naplno využívat léčebný potenciál a nemohli se vidět s rodinou a blízkými. Již v obecné populaci se objevila více než jedna třetina, která poukazovala zvýšenou úroveň stresu způsobenou pandemií (Qiu et al. 2020, in Columb, Hussain, O’Gara, 2020). Nejen široká veřejnost tedy, ale samozřejmě i klienti zdravotnických zařízení pocítili stres a frustraci z aktuální situace. Studie publikovaná univerzitou v Cambridge poukazuje na to, že lidé, kteří v nadměrné míře konzumují alkohol, jsou zranitelnější vůči nepříznivým zdravotním důsledkům spojených s COVIDEM. A to na základě snížení imunitního systému způsobeného chronickým užíváním alkoholu (Columb, Hussain, O’Gara, 2020). Domnívám se, že sociální distanc a odloučení má neblahý vliv na klientelu oddělení závislostí. Může to vést až k předčasnému ukončení léčebného procesu. Ale abych neuváděl jen negativní dopady, tak stojí určitě za zmínku, co píše ve své publikaci Kalina (2003). Ten uvádí jako jednu z hlavních komplikací ve střednědobé léčbě relaps, který je způsoben propustkou, či vycházkou do města. Dalo by se uvažovat nad tím, zda opatření kolem COVIDU mohly zamezit tomuto relapsu a přispět tak lehce ke zlepšení léčby.

Výsledky ukázaly, že pro klienty je zásadní skupinová terapie, která měla velmi pozitivní ohlasy. Jak jsem uvedl v teoretické části, tak skupinová terapie je vztah dvou a více lidí a hraje roli v léčbě drogových závislostí. Weiss, Jaffee, de Menil a Cogley (2004) provedli studii, která srovnala skupinovou terapii s některými z jiných léčebných postupů. Výsledky studie neprokázaly rozdíl mezi individuálními a skupinovými způsoby terapie. A nebylo ani prokázáno, že by některý typ skupinové terapie měl větší účinnost než jiný. Skupinová terapie v léčebnách je úzce spjata s terapeutickou komunitou, kterou rozepisují v teoretické části. Výsledky výzkumu mohou podtrhnout pozitivní vliv skupinové psychoterapie na léčbu. Dle klientů jim je nejvíce nápomocná v tom, že klienti mohou sdílet svůj příběh, být navzájem otevření, komunikovat a vzájemně se podpořit. Toto jsou některé prvky, kterými se vyznačuje skupinová terapie. Další důležitou složkou v léčbě je rodina, která má na léčebný proces zásadní vliv. Při léčbě drogových závislostí je běžné pracovat s celou rodinou klienta. Některé postupy rodinné terapie jsem již uvedl v kapitole Rodinná terapie. Několik klientů se k rodině nevyjádřilo ve spojitosti s podporou, což považují za zajímavé. Přikládám tomu důvod, že rodina je intimní skupinou pro člověka a nechtějí se o ní bavit s někým cizím, případně mohla být rodina právě daným spouštěčem pití alkoholu.

Jako vedlejší výzkumný cíl jsem analyzoval životy klientů a hledal v nich nejčastější souvislosti s alkoholem. Dost klientů zmiňovalo frekvenci pití, která se pojí se stádií rozvoje a udržování závislosti, které uvádím v kapitole Vývoj alkoholové závislosti. Vedlejší výzkumný cíl nahlíží na život klientů a poukazuje i na to, že rodina má jistou roli v procesu závislosti, to vnímám jako zajímavé. Zde je určitě možné polemizovat nad tím do jaké míry má rodina vliv na vznik a rozvoj alkoholové závislosti. V teoretické části zmiňuji genetické predispozice, které se mohou podílet na vzniku závislosti. Dále v kapitole Teorie vzniku závislosti se snažím poodkrýt, jak může vzniknout závislost. Špatně fungující rodina a vztahy se můžou promítnout do vzniku. Ať už v podobě vnitřních konfliktů a nebo nalézání „léku“ v podobě alkoholu. Toto nelze z výsledku naší studie vyvodit, protože známe jednu stranu příběhu. Respondenti vykazují vazbu alkoholu na rodinu a tato otázka je dalším možným výzkumem otevřená.

Aby byla práce úplná je nutné provést vlastní sebereflexi výzkumu a výzkumníka. Jako největší nedostatek vidím v tom, že jsem s klienty nemohl provést polostrukturovaný rozhovor, který byl jako původní plán. Díky němu bych měl možnost obsáhnout více prvků z léčby a jít v tématu více do hloubky. Kvůli vládním nařízením jsem musel zvolit jinou strategii, která mi přišla adekvátní. Jako limit shledávám vzorek jedinců, od kterých jsem čerpal dokumenty. Byl jsem do značné míry zklamán z výpovědí klientů. Domníval jsem se, že svým záměrem jim udělám radost a dám možnost, aby se sami vyjádřili k procesu léčby. Nicméně dokumenty, které mi klienti odevzdali, nebyly tak obsáhlé, jak jsem čekal. Některé z dokumentů měly poměrně obsáhlý život a u jiných byly životy naopak velmi strohé. Největší přísun informací jsem čekal právě na tematické okruhy týkající se léčby, avšak tyto informace byly poměrně stručné. Limit výzkumu vidím i v metodě, která není dostatečně odkrývající. Ne každému vyhovuje metoda psaní na papír. Zdá se mi, že pokud bych nepožádal k zadávání paní psycholožku, tak bych se nedobral k výsledkům, protože by k tomu přistupovali jinak, než když jim něco zadá autorita, tzv. „bílý plášť“. Dále vyvstává otázka jak si vysvětlit, že někdo investuje energii do toho, že napíše obsáhlý text a jiný ne. Při léčbě drogových závislostí jsou léčebny zaměřeny na univerzální postupy, kdy se snaží zaměřit a přizpůsobit na co největší počet klientů. Avšak ne každý je sdílný a je zastáncem vedení si deníků, psaní esejí, případně elaborátů. Někteří právě naopak preferují ruční práce, malování nebo relaxaci. Vede mě to k zamyšlení, jakou naraci klienti mají. Do dalších studií by bylo jistě zajímavé zjistit některé dílčí rozdíly mezi lidmi, které by se mohly týkat obranných mechanismů, organického poškození mozku a neochotě sdílet

informace. Jsem si vědom toho, že má studie byla značně ovlivněna COVID pandemií, ale právě COVID se stal jednou z odpovědí na léčbu. Rozumím, že se klienti vyjadřovali k aktuální situaci, protože i oni pocítili značný vliv COVID pandemie. Budoucí výzkum bych chtěl zaměřit na rozbor deníků, proložený rozhovorem. V nich spatřuji značný potenciál léčby, pro motivované jedince, kteří chtějí na sobě pracovat. Díky tomu, že si povedou deník, mohou lépe porozumět svým myšlenkám a vidět případný posun v léčbě. U nemotivovaných, nebo málo motivovaných klientů se domnívám, že význam vedení si deníku, je pro ně mnohdy skrytý.

9 Závěr

Výsledky mého výzkumu v bakalářské práci přinesly zjištění, že největší komplikací v léčebném procesu byly aktuální podmínky týkající se pandemie COVID. Tedy zredukované aktivity a nemožnost návštěv. Mimo vyjádření k aktuálně probíhající situaci na základě získaných údajů vyšlo najevo, že další komplikace mohou spočívat zejména v příliš striktním režimu oddělení, který umocňuje nespolupráci a demotivaci klientů. Avšak ten měl u jiných i pozitivní ohlasy, z čehož vyplývá, že k režimu oddělení není jednoznačná odpověď. Další komplikací je nízká vůle a nízké sebevědomí, které si uvědomili a přiznali klienti ve svých dokumentech.

Největší přínosy v léčbě vidí klienti, dle výsledků, ve skupinové psychoterapii, která jim umožňuje vzájemnou podporu, otevřenost a komunikaci. Nižší pozice obsadila arteterapie a činnostní terapie, které vnímají jako podpůrné. Následně výsledky ukázaly, že roli hraje rodina, která léčbu pozitivně ovlivňuje. Pro některé je dokonce samotnou motivací se vyléčit.

Vedlejší výzkumný cíl přinesl zjištění, že v životech se objevily analogie týkající se událostí spojených s alkoholem. Konkrétně klienti psali nejčastěji o událostech s alkoholem spojených s rodinou a vztahy a ve stejném počtu se vyjádřili i k frekvenci pití.

10 Souhrn

Bakalářská práce se zabývá tím, jak jedinci, kteří se léčí se závislostí na alkoholu vnímají léčbu, tedy konkrétně jsem se snažil zjistit, co jim léčbu komplikuje a co jim v léčbě pomáhá. Teoretická část klasifikuje alkohol a pojednává o něm jako o psychoaktivní látce. Prvně jsem se věnoval tomu, jak vůbec můžeme alkohol do těla aplikovat a potom, co ho dostaneme do těla, tak poukazuji na jeho účinky na organismus, zejména na mozek. Ve stručnosti jsem se snažil popsat neuromediátory, které jsou alkoholem nejvíce zasaženy a po té přiblížit kolik alkoholu jsme zhruba schopni v těle snést. Vycházel jsem z rozdělení dle Kaliny a dále jsem, dle Skály, rozřadil jedince podle toho, co od nápojů očekávají. Jasně a srozumitelně jsem poukázal na některé poruchy vyvolané v souvislosti se zneužíváním alkoholu, mezi které samozřejmě patří i syndrom závislosti. Dále jsem čtenáře seznámil například s odvykacím stavem, psychotickými poruchami a fetálním alkoholovým syndromem. Větším samostatným celkem v mé bakalářské práci byla kapitola Závislost na alkoholu. V úvodu jsem čtenáře uvedl do povědomí současných klasifikačních systémů duševních onemocnění a poruch. Zaměřil jsem se na definici závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí a na ni jsem navázal na diagnostická kritéria, která u jedinců musí nastat, aby se dalo hovořit o syndromu závislosti. Na tuto kapitolu navazuje Vývoj alkoholové závislosti dle předního odborníka na alkoholovou závislost E. M. Jellineka. Čtenáře jsem uvedl do povědomí čtyř stádií, které se podílejí na rozvoji závislosti. Následně jsem se zaměřil na typologie osob závislých na alkoholu a to dle Jellinekovy řecké abecedy (alfa, beta, gama, delta, epsilon) a Leschových čtyřech subtypů (Typ I, Typ II, Typ III, Typ IV). Příčin toho, proč propadají závislosti na drogách je mnoho a v bakalářské práci jsem uvedl několik teorií, které se snaží rozklíčovat vznik závislosti. Jako první jsou psychoanalytické teorie, kde uvádím pojetí Wurmsera a dále Murphyho a Khantziana. Druhé místo zaujímají behavioristické teorie, kde poukazují na Wiklerův negativní reinforcement a Bandurovo učení nápodobou. Nesmíme opomenout ani neurobiologický model, který má v dnešní době velké zastání. Ve stručnosti jsem popsal mozkový systém odměny, který se velkou měrou podílí na vzniku závislosti. Neopomenul jsem ani integrativní model, který na problematiku závislosti nahlíží komplexněji. Kombinuje několik faktorů a je veřejnosti znám jako Urbanův tetraedr. Kapitolu jsem uzavřel genetickými predispozicemi, které podtrhují vznik závislosti. Další velkou kapitolou je léčba alkoholové závislosti. V úvodu této kapitoly

jsem se zabýval založením zdravotnického zařízení specializovaného na léčbu alkoholové závislosti panem Skálou a v souvislosti s tím jsem rozdělil dva typy služeb péče a to ambulantní a lůžkové. Lehce jsem čtenářům naznačil celostní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup, který je v léčbě závislosti podstatný. V kapitole Farmakoterapie jsem čtenáře uvedl do povědomí několika málo léků, které jsou součástí léčby. Zejména jsem zde uvedl nechvalně známý antabus. Kromě farmakoterapie je zapotřebí i psychoterapie, která je nedílnou součástí léčby. Dále jsem věnoval jednotlivým přístupům v terapii, které mají blízko ke zdolávání závislosti na alkoholu. Behaviorální terapie, kde je cílem se vyhnout nežádoucím podnětům a podnítit žádoucí chování. Zmiňuji zde averzivní terapii a bodový režim, který je v léčebnách běžný. Hojně užívanou terapii, kterou popisuji dále, je kognitivně-behaviorální. Ta se snaží nahradit dysfunkční vzorce v myšlení těmi funkčními a dále zvýraznit sílu behaviorální terapie. Důležitým faktorem v léčbě závislosti je rodina, jejíž potenciál se využívá v rodinné terapii, protože zejména alkohol je vztahová droga, tak právě rodina je systémem, který je drogou nejvíce zasažen. Rodinná terapie se snaží obnovit a udržet harmonii v rodině. V kapitole rodinné terapie popisuji i některé reakce dětí na závislost svých rodičů, která na ně má špatný dopad. Z komunikace v rodině vychází systemický přístup, který zmiňuji jako další. Zde nejde tolik o vytvoření rovnováhy, ale zaměřuje se na překonávání problémových situací. Seznamuji čtenáře okrajově se základními technikami tohoto přístupu a navazuji na další kapitolu s názvem Terapeutické komunity. Vysvětluji čtenáři v čem spočívá podstata terapeutické komunity a jaké aktivity se v ní mohou provozovat.

Pro empirickou část bakalářské práce jsem si zvolil kvalitativní výzkumnou studii, kde jsem se snažil za pomoci deskriptivního šetření zjistit, jak klienti léčící se s alkoholovou závislostí vidí léčbu. Jelikož je výzkumný problém příliš obsáhlý, tak jsem si zvolil výzkumné otázky, pomocí kterých jsem se snažil odpovědět na výzkumný problém. Jako typ výzkumu jsem zvolil analýzu dokumentů a metodou záměrného výběru jsem získal výzkumný soubor, kterým pro mě byli klienti léčící se v léčebně se závislostí na alkoholu. Data jsem získal za pomoci textového dokumentu, který jsem následně analyzoval metodou obsahové analýzy. V dokumentu se klienti vyjadřovali ke třem tematickým okruhům, které se týkaly jejich dosavadních životů, možných komplikací v léčbě a co jim může v léčbě pomáhat. Celkový počet jedinců, kteří vypracovali a odevzdali dokumenty bylo 20, avšak po redukci za pomoci stanovených kritérií jsem analyzoval dokumenty od 12 klientů. Během výzkumu jsem dodržoval etické principy.

Všichni klienti vstoupili do výzkumu dobrovolně a byla dodržena anonymita účastníků. Z výzkumu bylo možné odstoupit, avšak nikdo této možnosti nevyužil. Během výzkumu nebyla způsobena žádná újma. V programu Atlas.ti jsem si za pomoci metody trsů stanovil kategorie, které se vykristalizovaly z dokumentů. Následně proběhla analýza dat. Výsledky vedlejšího výzkumného cíle poukazují na to, že nejčastější události spojené s alkoholem, které klienti zmiňovali, byla frekvence pití a rodina a vztahy. Na léčbu se klienti dívají různorodě. Někteří vnímají režim a chod oddělení jako přínosný, ale jiní v jeho striktním vyžadování režimu vidí komplikaci. Mezi nejčastější komplikace v léčbě se projevíly vládní opatření kolem pandemie COVID a byl to také nezamýšlený důsledek výzkumu. Mimo tyto komplikace klienti uvedli nízkou vůli a nízké sebevědomí. Jako největší přínos a zároveň největší pomoc vnímají klienti právě skupinovou psychoterapii, která je pro ně zásadní. Zejména zde mohou otevřeně komunikovat, podporovat se vzájemně a nacházet nový náhled na situaci. Důležité postavení v léčbě má rodina, která může pozitivně ovlivnit léčebný proces, neboť zastává i hlavní roli v motivaci se vyléčit. Zajímavé jsou i vyhlídky klientů do budoucna. Většina věří, že dokáží žít život bez alkoholu, někteří se snaží obrátit na víru a filozoficky si vykládají jejich závislost a někteří doufají, že se jim to podaří. Ve výzkumu se objevil i klient, který si nedokáže představit život bez alkoholu, avšak jak sám uvedl v dokumentu, tak alkohol mu značně zkomplikoval život. Svoji bakalářskou práci jsem zakončil kapitolou diskuze, závěr, souhrn a uvedl jsem zdroje, ze kterých jsem čerpal.

11 Použitá literatura

1. Alcohol.org. (2020, January 15). *Cognitive Behavioral Therapy for Alcoholism Recovery*. Dostupné z: <http://www.alcohol.org/therapy/cbt/>
2. Alkoholpodkontrolou.cz (© 2020). *Kde se léčí závislost a jak to probíhá?* Klinika adiktologie. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/jak-zvladnout-problem-s-pitim/lecba-zavislosti/>
3. Baker, B. T., Piper, E. M., McCarthy, E. D., Majeskie, M. R. (2004). *Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement*. *Psychological Review*, Vol. 111, No. 1, 33-51.
4. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
5. Columb, D., Hussain, R., & O’Gara, C. (2020). *Addiction psychiatry and COVID-19: Impact on patients and service provision*. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 164-168.
6. Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie* (přeložil Stanislav JEŽEK). Albert.
7. Doweiko, H. E. (2012). *Concepts of chemical dependency*. Cole Cengage Learning.
8. Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu* (přeložil Kateřina BODNÁROVÁ). Nakladatelství Lidové noviny.
9. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.
10. Fidesová H., Miovský M. (2020). *Aktualizovaná verze Leschovy typologie závislosti na alkoholu*. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, APLP 2.
11. Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2., rozšířené a aktualizované vydání). Grada Publishing.
12. Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, Ch., Mullen, R. (2005). *How patients in New Zeland view community treatment orders*. *Journal of Mental Health*. Vol. 14(4): 357 – 368.
13. Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.

14. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (Vol. 1). Úřad vlády České republiky.
15. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing.
16. Kolařík, M. a kol. (2019). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (5. aktualizované vydání)*. Univerzita Palackého v Olomouci.
17. Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.
18. Kubcová, Š. Nový náhled na léčbu: Alkohol po kapkách. *Psychologie dnes*. [online]. Portal. 2017, 12. [cit. 6.3.2021]. dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/88175/alkohol-po-kapkach>
19. Leggio L., Kenna A. G., Fenton M., Bonenfant E., Swift M. R. (2009). *Typologies of Alcohol Dependence. From Jellinek to Genetics and Beyond*. *Neuropsychology Review* Vol. 19, 115-129.
20. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
21. Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 5., aktualiz.). Portál.
22. Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum.
23. Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada.
24. Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
25. Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Grada Publishing.
26. Plummer, K. (2001). *Document of Life 2. An Invitation to a Critical Humanism*. SAGE Publications.
27. Psychiatrická léčebna Šternberk, [online]. PLSTBK. [cit. 1.3.2021]. Dostupné z: <https://plstbk.cz/primariat-vii-lecba-zavislosti-dolecovaci-oddeleni>
28. Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi* (5. vyd). Triton.
29. Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Univerzita Palackého.
30. Schlaff, G., Walter, H., Lesch, O. M. (2011). *The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches*. *Annals of Gastroenterology*, 24(2): 89 – 97.

31. Skála, J. (1988). --až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost) (4. přeprac. a dopl. vyd). Avicenum.
32. Thombs, D. L., Osborn C. J. (2019). *Introduction to addictive behaviors* (5th, edition). The Guilford Press.
33. Váchová, P. E., Janů, L., Racková, S. (2009). *Patogeneze závislosti*. *Psychiatr pro Praxi*, 10(6): 257-259.
34. Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Grada Publishing.
35. Walker, M. P. (2018). *Proč spíme: odhalte sílu spánku a snění* (přeložil Filip DRLÍK). Jan Melvil Publishing.
36. Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). *Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know?* *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339–350.
37. WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organisation
38. Wojtynkiewicz, E. (2018). *Alcohol addiction in the view of psychodynamic theories. Part I. Review of classical theories*. *Psychoterapia* (184): 31-39
39. Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí* (přeložil Magdalena SLÁČALOVÁ, přeložil Martin HAJNÝ). Grada.

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí

Autor práce: Jan Kalenda

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 61 s., 102 570 počet znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 39

Abstrakt (800–1200 zn.): Cílem práce bylo prozkoumat a popsat, jak jedinci léčící se s alkoholovou závislostí vidí léčbu. Teoretická část se zabývá tematikou alkoholu, závislostí na alkoholu a léčbě. V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na posuzování obsahové analýzy dokumentů jedinců závislých na alkoholu. Jako metodu jsme využili kvalitativní metodologický přístup, zvláště obsahovou analýzu, kde jsme kategorizovali základní tematické jednotky. Zdrojem dat byly textové dokumenty a pro analýzu dat byla použita metoda vytváření trsů. Výsledky naší práce poukázaly, že největší komplikací pro klienty byly dopady pandemie COVID, které jim zredukovaly léčebný proces. Jako nejpřínosnější se ukázala skupinová terapie, která pomáhá klientům v otevřenosti, komunikaci, náhledu a podpoře. Vedlejší výzkumný cíl ukázal, že se v životech klientů objevily souvislosti s vazbou alkohol-rodina.

Klíčová slova: alkohol, závislost, léčba, terapie, dokument, obsahová analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Content analysis of documents of individuals being treated for alcohol dependence

Author: Jan Kalenda

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 61 p., 102 570 number of characters

Number of appendices: 3

Number of references: 39

Abstract (800–1200 characters): The aim of the study was to investigate and describe how individuals treated for alcohol dependence see treatment. The theoretical part deals with the topic of alcohol, alcohol dependence and treatment. In our bachelor's thesis, we focused on assessing the content analysis of documents of individuals addicted to alcohol. As a method, we used a qualitative methodological approach, especially content analysis, where we categorized the basic thematic units. The data source was text documents and the method of creating clumps was used for data analysis. The results of our work showed that the biggest complication for clients was the effects of the COVID pandemic, which reduced their treatment process. Group therapy, which helps clients in openness, communication, insight and support, proved to be the most beneficial. A secondary research goal showed that connections with the alcohol-family relationship appeared in the lives of clients.

Key words: alcohol, addiction, treatment, therapy, document, content analysis

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce

Výzkum: Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí

Autor: Jan Kalenda

Katedra psychologie FF UP

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti na výzkumu v rámci bakalářské práce na téma Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí v Psychiatrické léčebně Šternberk a souhlasím s dobrovolnou účastí.

Beru na vědomí, že osobní (jméno, příjmení, rok narození a jiné) údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci bakalářské práce.

Plně beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha č. 3: Ukázky dokumentů

DOSAVADNÍ ŽIVOT

DĚTSTVÍ RELATIVNĚ ŠTĀSTNĚ, POZDĚJI JSEM VNĪMAL ROZEPŘE RODIČŮ. RODIČE MĚ MALOKDY POCHVALILI, JEDEN SOUROZENCEM. ŠKOLU JSEM ZVLÁDAL VELMI DOBRĚ - MÁM VŠ VZDĚLÁNÍ. PO STUDIÍCH ÚSPĚŠNĀ KARIĚRA JAK PRACOVNĪ TAK V OBLASTI HUDBY (ZALIBY). MĀM DVĚ DĚTI Z PRVNĪHO MANŽELSTVĪ. JSEM ROZVEDEN. ŽIJÍ V PARTNERSKĚM VZTAHU (ŠTĀSTNĚM), MÁM ÚSPĚCHY V PRACĪ, MÁM ZDRAVĚ DĚTI S KTERÝMI KOMUNIKUJÍ, MÁM VLASTNĪ BYDLENĪ. PŘESTO SE ŽE MNE STAL ALKOHOLIK. TOTO JE MOJE 1. LĚČBA.

CO LĚČBU KOMPLIKUJE

URČITĚ COVID EPIDEMIE, KTERĀ KOMPLIKUJE LĚČBU, TĪM, ŽE NĀS IZOLUJE OD SKUTEČNĚHO SVĚTA. NEMĀME VYCHÁZKY, VE KTERÝCH SPATŘUJÍ VELKÝ TERAPEUTICKÝ VÝZNAM. JE TAJN, ŽE TU NEPJEME, ONO NENĪ CO. NA VYCHÁZKĀCH BYCHOM BYLI "NA ŽKOUŠKU" VYSTAVENĪ TOMU CO NĀS SKUTEČNĚ ČEKĀ PO NĀVRATU / UKONČENĪ LĚČBY. SONDY DO SVĚTA, KDE SE ALKOHOL PROPAGUJE, TOLERUJE A NĀDUŽĪVĀ JSOU Z TEREPEUTICKĚHO VÝZNAMU ZĀSADNĪ (MŪJ NĀZOR). DALŠĪM ASPEKTEM, KTERÝ LĚČBU KOMPLIKUJE, JE VELKÝ POČET ODPADLĪKŮ Z LĚČBY (DISCIPLINĀRNĪ ODPADLĪCI I PACIENTI, KTERĪ LĚČBU UKONČUJÍ Z VLASTNĪHO ROZHODNUTĪ). ZA MŪJ KRĀTKÝ POBYT JE BILANCE 1 ÚSPĚŠNÝ "ABSOLVENT" NA 2-3 ODPADLĪKY.

CO VĀM V LĚČBĚ POMAĀHĀ

PRO MĚ JE ZĀKLĀDEM LĚČBY PSYCHOTERAPIE, KDE SE NĀŠE PROBLĚMY PROBĪRAJÍ V RĀMCI SKUPINY A DISKUSE JE MODEROVĀNĀ PSYCHOLOGEM. DALŠĪ TERAPIE (ČINNOSTNĪ A ARTE) VNĪMĀM JAKO PODPŪRNĚ, ALE ROZHODNĚ PROSPĚŠNĚ. UMĚNĪ RELAXACE SE ROVNĚŽ PRAKTICKY MŪŽE HODIT PO UKONČENĪ LĚČBY

1/
Můj dosavadní život je velice pestrý. V životě jsem si užil
poměrně všeho od kulek, alkoholu, drog a na to, že se mi 45
let mám vzpomínky jako 20ti letý člověk. Ale už mě to
všechno začalo znudit, tak jsem se odstěhoval na
vesnici kde jsem začal žít klidný život který mě
vyhovuje. Mám přítelkyni, 2 děti 12 a 11 let a rodinu
která za mnou stojí. Ale můj dosavadní život mě
natolik ovlivnil, že prakticky jsem na všem závislý.
Abych nezávil drog, začal jsem užívat alkohol.
Přesto, že mám rodinu, děti, zahradu, přítelkyni
ažán a děti, moje závislost ovlivňuje můj život.
Protože má největší závislost je má rodina, rozhodl jsem
se, že budu léčen. Odešel jsem od všeho co mám
na světě nejvíce a hledám zde pravou příčinu svého
problému, protože mám zde terapeutický tým který mě
pomáhá abych se nad sebou zamyslel a našel
podstatu toho určitého problému.

2/
Myslím, že jsem tu proto, abych řešil svůj problém a
ne proto abych žil ve strachu že mě disciplinálně vyloučí
za banální věci jako je hrůch na jídelně a dalších
pár maličkostí které jsou zde brány jako nezávažné.
Myslím, že žít v napětí zde není zrovna to nejlepší.
Souhlasím s určitou disciplínou, ale některé věci hraničí s
blbostí. Víš, že léčba mi má pomoci, ale nechápu jak s tím
souvisí hrůch nebo vytržení ~~z~~ podlahy spínatou hadrou
a stáčením vodou.

3/ Na druhou stranu mi velice pomáhají skupinové terapie
na kterých sliším názory a příběhy ostatních. Tam
nejvíce nacházím podstatu svého problému a jak bych to
měl řešit až budu mít po léčbě. Je mi líto,

⑤ Má osobní pomáha' terapie v dílnách. Platou se tam křesky, pracuji se dřevem, vyrábí se keramika, porcičky apod. člověk pracuje rukama a nad ničím nepřemýšlí a je mu fajn. A má taky dobrý pocit, že po dlouhá doba se mu něco povedlo.

Samozřejmě, že nejvíce mi pomáhají psychoterapie, ať už skupinová, nebo individuální. Já jsem skoro v polovině léčby a posunula jsem se hodně dopředu. Už z poloviny vím, že se jánou postavím na vlastní nohy. Psycholožka, která mne vedla je naprosto úžasná. Dokáže věci pojmenovat, navést na novou cestu, usměrnit směr cesty, umí se i zasmát, je to super.

Samozřejmě, že pomáhá celá komunita, její složení, její různorodost a to, že drží pohromadě. Za to v duchu všem členům děkuji.