

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

ZKUŠENOST VYBRANÉ SKUPINY  
ŽEN PO LÉČBĚ ZÁVISLOSTI  
NA ALKOHOLU

EXPERIENCE OF A SELECTED GROUP OF WOMEN  
AFTER TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTION



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Iveta Hejsová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2020

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za věnovaný čas, trpělivost, odborné rady a vedení. Zároveň bych ráda poděkovala zaměstnancům kliniky adiktologie U Apolináře za možnost realizace výzkumu. Poděkování patří také respondentkám za ochotu a rozhodnutí sdílet svou osobní zkušenost.

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Zkušenost vybrané skupiny žen po léčbě závislosti na alkoholu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis.....

# OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. Vymezení závislosti .....	8
1.1 Problematika užívání návykových látek.....	8
1.2 Alkohol a jeho užívání.....	12
1.3 Vznik závislosti .....	13
1.3.1 Abúzus alkoholu.....	14
1.3.2 Hlavní faktory vedoucí ke vzniku závislosti .....	14
1.3.3 Typy a stadia závislosti na alkoholu.....	15
1.4 Vliv alkoholu na zdraví člověka.....	17
1.4.1 Změna činnosti mozku a craving.....	18
1.4.2 Tělesné zdravotní problémy spojené s užíváním alkoholu .....	18
1.4.3 Psychiatrické problémy a poruchy spojené s užíváním alkoholu.....	19
1.5 Ženy a závislost na alkoholu .....	21
2. Rodina člověka se závislostí .....	24
2.1 Rodina a její funkce.....	24
2.2 Faktory vzniku závislosti v rodině .....	25
2.3 Vliv závislosti na rodinu.....	26
2.3.1 Děti člověka se závislostí na alkoholu .....	27
2.4 Pomoc pro rodinu člověka se závislostí .....	28
3. Prevence a léčba závislosti.....	29
3.1 Prevence závislosti na návykových látkách .....	29
3.2 Historie léčby závislosti na alkoholu u nás .....	31
3.3 Dobrovolná a nařízená léčba závislosti .....	32
3.4 Formy léčby závislosti.....	32
3.5 Léčba a doléčování závislosti u žen .....	36
3.6 Následná péče.....	37
3.6.1 Možnosti a cíle následné péče .....	37
3.6.2 Anonymní alkoholici a jiné svépomocné skupiny .....	38
4. Abstinence.....	42
4.1 Abstinence jako nový životní styl .....	42
4.2 Změny v životě abstinenta.....	43
4.3 Rodina a abstinence .....	44
4.3.1 Partnerský vztah a abstinence.....	44
4.3.2 Vliv abstinence na rodinu.....	45
4.3.3 Trávení volného času.....	46
4.4 Kontrolované pití.....	46

4.5	Odmítnutí nabízeného alkoholu .....	48
4.6	Relaps a recidiva.....	48
4.7	Ženy a abstinence .....	51
VÝZKUMNÁ ČÁST .....		53
5.	Výzkumný problém a cíle .....	54
6.	Použité metody.....	56
6.1	Metody použité k získání dat.....	56
6.2	Otázky polostrukturovaného interview .....	58
6.3	Etické aspekty a ochrana soukromí .....	59
7.	Výzkumný soubor .....	60
8.	Metody zpracování dat.....	62
9.	Výsledky .....	65
9.1	Analyzovaná oblast 1: ŽIVOT PŘED ZÁVISLOSTÍ.....	65
9.2	Analyzovaná oblast 2: PRŮBĚH A LÉČBA ZÁVISLOSTI .....	68
9.3	Analyzovaná oblast 3: ŽIVOT PO UKONČENÍ LÉČBY .....	71
10.	Diskuze.....	82
11.	Závěr .....	88
Souhrn .....		91
LITERATURA .....		95
PŘÍLOHY		

# ÚVOD

Problematika závislosti je časté a opakující se téma v naší společnosti. Týká se žen i mužů různého věku. Závislost na návykových látkách ovlivňuje fyzickou, psychickou, sociální stránku člověka a celkově kvalitu života. Důležité je uvědomění si problému a včasné řešení vlastními silami nebo vyhledání odborné pomoci. Pro překonání závislosti je podstatné získat náhled na užívání návykové látky a uvědomit si jaké problémy její užívání způsobuje.

Překonání závislosti je dlouhá a náročná cesta, kdy opravdu záleží na rozhodnutí člověka se s problémem vypořádat. Proces překonání závislosti je u každého individuální. Velké rozdíly jsou i v léčbě mužů a žen trpících závislostí. Zahájení léčby závislosti je prvním těžkým krokem, po kterém následuje druhý, a to je změna dosavadního způsobu života. Ne každému se však po ukončení léčby daří abstinovat.

**Cílem této bakalářské práce** bylo popsat zkušenost žen s překonáním závislosti na alkoholu. Popsat, jak se změnil jejich život po absolvování léčby. Jak závislost změnila jejich přístup k životu. Jak se změnilo chování, prožívání, vztah k sobě samé, rodině a okolí. Jaké změny ve svém životě udělaly a co jim pomáhá abstinovat. Příběhy těchto žen mohou pomoci lidem, kteří absolvovali léčbu závislosti a čekají je podobné životní změny. Mohou podpořit jedince závislé na alkoholu k vyhledání odborné pomoci a ukázat, že závislost na alkoholu lze překonat. Inspirovat mohou také léčebné programy, aby se zaměřily na nejvíce problematické oblasti lidí, kteří se snaží abstinovat.

**Teoretická část** vychází z odborné literatury a vymezuje problematiku závislosti. Popisuje vznik a vývoj závislosti na návykových látkách, především na alkoholu. Vysvětluje problémy, které užívání alkoholu způsobuje po stránce zdravotní, vztahové a sociální. Dále se věnuje způsobům léčby závislosti a abstinenci.

**Praktickou část** tvoří kvalitativní výzkum, který proběhl ve spolupráci s pražskou Klinikou adiktologie, kde autorka získala respondenty. Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které absolvovaly léčbu závislosti a od té doby abstínují. Realizaci výzkumu předcházelo získání souhlasu Etické komise Všeobecné Fakultní nemocnice v Praze.

**Cílem výzkumu** bylo pomocí interpretativní fenomenologické analýzy a výpovědí oslovených žen popsat zkušenost se závislostí na alkoholu. Výsledky by měly přinést informace o tom, jak tyto ženy závislost překonaly a jaký byl jejich návrat do běžného života.

Popsat jejich přístup k abstinenci, ke zdraví a životu. Vystihnout, jak zkušenost s úspěšným překonáním závislosti ovlivní život člověka.

Dané téma považuji za významné a zaujal mě především zásah závislosti na návykové látce do života jedince a proces změny životního stylu vlivem této zkušenosti. Rozhodla jsem se věnovat mu zejména pro přiblížení období, kdy jedinec po léčbě závislosti začíná nový život.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 VYMEZENÍ ZÁVISLOSTI

Alkohol je u nás i ve světě jedna z nejrozšířenějších návykových látek. Je běžnou součástí společenského života. Důležité je uvědomit si jak často a v jakém množství člověk alkohol užívá. Kdy se zdravé užívání mění ve snahu uniknout pomocí alkoholu z reality, od problémů a starostí. Myslím si, že pro člověka trpícího závislostí je velmi těžké si tento problém přiznat. Podívat se na alkohol jako na nebezpečnou látku, která ničí samotného uživatele i jeho okolí. Získat tento náhled a vyhledat odbornou pomoc jsou pro člověka se závislostí těžké kroky, které jsou však nutné pro překonání závislosti. Porozumění vzniku a průběhu závislosti umožňuje pochopit a správně přistupovat k lidem trpícím závislostí a jejich blízkým. Tato kapitola se věnuje vzniku závislosti. Dále pak tělesným, psychickým a sociálním problémům, které alkohol přináší.

Jako **závislost** se označuje takové chování, kdy se jedinec nemůže bez něčeho obejít. Týká se to alkoholu, cigaret a dalších návykových látek. Dále také závislosti na hracích automatech, na práci nebo elektronice. Člověk se závislostí na alkoholu látku neustále vyhledává a konzumuje v nezdravém množství, přesto že tím škodí sobě i svému okolí. Závislost dělíme na fyzickou a psychickou (Hartl & Hartlová, 2010; Kajanová, 2014):

- U **fyzické závislosti** se postupně zvyšuje tolerance organismu. Tím pádem jedinec pro dosažení žádoucího stavu potřebuje stále více návykové látky. Po jejím snížení nebo odebrání se objevují abstinenční příznaky.
- **Psychická závislost** je spojena s cílem zbavit se nepříjemných pocitů pomocí návykové látky. Oproti fyzické se vytváří pomaleji. Na druhou stranu je silnější a trvá déle se s ní vypořádat.

## 1.1 Problematika užívání návykových látek

V této podkapitole popisují škodlivé účinky způsobené užíváním návykových látek. Dále uvádím rozdělení návykových látek dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Uvádím diagnózy týkající se užívání návykových látek, jejich symptomy a kritéria podle kterých se určuje závislost.



Míra poškození v důsledku užívání návykových látek souvisí s tím, jak dlouho a v jakém množství je jedinec užívá. Fischer & Škoda (2009) rozdělují **hlavní škodlivé účinky** do následujících čtyř kategorií:

1. **Akutní stav intoxikace.** Jedná se o individuální psychické a tělesné změny po užití návykové látky. Tohoto stavu lze dosáhnout jak při prvním kontaktu s látkou, tak při jejím dlouhodobém užívání. Ve stavu akutní intoxikace je narušená koordinace, pozornost a jednání člověka. Zmatenost se může přehoupnout do agresivního či sebevražedného chování. V extrémním případě může tento stav končit smrtí, a to i v případě prvního kontaktu s návykovou látkou.
2. Dlouhodobější užívání návykových látek způsobuje **chronická zdravotní poškození**. U lidí se závislostí na alkoholu se jedná nejčastěji o cirhózu jater. Problémy mohou být fyzické i psychické.
3. **Akutní sociální následky** se týkají primární reakce okolí na nadužívání návykové látky u jedince.
4. Na třetí stupeň navazují **chronické sociální následky**, které se týkají rodinného a profesního života jedince. Závislost může vést k rozpadu rodiny, nezaměstnanosti, zadlužení nebo kriminalitě.

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) patří závislost na návykových látkách do kategorie *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek* (F10-F19). Tyto **návykové látky** jsou v klasifikaci rozděleny následovně (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, desátá revize, obsahová aktualizace k 1. 1. 2018, 2018*):

F10 – poruchy způsobené užíváním alkoholu

F11 – poruchy způsobené užíváním opioidů

F12 – poruchy způsobené užíváním kanabinoidů

F13 – poruchy způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 – poruchy způsobené užíváním kokainu

F15 – poruchy způsobené užíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)

F16 – poruchy způsobené užíváním halucinogenů

F17 – poruchy způsobené užíváním tabáku

F18 – poruchy způsobené užíváním organických rozpouštědel

F19 – poruchy způsobené užíváním více látek a jiných psychoaktivních látek

Od každé návykové látky (v tomto dělení označených písmenem x) se odvíjí jednotlivé **diagnózy** (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, desátá revize, obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018*):

F1x.0 – Akutní intoxikace

F1x.1 – Škodlivé užívání

F1x.2 – Syndrom závislosti

F1x.3 – Odvykací stav

F1x.4 – Odvykací stav s deliriem

F1x.5 – Psychotická porucha

F1x.6 – Amnestický syndrom

F1x.7 – Reziduální psychotická porucha s pozdním nástupem

F1x.8 – Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F1x.9 – Neurčitá duševní porucha a porucha chování

Diagnóza **akutní intoxikace** se dává tehdy, když látka působí na organismus, ale nepůsobuje žádné další obtíže. V okamžiku jejího působení je narušeno vnímání a chování jedince. Všechny tělesné funkce se po jejím odeznění zase vrací do normálu. Zdravotní problémy naopak způsobuje abúzus neboli **škodlivé užívání**. V tomto případě se objevují tělesné, duševní a sociální problémy. **Syndrom závislosti** se vyznačuje tím, že jedinec návykovou látku více vyhledává a upřednostňuje na úkor něčeho jiného. Závislost se také vyznačuje touhou po droze, kterou jedinec postupně přestává ovládat (Kalina, 2008).

**Pro stanovení diagnózy syndrom závislosti** je nutné, aby se během jednoho roku u jedince objevily alespoň tři z níže uvedených příznaků (Pešek, 2018):

- Hlavním příznakem závislosti je touha. **Silná chuť** na alkohol mění psychiku a jednání člověka.
- Dále je to **ztráta kontroly**. Člověk trpící závislostí nedokáže ovládat množství vypitého alkoholu. Jakmile začne pít, vypije více než měl původně v úmyslu.

- Částečné nebo úplné omezení alkoholu vyvolává **abstinenční příznaky**. Objevují se v různé míře podle toho, jak dlouho jedinec alkohol užívá a v jakém množství. Mezi tyto příznaky patří například třes, pocení, návaly horka, poruchy spánku, nevolnost a zvracení.
- Příznakem závislosti je i **zvýšená tolerance**. Ta během abúzu roste a při abstinenci klesá. Jedinec není opilý ani po takovém množství alkoholu, po kterém ostatní ano.
- Člověk začíná **zanedbávat své povinnosti**. Nevěnuje se rodině, práci, ani sám sobě. Upouští od svých zájmů a aktivit. Stále více času tráví pitím alkoholu nebo zotavováním se z jeho účinků.
- Posledním kritériem je **užívání alkoholu navzdory zdravotním a sociálním problémům**. Jedinec si uvědomuje potíže, které jeho závislost přináší, ale i tak s konzumací alkoholu nepřestává.

**Odvykací stav** se vyznačuje abstinenčními příznaky, které se objevují poté, co jedinec omezí užívání návykové látky. Délku trvání a intenzitu ovlivňuje doba abúzu návykové látky. Mezi typické příznaky odvykacího stavu patří třes rukou, celkový tělesný neklid, pocení, nevolnost a nechutenství. Dále také deprese, emoční labilita, úzkostné stavy nebo poruchy spánku (Praško & Látalová, 2013).

Závažnější průběh má **odvykací stav s deliriem**. *Delirium tremens* se u závislosti na alkoholu objevuje na začátku abstinence, nebo pokud jedinec zastaví jeho nepřetržitou nadměrnou konzumaci. V tomto stavu člověk trpí poruchami spánku, nechutenstvím, úzkostnými stavy, celkovým neklidem a podrážděností. Typický je třes celého těla, pocení, zrakové a sluchové halucinace. Je narušena časová a prostorová orientace, paměť a pozornost. Příznaky se mohou stupňovat. Typické je střídání apatického stavu a stavu euforie v průběhu dne. Delirium může trvat i několik dní a po jeho odeznění upadá jedinec do hlubokého spánku. Mezi další somatické příznaky deliria patří horečka, zvracení, dehydratace a vysoký krevní tlak. U deliria tremens mohou nastat epileptické záchvaty a ve velmi vážných případech může jedinec zemřít. V tomto stavu je nutné, aby byl jedinec hospitalizován, nebo pod dohledem odborníků (Kalina, 2015; Praško & Látalová, 2013).

**Psychotická porucha** se vyznačuje bludy, halucinacemi, depresemi či symptomy podobnými schizofrenii. Objevuje se během užívání návykové látky, nebo těsně po jejím vysazení. Typické je intenzivní prožívání emocí, vztahovačnost, narušená psychomotorika a výjimečně porucha vědomí. Mezi psychotické poruchy způsobené alkoholem spadá

například alkoholová halucinóza nebo alkoholová paranoidní psychóza. **Amnestický syndrom** se objevuje u chronických alkoholiků. Hlavním příznakem je zhoršení krátkodobé paměti. Typickým projevem je narušené ukládání a vybavování informací nebo konfabulace (Kalina, c2003).

Jednotlivé psychotické poruchy způsobené užíváním alkoholu podrobněji popisují v podkapitole 1.4.3 Psychiatrické problémy a poruchy spojené s užíváním alkoholu. Rozdělují je na poruchy způsobené přímým nebo chronickým užíváním alkoholu a popisují jejich symptomy.

Mezi **reziduální stavy** se řadí **psychotické reminiscence**, známé jako flashbacky. Jedná se o návrat psychických nebo somatických příznaků z doby užívání návykové látky. Vyvolat je může stres, únava nebo užití jiné drogy. Během prvních dvou let abstinence tyto stavy většinou odezní. K reziduálním stavům také patří **porucha osobnosti či porucha chování**. Dále **reziduální porucha nálady, demence** nebo **jiné narušení kognitivních funkcí**. Všechny tyto stavy se dle MKN-10 řadí mezi organické duševní poruchy (Kalina 2008).

**Psychotická porucha s pozdním začátkem** má stejné příznaky jako již zmíněná psychotická porucha. Liší se tím, že nastupuje o něco déle po vysazení návykové látky. Pod **neurčité duševní poruchy a poruchy chování** spadají hlavně **deprese**. U uživatelů návykových látek se objevují velmi často a v různé intenzitě. Někdy však deprese nemusí souviset s užíváním návykové látky, ale být symptomem jiné poruchy (Kalina, 2015; Nešpor, 2007a).

## 1.2 Alkohol a jeho užívání

V této podkapitole se věnuji alkoholu, jako chemické látce. Dále rozdělují uživatele alkoholu podle toho jak často a v jakém množství jej konzumují.

Označení alkoholy má skupina organických látek odvozených od uhlovodíků. Velké množství těchto látek, například metanol, patří mezi jedy. Výjimkou je **etanol** (běžně označovaný názvem alkohol), který je v malých dávkách neškodný. Vyrábí se kvašením cukrů v kvasném roztoku. Tímto procesem vzniká přírodní víno, které se dále upravuje. Množství etanolu v nápojích se zvyšuje **destilací**. Tyto koncentrované destiláty obsahují 40 – 60 % alkoholu. O něco méně mají likéry, přibližně 25 – 30 %. V obou případech je to velký rozdíl v porovnání s přírodním vínem, které obsahuje 13 % alkoholu. Co se týče **piva**, tak obsahuje jiné množství alkoholu, než uvádí čísla na etiketách. V deseti stupňovém pivu

(tzv. "desítce") je obsaženo 2,5 – 3,1 % a dvanácti stupňové obsahuje 3,8 – 4,7 % alkoholu. Mnohem větší množství obsahují diabetická piva, protože jsou zbavena cukru. **Nealkoholická piva** by měla obsahovat maximálně 0,59 % alkoholu. Tak by to bylo v souladu s normami ČSN pro nealkoholické nápoje. Ta by zpravidla měla obsahovat nejvýše 0,7 % alkoholu. Ale ani to není nijak vhodné pro abstinující jedince (Heller & Pecinová, 1996).

Alkohol v **menších dávkách** člověka nabudí. Objevují se euforické stavy, jedinec se uvolní a méně kontroluje své chování. **Větší množství** alkoholu narušuje koordinaci, vnímání, usuzování a řečový projev. Časem se dostaví tlumivé účinky a jedinec většinou upadne do hlubokého spánku. Alkohol působí také na nervovou soustavu a dýchací centra. Vypití více než 4 promile může ohrozit na životě (Hartl & Hartlová, 2010; Účinky alkoholu, 2013).

Podle toho, jak lidé konzumují alkohol, se dělí do následujících skupin (Sandorová, et al., 2006):

- **Abstinenti** jsou lidé, kteří alkohol nepijí vůbec, ať už z jakýchkoliv důvodů. Patří sem ti, kteří více jak tři roky alkohol nevyhledali.
- **Konzumenti** jsou lidé, kteří pijí alkohol s rodinou, přáteli a na jiných společenských událostech. Dále sem spadají i ti, kteří alkohol vyhledávají za účelem změny nálady, úniku od reality a jiných osobních důvodů.
- **Pijákem** už můžeme nazvat toho, kdo postupně ztrácí kontrolu nad vypitým množstvím alkoholických nápojů. Přechází na tvrdý alkohol, pije ho rychleji a ve větším množství. Organismus zvyšuje toleranci na drogu a její účinky. Aby dosáhl subjektivně žádoucích účinků, musí vypít větší množství alkoholu. V této fázi se lidé mylně přesvědčují, že stále mají vše pod kontrolou.
- Do poslední skupiny spadají lidé **se závislostí na alkoholu**. Jsou ve fázi, kdy tolerance organismu na alkohol klesá a jedinec se velmi rychle opije. I když si je vědom svého problému, vyhledání odborné pomoci může trvat velmi dlouho.

### 1.3 Vznik závislosti

V této podkapitole popisují, jak se u člověka závislost rozvíjí. Jaké jsou hlavní příčiny vzniku závislosti. Dále se věnují škodlivému užívání alkoholu a jednotlivým stádiím závislosti dle E. M. Jellineka.

### 1.3.1 Abúzus alkoholu

Nadměrné užívání alkoholu se rozlišuje na rizikové pití a škodlivé pití neboli abúzus. **Rizikové pití** je takové, že jedinec vypije 40 – 60 g alkoholu denně. To je dvojnásobek doporučené denní dávky pro zdravého dospělého člověka. **Škodlivé pití** se týká těch, kteří za den zkonsumují více než 60 g alkoholu. **Abúzus alkoholu** a jiných návykových látek vede k samotné závislosti (Pešek, 2018).

Heller & Pecinovská (2011) popisují **tři typy abúzu**, a to symptomatický, systematický a juvenilní:

- Vnitřní psychické potřeby vedou k **symptomatickému abúzu**. Souvisí s dílčími vlastnostmi osobnosti. Hlavní roli hraje temperament, charakter, psychická odolnost, vnímání a prožívání sebe sama. Alkohol lidem pomáhá zbavit se nepříjemných pocitů a psychických problémů. Dodává jim odvahu, chybějící schopnosti, zlepšuje náladu a celkově mění pohled na okolní svět. Tento typ abúzu je typický u lidí, kteří pijí o samotě a svůj problém se snaží utajit.
- **Systematický abúzus** vzniká vlivem vnějších sociálních faktorů a je typičtější pro muže. Společenské postavení, vzdělání, pracovní uplatnění, rodinný život a blízké okolí. To, jak člověk vnímá svůj život a prostředí, ve kterém žije. Zároveň také to, jak společnost vnímá užívání návykových látek. Všechny tyto faktory působí na člověka a mohou být důsledkem vzniku závislosti.
- **Juvenilní abúzus** souvisí s častou intoxikací v mladistvém věku. Je ovlivňován vnějšími i vnitřními faktory. Zvýšená tolerance na alkohol v mladistvém věku zvyšuje možnost vzniku závislosti během dospívání a v dospělosti. Negativní dopady brzkého užívání alkoholu jsou individuálně odlišné. Narušují vývoj osobnosti. Mohou způsobit mentální retardaci, psychické problémy nebo poruchu chování. Ovlivňují přístup ke vzdělání, normám a hodnotám společnosti a celkově k životu. Tento abúzus se objevuje v závislosti na rodině, vrstevnících a prostředí, kde člověk vyrůstá.

### 1.3.2 Hlavní faktory vedoucí ke vzniku závislosti

Sklony k **vytvoření závislosti** jsou **individuální**. Faktorů, které se na jejím vzniku podílí je skutečně mnoho. Nedá se určit jeden konkrétní, jelikož jejich působení je u většiny případů vzájemné. Jedním ze základních faktorů je **člověk sám o sobě**, jeho povaha a vlastnosti.

Často se jedná o extroverty a touhu vyzkoušet něco nového. Nebo naopak o lidi úzkostné, nevyrovnané, kteří pomocí návykových látek řeší své problémy. Podle toho, jak jedinec přistupuje k životu se může odvíjet i to, zda se stane na návykových látkách závislý (Heller & Pecinová, 2011).

Stále více se zkoumá vliv **genetické výbavy** na vznik závislosti. Například u dětí, které vyrůstaly v rodině, kde byl alespoň jeden z rodičů závislý na alkoholu, mohou být větší sklony k nadužívání alkoholu v pozdějším věku. Podobné předpoklady jsou u lidí se závislostí na nikotinu. Genetická výbava způsobující závislost zatím objevena nebyla. Mezi tím, co je geneticky dané a co je způsobeno prostředím, je velmi tenká hranice, kterou je někdy obtížné určit (Řehan, 2007).

Dalším faktorem je **společenské prostředí**. Kultura, její normy a postoje k užívání návykových látek. Rodina, výchova a prostředí, kde jedinec vyrůstá. Vrstevnické skupiny, společenské postavení člověka, typ vzdělání, profese a celkový životní styl. To všechno na člověka působí a může ovlivnit vznik závislosti. Názory lidí na užívání návykových látek se mění napříč historií. To samé platí i o jejich dostupnosti a propagování. Současná společnost se snaží s tímto problémem vypořádat a omezovat dostupnost některých látek (Fischer & Škoda, 2009).

Určitým faktorem je také samotná **droga** a její účinky na náš organismus. Určité množství může u někoho vyvolat příjemné pocity a zlepšení nálady. Jiným naopak způsobuje nevolnost a jiné obtíže. Od těchto **individuálních účinků** se odvíjí vznik závislosti. Komu účinky drog přináší úlevu a uspokojení, pravděpodobně se k nim později vrátí se stejným cílem (Heller & Pecinová, 2011).

### 1.3.3 Typy a stadia závislosti na alkoholu

Americký lékař E. M. Jellinek popsal **pět způsobů škodlivého užívání alkoholu**. Rozdělil je na typ alfa, beta, gama, delta a epsilon. **Typ alfa** se týká lidí, kteří pomocí alkoholu řeší své problémy. Snaží se potlačit stavy úzkosti, deprese a psychického napětí. Pokud nejsou v psychické nepohodě, nemají potřebu pít větší množství alkoholu. U tohoto typu je proto menší riziko vzniku závislosti. **Typ beta** souvisí s pitím alkoholu ve společnosti. Lidé pijí alkohol, aby zapadli. Nechtějí se odlišovat, a tak se přidávají k pití po práci s kolegy, s přáteli, na návštěvách a jiných událostech. Sami od sebe však potřebu pít nemají. Ani tady vznik závislosti tolik nehrozí (Orcutt & Rudy, c2003; Pešek, 2018).

Podobně jako beta má i **typ gama** sociální charakter. Zároveň je tu ale vnitřní touha po alkoholu. Psychická závislost se postupně přehoupne do fyzické. Souvisí se ztrátou kontroly, zvýšenou tolerancí na alkohol a začínajícími zdravotními obtížemi. **Typ delta** se někdy označuje jako „románský typ“. Lidé tohoto typu pijí nejčastěji víno. Konzumují ho denně a udržují si stálou hladinu alkoholu v krvi, aniž by se opili nebo ztratili nad pitím kontrolu. Pro **typ epsilon**, označovaný jako „kvartální pití“ je charakteristické nárazové pití. Do této skupiny patří lidé, kteří vypijí velké množství tvrdého alkoholu a střídají se u nich pijácké tahy s delším obdobím abstinence (Pešek, 2018; Řehan, 2007).

Nejčastější způsob škodlivého užívání alkoholu je **typ gama**. Vývoj závislosti u tohoto typu popisují následující čtyři stádia (Heller & Pecinovská, 2011; Řehan, 2007):

- **1. Počáteční (iniciální) stadium závislosti:**

Pití v tomto stadiu se podobá normálnímu **společenskému pití**, které není nijak nápadné. Jedinec si však může uvědomovat, že se díky alkoholu cítí lépe. Po napití se jako zázrakem rozplynou problémy a starosti, které člověk řeší. Pro tyto účinky **začíná alkohol vyhledávat** častěji. Čím více alkohol pije, tím se jeho organismus začíná adaptovat a zvyšuje se tolerance. Je potřeba stále většího množství alkoholu pro navození příjemného stavu. V tomto stádiu jedinec nenachází jinou strategii řešení než pomocí pití. Psychoterapie nebo jiná forma pomoci ještě mohou v této fázi vzniku závislosti zamezit.

- **2. Varovné (prodromální) stadium závislosti:**

Druhé stádium je jakási hranice mezi částečnou a úplnou ztrátou kontroly nad pitím. Vyznačuje se stále **rostoucí tolerancí** vůči účinkům alkoholu. Rovněž také potřebou jeho dávky stále zvyšovat. Člověk se pod vlivem alkoholu cítí lépe a více ho vyhledává. Uvědomuje si, že pije jinak než jeho okolí. Může se proto za své pití stydět nebo ho obhajovat. Palimpsest neboli **alkoholové okénko** se projevuje tím, že si jedinec nepamatuje své chování v intoxikaci. To ještě více prohlubuje pocity viny. Jedinec se snaží dostat své pití znovu pod kontrolu. Při omezení pití se dostavují nepříjemné **abstinenční příznaky**, kterých se jedinec zbavuje bohužel další dávkou alkoholu. Postupně se také objevují problémy v partnerském vztahu, v rodině, v práci a dalších sférách života.

- **3. Rozhodné (kruciální) stadium závislosti:**

V tomto stádiu je tolerance organismu ještě vyšší. Příjemná hladina alkoholu se však časem mění na hladinu samotné intoxikace. Člověk má problém napít se a zároveň se neopít. Každé pití však nemusí končit opilostí. Člověk se tak udržuje ve falešném přesvědčení, že má své



pití pod kontrolou a kdykoliv s ním může přestat. Přehlíží **rostoucí problémy** spojené s pitím. Velmi dobře dokáže své pití obhájit, racionálně vysvětlit nebo zatajit. Je přesvědčený o tom, že alkohol potřebuje a je to také to hlavní, co vyhledává. Postupně se **mění osobnost člověka**, jeho jednání, vlastnosti a zájmy. Může být hádavý, impulzivní, náladový a vztahovačný. Přestává zvládat svou sociální roli a plnění povinností. Vyhledává společnost, která více pije. Také se **prodlužuje kocovina** a odeznívání účinků alkoholu. Třetí stádium je plné pokusů abstinovat. Pokud člověk vydrží delší dobu nepít, vnímá to jako důkaz, že má vše pod kontrolou. V této situaci je však jediným řešením úplně přestat pít a k tomu je třeba odborné pomoci.

*„Každé otálení s vyhledáním specializované léčby je zbytečným prodlužováním utrpení pacienta i jeho okolí a může způsobit nenapravitelné škody“ (Heller & Pecinovská, 2011,18).*

#### - 4. Konečné (terminální) stádium závislosti:

V poslední stádiu **klesá tolerance** a organismus reaguje i na malé množství alkoholu. Dochází k **poškození jater** a dalších orgánů zejména trávicí a oběhové soustavy. V některých případech je běžné, že je člověk pod vlivem i několik dní v kuse. Nepříjemné pocity po vystřízlivění zahání další dávkou alkoholu. Život se točí jen kolem drogy. Rodinný a profesní život ustupují do pozadí, stejně tak i péče o sebe sama. Bez alkoholu nemůže jedinec fungovat. Zároveň si svou situaci uvědomuje. Někteří vyhledají pomoc sami, jiné k tomu donutí **zdravotní problémy** nebo nátlak okolí. Než se však člověk odhodlá podstoupit léčbu může trvat měsíce i roky. V opačném případě se lidé v tomto bludném kruhu mohou uchýlit i k pokusu o sebevraždu.

## 1.4 Vliv alkoholu na zdraví člověka

Alkohol negativně působí na fyzické i psychické zdraví člověka. Lidé se závislostí tyto účinky z počátku často přehlíží. Většina z nich vyhledá pomoc až když se nachází ve velmi vážném zdravotním stavu. V této podkapitole popisují, jak nadužívání alkoholu škodí našemu tělu. Jak může změnit činnost mozku. Věnují se také psychickým poruchám, které může dlouhodobé užívání alkoholu způsobit. Alkoholické psychózy se rozdělují na akutní a chronické. Popisují jejich průběh a příznaky.

### 1.4.1 Změna činnosti mozku a craving

Návykové látky výrazně ovlivňují dopamin a **system odměny** v mozku. Hlavní činnost systému odměny je zajistit **plnění potřeb**, které člověk potřebuje pro přežití. Naplnění těchto potřeb je spojeno s příjemným pocitem uspokojení. Tyto způsoby se ukládají do paměti a budou se opakovat při plnění dalších potřeb. Příjemné pocity nám mohou přinášet věci přirozené a umělé. Mezi přirozené zdroje odměny patří například vzduch, potrava, spánek a další potřeby, jejichž uspokojování zajišťuje přežití jedince. Návykové látky patří mezi zdroje umělé (Kalina, 2008).

Nutková potřeba drogy vzniká v **limbickém systému**, který reaguje na podněty z vnějšího i vnitřního prostředí. Začne uvolňovat mediátory, které mají podobné účinky jako opiáty a přináší příjemné pocity. Hlavní mediátor, který se podílí na pocitech uspokojení je **dopamin**. Jeho produkce je u závislých lidí narušena. Společnou vlastností návykových látek je, že zvyšují výdej dopaminu. Ten navozuje příjemné pocity, a právě proto se člověk na látkách zvyšujících dopamin stane snadno závislý. Drogy se od přirozených zdrojů odměny liší tím, že snadno a rychle navodí příjemné pocity. Ty také bývají intenzivnější a delší. Náš **organismus** není schopen zpětné vazby a **nedokáže odhadnout rizika** spojená s umělými zdroji odměny. Časem se hodnota přirozených odměn snižuje a dominantní se stanou zdroje umělé. Organismus si na ně zvykne a bude je více vyžadovat. Potřebnou hladinu dopaminu pak obnoví jedinec droga, které bude potřeba stále větší množství (Carter, 2010; Kalina, c2003).

**Craving** znamená, že jedinec touží po návykové látce. Je hlavním příznakem syndromu závislosti. Ovlivňuje také intenzitu odvykacího stavu. Toto bažení vzniká v podkorových oblastech mozku, která jsou dlouhodobým užíváním drogy narušena. Snížená sebekontrola u užívání návykových látek pak činí velké problémy, zejména na začátku abstinence (Raboch & Zvolský, 2001).

### 1.4.2 Tělesné zdravotní problémy spojené s užíváním alkoholu

**Játra** jsou orgán, který při závislosti na alkoholu trpí nejvíce. Je zde nejvyšší koncentrace alkoholu. **Alkoholdehydrogenáza** je enzym, který v játrech odbourává alkohol. Pro jaterní buňky je neustálé odbourávání alkoholu velká zátěž, kvůli které postupně přestávají plnit své funkce. Jednou z nich je například velmi důležitý metabolismus lipidů. Hromadění lipidů způsobuje ztukovatění jater (tzv. hepatomegalii). V pokročilém stádiu závislosti jaterní

buňky zanikají. **Jaterní cirhóza** je u alkoholismu nejčastější onemocnění, kdy játra vypovídají svou funkci. Přestane fungovat metabolismus živin, toxických látek nebo udržování glykémie. Toto onemocnění přináší řadu dalších obtíží, například poruchy trávení, srážlivosti krve, žloutenku nebo kožní problémy. Na úplné selhání jater může jedinec i zemřít (Farmakologie etanolu, 2013; Kalina, 2008; Rizika užívání alkoholu, 2013).

Typické je také **poškození trávicí soustavy, srdce, oběhového systému a imunity**. Závislost na alkoholu může způsobit rakovinu žaludku nebo tenkého střeva. Dále cukrovku, anémii nebo špatnou srážlivost krve. Velké množství lidí se závislostí na alkoholu také kouří, což se projeví na dýchacích orgánech. Srdce a krevní oběh poškozují nejen samotný alkohol, ale také lipidy, které se ukládají v cévách kvůli narušené činnosti jater. Je narušena látková výměna, vstřebávání živin a vitamínů. Osteoporóza může být následek špatného metabolismu vitamínu D. Hrozí také zánět slinivky břišní, který se může rozšířit a způsobit život ohrožující selhání orgánů. Ledviny nejsou alkoholem poškozené přímo, ale jsou zatíženy zpracováním většího množství tekutin (Nešpor, 1996; Rizika užívání alkoholu, 2013; Zeman, c2004).

U obou pohlaví jsou v důsledku užívání alkoholu narušeny **funkce pohlavního systému** a produkce pohlavních hormonů. Hormonální nerovnováha způsobuje, že se mění vzhled a tělesné proporce. Vzhled člověka se závislostí na alkoholu může připomínat tzv. **Cushingův syndrom**. Vyznačuje se kulatým obličejem, obezitou v oblasti trupu a kožními problémy. Obličej bývá zarudlý. Oční víčka jsou oteklá, praskají koutky úst, nadměrné pocení a rohovatění kůže způsobuje stařecký vzhled (Kalina, 2008; Karges & Dahouk, 2011).

Poškozený bývá také **mozek** a jeho jednotlivé části, zejména mozeček. Pod vlivem alkoholu má člověk **zhoršenou koordinaci** pohybu. Zhoršuje se krátkodobá i dlouhodobá **paměť**. S rozvojem závislosti se mění vnímání, prožívání, myšlení a jednání člověka. Bývá podrážděný, agresivní, nebo naopak úzkostný a uzavřený. Podmínkou pro obnovení duševního zdraví a rovnováhy je léčba a několikátýdenní abstinence (Řehan, 2007).

### 1.4.3 Psychiatrické problémy a poruchy spojené s užíváním alkoholu

Následující podkapitola podrobněji popisuje již zmíněné duševní poruchy. Věnuji se zde poruchám, které jsou způsobené přímým užitím alkoholu, tedy intoxikací. Dále se věnuji psychotickým poruchám, které způsobuje chronické užívání alkoholu. Nejdříve se však věnuji duálním diagnózám, jelikož se psychická porucha nemusí vždy objevit jako důsledek užívání alkoholu. Jedinec může trpět psychickou poruchou ještě před vznikem závislosti.

Lidé se závislostí na alkoholu mohou současně trpět **psychickou poruchou**. Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, deprese, posttraumatické stresové poruchy nebo poruchy příjmu potravy. Duševně nemocný mohl být jedinec před vznikem závislosti, nebo se psychická porucha objevila jako důsledek nadužívání návykové látky. Kombinace těchto nemocí nese označení **duální diagnóza**. V opilosti nebo při odvykacím stavu je obtížné duševní poruchu diagnostikovat. Stává se také, že se jedinec za svou závislost stydí. U lékaře si tedy stěžuje jen na psychické problémy. Většinou se to týká žen, které svou závislost drží více v tajnosti v porovnání s muži. Léčba těchto poruch se může zaměřit na obě současně, nebo nejdříve na jednu a pak na druhou (Kalina, c2003; Raboch & Pavlovský, 2012).

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu lze rozdělit na ty, které jsou způsobené **přímou konzumací alkoholu** nebo **chronickým užíváním alkoholu**. Následek přímého působení alkoholu je intoxikace. Vzniká po nadměrné akutní konzumaci alkoholu a projevuje se jako opilost. **Akutní intoxikace** se projevuje jako **prostá opilost**. Je nejběžnější a společností nejvíce tolerovaná. Působí na vnímání a vědomí člověka. Jedinec je unavený a většinou upadne do hlubokého spánku. Může se ale stát, že vypije **život ohrožující množství** alkoholu, což je přibližně **4 – 5 promile**. V tomto případě může nastat bezvědomí, nebo také smrt. Opilost se u každého projevuje jinak. Záleží na množství vypitého alkoholu, tělesné konstrukci a psychickém stavu člověka. Narušená psychika může účinky alkoholu výrazně změnit (Heller & Pecinová, 2011; Raboch & Zvolský, 2001).

Mezi stavy opilosti se dříve řadila **komplikovaná opilost**. V tomto stavu je vědomí člověka ještě více narušeno. Je narušena motorika, reflexy a schopnost sebeovládání. Výjimečně se objevují bludy a halucinace. Po odeznění účinků alkoholu si jedinec často nic nepamatuje. V současném MKN-10 se tento stav opilosti již neuvádí (Heller & Pecinová, 2011; Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

**Patologická intoxikace** se projevuje **patickou opilostí**. Dostavuje se po vypití malého množství alkoholu, po kterém by se zdravý člověk neměl šanci opít. Na jedince, který alkohol užívá dlouhodobě, má však malé množství jiné účinky, než je běžné. Projevuje se poruchou chování, vnímání a vědomí. Mohou se přidat halucinace a paranoidní stavy. Člověk může být ke svému okolí agresivní. Tento stav většinou končí hlubokým spánkem, po kterém si jedinec nic nepamatuje (Raboch & Zvolský, 2001).

Mezi poruchy způsobené **chronickým užíváním alkoholu** patří kromě psychotických poruch také odvykací stav a amnestický syndrom, které jsem již zmínila v podkapitole 1.3

Problematika užívání návykových látek. **Psychotické poruchy** se projevují halucinacemi, nejčastěji sluchovými. Dále také bludy, paranoidními myšlenkami, vztahovačností nebo psychomotorickými poruchami. V některých případech se objevují také poruchy vědomí. Dříve se pod psychotické poruchy řadila například patologická opilost nebo alkoholová epilepsie. Dnes sem dle MKN-10 spadá alkoholová halucinóza, alkoholová paranoidní psychóza a alkoholová demence. Psychotická porucha by měla zcela vymizet přibližně do 6 měsíců (Höschl, Libiger & Švestka, 2002; Raboch & Zvolský, 2001).

**Alkoholová halucinóza** se vyznačuje sluchovými a zrakovými halucinacemi. Objevuje se po dlouhodobém užívání alkoholu. Rozvíjí se velmi pomalu v důsledku narušení centrální nervové soustavy. Halucinace mohou vznikat jak ve spánku, tak i v bdělém stavu. Člověk se závislostí si je uvědomuje, ale příčinu může hledat jinde než v užívání alkoholu. Léky pomáhají halucinace zmírnit a zkrátit dobu jejich trvání (Řehan, 2007).

**Alkoholová paranoidní psychóza** se může objevit na začátku závislosti, nebo v jejím průběhu. Týká se spíše mužů, než žen. Objevují se silné bludy a halucinace. Jedinec přestává důvěřovat lidem ve svém okolí a stále je z něčeho podezřívá a obviňuje. Svě domněnky si obhájí, racionálně vysvětluje. Podobně přistupuje také k problémům způsobeným alkoholem. Takové chování velmi narušuje vztahy s blízkými lidmi. V tomto případě je dobrá dlouhodobá terapie, ale ani ta není vždy účinná (Heller & Pecinovská, 2011).

**Alkoholová demence** se vyznačuje úbytkem mentálních a duševních schopností. Od stařecké demence se odlišuje tím, že nastupuje v poměrně nižším věku, okolo 50 let, někdy i dříve. Pro některé stavy je nejlepším řešením dlouhodobá hospitalizace (Řehan, 2007).

## 1.5 Ženy a závislost na alkoholu

V této podkapitole popisují asi nejčastější příčiny vzniku závislosti u žen. Dále se věnují problémům, se kterými se ženy závislé na alkoholu často potýkají. Domnívám se, že u žen má závislost zcela jiné příčiny a průběh než u mužů. Liší se také vnímání závislosti a přístup k jejímu řešení. Jelikož se má práce zaměřuje na ženy trpící závislostí, věnuji tomuto tématu následující podkapitolu.

*„Dvacáté století a zejména pak období po druhé světové válce přinesly velké změny v postavení ženy ve společnosti. Ruku v ruce s těmito změnami se změnil vztah i postavení žen k návykovým látkám“ (Heller & Pecinovská, 2011, 27).*

Postavení žen ve společnosti se od minulého století velmi změnilo. Změnila se například ženská práva, pracovní a jiné možnosti. Ženy se postupem času staly svobodnější a nezávislejší. S tím také souvisí **zvyšující se nároky**, které společnost na ženu nakládá. Kromě možnosti vybudovat si kariéru, musí nadále plnit svou roli manželky a matky. Když v nějaké roli selže muž, společnost na to reaguje jinak, než když selže žena. A tak tomu je i v případě konzumace alkoholu. Mužům, se nadměrné pití alkoholu toleruje více než ženám. Tento pohled je různý napříč kulturami a neustále se mění. Alkohol a jiné drogy se pro ženy staly postupem času dostupnější a stávají se dostupnější i pro mladistvé (Heller & Pecinovská, 2011).

Rychlé **životní tempo**, náročné zaměstnání, péče o děti a domácnost mohou být důvodem vzniku závislosti. U žen se na užívání alkoholu může podepsat primární rodina, především výchova a vztahy s rodiči. Také **kvalita partnerského vztahu**, neplodnost, vážná nemoc dítěte a jiné negativní zásahy v životě. Závislé na drogách se často stávají ženy zneužívané, týrané, s nízkým sebevědomím a psychickými obtížemi. Dále také ženy, které se s alkoholem setkaly u svých rodičů. U starších žen může být důvodem odchod dětí z domova nebo odchod do penze. **Návykové látky** se stávají **únikovou cestou** od negativních pocitů a jiných životních situací (Kotková, 2011; Pešek, 2018).

Kvůli **jiné tělesné stavbě** se žena po alkoholu rychleji opije a rychleji se na něm také stane závislá. Důvodem jsou menší játra a méně vody v těle, ve které se alkohol rozpouští. Muži mohou vypít větší množství alkoholu než ženy. Těm naopak **stačí menší množství**, aby se opily. Organismus u každého pohlaví reaguje na alkohol jinak. U žen je organismus na alkohol citlivější a zpracovává jej pomaleji (Holcnerová, nedat.; Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Závislost na alkoholu se u žen a mužů liší. Ženy se například za své pití více **stydí**. Pijí o samotě a svou závislost se snaží utajit. Více se bojí reakcí a odsouzení od blízkého okolí. To vede k odkládání nástupu do léčby, či vyhledání jiné odborné pomoci. Také **zdravotní problémy** mohou být u žen **závažnější**. Narušuje se hormonální systém a menstruační cyklus. Ženy jsou více ohroženy vznikem rakoviny prsu, selháním jater a větším oslabením imunitního systému. U žen se častěji objevují alkoholické psychózy a **psychické problémy**, zejména stavy úzkosti a deprese. Teprve nárůst zdravotních problémů přinutí většinu žen vyhledat pomoc (Höschl, Libiger & Švestka, 2002; Kotková, 2011; Nešpor, 2007a).

Stává se, že ženy se závislostí na návykových látkách častěji opouští partneři a rodina. Ženy se častěji **izolují** a více se obávají návratu do běžného života. Typické je kombinovat alkohol s léky, na kterých se také snadno vytváří závislost. Alkohol se podepisuje i na ženském **vzhledu**. Mívají oteklý obličej, horší kůži a zarudlé oči. Mohou se lámat nehty, vypadávat vlasy nebo zhoršit chrup. Zhoršují se také stravovací návyky a mnoho žen závislých na alkoholu se tak může potýkat s **poruchou příjmu potravy**. Tyto tělesné změny negativně působí na ženské sebevědomí a vnímání sebe sama (Heller & Pecinová, 2011).

## 2 RODINA ČLOVĚKA SE ZÁVISLOSTÍ

Závislost na alkoholu stejně jako jiné problémy velmi negativně zasahuje do fungování rodiny. Problém jednoho člena rodiny je vždy problémem rodiny jako celku. Myslím si, že podpora blízkých může člověku se závislostí pomoci si problém uvědomit a také překonat. Považuji za důležité zapojení rodiny do léčby závislosti a ochotu změnit zaběhaný způsob rodinného soužití. V této kapitole se věnuji rodině. Vysvětluji, co je to rodina a jaká je její funkce. Jaký vliv má závislost na rodinu a také jak rodina může ovlivnit závislostní chování. Dále uvádím, jakou pomoc může rodina vyhledat. A nakonec jak se mění rodinný systém vlivem léčby a abstinence člena se závislostí.

### 2.1 Rodina a její funkce

Rodina je **primární jednotka** společnosti. Její členové vytváří celek, který se časem vyvíjí. Základem fungování rodiny je vztah mezi rodiči a později mezi rodiči a dětmi. Rodina by měla poskytovat **jistotu a bezpečí**. Mezi členy rodiny by měla být otevřená komunikace, důvěra, respektování, sdílení potřeb a pocitů. Rodina nám může dát dobrý, ale někdy bohužel špatný základ do života. Rodina znamená pro každého něco jiného. Každý vnímá rodinu svým vlastním způsobem (Sobotková, 2001).

Definic rodiny je mnoho. Jedlička (2004, 38) ji definuje například jako: „*Tradiční společenství osob, které lze najít v nějaké podobě v každé známé kultuře. V jejím rámci se utvářejí základní charakteristiky našeho duševního života. Rodina přitom slouží jako zprostředkující skupina mezi jedincem a společností. Obecně vzato spočívá primární funkce rodiny v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte. Jedinec si s sebou odnáší do života základní pojetí citů a modely chování jako své vlastní dispozice či sklony. Zprostředkující funkce rodiny spočívá také v tom, že v jejich společenství získává jedinec základní stupnici hodnot, jejichž prostřednictvím se připravuje na společenský život.*“

Nebo podle Průšové (2011, 6-7) je rodina: „*Nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládanou mužskou a ženskou rolí, učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce, umožňuje ověřování praktických zkušeností a dovedností. Je regulátorem chování jedince a poskytuje*



*společensky žádoucí normy. Rodina ovlivňuje tvorbu postojů k okolí, k sobě samému a ke společnosti.“*

Rodina plní funkci biologickou, ekonomickou, socializační a emocionální (Kajanová, 2014):

- **Biologická funkce** se týká plození dětí a uspokojování sexuálních potřeb mezi partnery.
- **Ekonomická funkce** znamená hospodaření, udržování chodu domácnosti a zabezpečení všech členů.
- Rodina je také **činitel socializace**. Rodiče vychovávají a vzdělávají své potomky. Předávají se hodnoty, normy a postoje.
- **Emocionální funkce** zahrnuje plnění primárních a sekundárních potřeb. Vytváření pocitu jistoty a bezpečí pro každého člena.

## 2.2 Faktory vzniku závislosti v rodině

Závislost na alkoholu vzniká vlivem více faktorů a jedním z nich jsou i **vztahy člověka se závislostí**. Rodina může závislost nejen vytvořit, ale svým nastavením a fungováním také udržovat a prohlubovat. Jedná se o tzv. **spoluzávislost**. Je to určité chování ostatních členů rodiny, kterým závislost nevědomě umožňují. Může se jednat o přehlížení problému, bagatelizaci, zlehčování nebo odkládání řešení. Blízcí člověka se závislostí mohou být oběti jeho nemocného jednání, jako je lhaní, kocovina, agresivita nebo v horším případě páchaní trestných činů. Jindy se z nich stanou soudci, kteří člověka se závislostí obviňují, povyšují se a udržují chod rodiny, jako by tam závislý jedinec nebyl potřeba. Tato situace může jeho závislost na návykové látce velmi podporovat (Kalina, 2008).

Mezi další faktory, které mohou ovlivnit vznik závislosti u člověka, patří jeho **minulost a zkušenosti** z primární rodiny. Jedním z nich je například závislost jednoho či obou rodičů, které byl svědkem. Dále problémy v adolescenci, jako je odchod z domova, **utváření vlastní identity** a vlastního života mimo rodinu. Určitý vliv má také výchova a vztah s rodiči. Hyperprotektivní výchova, pro kterou je typická **nadměrná ochrana** dítěte, vytvoření závislosti na rodiči a problém se v dospělém věku odpoutat, může mít vliv na pozdější vznik závislosti. Důvodem je, že se takto vychovávané dítě nesetkalo s konflikty, náročnými situacemi, které k životu patří. V pozdějším věku proto může unikat k návykové látce, namísto řešení konfliktu (Kalina, 2015).

Kalina (2015) uvádí, že osobnost otce může rovněž ovlivnit pozdější užívání návykové látky. U závislých se často objevuje **tvrdost a kladení vysokých nároků** na sebe sama. Toto chování může být převzaté od jejich mužského vzoru z dětství. Jakékoliv selhání v jejich osobním životě se s těmito rysy neslučuje a od přicházejících pocitů studu a viny mohou unikát k alkoholu. V dětství člověka se celkově nachází mnoho faktorů, které v jeho dospělém životě stojí za vznikem závislosti. Například **vysoké nároky** kladené na dítě. Nadměrná volnost nebo naopak přílišná kontrola ze strany rodičů. Narušená komunikace mezi členy rodiny, lhaní a manipulace s dítětem. Osvojení nevhodných strategií na řešení problémů a negativních emocí. Tyto a další faktory, ať už v rodině či prostředí, kde člověk vyrůstal, se mohly podílet na vzniku závislosti.

## 2.3 Vliv závislosti na rodinu

Soužití s člověkem se závislostí na alkoholu negativně ovlivňuje celý rodinný systém. Narušuje se celkové **fungování rodiny**. Alkohol narušuje interakce mezi členy, společné jednání a řešení každodenních záležitostí. Problémové pití se v rodinném systému projevuje například **změnou rolí**. Člověk se závislostí přestává plnit své povinnosti vůči rodině. Stává se tedy, že jeho roli převezme druhý partner, někdy také dítě. Narušený je také **společenský život**, návštěvy, svátky či dovolené. Rodina nemůže nic plánovat, protože chování člověka se závislostí je nepředvídatelné. Není jisté, zda přijde domů, zda se postará o děti a domácnost, a v jakém bude stavu. **Peníze** utracené za alkohol mohou časem začít chybět. Ještě horší je, když jedinec kvůli závislosti přijde o práci a jediným zdrojem peněz se pro rodinu stává druhý partner. Život rodiny člověka se závislostí je proto plný **nejistoty** a úzkosti (Csémy, Sovinová, & Nešpor, 2001).

S rostoucími problémy a napětím v rodině roste také závislost na alkoholu nemocného člena. Časté **konflikty** může vyvolat například zatajování pití nebo jeho obhajování. Na alkoholovou závislost partnera odlišně reagují muži a ženy. **Závislost ženy** více narušuje funkci rodiny. Ženy pijí nejčastěji doma a tajně. Manželé tento problém většinou tolerují, dokud se nedostane mimo rodinu. Jakmile se o závislosti partnerky dozví veřejnost, bývá to častý důvod k rozvodu. **Závislost muže** bývá tolerována mnohem déle a partnerkám také déle trvá, než se rozhodnou partnera kvůli závislosti opustit (Heller & Pecinovská, 2011).

Celkově je partner člověka se závislostí vystaven silnému **psychickému napětí**. Často trpí úzkostmi, depresemi nebo jinými zdravotními problémy, které mají většinou psychosomatický původ. Někdy začne pít společně s partnerem s nadějí, že nad ním bude

mít kontrolu. Je tu ale riziko, že se tímto způsobem stane na alkoholu závislý i on sám. Pod vlivem alkoholu se může jedinec dopustit i **domácího násilí, týrání či zneužívání dětí** (Csémy, Sovinová, & Nešpor, 2001).

### 2.3.1 Děti člověka se závislostí na alkoholu

Závislost rodiče má na děti velmi **negativní dopady**. Ublížit jim může ještě před narozením. Užíváním alkoholu a jiných drog v těhotenství ohrožuje především mozek a nervovou soustavu plodu. Po narození se u těchto dětí může objevit tzv. **fetální alkoholový syndrom**, který se vyznačuje deformací v obličeji, nízkou porodní váhou nebo narušením mentálních funkcí. Kromě Fetálního syndromu se někdy objevuje také **neonatální abstinční syndrom**, a to nejvíce u závislosti na opiátech. Objevuje se ihned po porodu. Mezi příznaky patří porucha pozornosti novorozence, křeče nebo špatná koordinace (Thorová, 2015).

Děti vyrůstající v rodině se závislostí vnímají napětí mezi rodiči. Vnímají také měnící se chování a nálady rodiče se závislostí. Mezi nejčastější reakce dětí na tuto situaci patří převzetí jedné z následujících rolí (Nešpor, 2007a):

- **Rodinný hrdina** je role přebíraná často nejstarším sourozencem. Bere na sebe roli rodiče trpícího závislostí, snaží se ho v domácnosti zastoupit a zároveň přesvědčit, aby se svou závislostí něco dělal. Tato role většinou přesahuje vývojové možnosti dítěte. Později mohou tyto děti mít pocit méněcennosti, nízké sebevědomí a přehnaný perfekcionismus.
- **Ztracené dítě** charakterizuje chování dítěte, které se uzavírá před okolím a přestává komunikovat. Vytváří si svůj vlastní svět, kde se cítí bezpečněji.
- V roli nazvané **klaun** se dítě snaží upoutat pozornost rodičů svým hravým a zábavným chováním.
- V roli **černé ovce** se na sebe naopak snaží upoutat pozornost nevhodným chováním a zlobením. Žádné z výše popsaných způsobů chování by se nemělo dětem schvalovat. Rodinná situace by se měla dětem vysvětlit, přiměřeně jejich věku. Okolí by se mělo postarat, aby závislost rodiče zasáhla vývoj dětí, co nejméně.

**V dospělosti** mohou mít tyto děti problémy v mnoha oblastech života. Mívají nízké sebevědomí, pocity méněcennosti a samy sebe hodnotí velmi přísně. Bývá těžké rozhodnout se pro správné chování v určitých situacích, protože doma neměly ten správný vzor. **Chování** bývá často impulzivní, nerozhodné, přehnaně svědomité nebo naopak velmi

nezodpovědné. Obtížné je i **navazování vztahů** a důvěřování lidem v okolí. Často neumí vysvětlit a kontrolovat své pocity a emoce. Typický bývá vnitřní neklid, napětí, hledání opory a ujištění v okolí. Velmi často se tyto děti za závislost rodiče **obviňují** (Miller, c2011; Woititz, 1998).

## 2.4 Pomoc pro rodinu člověka se závislostí

Rodina člověka se závislostí se často obrací na lékaře a snaží se **získat informace** o závislosti, jejím průběhu, možných zdravotních komplikacích, a především o možnostech léčby. Většina léčebných programů nabízí **skupinové a individuální terapie** pro příbuzné člověka se závislostí. Věnují se celé rodině nebo jednotlivým členům. Svůj význam mají pro každého, ať už se jeho blízký nachází v jakémkoliv stádiu závislosti. Jsou zdrojem informací a motivace. Pracuje se s různými tématy, které členové přináší. Například se rodině pomáhá **přijmout nemoc** svého blízkého. Vyrovnat se s **traumatickými zážitky**, které zažili, když byl jejich blízký pod vlivem drogy. Vyrovnat se s přidruženými problémy a **pocitem bezmoci** (Heller & Pecinovská, 2011; Kalina, 2015).

Pracuje se s **vinou**, zlostí, postojem příbuzných k závislosti. Nacvičuje se chování a komunikace s člověkem se závislostí. Skupina se věnuje budoucnosti, změnám, které pro rodinu nastanou. Pracuje se se strachem a **nejistotou**. Pracuje se na způsobu, jak nemocného přesvědčit, aby také vyhledal pomoc. Pomáhá se přerušit kontakt s člověkem trpícím závislostí. Hledá se vhodný **přístup** k člověku se závislostí v léčbě. Rodina se může radit, jak postupovat po propuštění blízkého. Pomáhá se obnovit vztah a **důvěra**. Připravit se na možnost recidivy a mnoho dalších situací, které rodinu člověka se závislostí mohou potkat (Kalina, 2015).

## 3 PREVENCE A LÉČBA ZÁVISLOSTI

Způsobů léčby závislosti na alkoholu je dnes mnoho. Lidé trpící závislostí mají tedy možnost poradit se s lékařem nebo psychiatrem a vybrat si doporučenou vyhovující léčbu. Výjimkou jsou ti, kterým je léčba nařízena soudně. Právě tento krok, kdy se člověk se závislostí rozhodne vstoupit do léčby je, dle mého názoru velmi těžký a také velmi důležitý. Tato kapitola se věnuje prevenci návykových látek, historii a formám léčby závislosti. Dále pak motivaci člověka se závislostí k léčbě. Ženám, jako specifické skupině při léčbě závislosti. A nakonec následné péči a svépomocným skupinám.

### 3.1 Prevence závislosti na návykových látkách

Slovo **prevence** pochází z latinského *praevenire* a nese význam **včasné obrany a předcházení**. V boji proti užívání návykových látek je velmi důležitá. Prevence zahrnuje jakékoliv činnosti, které upozorňují na nebezpečí užívání návykových látek, jejich negativní dopady na lidské zdraví a které usilují o eliminaci těchto látek ve společnosti. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence se dále rozděluje na nespecifickou a specifickou (Kábrt & Kábrt, 2004; Nešpor, Csémy, & Sovinová, 1998).

#### PRIMÁRNÍ PREVENCE

Cílem primární prevence je **zabránit prvnímu kontaktu** s návykovou látkou. Zaměřuje se na specifické skupiny a na to, aby jejich vývoj probíhal v co možná nejbezpečnějším prostředí. Kalina uvádí, že by primární prevence měla být **komplexní** a rozvíjet bio-psycho-sociálně-spirituální stránky člověka. Podporovat zájem o tělo, fyzické a psychické zdraví a včasnou léčbu nemocí. Vést člověka k vhodnému trávení volného času a zachování duševní pohody. Rozvíjet pro-sociální chování člověka. Pracovat na hodnotách a dosahování vytyčených cílů. Program primární prevence by měl být **dostupný všem** věkovým skupinám i na místech, kde **není problém** s užíváním návykových látek (Kalina, 2008).

Součástí primární prevence je prevence nespecifická a specifická. Do **nespecifické prevence** patří takové aktivity, které s užíváním návykových látek přímo nesouvisí. Zaměřují se na snížení rizikového chování tím, že vedou jedince ke zdravému trávení volného času. Patří sem sportovní, zájmové a další programy zaměřující se na rozvoj osobnosti a převzetí

odpovědnosti za své jednání. **Specifická prevence** se naopak věnuje konkrétním formám rizikového chování. Programy mají různou intenzitu, využívají různé prostředky a zaměřují se na konkrétní skupiny a jejich potřeby. Specifickou prevenci **dělíme na tři úrovně**: všeobecnou, selektivní a indikovanou (Martanová, 2014; McGrath, c2007; Miovský, 2012).

- Cílem **všeobecné prevence** je informovat celou populaci, nebo její určitou část, o problematice užívání návykových látek.
- **Selektivní prevence** zaměřuje své programy na skupiny, u kterých je zvýšené riziko užívání návykových látek. Tyto skupiny lze určit podle psychologických, sociálních nebo biologických faktorů, které vedou k rizikovému chování. Dále se skupiny rozdělují podle věku, pohlaví, vzdělání nebo rodinného zázemí. Jedná se například o děti ze závislých rodin, děti s problémy v chování nebo děti sociálně znevýhodněné.
- **Indikovaná prevence** je zaměřena na jedince, u kterých se rizikové chování předpokládá nebo se již začalo projevovat. Programy usilují o včasné odhalení problému u všech věkových skupin. Snaží se porozumět příčinám rizikového chování. Cílem je snížit množství a frekvenci užívání návykových látek a také zmírnit dopady jejich užívání.

## **SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Sekundární prevence se zaměřuje na jedince, kteří již **návykové látky užívají**. Cílem je jejich závislost na látkách snížit. Zahrnuje psychologické poradenství, ambulantní nebo lůžkovou léčbu závislostí. Zahrnuje rovněž programy primární prevence. Hlavním cílem je poskytnout **odbornou pomoc** a podporu nejen těm, kteří trpí závislostí na návykových látkách, ale také jejich blízkým (Radimecký & Janíková, 2007).

## **TERCIÁLNÍ PREVENCE**

Terciální prevence se věnuje těm, kteří **užívají návykové látky** v plné míře. Tato prevence se snaží zabránit zdravotnímu nebo sociálnímu poškození, které může vlivem užívání drogy nastat. Pomoc lidem, kteří drogy aktivně užívají a nejsou rozhodnutí svou závislost léčit se nazývá **Harm Reduction**. Je to soubor činností, které usilují především o snížení zdravotních rizik nebo šíření infekčních nemocí. Terciální prevence nabízí pomoc na **úrovni sociální a psychologické**. Uživatelům návykových látek nabízí právní poradenství, chráněné bydlení či zaměstnání. Dále skupinové nebo individuální poradenství, dnes i na nízkoprahové úrovni (Kalina, c2003).

## 3.2 Historie léčby závislosti na alkoholu u nás

V roce 1909 vznikla **první protialkoholní léčebna** ve Velkých Kunčicích na Moravě. Později se začaly zakládat protialkoholní poradny a ordinace. Od roku 1956 fungovaly psychiatrické polikliniky. Měnily se také **zákony** týkající se léčby nebo dostupnosti alkoholu. Například v roce 1989 vznikl zákon o ochraně společnosti před toxikomanií a alkoholem. Postupně se rozrůstala ambulantní a ústavní léčba, která z počátku dávala přednost lékům před psychoterapií. Nejvíce užívaný byl **emetin** na vytvoření averze k alkoholu, nebo **disulfiram** na odbourání alkoholu z jater (Kalina, c2003).

V roce 1948 založil doc. MUDr. Jaroslav Skála první specializované **lůžkové zařízení** na léčbu závislosti na alkoholu, nazývané **U Apolináře**. Je součástí psychiatrické kliniky lékařské fakulty Univerzity Karlovy a tehdy vnesl do léčby závislosti nové prvky. Tamní léčebný program zahrnoval individuální a skupinové terapie, práci s rodinou, bodovací systém, pravidelná setkávání komunity a další prvky, které inspirovaly další vznikající léčebny. Od padesátých do osmdesátých let minulého století vznikla **oddělení** pro léčbu závislosti například v Bohnicích, Červeném Dvoře, Havlíčkově Brodě nebo ve Šternberku. V devadesátých letech začalo přibývat pacientů se závislostí na léčivech nebo nelegálních drogách, kterým se tamní léčebné programy postupně přizpůsobily. Primárně se však léčba orientovala na alkoholismus, který v té době převažoval (Medical Tribune cz, 2018; Mravčík, a kol., 2012).

V průběhu minulého století se po celé republice vytvořila síť protialkoholních poraden. U Apolináře se v roce 1957 začali věnovat také **dětem** závislým na drogách. O rok později se v Lojovicích založila léčebna závislostí pro muže. V roce 1971 se změnila na první léčebnu závislostí **pro ženy**. Na Pankráci vzniklo první pracoviště, které se věnovalo léčbě závislých **ve vězení**. V roce 1993 vznikla U Apolináře první detoxifikační jednotka, která se stala vzorem pro další podobná zařízení. V následujících letech vznikaly **ambulace** pro alkoholové i nealkoholové závislosti. V současné době se u nás léčbě závislostí věnuje například psychiatrická léčebna Bílá Voda, Kosmonosy, Červený Dvůr, Bohnice nebo již zmíněná klinika U Apolináře. K dispozici jsou také centra nabízející ambulantní poradenství, doléčování, denní stacionář a jiné formy pomoci pro lidi se závislostí a jejich blízké (Medical Tribune cz, 2018; Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003).

### 3.3 Dobrovolná a nařízená léčba závislosti

Aby léčba závislosti byla úspěšná, musí si daný jedinec **uvědomit**, že má problém a **chtít** s tím něco udělat. Než k tomuto rozhodnutí člověk se závislostí na alkoholu dospěje, vidí jen pozitiva, která mu alkohol přináší. Má pocit, že jen lidé kolem mají nějaký problém, ale svůj problém s pitím si přiznat odmítá. Vývoj motivace je proto velmi **individuální, složitý a postupný proces**, kterým si každý člověk musí projít sám. Člověk se závislostí nejprve léčbu zcela odmítá. Časem se stane **ambivalentní**, kdy střídavě chce a nechce se závislostí něco udělat. Teprve když se nahromadí negativní důsledky dlouhodobého pití, dojde k uvědomění jeho situace a rozhodnutí pro **vyhledání pomoci**. Výhodou je mít kolem sebe lidi, kterým jedinec důvěřuje a kteří ho v jeho rozhodnutí jít se léčit **podpoří**. Ale dokončení léčby a dodržování abstinence závisí jen na člověku samém, jeho náhledu na nemoc a **osobním přesvědčení** (Pešek, 2018).

Svým chováním může člověk trpící závislostí překročit hranice zákona a dostat sebe i své blízké do velmi nepříjemné situace. **Ochrannou léčbu** může nařídit soud, pokud se závislý odmítá jít léčit dobrovolně a svým chováním ohrožuje sebe, okolí nebo majetek. **Cílem ochranné léčby** je vyléčení pacienta ze závislosti, náprava chování a prevence páchání trestné činnosti. Dále příprava člověka na návrat do společnosti, do běžného života, vytvoření nového pohledu na problematiku závislosti a motivace k využívání programů následné péče. **Délka nařízené léčby** souvisí se zdravotním stavem pacienta. Podle jeho spolupráce, respektování řádu oddělení, vnímání léčby a jeho závislosti. V případě, že by pacient svým jednáním léčbu narušoval, může soud nařídit zabezpečovací detenci nebo odnětí svobody (Švarc, nedat.; Švarc, 2015).

### 3.4 Formy léčby závislosti

V této podkapitole popisují jednotlivé formy léčby závislosti, tedy ambulantní a stacionární léčbu. Dále terapeutickou komunitu, ústavní léčbu a rodinnou terapii.

Podle toho, v jakém stadiu závislosti se jedinec nachází, je vhodné zvolit odpovídající formu léčby. Někomu na překonání závislosti stačí dlouhodobá ambulantní léčba. Nejvíce osvědčený a doporučený postup je od ambulantních konzultací k léčbě ústavní a následné doléčování (Heller & Pecinovská, 2011).



## AMBULANTNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTI

V případě ambulantní léčby se jedná o **pravidelná setkávání** člověka se závislostí s odborníkem. Na začátku je vhodná intenzivnější léčba a scházení se vícekrát týdně. Součástí by mělo být zapojení do **skupinových sezení** nebo navštěvování **svépomocných skupin**. Ambulantní léčba je vhodná pro každého, kdo dokáže mezi sezeními neuzívat alkohol. Kdo netrpí takovými fyzickými a psychickými obtížemi, které by vyžadovaly hospitalizaci. Nevýhodou této léčby je nižší intenzita psychoterapie, než jaké se dostává v rámci stacionární nebo ústavní léčby. Opět záleží na zdravotním stavu nemocného, stupni závislosti, osobní motivaci a přístupu k léčbě (Pešek, 2018; Popov, 2003).

## STACIONÁRNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTI

Do stacionáře dochází pacienti **každý den** a večer se vrací domů. Tato forma léčby je vhodná pro toho, kdo má dobré zázemí, ale nedokáže přestat s užíváním návykové látky a léčit se ambulantně. Zároveň jeho stav není tak vážný, aby byla nutná hospitalizace. Stacionáře nabízí **zdravotní, psychoterapeutickou nebo sociální péči**. Pro pacienty je připravený celodenní léčebný program, jehož pravidla musí dodržovat (Kalina, c2003).

Program zahrnuje **skupinové terapie**, dále pracovní, sportovní nebo klubové **aktivity**. Léčba se zaměřuje na jedince, jeho odpovědnost, samostatnost a umožňuje zachování sociálních vztahů. Snaží se naučit pacienta fungovat v přirozeném prostředí bez návykové látky a zvládat náročné životní situace. Podmínkou stacionární léčby je trvalá **abstinence** a docházet do programu střízlivý. Léčba trvá obvykle 3-6 měsíců, s možností prodloužení. Stacionáře mohou fungovat samostatně, nebo být součástí ambulantního či lůžkového zařízení (Kalina, c2003).

## TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Alternativou k ústavní léčbě je pobyt v terapeutické komunitě. Jedná se o **rezidenční zařízení**, s otevřenou neformální atmosférou, kde se na člověka se závislostí nepohlíží jako na pacienta, ale jako na člena. Pobyt v terapeutické komunitě má trochu jiná pravidla než v klasické ústavní léčbě. Zaměřuje se na osobní růst klienta, změnu životního stylu, změnu chování a myšlení. Členové se učí zvládat psychickou zátěž, být zodpovědný, komunikovat, plnit své cíle a povinnosti. Hlavním cílem léčby je **abstinence** a **sociální rehabilitace** každého člena. Program komunity tvoří mnoho aktivit, například každodenní skupinové terapie, individuální terapie, pracovní terapie a vzdělávání. Dále sociální práce, volnočasové, sportovní a rehabilitační činnosti. Pobyt v komunitě bývá 6-18 měsíců. Léčba je **méně**

**direktivní** a snaží se o **individuální přístup** ke každému z členů (Kalina, 2015; Nešpor, 2007a).

**Komunitní program** je velmi strukturovaný, s vymezenými hranicemi a pravidly. Členové komunity mohou postupovat na vyšší pozice, získávat výhody. Nebo také sankce a tresty za porušení pravidel. Členové spolupracují a podílí se na chodu celé komunity. Sídlo komunity se většinou nachází na venkově, aby členové byli dál a v bezpečí od návykových látek a jiných negativních vlivů okolí. Na závislost ne nahlíží jako na **nemoc celé osobnosti**. Léčba se proto snaží být **komplexní** a zapojuje rodinu a blízké osoby členů (Kalina, 2015; Nešpor, 2007a).

## ÚSTAVNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTI

Na ústavní léčbu nastupuje jedinec, který sám **nedokáže přestat** užívat alkohol ani přes zdravotní a jiné obtíže. Narůstající tělesné, psychické a sociální obtíže nejčastěji přivedou člověka se závislostí k rozhodnutí vstoupit do léčby. V extrémních případech může být léčba nařízena soudně. Ústavní léčba může také **navazovat na léčbu ambulantní**, která může člověka se závislostí na pobyt v léčebně předem připravit. Podle stupně závislosti a zdravotního stavu pacienta se léčba začíná **detoxikací**. Ta slouží k odstranění návykové látky z organismu. Po vysazení návykové látky se může objevit abstinенční syndrom. Léčebné postupy, které se snaží tlumit abstinенční příznaky se nazývají **detoxifikace**. V zahraničí je častější **domácí detoxifikace**, kdy pacient dostává léky potřebné ke zvládnutí odvykacího stavu domů a lékaře navštěvuje ambulantně (Raboch & Pavlovský, 2012).

**Základní léčba** trvá ve většině našich zařízení okolo 3 měsíců. Cílem je stabilizovat pacienta po psychické a fyzické stránce. **Terapeutický program** se skládá z terapií skupinových, individuálních nebo rodinných. Součástí je také **farmakoterapie**, která se nejvíce využívá při detoxifikaci nebo léčbě duálních diagnóz. Nejvíce používaná terapie při léčbě závislosti je **kognitivně-behaviorální** zaměřená na změnu chování a prožívání. Pacienti dodržují každodenní **režim**, za jehož plnění jsou hodnoceni **bodovacím systémem**. Díky tomuto systému má pacient přehled o tom, co se mu daří a na čem je třeba zapracovat, aby se léčba ubírala správným směrem (Řehan, 2007; Zvolský, 1998).

**Léčebný program** dále zahrnuje pracovní terapie, pohybové, výtvarné nebo vzdělávací aktivity. Každé zařízení má v programu zařazené jiné prvky. Časté bývá **psaní deníku**, který slouží ke komunikaci mezi pacientem a terapeutem. Další může být **volná tribuna**, kdy se schází všichni pacienti, terapeutický tým a rozebírají se důležité události a problémy

uplynulých dní. Společně se rozebírají témata přinášená jedincem nebo celou skupinou. Některé léčebny mají své **socioterapeutické kluby**, kterých se účastní jak pacienti v léčbě, tak již abstijnující. Po ukončení léčby je důležité, aby pacient nadále dodržoval některé prvky léčebného programu a ambulantně docházel na terapie či jinou formu doléčování (Heller & Pecinovská, 2011; Profous, 2011).

## **RODINNÁ TERAPIE**

Rodinná terapie má při léčbě závislosti rovněž svůj význam. Práce s příbuznými je možná ve většině zařízení věnujících se léčbě závislosti. Může být tedy součástí léčby ambulantní, ústavní nebo jiné formy, kterou si člověk zvolí pro léčbu závislosti. Rozhodnutí vstoupit do léčby přináší rodině velkou úlevu. Neznamená to však, že končí starosti a rodina bude jen čekat, až se jejich blízký ze závislosti vyléčí. Úspěch léčby závislosti závisí jak na člověku se závislostí, tak na jeho blízkých a prostředí, ve kterém žije. Závislost na alkoholu je **nemoc celé rodiny**. Týká se rodinné dynamiky, vzorců chování, rozdělení povinností a kompetencí v rodině. Špatné nastavení rodinného systému mohlo vést jak ke vzniku závislosti, tak k jejímu udržování (Gifford, 8. října 2018; Uehlinger & Tschui, 2009).

V rámci rodinné terapie se směřuje ke **změně fungování rodiny**. Odhalují se hlavní faktory vedoucí ke vzniku závislosti. Pracuje se se spoluzávislostí, což je časté chování blízkých udržující člověka v závislosti. Kromě nápravy rodinného systému poskytuje rodinná terapie pomoc blízkým člověka se závislostí vyrovnat se s negativními pocity vůči němu. Zpracovat trauma, hněv a pocity viny způsobené závislostí. **Zapojení rodiny** do léčby posiluje motivaci pacienta k léčbě, pomáhá jeho blízkým porozumět problematice závislosti a podmínkám k uzdravení (Gifford, 8. října 2018; Uehlinger & Tschui, 2009).

Rodinná terapie **nemá význam u rodin**, které se do léčby zapojit nechtějí a odmítají jakékoliv změny jejich dosavadního životního stylu. Odmítají, že by jejich chování a vztahy byly možným faktorem vzniku závislosti. Pokud se člověk se závislostí vrací do prostředí, které jen **pasivně očekává** jeho **změnu** a odmítá jakékoliv změny, udržení abstinence bude podstatně náročnější. Mezi **hlavní cíle** rodinné terapie patří abstinence člověka se závislostí. Dále pak obnovení vztahů a zavedení nových pravidel, díky kterým budou mít členové rodiny čas na ostatní i sami na sebe a své vlastní potřeby. Pracuje se na tom, aby člověk se závislostí měl znovu své místo v rodině, uvědomil si svou zodpovědnost a povinnosti vůči ní (Heller & Pecinovská, 2011; Kalina, c2003).

**Podpora rodiny** je velmi důležitá pro zvládnutí nových situací, které abstinujícího člověka čekají. Jedná se například o návrat do zaměstnání nebo hledání nové práce. Při obnovování vztahů s přáteli, hledání nových zájmů, překonávání chuti na alkohol nebo v jiných stresových situacích. Člověk se závislostí by měl zase **respektovat**, že si jeho blízcí musí zvyknout na změny, na nová pravidla fungování a dát jim na to dostatek času. Po vysazení alkoholu má zájem o nové věci, dochází na doléčování, chce se věnovat všemu, v čem mu dříve bránil alkohol. Splnění si přání a cílů může abstinenta v jeho novém životním stylu velmi podpořit. Důležité je, aby pro své nové zájmy **nezanedbával** rodinu. Aby se společně věnovali jak novým zájmům, tak společné terapii a dalším doléčovacím programům (American Addiction Centers, 2019; Kalina, c2003; McMahon, 2013).

### 3.5 Léčba a doléčování závislosti u žen

V této podkapitole se věnuji tomu, jaká jsou specifika léčebného programu pro ženy se závislostí na alkoholu. Osobně to považuji za velkou výhodu, když se léčebná zařízení přizpůsobí specifickým potřebám a očekávání žen a mužů.

Heller & Pecinovská (2011) popisují základní **rozdíly v léčbě** závislosti mezi ženou a mužem. Na začátku léčby je s ženami často horší spolupráce než s muži. Naopak během léčby si ženy lépe uvědomují problematiku závislosti, nutnost abstinence a dalších změn v jejich životě. Ženy také **více využívají individuální terapie a doléčovací programy**. U žen i mužů je důležité závislost včas diagnostikovat a zahájit léčbu. Dlouhodobé odkládání léčby nebo nedostatečná léčba závislosti má pro ženu a její rodinu závažnější následky, v porovnání s muži. Avšak kvalitní, včasná a dostatečně dlouhá léčba závislosti má u žen lepší a stabilnější výsledky než u mužů.

Léčebné programy by se měly zaměřit na rozdílný vznik a průběh závislosti. Orientovat se na **specifické problémy**, se kterými do léčby přichází žena, nebo naopak muž. Pro ženy je důležité, aby se v léčbě cítily bezpečně po psychické i fyzické stránce. Prostředí by mělo být podpůrné a chápající. Je vhodné, když převažuje **ženský personál**, kterému mohou pacientky důvěřovat a svěřovat se. Personál by měl být ohleduplný, naslouchat a umět vhodně reagovat na specifické ženské problémy. Pacientkám se také většina témat otevírá snadněji **v ženském kolektivu**. Rozebírání určitých témat před muži bývá pro některé ženy obtížné. Nejčastěji se rozebírají například pocity viny, **stud nebo strach** z mnoha situací, které je mohou po propuštění z léčby potkat. Dále traumata z dětství, rodinné a partnerské problémy, **zneužívání**, sexuální, fyzické nebo psychické týrání. U žen trpících závislostí na

alkoholu se často objevuje také závislost na lécích, **poruchy příjmu potravy**, úzkosti nebo deprese. Řeší se sociální a ekonomické problémy. Na všechny tyto oblasti by se měl zaměřovat jak léčebný program při ústavní, nebo ambulantní léčbě, tak i programy doléčovací (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002; Kalina, 2008).

Vyhledání léčby ženám nejčastěji ztěžuje strach z **negativní reakce okolí**, ale také z rozpadu rodiny, odebrání dětí nebo ze zajištění **péče o děti** po dobu jejich nepřítomnosti. Především mateřské povinnosti by měl léčebný program respektovat. Měla by být možnost pobytu matky s dítětem, kde bude zajištěna péče a aktivity pro děti přiměřeně jejich věku. Společná léčba pomáhá matce obnovit vztah s dítětem, vzájemnou důvěru, zlepšit výchovu a celkovou péči o dítě, dosud narušenou alkoholem. Komplikací mohou být sociální instituce a jiné státní orgány dohlížející na práva dítěte. Výhodou je, když matka, léčebné zařízení a další instituce spolupracují a snaží se nalézt, co možná nejlepší řešení pro matku i její dítě. Léčebný pobyt pro matky se závislostí a jejich děti u nás umožňuje například Terapeutická komunita SANANIM – Karlov, nebo ambulantní centrum Drop In (Arpa, 2018; Kalina, 2008).

## 3.6 Následná péče

V této podkapitole se věnuji následné péči, která je nedílnou součástí léčby závislostí. Vysvětluji, co to následná péče je, jaké jsou její formy a cíle. Dále se věnuji svépomocným skupinám, které vznikly za účelem pomáhat lidem se závislostí na drogách a jejich rodinám.

### 3.6.1 Možnosti a cíle následné péče

Následná péče navazuje na základní léčbu a pomáhá lidem se závislostí udržet dosažené změny v chování a prožívání. Pomáhá vrátit se do běžného života a překonat problémy s tím spojené. Následná péče je určena všem, ať už prošli či neprošli odbornou léčbou. Může mít formu **individuální nebo skupinové terapie**. Patří sem také **opakovací léčby**. Jedná se o několikadenní pobyt v psychiatrické léčebně, většinou v té, kde jedinec absolvoval ústavní léčbu. Dále to může být **rodinná a párová terapie, farmakoterapie**, navštěvování svépomocných skupin a další nabízené volnočasové aktivity. Délka následné péče bývá individuální. Programy následné péče by se měly pravidelně navštěvovat alespoň první rok od ukončení léčby, který pro abstinenci bývá nejvíce náročný. Člověk se závislostí může formy následné péče kombinovat a zapojit do nich i své blízké (Pešek, 2018; Radimecký & Janíková, 2007; *Understanding alcohol use disorders*, 2018).

Pojem následná péče bývá někdy zaměňován s doléčováním. **Doléčování** je součástí následné péče a zaměřuje se především na udržení abstinence a předcházení relapsu. Následná péče dále zahrnuje programy, které nabízí **chráněné bydlení a zaměstnání**. Zaměřují se na upevnění pracovních dovedností, osobní růst člověka a stabilizaci základních oblastí života. Cílem všech složek následné péče je tedy **integrace** člověka do společnosti podle jeho individuálních a aktuálních potřeb (Kalina, 2015).

### 3.6.2 Anonymní alkoholici a jiné svépomocné skupiny

Celosvětové hnutí Anonymní alkoholici (dále AA) vzniklo roku 1935 v USA. Jedná se o společenství žen a mužů, kteří jsou závislí na alkoholu, **sdílí své zkušenosti** a vzájemně se podporují při překonávání jejich problému. Jedinou podmínkou účasti na setkání Anonymních alkoholiků je **rozhodnutí přestat pít** alkohol a snaha abstinovat. Zdůrazňují, že nejsou spojeni s žádnou sektou, církví ani politickou organizací. Zároveň se nestaví proti jiným, podobně zaměřeným programům. Řídí se **dvanácti kroky a dvanácti tradicemi**, kde je popsáno, jak se vyrovnat se svou závislostí. Jsou to rady, jak si závislost přiznat, jak ji překonat nebo jak pomáhat lidem v podobné situaci. Programy se zaměřují na všechny stránky osobnosti, včetně duchovní. Slova Bůh nebo vyšší moc v návodech nesou význam naděje a společné víry v překonání závislosti (Anonymní alkoholici: Jak to funguje, nedat.; Anonymní alkoholici: Informace pro odbornou veřejnost, nedat.; Kalina, c2003).

**Dvanáct kroků doporučených hnutím Anonymních alkoholiků** (doslovné znění získáno dne 10. srpna 2019 z [www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/](http://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/)):

1. *Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.*
2. *Dospěli jsme k víře, že síla větší, než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
3. *Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
4. *Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.*
5. *Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
6. *Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
7. *Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
8. *Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.*
9. *Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.*
10. *Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.*

*11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.*

*12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.*

**Dvanáct tradic Anonymních alkoholiků** (doslovné znění získáno dne 10. srpna 2019 z [www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-tradic-aa/](http://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-tradic-aa/)):

*1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA.*

*2. Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.*

*3. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.*

*4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.*

*5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství alkoholikovi, který stále trpí.*

*6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.*

*7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.*

*8. Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.*

*9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.*

*10. Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.*

*11. Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.*

*12. Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.*

Setkání Anonymních alkoholiků vedou členové, kteří delší dobu abstinují. Skupina naslouchá a sdílí zkušenosti s každým, kdo se rozhodne otevřít svůj příběh. Členům se nic nepřikazuje, jejich chování se nemoralizuje a nehodnotí. Rozebírají se například **vztahy** člověka se závislostí v rodině nebo s přáteli. Pomáhá se **ukončit kontakt** s přáteli, se kterými dříve pil. Radí si v zavádění nového životního stylu, **překonávání chuti na alkohol**, zvládání stresu a emocí. Pomáhají uvědomit si problémy spojené s alkoholem. Pro nové členy je setkání zdrojem **motivace** a pozitivních vzorů. Pro starší členy je motivací sdílet své úspěchy a zároveň konfrontace s problémy, které dříve sami prožili (Anonymní alkoholici: Jak to funguje, nedat.; Nešpor, 2002; Wilson, 1976).

Setkání bývají **uzavřená**, tedy pouze pro jedince se závislostí na alkoholu. Nebo **otevřená**, kam mohou přijít i ti, kteří problémy s alkoholem nemají. Jedná se například o rodinu nebo přátele člověka se závislostí. Setkání se mohou účastnit lidé se závislostí na jiných drogách nebo patologičtí hráči. Anonymní alkoholici svou činností ovlivnili jak profesionální léčbu, tak podnítili vznik **socioterapeutických klubů** a dalších svépomocných skupin. Například **Al-Anon** je organizace pro partnery lidí závislých na alkoholu. **Alateen** je pro dospívající děti, které mají v rodině člověka se závislostí. **Anonymní rodiče** je organizace pro rodiče, jejichž děti jsou závislé na drogách. Dále jsou například Anonymní narkomani, kuřáci nebo hazardní hráči (Anonymní alkoholici: Jak to funguje, nedat.; Nešpor, 2007a).

Podobně jako Anonymní alkoholici fungují také **abstinenční kluby**. Program abstinenčních klubů nabízí **skupinová setkání** pro abstinující, nebo akce, kterých se mohou účastnit příbuzní člověka se závislostí. Docházení do klubu je dobrovolné. Je tu možnost zůstat v anonymitě a jedinou podmínkou je střízlivost. Již zmíněné organizace i tyto kluby mohou být zdrojem informací a motivace pro abstinujícího i člověka trpícího závislostí, který je v boji se závislostí teprve na začátku (Heller & Pecinovská, 2011).

**Pavučina** je svépomocná organizace založená pro ženy se závislostí na návykových látkách. Podmínkou pro vstup je alespoň **roční abstinence**. Členky pomáhají ostatním ženám při nástupu do léčby, v době abstinence, recidivy či v jiné krizové situaci. Na organizaci se mohou obrátit i rodiny žen trpících závislostí. Ženy, které abstinují zde mají možnost předat rady a **osobní zkušenosti** z každého období závislosti. „*V celé této formě spolupráce a pomoci je podstatou efekt pomoci sobě přes pomoc druhému*“ (Heller & Pecinovská, 2011,163).

**Mezinárodní organizace dobrých templářů** svou činností přesahuje svépomocné organizace. Na prvním místě je abstinence a spokojený život bez alkoholu a jiných drog. Zaměřuje se na prevenci, zdravý životní styl a snížení užívání drog. Organizace se kromě



užívání alkoholu věnuje také vzdělávání mládeže a lidem v rozvojových zemích (Heller & Pecinová, 2011; Nešpor, 2007a).

## 4 ABSTINENCE

V následující kapitole se věnuji abstinenci, která je pro zlepšení zdravotního stavu, vztahů a celkového fungování člověka velmi důležitá. Pro člověka trpícího závislostí může být dosažení abstinence velmi náročný proces. Změny, které abstinence přináší člověku se závislostí, jeho blízkým a okolí popisuji v této kapitole. Zaměřuji se na období po léčbě, kdy se závislý vrací k rodině. Co se odehrává v rodině, když jejich blízký přestává pít. Čím může rodina abstinenci podpořit a čím naopak ztížit. Dále popisuji relaps, recidivu a časté příčiny, které způsobují porušení abstinence. Zabývám se rozdílem mezi kontrolovaným pitím a trvalou abstinencí. Nakonec popisuji změny v životě abstinujících žen.

### 4.1 Abstinence jako nový životní styl

Abstinenci můžeme definovat jako **vědomé rozhodnutí** jedince přestat něco užívat nebo vykonávat nějakou činnost. Abstinence návykových látek se doporučuje zejména těm, kteří na nich byli závislí. Závislost však nemusí být jediným důvodem. Abstinence může být přirozená **součástí života** ovlivněna například náboženskými, etickými, zdravotními či jinými osobními důvody. Častý je také psychický odpor k návykovým látkám, způsobený například osobní zkušeností s člověkem se závislostí, nejčastěji u dětí a příbuzných závislého (Budinský, 2008; Hartl & Hartlová, 2010).

Cílem většiny léčebných programů je **doživotní abstinence**. To bývá pro mnoho lidí trpících závislostí nepředstavitelné rozhodnutí a důvod k oddalování léčby. Někdo se konzumace alkoholu nechce vzdát a věří, že své pití dokáže mít pod kontrolou. Mnoho odborníků je ale přesvědčených, že **kontrolované pití** alkoholu není možné a úplná abstinence je jediný předpoklad zdravého života. Úplná abstinence je také podmínkou pro vstup do ambulantní či ústavní léčby. Je to také **zásada** Anonymních alkoholiků, terapeutických komunit a dalších zařízení věnujících se problematice závislosti. K rozdílu mezi abstinencí a kontrolovaným pitím se v této kapitole ještě vrátím (Kalina, 2015; Raboch, & Pavlovský, 2012).

## 4.2 Změny v životě abstinenta

První tři roky po léčbě bývají pro abstinenta nejnáročnější. Výhodou je, když nahlíží na abstinenci jako na **nový způsob života**. Když ji vnímá jako své **osobní nastavení**, nikoliv jako úkol či omezování. Do tohoto nového způsobu života pak abstinent přivádí svou rodinu, práci a další oblasti života. Po léčbě se vrací do původního prostředí, ve kterém ale začíná fungovat jinak. Výhodou je **spolupráce** rodiny a společné zavádění změn. Ať už se jedinec po léčbě vrátí do původního či nového zaměstnání, mezi přátele, ke starým zájmům a aktivitám, všude by si měl vybudovat takové **prostředí**, které bude respektovat a podporovat jeho nový životní styl, tedy abstinenci (Kvapilík & Svobodová, 1985; Skála, 1977).

Lidé se závislostí na návykových látkách mívají problém žít přítomností a zabývat se věcmi **tady a teď**. Zaměřit se na každodenní realitu a problémy běžného života. Mnoho z nich se stále vrací do **minulosti**. Vyčítají si své předchozí chování pod vlivem alkoholu. Zkušenost s alkoholem je vhodný zdroj **poučení a motivace** do budoucna. Jedinec by se však neměl nechat brzdit výčitkami za něco, co nelze vzít zpět. Naopak nadměrná orientace na **budoucnost** může být zdrojem strachu z něčeho nového. Obavy z návratu do práce a společnosti. Jak ho přijme rodina a blízké okolí. Z náročnějších životních situací, negativních emočních stavů, ze silné chuti na alkohol či jakéhokoli kontaktu s alkoholem (Heller & Pecinovská, 2011, Rotgers, 1999).

Důležité je, aby se abstinent zaměřil na **realitu** každého dne. Aby se naučil předcházet problémům nebo neodkládat jejich řešení. Pracoval se svými emocemi a negativními stavy. Uvědomil si, jaké situace jsou pro něho náročné a ohrožující a vybudovat si **strategie**, jak je zvládnout. Dobré je být po celou dobu v kontaktu s odborníky, ať už v rámci individuální, skupinové či rodinné terapie. Program **následné péče** může být pro abstinenta i jeho rodinu oporou a zdrojem užitečných rad, jak překonat problémy spojené s prvními roky abstinence (Heller & Pecinovská, 2011, Rotgers, 1999).

V léčbě si jedinec zvyká na určitou **pravidelnost** a řád. Zachování určitých prvků z léčby může v domácím prostředí usnadnit abstinenci. Patří mezi ně například **suchý dům**, to znamená, že v domácnosti nebude žádný alkohol. Důležitá je také **změna rituálů**, kde se většinou pije alkohol, jako jsou oslavy, svátky, návštěvy a jiné společenské akce. Okolí by mělo respektovat, že dotyčný nepije. Alkohol by mu proto neměli nabízet, nebo uspořádat oslavu s nealkoholickými nápoji. Pravidelnost se týká také stravování, práce, odpočinku a tělesných aktivit. Soulad všech těchto oblastí má důležitou roli při abstinenci. Zaměstnání a

zájmy abstinenta by se měly upravit tak, aby zde nedocházelo ke kontaktu s alkoholem. Celá rodina by měla vyhledávat aktivity, kam alkohol nepatří (Nešpor, 1996; Nešpor & Matanelli, 2011).

Důležitá je také **otevřenost** k rodině a přátelům. Svěřovat se se svými problémy a negativními emocemi, které se v době začínající abstinence často objevují. V léčbě se jedinec učí získat zdravý náhled na závislost a dostává mnoho rad, jak po propuštění předcházet pokušení a chuti na alkohol. Radí se **omezit kontakt** s lidmi, kteří rozhodnutí abstinovat nerespektují a se kterými udržoval kontakt jen pro společné pití alkoholu. **Nové zájmy** a doléčovací programy mohou být zdrojem nových kontaktů, kde je výhodou společná zkušenost se závislostí (Nešpor, 1996; Nešpor & Matanelli, 2011).

## 4.3 Rodina a abstinence

Abstinence vnáší do života člověka se závislostí mnoho **nového**. To samé platí o jeho rodině. Rodina patří mezi základní skupiny v životě člověka. Téma rodiny proto při překonávání závislosti nelze opomenout. Závislost vytváří u blízkých určité vzorce chování a myšlení. Také pocity viny, zlost, stud, strach nebo **nedůvěru**. Zasahuje do celkového fungování rodiny, které se teď, po absolvování léčby, bude postupně měnit. Pro **obnovení** společného soužití a vytvoření podpůrného prostředí pro abstinenta je nutná spolupráce všech členů rodiny (Uehlinger & Tschui, 2009).

### 4.3.1 Partnerský vztah a abstinence

Od samého začátku závislosti bývá vztah mezi partnery v mnohém narušen. Když se závislý partner snaží vyléčit, měl by si druhý partner **ujasnit budoucnost** jejich vztahu. Odpustit partnerovi, znovu mu začít důvěřovat a zapojit se do léčby. Být partnerovi léčícímu se ze závislosti oporou a pomáhat mu i přes všechna odmítnutí, se kterými se před léčbou setkal. Podstatná je také **společná terapie** partnerů. Společná práce na obnovení vztahu. Neobviňovat se za vznik závislosti, ale snažit se změnit způsoby chování, které ji mohly podpořit. Zapojení partnera do léčby přispívá k udržení vztahu do budoucna a má pozitivní vliv na člověka v léčbě. Jestliže se partner člověka se závislostí na alkoholu rozhodne **vztah ukončit**, je dobré otevřít toto téma právě na společné terapii. Není vhodné předstírat, že s partnerem zůstane a s ukončením vztahu čekat po léčbě. Obnovení vztahu bývá pro lidi se závislostí silnou motivací a **rozchod** může vést k recidivě. Dobré je, když má člověk se

závislostí možnost zpracovat ukončení vztahu ještě v procesu léčby a zaměřit se na budování vlastního života (Uehlinger & Tschui, 2009).

Po ukončení léčby může mít obnovení partnerského vztahu mnoho překážek. Časté jsou **výčitky** člověka se závislostí. Uvědomuje si, jak závislost ublížila jejich vztahu. Důležité je sdílet své pocity, potřeby a snažit se **obnovit vzájemnou důvěru**. To může trvat i několik měsíců, dokud se blízcí abstinenta nepřesvědčí, že to tentokrát myslí vážně. Po léčbě může abstinents znovu čelit chování partnera, které ho dříve vedlo k nadužívání alkoholu. Klíčová je **komunikace** mezi partnery. Odhalení krizových situací, které dříve byly spouštěčem závislostního chování. **Partnerská terapie** může být místem, kde se oba partneři naučí novým způsobům, jak řešit společné problémy, dělat kompromisy a vzájemně si vyhovět. V některých případech jsou na alkoholu **závislí oba partneři**, ale jen jeden se rozhodne pro léčbu. Nebo se závislost u druhého partnera rozvine později. Jedinec po léčbě závislosti by neměl sdílet domácnost s partnerem nadužívajícím alkohol či jinou návykovou látku. Může se pokusit přesvědčit partnera, aby svou závislost začal řešit. Nabízí se také opustit partnera se závislostí, než aby abstinujícího stahoval k tomu, co se snaží překonat (Pešek, 2018).

#### 4.3.2 Vliv abstinence na rodinu

Abstinence přináší do života rodiny **velké změny**, které mohou být pro všechny velmi náročné. Ukončení léčby považují blízcí za konec všech problémů s alkoholem a očekávají návrat do zaběhaného **způsobu života**. Jedinec po léčbě má však potřebu změnit svůj život od základů, včetně fungování rodiny. Je pochopitelné, že rodina po všech zkušenostech s člověkem trpícím závislostí, na takové změny nemá sílu a může se k nim stavět odmítavě.

Hlavní změnu očekávají od člověka se závislostí a sami by nejraději nic neměnili. Pro úspěšnou abstinenci je **změna domácího prostředí** jedince klíčová. Spolupráce všech členů rodiny může obnovit komunikaci, vztahy a důvěru, která byla vlivem závislosti narušena. Sníží se napětí a nejistota, když rodina uvidí **změny v chování** člověka se závislostí, které dokazují, že abstinenci bere vážně. Zapojení okolí, trpělivost, podpora a ocenění jsou významné prvky, které jeho rozhodnutí posílí. Pro abstinujícího je výhodou mít rodinu, která mu v zavedení změn pomůže, bude je chápat a přijímat (McMahon, 2013; Nešpor, 2006).

Rodina abstinujícího jedince by měla nadále docházet na **rodinné terapie** nebo jiné formy doléčování. Poradit se, jak k blízkému po léčbě správně přistupovat. Terapie jim zároveň pomůže **přijmout požadované změny**, aniž by je vnímali jako osobní omezování. Zaměřit se na změnu vlastního jednání, které mohlo závislost na alkoholu podpořit. Radit se, jak

správně řešit **partnerské a rodinné problémy**. Pracovat na otevřené komunikaci, vyjadřování emocí, nastavení hranic a pravidel. Jak blízkému po léčbě začít věřit a přenechat mu povinnosti vůči rodině, které vlivem závislosti přestal plnit. Nebo co dělat v případě, že by se znovu napil a jak tomu předcházet. Na společné terapii se často sepisuje **smlouva** mezi rodinou a abstinujícím, kde jsou jasná **pravidla** nového soužití (Pešek, 2018; Profous, 2011).

### 4.3.3 Trávení volného času

Abstinence člena rodiny by neměla být důvodem **společenské izolace**. Rodina by měla respektovat obavy abstinenta chodit na místa nebo se účastnit oslav a událostí, na kterých se pije alkohol. V rodině a s přáteli je proto dobré **nahradit alkohol** nealkoholickými nápoji, nebo symbolické přípitky úplně vynechat, aby pro abstinenta nebyly zbytečným lákadlem. Stejně tak by se měly **nahradit aktivity**, ke kterým patří pití alkoholu, novými bezpečnějšími. Výhodou je informovat o abstinenci přátele. Rodina se tak vyhne zbytečnému vysvětlování. **Utajování** abstinence nebo vymýšlení jiných důvodů, proč jedinec nepije, by v něm mohlo vyvolat nepříjemné pocity. Stává se, že se jedinec na společenských akcích cítí kvůli nepití alkoholu **vyločený** z celkového dění. Důležité je těmto pocitům odolat a najít si nové zájmy, které plnohodnotně zaplní volný čas a události spojené s alkoholem nebude postrádat (Csémy, Sovinová, & Nešpor, 2001; Nešpor, 2006; Uehlinger & Tschui, 2009).

Neschopnost zaplnit volný čas, **nuda** a pocity prázdnoty jsou po vysazení alkoholu častým důvodem recidivy. Na začátku abstinence se u člověka může střídát euforie a deprese. Čím déle abstinence trvá, tím lépe se jedinec naučí využít střizlivý život a užívat si **nové možnosti**, které kvůli pití alkoholu nebyly možné. V tom všem mohou abstinenta následovat jeho rodina a přátelé. **Euforie** způsobená vysazením alkoholu nutí jedince k velkým životním změnám. Touží začít nový život a vynahradit si vše, co kvůli závislosti ztratil. Po ukončení léčby by hlavním cílem mělo být udržení abstinence. Velká životní rozhodnutí by se neměla uspěchat, a především probrat s rodinou nebo v rámci terapie (Uehlinger & Tschui, 2009).

## 4.4 Kontrolované pití

Úplná abstinence je cílem téměř každé léčby závislostí. Přiklání se k ní i řada odborníků, kteří kontrolované pití považují pouze za odmítání člověka zcela se ze závislosti na alkoholu uzdravit. Dále také proto, že alkohol mění činnost mozku, konkrétně jeho citlivost na užívání

alkoholu. Proto jedinec, dříve závislý na alkoholu, ho pro tyto změny nemůže užívat ani v malých dávkách. Změna nastala v 70. letech minulého století, kdy začalo přibývat studií věnujících se kontrolovanému pití. Důvodem bylo, že léčba směřující ke kontrolovanému pití přivádí i ty jedince, kteří se **nechtějí pít vzdát** a tradiční cíl doživotní abstinence je od vyhledání léčby odrazoval. Vstup do léčby s cílem dostat pití pod kontrolu vede u některých lidí k abstinenci. Pro kontrolované pití se častěji **rozhodují** mladí lidé, lidé s méně rozvinutou závislostí nebo lidé, kteří neměli problémy s alkoholem v rodině. Tato **nová metoda** v léčbě závislosti ovlivnila vznik nových svépomocných organizací, kde je cílem právě kontrolované pití (Vavrinčíková, 2012).

Lidé se závislostí, jejichž cílem je kontrolované pití, se většinou domnívají, že budou moci nadále pít a bude to **bezpečné**. Normální konzumenti alkoholu nemají limity, ale zároveň nemají potřebu se napít. Kontrolované pití přináší řadu **pravidel**, které lidé se závislostí musí dodržovat, pokud chtějí svého cíle dosáhnout. Konzumace alkoholu bude mít určitý řád, co se týče času, množství nebo prostředí. Než se jedinec rozhodne pro kontrolované pití alkoholu, měl by se předtím pokusit alespoň měsíc abstinovat. Pro abstinenci i kontrolované pití je důležité přestat alkohol vnímat jako oporu, nebo jediný zdroj potěšení (McMahon, 2013).

Proti kontrolovanému pití se staví například Carr (c2015) ve své knize. Orientuje se na psychickou závislost a na to, jak zbavit lidi pocitu **strádání** kvůli vysazení alkoholu. Kontrolované pití vnímá jako udržování chuti na alkohol, která může časem zase narůstat, stejně jako množství alkoholu a důvody pro jeho užívání. Dále jako **každodenní hlídání** a čekání na další dovolenou skleničku. Snaží se ukázat lidem, že alkohol není jediný zdroj potěšení a abstinence není ochuzování. Před tím, než se jedinec stal na alkoholu závislý k němu rovněž neutíkal jako k jedinému zdroji radosti. Pouze pro člověka se závislostí je budoucnost bez alkoholu nepředstavitelná. Bez alkoholu si neumí představit žádnou společenskou událost. Myšlenky a postoje k alkoholu v knize A. Carra se snaží vést člověka se závislostí k tomu, aby vnímal svůj život jako kvalitní a plnohodnotný i bez konzumace alkoholu.

Při léčbě všech závislostí zůstává abstinence primárním cílem. Kontrolované pití je vhodné pro jedince, kteří **abstinenci odmítají**, nebo jsou ve velmi pokročilé fázi závislosti a nebyli by **úplného vysazení** schopni. Léčebné programy pracují na sebekontrolě jedince, aby postupně dávky alkoholu snižoval. Abstinence i kontrolované pití vedou ke zmírnění fyzických a psychických potíží. Dnes se léčebné programy vedoucí ke kontrolovanému pití

rozšiřují jako **alternativní forma** léčby alkoholismu (Abstinence nebo kontrolovaná konzumace alkoholu, 2. ledna 2017).

## 4.5 Odmítnutí nabízeného alkoholu

Pro abstinenta je důležité umět **rozpoznat rizikové situace**. Mezi ně patří především oslavy, setkání s přáteli a chození na místa, kde je běžné pít alkohol. I když se abstinent těmito akcím vyhýbá, může se stát, že mu někdy bude alkohol nabízen. Na takovou situaci je dobré být připravený a **umět alkohol odmítnout**. Nešpor (2006) a Plocová (nedat.) uvádí možné způsoby, jak odmítat nabízený alkohol:

- **Rychlé odmítnutí** se nabízí v situaci, kdy abstinent nabízejícího tolik nezná a nechce se s ním více bavit. V takové situaci může nabídky ignorovat, slušně odmítnout nebo odejít.
- **Zdvořilé odmítnutí** patří ke chvílím, kdy je abstinent například s přáteli. Nabídku může odmítnout a vysvětlit důvod. Přátelé by měli vědět, z jakého důvodu jedinec nepije. Sdílet tuto informaci blízkým lidem je výhodou a abstinent tak předchází tomu, že mu bude alkohol nabízen. Dále může na nabízený alkohol reagovat tak, že navrhně, aby se pilo něco jiného.
- Často používané je také **odmítnutí s odložením**. V situacích, kdy je abstinentovi alkohol nabízen opakovaně, je také vhodné umět **opakovaně odmítnout**. Trvat na svém a opakovat, že si nedá. Vhodné také je, když abstinující upozorní nabízejícího, že jsou mu tyto nabídky nepříjemné.
- Další techniky jsou označeny jako **královská odmítnutí**. Patří sem odmítnutí alkoholu jednou pro vždy, které zajistí, že v budoucnu už nabídka alkoholu od dotyčného nepřijde. Nebo **odmítnutí spojené s pomocí**, kdy abstinent alkohol odmítne a zároveň nabízejícímu doporučí také pití omezit. Toto odmítnutí by se mělo používat jen ve vhodném kontextu, pokud má například nabízející také problémy s nadměrnou konzumací alkoholu.

## 4.6 Relaps a recidiva

Relaps znamená, když se jedinec po vysazení drogy opakovaně vrátí k jejímu užívání. Jiná definice relapsu ho označuje za **selhání při dosahování stanoveného cíle**. Lidé se závislostí nejčastěji poruší abstinenci v prvním roce od ukončení ústavní léčby. Díky relapsu se ale



mohou odhalit hlavní příčiny, které vedou jedince k nadměrné konzumaci alkoholu. Relaps nemusí souviset s abstinenčními příznaky nebo nedostatkem motivace abstinovat. Proto je relaps vnímán jako **uklouznutí** při zavádění nového způsobu života. Prvotní návrat k závislostnímu chování se označuje jako **laps**. Je to jen jednorázové porušení abstinence. Od lapsu se jedinec může vrátit k abstinenci, nebo k užívání návykové látky. **Recidiva** je návrat, k již překonané nemoci. Znovu se objevují symptomy závislosti a jedinec ztrácí vše, čeho díky léčbě a abstinenci dosáhl (Kalina, 2015; Pešek, 2018).

Dále uvádím, jaké jsou nejčastější příčiny relapsu. Popisuji, jaké prostředí je pro abstinenta nevhodné. Věnuji se také rodině a tomu, jaké mohou být reakce členů rodiny, když jejich blízký abstinenti poruší. Nakonec se věnuji předcházení relapsu.

## ČASTÉ PŘÍČINY RELAPSU

Člověk se závislostí by se měl snažit odhalit příčiny jeho selhávání. Jednou z nich může být **nerovnováha životního stylu**, kdy je člověk často ve stresu, unavený, pod tlakem okolí. Riziková je také situace, kdy je jedinec v depresi, úzkosti, nudí se nebo je rozzlobený. Spouštěčem mohou být **konflikty** s rodinou, přáteli nebo v práci. Dále také nabídka návykové látky, nebo přítomnost lidí, kteří ji užívají. Patří sem také **negativní fyzické stavy**, špatná nálada, nutkavé myšlenky a chuť na drogu. Hromadící se negativní stavy a události vedou k tomu, že si jedinec najde a obhájí důvod vrátit se k návykové látce (Kalina, 2013).

## NEVHODNÉ PROSTŘEDÍ PRO ABSTINENCI

Rodina blízkého se závislostí může léčbu a následnou abstinenci podpořit, nebo naopak **ztížit**. V důsledku závislosti, nebo ještě před ní, se k sobě členové rodiny určitým způsobem chovali. Tyto **zaběhané vzorce chování** mohou bránit vyléčení člověka se závislostí a správnému fungování rodiny. Stává se například, že partner člověka se závislostí převezme v rodině jeho roli a povinnosti. To může vyvolat pocit, že se bez něho rodina obejde a značně komplikovat návrat k rodině po léčbě. Může se stát, že i druhý partner trpí závislostí na alkoholu nebo jiné návykové látce. Kvůli závislosti partnera mohl navázat mimomanželský vztah, který bude komplikací pro rodinnou terapii a obnovení vztahu mezi partnery. Chování blízkých mohlo **závislost umožňovat**. Pokud nadměrné pití omlouvali, přehlíželi, zatajovali, řešili za závislého finanční problémy nebo problémy se zákonem, zcela jistě tím snižovali jeho motivaci k léčbě. Problémem také je, když rodina blízkému **závislost vyčítá**, stydí se za něho, je netrpělivá, má **nadměrná očekávání**, málo člověka se závislostí oceňuje nebo podporuje a především, když se odmítá podílet na léčbě. Abstinenci může velmi znesnadnit,

pokud si rodina neuvědomí nutnost změny určitého chování. Léčba závislosti a rodinná terapie směřují k vytvoření nové a zdravější **rovnováhy** v rodině. Pokud se člověk vlivem abstinence změní, ale jeho rodina tyto změny odmítá, dochází bohužel k jejímu rozpadu (Miller, c2011; Nešpor, 2007a).

## **RODINA A PORUŠENÍ ABSTINENCE**

Rodina by se s blízkým trpícím závislostí měla **předem domluvit**, jak v případě recidivy postupovat. Mohlo by to být součástí již zmiňovaných pravidel, které si rodina vytváří v rámci rodinné terapie. Zároveň je nutné vyhledat **příčiny** jeho uklouznutí. Návrat člověka po léčbě závislosti do zaměstnání, mezi přátele nebo k rodině může přinést řadu stresových situací, kvůli kterým opět utíká k alkoholu. Rodina by na tyto krize měla být předem připravená. I když je recidiva pro rodinu zklamáním, novým a možná ještě hlubším narušením vztahů a důvěry k závislému, je zároveň **příležitostí** k odhalení pravých příčin jeho pití. Rodina by proto měla být trpělivá a vnímat recidivu jako možnost vývoje. Také člověk se závislostí si uvědomuje, že předchozí období střízlivosti bylo příjemné a bude se k němu chtít vrátit. Recidivu by si měl umět **odpustit**, nevyčítat a brát jako nový začátek. V rámci rodinné terapie je důležité odhalit, co člověk se závislostí nebo jeho okolí dělali špatně a z těchto chyb se poučit. **Předcházet** dalšímu **uklouznutí** se dá například přidáním doléčovacího programu nebo užíváním léků (Profous, 2011).

Pokud člověk se závislostí recidivy lituje, blízcí by mu měli být oporou, **povzbudit** ho a věřit, že se dokáže vrátit k abstinenci. Výčitky za selhání vedou jedince k negativním emočním stavům a dalším recidivám. Jinak je tomu, když jedinec **recidivuje opakovaně** a nesnaží se to zastavit. Závislost se tentokrát rozvine mnohem rychleji. Výhoda je, když recidivující člověk znovu souhlasí s nástupem do léčby. Pak už záleží jen na rodině, zda mu dá další šanci (Profous, 2011).

## **PŘEDCHÁZENÍ RELAPSU**

Reakce na relaps bývají **individuální**. Po porušení abstinence přichází vztek, vina nebo zklamání z vlastního selhání. Jedinec ztrácí motivaci a víru na zlepšení. Čas věnovaný léčbě se jeví jako zbytečný. **Pocit bezmoci** a **černobílé myšlení** mohou vést k dalšímu užití drogy a rozvinutí závislosti nanovo. Nebo naopak může být relaps zdrojem **poučení** a motivace. Abstinující se začne více zaměřovat na to, jak relapsu předcházet. Léčebné programy nabízí klientům řadu **technik na zvládnutí relapsu**. Především vedou závislého jedince k odhalení

rizikových situací. Aby uměl pracovat s myšlenkami na návykovou látku. Rozpoznal a změnil závislostní vzorce chování, které by ho, v určitých situacích, automaticky vedly k užití drogy. Léčba vede jedince k vytvoření nových efektivnějších strategií na zvládnutí náročné životní situace. Dále radí, jak se zachovat, pokud by přeci jen došlo k užití drogy. Mezi tyto **strategie** patří například plánování času, relaxace, nácvik sebehodnocení, komunikace a jednání s lidmi. Techniky předcházení relapsu se nejvíce zaměřují na celkový životní styl abstinenta. Jeho nevyváženost bývá hlavní zdroj rizikových situací a negativních emočních stavů (Kalina, 2013; Kalina, 2015).

Kromě vnějších příčin může být důvodem relapsu **bažení**. Jedná se o velmi silnou nutkavou chuť na alkohol. Toto nutkání se může tlumit léky. Člověk se závislostí si také může vytvořit své vlastní způsoby, jak chuť na alkohol zahnat. **Potlačit bažení** pomáhá například, když si jedinec uvědomí, že jsou to jen nutkavé myšlenky, které mu nemohou ublížit. Doporučuje se také **odvést pozornost**. Najít si činnost, během které chuť na alkohol přejde. Může to být jakýkoliv sport, relaxační cvičení, čtení knihy, nebo jakákoliv jiná činnost, která jedince odvede od myšlenek na návykovou látku. Výhodou také je, **mít si o tomto nutkání s kým promluvit**. Důležité je, aby jedinec zpětně pracoval s těmito myšlenkami. Aby včas odešel z prostředí, které bažení vyvolává. Naučil se dělat pravý opak toho, k čemu nutkavé myšlenky vedou. Překonávání tohoto nutkání zvyšuje **sebedůvěru** abstinenta a chuť na drogu se pak objevuje čím dál méně (Kalina, 2015; McMahon, 2013; Nešpor, 2007).

## 4.7 Ženy a abstinence

V této podkapitole se věnuji ženám, které prošly léčbou závislosti a vrací se domů. Popisuji, jaké změny přináší abstinence do jejich života. Abstinence se u žen a mužů opět v mnohém liší. Mnoho žen se ukončení léčby a návratu do života může obávat. Myslím si, že jedna z nejtěžších věcí pro ženy po léčbě je získat důvěru a své místo v rodině a okolí.

Po ukončení léčby závislosti řeší ženy i muži podobná témata, jako jsou vztahy s rodinou a přáteli, zaměstnání, finance, trávení volného času, a především změna životního stylu a předcházení relapsu. Typické ženské téma je také **změna vnímání sebe sama**. Alkohol nejenže poškozuje ženský vzhled, ale narušuje také jídelní návyky a **sebevědomí**. Žena se pak učí mít se znovu ráda. Vysazení alkoholu a pravidelné stravování se projevuje zvýšením hmotnosti, u většiny žen na zdravou váhu. Tyto změny jsou ale individuální, a to samé se dá říct i o jejich **přijetí**. Podstatné tedy je, aby je ženy vnímaly pozitivně jako důkaz jejich uzdravování. Někdy jsou bohužel reakce takové, že se žena vrátí k návykové látce jako

prostředku na snížení váhy, nebo se v průběhu redukce hmotnosti rozvine porucha příjmu potravy. Přijetí vlastního těla také mohou komplikovat vzpomínky na sexuální život, vedený v době závislosti (Růžička & Prachařová, 2014).

Návrat do života také často komplikuje chybějící opora rodiny, nezaměstnanost a špatné sociální zabezpečení. Žena se snaží znovu získat svou **roli**, jak v rodině, tak v zaměstnání a ve společnosti. V léčbě se mění chování a psychika ženy. Začne se **prosazovat** a sdělovat své potřeby, což dříve dokázala jen s pomocí návykové látky. Prosadit novou roli a nový životní styl je pro ženu hlavní úkol, jehož splnění je klíčové pro úspěšný **návrat** do života a abstinenci (Růžička & Prachařová, 2014).

Nešpor (2006) zmiňuje **výhody**, které ženám po léčbě závislosti pomáhají abstinovat. Uvádí, že ženy jsou poctivější, co se týče docházení na psychoterapii nebo využívání programu následné péče. V době závislosti nemají sklony k trestné činnosti, takže po ukončení léčby nemusí čelit problémům spojených s porušením zákona. Pro zahájení léčby i následnou abstinenci je velkou motivací rodina a péče o děti. **Motivovat** může také rychlá změna vzhledu a fyzického zdraví po vysazení alkoholu. Pro ženy je také snazší začít **žít zdravěji**, sportovat, využívat relaxační techniky a odpoutat se od pijící společnosti.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE

Na začátku výzkumu je hlavním úkolem stanovit **výzkumný problém**. Výzkumný problém jasně definuje oblast, kterou se studie zabývá. Většinou jsou to aktuální společenská témata, nebo témata zajímavá pro výzkumníka. Důležité je také zvážit, zda je výzkumný problém řešitelný a zda máme k dispozici metody vhodné pro jeho ověření. Předem je také nutné stanovit **cíl výzkumu**, který více přibližuje výzkumný problém. Jasně definuje, čeho chce výzkumník ve svém výzkumu dosáhnout (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

**Výzkumným problémem této bakalářské práce** je problematika závislosti u žen. Závislost má u žen a mužů jiné příčiny a jiný průběh. Také k abstinenci a změně životního stylu přistupuje každý jinak. V tomto výzkumu se věnuji ženám, které trpěly závislostí na alkoholu, absolvovaly ústavní léčbu a v současné době abstínují. Zaměřuji se na období po ukončení léčby. Zabývám se změnou dřívějšího způsobu života. Co se v jejich životě změnilo vlivem abstinence. Jak zkušenost se závislostí na alkoholu změnila jejich přístup ke zdraví a k životu.

Pro naplnění cílů výzkumu jsem si zvolila kvalitativní přístup a metody, které pod něj spadají. Díky tomuto přístupu můžeme prozkoumat a lépe porozumět prožité zkušenosti člověka.

**Kvalitativní výzkum** se zaměřuje na život lidí, jejich chování, vztahy, zkušenosti a životní události. Pro práci s daty nepoužívá statistické metody, což umožňuje zachovat jedinečnost zkoumaného jevu. Pomocí kvalitativních metod se o zkoumaném jevu získávají detailnější informace, originální a zcela nové pohledy. Nejčastějším způsobem získávání dat je **pozorování nebo rozhovor**. Pracuje se s menším výzkumným souborem. Využívá se induktivní postup, který začíná sběrem dat a směřuje k popisu vztahů a stanovení hypotéz. Výzkumník se snaží pochopit, jak jedinec vnímá svoji zkušenost. Práce s daty je časově náročnější a výsledky nejsou standardizované (Hendl, 2005; Strauss & Corbin (1999).

Kvalitativní výzkum směřuje k exploraci a popisu zkoumaného případu. V rámci explorace se výzkumník snaží dovědět, co nejvíce informací o zkoumané oblasti. Seznámit se s touto problematikou a následně formulovat výzkumné otázky. Popisem se výzkumník snaží charakterizovat zkoumaný jev. Jiní autoři rozdělují cíle kvalitativního výzkumu na **deskripci, predikci a explanaci**. Deskripce znamená rozložení zkoumaného jevu nebo

situace na části a jejich popis. Patří sem také kategorizace, kdy popsané části třídíme podle společných znaků. Následuje predikce, kdy se snažíme najít souvislost mezi popsány jevy. Díky nalezeným souvislostem pak můžeme předvídat vývoj daného jevu do budoucna. Cílem explanace je vysvětlení nalezených souvislostí (Ferjenčík, 2010; Hendl, 2005).

Na začátku zpracování a analýzy dat jsem se věnovala deskripci, tedy popisu problematiky závislosti na alkoholu u žen. Vycházela jsem z osobního popisu této zkušenosti, který jsem získala při rozhovoru s každou respondentkou. Získané informace jsem rozdělila do tří oblastí: život před závislostí, průběh a léčba závislosti a život po ukončení léčby. Pod každou oblast jsem následně zařadila odpovědi oslovených žen. Každé odpovědi jsem přiřadila kód, který nejlépe vystihoval její význam. Dle významu jsem dílčí kódy spojila jedním hlavním kódem. Po přidělení kódů jsem našla v čem se odpovědi oslovených žen shodují, a kde se naopak rozchází. V rámci explanace jsem společné odpovědi rozdělila do kategorií a popsala jejich význam.

**Cílem výzkumu** bylo získat od každé respondentky jedinečný popis její zkušenosti s překonáváním závislosti. Zjistit, jaké změny nastaly po stránce fyzické, psychické, vztahové, díky abstinenci. Jak se změnil rodinný a profesní život. Jak se změnilo trávení volného času. Co jim pomáhá abstinovat, jaký je jejich současný postoj k alkoholu a další významné změny, které v životě respondentek nastaly.

Dále se stanovují **výzkumné otázky**, které ještě více přibližují zkoumané jevy. Konkrétně a jasně definují cíle výzkumu. Hlavní výzkumné otázky této studie zní:

- 1) *Jaký byl život vybrané skupiny žen před vznikem závislosti na alkoholu?*
- 2) *Co vybrané skupině žen přinesla léčba závislosti na alkoholu?*
- 3) *Jaké změny nastaly v životě vybrané skupiny žen po překonání závislosti?*

Výzkumné otázky se zaměřují na skupinu vybraných žen, které trpěly závislostí na alkoholu. Zaměřují se na možné příčiny vzniku závislosti. Dále na přínosy protialkoholní léčby a na změny, které po ukončení léčby nastaly ve všech oblastech života dotazovaných žen. Na konkrétní změny jsou dále zaměřené jednotlivé otázky polostrukturovaného interview.

## 6 POUŽITÉ METODY

V rámci kvalitativního přístupu rozlišujeme různé typy výzkumu. Mnozí autoři se tímto dělením od sebe liší. **Typy výzkumu** spadající pod kvalitativní přístup jsou dle Miovského (2006) případová studie, analýza dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluace.

Výzkum v této bakalářské práci vychází z **případové studie**. Zaměřuje se na určité životní období každé respondentky. Věnuje se celému období života, které je spojeno se závislostí na alkoholu. Zaměřuje se na vznik a léčbu závislosti. Nejvíce se však věnuje době po ukončení léčby a návratu do běžného života.

**Případová studie** je typ výzkumu, který pracuje s jednotlivými případy. Zdůrazňuje komplexní přístup a souvislost všech oblastí života daného člověka. Pomocí případové studie se dostaneme do hloubky zkoumané problematiky. Lépe porozumíme souvislostem v životním kontextu. Případová studie se rozděluje na (Miovský, 2006):

- **Jednopřípadovou studii**, kdy se zaměřujeme na jednotlivé oblasti života zkoumaného člověka. Ptáme se na události, které souvisí s výzkumným cílem a výzkumnou otázkou.
- Případová studie zaměřená na **komplexnější systém** se zaměřuje na rodinu, určitou sociální skupinu nebo instituci. Sledují se například vztahy v rámci zkoumané skupiny.
- Případová studie **životního příběhu** velmi podrobně mapuje celý život daného člověka. Zajímá se o vliv doby a prostředí, kde člověk žil a vyrůstal.

### 6.1 Metody použité k získání dat

K získání dat jsem si zvolila **polostrukturované interview**. Domnívám se, že tento typ interview byl vhodný pro získání velkého množství informací o zkušenosti se závislostí na alkoholu. Při přípravě interview jsem vycházela z doporučení a postupu Miovského (2006), který polostrukturované interview charakterizuje takto:

Jedná se o typ interview, jehož základem jsou předem připravené otázky, které se v průběhu výzkumu mohou měnit, doplňovat a klást v různém pořadí. Doporučuje se začínat u méně



náročných otázek a postupně přecházet na náročnější, případně je střídat. Během rozhovoru je také důležité pozorování. Způsob chování, vyjadřování nebo gestikulace respondenta mohou ujasnit jeho postoj a vnímání zkušenosti. Svou roli hraje také prostředí, kde se rozhovor odehrává. Dále také výzkumník, jeho chování, způsob vyjadřování nebo schopnost adekvátně reagovat během rozhovoru. Navození klidné a důvěrné atmosféry umožní věnovat se probíranému tématu do hloubky. Výzkumník by měl rozumět všemu, co respondent říká, případně požádat o vysvětlení. Polostrukturované interview umožňuje přirozeně komunikovat a doptávat se. Důležité je držet se jádra celého interview, což je minimum otázek, které výzkumník musí s respondentem probrat. Nevýhodou je, když doplňující otázky na toto jádro nenavazují, nebo se rozhovor zcela stočí k jinému tématu. Další nevýhodou je zkreslení odpovědí, které může zavinit výzkumník, jeho nepochopení a chybná interpretace. Nebo špatné vysvětlení respondenta, nevhodné prostředí pro rozhovor, nedostatek času a mnoho dalších faktorů.

Vlastní rozhovory realizované v rámci prezentovaného výzkumu probíhaly s ženami, které souhlasily s účastí ve výzkumu. Sebrání všech rozhovorů trvalo od června do srpna 2019. Se sedmi respondentkami jsem se setkala na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Vedoucí lékařka ženského oddělení mi poskytla volný pokoj na realizaci rozhovorů. Byla tak zajištěna nerušená místnost pro realizaci rozhovorů. Výhodou také bylo, že respondentky toto místo znaly a cesta sem jim vyhovovala. Výjimku tvoří dvě respondentky, se kterými jsem se z časových a organizačních důvodů setkala na jimi vybraném klidném a oběma stranám vyhovujícím místě.

Na začátku našeho setkání jsem respondentku informovala o cílech a průběhu rozhovoru. Stručně jsem popsala obsah otázek. Každá respondentka věděla, že pokud by jí konkrétní otázka byla nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. Dále jsem požádala o podepsání Informovaného souhlasu (Příloha č. 5). Rozhovor jsem si nahrávala na diktafon a mobilní telefon. Každý rozhovor trval od 30 do 120 minut. Většina rozhovorů trvala 60 minut. Na konci jsem se zeptala na potřebu vrátit se k nějaké otázce a něco doplnit. Rozhovory jsem následně přepsala, anonymizovala a dále zpracovávala. Vlastní reflexi z každého rozhovoru jsem poslala dané respondentce emailem. Znovu jsem se zeptala, zda by chtěla něco doplnit, případně mě opravit, pokud jsem špatně pochopila její odpověď.

## 6.2 Otázky polostrukturovaného interview

Jednotlivé otázky jsem se snažila formulovat tak, abych získala dostatek informací o životě ženy, než začala být závislá na alkoholu. Dále o průběhu závislosti a léčbě. Nejvíce jsem se zaměřila na období po ukončení léčby. K vytvoření otázek mi pomohla odborná literatura a zkušenost s problematikou závislosti. Celkem jsem vytvořila 8 tematických okruhů, na které navazuje 13 konkrétních otázek.

*Tabulka č. 1: Okruhy a konkrétní otázky polostrukturovaného interview v rámci prezentovaného výzkumu*

Okruh	Téma	Konkrétní otázka
A	před vznikem závislosti	Jaký byl Váš život, než začaly problémy s alkoholem?
		Napadají Vás možné příčiny závislosti?
B	vznik závislosti	Kdy Vám došlo, že máte problém s pitím alkoholu?
C	léčba	Jaké to bylo přiznat si, že jste závislá na alkoholu?
		Kolikrát jste byla hospitalizovaná?
		Co pro Vás bylo před ukončením léčby nejhorší? Co nejdůležitější?
D	návrat domů	Jaké to bylo a co se změnilo po Vašem návratu domů?
		Chodila jste dál na terapii?
E	s odstupem času	Jak na zkušenost s léčbou pohlížíte s odstupem času?
		Co Vám to dalo? Co naopak vzalo?
F	změny	Co se ve Vašem životě změnilo?
G	rada ostatním	Je něco, co byste poradila ženám, které zažívají to, co jste prožila?
H	motivace, cíle, plány	Máte nějaké své motto, přání a cíl v životě?

Otázky jsem pokládala v uvedeném pořadí. V případě nedorozumění jsem vysvětlila podstatu otázky. Chápala jsem a respektovala, pokud respondentka na danou věc nechce odpovídat. Podle možností jsem ke 13 konkrétním otázkám přidávala doplňující otázky pro získání podrobnějších informací. Některé z doplňujících otázek, které mě v průběhu rozhovoru napadly uvádím společně s hlavními otázkami v Příloze č. 6.

## 6.3 Etické aspekty a ochrana soukromí

V rámci výzkumu jsem se řídila všemi etickými principy. Na žádost vedoucí lékařky ženského lůžkového oddělení U Apolináře jsem kontaktovala Etickou komisi Všeobecné fakultní nemocnice v Praze s žádostí o schválení mého výzkumu. Etické komisi jsem zaslala požadované dokumenty, konkrétně Čestné prohlášení o provádění výzkumu, Žádost o dotazníkovou akci (Příloha č. 3), Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů, Zkrácený formulář EK VFN k neintervenci dotazníkové studii u pacientů. Dále jsem Etické komisi zaslala popis a cíle mého výzkumu, vzor Informovaného souhlasu a otázky polostrukturovaného interview. Ke všem dokumentům jsem zajistila požadované podpisy a zaslala je k datu zasedání Etické komise. Po získání souhlasu Etické komise k provedení výzkumu (Příloha č. 4) jsem mohla realizovat rozhovory s respondentkami.

Respondentky byly informovány o cílech výzkumu a dobrovolné účasti. Prostřednictvím Informovaného souhlasu mi umožnily rozhovory nahrát, přepsat, zpracovat a použít v diplomové práci. Jména respondentek byla anonymizována přepsáním na písmena A až I.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a mobilní telefon. Poté byly přepsány do elektronické podoby a uloženy pod příslušným kódem. K nahrávkám a přepisům měl přístup pouze výzkumník. Po zpracování získaných informací byly veškeré pořízené materiály smazány.

Nejsem si vědoma žádného pochybení nebo nedodržení etických zásad týkajících se výzkumu.

## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pro získání výzkumného souboru jsem zvolila metodu **záměrného výběru**. Tuto metodu popisuje Miovský (2006) následovně: Jedná se o vyhledávání takových účastníků, kteří splňují určitá kritéria a jsou ochotni účastnit se výzkumu. Kritériem může být například zkušenost se zkoumaným jevem, určitá vlastnost nebo příslušnost ke konkrétní skupině. Tato metoda se dále rozděluje na několik způsobů, jak záměrný výběr provést. Zvolila jsem si záměrný výběr přes instituce, jelikož jsem všechny účastníky výzkumu získala díky zařízení na léčbu závislosti.

Výzkumný soubor jsem získala díky účasti na terapeutických skupinách pořádaných U Apolináře, tedy na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Skupiny jsou určené pro veřejnost, například pro příbuzné člověka se závislostí, k získání informací o problematice závislosti. Poskytuje také základní informace lidem se závislostí, kteří se rozhodli vstoupit do léčby. Dále se skupin účastní pacientky lůžkového oddělení a ženy již propuštěné. Skupina slouží ke sdílení novinek a zkušeností po ukončení léčby. Poskytuje oporu bývalým pacientům při řešení problémů.

Na této skupině jsem získala kontakt na vedoucí lékařku ženského oddělení, která mi umožnila pravidelně se účastnit zmíněných skupin, představit cíl výzkumu a oslovit bývalé pacientky. Na skupině jsem ženám, které projevíly zájem účastnit se výzkumu, předala dokument, kde byl stručný popis výzkumu a kontaktní údaje na mou osobu. Dále jsme se domlouvaly přes email nebo mobilní telefon. Po dohodnutí vyhovujícího dne a místa jsme se s respondentkou setkaly a uskutečnily rozhovor.

Výzkumný soubor tvořily **ženy, které absolvovaly léčbu závislosti na alkoholu**. Podmínkou zařazení do výzkumu bylo absolvování protialkoholní léčby a abstinence od propuštění. Nebylo žádné věkové omezení. Z celkem 10 oslovených respondentek se 9 účastnilo výzkumu. Výzkumný soubor blíže charakterizuje tabulka č. 2 (pro přehlednost uvádím na následující straně).

*Tabulka č. 2: Výzkumný soubor (časové údaje k roku 2019)*

<b>Respondentka</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Hospitalizace</b>	<b>Délka abstinence</b>
<b>paní A</b>	65	SŠ	starobní důchod	1x	4 roky
<b>paní B</b>	71	SŠ	pracuje	1x	4 roky
<b>paní C</b>	34	SŠ	studuje	4x	2 roky
<b>paní D</b>	56	SŠ	pracuje	1x	1 rok
<b>paní E</b>	48	SŠ	invalidní důchod, brigáda	2x	5 let
<b>paní F</b>	49	SŠ	pracuje	1x	1 rok
<b>paní G</b>	50	VŠ	invalidní důchod, brigáda	1x	2 roky
<b>paní H</b>	50	VŠ	pracuje	1x	1 rok
<b>paní I</b>	64	SŠ	pracuje	1x	16 let

## 8 METODY ZPRACOVÁNÍ DAT

Data jsem se rozhodla analyzovat pomocí **interpretativní fenomenologické analýzy**. Vycházela jsem z autorů Řiháček, Čermák, & Hytych (2013), kteří tuto metodu a její jednotlivé fáze podrobněji popisují.

Jedná se o metodu, kterou se snažíme zjistit, jaký **význam** dává jedinec **prožité zkušenosti**. Jak ovlivnila jeho život. Zkoumáme individuální náhled člověka na daný jev. Osobní zkušenosti a postoj výzkumníka k tématu může mít vliv na pochopení prožité zkušenosti daného člověka. Promítne se do interpretace získaných dat. V rámci interpretativní fenomenologické analýzy se výzkumníkovi zkušenosti nepovažují za něco nežádoucího. Podle této metody jsou nezbytné pro pochopení a popsání významu, který daný člověk prožité zkušenosti dává. Toto uvědomění ze strany výzkumníka se označuje jako fenomenologická reflexivita. Výzkumník tedy nepotlačuje své předchozí dojmy, ale uvědomuje si je v procesu interpretace (Řiháček, Čermák, & Hytych 2013).

Jelikož je mým cílem **popsat jedinečnou zkušenost** vybrané skupiny žen, které překonaly závislost na alkoholu, zdála se mi interpretativní fenomenologická analýza jako vhodná metoda. Zajímalo mě, jaký význam má překonání závislosti pro respondentky. Jak na tuto etapu života pohlíží a co pro ně znamená. Jak se tato zkušenost promítla do jejich života.

V rámci této metody se v procesu zkoumání využívá **dvojitá hermeneutika**. V tomto procesu se respondent snaží svou zkušenost popsat a porozumět jí. Výzkumník se snaží odhalit, jak respondent své zkušenosti rozumí, jak tohoto porozumění dosáhl a jaký tomu dává význam. Výsledná analýza je tak výsledek společného úsilí. **Cílem interpretativní fenomenologické analýzy** je porozumět prožité zkušenosti člověka. Výslednou zkušenost v rámci této metody vytváří sdílení respondenta a výzkumníka. Výsledky analýzy vychází z dat získaných od respondentů. Interpretace dat je dočasná, subjektivní a otevírá prostor pro další možné interpretace (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem se snažila zjistit, jak na zkušenost se závislostí na alkoholu respondentky nahlíží. Měla jsem připravené otázky, které se týkaly celého období, tedy vzniku, průběhu a překonání závislosti. Cením si upřímnosti a otevřenosti respondentek, jelikož mi tím velmi pomohly více porozumět dané problematice. Pochopit,

co prožívá člověk se závislostí a jeho blízcí. Přiblížily mi, v jaké situaci se nachází žena, která se vrací do domácího prostředí, po ukončení léčby závislosti. Jakým situacím musí čelit a co všechno ve svém životě musí změnit, aby mohla abstinovat. Náhled na tuto zkušenost mi umožnily získat jak samotné rozhovory, tak následná práce s nahrávkami.

Interpretativní fenomenologická analýza se opírá o **idiografický přístup**. Zaměřuje se tedy na jedince, kteří ve svém životě prožili něco specifického. Mají zkušenost s něčím neobvyklým. Analýza se pak snaží u každého člověka porozumět jedinečnému prožívání dané zkušenosti. Pracuje se s **menším homogenním vzorkem** a detailně se analyzuje daná zkušenost (Miovský, 2006; Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

V tomto výzkumu jsem pracovala s malou homogenní skupinou, kterou jsem blíže popsala v kapitole č. 7. Jednalo se o homogenní skupinu, kterou spojovala zkušenost se závislostí na alkoholu. Pracovala jsem s jedinečným popisem příběhu každé respondentky a snažila se popsat, jak tuto zkušenost prožívá.

Práce s daty má v interpretativní fenomenologické analýze několik fází. Řiháček, Čermák, & Hytych (2013) je popisují následovně:

- **Nultá fáze** je označení pro **reflexi výzkumníkovy zkušenosti** s daným tématem. Uvědomit si, jaký má vztah ke zkoumané oblasti.
- **První fáze** analýzy je opakované **čtení získaného materiálu**. Užitečné je také znovu si poslechnout nahrávku. Cílem první fáze je, co nejvíce se vcítit do respondentova prožívání zkušenosti.
- Ve **druhé fázi** přidává výzkumník k přepsaným rozhovorům **vlastní poznámky**. Poznámky se mohou týkat obsahu odpovědí, jazyka, podobností nebo rozdílů. Jsou základem budoucí interpretace.
- Následuje **třetí fáze**, kdy se získaná data a naše poznámky redukují a vytváří se **témata**, která vystihují respondentovu zkušenost. Názvy témat vychází z dat a mohou se v průběhu analýzy měnit.
- Ve **čtvrté fázi** se hledají **souvislosti mezi tématy**. Cílem je získat nadřazená témata a přiřadit k nim související podtémata.
- Výše popsanými postupy se zpracovává každý rozhovor. **Pátá fáze** nás vrací na začátek, kdy se stejným způsobem začneme věnovat **dalšímu rozhovoru**.

- Poslední **šestá fáze** se věnuje **spojení** všech vytvořených **analýz**. Hledáme souvislosti mezi jedinci a jejich prožitou zkušeností. Zaměřujeme se na často zmiňovaná témata.

Problematika závislosti mě zajímala nejen z důvodu osobní zkušenosti s tématem závislosti v rodině, ale také kvůli jeho stálé aktuálnosti. Závislost na návykových látkách se neustále týká všech věkových kategorií. Zajímalo mě také jaký je rozdíl, když závislostí trpí muž nebo žena. Jak závislost ovlivňuje jejich život a blízké okolí. V čem se liší důvody vzniku závislosti a potřeby žen a mužů pro její úspěšné překonání.

Při práci s nahrávkami jsem postupovala podle výše popsanych fází zvolené metody. Náhled na zkušenosti mi částečně umožnilo samotné setkání s respondentkami. Lepší pochopení jejich zkušenosti jsem však získala přepisováním nahrávek a pročítáním jednotlivých odpovědí. Do každého příběhu jsem postupně přidala své poznámky, které shrnuly odpověď respondentky na konkrétní otázku. Snažila jsem se zachytit hlavní myšlenku každé odpovědi. Následně jsem vytvořila kategorie, které obsahovaly poznámky na dané téma z každého rozhovoru. V poznámkách se objevovaly fráze a klíčová slova společná všem respondentkám. Tato společná a často se opakující slova jsem přeměnila na kódy, které svým obsahem spadaly do příslušné kategorie. Pomocí vytvořených kategorií a kódů jsem propojila jednotlivé odpovědi všech respondentek.

Při tvorbě kategorií jsem se opírala o již zmíněných 8 tematických okruhů (viz Tabulka č. 1). Rozdělila jsem je na **3 oblasti**, které jsem podrobněji analyzovala. Nejvíce jsem se zaměřila na třetí oblast, tedy život po ukončení léčby. Ke zjištění změn, které po léčbě proběhly bylo nutné zaměřit se také na předchozí životní období respondentek. Každá oblast zahrnuje kategorie a kódy, které svým obsahem spadají k danému životnímu období respondentek. Níže tedy uvádím 3 analyzované oblasti, které vychází z výzkumných otázek:

- 1) **Život před závislostí**
- 2) **Průběh a léčba závislosti**
- 3) **Život po ukončení léčby**



## 9 VÝSLEDKY

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak se změní život abstinujících žen po léčbě závislosti na alkoholu. Jaké změny nastanou po překonání závislosti v jednotlivých oblastech života. V této části práce podrobně popisují výsledky **tří analyzovaných oblastí: život před závislostí, průběh a léčba závislosti a život po ukončení léčby.**

Pro lepší strukturaci prezentovaných výsledků je dělím na samostatné podkapitoly. Výsledky každé oblasti jsou pro přehlednost znázorněny v tabulkách č. 3 – 15. Název tabulky je vždy odvozen od příslušné kategorie. V levé části každé tabulky jsou konkrétní odpovědi respondentek. Ze zvýrazněných slov jsem následně vytvářela kódy. V pravé části tabulky jsou dílčí kódy a hlavní kód, které charakterizují každou z analyzovaných oblastí.

### 9.1 Analyzovaná oblast 1: ŽIVOT PŘED ZÁVISLOSTÍ

V této oblasti jsem analyzovala výpovědi respondentek, které se týkaly života před vznikem závislosti. Zajímala jsem se o osobní život žen, jejich vztahy s rodinou a přáteli, zájmy, vzdělání a pracovní kariéru. Dále jsem se ptala na možné příčiny vzniku závislosti z pohledu respondentek. Odpovědi jsem rozdělila do kategorií **OSOBNÍ ŽIVOT** a **PŘÍČINY ZÁVISLOSTI**.

Život před závislostí byl u každé respondentky různý, ale v některých oblastech se výpovědi respondentek podobají. Kategorie **PŘÍČINY ZÁVISLOSTI** tedy navazuje na určité oblasti z kategorie **OSOBNÍ ŽIVOT**. Zejména déletrvající problémy v různých oblastech života se mohly stát příčinou rozvoje závislosti na alkoholu.

Pod kód **osobní a společenský život** jsem zařadila odpovědi respondentek týkající se jejich rodiny, zaměstnání, zájmů a dalších životních oblastí. Vztahy s primární rodinou byly u tří respondentek narušeny závislostí na alkoholu příbuzného. Pět respondentek uvedlo problémy ve vztahu s partnerem, rozvod nebo problém s navazováním partnerských vztahů. Dvě respondentky zmínily také problémy ve výchově dětí. Vztahy s přáteli a chování ve společnosti bylo u všech oslovených žen ovlivněno nízkým sebevědomím. Výpovědi

respondentek se shodují v tom, že pro ně bylo obtížné prosadit své potřeby, sdělit otevřeně svůj názor a spíše se podřizovaly, a to jak partnerovi, tak při společenských akcích.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 3.

**Tabulka č. 3: Kategorie OSOBNÍ ŽIVOT**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Neměla jsem dobré <b>rodinné zázemí</b> , já jsem byla třetí, pociťovala jsem na sobě takovou tu nenávist mámy.“	primární rodina	osobní a společenský život
„ <b>Vzdělání</b> jsem skončila gymplem. A <b>zaměstnání</b> už souvisí s alkoholem, to bylo vždycky nárazové. Ted jsem na mateřské. Profesi vyhraněnou prostě nemám. Vždycky to byly jenom takové servírky a prodavačky.“	studium, kariéra	
„ <b>Já jsem nikdy partnera</b> , žádnou vážnější známost <b>neměla</b> . Protože já nevím, já jsem si neuměla hledat kluky. Bála jsem se vztahu, připadala jsem si hrozně <b>ošklivá</b> pro kluky, <b>neatraktivní</b> “.	vztahy	
„ <b>Já jsem dělala jezdeckví</b> , jezdila jsem parkur. Takže tomu jsem se věnovala. Mezitím nějaké známosti.“	společenský život, zájmy	

Problémy v rodině, závislost příbuzného a nízké sebevědomí jsem již zmínila jako možné **příčiny vzniku závislosti**. Další uvedená příčina je životní styl. Rychlé životní tempo, špatná životospráva, málo odpočinku a času na sebe. Tyto důvody se v různé podobě objevily v odpovědích všech respondentek. Všech se také týká orientace na výkon. Mezi další zmíněné možné příčiny rozvoje závislosti patří častý kontakt s alkoholem, a to například vlivem partnera nadužívajícího alkohol nebo, v případně dvou respondentek, závislého na alkoholu. Častější konzumace alkoholu s přáteli se týkala pěti respondentek. V zaměstnání se s alkoholem setkaly tři respondentky, jedna při zájmové činnosti a jedna z oslovených žen začínala pít alkohol společně se spolužáky.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 4.

*Tabulka č. 4: Kategorie PŘÍČINY ZÁVISLOSTI*

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Já si to vybavuji naprosto přesně, protože máma byla těžká závislačka. Já jsem úplně její kopie.“	závislost v rodině	rodina
„To začalo s prvním manželem. Ten pil hodně a tam to asi začalo. My jsme se kvůli tomu i rozešli, protože když se napil tak tam bylo domácí násilí. Po rozvodu jsem v pití pokračovala.“	partnerské problémy, rozvod	
„Připadala jsem si k ničemu, nemožná, nepotřebná, těžko říct jestli jsem tohle léčila alkoholem.“	podceňování se	osobnost
„Já neměla jediný den odpočinku a v tu dobu jsem si dala do hlavy, že jsem hrozně tlustá. Vůbec jsem nejedla. Jídlo jsem ani nemohla vidět a v tomhle stavu v naději že bílé víno spaluje energii jsem pila víno, a dělala dvanáctky třeba dva týdny.“	životní styl	
„Rozhodně jsem pila už od mládí. A to mi právě došlo všechno až tady, při té pavučině, té knížce. Že jak se to postupně zvyšovala ta tolerance vůči alkoholu, že jsem byla mnohem odolnější než ty ostatní.“	kontakt s alkoholem	vnější příčiny
„Nejhorší pro mě je, a to jsme se na tom shodli i na té skupině, takové to přepínání, a málo spánku a takové to honem, všechno, teď hned. Protože k tomu nám ta sklenička velmi dobře pomohla.“	výkon	
„Až jsem o tu práci přišla, ale zpětně to hodnotím jako pozitivní, protože si myslím, že už jsem tam byla přes čáru, že už ta práce byla důvod, že jsem se napila.“	práce	

## 9.2 Analyzovaná oblast 2: PRŮBĚH A LÉČBA ZÁVISLOSTI

Zde jsem se v rámci analýzy zaměřila na průběh a léčbu závislosti. Popsala jsem hlavní signály, které respondentkám naznačily, že mají problém s užíváním alkoholu. Nejčastější odpovědi jsou obsaženy v kategorii **UVĚDOMĚNÍ ZÁVISLOSTI**. Dále uvádím, co ženy nejvíce motivovalo k vyhledání odborné pomoci a zahájení léčby závislosti na alkoholu. Tyto odpovědi jsem zařadila do kategorie **MOTIVACE K LÉČBĚ**.

Kategorii **UVĚDOMĚNÍ ZÁVISLOSTI** jsem dle odpovědí rozdělila na **vnější znaky** a **vlastní uvědomění**. Upozornění od okolí se týkalo všech respondentek, ať už to bylo od rodiny, přátel nebo v zaměstnání. Všechny dotazované ženy si rovněž zpětně uvědomují změnu chování. Nižší výkon v práci nebo v rámci péče o domácnost zmínily všechny. Pět oslovených žen se týká ranní konzumace alkoholu. Všechny respondentky popsaly schovávání alkoholu a zatajování jeho konzumace. Šest dotazovaných žen si postupně uvědomilo ztrátu kontroly nad konzumací alkoholu. Ostatní až v léčbě. Čtyřem respondentkám pomohlo uvědomit si závislost na alkoholu to, že si tento problém samy pojmenovaly a samy se rozhodly s tím něco udělat. S tím už souvisí další kategorie **MOTIVACE K LÉČBĚ**.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 5 (pro přehlednost uvádím na následující straně).

**Tabulka č. 5: Kategorie UVĚDOMĚNÍ ZÁVISLOSTI**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Jde o to, jestli mi to vůbec došlo. Spíš mi to bylo neustále <b>dáváno najevo</b> od manžela, občas od dětí a v práci od kolegyň.“	upozornění od okolí	vnější znaky
„A začaly být <b>problémy</b> i trochu <b>v práci</b> , tam se to vyřešilo a já jsem určité období byla v pořádku, to jsem to hlídala a pak to zase propadlo dolů.“	nižší výkon	
„A <b>ráno</b> jsem vstala, nebylo mi zrovna nejlíp. Chtěla jsem se namalovat, ale <b>klepaly se mi ruce</b> . A říkala jsem si, hele mám tam lahvinku, já si toho <b>panáka</b> dám, a uvidíme co to udělá. A ony se mi ty ruce přestaly klepat, bylo to v pohodě.“	ranní konzumace	
„V práci jsem to <b>schovávala</b> , tam byla taková úklidová místnost, tam byl kýbl a hadr a já jsem prase to dávala pod ten špinavý hadr. A pak jsem to dávala ve své kanceláři do odpadkového koše.“	schovávání	
„Poznala jsem to ve chvíli, kdy jsem si říkala, já si toho panáka dám, co bych si ho nedala. A dala jsem si ho. Dala jsem si druhého, třetího. A říkala jsem si já s tím musím přestat. A přestala jsem. Na tři neděle. Pak jsem si říkala, že když nebyl problém s <b>tím seknout</b> na tři neděle, tak to tak bude asi vždycky. No jenomže ono to tak <b>nebylo</b> .“	ztráta kontroly	vlastní uvědomění
„Stačí když si to přímo <b>nazvete, pojmenujete</b> sama pro sebe. Musíte to udělat <b>vy sama</b> . Sama nazvat, tak pak s tím něco musíte dělat. V podvědomí víte že to není v pořádku. Ale hledáte kolem sebe lidi, že ten taky pije.“	sama pojmenovat	

Kategorie **MOTIVACE K LÉČBĚ** spojuje odpovědi respondentek týkající se hlavních důvodů pro vyhledání odborné pomoci a nastoupení protialkoholní léčby. Tak jako okolí, zejména rodina a kolegové v práci, přispělo k uvědomění problému s alkoholem, přispělo také k rozhodnutí nastoupit do léčby. Tyto důvody zmínily všechny dotazované ženy. U tří respondentek ovlivnily vstup do léčby problémy se zákonem. Vážné zdravotní problémy a obava o vlastní život ovlivnily čtyři z dotazovaných žen.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 6.

**Tabulka č. 6:** Kategorie **MOTIVACE K LÉČBĚ**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Už to bylo tak, že buď půjdu sem, nebo <b>neuvidím děti</b> . A <b>půjdu z baráku</b> . Naši už mě párkrát vyhodili, ale bylo to jen na pár dní. Aby mě trochu zchladili, ale nebylo to táhni. Ale teď už to byl konec, a i ty děti do toho.“	rodina	vliv okolí
„A pak jsem <b>udělala průser</b> , a to už jsem dostal nůž na krk, buď anebo. Já bych se k tomu prostě jinak nedokopala. Kdyby to nebylo z té <b>práce</b> tak bych se k tomu nedokopala.“	práce	
„Do léčby jsem šla až když jsem udělala <b>průser</b> . Jsem byla na nemocenské, neměla jsem peníze, tak jsem ty <b>léky</b> začala <b>prodávat</b> , dle mého kamaráda tenkrát, který to dělal dlouho. A někdo mi zaplatil falešnými penězi, já jsem s nimi zaplatila v lékárně a už to jelo.“	problém se zákonem	
„A na po čtvrté už to byl těžký zánět, a když mě propouštěli tak mi řekli, že si mysleli, že mě už domů opravdu nebudou pouštět, protože <b>umřu</b> . Že si nemysleli že mě z toho dostanou. Tak jsem si řekla že už s tím opravdu <b>musím něco udělat</b> .“	obava o život	vlastní rozhodnutí

## 9.3 Analyzovaná oblast 3: ŽIVOT PO UKONČENÍ LÉČBY

Analýze oblasti týkající se života po ukončení léčby jsem se věnovala nejvíce. Proto obsahuje nejvíce kategorií a kódů. První kategorie této oblasti se týká **ZMĚN** a popisuje, co se po překonání závislosti u respondentek změnilo. Další kategorie s označením **POCITY PO LÉČBĚ** charakterizuje, jak se respondentky cítily v době ukončení léčby.

Kategorie **OBAVY** přináší odpovědi na otázku, čeho se ženy obávaly po návratu do běžného života. V kategorii na téma **NÁSLEDNÁ PÉČE** jsou nejčastěji zmíněné formy následné péče, které ženy nadále využívají. Zajímala jsem se také o to, co překonání závislosti ženám dalo. Odpovědi na otázku, co jim tato zkušenost přinesla jsem zařadila do kategorie **PŘEKONÁNÍ ZÁVISLOSTI**. V kategorii **RADA OSTATNÍM** jsou nejčastější rady, které by respondentky daly ženám v podobné situaci, tedy ženám před ukončením léčby závislosti. Odpovědi týkající se řešení náročných životních situací zahrnuje kategorie **NÁROČNÉ SITUACE**. Poslední kategorie s názvem **CÍLE DO BUDOUCNA** se věnuje cílům a přáním respondentek. Opět uvádím nejčastější odpovědi na otázku, čeho by chtěly v budoucnu dosáhnout.

**Změna životního stylu** nastala po ukončení léčby u všech respondentek. Sedm dotazovaných žen udělalo změny v domácnosti. Přestěhovaly se, předělaly byt, zbavily se nádobí na alkohol či jiné úpravy domácího prostředí. Hlavním důvodem této změny bylo, aby jim prostředí nepřipomínalo období závislosti. Šest respondentek dodržuje suchý dům, tedy že doma nemají žádný alkohol. Zbylé tři respondentky uvedly, že jim nevádí, když má partner doma alkohol. U pěti respondentek upravila celá jejich rodina rituály spojené s alkoholem a rodinné oslavy. Připíjí se něčím nealkoholickým nebo se nepřipíjí vůbec. Stravování se změnilo a zlepšilo u všech respondentek. Všech dotazovaných žen se rovněž týká změna ve fungování rodiny a trávení volného času. Změnila se komunikace v rodině, rozdělení povinností, čas trávený s rodinou, čas vyhrazený pro sebe a nové zájmové činnosti. Všechny respondentky začaly jinak pohlížet samy na sebe. Všechny uvedly, že si mnohem více věří, mají se rády, více se o sebe starají, otevřeně sdělují své potřeby a umí požádat druhé o pomoc. Myslím si, že změna vnímání sebe sama je ze všech nejdůležitější a pomohla udělat další změny v životě dotazovaných žen.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Kategorie ZMĚNY

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„A <b>odstěhovala</b> jsem na úplně jiný konec města. Takže prostě všechno jak se, jak to má člověk jako změnit, tak jsem to i udělala podle doporučení.“	bydlení	změna životního stylu
„Ne, když jsem se vrátila, ale než jsem se vrátila, tak manžel zavedl <b>suchý dům</b> . Takže všechno, co bylo doma porozdával. Zlikvidoval i veškeré sklo na alkohol.“	suchý dům	
„ <b>Svátky se přizpůsobily</b> nebo na oslavu nejdu. Doma nemám nic, do <b>restaurací</b> nechodím. <b>Oslavy</b> děláme jedinež domácí, v rodinném kruhu. Tam to všichni vědí a nikdy mi tam alkohol nedávali.“	rituály	
„Změnil se i <b>přístup k jídlu</b> . Nejen že se snažíme jíst zdravěji, já i celá rodina. Je v tom ale taková <b>pravidelnost</b> . Nejsem opilá, takže jsem schopná připravit večeři.“	stravování	
„Rodina to všechno věděla, byli rádi, že jsem se šla léčit, a <b>hodně mi pomohli</b> , i tím že se <b>ptali, pochválili</b> , chodili mě navštěvovat... Podpora rodiny je určitě důležitá. <b>Okolí</b> se, tedy aspoň v mém případě, rádo začne aspoň trošičku <b>měnit</b> , ale na základě toho, že vy tam <b>nasadíte něco nového</b> .“	fungování rodiny	
„Mám mnohem víc <b>času na sebe</b> , si dokážu udělat. Před tím jsem měla taky spoustu volného času, děti už byly velký, ale nevyužívala jsem ho, protože jsem si prostě nalila tu skleničku, pustila televizi anebo usnula a teď mám spoustu volného času, který <b>kvalitně využiju</b> .“	volný čas	
„Nebylo to hned, ale dneska, <b>já jsem neměla ráda</b> . Já jsem se nedokázala podívat do zrcadla, říkala jsem si ty jsi hnusná. <b>Změnilo</b> se to hodně můj <b>pohled na sebe</b> , mám se ráda, dokážu se rozmazlovat. Dokážu říct, jo jsi holka šikovná, jo jsi dobrá.“	pohled na sebe	
„No určitě jsem byla <b>sebevědomější</b> . A neměla jsem takový pocit ponížení, že když něco dělám, jak to vidí, jestli to na mě poznají. A naučila jsem se tady mít <b>ráda sama sebe</b> .“	sebevědomí	



Překonání závislosti na alkoholu vneslo do života všech respondentek mnoho pozitivního. Tomu odpovídají jejich výpovědi o tom, jak se po léčbě *cítily*. Dílčí kódy této kategorie se týkají všech respondentek.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 8.

*Tabulka číslo 8: Kategorie POCITY PO LÉČBĚ*

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Cítila jsem se fakt <b>dobře</b> . Na začátku jsem si myslela že na mě lidi nějak koukají, a nechtěla jsem, aby to mamka někomu řekla, ale teď by mi to ani nevadilo, teď jsem na to <b>pyšná</b> .“	dobrý pocit ze sebe	kladné pocity
„Ale zaplat' pánbůh, mně se prostě tak <b>ulevilo</b> . Mně se tak ulevilo. Že bych dobrovolně lezla do nějakého stavu, na který si vzpomenu mi přijde úděsný.“	úleva	
„Cítila jsem se na konci strašně <b>osvobozená</b> . Fyzicky jsem se cítila nesrovnatelně líp a s tímhle stavem jsem byla hrozně <b>spokojená</b> .“	spokojenost	
„Já si po asi 15 letech připadám fakt <b>svobodná</b> . Mohu si dělat co chci. Paradoxně si člověk myslí, že když chlastá, tak mu patří svět. Že může všechno, tak je to úplný nesmysl protože, jenom otročí chlastu, nic jiného.“	svoboda	
„Mně je prostě <b>příjemně</b> , subjektivně je mi lépe bez toho alkoholu. Já se cítím opravdu strašně <b>dobře</b> . Já na tom neshledávám opravdu nic abych si říkala, vidíš tak ty tohle <b>nemůžeš</b> , ty jsi takový <b>chudák</b> , už se toho nenapiješ.“	alkohol nechybí	
„Udělá se vám <b>dobře fyzicky, psychicky</b> , máte radost, otrne vám, radost z nových věcí.“	zdravější	
„Uvědomila jsem si, co musím dělat abych do toho zpátky nesklouzla, <b>co bylo špatně</b> v tom mém předchozím životě a že můj život prostě musí nabrat nějaký režim a řád.“	uvědomění chyb	
„Takže jsem se vracela se strašným strachem. Ale byla jsem uvnitř <b>rozhodnutá</b> , že se v životě už <b>nenapiju</b> , a že si v životě už nevezmu žádnéj <b>prášek</b> návykovéj.“	motivace	

Nelze říct, že by se některé respondentky po ukončení léčby ničeho nebály a jiné naopak ano. Všechny respondentky měly po návratu domů z něčeho strach. To, čeho se bály, velmi souviselo s tím, do jakého prostředí se vracely. Tato kategorie shrnuje nejčastěji zmiňované **obavy**.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 9.

**Tabulka č. 9: Kategorie OBAVY**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Já jsem se <b>nebála</b> , protože já to beru tak, že od teďka <b>opravdu nesmím</b> . Tak nebylo, čeho se bát. A teď už to neberu že nesmím, ale prostě <b>nechci</b> .“	nebála se	bez obav
„Nejdůležitější bylo <b>přijetí od rodiny</b> . Jestli mi zase začnou <b>věřit</b> . Až v tý léčbě jsem pochopila, jak moc jsem jim ubližovala, v uvozovkách jen tím pitím.“	přijetí	příčiny obav
„Pak už mi i dcera vnučky začala více dávat. Ale až po roce od léčby mi řekla, že mi <b>nevěřila</b> , ani když jsem byla léčit, tak to ten <b>rok ještě trvalo</b> , než mi začala <b>víc věřit</b> .“	důvěra	
„Je to různé, záleží, do jakého <b>prostředí</b> se vrací. Horší je, když se vrací do rozhádané, rozpolcené rodiny, když musí řešit bydlení a zaměstnání. A když je manžel nebo přítel <b>nepodporuje</b> , tak to je těžký. Celkově je důležitý, jaký to má člověk doma, aby neměl problém se zase <b>zpětně začlenit</b> .“	začlenit se	
„Já, když jsem končila, tak pro mě byly otázky toho přežití. <b>Bála jsem se návratu</b> . A vlastně jsem si nebyla v ničem jistá. Pak jsem se bála že nebudu umět <b>vychovávat</b> syna. Bála jsem se jak to vyřeším <b>v práci</b> , věděla jsem že tam skončit musím.“	role	
„ <b>Bála jsem se hrozně</b> . Tím, že jsem byla bez práce, tak jsem musela si sama vybudovat nový <b>pevný body</b> a nový ještě další <b>stereotypy</b> , kromě tady těch základních.“	styl života	

Po ukončení ústavní léčby využívaly a stále využívají všechny respondentky různé formy **následné péče**. V této kategorii jsou zahrnuté doléčovací programy, které dotazované ženy zmínily. Všechny respondentky dochází na programy následné péče na kliniku U Apolináře, tedy do léčebny, kde byly hospitalizované. Účastní se také různých akcí pořádaných léčebnou. Jedna respondentka zmínila, že kromě kliniky U Apolináře dochází na individuální terapii. Pro všechny respondentky je kontakt s léčebnou a pravidelné docházení na program následné péče zdroj motivace abstinovat a připomenutí toho, co mají za sebou.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10: Kategorie NÁSLEDNÁ PÉČE**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Každý týden jsem jezdila na <b>volnou tribunu</b> a na <b>doléčovací skupinu</b> , než jsem začala chodit do práce, pak to bylo jednou za dva týdny. Ale na začátku jsem se zapojovala hodně. I na <b>opakovací hospitalizace</b> jsem chodila.“	opakovací hospitalizace	doléčování
„I tahle <b>doléčovací skupina</b> , tohle navštěvování holek tady a tak, to je taky nakopnutí, že se sem člověk vrátí, že si na to vzpomene. Určitě, je to takový <b>náboj</b> .“	skupina	
„Chodím k magistře <b>adiktologický</b> v místě bydliště, která mě vlastně dohodila sem. A pak teda jezdím sem, chodím na <b>opakovačky</b> a na dvou <b>Albeřích</b> jsem byla. Takže to dodržuji přesně tak, jak se má. A bojím se to přerušit, protože prostě, když je to tady od toho, tak to budu prostě respektovat a dodržovat.“	individuální terapie	
„Pro mě ta <b>Albeř</b> byla hrozně intenzivní. Když jdete s někým na <b>výlet</b> a jdete 23 km, tak si prostě o tom povídáte a řeší se to tam, a tím že <b>mluvíte s ženskými co jsou po léčbě</b> 2, 3, 16 let, tím se mi začali otevírat oči a ta <b>Albeř</b> mi hrozně <b>pomohla</b> .“	jiná setkání pořádaná léčebnou	

Jak **překonání závislosti** změnilo život dotazovaných žen shrnuje následující kategorie. Odpovědi respondentek se opět prolínají. Všem společné je to, že překonání závislosti dalo jejich životu nový směr. Dílčí kódy této kategorie se vztahují na všechny respondentky.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11: Kategorie PŘEKONÁNÍ ZÁVISLOSTI**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Tohle je tak <b>ohromná zkušenost</b> . O to ten život mám teď <b>kvalitnější</b> . To že jsem musela ujit takovou cestu v té závislosti, a to že jsem tak stará, se mi to stalo, v uvozovkách, takže ten smysl v té léčbě vidím a je to obrovská <b>životní zkušenost</b> . A kdybych nebyla tak stará, tak bych tu zkušenost i ráda předávala dál.“	zkušenost	význam
„Ne smysl, to byl <b>zlom</b> . To byl... mě se stal <b>zázrak</b> . Uvědomení si toho <b>daru</b> , že jsem se z takové situace dostala. Co bylo <b>lepší, všechno!</b> Úplně, úplně, úplně všechno. <b>Vůbec nejsem nervózní</b> . Já jsem v takovém <b>klidu</b> .“	zázrak	
„Dalo mi to <b>jiný pohled</b> . Kus <b>sebevědomí</b> bych řekla. Že si sama <b>sebe vážím</b> . Dalo mi to spoustu <b>poznání</b> .“	náhled	
„Mě to <b>naučilo žít</b> . Ono to zní jako klišé, ale mě tady naučili žít. Naučili mě, jak si ten <b>každý den užít</b> . Aniž by si ho člověk musel vylepšit tím alkoholem, nebo něčím jiným, co tady probíhá.“	naučilo žít	
„Vrátilo mi to zpátky <b>kvalitní život</b> , na který jsem už skoro zapomněla, že takový může být.“	kvalita života	

Dříve všechny respondentky *v náročných situacích* měly tendenci nadužívat alkohol a uniknout tak svým problémům. Jaké nové strategie si po překonání závislosti vytvořily zahrnuje tato kategorie. Pět respondentkám pomáhá, když se se svými problémy mohou svěřit. Pro všechny je velmi důležité mít v někom oporu, ať už je to rodina, přátelé nebo lékař. S tím souvisí kód léčebna. Ta je pro všechny dotazované ženy oporou a všechny by se na ni se svým problémem kdykoliv obrátily. Dvě respondentky zmínily, že občas dostanou chuť na alkohol. Vytvořily si vlastní strategie, jak tyto chutě ovládat. Opět jim pomáhá někomu se svěřit nebo se spojit s odborníkem. Dále také pomáhá držet se svého denního programu a chuť na alkohol odkládat. V náročných situacích se všechny respondentky snaží jednat v klidu a nedělat unáhlená rozhodnutí. Také nic neodkládat a nenechat problémy, aby se hromadily.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 12.

*Tabulka č. 12: Kategorie NÁROČNÉ SITUACE*

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Že jim <b>mohu říct</b> , stalo se mi tohle a tohle. Když to ze sebe <b>vypustím</b> , řeknu to, tak se mi <b>uleví</b> . At je to sebevíc náročná situace, tak <b>možnost to někomu říct</b> , hlavně těmto dvěma holkám, to mi pomáhá. No a sestra v každém případě.“	svěřit se	strategie řešení
„Manžel mi byl velikou <b>oporou</b> a je i teď. A musím říct, že díky němu jsem asi zvládla ten běh toho pracovního dne. A pak už to pomalu naskakovalo.“	opora	
„Je skvělé sem chodit každý ten týden, ale i tak, mám to prostředí tady zvnitřněné. Ale určitě vím, že to tady <b>ten barák</b> stojí. A vím že <b>mohu zavolat</b> , že se tady <b>mohu vypovídat</b> .“	léčebna	
„Když přijdou nějaké ty <b>chutě</b> , a to říkají i Anonymní alkoholici, tak nějak tu hlavu oblafnout a <b>odložit to</b> . Říct si, prosím tě vydrž to aspoň dneska, nebo hodinu, a ono to přejde.“	odolat chuti	
„Já napočítám do pěti, pokud to jde a nereaguju hned. <b>Odejdu z toho prostředí</b> , odejdu z té situace, pokud to lze a snažím se prostě <b>zklidnit</b> . Dneska už <b>víc přemýšlím</b> , jak reaguju.“	v klidu, s rozmyslem	
„Když něco, tak okamžitě to jdu řešit. <b>Neodkládám</b> .“	neodkládat	

Osobní zkušenost s překonáním závislosti umožňuje porozumět ostatním lidem, kteří se nachází ve stejné situaci. Jakou **radu** by dnes respondentky daly ženám, které se vrací po léčbě domů, shrnuje tato kategorie. Všechna uvedená doporučení zazněla v odpovědích všech respondentek. Asi největší důraz kladly na to, aby jedinec nepokoušel vůli a nezkoušel ani kontrolovaně pít alkohol. Velmi podstatné je také vlastní rozhodnutí přestat pít, ke kterému musí každý dojít. A dodržovat kontakt s léčebnou, jako zdrojem motivace a opory.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 13.

**Tabulka č. 13: Kategorie RADA OSTATNÍM**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„ <b>Držet se prostě toho programu, který jsme se tady naučili. Pravidelně jíst. Začít nebo pokud se tady naučily sportovat trochu tak pokračovat, nebo vrátit se k tomu sportu. Protože ta fyzická kondice vám zlepší i tu psychickou.</b> “	léčebný program	co dělat po propuštění
„ <b>Radit bych si rozhodně netroufala. Ale já si myslím, že se určitě vyplatí chovat se podle sebe, a když vím, že by mě to mohlo ohrozit, třeba ten obchod, tak bud tam chodit s někým, nebo tam nechodit, anebo se vyhnout těm regálům. Prostě sama sebe nepřivádět do nepříjemných nepohodlných situací. A pokoušet tu svoji vůli.</b> “	nepokoušet vůli	
„ <b>Myslím, že když to ta rodina neudělá sama od sebe, ani na nějakou žádost. Tak nemá smysl tu rodinu přemlouvat, a pak už člověk musí opravdu bojovat sám za sebe. Sám za sebe a proti všem.</b> “	odolat okolí	
„ <b>Určitě o tom vnitřním rozhodnutí, já jsem to taky neměla jednoduchý doma. Je to o tom, jak si to dokáže ten člověk obhájit. A nás se tady snaží udělat tak silný abychom dokázali říct ne, tohle já nechci. To si musí každá rozhodnout a pro mě priorita byla a je abstinence.</b> “	vlastní rozhodnutí	
„ <b>A hlavně mluvit, komunikovat se svým okolím, říct si co, co se mi nelíbí, neomezovat své okolí, ale svoje prostředí si chránit.</b> “	potřeby	
„ <b>Tam bylo hodně ženských, který třeba věděly, že to třeba zkusí. To je na hovno. To tam můžou být, jak dlouho chtějí, a prostě když mají tohle v hlavě, když odchází, tak to jim nepomůže nic. To musí mít prostě přeplý v hlavě.</b> “	nezkoušet pít	
„ <b>Ať se boje. Já se bojím dodnes. Nebát se žít to vůbec ne. Prostě žít, to je strašně důležitý a já jsem tomu nikdy nerozuměla, být sama se sebou ráda. Samozřejmě že musíte improvizovat, k tomu vás ty situace povedou. Ale dodržovat, dodržovat kontakt s Apolinářem.</b> “	kontakt	

Překonání závislosti změnilo život všem osloveným ženám. Tato změna má vliv i na to, jak nahlíží na svůj život, jaké si vytváří **plány a cíle**. Všechny uvedené cíle se týkají všech respondentek. Shodují se na tom, že hlavním cílem je abstinence a péče o vlastní zdraví. Od toho se pak mohou odvíjet další cíle. Všechny respondentky získaly nový postoj ke svému zdraví. Při sdělování těchto cílů u všech respondentek zaznělo, že si uvědomují, že kvůli závislosti mohlo být mnoho věcí jinak. Uvědomují si, co mohly ztratit. Proto si dnes snaží užít každý den, který by se někomu zdál zcela obyčejný. Všechny se snaží kvalitně využít čas trávený s rodinou, přáteli nebo sama se sebou.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 14.

**Tabulka č. 14: Kategorie CÍLE DO BUDOUCNA**

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Vždycky si řeknu, i kdybych v tom životě nezvládla nic jiného než <b>abstinovat</b> . To je to nejdůležitější, protože všechno by bylo daleko horší. Tohle si uvědomuju.“	abstinovat	chci dosáhnout
„Já neplánuju, já chci abychom byli <b>zdraví</b> , abychom se ještě užili hodně dlouho. Fakt, když to člověk vidí, tak do zdraví.“	zdraví	
„Víte, jaký já mám cíl. Já mám ten cíl abych, já žiju pro lidi, který potkávám a mám ráda, abych já, když nastanou nějaký špatný časy abych mým lidem <b>mohla pomoci</b> . Být jim <b>oporou</b> .“	být tu pro druhé	
„Spíš mám takové to <b>prožít každý den hezky</b> . Splnit to, co jsem si řekla. Prostě žít tak <b>spokojeně</b> . Člověk si pak <b>váží toho obyčejného dne</b> . To si troufám říct, že kdo nezažije nějaký ten velký průser, nemoc nebo tohle. Člověk ví že to <b>mohlo být sakra jinak</b> .“	prožít každý den	
„Jako nějaké velké cíle nemám. Asi velký cíl je být <b>spokojená a šťastná</b> . To je možná ono. <b>Nejhorší</b> pro mě, co by mohlo dopadnout, abych se <b>znovu napila</b> . To je nejhorší, co by mě mohlo potkat.“	spokojenost	
„No a chci být dobrá <b>máma</b> . Já si nedělám žádný velký, protože pak je člověk zklamaný. Snažím se abychom měli <b>krásný prostředí</b> , takže jsem se začala starat o zahradu, ...“	rodinné zázemí	

## VZTAH K ALKOHOLU

Ráda bych ještě uvedla odpovědi respondentek na jednu z doplňujících otázek (Příloha č. 6), a to: *Jaký je dnes Váš vztah k alkoholu?* Odpovědi na tuto otázku mi osobně připadají velmi zajímavé a důležité. Aby člověk mohl abstinovat, musí si k alkoholu vytvořit nový postoj.

Odpovědi respondentek jsem rozdělila na dva hlavní kódy, a to *spíše nevadí* a *spíše vadí*. Pod kód *spíše nevadí* jsem zařadila ženy, kterým nevadí, když lidé v jejich okolí konzumují alkohol. Nevadí to ani u rodiny, ani u přátel, některým nevadí mít alkohol v domácnosti. V odpovědích zazněl také názor, že nelze žít ve světě bez alkoholu. Všimají si, že alkohol je všude kolem a pokud by jim vadil, nemohly by se pohybovat mezi lidmi. Všechny respondentky mají postoj k alkoholu takový, že ho nepotřebují, nesmí a nechtějí pít. Dvě respondentky uvedly, že občas na alkohol dostanou chuť. Uvědomují si však, co by podlehnutí této chuti způsobilo a vytvořily si strategie, jak této chuti odolávat a předcházet. Jedna respondentka uvedla, že jí nechybí alkohol, ale společenský rituál, kdy si připije s rodinou a přáteli. Pod kód *spíše nevadí* jsem zařadila čtyři z oslovených žen.

Pod kód *spíše vadí* jsem zařadila zbývajících pět respondentek. Z jejich odpovědí vyplývá, že se alkoholu více vyhýbají, a to nejen pijící společnosti, ale také místům v obchodě s alkoholem nebo reklamám v televizi. Je jim nepříjemné mít alkohol doma. Jedna z těchto oslovených žen odpověděla, že dle jejího názoru, musí alkohol po této zkušenosti vadit všem. U pěti respondentek jsem vnímala větší sebekontrolu, co se týče jakéhokoliv kontaktu s alkoholem.

Postoj k alkoholu a to, zda jeho přítomnost vadí nebo nevadí, souvisí s mnoha faktory. Vliv může mít délka abstinence, ohleduplnost prostředí, které kvůli jedinci omezí konzumaci alkoholu. Nebo také jak dlouho byl jedinec na alkoholu závislý, průběh léčby a následky závislosti.

Hlavní odpovědi a kódy jsou pro přehled shrnuty v tabulce č. 15 (pro přehlednost uvádím na následující straně).



Tabulka č. 15: Kategorie VZTAH K ALKOHOLU

Ukázka z rozhovoru	Dílčí kódy	Hlavní kód
„Nejde podle mě žít v nealkoholickém světě. To prostě nejde a je pravda že jsem si po té léčbě uvědomila kolik <b>alkoholu kolem nás</b> je. V cukrárně máte alkohol, v hospodě jasně, na pracovišti, on je prostě všude.“	všude kolem	spíše nevádí
„Já si myslím že alkohol je velmi příjemná věc, ale je to prostě věc, která <b>není pro mě</b> . Která by mě prostě zabila. A existuje tady, a si jiní užívají. Já ho <b>nepotřebuju</b> .“	nepotřebuji ho	
„Když jdu s <b>kamarádkami</b> , v žádném případě <b>nechci, aby si nedávali</b> . I když mi to nabízely, jako že nebudou pít. Já jsem říkala, to je nesmysl. Klidně si ho dejte, že si ho nedám já je <b>moje věc</b> . Je to všude, tomu se neubrání.“	okolí může	
„Jsou situace, kdy na pivo <b>dostanu chuť</b> , ale řeknu si dobrý, už jsi si svoje vypila. A pak jsou situace, kdy někoho vidím pít pivo a úplně se mi <b>zvedne žaludek</b> . Takže to jsou dvě reakce, kterým ještě nerozumím.“	chuť	
„Jednou se mi stalo na horách, že jsem si říkala, já bych si dala to studené šumivé šampaňské, to jsem možná měla chuť, ale spíš mi chyběl ten <b>společenský rituál</b> .“	chybí rituál	
„Doma chci mít <b>čisté prostředí</b> , to chráněné. Nedá se říct že mám strach, že se napiju ale je to spíš takový <b>respekt</b> před tím, před tou drogou.“	respekt	spíše vadí
„Když je to někde na baru v hotelu vystavené, já se na to prostě <b>nekoukám</b> . Stejně jako <b>reklamy</b> v televizi. Stejně jako v obchodě, jako <b>regály s pitím</b> , nekoukám se tam, obcházím to.“	nevidět pítí	
„Já nemám ráda, když někdo z našinců řekne, že mu to nevádí. Podle mě to tak není. Ten mozek si to pamatuje. Takže <b>určitě vadí</b> . Já si myslím, že to vadí každému skoro už, kdo tohle prodělal.“	musí vadit	
„A nechci usnout na vavřínech. <b>Nechci ani aby to časem bylo jiné</b> . Já si tím připomenu že jsem alkoholička, a do smrti alkoholička budu, takže se tomu budu dál takhle <b>vyhýbat</b> a je jedno jak dlouho budu <b>abstinovat</b> .“	sebekontrola	

# 10 DISKUZE

V rámci diskuze porovnávám výsledky s dosavadními výzkumy, věnuji se limitům výzkumu, přínosu a dalšímu využití výsledků v praxi.

## **SROVNÁNÍ S DOSAVADNÍMI VÝZKUMY**

Kajanová (2014) rozděluje závislost na návykových látkách na fyzickou a psychickou. Všechny respondentky ve svých výpovědích popsaly příznaky jak fyzické, tak psychické závislosti. Jejich odpovědi se shodují také v tom, že zbavit se psychické závislosti je mnohem delší a náročnější proces než u závislosti fyzické.

Pešek (2018) uvádí diagnostická kritéria pro stanovení syndromu závislosti. Znaky syndromu závislosti se postupně objevily u všech respondentek. Daný aspekt byl podmínkou pro účast ve výzkumu.

Praško & Látalová (2013) a Kalina (2015) popsali příznaky odvykacího stavu. Všechny respondentky popsaly zkušenost s odvykacím stavem, který řešily další konzumací alkoholu. Jedna z oslovených žen zažila také odvykací stavy s deliriem.

Heller & Pecinová (2011) popsali abúzus symptomatický, systematický a juvenilní. Znaky symptomatického abúzu se objevily v odpovědích všech respondentek. V době před vznikem závislosti měly nízké sebevědomí a negativní pohled na sebe. Každá se do určité míry podřizovala okolí, nedokázala sdělit své potřeby a prosadit se. Systematický abúzus popsalo osm respondentek, kdy tři měly příbuzného se závislostí na alkoholu a pět popsalo problémy ve vztahu s partnerem. Dvou respondentek se týká juvenilní abúzus. Obě ženy uvedly, že stavy intoxikace zažily již v době školní docházky.

Řehan (2007) popisuje čtyři stadia závislosti na alkoholu dle E. M. Jellineka. Popis vývoje závislosti se u všech respondentek shodoval s vývojem závislosti podle těchto čtyř stadií. Na začátku vyhledávaly účinky alkoholu s cílem zbavit se nepříjemných pocitů. Zpětně si uvědomují rostoucí toleranci, zvyšování konzumace alkoholu a abstinenci příznaky, čímž se vyznačuje druhé varovné stadium. Problémy spojené s alkoholem popíraly, bagatelizovaly a věřily, že s pitím dokážou kdykoliv přestat. Tomu odpovídá třetí rozhodné stadium. Některé respondentky popsaly také znaky čtvrtého konečného stadia, zejména vážné zdravotní problémy, silnější a delší abstinenci příznaky a neschopnost fungovat bez

alkoholu. Domnívám se, že pět respondentek nastoupilo do léčby ve třetím stadiu a zbývající čtyři ve stadiu konečném.

Kalina (c2003) uvádí, že po dlouhodobém užívání návykových látek se u jedince mohou objevit psychotické poruchy. U žádné z respondentek se nerozvinula žádná psychotická porucha.

Heller & Pecinovská (2011) poukazují na chování typické pro ženy trpící závislostí na alkoholu. V příběhu každé respondentky se v různé míře toto chování objevuje. Všechny respondentky své pití tajily a alkohol schovávaly. Také oddalovaly léčbu. Pro každou z nich musel nastat zlomový okamžik, který je donutil vyhledat odbornou pomoc. V případě oslovených žen se jednalo o zdravotní problémy, vliv rodiny, zaměstnání nebo porušení zákona. Zdravotní problémy ovlivnily ve vyhledání pomoci čtyři z oslovených žen. Tři respondentky z důvodu porušení zákona. Tlak rodiny a zaměstnání přispěl k vyhledání pomoci u všech respondentek.

Kalina (2015) uvádí faktory vzniku závislosti v rodině. Jedná se například o závislost rodičů nebo jakkoliv narušené vztahy mezi rodiči a dítětem. Závislost rodiče a špatné vztahy v primární rodině uvedly tři respondentky jako možnou příčinu závislosti.

Csémy, Sovinová & Nešpor (2001) poukazují na vliv závislosti na rodinu. Negativní vliv závislosti na fungování rodiny a péči o domácnost zmínilo sedm z dotazovaných žen.

Thorová (2015) zmiňuje negativní dopady závislosti rodiče na děti. Jedna z oslovených žen užívala nadměrné množství alkoholu v těhotenství. Narušení vztahů s dětmi vlivem závislosti na alkoholu zmínilo pět z dotazovaných žen.

Heller & Pecinovská (2011) popisují formy pomoci pro rodinu člověka se závislostí. Žádná z oslovených žen se nezmínila, že by někdo z rodiny vyhledal pomoc odborníka z důvodu její závislosti.

Pešek (2018) uvádí, že vyhledání léčby je individuální proces, kterým si každý musí projít sám. To odpovídá výpovědím všech respondentek. Všechny kladly důraz na vlastní vnitřní rozhodnutí vstoupit do léčby.

Uehlinger & Tschui (2009) poukazují na kladný vliv zapojení rodiny do léčby, jak pro člověka se závislostí, tak pro členy rodiny. Žádná z respondentek se nezmínila, že by se její rodina, jakkoliv zapojila do léčby.

Heller & Pecinovská (2011) uvádí rozdíly v léčbě závislosti mezi ženou a mužem. Nemohu porovnat chování oslovených žen s muži. Ale popsané chování v léčbě a následné uvědomění důležitosti abstinence a změny životního stylu odpovídá výpovědím všech respondentek.

Pešek (2018) uvádí typy následné péče, které je možné využívat po ukončení léčby ústavní. Všechny respondentky dochází v rámci následné péče na skupinovou terapii, kterou pořádá léčebna, kde byly hospitalizované. Zde také osm respondentek absolvovalo opakovací hospitalizace. Rodinnou terapii a farmakoterapii nezmínila žádná z oslovených žen. Jedna respondentka uvedla, že kromě skupinové terapie dochází ještě na individuální terapii.

Kalina (2015) uvádí, že cílem většiny léčebných programů je doživotní abstinence. Všechny respondentky považují úplnou abstinenci za nutnost k překonání závislosti a nechtějí znovu zkoušet pít alkohol.

Nešpor (1996) uvádí změny, které je nutné udělat po návratu domů z ústavní léčby. Všechny respondentky změny svůj životní styl. Všechny také dodržují nějaké body léčebného programu, zejména pravidelnost ve stravování, práci, tělesné aktivitě nebo odpočinku. Suchý dům dodržují čtyři z dotazovaných žen. Ostatním pěti nevádí mít doma alkohol. Sedm respondentek upravilo rituály, při kterých se běžně pije alkohol. Připíjí se nealkoholickými nápoji, nebo se nepřipíjí vůbec. Do původního zaměstnání se vrátily čtyři respondentky. Jedna z dotazovaných žen je již v důchodu. Jedna z žen se po léčbě rozhodla studovat. Tři respondentky si našly jiné zaměstnání nebo brigádu. Všechny respondentky se začaly věnovat sportu a dalším novým zájmovým činnostem. Omezily vztahy s lidmi, kteří nerespektovali jejich abstinenci nebo vztahy, které udržovaly jen kvůli pití alkoholu.

Uehlinger & Tschui (2009) charakterizují partnerský vztah a abstinenci. Pět respondentek zmínilo kladný vliv abstinence na vztah s partnerem.

Nešpor (2006) a McMahon (2013) zmiňuje, že změny, které abstinence do života jedince přináší se týkají také jeho rodiny. Výhodou je, když blízcí člověka se závislostí tyto změny přijmou a podílí se na jejich zavádění. Žádná z respondentek nezmínila, že by rodina zcela odmítla požadované změny udělat. Rozdílné však bylo, že u šesti respondentek přijala rodina změny rychleji než u zbylých třech respondentek. Ty si své nové potřeby musely prosazovat delší dobu. Všem respondentkám se ale podařilo dosáhnout v rodině vzájemného respektu a společně změnit zavedený styl života.

Nešpor (2006) popisuje způsoby, jak odmítnout nabízený alkohol. Všechny respondentky upravily své prostředí tak, aby s alkoholem nepřicházely do kontaktu a nebyl jim nabízen. Nezminily se proto o žádném způsobu na odmítání alkoholu.

Kalina (2015) popisuje relaps a recidivu jako návrat abstinujícího člověka k návykové látce. Žádná z oslovených žen od ukončení ústavní léčby abstinenci neporušila.

McMahon (2013), Kalina (2015) a Nešpor (2007) uvádí, že jedna z možných příčin porušení abstinence je bažení neboli velmi silná nutková chuť na alkohol. Sedm respondentek se o chuti na alkohol nezminilo. Dvě respondentky uvedly, že občas na alkohol chuť dostanou. Všechny dotazované ženy mají strategie, jak s chutí na alkohol pracovat.

Růžička & Prachařová (2014) uvádí nejčastější ženské problémy, se kterými se v léčbě a po jejím ukončení potýkají. Všechny respondentky se v průběhu léčby naučily samy sebe přijímat a mít se rády. Zvedlo se jim sebevědomí, což velmi pomohlo při návratu domů po ukončení léčby. Kladné vnímání sebe sama jim pomohlo změnit dosavadní způsob života. Po léčbě se všem osloveným ženám podařilo vrátit se ke své roli v rodině a ve společnosti. Nově se rozdělily povinnosti v rodině. Postupně si získaly důvěru svých blízkých právě dodržováním abstinence a zaváděním změn, které ji pomáhají udržet.

Nešpor (2006) uvádí výhody v chování žen po léčbě, které jim pomáhá abstinovat. V odpovědích všech respondentek zazněly znaky tohoto chování. Všechny využívají programy následné péče. Tři oslovené ženy měly problémy s překročením zákona, ale nebyly natolik závažné, aby jejich řešení zavinilo porušení abstinence. Naopak absolvování léčby přispělo k jejich vyřešení. Všechny respondentky ukončily vztahy s lidmi, kteří nerespektovali jejich abstinenci nebo je vraceli zpět k užívání alkoholu. Pro všechny také platí zlepšení po fyzické a psychické stránce. Respondentky se po léčbě více zaměřují na zdravý životní styl, věnují se sportu, novým zájmům a také se naučily odpočívat.

## LIMITY VÝZKUMU

Jeden z limitů výzkumu se týká **velikosti výzkumného souboru**. Větší počet respondentek by znamenal větší přínos pro problematiku závislostí. Každá respondentka překonávala závislost vlastním způsobem. Po ukončení léčby prožívala něco jiného než ostatní. Více informací o tom, co ženy prožívají po návratu z léčby do běžného života by jiným ženám trpícím závislostí mohlo v mnohém pomoci. Nicméně v případě daného designu

vycházejícího z kvalitativního výzkumu je akceptovatelný i menší počet respondentů, v mém případě 9, který se stal zdrojem mnoha cenných informací.

Uvědomuji si také riziko **získávání respondentek v jediném zařízení** na léčbu závislosti. Léčba závislosti má sice stejný cíl, ale v každém zařízení se ho dosahuje ne zcela identickým způsobem. Struktura léčebného programu a chod oddělení bývají rozdílné. Proto i překonání závislosti a získání nového náhledu na návykovou látku se liší napříč pacienty těchto zařízení. Liší se také úspěšnost při léčbě závislosti mezi zařízeními. Překonání závislosti a motivace abstinovat se proto může lišit mezi ženami, které prošly protialkoholní léčbou U Apolináře a ženami léčícími se v jiném zařízení.

Rizikem je také **pokládání nevhodných otázek** nebo **špatná interpretace** získaných informací. V průběhu rozhovoru mohlo dojít k nedorozumění otázky nebo odpovědi. Toto nedorozumění se následně může promítnout do zpracování dat a výsledků. Při každém rozhovoru jsem se ujist'ovala, že respondentka položené otázky rozumí. Každé respondentce jsem také zaslala stručný přepis našeho rozhovoru, ve kterém mohla cokoliv opravit nebo doplnit.

## **PŘÍNOSY, VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ A DALŠÍ DOPORUČENÍ**

Tato práce mně osobně přinesla mnoho poznatků a zkušeností. Hodně jsem se naučila samotným psaním a prací s odbornou literaturou. Mnoho zkušeností mi dala realizace celého výzkumu, zejména jednání s Etickou komisí Všeobecné Fakultní nemocnice v Praze, získávání respondentů, příprava otázek a vlastní provedení rozhovorů. Velmi si cením otevřenosti a důvěry respondentek. Vyslechnutí jejich příběhů a celkově kontakt s problematikou závislosti pro mě byl jedinečnou zkušeností.

Výsledky této práce přináší poznatky o faktorech, které mohou vést ke vzniku závislosti na alkoholu u žen. Zároveň přináší informace o tom, co se děje v životě žen, po ukončení ústavní léčby. Poukazují na změny, které je nutné v životě udělat, aby jedinec mohl úspěšně abstinovat a nevrátil se znovu k nadužívání alkoholu. Jak změnit zaběhaný a závislost udržující způsob života se jedinec dozví již v léčbě. Jako velmi přínosná se ukázala struktura léčebného programu, nastavený denní režim, který respondentky vnesly do svého života. Důležitý je také nácvik vhodných strategií na řešení náročných situací. Propustky domů pomohly ženám přiblížit se životu po ukončení léčby a připravit si domácí prostředí na návrat z léčby. Mohly si vyzkoušet řešení každodenních problémů jinak, než byly dříve

zvyklé, pomocí alkoholu. Problémové situace mohou následně probrat po návratu do léčebny a najít vhodný způsob jejich zvládnutí. Po ukončení léčby je velmi podstatné docházet na programy následné péče. Ukázalo se, že léčebna je i po ukončení léčby místem, na které se respondentky v případě potřeby nejvíce obrací. Je zdrojem podpory, motivace a pomáhá respondentkám při řešení nových a náročných situací.

**Další výzkumy** zaměřené na problematiku závislostí se mohou opřít o pouze nastíněné oblasti či nedostatky tohoto výzkumu a zaměřit se například na:

- Hlouběji prozkoumat návrat do běžného života po absolvování léčby závislosti na větším výzkumném souboru.
- Zaměřit se na muže a jejich návrat do běžného života po absolvování léčby závislosti.
- Více se zaměřit na rodinu člověka se závislostí, ať už v době vzniku nebo překonávání závislosti.
- Zkoumat život pacientů po ukončení léčby závislosti v jiném zařízení a porovnat úspěšnost léčebných programů.
- Zaměřit se na léčbu závislosti v jiných zemích a srovnat přístupy u nás a v zahraničí.

# 11 ZÁVĚR

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaký je návrat žen po léčbě závislosti na alkoholu do běžného života. Jsem si vědoma, že vzhledem k počtu respondentek výsledky nelze zobecňovat. Nicméně analýza devíti polostrukturovaných rozhovorů přinesla témata společná všem osloveným ženám. Objevila se také témata, kde se jejich odpovědi rozcházely.

Závěry analýzy shrnující společně se vyskytující výpovědi dotazovaných žen:

- Pro absolvování léčby se rozhodly vlivem zdravotních problémů, obavy o svůj život nebo porušením zákona. Zároveň tu byl tlak rodiny, přátel nebo ze zaměstnání.
- Po léčbě se všechny oslovené ženy zaměřily na změnu dosavadního způsobu života. Vlastní rozhodnutí změnit svůj život považují za důležitější než pod nátlakem okolí.
- Na konci léčby měly podobné obavy z návratu domů, například z přijetí a získání důvěry od blízkých a okolí. S obnovením své role v rodině nebo v zaměstnání.
- Překonání závislosti změnilo pohled na život, a především se zlepšilo vnímání sebe sama.
- Po léčbě se všechny z dotazovaných žen cítily svobodnější, sebevědomější, spokojenější a zdravější. Ulevilo se jim a jako by začínaly nový život.
- Všechny z oslovených žen jsou rozhodnuté pro abstinenci, a nechtějí zkoušet ani kontrolované pití alkoholu.
- Pravidelně dochází na programy následné péče.
- V rámci léčby si osvojily nové vzorce chování a strategie, jak čelit problémům. Nahradily tak chování, které dříve vedlo k nadužívání alkoholu.
- Naučily se kvalitně využívat volný čas, více se radovat z každého dne, udělat si čas na sebe a své zájmy.

Závěry analýzy shrnující rozdílné výpovědi dotazovaných žen:

- Postoj k alkoholu se u oslovených žen liší. Pět respondentek se necítí dobře v přítomnosti lidí pijících alkohol. Nemají alkohol doma, vyhýbají se místům v obchodě s alkoholem, reklamním upoutávkám nebo místům, kde se alkoholické nápoje nabízí. Zbylým čtyřem ženám nevádí, když lidé kolem pijí alkohol nebo mít alkoholické nápoje doma.



- Některým z oslovených žen nevedlo vrátit se do stejného prostředí. Sedm z nich naopak udělalo v domácnosti malé nebo velké změny. Přestěhovaly se, zrekonstruovaly byt nebo se jen zbavily všeho, co jim připomínalo období závislosti.
- Jedna z oslovených žen se po léčbě vrátila ke studiu. Čtyři z oslovených žen se vrátily k původnímu zaměstnání. Tři respondentky si našly jiné zaměstnání nebo brigádu. Jedna respondentka je již v důchodu.
- Rozdílné bylo také zavádění změn do fungování rodiny. Žádná z žen se nesetkala s úplným odmítnutím ze strany rodiny. U tří respondentek přijetí a zavedení nových pravidel trvalo delší dobu v porovnání se zbylými šesti ženami. Důležité ale je, že si všechny respondentky i jejich rodiny uvědomily nutnost změnit styl života, který dříve vedl k závislosti na alkoholu.

Zásadní změna těch oblastí života, které dříve byly zdrojem problémů a podpořily vznik závislosti, se po provedení změn staly tím, co pomáhá abstinovat. Jedná se především o změny ve fungování rodiny, v komunikaci se svým okolím, ve vztazích s přáteli, přístupu k práci a povinnostem. Změnilo se trávení volného času, životospráva, vztah k sobě a čas věnovaný vlastním potřebám.

V rámci analýzy tří vymezených oblastí život před závislostí, průběh a léčba závislosti a život po ukončení léčby byly vymezeny tyto kategorie:

První oblast život před závislostí zahrnuje tyto kategorie a kódy:

- Kategorie *OSOBNÍ ŽIVOT* zahrnuje hlavní kód *osobní a společenský život*. Pod hlavní kód spadají dílčí kódy *primární rodina, studium a kariéra, vztahy, společenský život a zájmy*.
- Kategorii *PŘÍČINY ZÁVISLOSTI* tvoří hlavní kód *rodina*, pod který spadají dílčí kódy *závislost v rodině, partnerské problémy a rozvod*. Hlavní kód *osobnost* zahrnuje dílčí kódy *podceňování se a životní styl*. Hlavní kód *vnější příčiny* zahrnuje dílčí kódy *kontakt s alkoholem, výkon a práce*.

Druhá oblast průběh a léčba závislosti zahrnuje tyto kategorie a kódy:

- Kategorie *UVĚDOMĚNÍ ZÁVISLOSTI* obsahuje hlavní kódy *vnější znaky a vlastní uvědomění*. Pod hlavní kód *vnější znaky* spadají dílčí kódy *upozornění od okolí, nižší*

*výkon, ranní konzumace a schovávání.* Pod hlavní kód vlastní uvědomění patří dílčí kódy *ztráta kontroly a sama pojmenovat.*

- Kategorie *MOTIVACE K LÉČBĚ* zahrnuje hlavní kódy *vliv okolí a vlastní rozhodnutí.* Pod hlavní kód vliv okolí spadají dílčí kódy *rodina, práce, problém se zákonem.* Pod hlavní kód vlastní rozhodnutí patří dílčí kód *obava o život.*

Třetí oblast život po ukončení léčby je vzhledem k zaměření práce nejobsáhlejší a zahrnuje tyto kategorie a kódy:

- Kategorie *ZMĚNY* obsahuje hlavní kód *změna životního stylu.* Pod hlavní kód jsou zahrnuty dílčí kódy *bydlení, suchý dům, rituály, stravování, fungování rodiny, volný čas, pohled na sebe a sebevědomí.*
- Kategorii *POCITY PO LÉČBĚ* tvoří hlavní kód *kladné pocity* a dílčí kódy *dobrý pocit ze sebe, úleva, spokojenost, svoboda, alkohol nechybí, zdravější, uvědomění chyb a motivace.*
- Kategorie *OBAVY* zahrnuje hlavní kódy *bez obav a příčiny obav.* Pod hlavní kód bez obav patří dílčí kód *nebála se.* Pod hlavní kód příčiny obav patří dílčí kódy *přijetí, důvěra, začlenit se, role a styl života.*
- Kategorie *NÁSLEDNÁ PÉČE* obsahuje hlavní kód *doléčování* a dílčí kódy *opakovací hospitalizace, skupina, individuální terapie a jiná setkání pořádaná léčebnou.*
- Kategorii *PŘEKONÁNÍ ZÁVISLOSTI* tvoří hlavní kód *význam* a dílčí kódy *zkušenost, zázrak, náhled, naučilo žít a kvalita života.*
- Kategorie *NÁROČNÉ SITUACE* obsahuje hlavní kód *strategie řešení* a dílčí kódy *svěřit se, opora, léčebna, odolání chuti, v klidu s rozmyslem a neodkládat.*
- Kategorie *RADA OSTATNÍM* zahrnuje hlavní kód, *co dělat po propuštění* a dílčí kódy *léčebný program, nepokoušet vůli, odolat okolí, vlastní rozhodnutí, potřeby, nezkoušet pít a kontakt.*
- Kategorii *CÍLE DO BUDOUCNA* tvoří hlavní kód *chci dosáhnout* a dílčí kódy *abstinovat, zdraví, být tu pro druhé, prožít každý den, spokojenost a rodinné zázemí.*
- Kategorie *VZTAH K ALKOHOLU* obsahuje hlavní kódy *spíše nevadí a spíše vadí.* Pod hlavní kód *spíše nevadí* patří dílčí kódy *všude kolem, nepotřebuji ho, okolí může, chuť a chybí rituál.* Pod hlavní kód *spíše vadí* patří dílčí kódy *respekt, nevidět pít, musí vadit a sebekontrola.*

# SOUHRN

Tato práce se věnuje zkušenosti žen po léčbě závislosti na alkoholu. Přináší informace o změnách, které v životě žen nastaly po absolvování protialkoholní léčby. Jak jim tato zkušenost změnila pohled na život a co jim pomáhá abstinovat.

**Teoretická část** se věnuje problematice závislosti na návykových látkách. Závislost lze definovat jako chování, kdy se jedinec nedokáže obejít bez návykové látky. Neustále ji vyhledává a kvůli narůstající toleranci organismu potřebuje stále větší množství. Závislost dělíme na fyzickou a psychickou. V případě fyzické závislosti se při omezení návykové látky objevují abstinenční příznaky. Psychická závislost znamená, že se jedinec snaží zahnat nepříjemné pocity pomocí návykové látky. Zbavit se psychické závislosti bývá mnohem náročnější než léčba závislosti fyzické.

Syndrom závislosti se diagnostikuje na základě hlavních příznaků, jako je například ztráta kontroly, neovladatelná chuť na alkohol, abstinenční příznaky nebo rostoucí tolerance na účinky alkoholu. Dále pak neplnění povinností a užívání alkoholu navzdory narůstajícím problémům. Mezi faktory, které závislost na alkoholu mohou způsobit patří osobnost člověka, genetická predispozice, rodina a společenské prostředí. Určitý vliv má také droga a její individuální účinky na každého jedince. Příčinou nadužívání alkoholu u žen je například rychlé životní tempo, náročné zaměstnání, vztahy v primární rodině, partnerské problémy, problémy při výchově dětí. Také nízké sebevědomí a negativní vnímání sebe sama. Návyková látka pomáhá ženám uniknout od každodenních problémů. Ženy často kombinují alkohol s léky, na kterých se rovněž mohou stát závislé.

Jiná tělesná stavba způsobuje, že se ženy rychleji opijí a rychleji se také stanou na alkoholu závislé. Závažnější pak mohou být i zdravotní problémy v důsledku nadužívání alkoholu. Závislost na alkoholu má negativní účinky na zdraví člověka. Nejvíce trpí játra, která mohou vypovědět svou funkci a vznikne jaterní cirhóza. Jedná se o závažné onemocnění ovlivňující například trávení nebo srážlivost krve. Alkohol narušuje také paměťové funkce, činnost srdce, imunitu, oběhovou soustavu, hormonální systém a celkově fyzický vzhled člověka. Dlouhodobé nadužívání alkoholu může vést ke vzniku psychotických poruch. Dle MKN-10 se mezi ně řadí alkoholová halucinóza, alkoholová paranoidní psychóza a alkoholová

demence. Typickými projevy těchto poruch jsou halucinace, bludy, vztahovačné a podrážděné chování. Dále také úbytek mentálních a duševních schopností.

Závislost má negativní dopady také na rodinu a okolí jedince. Narušuje fungování rodiny, vztahy a důvěru mezi příbuznými. Člověk trpící závislostí na alkoholu vytváří v rodině nejistotu, úzkost a napětí. Léčba závislosti se proto věnuje nejen člověku se závislostí, ale nabízí pomoc i jeho rodině. Léčba závislosti může být ambulantní, ústavní, stacionární, v rámci terapeutické komunity nebo svépomocné skupiny. V rámci ústavní léčby se dodržuje léčebný program, který je přizpůsobený specifickým potřebám žen a mužů, stejně jako uspořádání celého oddělení.

Po ukončení léčby je velmi důležité docházet na programy následné péče. Jedná se například o terapeutické skupiny, opakovací několikadenní hospitalizace, individuální a rodinné terapie či svépomocné skupiny. Abstinence vnáší do života člověka mnoho nového. V léčbě jedinec poznává, co bylo příčinou závislosti a usiluje o odstranění těchto příčin. Zejména ženám se v léčbě zvedne sebevědomí, změní se pohled na sebe a komunikace s okolím. Lépe pak okolí sdělují své potřeby a názory. Trpělivost, respekt a spolupráce celé rodiny na změně společného soužití je jednou z podmínek úspěšné abstinence.

V rámci **výzkumné části** proběhl kvalitativní výzkum zaměřený na zkušenost žen se závislostí na alkoholu a jejich život po ukončení léčby. Výzkumný soubor byl získán metodou záměrného výběru přes instituci. Původně bylo osloveno 10 žen, z nichž se 9 účastnilo výzkumu. Všechny respondentky byly získány na terapeutické skupině probíhající na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Realizace výzkumu byla také schválena Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Data byla získána metodou polostrukturovaného rozhovoru. Podmínkou účasti na výzkumu bylo absolvování ústavní léčby a abstinence. Všechny oslovené ženy potvrdily souhlas s nahráváním a dalším využitím získaných informací podepsáním Informovaného souhlasu. Rozhovor se skládal z 13 hlavních otázek a několika otázek doplňujících. Obsah rozhovoru mapoval následující tři oblasti s hlavním zaměřením na třetí oblast:

1. Život před závislostí
2. Průběh a léčba závislosti
3. Život po ukončení léčby

Rozhovory byly nahrávány, následně anonymizovány, přepsány a zpracovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Cílem analýzy bylo odpovědět na tyto výzkumné otázky:

- *Jaký byl život vybrané skupiny žen před vznikem závislosti na alkoholu?*
- *Co vybrané skupině žen přinesla léčba závislosti na alkoholu?*
- *Jaké změny nastaly v životě vybrané skupiny žen po překonání závislosti?*

Po propojení všech analyzovaných rozhovorů byly vytvořeny tyto kategorie: OSOBNÍ ŽIVOT, PŘÍČINY ZÁVISLOSTI, UVĚDOMĚNÍ ZÁVISLOSTI, MOTIVACE K LÉČBĚ, ZMĚNY, POCITY PO LÉČBĚ, OBAVY, NÁSLEDNÁ PÉČE, PŘEKONÁNÍ ZÁVISLOSTI, NÁROČNÉ SITUACE, RADA OSTATNÍM, CÍLE DO BUDOUCNA a VZTAH K ALKOHOLU.

Všechny kategorie zahrnují nejčastější odpovědi na pokládané otázky. Přináší témata společná všem respondentkám, ale také témata, kde se jejich odpovědi rozcházely. Kategorie a k nim náležející kódy byly vytvořeny a popsány podle tří analyzovaných oblastí. Charakterizují jednotlivá období v životě oslovených žen, přičemž nejvíce kategorií zahrnuje třetí oblast, na kterou byl výzkum zaměřen.

Po ukončení léčby udělaly oslovené ženy ve svém životě mnoho změn. Každá se individuálně zaměřila na změnu těch problematických oblastí, které byly jednou z příčin závislosti na alkoholu. Nastolit nový životní styl pomohlo ženám vyšší sebevědomí, nový pohled na sebe, zdraví a život. V léčbě se naučily otevřeně komunikovat se svým okolím, prosadit se, řešit a předcházet problémům jinak než nadužíváním alkoholu. Společné všem osloveným ženám je také rozhodnutí abstinovat, nezkoušet alkohol a pravidelně využívat programy následné péče. Všechny respondentky měly na konci léčby podobné obavy z přijetí, obnovení důvěry, znovuzískání své role v rodině a ve společnosti nebo z návratu do zaměstnání. Spolupráce celé rodiny a podpora ze strany léčebny pomohla tyto obavy překonat, vrátit se do běžného života a postupně vyřešit problémy způsobené závislostí na alkoholu. Respondentky se naučily věnovat více času sobě a svým zájmům. Kvalitněji trávit čas s rodinou, s přáteli, nepřetěžovat se a odpočívat. Snaží se dodržet, co si naplánovaly. Mít ve svém životě pravidelnost a řád, jako tomu bylo v léčebně.

Oslovené ženy se rozcházely v postoji k alkoholu. Některým je nepříjemné přicházet s ním do kontaktu nebo ho mít doma. Jiným naopak nevádí, když si lidé v okolí dají alkohol a ony něco nealkoholického. Stejně tak se rozcházely v zavedení suchého domu nebo změně

prostředí, kdy některým připomínalo období závislosti a předělaly své domácí prostředí. Zavedení změn se také lišilo. Některým rodinám trvalo delší dobu přijmout nové potřeby a změnit své fungování. Postupně se to povedlo všem respondentkám a rodina je jedna z největších podpor pro abstinenci. Některé respondentky se nevracely do původního zaměstnání. Odešly do invalidního důchodu, hledaly nové zaměstnání nebo brigádu. Na začátku se některé respondentky obávaly náročnosti pracovního dne, na který si ale postupem času zvykly. Důležité bylo nezapomenout odpočívat a neklást na sebe takové pracovní nároky, jako dřív.

Práce by mohla být přínosem pro odborníky z oblasti léčby závislostí. Mohla by ovlivnit obsah léčebných programů, aby se zaměřily na nejvíce problematické oblasti v životě jedince po ukončení léčby. Výsledky mohou ovlivnit muže a ženy trpící závislostí na návykové látce a motivovat je k vyhledání odborné pomoci. Mohou podpořit jedince, kteří jsou v poslední fázi léčby závislosti a čekají je stejné nebo podobné změny, které musely udělat oslovené ženy. Mohou být důkazem toho, že je možné závislost na alkoholu překonat a začít nový život.

# LITERATURA

- 1) Budinský, V. (c2008). *Ať žije alkohol: přítel a lék*. Pardubice: Mayday.
- 2) Carr, A. (c2015). *Snadná cesta jak skoncovat s alkoholem*. Praha: Jaro.
- 3) Carter, R. (2010). *Lidský mozek*. V Praze: Knižní klub.
- 4) Csémy, L., Sovinová, H., & Nešpor, K. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou Unii*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- 5) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- 6) Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- 7) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 8) Heller, J., & Pecinovská, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada.
- 9) Heller, J., & Pecinovská, O. (Eds.). (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.
- 10) Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- 11) Jedlička, R. (2004). *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis.
- 12) Kábrt, J., & Kábrt, J. (2004). *Lexicon medicum* (2. vyd.). Praha: Galén.
- 13) Kajanová, A. (2014). *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

- 14) Kalina, K. (c2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 15) Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- 16) Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- 17) Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- 18) Karges, W., & Dahouk, S. A. (2011). *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada Publishing.
- 19) Kvapilík, J., & Svobodová, A. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum.
- 20) McGrath, Y. (c2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 21) McMahon, J. (2013). *První kroky z problémového pití alkoholu*. Uhřetěpe: Doron.
- 22) Miller, G. A. (c2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- 23) Miovský, M. (2012). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
- 24) *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- 25) Mravčík, V., a kol. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.



- 26) Nešpor, K. (1996). *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat*. Praha: Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- 27) Nešpor, K., Csémy, L., & Sovinová, H. (1998). *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- 28) Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host.
- 29) Nešpor, K. (2007a). *Návykové chování a závislost* (3., aktualiz. vyd). Praha: Portál.
- 30) Orcutt, J. D., & Rudy, D. R. (c2003). *Drugs, alcohol, and social problems*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- 31) Pešek, R. (2018). *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta.
- 32) Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta.
- 33) Profous, J. (2011). *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén.
- 34) Průšová, L. (2011). *Kapitoly ze sociální patologie*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní.
- 35) Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- 36) Radimecký, J., & Janíková, B. Piskáčková, P. (Ed.). (2007). *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
- 37) Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.

- 38) Růžička, M., & Prachařová, P. (2014). *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 39) Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 40) Sandorová, R., Samková, J., Holejšovský, J., & Vodvářka, S. (2006). Droga jménem alkohol. *Kontakt*, 8(2), 358-365. DOI: 10.32725/kont.2006.057
- 41) Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003). *Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. Úřad vlády České republiky.
- 42) Skála, J. (1977). *... až na dno!?: fakta o alkoholu a pijáctví* (3., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Avicenum.
- 43) Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 44) Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- 45) Uehlinger, C., & Tschui, M. (2009). *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál.
- 46) Vavrinčíková, L. (2012). *Harm reduction a alkohol*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- 47) Wilson, W. G. (1976). *Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism* (3. vyd.). New York: Alcoholics Anonymous World Services, Incorporated.
- 48) Woititz, J. G. (1998). *Dospělé děti alkoholiků* (Rozš. vyd). V Praze: Columbus.
- 49) Zeman, M. (c2004). *Speciální chirurgie* (2. vyd). Praha: Galén.

50) Zvolský, P. (1998). *Speciální psychiatrie* (2. vyd). Praha: Karolinum.

### **Internetové zdroje:**

- 1) AdiCare. (2. ledna 2017). Abstinence nebo kontrolovaná konzumace alkoholu? [Zpráva z blogu]. Získáno 5. srpna 2019 z: <https://www.adicare.cz/blog-adicare/studies/abstinence-nebo-kontrolovana-konzumace-alkoholu/>
- 2) American Addiction Centers. (27. května 2019). Sending a Family Member to Rehab. [Zpráva z blogu]. Získáno 17. července 2019 z: <https://americanaddictioncenters.org/alcohol-rehab/family-members>
- 3) American Psychological Association. (září, 2018). *Understanding alcohol use disorders and their treatment*. Získáno 17. července 2019 z: <https://www.apa.org/helpcenter/alcohol-disorders>
- 4) Anonymní alkoholici. (nedat.). *12 kroků AA*. Získáno 10. srpna 2019 z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/>
- 5) Anonymní alkoholici. (nedat.). *12 tradic AA*. Získáno 10. srpna 2019 z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-tradic-aa/>
- 6) Anonymní alkoholici. (nedat.). *Informace pro odbornou veřejnost*. Získáno 10. srpna 2019 z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/verejnost-a-media/pro-odornou-verejnost/>
- 7) Anonymní alkoholici. (nedat.). *Jak to funguje?* Získáno 10. srpna 2019 z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/nove-prichozi/jak-to-funguje/>
- 8) Arpa, S. (2018). Ženy užívající drogy: otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi. *Zaostřeno*, 3. Získáno 20. června 2019 z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2018-zaostreno/03-2018-zeny-uzivajici-drogy/>

- 9) Gifford, S. (8. října 2018). *Family Involvement is Important in Substance Abuse Treatment*. Získáno 25. června 2019 z <https://psychcentral.com/lib/family-involvement-is-important-in-substance-abuse-treatment/>
- 10) Holcnerová, P. (nedat.). *Alkohol – užívání: [Výukový text]*. Získáno 1. července 2019 z: <https://www.adiktologie.cz/file/414/alkohol-uzivani.pdf>
- 11) Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. (leden, 2013). *Farmakologie etanolu*. Získáno 5. července 2019 z: <https://poradna.adiktologie.cz/article/alkohol/farmakologie-etanolu/>
- 12) Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. (leden, 2013). *Rizika užívání alkoholu*. Získáno 6. července 2019 z: <http://poradna.adiktologie.cz/article/alkohol/rizika-uzivani-alkoholu/>
- 13) Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. (leden, 2013). *Účinky alkoholu*. Získáno z 5. července 2019 z: <http://poradna.adiktologie.cz/article/alkohol/ucinky-alkoholu/>
- 14) Kotková, V. (2010). Ženy během detoxifikace na lůžku. *Psychiatrie pro praxi*, 11(3), 115-116. Získáno 6. července 2019 z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201003-0007\\_Zeny\\_behem\\_detoxifikace\\_na\\_luzku.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201003-0007_Zeny_behem_detoxifikace_na_luzku.php)
- 15) Martanová, V. P. (2014). *Všeobecná x selektivní x indikovaná školská primární prevence*. Získáno 23. října 2019 z <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/vseobecna-x-selektivni-x-indikovana-skolska-primarni-1>
- 16) Medical Tribune cz. (13. září 2018). U Apolináře se léčí závislosti už sedmdesát let [Zpráva z blogu]. Získáno 15. srpna 2019 z <https://www.tribune.cz/clanek/43723-u-apolinare-se-leci-zavislosti-uz-sedmdesat-let>
- 17) Nešpor, K. (2002). Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 37(3), 167-175. Získáno 10. srpna 2019 z: <https://www.adzpo.sk/sk/adzpo-archiv/181-2002-rocnik-37/cislo-3>

- 18) Nešpor, K. (2007). Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 8(1), 32-34. Získáno 8. srpna 2019 z [https://www.solen.cz/artkey/psy-200701-0008\\_Craving\\_bazeni\\_u\\_navykovych\\_nemoci-jeho\\_vyznam\\_a\\_lecba.php](https://www.solen.cz/artkey/psy-200701-0008_Craving_bazeni_u_navykovych_nemoci-jeho_vyznam_a_lecba.php)
- 19) Nešpor, K., Matanelli, O., (2011). Životní styl a návykové nemoci. [Zpráva z blogu]. Získáno 8. srpna 2019 z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- 20) Plocová, M. (nedat.). Sebeobrana abstinenta [Zpráva z blogu]. Získáno 12. srpna 2019 z <https://monikaplocova.cz/sebeobrana-abstinenta>
- 21) Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro Praxi*, 4(1), 29-32. Získáno 1. července 2019 z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200301-0007\\_Zavislost\\_na\\_alkoholu.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200301-0007_Zavislost_na_alkoholu.php)
- 22) Švarc, J. (2015). *Nedobrovolné léčení návykových nemocí*. Získáno 28. září 2019 z <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2015/02/ws-svarc-j.-nedobrovolne-leceni-navykovych-nemoci.pdf>
- 23) Švarc, J. (nedat.). *Ochranné léčby*. Získáno 28. září 2019 z <https://www.bohnice.cz/lecba/ochranne-lecby/>

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Žádost o dotazníkovou akci
4. Souhlas Etické komise VFN Praha
5. Informovaný souhlas
6. Okruhy, hlavní a doplňující otázky polostrukturovaného interview
7. Ukázka rozhovoru

# **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Zkušenost vybrané skupiny žen po léčbě závislosti na alkoholu

**Autor práce:** Iveta Hejsová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 90 stran a 184 442 znaků (včetně mezer)

**Počet příloh:** 7

**Počet titulů použité literatury:** 73

**Abstrakt (800–1200 zn.):**

Cílem práce bylo popsat zkušenost vybrané skupiny žen se závislostí na alkoholu. Teoretická část se věnuje vzniku, průběhu, léčbě závislosti na alkoholu a abstinenci. Přibližuje okolnosti, které pomáhají nebo naopak komplikují překonání závislosti na alkoholu. Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum realizovaný metodou polostrukturovaného interview. Výzkumný soubor byl získán záměrným výběrem přes instituci. Celkově bylo analyzováno 9 rozhovorů pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky přinesly, že překonání závislosti na alkoholu má pozitivní vliv na všechny oblasti lidského života. Jedná se o fyzické a psychické zdraví jedince. Jeho vztahy s rodinou a širším okolím. Ovlivňuje trávení volného času jedince, plány do budoucna, vnímání sebe sama a smyslu života. Další vliv na abstinenci jedince má rodina a přátelé, zaměstnání, a především postoj jedince k problematice závislosti a vlastní rozhodnutí překonat závislost a změnit svůj život.

**Klíčová slova:**

Alkohol, závislost, léčba závislosti, abstinence, interpretativní fenomenologická analýza

# **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Experience of a selected group of women after treatment of alcohol addiction

**Author:** Iveta Hejsová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 90 pages and 184 442 characters (with spaces)

**Number of appendices:** 7

**Number of references:** 73

**Abstract (800–1200 characters):**


The aim of the work was to describe the experience of a selected group of women with alcohol addiction. The theoretical part deals with the beginning, course, treatment of alcohol dependence and abstinence. It introduces coincidences that help or, conversely, complicate the overcoming of alcohol addiction. The practical part consists of qualitative research carried out by the method of semi-structured interview. The research file was obtained by intentional selection through the institution. In total, 9 interviews were analysed using interpretive phenomenological analysis. The results have resulted in overcoming alcohol addiction having a positive effect on all areas of human life. This is the physical and mental health of the individual. His relationships with his family and the wider environment. It affects the spending of an individual's leisure time, plans for the future, the perception of oneself and the meaning of life. Family and friends, employment, and above all, the individual's attitude to addiction issues and their own decisions to overcome addiction and change their lives have another effect on the abstinence of an individual.

**Key words:**

Alcohol, addiction, treatment, abstinence, interpretive phenomenological analysis



### Příloha č. 3: Žádost o dotazníkovou akci

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U nemocnice 499/2, 128 00 Praha 2 <b>Žádost o dotazníkovou akci</b>	<b>F-VFN-075</b> Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

#### Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

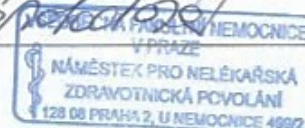
Příjmení a jméno žadatele	Hejsová Iveta		
Kontaktní adresa			
Telefon		e-mailová adresa	
Škola / fakulta	Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta		
Obor studia	Psychologie		
Téma závěrečné práce	Zkušenost vybrané skupiny žen po léčbě ze závislosti na alkoholu		
Termín sběru dat	1. prosince 2018 – 30. března 2020		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a VFN v Praze.		
Zjišťované informace	Polostrukturované rozhovory s ženami, které absolvovaly léčbu ze závislosti na alkoholu. Změny v jejich životě po absolvování léčby. Rozhovory budou probíhat mimo zařízení po dohodě s respondenty.		
Forma prezentace dat:	Všechny pořízené materiály budou anonymizovány. Výsledky kvalitativního výzkumu budou publikovány v bakalářské diplomové práci, případně jinak využity na akademické půdě.		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	1.11.2018	Podpis žadatele	<i>Hejsová Iveta</i>

#### Vyjádření vedení pracoviště

Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	6. 11 2018	Podpis
		<i>Martina Pavičková</i>

#### Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele	
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka
Datum	- 7 -11- 2018
Podpis	<i>Spatulová</i>



## Příloha č. 4: Souhlas Etické komise VFN Praha

<b>Etická komise</b> <b>Všeobecné fakultní nemocnice v Praze</b> <b>ETHICS COMMITTEE</b> <b>of the General University Hospital, Prague</b>	Na Bojišti 1 128 08 Praha 2 tel.: 224964131 e-mail: eticka.komise@vfn.cz
---	---

Vážená paní  
Iveta Hejsová  
[redacted]

21.2.2019  
č.j.: 2009/18 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 13.12.2018 a 21.2.2019 Vámi předložený individuální výzkum č.j. 2009/18 S-IV – bakalářskou práci

**Název studie/Title of CT:** Zkušenost vybrané skupiny žen po léčbě ze závislosti na alkoholu

**Žadatel/Applicant:** Iveta Hejsová, Klinika Adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2

**Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report:**  1x ročně/Once a year  Jiná lhůta/Other

**Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:**  Ano/Yes  Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

**Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form:** 12.11.2018  
**Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:**

- 1) 13.12.2018 (15:30 – 18:00 hod.) – pozastaveno pro připomínky, odeslány e-mailem. Opravené dokumenty doručeny dne 16.1.2019 pod č.j. 100/19 IS, D
- 2) 21.2.2019 (15:30 – 17:15hod) – souhlas

**Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled**

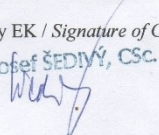
Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Iveta Hejsová, Klinika Adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

**Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:**

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o vyjádření etické komise ze dne 8.11.2018 se souhlasem vedoucího práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii ze dne 1.11.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci se souhlasem vedení pracoviště ze dne 7.11.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seznam otázek pro účastníky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu se souhlasem přednosta kliniky, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Dokument doručen			
Životopis hlavní zkoušející: Iveta Hejsová 100/19 IS, D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Průvodní dopis ze dne 12.1.2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seznam otázek pro účastníky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stanovisko etické komise:**  
 EK vydává / EC issues  Souhlasné stanovisko/Favourable opinion  
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné stanovisko** k provedení individuálního výzkumu – bakalářské práce na Klinice Adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson  
 MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.  


Etická komise  
 Všeobecná fakultní nemocnice  
 v Praze  
 Na Bojišti 1  
 128 08 Praha 2

1/2

## **Příloha č. 5: Informovaný souhlas**

# **INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU**

zaznamenaného pro účely bakalářské diplomové práce

## **Zkušenost vybrané skupiny žen po léčbě závislosti na alkoholu**

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské diplomové práce vedené na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Bakalářská diplomová práce je psána na oboru psychologie Ivetou Hejsovou.

Cílem této práce je popsat vznik, průběh a léčbu závislosti na alkoholu. Vyslechnout příběhy vyléčených žen a zjistit, jak závislost na alkoholu ovlivnila jejich chování, prožívání, vnímání sebe sama a okolí. Jak se změnil jejich život, když závislost začala, a jak po absolvování léčby.

Pro účely výzkumu nejsou důležité osobní údaje (například jméno, bydliště či organizace, ve které pracujete). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude označen za anonymní. Všechny veřejně přístupné části rozhovorů budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu či organizaci, ve které pracujete.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Ivetě Hejsové pro účely výše popsaného výzkumného projektu. Jsem si vědoma zachování anonymity a možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit a nepodávat další informace. Souhlasím s nahráváním a použitím výstupů pro diplomovou práci a jiné účely na akademické půdě. Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy ohledně účelu nahrávání a dalších postupů. Svůj souhlas stvrzuji vlastnoručním podpisem.

Jméno a příjmení:

V:

Dne:

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Iveta Hejsová

## **Příloha č. 6: Okruhy, hlavní a doplňující otázky polostrukturovaného interview**

### **A. Před vznikem závislosti**

1. Jaký byl Váš život, než začaly problémy s alkoholem (osobní, rodinný, profesní)?
2. Napadají Vás možné příčiny závislosti?

### **B. Vznik závislosti**

3. Kdy Vám došlo, že máte problém s pitím alkoholu?  
**Doplňující:** Kdy jste poznala ztrátu kontroly? V jaké situaci jste nejčastěji sáhla po alkoholu? Jak na vaše pití reagovalo okolí?

### **C. Léčba**

4. Jaké to bylo přiznat si, že jste závislá na alkoholu?
5. Kolikrát jste byla hospitalizovaná?
6. Co pro Vás bylo před ukončením léčby nejhroší? Co nejdůležitější?  
**Doplňující:** Jak jste se cítila na konci léčby? Zapojila se do léčby Vaše rodina?

### **D. Návrat domů**

7. Jaké to bylo a co se změnilo po Vašem návratu domů?
8. Chodila jste dál na terapii?  
**Doplňující:** Čeho jste se nejvíce obávala po ukončení léčby? Očekávala jste nějakou reakci okolí? Jaké byly Vaše první dny doma? Jak se Vám dařilo změnit styl života? Jak se změnilo vnímání sebe sama? Změnily se nějak vztahy s rodinou, přáteli nebo Vaše práce a zájmy? Jaké formy doléčování jste využívala / využíváte?

### **E. S odstupem času**

9. Jak na zkušenost s léčbou pohlížíte s odstupem času (mělo to smysl)?
10. Co Vám to dalo? Co naopak vzalo?

### **F. Změny**

11. Co se ve Vašem životě změnilo?  
**Doplňující:** Co bylo po léčbě lepší, co naopak horší? Jaký je Váš dnešní vztah k alkoholu? Jak řešíte situace, které jste dříve řešila alkoholem?

### **G. Rada ostatním**

12. Je něco, co byste poradila ženám, které zažívají to, co jste prožila?

## **H. Motivace, cíle, plány**

13. Máte nějaké své motto, přání a cíl v životě?



## **Příloha č. 7: Ukázka rozhovoru**

**Paní C:** 34 let, hospitalizace 4x, abstinence 2 roky

### **A. Před vznikem závislosti**

**1. Jaký byl Váš život, než začaly problémy s alkoholem (osobní, rodinný a profesní)?**

**2. Napadají Vás možné příčiny závislosti?**

*„Vzdělání jsem skončila gymplem. A zaměstnání už souvisí s alkoholem, to bylo vždycky nárazové. Ted jsem na mateřské. Profesi vyhraněnou prostě nemám. Vždycky to byly jenom takové servírky a prodavačky. V mateřské školce. Ted' studuji, vybrala jsem si sociální práce. Jsem v prvním ročníku. Moje cílová skupina byli bezdomovci. Těšila jsem se na to, měla jsem připravenou praxi a pak mi došlo že všichni pijí. Takže to já dělat nemůžu. Takže bohužel z tohohle sešlo, ale ted' na praxe jdu do azylového domu, kde jsou ty lidi sice v nějakém akutním problému, ale jsou čistý, tam nemůžou být opilý. Ale bavilo by mě dělat něco v téhle první linii, těch akutních průšvihů.“*

*„U mě to začalo hodně záhy. První kontakt s alkoholem proběhl v dětství a u nás to bylo v celku normální. Z obou stran v rodině mám alkoholiky, dědu a tátu. Takže tam řekněme to problematické bylo od dětství, poprvé opíjet jsem se začala ve 13 letech. Osobní život byl dobrý, ale pak táta začal pít a ten alkohol tam hodně naskakoval. 13 let je pro mě klíčových kdy došlo k tomu prvnímu opití. A pak jsem měla problémy i s drogama. Důvodem nebyla žádná katastrofa, že by se to nabízelo. Ale jestli se ptáte na nějaký konkrétní průser, kdy by to bylo jo a já se jdu napít tak to ne. Vůbec mi to nepřišlo divný jít se po škole napít, protože pil ten táta a taky spousta těch kamarádů šla semnou na to pivo. Prostě jdeme na pivo a nikdo neřešil jestli je to dobře nebo špatně.“*

*„A tam byl spouštěč konkrétní, u přítele, táty dítěte, se začala objevovat schizofrenie a já nevěděla, že je to schizofrenie, vůbec mě to neomlouvá, je to moje vina ta recidiva, měla jsem to řešit jinak.“*

### **B. Vznik závislosti**

**3. Kdy Vám došlo, že máte problém s pitím alkoholu?**

*„Já jsem se nevyлéčila tady, já mám těch léceb za sebou hodně. Tahle nebyla první a já jsem to měla ještě komplikované tím, že já jsem ve 14 začala s drogami. Takže u mě se prvotně začala řešit drogová závislost. Která se postupně přehoupala učebnicově v alkoholovou. Já*

*jsem k tomu alkoholu až tak nebyla, spíš to byl heroin, pervitin, tráva, a když pak v 16 letech přišla první léčba v SANANIMU, tak začal tedy ten alkohol fest, v těch 16, prostě náhražka. “*

*„Já tím že jsem se vyprdla na gympl, a šla jsem na školu která byla nesrovnatelně snazší, takže tím jsem ten průser s tím alkoholem tolik nezaznamenala. Že by to třeba bylo nezvládnám školu měla bych vynechat to pití, to nebylo. Já jsem to zvládala, takže jsem selhání nezaznamenala. Do toho jsem chodila třeba ještě tancovat. Takže jsem měla pocit, že jsem naprosto v pohodě. Já jako fyzicky jsem hodně vydržela. Ani blbě mi moc nebylo. “*

### **V jaké situaci jste nejčastěji sáhla po alkoholu?**

*„Spouštěcí situace byly třešinka na dortu. Já jsem měla recidivu programově. Byla jsem na ni nastavená. Takže když přišel spouštěč tak já jsem ho uvítala, že konečně je tady. A paradoxně to nebyly hádky, stresy, ve většině případů to bylo, když byl klid. Neměla jsem žádný průser, všechno bylo ukolébané, terapeut mi říkal že jsem si recidivu připravovala. Všechno je v pohodě, tak proč si to nevylepšíš. Ten dobrý stav, napít se, konstelace je příznivá. Ale že bych se napila ve vzteku po hádce s přítelem to ne. Spíš to byly nakumulované věci, co jsem se nenaučila řešit. Ale nebyla to žádná konkrétní pecka. “*

### **Říkala jste, že máte děti. Jak to v té době s nimi bylo?**

*„Mám štěstí v tom, že bydlíme v baráku s našima. Já už to říkám v klidu bez pohnutí. Před pár měsíci bych vám to tady obřečela. Děti jsou zvyklý na prarodiče, takže když bylo potřeba, aby si je vzali, nahoru, tak to nebyl problém. Ale i tohle mi trochu nahrávalo, že jsem si říkala, že se o ty děti postarají, mohu se napít, to jsem si obhájila, racionalizovala, že se nic moc neděje, když to přepísknu tak vím, že se dětem nic nestane. Tam byl průser že já jsem odcházela na ty tahy. Ale i to jsem věděla, že je o ně postaráno. “*

### **Pila jste během těhotenství?**

*„S prvním dítětem jo, vydržela jsem nepít. Napila jsem se a kouřila jsem během prvního týdne, když jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná. Ale nebyly to žádný brutální pitky. Po celou dobu těhotenství jsem nepila. U toho druhého těhotenství se mi to bohužel nepodařilo a recidivovala jsem, ale neřeknu Vám proč, nevím. “*

*„Já jsem věděla, že dělám něco hrozně špatně, četla jsem si o FAS co jsem mohla, ale současně ty výčitky volaly po tom je utlumit. Takže jsem se dostala do kolotoče. Když se napijete tak je to dobrý, není to tak hrozný, už vám to nepřipadá tak hrozný, ale přitom víte, jak tomu dítěti škodíte. Nevěděla jsem, jak to stopnout. Nebylo v mé moci to stopnout. “*

## **Jak na Vaše pití reagovalo okolí?**

*„Do léčby mě nenutil, moc mi dvakrát nepomáhal (mluví o prvním příteli). On to nebral ani jako chorobu, jako něco, co by se mělo řešit, tam bylo hodně problémů okolo a můj alkoholismus byl jeden z mnoha. Bud jsme se potkali v nějaké brutální hádce nebo souznění, jak je ten svět nespravedlivý. Ale určitě jsme nebyli dva zdraví lidi, jeden, co je alkoholik a druhý řekne mámo neblbni, už je to s tebou špatný, jdi se léčit. Takovýhle přístup z jeho strany neproběhl.“*

*„Druhý až po několika mých eskapádách uznal že je to nemoc. Pořád si trochu myslím, že mu to nejde do hlavy, ale důležité je, že to respektuje. Trvalo to dlouho, on potřeboval zjistit, co já jsem schopná s tím chlastem udělat. On si to pivo otevřel a říkal že já se prostě nenapiju. Nechápal, že já mu ten chlast krađu. Bylo pro něj drsný vidět, když jsem se dostala do toho stavu. Ta neovladatelnost toho. To ho hrozně překvapilo, ten chlíč v očích. Pro člověka, co to nezažil je to nepředstavitelné. Musel vidět ty průsery, aby řekl, že je to fakt blbý.“*

### **C. Léčba**

#### **4. Jaké to bylo přiznat si, že jste závislá na alkoholu?**

*„Kdy jsem to pocítila? Tak před maturitou mi došlo, to bude sakra průšvih. Protože jsem dělala komisionální zkoušky z maturitních předmětů, protože jsem nechodila do školy, ale to jsem tak nějak dala. Dala jsem přijímačky na filozofii v pohodě, tak zase jsem si říkala, že nemám problém.“*

*„Doma úplně neměli kapacitu na to, aby mi něco řekli. Třeba táta měl dost starostí, máma s ním, takže kdyby třeba byli oba v pohodě tak by třeba začali, ale tím že tam ten systém byl celý nemocný. A možná že fakt něco říkali ale já je nebrala vážně. Pak někdy v těch 17 mi došlo že chlastám fest. A tam začalo to, že jsem začala být hysterická, agresivní, že jestli mi od někud docházel ten impulz, tak to byli právě zase ti vrstevníci, který mi začali říkat, hele chováš se jako debil. Rozešel se semnou přítel, protože jsem dělala scény. Takže v těch 17 a ten impulz nebyl práce, škola, ale spíš ten osobní život, že tam mi to začalo dělat problémy.“*

#### **5. Kolikrát jste byla hospitalizovaná?**

*„Apolinář byl jednou. A předtím to byl SANANIM, kvůli drogové závislosti, a ze známosti se mě snažili vysekat i z toho alkoholu, i když jsou na nealkoholový drogy. Pak jsem si hledala nějakou tu kličku, jak nejít do odmašťovny. Ondřejov dvakrát, to je stacionář, pak mě ve 26 letech dostali do léčebny, tedy dobrovolně, okolnostmi donucená, Bohnice, tam to taky bylo*



*bez úspěchu. Pak už celá zoufalá, když už byly děti, a to nebylo k žití, tak mámy kolegyně to zaplatila u Plocové, prostě drahé jako prase. Ale to není vina léčeben, je to vina mého přístupu. Vždycky ta léčba byla, jak uchlácholit to okolí. Ale pořád jsem to měla v hlavě, že to vymyslím, že budu popíjet, ale nebude to vidět. Projít, uklidnit se a vymyslet, jak to udělat, abych mohla decentně pít.“*

*„Až tady přišel ten zlom. Už to bylo tak, že buď půjdu sem, nebo neuvidím děti. A půjdu z baráku. Naši už mě párkrát vyhodili, ale bylo to jen na pár dní. Ale teď už to byl konec a i ty děti do toho. A tam už jsem se propíjela i do takových stavů, kdy jsem si říkala, tak na mě ty děti zapomenou. To už byl ten mozek tak zdevastovaný. Ale pořád tam byl kus zdravého uvažování. A tady, myslím že je dobře že je i tak dlouhý, že člověk vystřízliví. Byla jsem tu 4 měsíce. Kontinuálně je to tady nejdelší ze všech jiných léčeb.“*

## **6. Co pro Vás bylo před ukončením léčby nejhorší? Co nejdůležitější?**

*„Já jsem se ani tak nebála, těšila jsem se za dětmi. Co se abstinence týče tak jsem cítila, že tady mi dali dobrý základ. Věděla jsem, že teď je to na mě, ale zároveň jsem trochu věděla jak na to. A věděla jsem, že tady budu mít tu podporu pořád. Věděla jsem, že když mi bude blbě, když se bude něco dít, tak mohu zavolat a tady mě někdo vyslechne. Důležité je že je tady člověk dlouho. Zažila jsem, jak mi dělá dobře být střízlivá.“*

*„Tady je super že se dělají návštěvy na 2 dny domů, tam je skvělý nácvik toho domácího soužití. Považuji to za klíčový zlom tady v léčbě. Ještě v léčbě si nacvičit, jak to doma bude. Já jsem vylezla ven a neuměla jsem žít. Naučili mě tady fungovat bez chlastu, modelové situace. To je tady super. Ty věci, které zažijete venku. To vás tady přesně nenaučí, přesně se to sem přenést nejde, ale je fajn připravit se na ty věci, co vás potkají venku.“*

## **D. Návrat domů**

### **7. Jaké to bylo a co se změnilo po Vašem návratu domů?**

*„Co je jinak? Já jsem se změnila a tím pádem je to doma jinak. Nefunguje to, že by oni mi připravili podmínky, do kterých bych se vrátila. První krok je na člověku, který je v léčbě. A to byla věc, co mi nešla na začátku do hlavy.“*

*„První změna je opravdu ve vás. Když rodina na propustce uvidí, že je to pořád to samé, tak proč by něco měli dělat. Oni už dělali dost. Ale když vidí že změna probíhá, ...“*

## **8. Chodila jste dál na terapii?**

*„První rok abstinence jsem chodila každý týden. Ted' nechodím každý týden, ani každých 14 dní. Ale tím, jak se člověk dostává do toho normálního života to přibývá, mám 2 děti, cvičení, škola, zkouškové. A časově prostě potřebujete kolikrát něco dodělat. Ale chodím jsem ráda a není to tak že bych to nějak opouštěla. Opakovací hospitalizace jsou super, na ty jsem chodila, pak už to kvůli škole nevycházelo. A fakt se sem vždy těším, je to tady úplně super.“*

## **Čeho jste se nejvíce obávala po ukončení léčby?**

*„Nebyl to úplně strach. Já to mám draze vykoupené, ale tím, jak táta je alkoholik, naše rodina je tím lízlá, tam se o tom hodně ví, takže jsem nenarážela na problémy jako jiné holky. Kde celá ta rodina je v pořádku, ona je tam jediná alkoholička, a nikdo netušil, jak se cítí, co by potřebovala, ale tady ten táta věděl.“*

## **E. S odstupem času**

### **9. Jak na zkušenost s léčbou pohlížíte s odstupem času (mělo to smysl)?**

*„Já si po asi 15 letech připadám fakt svobodná. Mohu si dělat co chci. Paradoxně si člověk myslí, že když chlastá, tak mu patří svět. Že může všechno, tak je to úplně nesmysl protože, jenom otročí chlastu, nic jiného.“*

### **10. Co Vám to dalo? Co naopak vzalo?**

*„Když to vezmu před dětmi, kdybych nepila, tak bych tu fildu dostudovala. Kdybych nepila mohla bych být někde jinde, co se týče profese. Vzalo mi to určitě spoustu fyzických sil, které se pak zaplat' pánbůh obnovily. Vzalo mi to spoustu času, který jsem mohla strávit jinak. Těm dětem to vzalo hodně, protože máma je jiná. I když jsem jen tak popíjela, tak se ta nálada měnila a já jsem byla jiná.“*

## **F. Změny**

### **11. Co se ve Vašem životě změnilo?**

*„K lepšímu zdravotní stav, vztahy, sebedůvěra. Můžu se na sebe spolehnout. Mohu se spolehnout na hlavu, že mi funguje. Vnitřní pocit že se nemusím za sebe stydět. Skoky po fyzické i psychické stránce. Taková zdánlivě kravina ale už jen to že je člověk schopný si dodržet to, co si řekl. A ne vždycky se to povede, ale tak se z toho poučit a říct si, co se jako stalo že jsem si něco řekla a nevyšlo mi to.“*

*„První rok jsem měla program, jako byl tady v léčebně, vyvěšený. Ale mění se to potřebami dětí. Každý den je jinak, ale jsem schopná mít základ ze kterého neuhybám.“*

*„Předělala jsem byt, protože jsem nechtěla být v tom samém prostředí, kde jsem pila. Velká změna byla taky škola, ale to nastoupilo až rok potom. První rok jsem byla ráda, že jsem ráda.“*

### **Jak řešíte situace, které jste dříve řešila alkoholem?**

*„Pro mě je důležité, že se v sobě vyznám. Že se vyznám v pocitech a že jsem schopná analyzovat si i nějaké chyby. Jsem schopná si říct, co se se mnou děje. A tím pádem se připravit i na nějaké případné chutě. Že já třeba něco cítím a říkám si co to cítím, to je nějaký vztek a proč je tam? Jsem schopná se k tomu dobrat, zjistit, že mi nikdo nechtěl nic udělat a většinu věcí si spíská člověk sám“*

*„A já, na to, jaký jsem byla magor, se dokážu zastavit, ještě, než nastane průser, nebo odejít z té situace, to mi hodně pomáhá, odejít z té situace. Jako stane se, že bouchnu a řeknu něco hnusného, ale nedělá mi problém se omluvit.“*

## **G. Rada ostatním**

### **12. Je něco, co byste poradila ženám, které zažívají to, co jste prožila?**

*„Pokoru. V dalším životě přijdou věci. Tak být pokorný v tom, že sám to nezvládnou. Že opravdu potřebuji někoho mít za sebou. A nejsem takový frajer abych si dovolila sníst Margot, protože se mnou to přece nic nedělá. Ne, dělá. Já jsem prostě alkoholička, do smrti budu alkoholička, a proto musím dělat to a to. A pro mě to bylo hrozně důležitý, když jsem odsud odcházela. Opravdu nepodceňovat zdánlivé maličkosti. Když přijdou nějaké ty chutě, a to říkají i Anonymní alkoholicí, tak nějak tu hlavu oblafnout a odložit to. Říct si, prosím tě vydrž to aspoň dneska, nebo hodinu, a ono to přejde.“*

## **H. Motivace, cíle, plány**

### **13. Máte nějaké své motto, přání a cíl v životě?**

*„Škola jasně, tak ale to je za dlouho. Jasně že sním o tom, že jednou budu já na druhé straně té barikády a někomu budu pomáhat, protože mám pocit, že to té společnosti sakra dlužím.“*

*„Spíš mám takové to prožít každý den hezky. Když to stojí za prd, tak si říct, no jo tak to se mi nepodařilo, ale něco si najít. Splnit to, co jsem si řekla. Prostě žít tak spokojeně. Člověk si pak váží toho obyčejného dne. To si troufám říct, že kdo nezažije nějaký ten velký průser, nemoc nebo tohle. Člověk ví že to mohlo být sakra jinak. Nenervovat se, určitě budu ráda,*

*když tu školu dokončím, určitě budu ráda, když najdu práci, která mě bude naplňovat, ale pro mě je opravdu podstatný každý den prožít nějak spokojeně.“*