

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Alkoholismus, jeho příčiny a léčba

Bakalářská práce

Autor:	Jakub Bílek
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Oponent práce:	Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Jakub Bílek
Studium:	P20P0082
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Alkoholismus, jeho příčiny a léčba
Název bakalářské práce AJ:	Alcoholism, its causes and treatment

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku alkoholismu. Cíl práce je objasnit příčiny, životní situace, kvůli kterým lidé propadávají alkoholu. Teoretická část se věnuje vymezení alkoholismu, průběhu alkoholové závislosti a také průběhu léčby alkoholové závislosti. Empirická část bakalářské práce zkoumá příčiny alkoholismu. Průzkum má kvalitativní charakter a metodou jsou rozhovory s klienty léčebny.

HELLER, Jiří, Olga PECINOVSKÁ a Tomáš ZIMA. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80--7435-575-2.

RÖHR, Heinz-Peter a Petr BABKA. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 2015, 175 s. ISBN 978-80-262-0927-0.

Zadávací pracoviště:	Ústav sociálních studií, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Oponent:	Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	1.2.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Alkoholismus, jeho příčiny a léčba* vypracoval pod vedením vedoucího práce prof. PhDr. Blahoslava Krause, CSc., samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 4. 2023

Jakub Bílek

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce prof. PhDr. Blahoslavu Krausovi CSc., za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup během tvorby této práce. Také děkuji informantům, bez kterých bych své výzkumné šetření nemohl realizovat.

Anotace

BÍLEK, Jakub. *Alkoholismus, jeho příčiny a léčba*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 49 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou alkoholismu, jeho příčin a léčbou. Práce je rozdělena do pěti kapitol. První čtyři kapitoly jsou teoretické a pátá kapitola je praktická. Teoretická část práce vymezuje pojmy souvisící s alkoholismem. Dále se soustředí na vývoj závislosti na alkoholu, diagnostiku syndromu závislosti a faktory, které při vzniku a rozvoji závislosti mohou hrát důležitou roli. Také se zabývá dopady, které nadměrná a dlouhodobá konzumace alkoholu může na člověka mít. V neposlední řadě se věnuje léčbě závislosti na alkoholu, zejména typům léčby a léčebným programům. Praktická část se týká výzkumného šetření. Šetření mělo kvalitativní charakter a zvolenou metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Informanty byli klienti Léčebny návykových nemocí Nechanice.

Klíčová slova: alkoholismus, závislost, léčba, alkohol.

Annotation

BÍLEK, Jakub. *Alcoholism, its causes and treatment*. Hradec Králové: Faculty of Education, Univerzity of Hradec Králové, 2023. 49 s. Bachelor Thesis.

This bachelor thesis deals with the issue of alcoholism, its causes and treatment. The thesis is divided into five chapters. The first four chapters are theoretical and the fifth chapter is practical. The theoretical part of the thesis defines the concepts related to alcoholism. It also focuses on the development of alcohol dependence, the diagnosis of alcohol dependence syndrome and the factors that may play an important role in the onset and development of addiction. It also discusses the effects that excessive and prolonged alcohol consumption can have on a person. Finally, it looks at the treatment of alcohol dependence, in particular the types of treatment and treatment programmes. The practical part concerns the research investigation. The investigation was qualitative in nature and the chosen method of data collection was semi-structured interview. The informants were clients of the Nechanice Addictive Diseases Treatment Centre.

Keywords: alcoholism, addiction, treatment, alcohol.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 02/2023 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 24. 4. 2023

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
1 Alkoholismus jako závislost	10
1.1 Alkohol obecně	11
1.2 Typologie konzumentů alkoholu	12
1.3 Diagnostika syndromu závislosti	13
1.4 Vývoj závislosti na alkoholu	14
2 Faktory ovlivňující rozvoj závislosti	17
2.1 Vnitřní faktory	17
2.2 Vnější faktory	18
3 Dopady nadměrného pití alkoholu	19
3.1 Somatické komplikace	19
3.2 Psychické komplikace	22
4 Léčba alkoholismu	24
4.1 Typy léčby	25
4.2 Léčebný program	27
4.3 Následná péče a recidiva	28
5 Praktická část	31
5.1 Cíl, výzkumné otázky, metodologie a výzkumný vzorek	31
5.2 Interpretace dat šetření	32
5.3 Závěrečné shrnutí a diskuse	42
Závěr	45
Seznam použitých zdrojů	46
Přílohy	50

Úvod

V mé bakalářské práci se věnuji tématu Alkoholismu, jeho příčinám a léčbě. V České republice je alkohol jedna z nejrozšířenějších, legálních a snadno dostupných drog. Konzumace alkoholu v malém množství může mít pozitivní účinky, jako je například pocit uvolnění a zlepšení nálady, ne nadarmo je alkohol součástí mnoha společenských událostí. Samozřejmě má alkohol i svou stinnou stránku. Nadměrná a dlouhodobá konzumace alkoholu může způsobit celou řadu komplikací, mezi ně patří fyzické i duševní poškození či propuknutí závislosti. Závislost na alkoholu je jedna z nejrozšířenějších závislostí v České republice, podstoupit léčbu s tímto problémem se však odhodlá pouze zlomek závislých osob. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zmapovat příčiny, které vedou k rozvoji závislosti a jaké důvody vedou závislé osoby k léčbě. Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol, z čehož první čtyři kapitoly jsou teoretické a pátá kapitola je praktická.

V teoretické části nejdříve věnuji pozornost základním pojmům, které se závislostí na alkoholu úzce souvisí a alkoholu obecně. Dále se zaměřuji na typologii konzumentů alkoholu, vývoj alkoholové závislosti a také diagnostiku syndromu závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Poté popisuji důležité biologické, psychologické a sociální faktory, které mohou při rozvoji závislosti na alkoholu hrát určitou roli. Následně se zabývám komplikacemi, které může dlouhodobá a nadměrná konzumace přinést, jelikož si lidé často neuvědomují, jaké poškození organismu může alkohol způsobit. Vznikat mohou jak somatická poškození, tak psychické komplikace osobnosti. Nakonec se věnuji léčbě závislosti na alkoholu, která je velice komplexní a představuje širokou škálu metod a přístupů.

Praktická část se týká mého vlastního výzkumného šetření, které probíhalo v Léčebně návykových nemocí Nechanice. Hlavním cílem mého šetření je zjistit, jaké faktory ovlivňují vznik a rozvoj alkoholové závislosti a které motivy vedou závislé osoby k léčbě. Tato část zahrnuje cíl, výzkumné otázky, metodologická východiska, výzkumný vzorek a interpretaci dat z šetření.

1 Alkoholismus jako závislost

Termín alkoholismus se používá jako synonymum pro závislost na alkoholu, ale i jako výraz pro komplex společenských jevů souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu. Tento název bývá připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který ho poprvé použil roce 1849. Jako medicínský problém se však začal používat až v roce 1951 díky Světové zdravotnické organizaci (Kalina a kol., 2003a).

Definice pro alkoholismus jakožto závislost na alkoholu existuje mnoho, Profous (2011, s. 16) ji vidí takto: „*O alkoholismus jde tehdy, jestliže požívání alkoholu způsobuje dlouhodobý a vlastními silami neřešitelný závažný problém v rodině nebo problémy pracovní, zdravotní a společenské – až po konflikty se zákonem.*“ V rámci konzumace alkoholu a závislosti na něm je vhodné znát několik pojmů. Řehan (1994) hovoří o těchto:

- 1) Úzus znamená mírné požívání alkoholických nápojů. Alkohol je konzumován jako nápoj doplňující jídlo nebo pochutina, ale zásadně v přijatelném množství, v přijatelném věku, v přijatelném zdravotním stavu a ve vhodné době. Hladina alkoholu v krvi by při úzu neměla přesáhnou 0,6 promile.
- 2) Misúzus neboli zneužívání. Alkohol je užíván takovým způsobem, který není v souladu s normami, ať už právními či mravními. Jako zneužívání je nejčastěji brán konzum alkoholu v nepřijatelných situacích, například těhotenství nebo řízení motorového vozidla.
- 3) Abúzus představuje nadužívání. Základní znak je dán vědomým či nevědomým směřováním k prožitku drogového efektu z alkoholu. Drogové účinky alkoholu při abúzu mohou být jak pozitivní (uvolnění, euforie) tak negativní (agrese). Může být občasný, pravidelný ale i jednorázový. Pravidelný abúzus může vést k narušení až poškození zdraví.
- 4) Tolerance je pojem používaný pro vyjádření snášenlivosti alkoholu organismem. Je velice individuální a častější konzumací alkoholu se může značně zvýšit. Jednoduše řečeno si tělo na alkohol začne zvykat a dokáže ho rychleji odbourávat (Řehan, 1994).

1.1 Alkohol obecně

Historie alkoholu sahá 8 až 10 tisíc let před náš letopočet. Kraus (2015) uvádí, že alkohol plnil a stále plní řadu funkcí, přesněji se jedná o tyto:

- 1) fyziologická – užívá se jako nápoj, ale i jako lék,
- 2) psychologická – jako euforikum, zlepšuje náladu a zvyšuje sebevědomí,
- 3) sociální – je projevem pohostinnosti, pomáhá k lepší adaptaci a komunikaci,
- 4) ekonomická – sloužil jako platidlo, v dnešní době jsou daně z výroby a prodeje velkým zdrojem financí pro stát,
- 5) rituální – jako součást oslav a obřadů (Kraus, 2015).

Pojem alkohol pochází z arabštiny, přesněji ze slova al-ka-hal. Jedná se o čirou, bezbarvou tekutinu, s charakteristickým zápachem, silnou palčivou chutí, s bodem varu 77 °C a bodem tuhnutí 130 °C (Skála, 1988). Alkohol je název pro celou skupinu organických látek, které odvozujeme od uhlovodíků nahrazením atomů vodíku skupinou OH. „Většina alkoholů jsou prudké jedy, jen etylalkohol neboli etanol, je v malých dávkách slučitelný s lidským životem a zdravím.“ (Heller, 2011, s. 50) Etanol vzniká chemickým procesem zkvašením cukru za pomoci kvasinek. Zkvašení však probíhá jen do koncentrace 14–16 % alkoholu, při vyšší koncentraci jsou kvasinky ničeny vlastním produktem. Vyšší koncentrace se získává následnou destilací. Alkohol lze získat z jakékoli formy škrobu či cukru. Nejčastěji se jedná o plody vinné révy, obilná zrna či brambory (Šedivý, 1988). Kollár (2012) uvádí, že alkohol není lidskému tělu cizí a v krvi se určité malé kvantum alkoholu přirozeně vyskytuje i bez ohledu na jeho příjem. Tato hladina se pohybuje mezi 0,029 až 0,037 promile. Alkohol se do těla může vstřebat dechem či kůží, ale to pouze v zanedbatelném množství. Ve větším množství se do těla dostává nejčastěji ústní sliznicí. Po požití se zhruba 20 % alkoholu vstřebává žaludkem a 80 % sliznicí tenkého střeva. Vstřebáváním se dostane do krevního oběhu a z něj dále do celého těla. Více alkoholu se dostane tam, kde je větší krevní zásobení. Rychlost vstřebávání mohou ovlivnit další látky, které jsou v alkoholickém nápoji obsaženy. Například nápoje, které obsahují oxid uhličitý nebo jsou teplé, se mohou vstřebávat rychleji. Chladné nápoje s cukry zase pomaleji. Také přítomnost potravy v žaludku způsobuje pomalejší vstřebávání. Svůj význam při resorpci alkoholu má i fyzický a psychický stav člověka. Například únava snižuje resorpci vlivem snížené žaludeční motoriky (Ehrmann, Schneiderka, Ehrmann, 2006). Rozhodující faktor při vstřebávání alkoholu uvádí Jurková (1987, s. 4) „*Koncentrace alkoholu v různých nápojích je*

rozdílná, pro člověka je ale rozhodující, kolik čistého alkoholu se dostává do těla. Stejný obsah alkoholu /20 g/ má půldeci lihoviny (např. vodka 40 %), nebo dvě deci vína či půllitr 12stupňového piva.“ Z organismu je alkohol vylučován převážně okysličovacími procesy a to z 90–95 %, z čehož se zhruba 60 % odehrává v játrech. Zbýlých 5–10 % je vylučováno v nezměněné formě, a to dechem a močí. Vylučování není zcela konstantní a kolísá v určitých mezích. Člověk s hmotností 70 kg vyloučí mezi 6,3 – 9,1 gramů alkoholu za hodinu, což odpovídá 0,12 – 0,18 ‰ za hodinu. Pokud je hladina alkoholu nad 2 ‰, může se eliminace alkoholu výrazně zvětšit, především u lidí navyklých na pití alkoholu. Fyzická námaha ani léky nemají na odstranění alkoholu z krve téměř žádný vliv (Skála, 1988).

1.2 Typologie konzumentů alkoholu

Podle přístupu k alkoholu a jeho konzumaci lze rozeznávat několik druhů konzumentů. Višňovský (1998) je rozlišuje do čtyřech skupin.

- 1) Abstinenci jsou lidé, kteří nepijí alkohol vůbec, a to alespoň po dobu delší než tři roky.
- 2) Příležitostní konzumenti pijí v mírných neškodných dávkách. Jen málokdy se stane, že se dostanou do stádia opilosti.
- 3) Nadměrní konzumenti jsou osoby, které pijí trvale nad míru a často se propijí do stavu opilosti. Část z nich pije alkohol se vzestupnou úrovní a rostoucími problémy, z velkého procenta této skupiny se postupem času stávají alkoholicí.
- 4) Alkoholicí jsou lidé trpící chorobou, kterou lze diagnostikovat a léčit. Na alkoholu jsou závislí a nejsou schopni se ho dobrovolně vzdát. Při přerušení trvalého pití pocítují závažné abstinenci příznaky. U těchto lidí již dochází k tělesnému i psychickému poškození, které může přetrvávat po ukončení pití (Višňovský, 1998).

Velice často se také používá Jellinkova typologie. Ta rozlišuje pět typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu. Skála (1987) je popisuje následovně:

- 1) Typ alfa zneužívá alkohol pro ulehčení vnitřních konfliktů. Zná účinky alkoholu jako drogy a čas od času ho zneužívá k potlačení tenze, k získání euforie

nebo jako prostředek, který ho sbližuje s druhými lidmi. Rizikem pro něj jsou rostoucí tolerance a frekvence pití, úrazy a trestné činy.

- 2) Typ beta konzumuje alkohol spíše příležitostně. Rozhodující pro pití alkoholu jsou sociokulturní okolnosti a hlavní je motivace neodlišovat se od druhých a nezůstat v izolaci. I pro tento typ jsou hlavní rizika zvyšující se tolerance a frekvence.
- 3) Typ gama již představuje závislosti na alkoholu s charakteristickým znakem nespolehlivé kontroly a odvykacími příznaky. Jedinec se běžně propíjí do stavu opilosti, načež je schopen krátce či déle abstinovat. Je zde především psychická závislost, která může vést k somatickým, psychickým, společenským a ekonomickým důsledkům a škodám.
- 4) Typ delta je příznačný svojí neschopností abstinence. Při přerušení přísunu alkoholu se projevují odvykací příznaky výrazněji než u typu gama. Nositel tohoto typu nemusí být nikdy opilý, ale stejně tak nemusí být nikdy střízlivý. Závislosti je zde především somatická, přičemž psychická se vyvíjí relativně později. Rizikem je velké poškození tělesného a psychického zdraví.
- 5) Typ epsilon znázorňuje epizodický abúzus s průběhem trvajícím dlouhé dny až týdny. Nejčastěji se jedná o symptomatickou závislost, která se přidružuje k jiným duševním onemocněním (Skála, 1987).

Nutno dodat, že se jednotlivé typy závislosti jen málokdy vyskytují jako čisté. Povětšinou se jedná o jejich kombinace s převahou jednoho typu. U nás se nejčastěji vyskytují jedinci s převahou typu gama (Skála, 1987).

1.3 Diagnostika syndromu závislosti

Z diagnostického hlediska je závislost to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Jedná se o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná až přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2018).

Nešpor (2018) uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, došlo-li během jednoho roku ke třem či více z následujících jevů:

- 1) Silná touha nebo pocit potřeby užívat látku.
- 2) Problémy v sebeovládání při užívání látky, při začátku a ukončení užívání nebo v množství látky.
- 3) Tělesný odvykací stav, látka je používána s úmyslem potlačit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky.
- 4) Průkaz tolerance k účinku látky, potřeba vyšších dávek užívané látky, pro stejné účinky původně vyvolané nižšími dávkami.
- 5) Postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané látky, potřeba více času k získání a užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
- 6) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých zdravotních důsledků, jako je poškození jater nadměrným pitím. (Nešpor, 2018).

V MKN-10 najdeme duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu pod kódem F10. Syndrom závislosti na alkoholu neboli alkoholismus nalezneme pod kódem F10.2.

1.4 Vývoj závislosti na alkoholu

Než se běžný konzument alkoholických nápojů propije k závislosti, což může trvat i dlouhá léta, projde si určitými vývojovými stádii. Skála (1957) je rozděluje do čtyř podle E. M. Jellinka.

První vývojové stádium je iniciální, počáteční. Během tohoto stadia se jedinec navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. Avšak poznal účinek alkoholu jako drogy, která mu přináší pocit dobré nálady. Pije, protože se pod vlivem alkoholu cítí lépe. Častější konzumace alkoholu vede k růstu tolerance. V tomto stádiu se jedinec neopijí, konzumuje pouze tolik alkoholu, kolik je potřeba k podnapilosti.

Druhé stádium vývoje je stadium varovné. Během tohoto stadia se jedinec nedostává pouze do stavu podnapilosti, ale občasně již do stavu opilosti. Stále rostoucí tolerance způsobuje, že dosažení potřebné hladiny alkoholu pro pocítění účinků trvá déle. Proto jedinec musí pít rychleji a častěji vyhledává nápoje s větším obsahem alkoholu. Aby častější pití či pití ve větší míře nebylo nápadné, člověk v tomto stádiu často hledá společníky, které k pití pobízí.

Třetí stádium se nazývá kruciální neboli rozhodné. Pro toto stádium je charakteristická částečná ztráta kontroly po započetí pití. To se projevuje tím, že se jedinec stále častěji dostává do stavu zřetelné opilosti. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím, zejména se jedná o rodinné a pracovní konflikty. Piják v tomto stadiu se snaží za své pití omluvit a hledá výmluvy, proč alkohol potřebuje. Kvůli velké alkoholové toleranci zabírá pití větší množství času než dříve a postupně se na úkor ostatních zájmů a povinností stává prioritou. Také se v tomto stadiu začínají objevovat příznaky zdravotního poškození spojeného právě s abúzem alkoholu. Vyskytují se zde i kratší či delší období abstinence, které jsou zpravidla vynuceny okolím.

Poslední, terminální stádium je charakterizované rozvojem odvykacího stavu při střízlivění, který je piják nucen léčit další dávkou alkoholu, takzvanými ranními doušky. Vznikají několikadenní alkoholové tahy, během kterých piják nevystřízliví. V tomto stadiu se v důsledku poškození jater snižuje tolerance. Dochází tedy k výraznému oslabení tělesného i duševního zdraví. Celková degradace osobnosti zapříčiňuje, že alkohol se stává hlavním požadavkem na život a je upřednostňován před základními hodnotami jako je péče o rodinu a profesi (Skála, 1957).

Model vývoje alkoholové závislosti typu gama

Americký psycholog zabývající se alkoholismem Dr. Elvin Morton Jellinek popsal vývojovou dráhu alkoholismu jako nemoci podle pití americké populace, která se spíše zaměřuje na destiláty (Ward et al., 2016). Profous (2011) uvádí, že vývoj závislosti našeho pivního typu pití alkoholu vytváří obtíže sice pomaleji, ale důsledky tvoří stejné. Profous (2011) bodově znázorňuje vývoj závislosti typu gama následovně:

- 1) Poruchová kontrola v pití, pití je předem neplánované a po započetí těžko kontrolovatelné.
- 2) Racionalizace pijáckých zvyklostí, odůvodňování pití sobě i okolí.
- 3) Nárůst sociálních obtíží a nárůst kritiky z okolí.
- 4) Velikášské chování jako kompenzace ztráty sebeúcty.
- 5) Nápadné agresivní chování.
- 6) Trvalý pocit zkroušenosti
- 7) Dočasná abstinence, která je vynucená okolním tlakem.
- 8) Změna způsobu pití k předcházení nepříjemností.
- 9) Vzdálení se od přátel a ztráta sociálních vztahů.

- 10) Změny v zaměstnání.
- 11) Podřizování chování a upuštění od jiných zájmů ve prospěch zájmu o alkohol.
- 12) Ztráta zájmu o okolní svět.
- 13) Změny ve výkladu meziosobních vztahů.
- 14) Pocity sebelítosti a neschopnost pochopit kritiku z okolí.
- 15) Úvahy či realizace útěku z aktuálního prostředí.
- 16) Změny a odcizení v rodinném životě.
- 17) Námitky závislého člověka proti ostatním členům rodiny.
- 18) Shánění tajných zásob alkoholu.
- 19) Zanedbávání správné a přiměřené výživy.
- 20) Objevování somatických poruch zdraví a následná hospitalizace.
- 21) Snížení sexuálního pudu.
- 22) Alkoholická žárlivost.
- 23) Pravidelné ranní doušky alkoholu.
- 24) Počátky prodloužené intoxikace alkoholem.
- 25) Oploštění kvality etických norem.
- 26) Poruchy mentálních schopností.
- 27) Počátky alkoholické psychózy.
- 28) Styky s morálně deprivovanými osobami.
- 29) Lhaní a počátky kriminálního jednání.
- 30) Konzumace technických produktů obsahujících alkohol.
- 31) Snížení tolerance vůči alkoholu.
- 32) Nedefinovatelné úzkosti a depresivní stavy.
- 33) Třes organismu.
- 34) Psychomotorická inhibice, pohybová nekoordinovanost.
- 35) Úzkostné a naléhavě nutné pití.
- 36) Vznik nejasných náboženských přání.
- 37) Zhroucení racionalizačního systému (Profous, 2011).

Zmíněné body vývoje alkoholové závislosti se nemusí vždy objevovat všechny a jejich posloupnost může být různá, často se vzájemně prorůstají a překrývají. Některé se mohou objevovat pouze nárazově na krátkou dobu po velkém alkoholovém excesu (Profous, 2011).

2 Faktory ovlivňující rozvoj závislosti

Příčiny alkoholismu i jiných závislostí jsou velice komplexní. V současné době nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro rozvoj závislosti. U někoho se rozvíjí závislost na základě excesivního pití kvůli psychickým problémům, u někoho převažují genetické, vrozené dispozice nebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené právě s pitím alkoholu. Při vytvoření závislosti se nejčastěji jedná o kombinaci řady faktorů, určité fyziologické faktory se kombinují s psychologickými či sociokulturními (Kalina a kol., 2003a). Kraus (2015) rozděluje faktory na vnitřní a vnější.

2.1 Vnitřní faktory

Mezi vnitřní faktory se řadí zejména genetické, biologické dispozice a psychologické faktory (Kraus, 2015).

Biologické faktory

Za biologické faktory můžeme považovat některé okolnosti při těhotenství matky dítěte, kupříkladu zda byla sama alkoholička a plod se tak setkával s účinky alkoholu ještě před narozením. Dále se jedná o celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období. *„Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků alkoholiků. Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem.”* (Kudrle, 2003, s. 91) U alkoholiků jsou určité odlišnosti, které navazují na vrozené predispozice, například játra jsou méně schopná ukládat cukr a plynule jej využívat, některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Nejdůležitější se zdají být interakce alkoholu s psychoaktivními substancemi v mozku, jako je serotonin a dopamin, a ovlivnění center slasti v limbickém systému (Kalina a kol., 2003a).

Psychologické a psychosociální faktory

Důležitými faktory při vzniku a rozvoji závislosti jsou jak vlastní osobnost a povahové rysy jedince tak psychologický tlak, kterému je jedinec vystaven z okolí. Psychologická část teorií vzniku závislosti vidí v závislosti výraz narušeného já se sklonem k uspokojení a narušené frustrační tolerance. Roli zde hraje například psychopatologie, nevyřešené

konflikty, psychická deprivace, posttraumatické stavy. U osob, které podlehnou patologické závislosti lze sledovat nízkou toleranci vůči frustraci a bolesti, labilitu či komplexy méněcennosti. Nejčastějšími faktory této kategorie, které vedou k užívání alkoholu a poté k rozvoji závislosti jsou zvědavost a vyhledávání vzrušení, nedostatečná kontrola, nízké sebevědomí, nedostatečné zvládnání stresu, traumata v dětství, únik z reality a depresivní stavy (Kalina a kol., 2015).

2.2 Vnější faktory

Jako vnější faktory se označují sociální faktory, zejména se jedná o vliv rodiny a vrstevníků. Mezi sociální faktory spadají veškeré vlivy prostředí a celkový kontext, ve kterém se vše odehrává (Kraus, 2015). „*Velmi hrubě řečeno, jedná se o vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně zrání brání či deformují.*” (Kudrle, 2003, s. 92) Tyto vlivy zahrnují okolnosti jako je sociální status rodiny, sociální zajištěnost a celkové prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Jako sociální faktor s největší silou se uvádí vliv rodiny a vrstevníků. Přestože rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně specifikovat, existují znaky, které se často opakují a na rozvoji závislosti se mohou podílet. Jedním znakem je nedostatečná pozornost nebo problematická reakce rodičů na chování dítěte. Nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte, a naopak nadměrná pozornost a citlivost k chybám a selháním může vést k nedostatku sebevědomí dítěte a depresivním stavům, což může mít v budoucnu výrazný vliv při rozvoji závislosti. Dalším častým znakem rodin závislých jsou narušené či zatížené vztahy mezi rodičem a dítětem. Jedinec, který se při abúzu alkoholu setkává jen s nezájmem, nedůslednou kritikou a dlouhodobou nepřítomností stenických reakcí ze strany rodičů, může ztrácet kontakt s realitou, což může přispět rozvoji závislosti. Zvýšené riziko budoucí závislosti dětí je v rodinách, kde je jeden či více členů rodiny již závislých. Uvádí se, že míra rizika narušení dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně strávený čas. V rodinách sociálně stabilních alkoholiků se můžeme setkat s tím, že se pití stane součástí rodinné kultury, bez něhož se běžné fungování rodiny neobejde (Kalina a kol., 2015).

3 Dopady nadměrného pití alkoholu

Účinek alkoholu na člověka závisí na dosažené hladině v krvi. Akutní otrava způsobená vypitím značného množství alkoholu probíhá v několika fázích. Z počátku se nemusí vyskytovat projevy opilosti, patrná je však euforie. Ve vyšším stupni opilosti se přidává ztráta sebekontroly, nepozornost, poruchy řeči a rovnováhy. Tyto symptomy se mohou stupňovat a mohou se k nim přidat další jako spavost nebo žaludeční nevolnost až zvracení. V nejtěžším stádiu může nastat i stav bezvědomí, při kterém je vysoké riziko aspirace zvratků a následné zadušení (Heller a kol., 2011). Višňovský (1998) rozeznává čtyři stadia opilosti a popisuje jejich charakteristické znaky:

- 1) Excitační – hovornost, oslabení pozornosti, tendence k agresivitě.
- 2) Somnolentní – spavost, útlum.
- 3) Komatózní – stav bezvědomí.
- 4) Asfyktické – dušení kvůli útlumu činnosti dechového centra v mozku (Višňovský, 1998).

Dlouhotrvající abúzus alkoholu vyvolává chronickou otravu, která se projevuje tělesným i duševním poškozením zdraví. Míra poškození závisí jak na celkovém množství zkonsumovaného alkoholu, frekvenci pití a délce trvání abúzu, tak na individuální vnímavosti jako jsou genetické dispozice či prodělané nemoci (Heller a kol., 2011).

3.1 Somatické komplikace

Somatická poškození způsobená nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Heller a kol. (2011) uvádí, že poruchy způsobené alkoholem mají oproti podobným poruchám, které způsobenými jinými příčinami, určité zvláštnosti. Pokud pacient pokračuje v pití během léčby diagnostikované nemoci, léčba většinou selhává. Na druhé straně i závažné choroby se mohou díky vysazení alkoholu zlepšit, a to i bez medikace a jiné léčby. Nález, který by u běžného pacienta signalizoval trvalé poškození, se u pacienta závislého na alkoholu může po určité době abstinence vrátit zpět k normě. *„Škodlivé účinky alkoholu jsou potencovány poruchami výživy, které jsou u pacientů závislých na alkoholu téměř pravidlem.“* (Pecinovská, 2011, s.56)

Interní poškození

Orgánem, který bývá nadměrným pitím alkoholu poškozen jako první jsou játra. V játrech probíhá oxidace alkoholu na acetaldehyd, který ve větších koncentracích poškozuje membránu jaterních buněk. Pokud je jaterní buňka soustavně zatěžována odbouráváním alkoholu, dochází ke změnám metabolismu lipidů, to vede k jaterní steatóze neboli ztukovatění jater. Pokud pacient v pití dále pokračuje vyvíjí se jaterní cirhóza, která může postupně vyústit v selhání jater a smrt. Závažnou komplikací cirhózy jater je krvácení z jícnových varixů. Právě toto krvácení bývá častou příčinou úmrtí cirhotiků. Cirhotická játra jsou také příznivým prostředím pro vznik primárního karcinomu jater, tedy zhoubného nádoru (Heller a kol., 2011).

Dalším orgánem, který trpí chronickou expozicí alkoholu je slinivka břišní. Heller a kol. (2011) uvádí, že zhruba polovina onemocnění slinivky má souvislost s abúzem alkoholu. *„Setkáváme se s akutní i chronickou pankreatitidou, typický je chronický zánět s akutními exacerbacemi po alkoholovém excesu. Chronická pankreatitida se projevuje průjmy a dalšími zažívacími potížemi, zatímco akutní pankreatitis probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní. Akutní zánět slinivky břišní je velmi bolestivé onemocnění, které může vést k úplnému zničení slinivky břišní a k úmrtí postiženého.“* (Pecinovská, 2011, s. 59) Nadměrné pití alkoholu způsobuje i poruchy sekrece inzulínu což se může podílet na vzniku cukrovky (Kalina a kol., 2003b).

Trávicí trakt, od dutiny ústní až po konečník, je poškozován zejména přímým kontaktem alkoholu s citlivou sliznicí. *„Alkohol způsobuje v první fázi reaktivní překrvení, které umožňuje snazší prostup infekce sliznicí a následné záněty, které mohou vyústit v ztenčení sliznice a vymizení příslušných žlázek, a nakonec ke vzniku zhoubného nádoru.“* (Pecinovská, 2011, s. 59-60) Na sliznici poškozené alkoholem lehčeji vznikají žaludeční vředy a rakovina žaludku. Alkohol má toxický vliv na sliznici tenkého střeva čímž zapříčiňuje zhoršené vstřebávání živin a vitaminů. Ledviny nejsou alkoholem poškozovány přímo, ale mohou být poškozeny vyšším vylučováním kyseliny močové a vznikem ledvinových kamenů. Kalina a kol. (2003b) zmiňují, že ženy nadměrně konzumující alkohol častěji trpí záněty močových cest.

Srdce a krevní oběh jsou poškozovány nejen alkoholem, ale i zvýšeným ukládáním lipidů do cévních stěn. Častým jevem u lidí nadměrně konzumující alkohol je vysoký krevní tlak. Vysoký krevní tlak je také součástí alkoholového syndromu odněti drogy, po několika týdnech abstinence se i bez medikace dokáže vrátit

k normě (Heller a kol., 2011). Alkohol narušuje i hormonální regulaci organismu. Zvyšují se hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu, u mužů se snižuje hladina testosteronu a u žen estrogenu. „*Spolu s poruchou odbourávání steroidů v játrech to vede k feminizujícímu efektu u mužů a maskulinizujícímu efektu u žen – alkohol bere mužům mužnost a ženám ženskost.*“ (Pecinovská, 2011, s. 61).

Abúzus alkoholu poškozuje pohlavní systém mužů i žen. Podle Kaliny a kol. (2003b) vede alkoholismus u mužů k poruchám sexuálních funkcí a k impotenci, u žen pak k poruchám menstruačního cyklu. Závažné následky může mít pití alkoholu v období těhotenství, hrozí zde riziko poškození plodu a rozvinutí fetálního alkoholového syndromu. Pro tento syndrom je charakteristická nižší porodní hmotnost, poruchy intelektu, centrální nervové soustavy a také poruchy vývoje orgánů.

Neurologické poškození

Příčinou neurologického poškození jsou degenerativní a destruktivní změny nervové tkáně. Alkohol narušuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti a zhoršuje kvalitu REM spánku. Heller a kol. (2011) uvádí jako nejčastější neurologický projev alkoholismu alkoholický tremor, ten souvisí s poškozením podkorových jader a mozečku. Alkoholový tremor se projevuje třesem víček, prstů, rukou a někdy rtů, ze kterých se přenesou do celého těla. Třes, který ustupuje po dávce alkoholu je příznakem fyzické závislosti na alkoholu. Alkoholické onemocnění nervů se podle Hellera a kol. (2011) vyskytuje zhruba u 20 % lidí závislých na alkoholu. Projevuje se obrnami bércevého svalstva, otoky dolních končetin, potížemi s chůzí po nerovném terénu a předně bolestmi a brněním. Méně známou komplikací chronického zneužívání alkoholu je alkoholická myopatie neboli onemocnění svalů. „*Poškození svalů je zpravidla vyprovokováno velkou dávkou koncentrovaného alkoholu u chronického alkoholika*“ (Pecinovská, 2011, s. 65). Postižené svaly jsou oteklé a bolestivé, často dochází k obrnám. Další komplikací, kterou Heller a kol. (2011) zmiňují, je alkoholická epilepsie. Nejčastější jsou záchvaty na počátku abstinenci periody. Při dodržení abstinence se záchvat již neprojevuje, ale při pokračování v pití je vysoké riziko záchvatu při dalším odvykacím stavu.

3.2 Psychické komplikace

Psychotické poruchy vyvolané alkoholem neboli alkoholické psychózy, vznikají jako důsledek dlouhodobého chronického abúzu. Jako nejnebezpečnější psychózu z hlediska bezprostředního ohrožení života uvádí Nešpor a Csémy (1996) Delirium tremens. Delirium tremens se nejčastěji rozvíjí po 48 až 72 hodinách po ukončení či značném omezení příjmu alkoholu a obvykle trvá 3 až 7 dní. Příznaky deliria v prodromálním stádiu jsou nespavost, nechut' k jídlu, třes končetin a celého těla, značné pocení a vyčerpanost. Prodromální stádium zpravidla trvá 1 až 2 dny. Akutní stadium deliria propuká nejčastěji v noci. Objevují se poruchy vnímání, stav dezorientace místem i časem, a především masivní zrakové halucinace. V průběhu se stupňuje úzkost a strach z halucinací, které mohou vyústit v agresi k okolí i sobě samému. Akutní stádium trvá 2 až 5 dní, přičemž intenzita příznaků v celém průběhu kolísá, a bývá zakončeno hlubokým spánkem. Léčba deliria obvykle zahrnuje farmakologické tlumení neklidu, substituci tekutin a minerálů a také prevenci a léčbu komplikací. U těžkých forem deliria je nutné sledování na jednotce intenzivní péče.

Jako další duševní onemocnění vzniklé abúzem alkoholu popisují Nešpor a Csémy (1996) alkoholickou paranoidní psychózu. Projevuje se bludy o pronásledování, zvýšenou žárlivostí a podezíravostí a nejčastěji přesvědčením nemocného o nevěře svého partnera či partnerky. Léčba této psychózy musí být dlouhodobá a je při ní vyžadován dohled a důsledná abstinence, jako nejúčinnější se prokazuje kombinace farmakoterapie a psychoterapie.

Třetí psychózou, kterou Nešpor a Csémy (1996) zmiňují je alkoholická halucinóza. Typická je sluchovými halucinacemi, které doprovází pocit pronásledování. Zpočátku se jedná o zvuky jako je pískání či šumění, ty se posléze mění v hlasy. Tyto halucinace mají většinou nepříjemný až výhružný charakter. Akutní průběh této psychózy trvá 3 až 10 dní, doznívat však může i několik měsíců.

Čtvrtým častým onemocněním způsobeným dlouhodobým abúzem alkoholu podle Nešpora a Csémyho (1996) je Korsakova alkoholická psychóza. Rozvíjí se buď nepodmíněně v průběhu alkoholické závislosti, nebo jako vyústění dlouhotrvajícího deliria tremens. Nejčastěji propuká u žen okolo 50 let věku a zpravidla se jedná o abúzus destilátů. Hlavními příznaky jsou poruchy krátkodobé paměti, narušení orientace časem a občasně prostorem. *„V klinickém obraze zpočátku zjišťujeme neadekvátní lehkou euforii, což později ustupuje celkové apatii a nezájmu o okolí. Konfabulace se jeví jako*

obrana před uvědoměním pamětních výpadku v důsledku téměř úplného vymizení novopaměti.“ (Řehan, 1996, s. 40) Při léčbě se využívá vysokých dávek vitaminů skupiny B, které doplňují nootropika. Samozřejmostí je i nutnost dlouhodobé abstinence od alkoholu. *„Potřebná je psychiatrická a neurologická rehabilitace. U malé části nemocných můžeme dosáhnout příznivého léčebného efektu, ale je více těch, kteří postupně degradují a stávají se invalidními. Podstata stavu se nedá terapeuticky ovlivnit.*“ (Skála, 1987, s. 71)

Poslední psychózou, kterou Nešpor a Csémy uvádí (1996) je alkoholická demence. Skála (1987, s. 71) ji popisuje následovně: *„Jde o konečné vyústění alkoholické kariéry, nejčastěji jako důsledek opakovaných a neúspěšně léčených alkoholických delirií nebo příbuzných alkoholických psychóz, nezřídka však i jako terminální projev chronického poškození mozku a celého organismu, bez předchozích psychotických epizod.*“ Projevuje se úbytkem duševních schopností, ztrátou zájmů, poruchami sociability a sociální degradací. Podmínkou stabilizace je abstinence. Od stařecké demence se liší dobou nástupu, už okolo 50 roku života, někdy i dříve. Osoby trpící touto chorobou potřebují plnou péči a dohled (Skála, 1987).

4 Léčba alkoholismu

Pokud se zneužívání posune v chorobnou závislost a nemocný přijde o schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpět, je nutná léčba. *„Léčba nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze uzdravu, tj. vymizení příznaků choroby, pro jejíž udržení je nutné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety – vzdání se konzumace alkoholických nápojů v jakémkoli množství a trvale po celý život.“* (Heller, 2011, s. 121)

U závislosti často chybí velice důležitý předpoklad pro úspěšné zvládnutí léčby, a tou je náhled nemoci. Závislí si většinou svou chorobu neuvědomují a potřebu léčby tedy odmítají. V takové situaci hraje zásadní roli rodina a okolí nemocného, kteří ho musí přesvědčit o jeho problému a nasměrovat ho k přijetí nutnosti léčby (Profous, 2011). Nucená léčba může být v současné době nařízena pouze soudně, a to v souvislosti s trestnou činností, v takovém případě se jedná o ochranné léčení. K odvykací léčbě může závislý nastoupit po vlastním uvážení, podmínkou pro přijetí do léčby je nezbytná motivace nemocného léčbu podstoupit až do konce a vzdát se konzumace alkoholu po celý život (Heller, a kol. 2011). Léčení alkoholismu spočívá v komplexní péči a zahrnuje nejrůznější formy a metody psychoterapie a socioterapie, přičemž nezanedbává možnosti biologického léčení. Léčba musí být dlouhodobá, jelikož sleduje jak somatickou, tak psychickou a sociální rehabilitaci (Skála, 1987).

Řehan (1994) tvrdí, že komplexní léčba osob závislých na alkoholu a jiných drogách má základní a variabilní součásti, které se však uplatňují v různých formách, podle potřeby léčby. Základní části rozdělujeme na tři, kdy jako první přichází na řadu fáze detoxifikace neboli odstranění bezprostředních pozůstatků po předchozí alkoholové kariéře a postupné léčení tělesných následků. Druhou částí je fáze léčebná, kdy pacient podstupuje komplexní léčbu, po jejímž absolvování přichází třetí fáze – doléčovací. Doléčování je doporučeno za pomoci ambulantních zařízení, doléčovacích klubů a svépomocných skupin.

4.1 Typy léčby

„Léčba osob závislých na alkoholu a řešení biologických, psychologických a sociálních problémů, které jsou s ní spojené, spočívá v následujícím: ubírat na síle a energii oněm destruktivním, degradujícím tendencím v myšlení a chování jednotlivců tím, že rozvíjíme tendence konstruktivní a vytváříme tak jejich progresivní převahu. Rehabilitace závislých osob – jejich léčba a doléčování – může za příznivých podmínek přerůst do dimenze růstu osobního i společenského.“ (Skála, 1987, s. 73) Mezi nejvíce užívané léčby u nás se podle Kaliny a kol. (2003) řadí ambulantní péče, ústavní péče a stacionární léčba.

Ambulantní péče

Jedná se o poradny, soukromé praxe, ambulantní složky státního i soukromého zřizovatele. Spojujícím prvkem je stav, kdy klient navštěvuje odborníka a po konzultaci s ním se vrací zpět do běžného života. Výhodou je tedy nepřerušovaný kontakt nemocného s rodinou a udržení jeho pracovního vytížení. *„Možnosti ambulantní terapie bývají většinou spojovány s tzv. lehčími případy, tedy osobami, u nichž závislost na alkoholu není rozvinuta do terminálního stádia.“* (Řehan, 1994, s. 56) Ambulantní léčba by měla být pravidelného charakteru, poskytována alespoň 2x týdně a trvat minimálně rok. Terapeut při léčbě podporuje a rozvíjí pacientovy schopnosti zvládnout rozhodnutí abstinovat a pomáhá mu ve vytvoření a přijetí programu k dosažení potřebných fyzických a psychických schopností. Pacient by měl získat podklady ke konstrukci svého programu pro změnu svého životního stylu. Léčebný program by měl být tvořen psychoterapií, farmakoterapií, socioterapií a dalšími pomocnými aktivitami (Heller a kol., 2011).

Skála (1987) konkretizuje tři typy osob, pro které je ambulantní léčba vhodná.

- 1) Osoby, které jsou dostatečně motivované, sociálně dobře integrované a nejsou u nich projevy těžkých důsledků na tělesném ani duševním zdraví.
- 2) Osoby, které jsou v přípravě na léčbu v ústavním zařízení.
- 3) Osoby, které byly propuštěny z ústavní intenzivní péče do následného ambulantního doléčování (Skála, 1987).

Profous (2011) zastává názor, že léčba by měla být zpočátku preferována právě ambulantní léčba, jelikož v mnoha případech postačí a pomáhá překonat stud a prvotní neschopnost přijetí diagnózy. Pokud se však tento druh léčby jeví jako nedostačující, je lepší zvolit cestu ústavním léčením.

Ústavní péče

Když pacient ztratil možnost vlastními silami zvládnout situaci a k alkoholu se opakovaně vrací bez ohledu na škody na jeho zdraví, tak i na jeho rodinu, je hospitalizace nezbytná. „*Ústavní léčba znamená již dlouhodobý pobyt na nemocničním lůžku, neboť nejkratší smysluplná doba terapie je 4 až 6 týdnů.*“ (Heller, 2011, s. 125) Tato doba je potřebná nejen k detoxifikaci organismu, ale také k odstranění následků způsobených alkoholem. Pro co nejvyšší úspěšnost léčby se uvádí, že by hospitalizace měla trvat 3 až 6 měsíců. Výhodou je možnost nepřetržitě sledovat chování pacienta, což pomáhá k získání komplexního obrazu klienta a vytvoření léčebného programu. Podstatou léčebného programu je strukturovanost a pravidelný režim, pacient každodenně absolvuje různé terapie, aktivity a sezení (Heller a kol., 2011). Osoby, pro které je ústavní protialkoholní léčení vhodné rozděluje Skála (1987) do pěti okruhů:

- 1) Osoby s těžkými důsledky na tělesném a psychickém zdraví.
- 2) Osoby s výraznými následky ve společenských vztazích a problémy se zákony.
- 3) Osoby s těžkými primárními či sekundárními změnami osobnosti.
- 4) Osoby, které jsou závislé na více drogách najednou.
- 5) Osoby, kterým ambulantní léčba nepomáhá, nezvládají ji, opakovaně recidivují (Skála 1987).

Stacionární léčba

Jedná se o krátkodobou, obvykle několika týdenní léčbu, kdy pacient denně dochází do celodenního léčebného programu, což umožňuje zahájení abstinence při každodenním kontaktu s domácím prostředím. Základním předpokladem je kvalitní a bezvýhradná spolupráce pacienta. V programu pacient získává motivaci a potřebné informace, jak si uzpůsobit životní styl s alkoholovou abstinencí (Heller, a kol. 2011).

4.2 Léčebný program

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje široké spektrum různých metod a přístupů. Některé metody a přístupy lze vzájemně kombinovat, jiné však nikoli. Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou správně fungujícího a efektivního léčebného programu. Aby byl program efektivní, musí být schopný vyjít vstříc skutečným potřebám klienta. *„To znamená stálé přizpůsobování programu nejen směrem ke specifické povaze problému závislosti, ale především směrem k měnícím se potřebám a výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty.“* (Miovský, 2003, s. 15) Podle Hellera a kol. (2011) jsou základními složkami léčebného programu detoxifikace, psychoterapie, sociální rehabilitace a podpůrná farmakoterapie.

Farmakoterapie

Farmakoterapie se v léčbě závislosti na alkoholu objevuje při detoxifikaci jako podpora pro zvládnutí odvykacího stavu, léčbě duálních psychóz, somatických komplikací a u chronického stádia závislosti. Možností, jak pomocí farmakoterapie ovlivnit vztah k alkoholu, je senzitivace. Jedná se o používání látek, které při kombinaci s alkoholem pacientovi vyvolají potíže. Typickou, nejčastěji používanou látkou tohoto typu je disulfiram neboli antabus. Tento lék působí metabolický blok, při kterém je potlačena aktivita enzymu, který se podílí na metabolizaci alkoholu. Dojde-li při užívání antabusu ke konzumaci alkoholu, následuje výrazná vegetativní reakce organismu projevující se zvýšením krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy a zvracením. Princip terapie spočívá v tom, že pacient má z této nepříjemné reakce strach, a bojí se proto napít alkoholu. V optimálním případě je antabus podáván po dobu jednoho roku od počátku abstinence v ambulantním programu 2x týdně (Kalina a kol., 2015).

Psychoterapie

Psychoterapie hraje v terapii závislosti na alkoholu klíčovou roli. Existuje mnoho psychoterapeutických přístupů. Nešpor a Csémy (1996) zastávají názor, že kognitivně-behaviorální postupy bývají při léčbě závislosti účinnější nežli psychoterapie dynamická, častěji se proto používá skupinová psychoterapie oproti individuální.

Terapeutické programy na lůžkových odděleních často užívají principů terapeutické skupiny. „*Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta v odvykací léčbě je získání náhledu, jeho vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu, kdy je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí pro abstinenci*” (Popov, 2003, s. 155). U dalších klinických poruch, které jsou vyvolané alkoholem, má psychoterapie význam jako podpůrná složka. V případě škodlivého užívání může být efektivní takzvaná krátká intervence, jejíž smyslem je pacienta varovat před zdravotními riziky abúzu alkoholu ještě v situaci, kdy dotyčný neztratil kontrolu nad alkoholem a má sám schopnost pití omezit nebo úplně přerušit (Nerad, 1989).

Rodinná terapie

Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů. Rodina nemusí být jen zdrojem patologie a četných problémů, může být zdrojem veliké emoční podpory, fungující rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a rodinné vztahy často motivují k léčbě a pozitivní změně (Vandeman, 1992). „*V praxi se nejčastěji setkáváme se dvěma situacemi. Tou první je spolupráce s rodiči nezletilého nebo mladého dospělého člověka. Druhou častou situací je spolupráce s partnerem nebo partnerkou dospělého.*” (Nešpor a Csémy, 1996, s. 63)

4.3 Následná péče a recidiva

Následná péče je nedílnou součástí procesu léčby a resocializace osob závislých na alkoholu. Zahrnuje všechny služby a intervence, které navazují na léčbu závislosti a jsou cílené na udržení dosažených změn chování. Následná péče tedy tvoří poslední fázi procesu změny závislého a je založena na předpokladu, že stálá podpora po dokončení léčby může odstranit nebo zmírnit faktory spojované s recidivou, a naopak posilovat faktory spojené s udržení abstinence (Kalina a kol., 2015). Ministerstvo práce a sociálních věcí (2023, online) uvádí, že následnou péči tvoří programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace.

Doléčovací programy

Nejčastějším motivem vstupu do doléčovacího programu je obava z možné recidivy. „*Pojmy následná péče a doléčování bývají mnohdy zaměňovány. Doléčování však spočívá zejména v posilování a podpoře abstinence po léčbě a vymezuje tak pouze část následné péče*” (Pavlovská, Dolanská, 2015, s. 471). Doléčování má nejčastěji formu ambulantních skupin s pravidelným setkáváním jednou týdně.

Každé zařízení si vytváří doléčovací program samostatně dle vlastního uvážení, základní složky jsou ovšem u všech stejné. Kalina a kol. (2015) uvádí tyto:

- 1) psychoterapie,
- 2) prevence recidivy,
- 3) sociální práce,
- 4) lékařská péče,
- 5) práce s rodinnými příslušníky,
- 6) nabídka volnočasových aktivit (Kalina a kol., 2015).

Zvládání a prevence recidivy

Zvládání recidiv je při léčbě závislostí častým problémem. Na recidivu by se mělo nahlížet jako na přirozenou součást terapeutického procesu léčby a během léčby na její možnost pacienta i jeho blízké připravit (Nešpor a Csémy, 1996). Konkrétní příčiny recidivy se různí, existují ovšem situace vysoce rizikové pro její počátek. Millerová (2011) je shrnuje do třech okruhů.

- 1) Negativní emocionální stavy. Tvoří až třetinu recidiv, projevují se pocity hněvu, úzkostí, frustrace, smutku až deprese.
- 2) Interpersonální konflikty. Hádky a konflikty v jakémkoliv mezilidském vztahu.
- 3) Sociální tlak. Situace, kdy je na pacienta vyvíjen tlak podporující recidivu (Millerová, 2011).

Nešpor (1995) uvádí, že pro zvládnání a prevenci recidivy je potřeba naučit pacienta způsobům, jak alkohol v rizikových situacích odmítnout. Kalina (2013) shrnuje složky prevence recidivy následovně:

- 1) Psychoedukace. Klient se seznámí s modelem recidivy, to mu umožní lepší orientaci ve vlastním jednání a zdrojích nutkání recidiv.
- 2) Zvědomování. Klient se z vlastních zkušeností učí, jak rozpoznat signály rizikových situací.
- 3) Hledání a efektivních strategií předvídání a zvládnání rizik.
- 4) Tvarování chování. Naučení klienta dovednostem, jak zvládnout rizikové situace.
- 5) Intervence k životnímu stylu. Jak změnit klientův životní styl pro minimalizaci rizikových situací (Kalina, 2013).

Prevence recidivy je klíčová složka následné péče. Jejím cílem je rozvíjet u klienta dovednosti a vědomosti tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola, a tím se snížila šance k recidivě. Konkrétněji jde o dovednosti identifikovat rizikové situace, předvídat je a vyhnout se jim nebo je zvládnout (Nešpor 1995).

5 Praktická část

V této části bakalářské práce se budu zabývat vlastním výzkumným šetřením. Představím zde cíle šetření, výzkumné otázky, zvolenou metodologii a soubor výzkumného vzorku. Dále se zaměřím na interpretaci dat získaných z mého šetření. Celou kapitolu ukončím závěrečným shrnutím a diskusí.

5.1 Cíl, výzkumné otázky, metodologie a výzkumný vzorek

Tuto podkapitolu jsem zaměřil na průběh mého výzkumného šetření, soustředím se zde na samotný cíl šetření a z něj plynoucí výzkumné otázky. Dále popíši zvolenou metodologii a výzkumný vzorek.

Cíl šetření a výzkumné otázky

Vzhledem k snadné dostupnosti alkoholu a k faktu, že je jeho konzumace společností zpravidla akceptována, je celkem snadné stát se osobou závislou na alkoholu a může se to přihodit komukoliv, léčit se s tímto problémem však není snadné pro nikoho. Většina populace se ale do stádia závislosti nedostane. Hlavním cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jaké faktory ovlivňují vznik a rozvoj alkoholové závislosti a které důvody vedou závislé osoby k léčbě. Na základě cíle výzkumu jsem stanovil dvě hlavní výzkumné otázky:

1. Jaké faktory se podílely na vzniku a rozvoji alkoholové závislosti?
2. Jaké důvody vedly osoby závislé na alkoholu k léčbě?

Metodologie

Pro své výzkumné šetření jsem zvolil kvalitativní přístup, který je zaměřen na získání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince. Kvalitativní výzkum se provádí za pomoci dlouhého a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců (Hendl, 2005). Jak uvádí Hendl (2005), jednou z hlavních výhod kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Poskytuje podrobné informace o tom, proč se daný fenomén objevil. Podle Knytla a Křivákové (2022) je v kvalitativním výzkumu snaha zachytit a popsat co nejpodrobněji určitý problém. Podrobnou definici kvalitativního výzkumu, která shrnuje všechny důležité charakteristiky podávají Švaříček a Šedová (2007, s.17): „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v

autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ Jako metodu sběru dat jsem zvolil nejčastěji užívanou metodu v kvalitativním výzkumu, a to hloubkový rozhovor. Účelem hloubkového rozhovoru je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů, umožňuje tedy zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček a Šedová, 2007). Jako typ hloubkového rozhovoru jsem zvolil polostrukturovaný rozhovor (viz příloha A). Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného schématu, který je pro tazatele závazný. Schéma zpravidla specifikuje témata a otázky, na které se tazatel ptá. Pořadí otázek je obvykle možné zaměňovat a doplňovat o konkretizující otázky, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru (Miovský, 2006).

Výzkumný vzorek

Vzhledem k cílům a výzkumným otázkám mého šetření jsem jako hlavní kritéria pro výběr dotazovaných stanovil diagnózu závislosti na alkoholu a podstoupení ústavní léčby závislosti. Pro výběr dotazovaných jsem zvolil metodu záměrného (účelového) výběru přes instituce. Jedná se o metodu, kdy využíváme určitého typu služeb či činností institucí, které jsou určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá (Miovský, 2006). Oslovení potencionálních informantů proběhlo v Léčebně návykových nemocí Nechanice. Z 26 osob, které se léčí se závislostí na alkoholu se k účasti na šetření dobrovolně přihlásilo 7 informantů. Jednalo se o 4 muže a 3 ženy. Co se týče etického aspektu šetření, každý z informantů byl ubezpečen o naprosté anonymitě. Všichni informanti byli před započítím rozhovoru seznámeni s tím, že rozhovor bude nahráván a požádal jsem o jejich souhlas. Rozhovory proběhly v samostatné místnosti, což zabezpečilo soukromí. Všichni informanti vstupovali do rozhovoru dobrovolně a byl mi jimi podepsán písemný souhlas k účasti na výzkumu.

5.2 Interpretace dat šetření

K přípravě interpretace dat z šetření byl základem přepis audio záznamů všech rozhovorů do textové podoby (viz příloha B). Při přepisu jsem provedl redukci prvního řádu neboli vynechání nepodstatného jako je takzvaná slovní vata a výrazy, které narušují plynulost.

Abych se ujistil, že nedošlo k chybné interpretaci audio záznamu při přepisu, každý záznam jsem si poslechl opakovaně. Pro analýzu dat získaných během šetření jsem zvolil metodu vytváření trsů. Tato metoda slouží k seskupení a konceptualizování určitých skupin. Takovéto skupiny neboli trsy vznikají na základě vzájemné podobnosti. Osobně jsem trsy zpracovával v diagramech. Dále jsem využil metody zachycení vzorců, jejíž základním principem je vyhledávání určitých opakujících se vzorců či témat a jejich následného zaznamenání (Miovský, 2006). V následující části této kapitoly se budu zabývat interpretací výsledků, které jsem získal analýzou rozhovorů. Pro lepší přehlednost jsem trsy, získané analýzou, rozdělil do několika kategorií.

Vzpomínky na dětství

Dětství je jedno z nejdůležitějších období, kdy jedinec přijímá a vytváří si různé vzorce chování pro budoucnost. Právě proto jsem se při svém šetření zaměřil i na toto období.

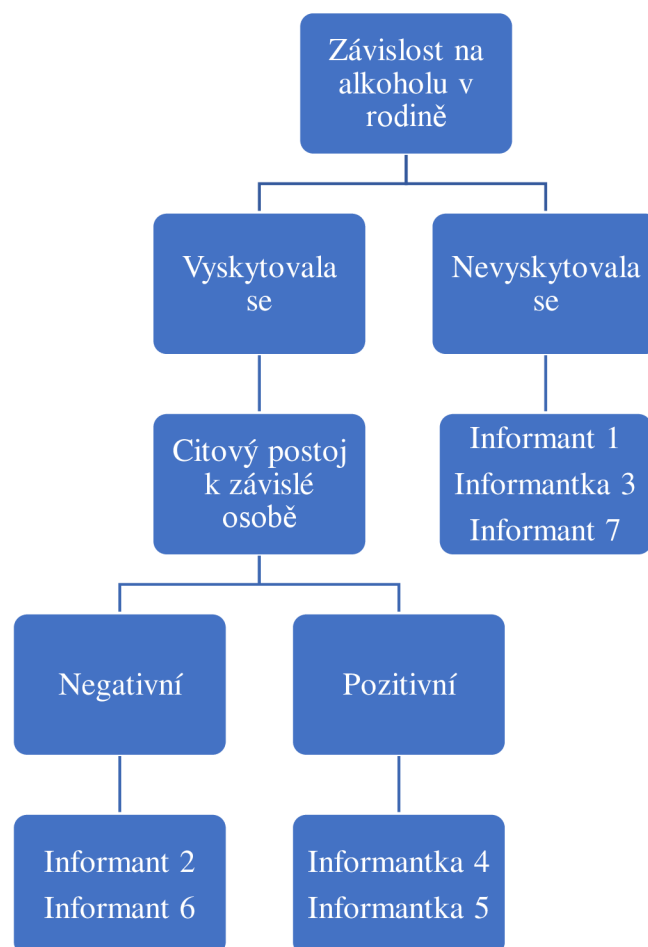


Diagram č. 1 Trs 1

Na zobrazeném diagramu č.1 jsem rozebral přítomnost závislosti na alkoholu v průběhu dětství informantů. Čtyři ze sedmi informantů uvedlo, že si z dětství vybavují blízkého člena rodiny, který měl potíže s alkoholem. U informantů 2 a 6 se jednalo o otce, u informantky 4 babička a u informantky 5 se jednalo o matku. Dále jsem se zajímal o vztah, jaký informanti se závislou osobou měli. V případě informantů, kteří měli závislého otce byl jejich vztah negativní. V obou případech se u otců vyskytovalo agresivní chování, které by se dalo označit až za týrání. Informant 2 uvedl: „...otec byl agresivní alkoholik, pod vlivem nás často týral, několikrát mi vyhrožoval i nožem...“. U informantek 4 a 5 dle jejich slov neměl alkohol vliv na jejich emoční vztah. Informantka 5 o své matce řekla: „...přestože měla matka potíže s alkoholem, jako dětem se nám dost věnovala, měla velký smysl pro humor...“. Alkohol v rodině tedy vždy nemusí ničit citové pouto mezi závislým a členy rodiny.

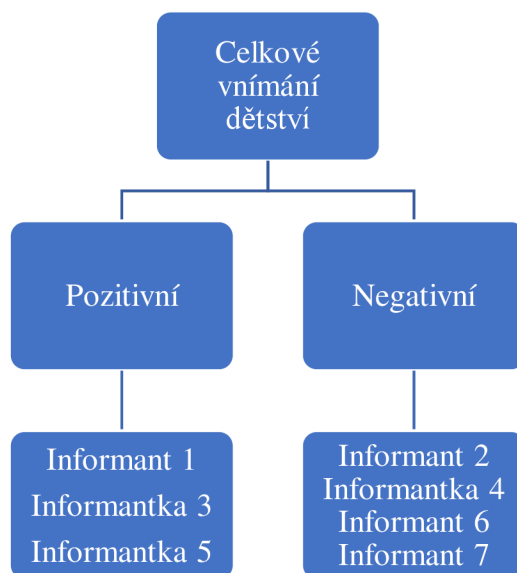


Diagram č. 2 Trs 2

Na diagramu č.2 je zachyceno, jak informanti zpětně hodnotí své dětství. Jako pozitivní ho tři informanti, konkrétně informant 1, informantka 3 a 5. Jak je patrné z předchozího diagramu č.1, v rodině informanta 1 a informantky 3 se nevyskytovala závislost na alkoholu, kdežto u informantky 5 ano. Pozitivní vztahy s rodiči, přestože jsou závislí, hrají výraznou roli při zpětné evaluaci dětství. Všichni tito tři informanti dále uvedli, že pocházeli z dobře zajištěných a sociálně aktivních rodin. Čtyři informanti zpětně hodnotí své dětství negativně, přestože všichni vnímají, že pochází z dobře finančně zajištěných rodin. Ve třech případech, u informanta 2, 6 a 7, byl největším negativním vlivem špatný vztah s otcem. U informantů 2 a 6 se ze strany otce jednalo o týrání a agresi pod vlivem alkoholu. Informant 7 k důvodu špatného vztahu s otcem

řekl: „...měl strašně pedantskou výchovu, která mi osobně nebyla příjemná, spíš, než respekt jsem z něj měl hodně strach...“. Informantka 4 vidí největší negativa svého dětství v psychických potížích a špatných pocitech: „...rodinu jsem měla bezproblémovou, ale měla jsem dost velké pocity samoty, i přestože jsme byli spolu, tak na mě nikdo neměl čas...“. Dá se tedy říci, že zlom mezi pozitivním a negativním dětstvím informanti vnímají více podle citových vztahů než materiálního zabezpečení rodiny.

Alkohol jako pomocník

Do této kategorie jsem zařadil diagramy, které se týkaly počátků konzumace alkoholu a hlavních příležitostí kdy informanti alkohol pili. Také jsem se zaměřil na problémy a pocity, se kterými si alkohol informanti spojovali.

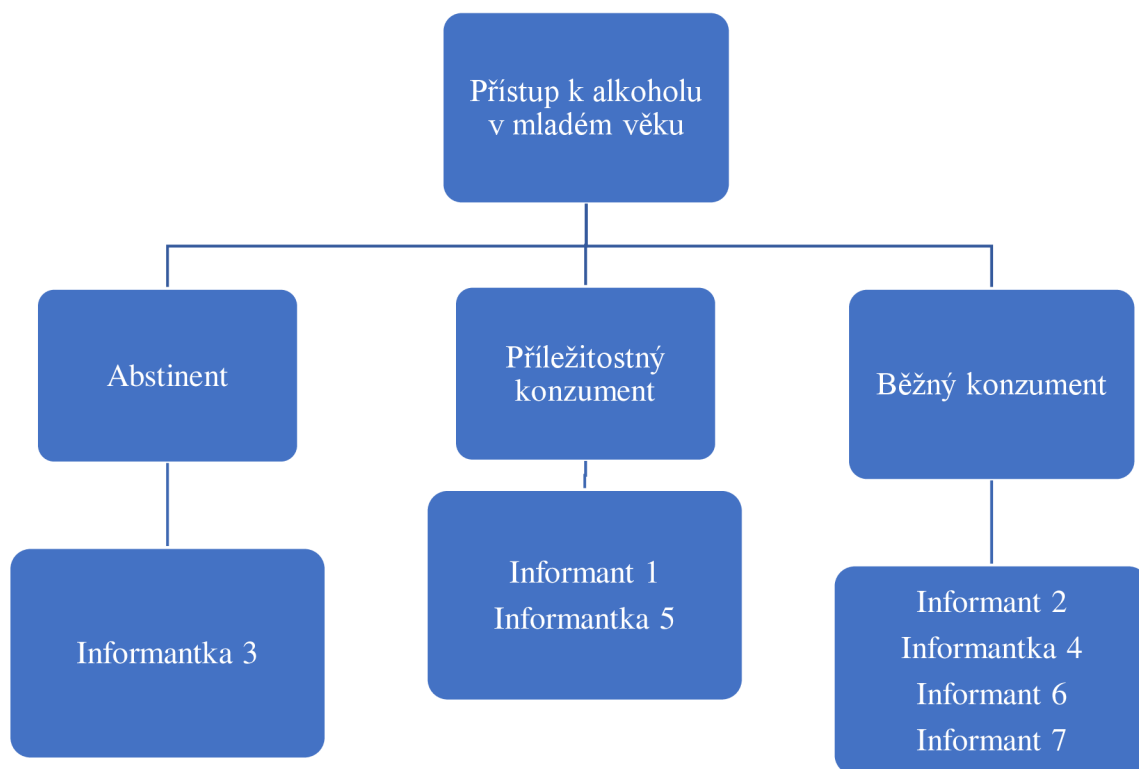


Diagram č. 3 Trs 3

U diagramu č.3 jsem se zajímal o to, jaký přístup k alkoholu informanti měli v období dospívání. Pouze informantka 3 o sobě uvedla, že na své dospívání pohlíží jako na období abstinence: „...celý život jsem alkohol nepila, začala jsem až ve 33 letech, když jsem na mateřské zůstala s dětmi sama doma...“. Zlom pro informantku 3 byl tedy v době odloučení od manžela a alkohol vnímala jako formu odpočinku, když děti spaly, a k urychlení času. Informant 1 a informantka 5 vypověděli, že v dospívání alkohol pili

pouze ve výjimečných příležitostech jako byly rodinné setkání a oslavy přátel. Nikdy se však na těchto událostech nepropili do stavu opilosti. Informant 2, 6 a 7 a informantka 4 přiznali, že alkohol v době dospívání konzumovali pravidelně o víkendech, přičemž se nejčastěji jednalo o setkání s vrstevníky. Informant 6 k jeho počátkům pití alkoholu uvedl: „...začal jsem pít asi od 12 nebo 13 let, snažil jsem se tím trochu dorovnat starším kamarádům, od 9. třídy jsem s nimi většinu víkendů chodil do hospody...“. Alkohol byl u nich prvotně vnímán jako forma zábavy a odreagování od povinností všedních dnů.

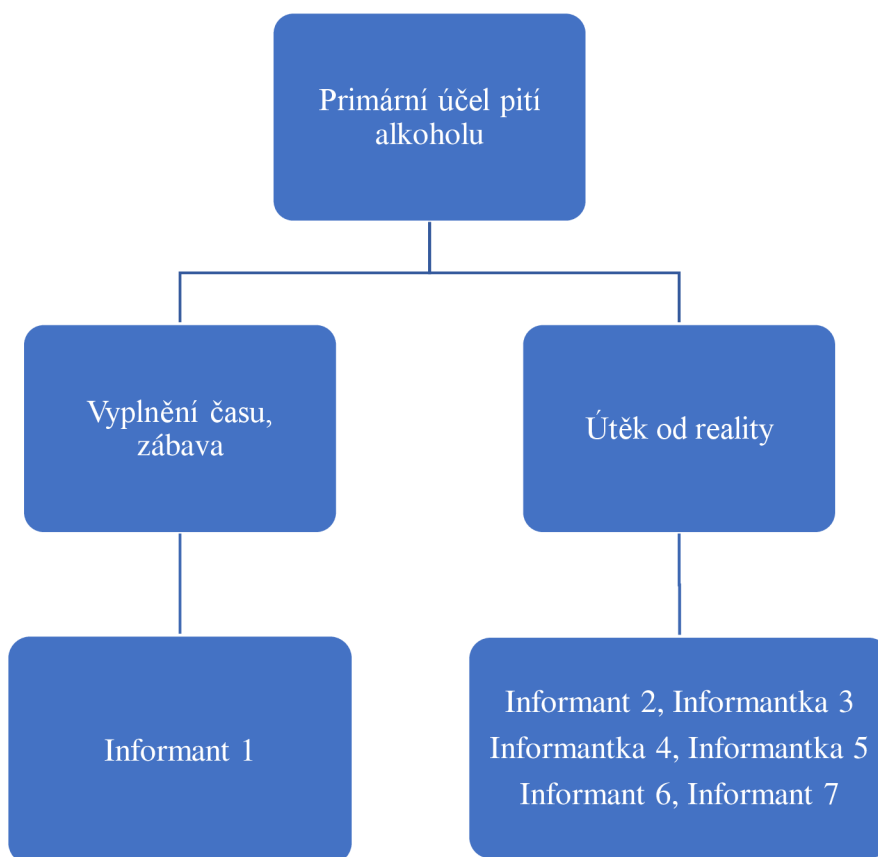


Diagram č. 4 Trs 4

V diagramu č.4 se zabývám tím, jaké pocity si informanti spojovali s pitím alkoholu a co způsobilo zlom v jejich původního přístupu k pití a finální závislosti. Jediný, kdo alkohol vždy viděl jako do jisté míry neškodné vyplnění času a nespojoval ho s negativními pocity je informant 1: „... závislost se u mě vyvinula ze standartního pití..., ...nikdy mi nepřišlo že bych alkoholem řešil nějaké problémy nebo před něčím utíkal, prostě jsem si zvykl pít a nemohl jsem přestat...“. Ostatní informanti alkohol spíše, než jako odpočinek, začali vnímat jako druh útěku z reality. Díky alkoholu přestali myslet na své osobní potíže. U informantů 2 a 6 se povětšinou jednalo o negativní pocity spojené

s jejich otcem a týráním, informant 6 k tomu uvedl: „...alkoholem jsem utíkal z reality, od dětství jsem v sobě dusil pocity, hlavně kvůli otcovi..., ...naučil jsem se, že když nechci myslet a chci mít klid, tak si dám alkohol...“. Informantka 3 dle jejích slov zapíjela pocity smutku, samoty a deprese. Obdobně to viděla i informantka 4: „...neumím přijímat negativní věci a vlastně ani svoje chyby, byla jsem sice v partnerském vztahu, ale stejně jsem měla pocit samoty, právě tady v tom mi alkohol pomáhal, v podstatě jsem žila mimo realitu...“. Informantka 5 se svěřila, že jejím hlavním důvodem pití alkoholu byl emoční útek před domácím násilím: „...čím víc mě manžel mlátil, tím víc jsem pila, říkal, že mě bije, protože jsem alkoholička, ale každý den mi tu láhev přinesl on...“. Hlavním motivem pití alkoholu informanta 7 bylo odvrácení pozornosti od ekonomických a psychických problémů po rozchodu s přítelkyní. Z dříve popsánoho je patrné, že nejčastějším motivem k pití alkoholu zmiňovaných informantů a zlomem v jejich přístupu k alkoholu, jsou psychické potíže, které se konzumací alkoholu snažili zmírnit a ulevit si od nich. Přímé důvody útěku z reality pomocí alkoholu se sice liší, avšak všechny útoky mají stejný cíl, a to dosáhnout chvilky klidu a oprostění od vlastních emocí.

Potíže způsobené alkoholem a motivace k léčbě

V této kategorii jsem se zabýval potížemi, které způsobil abúzus alkoholu, a následně momenty kdy si informanti uvědomili nutnost léčby své závislosti a co bylo jejich motivací pro její započetí

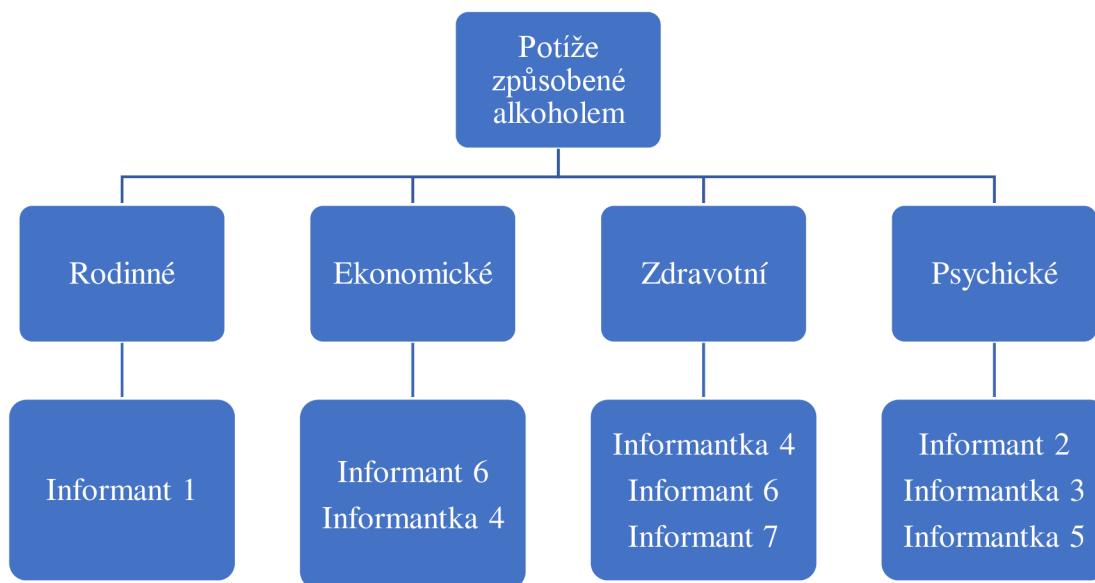


Diagram č. 5 Trs 5

V diagramu č.5 jsou uvedeny největší potíže, které nadměrné pití alkoholu informantům přineslo. U informanta 1 vznikly největší komplikace v rodině, ztratil u ní věrohodnost a bylo na něj nahlíženo jako na problémového alkoholika: „...*děti mi řekly, že pokud budu pít, nebudou mi svěřovat vnučata na hlídání...*“. Ekonomické obtíže nejvíce pocítovali informant 6 a informantka 4, oba k tomu zažívali i nemalé zdravotní komplikace. Ke svým problémům informant 6 řekl: „...*největší problémy jsem měl s penězi, všechno jsem hned propil, mám dluhy a exekuce, zdravotně se mi projevovaly těžké abstinenční příznaky, nejhorší byl třes...*“. Zdravotní komplikace se díky nadužívání alkoholu projevily i u informanta 7, sám je popsal jako nesnesitelné abstinenční příznaky. Psychické problémy alkohol rozvinul u informanta 2, informantky 3 a 5. U všech tří se jednalo již o déle trvající psychické problémy, před kterými jim alkohol prvotně pomáhal utéci, nakonec se však tyto problémy alkoholem umocnily. Tyto případy spojují myšlenky na sebevraždu, které se většinou vyskytovaly ve stavu opilosti, v jednom případě to zašlo až k pokusu o čin, jak se informant 2 svěřil: „...*jednou jsem se chtěl v opilosti opravdu zabít, podřezal jsem se, a nakonec skončil v nemocnici...*“ Přestože se při pití alkoholu může zdát, že problémy dočasně ustupují, vždy se nakonec vrátí a často s sebou přinesou i další komplikace.

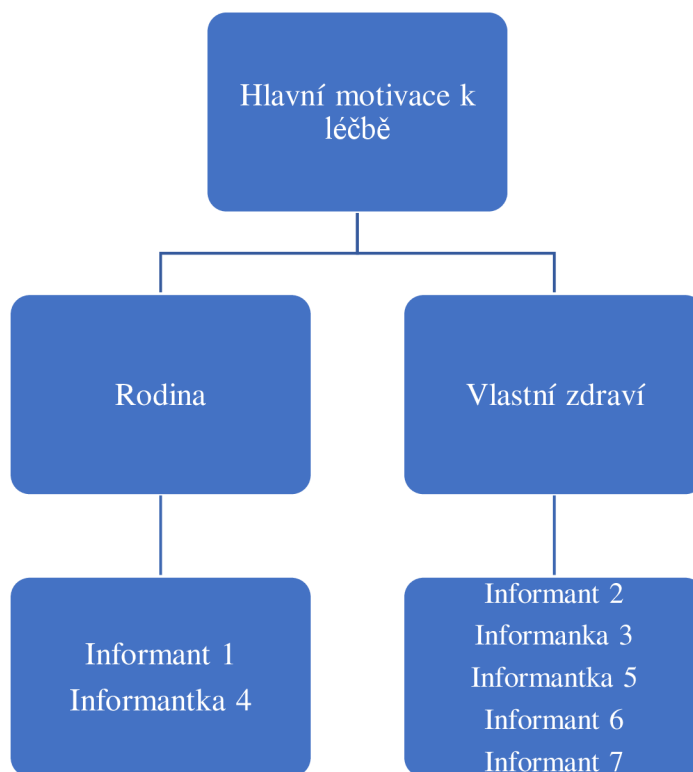


Diagram č. 6 Trs 6

Na diagramu č. 6 jsou znázorněny dva hlavní okruhy, které motivovaly informanty k léčbě. Pro informanta 1 a informantku 3 měla největší význam pro začátek léčby rodina. Pro informanta 1 se konkrétně jedná o zpětné přijetí svými dětmi a možnost hlídání svých vnoučat. Informantka 4 si nutnost léčby uvědomila v nemocnici, kam se dostala kvůli těžkému zánětu jícnu a hltanu. Největší motivaci vidí ve své dceři, jak sama uvedla: „... *pokračovat v pití alkoholu by znamenalo zemřít, mám malou dceru a nechci přijít o to moct ji vychovávat, moje největší motivace je žít pro ni a dát jí všechno co budu moct...*“. Rodina tedy může zásadně ovlivnit jedince při rozhodování, zda je léčba nutná. Informant 2, 6 a 7 a informantka 3 a informantka 5 význam uvědomění si nutnosti léčby připisují k jejich stoupajícím zdravotním a psychickým komplikacím, které vzrostly do takové míry, kdy už nešly přehlížet a informanti si uvědomili, že je musí začít řešit. U informanta 2, informantky 3 a 5 se převážně jednalo o psychické obtíže jako pocity depresí a myšlenky na sebevraždu. Tyto tři informanty tak spojuje moment, kdy se rozhodovali mezi léčbou a zvyšující se možností pokusu o sebevraždu. Informant 2 tento moment popisuje následovně: „...*dostal jsem se na dno, byl jsem na ulici a chtěl jsem se zabít, buď bych se zabil nebo se šel léčit...*“. Informant 6 si své potíže s alkoholem údajně uvědomoval dlouho, ale k léčení se neodhodlal: „...*dlouho jsem hledal odvalu sebrat se a jít se léčit, fakt jsem se léčit chtěl, ale nevím proč, bál jsem se, jedno ráno jsem měl fakt strašný abstinenční příznaky a nějak si uvědomil, že to sám nezvládnou...*“. Informant 7 své uvědomění si nutnosti léčby popsal následovně: „...*motivace vznikla tak, že jsem byl fyzicky i psychicky vyčerpaný a po jedné události jsem skončil na záchytce, došlo mi, že to sám nezvládnou, byl jsem troska...*“. Těchto pět informantů spojuje motivace zachování si vlastního zdraví a uvědomění si ceny vlastního života. Chtějí být zdraví a zase normálně žít.

Průběh léčby a možnost doléčovacích programů

Tuto poslední kategorii jsem věnoval průběhu léčby informantů a její efektivitě. Dále jsem se pak zaměřil na budoucí plány informantů, jako jsou možné doléčovací programy.

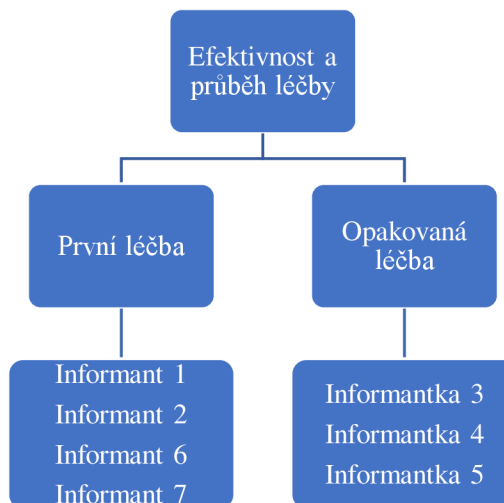


Diagram č. 7 Trs 7

Diagram č.7 se zaměřuje na efektivnost léčby, její průběh a vliv na informanty. Informanti jsou rozděleni do dvou trsů podle toho, zda je jejich léčba závislosti na alkoholu první, či již opakovaná.

U informantů, kteří podstupují svou první léčbu jsem se zaměřil zejména na její vliv pro ně a jak tuto léčbu vnímají. Všichni informanti podstupující první léčbu se shodují, že počátky léčby byly obtížné, nikdo z nich nevěděl, co čekat. Informant 2 ke svému začátku léčby řekl: „... *ze začátku bylo těžký do komunity tady zapadnout, byl jsem dost uzavřený, ale časem si člověk zvykne a začalo se mi tady líbit...*“. Přístup terapeutů a komunitu, kterou tu informanti s dalšími pacienty tvoří, vnímají všichni velice pozitivně. Informant 6 komunitní přístup vnímá následovně: „...*tohle je moje první léčba, nejspíš mi vyhovuje, baví mě to tu, potkávám tu různé druhy lidí, kteří jsou všichni na stejné lodi, navzájem se tu podporujeme...*“.

U informantek, které podstupují již opakovanou léčbu jsem zjišťoval, co zapříčinilo jejich recidivu. Informantky vidí v důvodu recidivy vliv dvou faktorů. Jedním z těchto faktorů byl návrat do původního prostředí, které zůstalo víceméně tak, jak ho opustily před léčbou. Informantka 3 ke vzpomínce na recidivu uvedla: „...*poprvé jsem se napila asi druhý den co jsem se vrátila z léčebny, vrátila jsem se do úplně stejného prostředí, přestože jsem v léčbě měla i partnerskou terapii, změny, na kterých jsme se s partnerem domluvili se nestaly...*“. Druhým faktorem byly rodinné problémy, jednalo se jak o staré

a nevyřízené záležitosti, tak o nové skutečnosti, kterým informantky nedokázaly čelit. Informantka 4 kvůli stesku a strachu o dceru ukončila svou první léčbu předčasně. Informantka 5 čelila krátce po ukončení léčby těžkému období: „...*po léčbě vše fungovalo v pořádku, chodila jsem na doléčování. Žila jsem s matkou a dcerou, ta se po chvíli odstěhovala k partnerovi. Jela jsem na několik dní na dovolenou a když jsem se vrátila, maminka mi oznámila, že má rakovinu a během 5 týdnů umřela. To jsem nezvládla a rozpila jsem se...*“. Všechny tři informantky však znovu našly motivaci k léčbě. Průběh jejich aktuální léčby vnímají jako efektivní zejména díky pobytu ve smíšené komunitě a přístupu léčby, který je zaměřen na hledání příčin počátku pití a prací s nimi. Největším rizikem efektivnosti léčby a recidivy jsou emočně náročné situace po ukončení ústavní léčby.



Diagram č. 8 Trs 8

Diagram č.8 cílí na vizi informantů do budoucna. V době konání rozhovorů byli všichni informanti rozhodnutí na ústavní léčbu navázat doléčovacími programy. Do původního prostředí, kde si však již domlouvají ambulantní doléčovací služby, se chtějí vrátit pouze informant 1 a 5 a informant 7. Ostatní by chtěli s doléčováním změnit i prostředí, přestože by měli možnost se do dosavadního prostředí znovu vrátit. Informant 6 o změně prostředí řekl: „...*sice mám možnost se vrátit zpátky, ale myslím si, že by tam byl větší tlak porušit abstinenci, plánuji chráněné bydlení s doléčováním...*“. Dlouhodobé chráněné bydlení s doléčováním plánují i informant 2, informantka 3 a 4. Pro mé šetření je rozhodnutí všech informantů o návaznosti na léčbu dalšími programy jasným pozitivem, které vnímám jako úspěch jejich dosavadní léčby.

5.3 Závěrečné shrnutí a diskuse

Cílem mého šetření bylo zjistit hlavní motivy o užívání alkoholu a také důvody, kvůli kterým jsou lidé ochotni se alkoholu vzdát a podstoupit léčbu. V této podkapitole jsou shrnuty poznatky, které jsem získal analýzou rozhovorů a současně jsem se pokusil odpovědět na své dvě hlavní výzkumné otázky. Nakonec jsem se zaměřil na průběh šetření, v čem vidím jeho přínos a v čem případné nedostatky.

Výzkumná otázka 1: Jaké faktory se podílely na vzniku a rozvoji alkoholové závislosti?

První zkušenosti s alkoholem získávají jedinci nejčastěji v dospívání před dovršením 18 let. V období dospívání je alkohol spojován zpravidla s rodinou, ve které se alkohol vyskytuje pravidelně či příležitostně. Druhou nejčastější asociací alkoholu v dospívání jsou vrstevnické skupiny. Na alkohol je v dospívání pohlíženo především jako na formu zábavy a relaxace. Takovýto náhled však může být velice rizikový, lidé si snadno vytvoří návyk spojovat si alkohol s fyzickým i psychickým uvolněním, a poté ho často vyhledávají, je-li na ně vyvíjen tlak a povinnosti, od kterých si chtějí alespoň krátce odpočinout. Zpočátku se především jedná o alkohol jako večerní úlevu a odměnu po náročném dni. Pohled na alkohol jako občasnou zábavu se mění v pohled na alkohol jako možnost ulevit si od stresu, začíná se jednat o jakýsi útěk od reality. Z mého šetření vyplývá, že abúzem alkoholu si lidé povětšinou snaží ulevit od svých psychických potíží. Může se přitom jednat o nejrůznější duševní obtíže, zde se nejčastěji objevovaly pocity smutku, samoty, méněcennosti a nedořešené konflikty vyplývající z dětství. Mé šetření poukazuje na fakt, že výskyt alkoholové závislosti v rodině nemusí vždy znamenat negativní vztah mezi závislým a ostatními členy rodiny. Přestože alkohol nekazí vztahovou rovinu, zůstává rizikový v kontextu možnosti negativního vlivu na děti, které mohou na alkohol nahlížet jako na běžnou a neškodnou součást života. Velice rizikovým faktorem v rodině pro rozvoj škodlivého užívání alkoholu je výskyt týrání a násilí, ať už pod vlivem alkoholu či nikoli. Týrání a rodinné násilí může mít za následek citovou frustraci a uzavřenost dětí. Pokud tyto konflikty zůstanou nevyřešené a dítěti se nedostane emoční pomoci, často pak své negativní emoce přenáší do dospělosti, kde je jednoduše ventilují a ulevují si od nich právě za pomoci alkoholu. Prokazatelné se tedy ukázaly psychické faktory a konstelace rodinných vztahů. V mém šetření se také vyskytla ojedinělá možnost rozvinutí závislosti bez výskytu specifických psychických

či jiných obtíží. V tomto případě hrál roli náhled na alkohol jako neškodnou součást, přičemž občasná konzumace alkoholu rychle přerostla ve škodlivé užívání, až se z ní stala potřeba, která musela být uspokojována denně.

Výzkumná otázka 2: Jaké důvody vedly osoby závislé na alkoholu k léčbě?

V tomto šetření se potvrdily dva okruhy důvodů, proč se závislé osoby rozhodly k léčbě. Tím prvním byl okruh rodinných vztahů. Nejednalo se pouze o naléhání rodiny závislých osob na nutnost jejich léčby, ale i o vlastní uvědomění si důležitosti rodinných vztahů, o které osoby závislé na alkoholu přicházely. Hlavní roli v rodinách závislých osob hrály jejich děti. V prvním případě se děti závislého otce, po dlouhém a marném naléhání na nutnost jeho léčby, zřekly a přestaly s ním být v kontaktu. Ten tak ztratil nejen možnost vídat se s nimi, ale i se svými vnoučaty. To ho přinutilo zamyslet se nad svými činy a přivést ho k uvědomění si ceny jeho rodinných vztahů a potřeby se svou závislostí bojovat za pomoci odborné péče. V druhém případě si matka pod hrozbou odebrání své dcery přiznala svou nemoc a rozhodla se dcery nevzdat a závislost překonat. Druhý okruh důvodů k léčbě se týká zejména uvědomění si ceny vlastního života. Přestože alkohol vzbuzoval pocit, že v životě pomáhá, více si z něj bral. Znatelně závislým osobám zhoršoval jak duševní, tak fyzické zdraví, až tyto osoby skončily na samém dně. Mnohdy skončily v nemocnici a ocitaly se na okraji mezi životem a smrtí, ať po fyzické stránce či svými myšlenkami.

Diskuse

Přestože byla závislost na alkoholu v minulosti mnohokrát probádána a odborníci na ni často upozorňují, jedná se podle mého názoru stále o tabuizovanou a nedostatečně řešenou problematiku. V České republice rizikově alkohol konzumuje odhadem 1,5 milionu lidí, přičemž přibližně 800–900 tisíc z nich by splňovalo diagnostická kritéria pro závislost na alkoholu. Odbornou pomoc a léčbu však ročně vyhledá pouze zhruba 30 tisíc osob (Mravčík a kol., 2021). V mém výzkumném šetření jsem se zabýval nejen tím, proč lidé do škodlivého užívání alkoholu upadají, ale i motivy, které jim alkoholovou závislost pomáhají překonat. Přínos šetření nalézám nejen v prevenci proti rozvoji závislosti užívání alkoholu a její léčbě, ale i v prevenci případné recidivy. Mojí největší obavou při realizaci této práce byla neochota potencionálních informantů účastnit se šetření. Celkem jsem získal 7 informantů, 4 muže a 3 ženy. Má obava se z části potvrdila, uvědomuji si, že větší množství informantů by bylo toto šetření přínosnější a odhalilo by více faktorů, o které jsem se zajímal. Přesto si myslím, že cíl výzkumného šetření byl splněn.

Závěr

V žebříčku konzumace alkoholu zaujímá Česká republika dlouhodobě přední příčky. Závislost na alkoholu představuje hrozbu pro velké procento české populace, přesto je podle mého názoru stále nedostatečně řešena a mnohdy podceňována. Ve své bakalářské práci jsem chtěl ukázat, že alkohol je, stejně jako ostatní drogy, velice nebezpečný, závislost na něm je závažná a měla by se více řešit.

Bakalářskou práci jsem rozdělil do pěti kapitol. Čtyři teoretické kapitoly jsem zaměřil na důležité poznatky týkající se alkoholové závislosti. V první kapitole jsem se zabýval obecnými údaji o alkoholu, závislosti na něm, celkovém vývoji alkoholové závislosti a její diagnostikou podle Mezinárodní klasifikace nemocí.

Druhá kapitola se týkala faktorů, které při vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu hrají roli. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální. Ukázalo se, že příčiny závislosti na alkoholu jsou velice komplexní a při vytvoření závislosti se nejčastěji jedná o kombinaci řady faktorů. Třetí kapitola je o somatických a psychologických komplikacích, které může konzumace alkoholu způsobit. Somatických poškození může vzniknout celá řada, mezi nejzávažnější patří cirhóza jater, žaludeční vředy a různé záněty, například jícnu či slinivky. Mezi nejčastější psychické komplikace nadměrného užívání alkoholu patří delirium tremens, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na samotnou léčbu alkoholové závislosti. Mezi hlavní typy léčby patří ambulantní, ústavní a stacionární léčba. Léčba závislosti je velice komplexní a dlouhodobá, je využívána spousta různých metod a přístupů, které se mnohdy kombinují. Důležitou roli hraje následná péče a doléčovací programy.

Praktická část je soustředěna na mé výzkumné šetření v Léčebně návykových nemocí Nechanice. Pro toto šetření jsem zvolil kvalitativní přístup, metodou použitou při sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Celkem se mi podařilo získat 7 informantů. Cílem mého šetření bylo objasnit, jaké faktory ovlivňují vznik a rozvoj alkoholové závislosti a které důvody vedou závislé osoby k léčbě. Nejčastějším důvodem pití alkoholu mých informantů byly psychické potíže, se kterými se potýkali a před kterými se pomocí alkoholu snažili utéct. Hlavním motivem pro léčbu bylo ve většině případů vlastní zdraví informantů a zamezení rostoucím fyzickým i psychickým komplikacím, které jim nadměrné pití alkoholu přineslo.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

EHRMANN, Jiří a SCHNEIDERKA, Petr a EHRMANN, Jiří. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 166 s. ISBN 80-247-1048-X.

HELLER, Jiří a kol. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JURKOVÁ, Svatava. *Alkohol, kouření*. Kroměříž: okresní kulturní středisko, 1987, 14 s.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KNYTL, Martin a KŘIVÁNKOVÁ, Lucie. *Typografie & odborný text: průvodce pro zpracování nejen závěrečných prací*. Druhé, aktualiz. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2022. 286 s. ISBN 978-80-7435-875-3.

KOLLÁR, Anton a LACINA, Jan. *Pivo: zdraví, souvislosti, žízeň, obezita, alkoholismus, kuriozity*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2012, 153 s. ISBN 978-80-7204-795-6.

KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 210 s. ISBN 978-80-7435-575-2.

KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 90-96. ISBN 80-86734-05-6.

- MILLEROVÁ, Geraldine a BAREŠ, Jiří. *Adiktologické poradenství*. 1 české vyd. Praha: Galén, 2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
- MIOVSKÝ, Michal. Problémy mezioborového přístupu v léčbě závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.15-19. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NERAD, Jindřich M. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách*. 1. vyd. Praha: VÚPs, 1989. 112 s.
- NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy*. Praha: Portál, 1995. 125 s. ISBN 80-7178-023-5.
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
- PAVLOVSKÁ, Amalie a DOLANSKÁ, Pavla. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. s. 469-479. ISBN 978-80-247-4331-8.
- PECINOVSKÁ, Olga. Somatické komplikace závislosti. In: HELLER, Jiří a kol. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011, s. 55-70. ISBN 978-80-87258-62-0.
- POPOV, Petr. Alkohol. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-159. ISBN 80-86734-05-6.
- PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9.
- ŘEHAN, Vladimír. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994, 77 s. ISBN 80-7067-359-1.
- SKÁLA, Jaroslav. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957. 230 s.
- SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. 206 s.

SKÁLA, Jaroslav. *--až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 139 s.

ŠEDIVÝ, Václav. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988. 158 s.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VANDEMAN, George. *Čtyři největší vrahové: rakovina, choroby srdce, obezita, alkoholismus*. Praha: Advent, 1992, 38 s. ISBN 80-85002-82-5.

VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: Ekonomická a informační agentura, 1998. 114 s. ISBN 80-85490-76-5.

Elektronické zdroje

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Zpráva o alkoholu v České republice 2021*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. 218 s. [cit. 2023-3-22] ISBN 978-80-7440-275-3 Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/zprava-o-alkoholu-v-ceske-republice-2021/>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Služby následné péče. *Ministerstvo práce a sociálních služeb: podpora procesů v sociálních službách* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <http://ppvss.mpsv.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/S0027>.

WARD, Judit et al. Re-Introducing Bunky at 125: E. M. Jellinek's Life and Contributions to Alcohol Studies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* [online]. 2016, 77 (3), pp. 375-383 [cit. 2023-03-22]. ISSN 1937-1888. Available from: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2016.77.375>.

Přílohy

Příloha A – Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Hlavní výzkumné otázky:

- 1) Jaké faktory se podílely na vzniku a rozvoji závislosti?
- 2) Jaké důvody vedly osoby závislé na alkoholu k léčbě?

Tazatelské otázky:

- 1) Jak vzpomínáte na své dětství, spíše pozitivně či negativně?
- 2) Vyskytovala se Vaší rodině závislost na alkoholu?
- 3) Jak byl počátek Vaší závislosti a jak se vyvíjela?
- 4) Řešila jste pitím alkoholu rodinné, pracovní, ekonomické, psychologické či jiné potíže?
- 5) Přineslo Vám nadměrné pití alkoholu psychické, somatické nebo jiné komplikace?
- 6) Kdy jste si uvědomila, že je potřeba se jít se závislostí léčit?
- 7) Jak vnímáte průběh léčby?
- 8) Jaké máte vize po ukončení ústavní léčby?

Příloha B – Ukázka pořízeného rozhovoru

(T – tazatel, I – informantka)

T: Jak vzpomínáte na své dětství, spíše pozitivně či negativně?

I: *Vyrůstala jsem v úplné rodině, všechno v podstatě v pořádku, měla jsem dva starší sourozence, akorát jsem měla dost velké pocity samoty, i přestože jsme byli pospolu, na mě nikdo neměl čas. Naši chodili do práce, sourozenci byli starší a já jsem byla ta malá kterou museli hlídat. Často jsem brečivala, koukala se do zdi a byla sama. Myslím si, že to ve mně zůstalo, ale snažím se na tom pracovat. Celkově na dětství vzpomínám tak na půl pozitivně půl negativně, co se týče psychické stránky tak jsem se docela trápila, ale jinak v podstatě bylo všechno v pořádku, dobré zázemí, dobrá škola, rodina neměla problémy.*

T: Vyskytovala se Vaší rodině závislost na alkoholu?

I: *Jedinou, koho si vybavuji, že měl potíže s alkoholem byla babička, která potom byla závislá ještě na lécích. Byla zdravotní sestřička, špatně brala, že šla do důchodu. Tenkrát asi byla jiná doba, na nočních různě popijeli a když šla domů a nepracovala tak si přišla zbytečná a pila sama doma.*

T: Jak byl počátek Vaší závislosti a jak se vyvíjela?

I: *Tak původně jsem pila občas s kamarády, nějaký pivka a kdo co přinesl. Začali jsme chodit do hospod kde jsem začala pít i tvrdý alkohol. Ono i v rodině bylo běžné, že na oslavách se pilo, měla jsem k tomu docela blízko. Když mi bylo osmnáct začala jsem jezdit na párty, kde jsem alkohol často kombinovala s drogami. Setkala jsem se tam i s pervitinem, ten jsem pak začala používat i běžně, vlastně z hlavního důvodu, že jsem chtěla zhubnout. Později jsem pervitin brala častěji z důvodu vyčerpání v rodině a v práci, bylo toho moc a na tom pervitinu jsem to stíhala. Do toho jsem ten alkohol pila jen občas, problém však byl, když jsem neměla pervitin, to jsem se hodně opijela. Asi jsem tam tu závislost na alkohol už měla, ale při tom pervitinu tam nebyl čas, takže jakmile mi došli peníze na pervitin šla jsem za alkoholem. Nejdřív to bylo víno, až pět litrů denně, pak jsem do toho dávala i tvrdý alkohol, kolikrát byl litr byl málo.*

T: Řešila jste pitím alkoholu rodinné, pracovní, ekonomické, psychologické či jiné potíže?

I: *Neumím přijímat negativní věci a vlastně ani svoje chyby. Byla jsem sice v partnerském vztahu ale stejně jsem měla pocit samoty. Právě tady v tom mi ten alkohol pomáhal. V podstatě jsem žila mimo realitu.*

T: Přineslo Vám nadměrné pití alkoholu psychické, somatické nebo jiné komplikace?

I: *Veškeré peníze šly na alkohol a pervitin, udělala jsem si dluhy, ty mám naštěstí splacené díky rodině. Do dneška ale nemám nic navíc, v podstatě jsem na nule. Somatické problémy jsem měla. Dopracovala jsem se k tomu, že jsem měla zánět slinivky a několik epileptických záchvatů, asi 8 až 10, ty jsem ale nikde nehlásila. Jednou mě obvodní lékař poslal do nemocnice, když viděl výsledky mojí krve. Sám mi volal večer, říkal že stačil den nebo dva a už jsem tady nemusela být vůbec. Tak hrozný hodnoty krve neviděl. V nemocnici jsem byla 10 dní na kapačkách a v podstatě hned co mě pustili jsem doma sáhla po flašce. Doma jsem bez toho alkoholu nemohla fungovat. Po čase jsem měla další těžký epileptický záchvat a zjistili mi zánět hltanu a jícnu, a ještě se zánětem ledvin v kombinaci jsem skončila na JIPu.*

T: Kdy jste si uvědomila, že je potřeba se jít se závislostí léčit?

I: *V nemocnici mi došlo, že už to dál nejde, neměla jsem jinou možnost, pokračovat v pití alkoholu by znamenalo umřít, mám malou dceru a nechci přijít o to moct ji vychovávat. moje největší motivace je žít pro dceru, chci ji dát všechno, co budu moct. Taky tam asi hrála roli rodina, bratr se sestrou se se mnou přestali bavit. Na jedné léčbě jsem už byla, v Červeném Dvoře, tam jsem vydržela asi 3 týdny. Stýskalo se mi po domově tak jsem odešla, myslela jsem si, že to je dobrý a zvládnu to sama. Od té doby se se mnou bratr ani sestra nebaví, v září to budou dva roky. Rodiče mi pak daly poslední šanci. Ex přítel se teď vlastně stará o dceru s mými rodiči.*

T: Jak vnímáte průběh léčby?

I: *Třeba oproti Červenému Dvoru se mi tady líbí víc, je to tady komornější, taky mi více vyhovuje ta smíšená komunita. Přijde mi, že tady je takový přátelštější přístup. Původně jsem si neuměla představit, že se dostanu do bodu, kde jsem teď. Měla jsem myšlenky na sebevraždu kvůli pití, nenáviděla jsem se za to. Tady jsem si uvědomila chyby, co jsem*

udělala, snažím se s nimi smířit. Snažím se naučit žít s tou realitou, naučit se fungovat s negativními věcmi, neutíkat před nimi a prožít si je.

T: Jaké máte vize po ukončení ústavní léčby?

I: Mám domluvené v Praze doléčovací centrum pro matky s dětmi, mám tam nástup 28.4., mám to schválené, takže půjdu určitě tam. Budu tam bydlet s dcerou, je to až na rok, ale uvidíme. Nevěřím si, že bych zvládla jít čistě hned zpět do společnosti. Recidivy na alkohol se nebojím, ty stavy a nevolnosti co jsem kvůli tomu měla znovu nechci, už dřív jsem vlastně pila s odporem jenom protože jsem musela fungovat.