

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

CHARAKTERISTIKA
PRIATEĽSKÝCH VZŤAHOV ĽUDÍ
NA PROTIALKOHOLICKOM
LIEČENÍ

FRIENDSHIP CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN
ALCOHOL REHABILITATION PROGRAMS



Magisterská diplomová práca

Autor: **Michal Bartoš**
Vedúca práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Ďakujem rodičom a bratovi za možnosť študovať a vzdelávať sa. Ďakujem PhDr. Eve Aigelovej, Ph.D. za jej trpezlivosť, pochopenie a podporu. Ďakujem Týne, Kryštofovi, bytu, Ivke a spoločenskému klubu πjeme. Ďakujem personálu psychiatrických nemocníc a hlavne klientom, ktorí sa podelili o svoje pocity a myšlienky.

Miestoprísažne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Charakteristika priateľských vzťahov ľudí na protialkoholickom liečení“ vypracoval samostatne pod odborným dohľadom vedúcej diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 30.3.2024

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČASŤ	6
1	Alkohol	7
	1.1 Charakteristika	7
	1.2 Rozšírenie	8
	1.3 Spôsob aplikácie a bezpečné pite	9
	1.4 Účinky	9
2	Syndróm závislosti	11
	2.1 Neurobiológia závislosti	11
	2.2 Úzus, abúzus, závislosť, abstinencia	12
	2.3 Diagnostické kritéria	12
	2.4 Typológie závislosti.....	15
	2.5 Craving	16
	2.6 Odvykací stav	17
	2.7 Delírium.....	17
	2.8 Psychopatológia komplikácií.....	18
	2.9 Duálne diagnózy	19
	2.10 Somatické poškodenie alkoholom	20
	2.11 Sociálne následky	22
3	Relaps a jeho zvládanie	23
	3.1 Relaps	23
	3.2 Prevencia relapsu	24
4	Terapia	26
	4.1 Priebeh	26
	4.2 Autoremisia	27
	4.3 Formy liečby závislosti.....	28
	4.4 Farmakoterapia pri liečbe závislosti	29
	4.5 Psychoterapeutické smery v liečbe závislosti.....	30
	4.5.1 Behaviorálna terapia	30
	4.5.2 Kognitívne-behaviorálna terapia	32
	4.5.3 Psychodynamická terapia	33
	4.5.4 Skupinová terapia	34
	4.6 Rezidenčná liečba	35
	4.6.1 Psychiatrická lôžková starostlivosť x terapeutická komunita	36
	4.6.2 Štruktúra liečebného programu	37

4.6.3	Terapeutická komunita pre závislých.....	37
4.6.4	Fázy v terapeutickkej komunite	39
4.6.5	Aktivity v terapeutickkej komunite.....	39
5	Vnútorne a vonkajšie faktory závislosti.....	41
5.1	Dedičnosť	41
5.2	Životné etapy, vek	42
5.3	Psychologické faktory	43
5.4	Rodinné faktory	44
5.5	Priateľské vzťahy.....	46
	VÝSKUMNÁ ČASŤ	51
6	Výskumný problém	52
6.1	Ciele výskumu	52
6.2	Výskumné otázky	52
7	Metodologický rámec.....	54
7.1	Výskumný dizajn.....	54
7.2	Výber výskumného súboru.....	54
7.3	Charakteristika výskumného súboru	55
7.4	Zber dát.....	56
7.5	Metóda spracovania dát.....	57
7.6	Etika výskumu	58
8	Analýza dát a výsledky	59
8.1	Významné kategórie a témy	59
8.1.1	Dôvody pitia.....	60
8.1.2	Podoba pitia.....	62
8.1.3	Uvedomenie si závislosti.....	62
8.1.4	Abstinenčné pokusy	63
8.1.5	Charakter priateľstiev	64
8.1.6	Zdieľanie s priateľmi.....	67
8.1.7	Liečenie ako zmena.....	70
8.2	Zhrnutie výsledkov	74
9	Diskusia.....	78
10	Záver.....	84
11	Súhrn.....	85
	LITERATÚRA.....	88
	PRÍLOHY.....	112

ÚVOD

Závislosť na alkohole je svetovým problémom, ktorý sa obzvlášť blízko dotýka Česka a Slovenska. Dovolím si povedať, že každý z nás má aspoň vzdialenú skúsenosť s niekým, kto s alkoholom zápasí a svoj súboj nevyhráva. Práve takéto anekdotické príbehy z môjho okolia ma motivovali ku venovaniu sa práve tejto problematike v spoločnosti a klinickej psychológii.

Keďže sa jedná o obrovský pojem, pod ktorý môžeme schovať nekonečno zaujímavých a pútavých tém pre potenciálny výskum, chcel som ten svoj špecifikovať na oblasť, ktorá, podľa môjho názoru, nie je dostatočne komunikovaná, preskúmaná ani využívaná. Jedná sa o jeden zo sociálnych faktorov užívania alkoholu a závislosti na ňom. Avšak, v porovnaní so „sesterskými“ témami vplyvu rodiny či vplyvu partnera, je vplyvu priateľstiev venované výrazne menšie množstvo literatúry. Keďže z mojej skúsenosti môžu byť práve priateľstvá rozhodujúcim aspektom príbehu závislého človeka, chcel som tento aspekt bližšie spoznať – pozrieť sa ako presne ho závislí ľudia vnímajú.

Viac špecificky, mojim cieľom bolo preskúmať charakter priateľstiev na alkohole závislých ľudí, ktorí sú na rezidenčnej liečbe a pokladať im otázky ohľadom potenciálnej zmeny v priateľstvách po nastúpení na liečenie. Výskum je preto realizovaný kvalitatívne, aby som sa čo najviac priblížil prežívaniu skúsenosti každého respondenta, formou pološtruktúrovaného interview.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 ALKOHOL

V prvej časti našej práce sa pozrieme na alkohol ako taký, jeho prevalenciu, charakteristiku, rozšírenie, spôsob aplikácie a účinky. Nakoľko v celom výskume pracujeme so závislosťou na alkohole, považujeme aj banálne objasnenie tejto látky za opodstatnené.

Problematika užívania a nadužívania alkoholu je dlhodobo vážnou témou. Až 13,5 % všetkých úmrtí vo veku od 20 do 39 rokov je pripisovaných alkoholu a s 10,1 % všetkých úmrtí je toto číslo najvyššie v európskom regióne WHO (Gakidou et al, 2017; WHO, 2018; Griswold et al., 2018).

Česká a Slovenská republika v tomto smere patria k nadpriemerným užívateľom v porovnaní so zbytkom Európy (RUK, 2021; Hupková, 2017; Chomynová et al., 2021). V roku 2016 bola spotreba alkoholu v Česku 14,4 litra na obyvateľa vo veku nad 15 rokov, takmer o 50 % viac než je európsky priemer (WHO, 2018). Bežná je aj nadmerná, epizodická konzumácia (Chomynová et al., 2021). Napriek znižujúcim sa číslam v užívaní alkoholu u dospievajúcich (ktorá však stále zostáva vysoko nadpriemerná v Európe (Chomynová et al., 2020, Inchley et al., 2016)) sa mortalita spojená s alkoholom neznižuje (Chomynová et al., 2021). Za väčšinu mortality pri tom môže nadmerné užívanie a závislosť na alkohole (Rehm, Marmet, et al., 2013, Jayasekara et al., 2014). Môže ísť až o 77 % všetkých úmrtí spojených s alkoholom (Rehm, Shield, et al., 2013).

Na Slovensku je priemerná spotreba alkoholu vo veku nad 14 rokov 11,1 litra ročne, viac než o liter nad priemerom Európy (RUK, 2021). Problematické pitie alkoholu môžeme očakávať u viac než 10 % populácie nad 15 rokov (RUK, 2021). Je teda jasné, že téma alkoholu v našich končinách nie je ani zďaleka vyčerpaná.

1.1 Charakteristika

Alkohol patrí medzi legálne drogy. Jeho účinná látka (etanol) vzniká kvasením cukrov (Minařík & Kmoch, 2015). Po požití sa alkohol absorbuje z tenkého čreva do žíl, ktoré zhromažďujú krv zo žalúdka a čriev a z vrátnice, ktorá vedie do pečene. Odtiaľ je prenášaný do pečene, kde je vystavený enzýmom a metabolizácii (Zakhari et al., 2006).

1.2 Rozšírenie

Je rozšírený takmer po celom svete, s najvyšším užívaním v Európe (Rehm et al., 2009; Rehm et al., 2003), kde je aj najvyššia proporcia chorobnosti a úmrtí spôsobených alkoholom (Rehm et al., 2009).

Európa sa v rámci pitia tradične delí na severný a južný gradient (Makela et al., 2006) alebo suché a mokré kultúry (Bloomfield et al., 2003). Severným gradientom alebo suchou kultúrou označujeme nepravidelné pitie (hlavne piva a destilátov), ktoré nie je zlučované s bežnými aktivitami, častejšiu prítomnosť abstinencie a častejšiu prítomnosť ťažkej intoxikácie po užití alkoholu. Príkladom sú krajiny severnej časti Európy či Kanada (Makela et al., 2006; Bloomfield et al., 2003).

Južným gradientom alebo mokrou kultúrou zas označujeme pravidelné pitie (hlavne vína), ktoré je ľahko dostupné a zaradené do každodenných aktivít. Abstinencia je zriedkavá. Medzi takéto krajiny patria štáty pri Stredozemnom mori (Makela et al., 2006; Bloomfield et al., 2003).

Iontchev (1998) vo svojom modeli popisuje kultúrne rozdiely v pití štátov strednej a východnej Európy. Nachádza tri vzorce:

- stredomorský (Bulharsko, Maďarsko, Rumunsko, Slovinsko): preferencia vína a ovocných destilátov, takmer každodenné pitie, často s jedlom, neakceptovanie intoxikácie na verejnosti.
- stredoeurópsky (Česká republika, Slovensko): preferencia piva (Česko) a ovocných destilátov (Slovensko); v Česku „pivová kultúra“ veľmi podobná stredomorskému vzorcu.
- severoeurópsky (Estónsko, Litva, Lotyšsko, Poľsko): preferencia vodky, nekaždodenné pitie s ťažkými epizódami, akceptácia intoxikácie na verejnosti.

V našej práci sa zameriavame na českých a slovenských konzumentov, preto nás bude zaujímať hlavne stredoeurópsky (Iontchev, 1998) a mokrý/severný vzorec pitia (Makela et al., 2006; Bloomfield et al., 2003). I keď, komparatívne výskumy ukazujú, že za posledné roky sa rozdiely medzi spomenutými vzorcami strácajú a konzumácia alkoholu je svojou podobou viac homogénna (Bloomfield et al., 2003; Hughes et al., 2011).

1.3 Spôsob aplikácie a bezpečné pite

Alkohol sa užíva zväčša orálne, avšak existujú aj iné spôsoby užívania (Minařík & Kmoch, 2015). Príkladom môže byť tzv. butt chugging, teda podávanie alkoholu cez análny otvor buď priamo, alebo napusteným tampónom (Brill, 2011). Ďalšími, menej známymi, spôsobmi aplikácie sú trans-vaginálny (pomocou tampónu) (Wakeman, 2013) alebo okulárny (Davies, 2010). Avšak, výskum Stognera et al. (2014) hovorí, že spomínané alternatívne spôsoby sú viac mediálnou senzáciou a 99 % užívateľov alkoholu zostáva pri orálnom spôsobe.

Za bezpečné pite považujeme dennú dávku 16 g 100% alkoholu u ženy a 24 g u muža (SZÚ, 2003). „Kvantitatívne sa jedná u muža zhruba o jedno 12° pivo, 2 dcl vína alebo 50 ml destilátu“ (Minařík & Kmoch, 2015, s. 54).

1.4 Účinky

Po požití alkoholu nastáva ebrieta (stav opitosti), ktorej nástup závisí od veľkosti dávky a predispozícií jedinca (Minařík & Kmoch, 2015). Tento stav intoxikácie má štyri štádiá, podľa hladiny alkoholu v krvi (Minařík & Kmoch, 2015; Dvořáček, 2015).

1. Ľahká opitosť (excitačné štádium) – do 1 promile (ale, ako aj pri ostatných štádiách, závisí od tolerancie človeka)
2. Stredná opitosť (hypnotické štádium) – 1 až 2 promile
3. Ťažká opitosť (narkotické štádium) – 2 až 3 promile
4. Ťažká intoxikácia (asfyktické štádium) – nad 3,5 promile (strata vedomia, riziko zástavy dychu a krvného obehu)

Medzi krátkodobé účinky alkoholu patrí zlepšenie a nárast nálady, sebavedomia, energie. Strata zábran, kritickosti, prípadne agresívne správanie. Bežné sú ťažkosti s rovnováhou, spomalením reakčného času, nevoľnosťou a zvracaním, hypertenzia, tachykardia (Minařík & Kmoch, 2015; Dvořáček, 2015). Účinky sa môžu stať ešte nebezpečnejšími v prípade kombinácie s inou drogou (Dvořáček, 2015).

Dlhodobé účinky sa týkajú hlavne tráviaceho traktu, poškodenia pečene, žľzníka. Objaviť sa môžu aj poruchy krvotvorby, spánku, poruchy psychotické, poškodenie nervového a endokrinného systému, úzkostné a depresívne stavy. V tehotenstve môže pite

viest' k poškodeniu plodu fetálnym alkoholovým syndrómom (Minařík & Kmoch, 2015). Podrobnejšie sa ku dlhodobým následkom požívania alkoholu dostaneme v kapitole o somatickom poškodení.

2 SYNDRÓM ZÁVISLOSTI

V tejto kapitole si načrtujeme syndróm závislosti, teda diagnózu, ktorá sa dotýka celej našej práce a kondície respondentov našej praktickej časti. Jej obsahom bude biologický pohľad na závislosť a vysvetlenie mechanizmov, ktoré ku vzniku závislosti vedú. Predstavíme si pojmy súvisiace so syndrómom závislosti, diagnostické kritéria podľa MKN-10 a DSM-5, najznámejšie typológie závislosti, komplikácie a následky.

2.1 Neurobiológia závislosti

Na závislosť ako takú sa dívame z pohľadu neurobiologického modelu, ktorý je v súčasnosti hlavným medicínskym modelom závislostí. Základným kameňom modelu je dopamínová hypotéza, „podľa ktorej je odmeňujúci efekt drogy závislý na činnosti mezolimbického dopaminergného systému“ (Dvořáček, 2008, s. 25) a systém odmien (Dvořáček, 2008; Hyman, 2005; Koob, 2000; Orel & Šimonek, 2020). Tento systém funguje na jednoduchom princípe. Prijemnými pocitmi, uspokojením a slasťou motivuje organizmus, aby sa naučil správať tak, aby sa maximalizovala budúca odmena (Orel & Šimonek, 2020; Hyman, 2005). Dôležitou anatomickou zložkou systému je (okrem iných) hlavne *nucleus accumbens*, „kde prirodzený zdroj odmeny (potrava, sex, atď.) zvyšuje výdaj dopamínu“ (Dvořáček, 2008, s. 26). Systém odmien blízko súvisí aj s pamäťou (zapamätanie kontextu zisku odmeny) a stresovými systémami (hľadanie potešenia, vyhýbanie sa nepríjemnostiam) (Dvořáček, 2008).

Drogu možno, v tomto zmysle, považovať za neprirodzený zdroj odmeny, ktorý zvyšuje hladinu dopamínu. Na rozdiel od prirodzeného zdroja, je dosiahnutie takejto odmeny rýchlejšie, jednoduchšie a telo nemá žiadny mechanizmus na zastavenie prijímania tejto formy odmeny (Dvořáček, 2008; Orel & Šimonek, 2020).

Avšak, výdaj dopamínu je iba akútnym efektom drogy a len prvým krokom pre získanie závislosti (Dvořáček, 2008). Na jej vytvorenie sa potom podieľa mnoho iných neuromediátorových systémov (glutamatergny, serotoninergny, atď.) a behom rozvíjania závislosti sa menia jednotlivé neurochemické systémy (Dvořáček, 2008).

Pri rozvinutej závislosti už potom nestačí prirodzená odmena, alebo sa stáva menej lákavou a následkom neudržateľných požiadaviek jedinca prechádza do alostázy (Koob & Le Moal, 2001), teda udržiavania organizmu za hranicami bežnej homeostázy (Dvořáček, 2008). V praxi to znamená, že získanie drogy sa pre jedinca stáva absolútnou prioritou nehl'adiac na dlhodobé vyhliadky. Závislosť v sebe skrýva aj prvky impulzivity a kompulzivity, ktoré sa prejavujú tenziou či vzrušením pred užitím, úľavou po užití a tiež uprednostňovaním okamžitej, jednoduchej odmeny (Šustková, 2015). S tým súvisí aj tzv. cyklus závislosti, ktorý tvoria tri fázy: zaplavenie drogou, odňatie drogy a následný craving (Šustková, 2015).

2.2 Úzus, abúzus, závislosť, abstinencia

Čo sa týka užívania, rozlišujeme úzus, škodlivé užívanie a syndróm závislosti (Jeřábek, 2015a). Tieto tri pojmy možno vnímať postupne. Úzus je jednorazové alebo opakované užitie, ktoré nevedie ku signifikantnému poškodeniu jedinca. Škodlivé užívanie (abúzus) už spôsobuje telesné, psychické (autoakuzácia, sekundárna depresia) alebo medziľudské poškodenie (Popov, 2020). Popov (2020) dodáva, že tu sa môžeme stretnúť aj s označením „problémového užívania.“

Syndróm závislosti je potom finálny stav dependencie na droge, ktorý je následkom pozitívnej spätnej väzby k abúzu (Jeřábek, 2015a). Becker (2008, s. 358) závislosť na alkohole označuje ako „trvalý dysfunkčný (alostatický) stav, v ktorom organizmus nie je schopný udržiavať primeranú kontrolu správania nad pitím alkoholu.“

V spojitosti so závislosťou sa často stretáme aj s pojmom abstinencie, teda upustenia od požívania návykovej látky. Pokiaľ dôjde k jednorazovému, izolovanému požitiu látky po začatí abstinencie, hovoríme o lapse (Jeřábek, 2015a). Pokiaľ je návrat ku užívaniu látky závažnejší (rozvinie sa aspoň jeden symptóm) hovoríme o relapse (Jeřábek, 2015a). Opätovný návrat do pôvodného stavu závislosti nazývame recidíva (Jeřábek, 2015a).

2.3 Diagnostické kritéria

Na kritéria diagnostiky syndrómu závislosti sa môžeme dívať z pohľadu MKN-10 alebo DSM-5. Obe sú vo svojich kritériách podobné, avšak majú menšie odlišnosti.

MKN-10 (WHO, 1992) syndróm závislosti opisuje ako zhluk fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, pri ktorých má pre jednotlivca užívanie látky vyššiu prioritu než akékoľvek iné správanie, ktoré predtým bývalo pre dotyčného hodnotné. „Základnou charakteristikou je túžba (často silná, niekedy neodolateľná) požiť psychoaktívnu látku (lekársky predpísanú alebo nepredpísanú), alkohol alebo tabak“ (WHO, 1992, s. 75).

Na to, aby bol syndróm závislosti diagnostikovaný musí pacient spĺňať tri alebo viac kritérií vyskytujúcich sa naraz za posledný rok (WHO, 1992).

Medzi jednotlivé kritéria patrí (WHO, 1992, s. 75-76):

- a) silná túžba alebo nutkavý pocit užiť látku;
- b) potiaže s kontrolou užívania, pokiaľ ide o začiatok, ukončenie alebo množstvo látky;
- c) fyziologicky odvykací stav po redukovani dávky alebo vysadení látky, ktorý sa prejavuje abstinenčným syndrómom alebo požívaním rovnakej alebo podobnej látky s cieľom úľavy od abstinenčných príznakov;
- d) dôkaz tolerancie; na to, aby boli dosiahnuté pôvodné účinky látky musí jedinec užívať silnejšie dávky;
- e) postupné zanedbávanie iných aktivít a záujmov kvôli psychoaktívnej látke a viac času venovaného zaobstarávaniu, užívaniu i zotaveniu z látky;
- f) pretrvávajúce užívanie látky aj napriek jasným škodiacim dôsledkom.

Ako je z kritérií badateľné, syndróm závislosti obsahuje psychickú aj fyzickú zložku. Psychická závislosť zahŕňa spomínanú túžbu (craving), narušenú kontrolu užívania, zaujatie užívaním a pokračovanie napriek dôsledkom (WHO, 1992; Jeřábek, 2015a). Fyzická závislosť sa odzrkadľuje nárastom tolerancie a somatickými príznakmi odvykacieho stavu (WHO, 1992; Jeřábek, 2015a). Psychická aj fyzická závislosť sa zväčša rozvíjajú naraz (Jeřábek, 2015a).

Na rozdiel od MKN-10, DSM-5 rozdeľuje diagnostické kritéria závislosti aj podľa jednotlivých návykových látok (APA, 2013). Nasledujúce kritéria sa týkajú závislosti na alkohole. Podmienkou je, že vzorec užívania alkoholu vedie k problému, ktorý sa za posledných 12 mesiacov prejavil aspoň dvomi z nasledujúcich znakov (APA, 2013):

- a) alkohol je požívaný vo väčšom množstve alebo dlhšiu dobu než bolo pôvodne zmýšľané;
- b) pretrvávajú pokusy a snaha zredukovať množstvo požívaného alkoholu alebo s pitím prestať;
- c) zaobstaranie, požívanie alebo zotavovanie z alkoholu zaberá veľké množstvo času a aktivít;
- d) craving (baženie), túžba po alkohole;
- e) opakované pitie vedúce k zlyhaniu v plnení povinností týkajúcich sa práce, rodiny či školy;
- f) pokračovanie v pití, napriek pretrvávajúcim spoločenským alebo medziľudským problémom spôsobeným alebo zhoršeným užívaním alkoholu;
- g) redukcia alebo odňatie dôležitých rekreačných, spoločenských alebo pracovných aktivít kvôli alkoholu;
- h) opakované užívanie alkoholu v situáciách, kedy je to somaticky rizikové;
- i) pitie pretrváva, napriek vedomiu problémov, ktoré sú pravdepodobne spôsobené alebo zhoršené alkoholom
- j) tolerancia, ktorá je definovaná ako
 - a. potreba výrazne vyšších dávok alkoholu pre dosiahnutie intoxikácie
 - b. znížený efekt pri nemennej dávke alkoholu
- k) odvykací stav, charakterizovaný ako
 - a. typický syndróm odvykacieho stavu pre alkohol
 - b. alkohol (alebo podobná látka) používaná pre zmiernenie alebo vyhnutie sa príznakom odvykacieho syndrómu

Podľa DSM-5 môžeme ďalej špecifikovať, či ide o včasnú remisiu (najmenej trojmesačné, najviac ročné bezpríznakové obdobie s výnimkou cravingu) alebo stabilnú remisiu (najmenej ročné bezpríznakové obdobie s výnimkou cravingu) (APA, 2013). A tiež

či sa jedná o závažnosť ľahkú (výskyt dvoch až troch symptómov), strednú (štyri až päť symptómov) alebo ťažkú remisiu (šesť a viac symptómov) (APA, 2013).

Priebeh závislosti v metafore bludného kruhu opisuje Wurmser (1974). Spočiatku dôjde k zlyhaniu, ktoré môže byť skutočné alebo len subjektívne. To človeka ponorí do negatívnych pocitov prázdna, smútku a sklamaní. Druhou fázou kruhu je emočná regresia, teda zrútenie zrelejších spôsobov vyrovnávania sa s negatívnymi prežitkami (presunutie pozornosti, zdieľanie pocitov...). Treťou fázou je snaha nájsť niečo, čo človeku z neprijemnej situácie pomôže. Pri tom dochádza k depersonalizácii, človek „akoby bol zároveň tým, kto užíva (aplikuje drogu, ide piť, prejsť sa, hrať...) aj tým, ktorý to celé s odstupom vníma – pozorovateľom“ (Hajný, 2015, s. 184). Posledná fáza prostredníctvom externalizácie prináša dočasné uvoľnenie, naplnenie a klud. Skutočné zdroje negativity však ostávajú prítomné a pridávajú sa k nim pocity viny, hanby a sklamaní. Kruh sa tak uzavrie a opakuje (Hajný, 2015).

2.4 Typológia závislosti

Závislosť na alkohole môže mať viacero podôb. Najznámejšou klasifikáciou rôznych typov závislostí na alkohole je Jellinkova (2010). Typ *alfa* predstavuje abúzus ako prostriedok k zlepšeniu negatívneho psychického stavu. Typ *beta* je príležitostný abúzus so sociokultúrnym základom. Typ *gamma* (anglosaský typ) dokáže nepiť, ale akonáhle sa napije, nastáva porucha kontroly pitia. Typ *delta* (románsky typ) alkohol konzumuje chronicky, neustále udržiava hladinu alkoholu v krvi, ale ostáva bez výrazných prejavov opitosti. Nakoniec, typ *epsilon* predstavuje epizodické, kvartálne pitie s obdobiami pitia a abstinencie.

Novšou typológiou je napríklad model od Moss et al., (2007). Tí rozdeľujú typy užívateľov do piatich clustrov. Prvým je cluster mladých dospelých závislých, teda ľudí v ranej dospelosti, ktorí pijú hlavne zo sociálnych dôvodov a v ťahoch (Moss et al., 2007). Druhý cluster tvoria „funkční závislí na alkohole“, najčastejšie jedinci v strednom veku, ktorí navonok pôsobia usporiadane a stabilne. Mnohí z nich majú závislosť na alkohole v rodinnej histórii (Moss et al., 2007). Do tretieho clustru patria „pokročilí rodinní závislí na alkohole“. Taktiež v strednom veku, ale závislosť u nich začína skôr než v druhom clustri, prítomnosť závislosti v ich primárnej rodine je u nich častejšia, rovnako ako prítomnosť depresie (Moss et al., 2007). Štvrtým je cluster „mladých antisociálnych závislých na

alkohole“, ktorý opisuje dospelých v polovici druhej dekády svojho života, ktorí začali piť v skoršom veku (cca 15 rokov) a závislosť u nich nastáva zhruba s príchodom dospelosti. U nich je vysoká šanca disocálnej poruchy osobnosti a prítomnosti alkoholizmu v rodine (Moss et al., 2007). Piaty a posledný cluster tvoria „chronickí, závažní závislí na alkohole“. Závislosť na alkohole sa u nich objavila v ranom veku, alkohol je súčasťou ich rodinnej histórie a popri závislosti veľmi často trpia psychickými problémami. Najťažšie zvládajú odvykacie symptómy, často sú agresívni a často užívajú aj iné návykové látky. Na druhú stranu, je u nich najvyššia šanca, že vyhľadajú pomoc (Moss et al., 2007).

Ešte modernejšou je Leschova typológia (Schlaff et al., 2011). Tá rozdeľuje štyri typy závislosti na alkohole. Prvým je model alergie, kde majú pacienti biologickú zraniteľnosť, vedúcu ku silným abstinenným príznakom (tras, potenie, nepokoj...), keď je príjem alkoholu obmedzený. Naopak, príjem alkoholu príznaky zmierňuje. Druhým typom je úzkostný model. Pacienti v tejto kategórii používajú alkohol na vyrovnanie sa s úzkosťami a konfliktmi vo svojom živote miesto ich priameho riešenia. V treťom, depresívnom modeli, pacienti užívajú alkohol na zlepšenie nálady, či zaspánie. Môžu trpieť poruchami nálady – bez alkoholu im chýba pocit pôžitku. Posledný model (kondicionálny) predstavuje pacientov, ktorí majú chuť na alkohol v dôsledku podmieňovania a podnetov z okolia.

2.5 Craving

Cravingom nazývame až nutkavú túžbu po získaní drogy. Vyskytuje sa v prípade abstinencie od látky (pri útlme aktivity dopaminergného systému), aj pri kontakte s látkou počas abstinencie (pri aktivite dopaminergného systému) (Dvořáček, 2008). Popov (2020) i Dvořáček (2008) dodávajú, že craving býva považovaný za rozhodujúci moment, kedy užívanie drogy prerastá do závislosti. Samotný craving sa neprejavuje len chuťou na látku, ale aj zhoršením sebaovládania, neschopnosťou poučiť sa z negatívnej skúsenosti a vidinou zmiernenia odvykacích príznakov (Popov, 2020)

System odmeny vysvetľuje princíp potešenia z návykovej látky a pozitívne posilňovanie užívania tejto látky kvôli jej psychotropnému účinku, ale aj stimulom spojeným s okolnosťami požívania látky (Šustková, 2015). Pri závislom jedincovi sa však začína prejavovať aj negatívne posilňovanie vo forme odvykacieho stavu (Šustková, 2015; Popov, 2020). Abstinenné príznaky následne nútia človeka, aby drogu vyhľadával kvôli potlačeniu neželaného stavu (Dvořáček, 2008; Šustková, 2015). Odvykací stav je „prejavom najmä

zníženej činnosti dopaminergného systému v dôsledku dlhodobých adaptácií systému odmeny na opakovaný prísun drogy“ (Dvořáček, 2008, s. 34).

2.6 Odvykací stav

Odvykací stav je reakciou organizmu na vysadenie alebo redukcia dávok alkoholu po intenzívnom a častom užívaní látky (Popov, 2020; Minařík & Kmoch, 2015; WHO, 1992; Becker, 2008). Z biologického hľadiska je odvykací stav následkom inhibície NMDA neuroreceptorov počas užívania, ktoré sa stávajú citlivejšie a po rýchlom vysadení alkoholu nedochádza k ich dostatočnému tlmeniu, čo vyústi do hyperexcitability mozgu (Bayard et al., 2004).

Prejavuje sa psychomotorickým nepokojom, trasom, potením, úzkosťou, nevoľnosťou, tachykardiou, hypertenziou, slabosťou a poruchami spánku. Vo vážnejších prípadoch sa pridávajú aj halucinácie, ilúzie, kŕče a epileptické záchvaty (Popov, 2020). Epileptické záchvaty sú častejšie u pacientov, ktorí už majú skúsenosti s detoxifikáciou (Bayard et al., 2004). Okrem fyzických následkov sú súčasťou odvykacieho stavu aj pocity dysfórie a úzkosti, ktoré, na rozdiel od fyzických následkov, pretrvávajú dlhšiu dobu (Martinotti et al., 2008; Anton & Becker, 1995). Práve prítomnosť týchto negatívnych pocitov môže byť motivačným faktorom relapsov (Becker, 2008). Príznaky sú najintenzívnejšie zväčša na druhý deň (Minařík & Kmoch, 2015; Bayard et al., 2004; Popov, 2020). Konkrétny obraz a závažnosť komplikácií závisí od druhu látky, dávkovania a charakteristiky jedinca (Jeřábek, 2015a), aj keď podoba odvykacích symptómov u toho istého jedinca býva rovnaká (Bayard et al., 2004).

2.7 Delírium

Najväčšou formou odvykacieho stavu je *delirium tremens* (postihne asi 3 – 5 % pacientov (Dvořáček, 2015)), pri ktorom dochádza k poruchám vedomia, myslenia, dezorientácii, halucináciám, bludom, paranoiám, kŕčom, silnému trasu – typická je aj inverzia spánku (Bayard et al., 2004; Minařík & Kmoch, 2015; WHO, 1992; Doubek & Jiráček, 2020). Medzi faktory zvyšujúce riziko delíria patrí súčasné akútne ochorenie, denný príjem alkoholu, história delíria, vyšší vek, či problémy s pečeňou (Bayard et al., 2004). Táto kondícia je životu nebezpečná (mortalita medzi 1 – 20 % prípadov (Dvořáček, 2015)) a vyžaduje si intenzívnu liečbu, často i obmedzenie pohybu pacienta (Minařík & Kmoch,

2015). V ľahších prípadoch vymiznú príznaky odvykacieho stavu do piatich dní a pacientovi stačí podporná liečba (kľud, tekutiny, monitorovanie) (Minařík & Kmoch, 2015; Dvořáček, 2015). Základom je doplnenie vitamínov, hlavne B1, horčíka, draslíka a glukózy (Doubek & Jirák, 2020). V horších prípadoch už uvažujeme o farmakoterapii, väčšinou vo forme detoxifikácie chlomethiazolom alebo benzodiazepinmi (Doubek & Jirák, 2020; Dvořáček, 2015). Alternatívne sa nasadzuje haloperidol alebo tiaprid (Doubek & Jirák, 2020).

2.8 Psychopatológia komplikácií

Pri syndróme závislosti sa stretne s niekoľkými komplikáciami (Jeřábek, 2015a). Patrí medzi ne akútna intoxikácia, psychotická porucha, amnestický syndróm, depresívne a úzkostné stavy, traumatické a stresové poruchy, poruchy príjmu potravy a ADHD (WHO, 1992; Jeřábek, 2015a).

Akútnou intoxikáciou rozumieme stav po užití drogy, ktorý sa prejavuje zmenou správania, kognície, percepcie alebo vedomia. Stav pominie po vyprchaní látky z tela (WHO, 1992), väčšinou do niekoľkých hodín (Popov, 2020). Pri alkohole sa akútna intoxikácia prejavuje spočiatku excitáciou psychomotoriky a eláciou nálady, pri vyšších dávkach alebo dlhšej konzumácii potom dochádza k útlmu (Popov, 2020). Objaviť sa môže agresivita a násilie, i keď to pre jedinca v stave triezvosti nie je typické (Jeřábek, 2015a).

Pri psychotickej poruche navodenej návykovou látkou sa môžeme stretnúť s rôznymi schizofornými, bludovými, halucinatornými či polyformnými syndrómami. Podstatné je, že pri psychózach spôsobených užívaním látok sa príznaky prejavujú do dvoch týždňov od ukončenia požívania látky a netrvajú dlhšie než 6 mesiacov (WHO, 1992; Jeřábek, 2015a). Samotná alkoholická psychóza vzniká po dlhých rokoch škodlivého užívania alkoholu. Prejavuje sa emulačnými bludmi (alkoholická paranoidná psychóza) alebo optickými a sluchovými halucináciami (alkoholická halucinóza) (Kalina & Minařík, 2015).

Ďalšou komplikáciou závislosti na alkohole môže byť amnestický syndróm. Výrazne sa pri ňom zhoršuje krátkodobá pamäť, zatiaľ čo bezprostredná pamäť ostáva v poriadku (Jeřábek, 2015a; WHO, 1992). Bežne človek s amnestickým syndrómom nesprávne radí udalosti, zle vníma čas a má obmedzenú schopnosť učenia (WHO, 1992; Jeřábek, 2015a). Môžu sa objaviť aj konfabulácie a osobnostné zmeny (WHO, 1992), obzvlášť pri dlhé roky trvajúcej závislosti na alkohole – tento stav označujeme aj ako Korsakovovu psychózu (Popov, 2020)

Depresívne a úzkostné stavy sú u závislých pacientov mimoriadne bežné (Kalina & Minařík, 2015). Rovnako to platí aj pri alkohole (Choi & DiNitto, 2011). Depresívne stavy sa väčšinou zlepšujú po nástupe liečby, avšak priebeh liečby nie je lineárny, dochádza k častým výkyvom nálady (Kalina & Minařík, 2015). Úzkosti sú častejšie u žien, môžu mať formu panických atakov alebo fóbií (Horsfall et al., 2009).

Požívanie návykových látok môže pôsobiť ako nástroj tlmenia posttraumatických ťažkostí, ktoré sú u závislých taktiež časté (Kalina & Minařík, 2015). Ku traumatizácii došlo v detstve u 12 – 42 % závislých mužov a 33 – 90 % závislých žien (Yates & Wilson, 2001). Po vysadení látky sa u týchto pacientov môžu prejaviť psychopatologické prejavy, ktoré práve daná látka zakrývala (úzkosť, depresia, depersonalizácia, derealizácia...) (Kalina & Minařík, 2015).

Prienik nachádzame aj medzi syndrómom závislosti a poruchami príjmu potravy – hlavne anorexiou a bulímiou (Sysko & Hildebrandt, 2009). Pacientky obvykle trpia poruchou príjmu potravy v puberte/adolescencii. Po začatí užívania návykovej látky problémy ustúpia a znovu sa začnú prejavovať po začatí liečby, abstinencie (Kalina & Minařík, 2015). V liečbe takýchto prípadov je dôležitá pevná štruktúra programu a skupinová dynamika (Kalina & Minařík, 2015).

ADHD zisťujeme až u 35 % dospelých užívateľov návykových látok (Kalina & Minařík, 2015) a jej prítomnosť komplikuje liečebnú odozvu pacientov (Miovský et al., 2013).

2.9 Duálne diagnózy

V práci s pacientmi závislými na návykových látkach nutno uvažovať nad skutočnosťou, že samotná závislosť nemusí byť ich jedinou diagnózou. V minulosti boli títo pacienti prehliadaní, unikali pozornosti alebo patrili medzi tých, ktorí predčasne vypadávali z procesu liečby kvôli komplikáciám (Kalina & Minařík, 2015). Dnes si tento fenomén viac všimame (Kalina & Minařík, 2015). Miovská et al. (2008) uvádzajú, že 44 % klientov závislých na nelegálnych drogách trpí poruchou osobnosti, 40 % psychosexuálnymi dysfunkciami, 34 % úzkostnými poruchami a 29 % afektívnymi poruchami. Popov (2020) zas uvádza, že 40 – 60 % žien a 20 - 40 % mužov závislých na alkohole má aj inú psychiatrickú diagnózu. Prítomnosť duálnej diagnózy môže znižovať efektivitu liečby, zvyšovať šancu relapsu, ale komplikovať liečbu aj pre ostatných spolupacientov či personál

(Kalina & Minařík, 2015). Preto je dôležité adresovať pri liečbe obe poruchy súčasne – ignorácia druhej diagnózy totiž môže byť dôvodom predčasného ukončenia liečby (Popov, 2020).

2.10 Somatické poškodenie alkoholom

Alkohol svojim pôsobením poškodzuje viaceré orgánové sústavy (Minařík & Řehák, 2015). Dlhodobé poškodenie sa týka hlavne dlhotrvajúceho abúzu alkoholu. Faktorom sú ale aj genetické predispozície a prítomnosť iných ochorení (Minařík & Řehák, 2015; Anttila et al., 2004). Somatické ťažkosti dominujú hlavne u závislých typu delta a gama (Minařík & Kmoch, 2015).

Najčastejšie sa somatické poškodenie týka tráviaceho traktu. Činiteľom poškodenia je tkanivová aktivita acetaldehydu, ktorý vzniká pri rozklade etylalkoholu (Popov, 2020). Spomenúť môžeme napríklad alkoholovú gastritídu, teda zápal žalúdočnej sliznice spôsobenej alkoholom (Popov, 2020; Minařík & Řehák, 2015). Ďalej môže ísť o postihnutie pečene (Popov, 2020). Prvý štádiom je steatóza, čo je ešte reverzibilný stav (Minařík & Řehák, 2015), pri ktorom dochádza k stučneniu pečene (Zakhari et al., 2006; Minařík & Řehák, 2015). Poškodenie môže prerásť do alkoholickéj hepatitídy, teda zápalu pečene (mortalita 20 – 50 % (Hulek & Hrubá, 2002, cit. v Minařík & Řehák, 2015)) (Minařík & Řehák, 2015). Nezvratným štádiom je potom cirhóza pečene, ku ktorej dochádza po rokoch pravidelného pitia (Zakhari et al., 2006; Minařík & Řehák, 2015). Ochorenia pečene sa prejavujú únavou, problémovým trávením, nevoľnosťou, opuchom končatín, avitaminózou, podvýživou a krvácaním (Popov, 2020; Minařík & Řehák, 2015).

Okrem ochorení tráviaceho traktu sa dlhodobé nežiadúce účinky alkoholu prejavujú aj kardiomyopatiou, hypertenziou, anémiou, poruchami spánku, depresiou či impotenciou (Minařík & Kmoch, 2015; Popov, 2020). Zakhari a kolektív (2006) spomínajú aj laktacidózu (teda nahromadenie kyseliny mliečnej v telesných tekutinách), ketózu (nadmernú produkciu ketolátok) a zvýšené množstvo kyseliny močovej v krvi. Narušený môže byť aj endokrinný systém (Popov, 2020).

V neurologickom spektre sa abúzus alkoholu prejavuje napr. spomínaným amnestickým syndrómom, Wernickeho encefalopatiou (poškodenie mozgu kvôli nedostatku vitamínu B1), alkoholovou demenciou a podobne (Minařík & Řehák, 2015). Prognóza všetkých týchto ochorení nie je veľmi priaznivá (Minařík & Řehák, 2015). Chronické

užívanie alkoholu je tiež spojené so zvýšenou produkciou aminokyseliny homocysteínu, ktorá môže prispievať ku atrofii mozgového tkaniva (Bleich et al., 2004).

Obzvlášť problematické je škodlivé užívanie alkoholu počas tehotenstva (Minařík & Řehák, 2015). S tým súvisí hlavne fetálny alkoholový syndróm, ktorý sa prejavuje tvárovou dysmorfiou, rastovou retardáciou a poškodením centrálnej nervovej sústavy (Popov, 2020; Denny et al., 2017; Zakhari et al., 2006). Ak sú prítomné len poruchy správania a intelektu, používame pojem fetálny alkoholový efekt (Popov, 2020).

Nakoniec treba dodať, že chronické užívanie alkoholu výrazne zvyšuje risk rakoviny pažeráka, ústnej dutiny a pečene (Seitz et al., 2004; Stickel et al., 2002).

Viacero štúdií hovorí o pozitívnom účinku alkoholu na ischemickú chorobu srdca, pokiaľ je užívaný pravidelne v malom množstve (Corrao et al., 2000; Agarwal, 2002; Puddey et al., 1999). Výskum Roereckea & Rehman (2010) ale ukázal, že tieto benefity sú negované, pokiaľ dochádza aj ku „ťažšiemu“ pitiu (viac než 60g čistého alkoholu/viac než 5 nápojov počas udalosti aspoň raz za mesiac). Naopak, nimi definované „ťažšie“ pitie sa spája s problémovým krvným tlakom, arytmiou, srdcovou angínou či infarktom myokardu (Puddey et al., 1999). Aj v neurologickom spektre sa stretávame s názorom, že alkohol môže byť prospešný. Konkrétne ide o tézu, že ľahké, mierne užívanie alkoholu je protektívnym faktorom proti kognitívnemu poškodeniu a demencii (Ruitenberg et al., 2002; Lindsay et al., 2002; Huang et al., 2002; Kalmijn et al., 2002; Leroi et al., 2002), v porovnaní s abstinenciou a ťažkým pitím (Anttila et al., 2004). Anttila a kolektív (2004) vo svojej štúdií hovoria, že plusy asociované s miernym užívaním alkoholu nemusia byť následkom alkoholu ako takého, ale skôr faktu, že títo jedinci majú uspokojivejší sociálny život.

Avšak, novšie štúdie preukazujú, že užívanie alkoholu v menšom množstve nemá žiadne signifikantné pozitívne účinky na zdravie človeka (Stockwell et al., 2016; Zhao et al., 2023; Miovský et al., 2019). Akékoľvek propagovanie „preventívneho“ užívania alkoholu je tak nevhodné (Miovský et al., 2019). Takisto Svetová zdravotnícka organizácia (2018) vyhlasuje, že užívanie akéhokoľvek množstva alkoholu je škodné. Prípadné zachytenie pozitívnych účinkov je skôr výsledkom metodologických pochybení výskumného dizajnu (Stockwell et al., 2016).

2.11 Sociálne následky

Okrem somatickeho či psychologického poškodenia so sebou závislosť na alkohole prináša aj negatívnu zmenu v medziľudských vzťahoch. Závislosť na alkohole totiž nezasahuje len užívateľa, ale aj jeho okolie (Bellis et al., 2009) – tento fenomén pomenujeme ako AHTO (alcohol's harm to others) (Nováková & Mravčík, 2020). Prejavuje sa nenaplnením sociálnej role, strachu z pobytu na verejnosti, ekonomickými nákladmi, emočným zanedbávaním, hádkami, zanedbávaním detí, ťažkosťami v profesii, strachu z opitých ľudí, sexuálnym obťažovaním a podobne (Nováková & Mravčík, 2020; Room, 2000).

3 RELAPS A JEHO ZVLÁDANIE

Fenomén relapsu je jedným z najdôležitejších aspektov liečby závislosti na alkohole a psychologickej práce so závislým klientom. Preto považujeme za potrebné vysvetliť ho a interpretovať rôzne prístupy k jeho zvládaniu.

3.1 Relaps

Pojem „relaps“ sme si čiastočne spomenuli už v predchádzajúcich kapitolách, kde sme ho definovali ako závažnejší návrat k užívaniu látky, keď sa rozvinie aspoň jeden zo symptómov závislosti (Jeřábek, 2015a). I keď sa intuitívne môže zdať, že zabrániť relapsu je hlavnou úlohou terapie závislých pacientov, nemusí to tak byť. Pavlovská (2015) hovorí, že relaps ku závislosti proste patrí a nemožno ním odkazovať na výsledok terapie. Úlohou psychológov, adiktológov i samotných pacientov je skôr edukovať, otvárať tému lapsu a relapsu a učiť sa mechanizmy jeho zvládania (Pavlovská, 2015).

To, ako pacient laps vníma je totiž dôležitou súčasťou jeho zvládania abstinencie (Pavlovská, 2015). Ak vníma laps ako porušenie pravidiel a osobný neúspech, po ktorom prídu negatívne následky, zvyšuje sa tým vyvíjaný tlak v rizikovej situácii a ak pacient nemá dostatočne efektívne stratégie zvládania (a pocit vlastnej účinnosti), uchýli sa ku znovuužitiu látky, aby potlačil nepokoj (Wanigaratne et al., 1990; Pavlovská, 2015). Pre budovanie spomenutého pocitu vlastnej účinnosti je dôležité, aby si klient sám stanovil pravidlá svojej liečby. Ak si ich stanoví adekvátne a podarí sa mu ich dodržiavať, jeho self-efficacy sa zvyšuje, i keď, nie všetky výskumy s touto premisou súhlasia (Gordon, 2003, cit. v Pavlovská, 2015).

Relaps nie je fyziologickou odpoveďou tela na odvykacie príznaky ani výsledkom nedostatku vôle či motivácie (Pavlovská, 2015). Nie je to zlyhanie pokusu abstinovať, skôr neúspech na ceste za abstinenciou (Wanigaratne et al., 1990). Rozhodujúce je, aby klient vnímal laps a relaps ako zakopnutie na ceste, na ktorú sa znovu vráti (Witkiewitz et al., 2003).

Medzi situácie, ktoré možno považovať za akési spúšťače opätovného užitia návykovej látky, patria tri Marlattom a Gordonovou (1985) definované spúšťače. Prvým sú

negatívne emocionálne stavy, teda pocity smútku, hnevu, úzkosti, depresie, ale aj nudy. Kľúčové je rozpoznať dôvody týchto pocitov a následne s nimi pracovať. Interpersonálne problémy sú druhou kategóriou. Najúčinnším riešením je z rizikového kontaktu jednoducho odísť. Posledným spomenutým spúšťačom je sociálny tlak, ktorý môže byť priamy (presvedčanie) alebo nepriamy (prítomnosť látok). Výzvou je tlaku odolať, vyhýbať sa mu a naučiť sa odmietat'.

Becker (2008) zas ako tri typy spúšťačov relapsu spomína vystavenie sa malým dávkam alkoholu, vystavenie sa podnetom alebo prostrediu súvisiacim s alkoholom a stres. Pre závislých môže byť podnetom alebo prostredím súvisiacim s alkoholom aj podnet alebo prostredie, ktorý sa ostatným nezdá rizikový. Závislí ľudia sú totiž na kontext prostredia a podnetov výrazne citlivejší (Becker, 2008). Inou z príčin relapsu je už spomenutý craving (WHO, 1992), čo je aj jeden zo znakov závislosti.

Sliedrecht et al. (2019) vo svojej prehľadovej štúdií identifikovali faktory relapsu popísané v nedávnej literatúre. Vo svojich výsledkoch vyzdvihli nasledovné. Biologické faktory ako nižší vek či zdravotné problémy, neurobiologické a genetické faktory, problémy so spánkom. Zo psychologických faktorov psychiatrická komorbidita, závažnosť závislosti, užívanie iných návykových látok a stres. Silný efekt majú aj sociálne vzťahy, a to negatívny alebo protektívny, v závislosti od podoby sociálnych vzťahov. Protektívnym faktorom môže byť aj rozvíjanie spirituality pacienta – v zmysle hľadania zmyslu života.

3.2 Prevencia relapsu

Bližšie sa ku prevencii relapsu z pohľadu rôznych psychoterapeutických smerov dostaneme neskôr, v podkapitole 4.5. Obecne však možno povedať, že prevencia stojí na identifikovaní rizikových situácií a ich uvedomovaní, na stratégiách ako sa im vyhnúť a zvládať ich a na stratégiách ako zabrániť rozvoju lapsu (Marlatt & Gordon, 1985). Kalina (2013) zas ako základné zložky prevencie relapsu považuje psychoedukáciu, zvedomovanie, hľadanie alternatív, nácviky a intervenciu do životného štýlu. Podstatné je spomenúť, že prevencia relapsu je súčasťou liečby, ale aj nasledujúcej starostlivosti o klienta (Pavlovská, 2015).

Brandon et al. (2007) vo svojom prehľade spomínajú niekoľko prístupov ku prevencii relapsu. Najdominantnejšia v poli je podľa nich Marlattova intervencia prevencie relapsu (Marlatt & George, 1984). Tá si zakladá na tréningu copingových mechanizmov,

ktoré môže klient aktivovať v prípade rizikovej situácie lapsu (Brandon et al., 2007). Okrem toho model pracuje s predpokladaním rizikových situácií, spracovávaním lapsu, zvyšovaním self-efficacy, edukáciou a celkovo zmenou životného štýlu (Brandon et al., 2007).

Ďalším prístupom je Gorského CENAPS model (Gorski, 1990). Vychádza z deviatich základných princípov: sebaregulácia myslenia, pocitov, rozhodovania, integrácia liečebných procesov, porozumenie liečbe a relapsu, sebaopoznanie a identifikácia rizík, copingové mechanizmy, zmena, pozornosť voči procesu i prekážkam, podpora od ostatných, udržiavanie plánu. Gorského model je široko akceptovaný, avšak empiricky nedostatočne preskúmaný (Brandon et al., 2007).

Novším, ambicióznym modelom je Mindfulness-based prevencia relapsu (MBRP) (Brandon et al., 2007). Mindfulness môžeme zjednodušene opísať ako „mentálny stav, ktorý zahŕňa pozornosť voči prítomnosti a nesúdiaci postoj k vnútorným i vonkajším fenoménom“ (Ramadas et al., 2021, s. 2). Táto metóda kombinuje tradičnejšie prístupy (napr. Marlatt & George, 1984) s využitím techník mindfulness (Bowen et al., 2021). Pozostáva z troch hlavných komponentov: formálneho tréningu, neformálneho tréningu a copingových stratégií. Medzi formálne cvičenia patria napr. rôzne typy meditácie, medzi neformálne cvičenia tzv. urge surfing, využívanie mindfulness pri bežných aktivitách, či SOBER cvičenie (Witkiewitz et al., 2013; Bowen et al., 2014; Penberthy et al., 2013). Copingové stratégie sú potom o zaradovaní naučeného správania do života (Ramadas et al., 2021). Efektivita MBRP je stále predmetom diskusie. Zatiaľ čo niektoré prehľadové štúdie hovoria o jej pozitívnych účinkoch (Ramadas et al., 2021), iné pripomínajú len malú veľkosť účinku a slabšiu efektivitu v porovnaní s inými prístupmi (Grant et al., 2017).

4 TERAPIA

V predchádzajúcich kapitolách sme písali o problematike alkoholu a syndrómu závislosti. V tejto kapitole sa pozrieme na proces liečby závislosti. Konkrétne na formy liečby, na farmakoterapeutické možnosti a na fenomén autoremisie.

Jeřábek (2015b), ktorý vychádza z Wachtela (2000) vo svojej kapitole spomína, že terapia ťažkostí týkajúcich sa návykových látok by mala spočívať z troch aspektov. Prvým je správne indikácia a párovanie stavu klienta a druhu liečby. Pri akútnom stave (komplikácie a odvykací stav) liečime psychické a somatické komplikácie, vrátane detoxu (Jeřábek, 2015b). Pri syndróme závislosti navrhujeme komplexnú liečbu v ambulantnom alebo rezidenčnom prostredí a zakladáme si na dobrovoľnom kontrakte s pacientom (Jeřábek, 2015b). Pokiaľ už došlo k príliš závažnému poškodeniu alebo pacientovi chýba motivácia, liečba sa mení na znižovanie škody (harm reduction) či iba symptomatickú liečbu (Jeřábek, 2015b).

Druhým aspektom je podpora procesu zmeny cez posilňovanie motivácie ku zmene pacienta. V praxi sa to na liečeniach prejavuje napríklad existenciou incentív, ktoré môže „dobrým správaním“ pacient získavať a tým podporovať svoju sebaúčinnosť (Jeřábek, 2015b). Takýto princíp nazývame aj ako incentívnu terapiu (Jeřábek, 2015b).

Tretím aspektom je integrácia intrapsychickej zložky s prejavmi správania a individuálnej a interpersonálnej perspektívy (Jeřábek, 2015b). Cieľom je vlastne pomôcť pacientovi dosiahnuť náhľad, ktorý mu vyjaví prepojenie a vzťah osobných problémov so závislosťou a medziľudskými vzťahmi s nádejou naučenia sa zvládania životných situácií iným spôsobom než cestou návykových látok (Jeřábek, 2015b).

4.1 Priebeh

Závislosť na alkohole je chronické recidivujúce ochorenie, ktoré postihuje všetky oblasti života. Pri adekvátnej liečbe sa pacient môže uzdraviť, inak môže dôjsť ku progresii ochorenia až do terminálneho štádia (Popov, 2020). Prvým krokom je, samozrejme, priznanie si závislosti (Orel & Šimonek, 2020). Základnou podmienkou je trvalá abstinencia (Orel & Šimonek, 2020; Popov, 2020), nakoľko pri závislosti na alkohole nie je možné

dosiahnuť kontrolované pitie (Popov, 2020). Čo sa týka prognózy, 50 – 70 % pacientov po odvykacej liečbe dosiahne jednoročnú abstinenciu, 30 – 40 % abstínuje aj po troch rokoch (Popov, 2020).

4.2 Autoremisia

V tejto kapitole rozoberáme intervencie, prístupy a spôsoby, ktorými sa so závislosťou na alkohole pracuje. Niekedy však závislosť odíde bez vonkajšej pomoci (Granfield & Cloud, 2001; Kelly et al., 2017). Takému fenoménu hovoríme aj autoremisia (Klingemann, 1992) a podľa literatúry je častejšia než by mohlo byť očakávané.

Vonkajšiu pomoc (liečenie, komunita, psychológ...) vyhľadá len 25 % ľudí s problematickým užívaním alkoholu (Tucker et al., 2020). Častejšie sa pri tom jedná o mužov než o ženy (Tucker et al., 2020) a o ťažšie prípady závislosti či problémového užívania (Tucker, 2002; Tucker et al., 2020).

Podľa Tuckerovej a kolektívu (2020) sa väčšina problematických užívateľov alkoholu ku remisii dopracuje bez externej intervencie. V štúdiu na rozsiahlej americkej vzorke došlo ku autoremisii pri 46 % prípadoch (Kelly et al., 2017), v inej štúdiu pri jednej štvrtine respondentov (Fan et al., 2019). Viac výskumov sa ale zhoduje v tvrdení, že pri jedincoch po autoremisii je prevalentnejšie kontrolované užívanie alkoholu (low-risk drinking) a menej prevalentná úplná abstinencia (Fan et al., 2019; Tucker et al., 2020). Jedno z vysvetlení môže byť, že úplná abstinencia je pri liečeniach často podmienkou (Tucker et al., 2020).

Moos & Moos (2006) vo svojej práci vyzdvihujú zistenie, že u problematických užívateľov, ktorí vstúpili do liečenia je väčšia šanca, že v abstinencii vydržia aj po niekoľkých rokoch. Liečenie je zároveň motivátorom pre vstup do svojpomocných skupín, ktoré majú na udržiavanie abstinencie podstatný dopad.

Nakoniec treba zhodnotiť, že výskumy týkajúce sa autoremisie a jej úspešnosti sú metodologicky náročné a slabé (Kelly et al., 2017; Sobell et al., 2000). Overiť pravdivosť tvrdení respondentov v introspektívnych dotazníkoch je takmer nemožné a definícia toho, čo pre jednotlivých respondentov znamená remisia, kontrolované pitie a podobne sa môže medzi odpovedajúcimi výrazne líšiť.

4.3 Formy liečby závislosti

V Českej republike a na Slovensku liečba závislosti na alkohole prebieha formou ambulantnou, formou krátkodobej stabilizácie, rezidenčnou formou a pomocou nasledujúcej starostlivosti (Státní zdravotní ústav, 2022; Turček et al., 2021; Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021). Pod ambulantnou formou rozumieme ordinácie psychiatrov, adiktológov a denné stacionáre. Krátkodobá stabilizácia spočíva v detoxifikácii alebo krízovej stabilizácii. Rezidenčnou formou sú krátkodobá a strednedobá liečba v psychiatrických nemocniciach a terapeutické komunity (Státní zdravotní ústav, 2022). Tieto formy pomoci môžu byť štátnym aj súkromným zariadením, kde štátne sú hradené zo zdravotného poistenia, zatiaľ čo súkromné si hradí klient sám, avšak nedochádza ku jeho evidencii do zdravotného systému, čo udržuje jeho anonymitu (Státní zdravotní ústav, 2022). Práca so závislými pacientmi vychádza z medziodborového prístupu a spolupráce viacerých odborníkov (psychiater, psychológ, sociálny pracovník, adiktológ, ošetrovateľ...) (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

Rovnako možno formy liečby rozdeliť podľa zloženia účastníkov, a to na individuálne, skupinové, párové, rodinné či komunitné (Turček et al., 2021).

Ambulantná liečba je vhodná hlavne pre pacientov s nie až tak vyvinutou závislosťou, ochotou spolupracovať a dostatočnou motiváciou ku zmene správania a vnímania (Riesel, 2015). Problematickými môžu byť pacienti so závažnými poruchami osobnosti, závažnou deterioráciou kognitívnych schopností či psychózami (Riesel, 2015). Liečba spočíva v zhodnotení stavu, poradenstva, nácvikov, farmakoterapie, psychoterapeutických intervencií, case managementu, prevencie relapsu, štruktúrovaného programu, atď. (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021). Stacionárne programy sú intenzívnejšou, štruktúrovanejšou alternatívou (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021). Výhodou ambulantnej liečby môže byť viac individuálnej terapie. Aj tá vie byť riziková, ak sa pacientova závislosť preniesie z látky na terapeuta (Riesel, 2015).

Program krátkodobej stabilizácie je určený pre pacientov na začiatku abstinencie, s cieľom znížiť príznaky odvykacieho syndrómu (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021). Lôžková

detoxifikácia trvá spravidla do štyroch týždňov, počas ktorých sa poskytuje farmakologická a psychoterapeutická intervencia, režimové opatrenia a relaxácia. Krízová stabilizácia má sociálny charakter, je určená pre pacientov, ktorí sa ocitli v náročnej životnej situácii, väčšinou do siedmich dní (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

V našej práci sa však budeme zameriavať na pacientov psychiatrickej nemocnice, preto nás bude zaujímať hlavne rezidenčná forma liečby. Na ňu sa bližšie pozrieme v podkapitole 4.6.

Nasledujúca starostlivosť a doliečovanie spočívajú z podpory a udržiavania abstinencie a želaných zmien v správaní u klienta po liečebnom procese. Cieľom je teda prevencia relapsu, ale aj zaradenie klienta do normálneho života. Doliečovanie je poskytované ambulantne alebo pobytovo, možná je aj telefonická či internetová forma (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

4.4 Farmakoterapia pri liečbe závislosti

Farmakoterapia pri liečbe syndrómu závislosti napĺňa rôzne úlohy podľa formy liečby. V rezidenčnej liečbe je ich rola skôr podporná, pri liečbe ambulantnej môže ich význam výrazne narastať (aspoň na nejaké obdobie) (Dvořáček & Kalina, 2015). Avšak, Jeřábek (2015b) vo svojej kapitole spomína, že zatiaľ čo pri adiktologických komplikáciách je význam farmakoterapie jasný, pri liečbe závislosti vôbec nie je jednoznačný.

Každopádne, farmakoterapia syndrómu závislosti sa zameriava na potlačenie cravingu a vytvorenie zábran v správaní vedúcom k užití látky (Dvořáček & Kalina, 2015).

Prvým spôsobom farmakoterapie bývalo vytvorenie chemickej averzie a chemickej senzitivácie. V minulosti sa využíval napríklad *apomorfin*, čo je emetikum využívané k vytvoreniu podmieneného spojenia s alkoholom. Po užití nasleduje pocit nevoľnosti, zvracanie a celkové neprijemné pocity, čo prispieva k averzii a odporu voči alkoholu (Dvořáček & Kalina, 2015).

V súčasnosti sa používa skôr *disulfiram (antabus)*. Obmedzuje metabolizáciu alkoholu, čím v podstate dochádza ku intoxikácii acetaldehydom. Ak teda pacient požije alkohol, nastane vegetatívna reakcia, ktorá sa prejaví tachykardiou, bolesťou hlavy, nauseou,

zvracaním, zhoršeným dýchaním, prípadne až kolapsom (Dvořáček & Kalina, 2015; Jeřábek, 2015b; Popov, 2020). Myšlienkou terapie je znovu asociovať neprijemný prežitok s alkoholom a vytvoriť tak strach, odpor k alkoholu. Tento typ liečby však môže byť jednak ohrozujúci pre pacienta (ak je reakcia príliš silná), zároveň je eticky diskutabilný (Dvořáček & Kalina, 2015). Väčšinou sa podáva rok od zahájenia abstinencie (Popov, 2020; Dvořáček & Kalina, 2015).

Druhým spôsobom farmakoterapie sú lieky znižujúce craving alebo pôžitok z látky. Medzi také patrí napríklad *acamprosát*, liečba ktorým sa má zahájiť čo najskoršie od ukončenia odvykacej fázy terapie a pokračovať asi jeden rok (Dvořáček & Kalina, 2015; Turček et al., 2021; Popov, 2020). Ďalším je *naltrexon*, opioidný antagonist, ktorý blokuje pocit eufórie z požitej látky a znižuje riziko relapsu (Dvořáček & Kalina, 2015; Jeřábek, 2015b; Turček et al., 2021). Môže byť kombinovaný s *acamprosátom* (Popov, 2008). Podobne pôsobí aj *nalmefen* – znižuje pôžitok z pitia a je indikovaný pri pacientoch s vysokým rizikom pitia, ale bez potreby detoxifikácie (Dvořáček & Kalina, 2015; Jeřábek, 2015a; Turček et al., 2021). Dvořáček a Kalina (2015) spomínajú, že anticravingový efekt môžu mať aj antidepresíva (*fluoxetin*, *citalopram*, atď.) Jeřábek (2015b) ale dodáva, že názory na ich používanie sú rôzne.

4.5 Psychoterapeutické smery v liečbe závislosti

Pre bližšie zoznámenie sa s terapeutickou prácou so závislými klientmi si predstavíme niekoľko psychoterapeutických smerov, ktoré sa pri liečbe závislosti používajú. Pôjde o behaviorálny, kognitívne-behaviorálny, psychodynamický a skupinový prístup.

4.5.1 Behaviorálna terapia

Základnou prezumpciou behaviorálneho smeru je predpoklad, že závislosť je naučeným správaním, a teda sa učením dá aj pozmeniť, modifikovať alebo odstrániť (Kalina & Mladá, 2015). V praxi používa klasické a operantné podmieňovanie, relaxáciu a nácviky sociálnych interakcií a asertivity, s cieľom zníženia užívania drogy, posilnenia participácie na liečbe či prevencii relapsu (Kalina & Mladá, 2015).

Podmieňovanie sa týka napríklad averzívnej terapie na základe farmaceutík alebo psychologickéj desenzibilizácie (Martinchak & Morgan, 2013). Relaxačné techniky a nácviky asertivity zas fungujú ako prostriedky pre boj s cravingom a na sebaapresadzovanie

sa v sociálnych situáciách (Kalina & Mladá, 2015). Zaujímavá je aj technika vyhasínania (*cue exposure therapy*), kde závislého pacienta vystavujeme podnetom, ktoré spúšťajú nutkanie, ale bez odmeny – čím sa spúšťací podnet neutralizuje (Kalina & Mladá, 2015; Brandon et al., 2007). Tento typ intervencie sa však nejaví byť veľmi účinný v prevencii relapsu (Brandon et al., 2007).

Jedným z behaviorálnych terapeutických smerov využívaných v terapii závislostí, ktorý sa používa aj medzi pacientmi našej práce, je odmenová (pobídková) terapia (*contingency management*). Jej podstata vychádza z odmeňovania a oceňovania pozitívneho správania v liečbe (abstinencia, zníženie užívania, zapojenie do aktivít...) (Kalina & Mladá, 2015; Brandon et al., 2007). Odmena má byť poskytovaná hneď po zaznamenaní pozitívneho správania a býva vo forme kupónov, ktoré si pacient môže zmeniť za finančnú čiastku či nejaké zvýhodnenie v rámci liečby (Kalina & Mladá, 2015). Hodnota odmien má ku koncu terapie klesať a klient sa má učiť sebaodmeňovaniu (Kalina & Mladá, 2015).

S *contingency management* blízko súvisí bodovací systém, pôvodne odvodený od Skálovho systému (Skála et al., 1987). Ten, na rozdiel od predchádzajúceho systému, obsahuje aj tresty nasledujúce po porušení vymedzených pravidiel. Rozšírenie tohto systému je v silnom kontraste s minimálnym počtom výskumov na jeho úspešnosť (Kalina & Mladá, 2015). Výskum Mladej (2011) sformuloval plusy a mínusy používania bodovacieho systému. Medzi zaznamenané pozitíva patrí:

- posilnenie žiadúceho a oslabenie nežiadúceho správania
- systém ako spätná väzba pre pacientov
- odhaľuje pravú motiváciu pacienta ku liečbe
- udáva štruktúru; pomáha personálu v práci
- terapeutické implikácie (modelové situácie pre psychoterapiu, priestor pre riešenie problémov...)

Medzi zaznamenané negatíva patrí:

- podporuje obrannú reakciu odčíňovania (nevedomá snaha vyvážiť nejakú negatívnu emóciu postojom, či správaním, ktorý ju magicky vymaže (McWilliams, 2011))
- môže viesť k stereotypizácii zo strany personálu

obmedzuje individuálny prístup k pacientom

4.5.2 Kognitívne-behaviorálna terapia

KBT rozumie závislosti ako kognitívne-behaviorálnej stratégii, ktorá dominuje v riešení každodenných problémov pacienta (Kalina, 2015b). V porovnaní s behaviorálnou terapiou, už podľa názvu, kladie dôraz na kognitívnu zložku a neberie správanie len ako osvojené akcie a reakcie (Kalina, 2015b).

To, ako KBT vníma závislosť a vývoj závislosti na návykovej látke Kalina (2015b) vysvetľuje sériou pojmov. Základom sú jadrové presvedčenia vytvorené v detstve nejakým kritickým zážitkom, ktorý jedinca do istej miery definuje. Na to nadväzujú odvodené presvedčenia, teda životné postoje a názory tvoriace osobnosť, ktoré sú ovplyvnené pôsobením prostredia. Z týchto dvoch označení sa tvoria dysfunkčné kognitívne schémy. Sú rigidné a majú silný emočný doprovod. To znamená, že ich vplyv prekonáva akúkoľvek korektívnu skúsenosť a priania či ambície jedinca pretvárajú na niečo, „čo sa musí udiat“ - prípadný neúspech je katastrofou. Z týchto kognitívnych schém potom vychádzajú stratégie správania posilňujúce alebo nezvládajúce získané schémy. Pre vývoj závislosti je dôležité, že dané stratégie zlyhávajú a jedinec sa s touto skutočnosťou nedokáže vyrovnáť, či ich modifikovať. Riešením sa následne stáva kompenzačná stratégia vo forme užívania drogy. Čím úspešnejšia je, tým žiadanejšou sa stáva. Objavujú sa špecifické presvedčenia, ktorými človek odôvodňuje, ospravedlňuje, racionalizuje svoje užívanie. Postupom času sa definuje maladaptívny životný štýl, špecifické presvedčenia sa čoraz viac internalizujú a automatizujú a akákoľvek schopnosť iného zvládania klesá.

Cieľom terapie je naučiť závislého pacienta rozpoznať škodlivé a nevhodné kognitívne schémy a stratégie správania. Prepracovať tieto témy a stratégie a nájsť funkčnejšie alternatívy (Kalina, 2015b). Táto kognitívna reštrukturalizácia v terapii funguje spochybňovaním automatických myšlienok a nabúravaním presvedčení pacienta, čím pacient sám pocíti potrebu zmeniť dysfunkčné vzorce (Kalina, 2015b). S tým súvisí aj posilnenie vlastnej kompetencie, sebakontroly, sebaúčinnosti pomocou nácviku a rôznych ďalších metód (Kalina, 2015b).

Zvláštnu pozornosť KBT venuje cravingu, kde sa snaží pomôcť pacientovi nájsť spúšťače a podnety, mapovať a rozpoznať signály, pracovať s cravingom cez expozíciu a nácvik kontroly. Súčasťou je aj zmena postoja ku cravingu ako ku prirodzenému

fenoménu, ktorý sa ale dá zvládať (Záleský, 2007; Kuda, 2008; Nešpor, 2011). Nešpor (2011) napríklad spomína, že jedným z rizík pre craving je nedostatočné uvedomovanie vlastných emócií, a teda nemožnosť s nimi pracovať.

Liečba je ideálne krátkodobá, štrukturovaná a zameraná na konkrétne stanovené ciele (Kalina, 2015b). Cieľom nemusí byť úplná abstinencia, ale aj kontrolované užívanie alebo zníženie rizikového správania (Kalina, 2015b). Samotný liečebný plán je vytváraný spolu s pacientom v troch etapách (Kalina, 2015b). V prvej ide o vytvorenie záväzku a motivácie, v druhej o zavádzanie zmien správania a v tretej o udržanie dosiahnutej zmeny.

4.5.3 Psychodynamická terapia

Psychodynamický pohľad na závislosť vychádza z myšlienky samoliečby návykovou látkou ako dysfunkčným spôsobom zvládania psychických ťažkostí (Kalina & Hajný, 2015).

Základ závislostí podľa psychoanalytického vnímania môžeme hľadať v niekoľkých zdrojoch (Kalina & Hajný, 2015). Môže ním byť vývojová porucha, teda nejaký problém v psychosociálnom vývoji dieťaťa (Kalina & Hajný, 2015). Napríklad nedostatočné nasýtenie intimity, bondingu alebo prehnaná starostlivosť (Kalina & Hajný, 2015). Ďalším zdrojom môže byť nízka tolerancia voči frustrácii a psychickému napätiu. Reakciou je potom používanie primitívnych psychologických obrán, ktoré neskôr prerastajú do užívania drog (Kooyman, 2005; Kalina & Hajný, 2015). Dôležitý je aj význam zážitku v akútnej intoxikácii, ktorá ponúka únik z každodennej frustrácie spôsobenej nezrelým charakterom (Mikota, 1995). Aj keď človeka k užívaniu motivuje subjektívny psychický stav, veľkú rolu hrajú okolité podmienky – sociálne a rodinné faktory, životné udalosti a krízy, dostupnosť drogy. Pre závislého je typické manipulatívne správanie voči ostatným, čím sa chráni pred odmietnutím z priameho požiadania o pomoc (Mikota, 1995). Smeruje k rýchlemu a priamemu uspokojeniu, lebo jeho vnímanie budúcnosti je fatálne a pesimistické (Kalina & Hajný, 2015).

Psychodynamická terapia nie je sama o sebe orientovaná na abstinenciu (Kalina & Hajný, 2015). Abstinenciu nevnímajú ako výsledok, ale podmienku liečby príliehavých problémov (Mikota, 1995). Týmto faktorom sa oveľa efektívnejšie zaoberajú behaviorálne a kognitívno-behaviorálne prístupy (Kalina & Hajný, 2015).

V súčasnosti sa psychodynamické prístupy venujú nielen vnútornej, ale aj medziľudskej zložke prežívania. Dôraz dávajú aj na prenos a protiprenos v terapeutickom vzťahu. V terapii sa klient snaží adaptovať tak, aby čo najlepšie uplatnil vlastný potenciál a porozumel vzťahom medzi minulými zážitkami a súčasným prežívaním (Kalina & Hajný, 2015). Čo sa týka dĺžky, psychodynamická terapia je flexibilná. Medzi krátkodobejšie prístupy patria fokálne (ohniskové) prístupy (Kalina & Hajný, 2015).

Ohniskom tu vnímame formulované centrum aktuálnych problémov klienta, ktoré sú v terapii prístupné. Môže vychádzať z hlbších, raných skúseností, ale prerastá do súčasnosti a do interpersonálnej roviny. Terapeut sa počas procesu snaží udržiavať tému v rámci ohniska (Kalina & Hajný, 2015). Keď hovoríme o závislých pacientoch, ohnisko ich terapie sa zameriava na závislosť ako takú.

4.5.4 Skupinová terapia

V ČR sa skupinová psychoterapia pokladá za významnú, ak nie kľúčovú metódu v liečbe závislostí (Popov, 2003). Je však vhodná až v určitých fázach liečby, často jej predchádza individuálna práca, ktorá by mala klienta pripraviť na skupinovú dynamiku (Miovský & Bartošiková, 2003).

Skupinové terapie závislých sa vyznačujú niekoľkými bodmi (Kalina, 2015c). Dôležitá je väčšia štruktúrovanosť, ktorú systému dáva terapeut tým, že častejšie preberá iniciatívu. Cieľom je dať skupine rád a zamedziť predčasným odchodom klientov. Využíva sa konfrontácia ako nástroj rozbíjania nefunkčných postojov klienta a spôsob získavania náhľadu. Nutno s ňou pracovať opatrne, aby v nesprávny čas či v nesprávnej situácii nepôsobila príliš zničujúco. Základom je, samozrejme, emočná podpora. Vybudovať ju v skupine ľudí, ktorí sú zvyknutí na odmietavé vzťahy a zároveň ju nestotožňovať s drogovou kultúrou nie je jednoduchá úloha.

Kalina (2015c) vo svojej kapitole medzi príkladmi moderných skupinových terapií uvádza Khantzianovu psychodynamickú skupinovú terapiu. Vychádza zo siedmich základných zásad (Khantzian et al., 2005). Stabilizácie v počiatočnom štádiu, identifikácii koreňov udržiavacích vzorcov, vnútornej sebaregulácii, internalizácii starostlivosti o seba, opravy deficitov self a posilnenia sebaúcty, identifikácie afektov a rozvoja zreých vzťahov.

V predchádzajúcej podkapitole sme spomínali fokálny (ohniskový) prístup, tu dodávame, že existujú aj fokálne skupiny. V nich ako fokus určujeme témy, s ktorými sa stotožňujú všetci členovia skupiny (Kalina, 2015c).

V skupinách sa stretávame s konfliktami, ktoré z podstaty skupinovej terapie vyplývajú. Behr a Hearstová (2008) ich zhrňujú do štyroch základných konfliktov. Konformita x egocentrizmus – jedinec sa správa podľa noriem skupiny, čo ide proti jeho narcistickým či egocentrickým tendenciám. Dominancia x submisivita, kde klient do skupiny a vzťahu s terapeutom prenáša svoj problematický vzťah s autoritami. Závislosť x autonómia, kde sa členovia skupiny postupne musia vymaniť z až detskej viery a spoliehania sa na vedenie a večné trvanie skupiny. Zmena x kontinuita, kde klienti zápasia s tým, aby sa zmenili, ale zároveň ostali sami sebou.

Popri spoločných stretnutiach, ktoré nerozlišujú podľa pohlavia, majú svoju dôležitosť aj genderové skupiny. Ich cieľom je poskytnúť bezpečný priestor pre zdieľanie tém, ktoré sú im spoločné (Kalina, 2015c). V ženských skupinách je to: stigmatizácia, pocity viny, partnerské a rodinné vzťahy, tehotenstvo a potraty, prostitúcia, traumy, zneužívanie či domáce násilie; v mužských skupinách: absencia mužských (otcovských) vzorov, skrývanie strachu z intimity, neochota pripustiť sexuálne zneužívanie, vzťah ku autoritám, agresivita a dominantnosť, ťažkosti s vyjadrovaním emócií (Kooyman, 2005; TCC, 2006).

Okrem spomenutých poznáme aj skupiny hodnotiace (skupina hodnotí klienta, dáva mu spätnú väzbu), skupiny nácvikové (napr. asertívny tréning, zvládanie emócií, komunikačné schopnosti, atď.) a skupiny psychoedukačné (zamerané na vzdelávanie v danom probléme) (Kalina, 2015c).

Špecificky pre náš výskum sú zaujímavé skupiny s blízkymi, teda rodičovské alebo partnerské skupiny. Aj keď nejde o psychoterapiu účastníkov ako takú, uplatňujú sa tu faktory skupinovej dynamiky. Ide hlavne o témy prijatia a edukácie o závislosti člena rodiny, vyrovnávanie sa s jeho liečbou, ošetrovanie traumatických spomienok a pocitov viny, práca na interpersonálnych vzťahoch či vyrovnávanie sa so strachom z budúcnosti závislého a rodiny (Frouzová & Kalina, 2008).

4.6 Rezidenčná liečba

Rezidenčná liečba sa poskytuje v špecializovaných zariadeniach s organizovaným programom, zameraným na podporu abstinencie a sociálnej rehabilitácie. Obecne jestvujú

dva typy programov. Stabilizačné programy s kratšou dobou trvania a programy zamerané na vnútornú zmenu s dlhším trvaním. Tieto programy sú realizované v psychiatrických nemocniciach, oddeleniach so špecializovaným adiktologickým programom i v kontexte sociálnych služieb (terapeutické komunity) (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

Čo sa týka psychiatrickej lôžkovej starostlivosti, pre vytvorenie obrazu, v Českej republike bolo v roku 2021 registrovaných 17 zariadení v odbore návykových ochorení. Ročne v nich prebehne približne 16 000 hospitalizácií a asi 60 % z nich je kvôli alkoholu (Mravčík et al., 2021). Terapeutických komunit je v ČR 19, ročne sa v nich lieči okolo 700 klientov so závislosťou, asi 100 z nich so závislosťou na alkohole (Mravčík et al., 2021).

V nasledujúcich riadkoch sa bližšie pozrieme na podobu tých foriem liečby, ktoré sa týkajú nášho výskumu, teda terapeutické komunity a protialkoholické liečenia v nemocniciach.

4.6.1 Psychiatrická lôžková starostlivosť x terapeutická komunita

Odlíšenie konceptov psychiatrickej lôžkovej starostlivosti a terapeutickkej komunity nie je úplne jednoznačné. Väčšina psychiatrických nemocníc totiž funguje na princípoch terapeutických komunit (Mravčík et al., 2012)

Obe typy starostlivosti majú ako základnú filozofiu liečbu ku abstinencii (nie substitučnú) a poskytujú podobné spektrum služieb (Mravčík et al., 2012; Mravčík et al., 2020). Spoločnými rysmi sú vysoká štruktúrovanosť programu a pravidiel a spomínaná prítomnosť terapeutickkej komunity ako liečivého aspektu (Mravčík et al., 2012; Smith et al., 2008). Odlíšnosti medzi nimi sú dané skôr historickým vývojom a z toho vyznievajúcich rozdielov v postavení v systéme poskytovania starostlivosti, financovaní a získavania klientov (Mravčík et al., 2012).

Preto keď v nasledujúcich odstavcoch opisujeme terapeutickú komunitu, máme tým na mysli aj priebeh rezidenčnej liečby v psychiatrických nemocniciach, keďže ich podobnosť je veľmi výrazná. Náš argument podporujú Horák & Somerlíková (2017), ktorí spolupracovali s psychiatrickou nemocnicou v Jihlave a jej program definovali ako program na komunitnej báze s danou štruktúrou, častými psychoterapiami, arteterapiami aj ergoterapiami s najbežnejšou dĺžkou liečby v čase troch mesiacov. Podobnú skúsenosť sme mali aj my v praktickej časti, v psychiatrickej nemocnici v Pezinku a v Kroměříži.

Treba však pripomenúť, že presná podoba liečby a pravidiel sa líši od komunity ku komunitě, od nemocnice ku nemocnici.

4.6.2 Štruktúra liečebného programu

Dôležitou súčasťou všetkých liečebných programov je zaistenie bezpečnosti, respektíve bezpečného prostredia pre pacienta (Jeřábek, 2015b). Pacient ma definované svoje miesto, svoj režim, svoje úlohy a pravidlá, ktoré musí dodržiavať (Jeřábek, 2015b). Mnoho zo závislých pacientov má v anamnéze históriu traumy, pri čom funguje jasný rád a režim taktiež liečivo (Jeřábek, 2015b). Štruktúra sa týka aj času a priebehu liečby. Nemožno preskakovať jednotlivé etapy, všetko musí ísť postupne. Začína sa „režimovým obmedzením a zvýšeným dohľadom starších a tímu; pokračuje sa formuláciou základných problémov a hľadaním ich riešení a končí prípravou a zahájením triezvej etapy vlastného reálneho života mimo liečebné spoločenstvo“ (Jeřábek, 2015b, s. 249).

Ďalšou nemenej dôležitou zložkou liečby je prepojenie intervencií medzi rôznymi službami odborníkov - od poradenstva cez detox, somatickú liečbu, po doliečovacie centrá, atď. (Jeřábek, 2015b). Napríklad, keď je pacient pri rezidenčnej liečbe vytrhnutý zo svojho prostredia, čo má často pozitívny „rekonštrukčný“ efekt na jeho vzorce správania, o to viac vyvstáva potreba využitia doliečovacích centier, ktoré pacientovi pomáhajú vrátiť sa do bežného, i keď už „rekonštruovaného“, prostredia (Jeřábek, 2015b).

4.6.3 Terapeutická komunita pre závislých

Kalina (2008) ako základné hlavné rysy terapeutických komunit pre závislých uvádza:

- bezdrogové prostredie (užívajú len psychiatrické látky)
- vysoký stupeň autonómie v organizácii
- oddelenie komunity od vonkajšieho sveta (väčšinou ďaleko od miest)
- svojpomoc klientov v liečebnom procese aj v každodennom chode komunity
- tím zložený z profesionálov a bývalých užívateľov
- dôraz na štruktúru a pravidlá
- dôraz na kontext rodiny závislého

- sociálna zmena ako kľúč k úzdruve
- role klientov definované podľa pokroku v liečbe

Základným cieľom terapeutickkej komunity u závislých nie je abstinencia ako taká (tá je braná ako podmienka), ale zmena životného štýlu, akceptácia abstinencie ako potreby pre svoj život a následné znovuzaradenie do bežného života (Vanderplasschen et al., 2013; Adameček & Radimecký, 2015). Prostriedkami pre dosiahnutie tohto cieľu je práca so sebaopojatím, vlastným prežívaním a správaním v rámci komunity, ktorá čo najvernejšie simuluje život po liečení (Adameček & Radimecký, 2015; Smith et al., 2008).

Dôležitým prvkom komunity je jej hierarchia a rozloženie moci. Klienti majú formou spolurozhodovania značný podiel na upravovaní a určovaní pravidiel, i keď terapeutický tím môže zakročiť, pokiaľ ide o odbornú stránku programu (Adameček & Radimecký, 2015). Hierarchia funguje aj medzi klientami. Klienti v neskorších fázach liečby, a teda bývajú v dôležitejších funkciách samosprávy, majú viac výhod a práv (i povinností) než „nováčikovia“ (Adameček & Radimecký, 2015).

Samotný tím je multidisciplinárny, tvoria ho psychoterapeuti, pedagógovia, adiktológovia, lekári, sociálni pracovníci, atď.) (Adameček & Radimecký, 2015). Podstatné je aj osobnostné nastavenie pracovníka, keďže v rámci komunity má byť pozitívnym vzorom pre klientov (Kalina, 2000). Často sú súčasťou tímu aj ex-užívatelia drog (samozrejme po odbornom vzdelaní) (Adameček & Radimecký, 2015).

Hlavný rozdiel medzi bežnou psychoterapiou a terapeutickou prácou v komunite je v tom, čo je centrom psychoterapie. Zatiaľ čo pri prvej spomenutej forme ide o vzťah terapeuta s klientom, pri práci v komunite ide o vzťah klienta s komunitou. Preto sú aj témy klientov prenášané z individuálnych sedení do skupinových (Adameček & Radimecký, 2015).

Pevná štruktúra terapeutickkej komunity vyžaduje po klientoch okamžité prispôsobenie sa pravidlám. Od členov komunity sa očakáva, že sa často zložitý systém fungovania naučia za pochodu (Adameček & Radimecký, 2015). Denný režim pripomína život mimo zariadenia (Adameček & Radimecký, 2015). Pracovná terapia prebieha počas bežných „pracovných hodín“, klienti majú potom voľný čas a približne 8 hodín spánku. Cez víkend je voľného času viac.

Medzi najdôležitejšie pravidlá komunity patrí zákaz užívania drog (i manipulácie s nimi), zákaz násilného správania, záväzok podriaďiť sa komunite a zákaz sexuálnych vzťahov (Adameček & Radimecký, 2015).

4.6.4 Fázy v terapeutickkej komunite

Adameček & Radimecký (2015) rozdeľujú liečbu do štyroch fáz, od nultej po tretiu. Prestup z jednej fázy do druhej je úspechom klienta, dôkazom jeho napredovania. O samotný prestup žiada sám klient a musí mu ho uznať komunita.

Nultá fáza je rozhodovacia, klient v nej má zistiť, či chce v programe zotrvať a absolvovať ho. Komunitu neopúšťa a je úplne odrezaný od vonkajšieho sveta. Táto fáza trvá 2 až 4 týždne.

Prvá fáza (mapovacia) sa týka identifikovania a plánovania problémov daného klienta. Komunikovať s vonkajším svetom môže klient len cenzurovane (povolenie skupiny) a komunitu opúšťa len v sprievode. V rámci skupiny už dostáva menej dôležité pozície v samospráve (kuchár). Táto fáza trvá zhruba 3 mesiace.

Druhá, nácviková, fáza je, už podľa názvu, zameraná na cvičenie nových vzorcov správania. Kontakt je bez cenzúry, ale skupina je o ňom informovaná. Komunitu môže klient opúšťať sám. V rámci skupiny sa mu priraďujú dôležitejšie funkcie v samospráve. Táto fáza trvá zhruba 6 mesiacov.

Posledná fáza je fázou odpútavania, klient sa pripravuje na prechod z chráneného do normálneho života. Trávi podstatne viac času mimo komunity (napr. aj práca), opúšťa ju samovoľne a nezastáva v nej žiadne funkcie. Táto fáza trvá 2-3 mesiace.

4.6.5 Aktivity v terapeutickkej komunite

Keďže je terapeutická komunita dlhodobou a rezidenčnou formou liečby, zahŕňa v sebe veľa aktivít. Základom sú komunitné stretnutia. Zväčša prebiehajú na dennej báze a sú prostredím pre riešenie komunitných problémov, udalostí, ceremónií, zdieľanie informácií či hodnotenie klientov (Adameček & Radimecký, 2015).

Ďalším prostriedkom sú skupinové terapie, v ktorých sú členovia komunity rozdelení do menších zoskupení podľa pohlavia, fázy programu alebo iného zamerania (Adameček & Radimecký, 2015).

Aj keď je hlavný dôraz kladený na spoločenstvo, svoje miesto môže mať v terapeutickej komunite aj individuálna terapia. Každý klient má určeného svojho garanta (terapeuta), ktorý ho programom sprevádza a pravidelne s ním komunikuje (Adameček & Radimecký, 2015).

Súčasťou komunitných akcií je aj pracovná terapia. Tu je dôležitá hierarchia pozícií klientov a viditeľný výsledok v práci, ktorá má pre klientov zmysel. Ďalej môže ísť o vzdelávanie, napríklad formu prednášok, nácvikov – cieľom je zvýšiť povedomie o problémoch závislosti. Pre uvoľnenie a zábavu sú zaradené aj voľnočasové a športové aktivity (Adameček & Radimecký, 2015).

Rovnako sa pracuje s rodinami a partnermi klientov. Návštevy rodín aj ich zapájanie do rodinnej terapie je podstatným aspektom práce so závislými osobami (Adameček & Radimecký, 2015).

5 VNÚTORNÉ A VONKAJŠIE FAKTORY ZÁVISLOSTI

Samozrejme, závislosť na návykovej látke sa u užívateľa nevyvinie vždy a ak sa vyvinie, jej prítomnosť sa môže prejavovať rôznymi spôsobmi (Šustková, 2015). Faktory, ktoré ovplyvňujú to, ako mechanizmus získavania závislosti a pôsobenia drogy na jedinca funguje, môžeme rozdeliť na vnútorné a vonkajšie.

5.1 Dedičnosť

Prvým z vnútorných faktorov, ktoré spomenieme, je vrodenný/genetický predpoklad. Nielsen et al. (2012) spomínajú, že vrodenná predispozícia môže predstavovať až 50% riziko navodenia závislosti na droge.

V prípade alkoholu je heritabilita až 60 % (Mayer & Höllt, 2005). Novšie štúdie sa pohybujú od 40 % (de Moor et al., 2011) cez 50 % (Verhulst et al., 2014), 60 % (Mbarek et al., 2015), až 71 % (Ystrom et al., 2011), bez rozdielu medzi pohlaviami (de Moor et al., 2011).

„Drogová závislosť je heterogénna a komplexná porucha, za genotyp drogových závislostí sú teda zodpovedné viacpočetné a často interagujúce gény“ (Šustková, 2015). Určiť konkrétny gén spôsobujúci náchylnosť pre závislosť preto nevieme.

Podľa Šustkovej (2015) však vieme povedať, že predispozície ku závislosti sú často zdieľané s inými psychickými poruchami. Napríklad úzkosť a depresia sú spájané so závislosťou na nikotíne (Epps & Wright, 2012) a sociálna fóbia či panická porucha predpovedajú problémy s alkoholom (Zimmermann et al., 2003). Rovnako antisociálna porucha osobnosti, hraničná porucha a poruchy pozornosti sú rizikovými faktormi pre drogovú závislosť (Ducci & Goldman, 2012; Epps & Wright, 2012). Predispozície ku závislosti na jednej látke majú neraz zdieľanú dedičnosť so závislosťou na inej látke (Ducci & Goldman, 2012; Epps & Wright, 2012). Dôkazom sú štúdie dvojčiat (Kendler et al., 2003; Hopfer et al., 2001).

Nech je genetický vplyv na závislosť akýkoľvek, v priebehu života človeka sa mení (Šustková, 2015). Štúdia dvojčiat (Kendler et al., 2003) nám hovorí, že genetický vplyv

predispozície na závislosť rastie s vekom jedinca, zatiaľ čo v mladšom veku (raná adolescencia) prevažuje vplyv rodinného prostredia, ktorý časom klesá.

5.2 Životné etapy, vek

Ďalším vnútorným faktorom ovplyvňujúcim užívanie návykových látok a prípadnú závislosť je vek, resp. životná etapa jednotlivca. Kalina (2015) vo svojej kapitole vychádza zo známej Eriksonovej vývojovej teórie (2015).

Hovorí, že v období dospievania hrajú drogy rolu v hľadaní vlastnej identity a riešení vývojovej krízy tohto štádia – niekedy pozitívnu, niekedy negatívnu (Erikson, 2015). Súčasne sa drogy stávajú prostriedkom kontaktu s vrstevníkmi (Kalina, 2015a). Drvivá väčšina pacientov (95 %) začína so závislosťou už pred osemnástym rokom (Thatcher & Clark, 2008). V Českej republike 31 % študentov konzumuje alkohol aspoň raz týždenne (Mravčík et al., 2020) a 12 % konzumuje aspoň raz týždenne nadmerné dávky alkoholu (5 a viac pohárikov) (Mravčík et al., 2020). Experimentovanie s drogami je v súčasnosti bežnou praxou dospievajúcich (Koranda, 2015)

V období ranej dospelosti sa človek snaží prepojiť vlastnú identitu s identitou blízkych osôb a nájsť tak prijatie, lásku, zároveň nestratiť samého seba (Erikson, 2015). V prípadnom zlyhaní a negatívnych pocitoch spojených s ním sa závislosť na návykových látkach stáva prostriedkom sebadeštrukcie (Kalina, 2015a).

Zaujímavý pohľad prináša aj štúdia Wilkinsonovej & Wilkinsonovej (2020) opisujúca význam alkoholu pre vyjadrovanie maskulinity u dospievajúcich a mladých dospelých mužského pohlavia. Jej prejav opisujú v dvoch podobách. Hegemonická maskulinita, ktorej centrálnym prejavom je pýcha, ochranárstvo, fyzická sila, tvrdosť a ohrozená maskulinita, ktorej prejavom je akési emočné otvorenie v stave opitosti.

Strednú dospelosť Erikson (2015) definoval ako súboj medzi aktivitou a pasivitou v živote. Pocit stagnácie, odmietavý postoj k spoločnosti a kritické sa zaoberanie sebou samým môže viesť k vyhýbaniu sa vývojovej úlohe tohto štádia. Návykové látky sa potom stávajú „pseudoriešením tejto krízy“ (Kalina, 2015a). Pri dlhodobou závislých užívateľoch môže v tomto veku dôjsť k zhoršeniu stavu (Kalina, 2015a).

Čo sa týka starnutia a staroby, Erikson (2015) predstavuje konflikt integrity proti zúfalstvu sprevádzaný obavami zo smrti a v tomto veku už aj vážnymi somatickými

komplikáciami (Krombholz & Drástová, 2010). Užívanie návykových látok a drogová problematika v starobe je, bohužiaľ, zanedbanou oblasťou adiktológie a psychológie (Kalina, 2015a).

Verbeek et al. (2019) vo svojej rozsiahlej holandskej vzorke porovnávali užívanie alkoholu medzi mladým a stredným vekom v jednej skupine (23-54 rokov) a starším vekom v druhej skupine (55-70). Závislosť na alkohole bola prevalentnejšia pri mladšej populácii, ale ťažké pitie pri staršej skupine. Autori ako vysvetlenie ponúkajú tri stanoviská – staršia populácia má tolerantnejší prístup ku alkoholu, nie sú si vedomí všetkých negatív užívania alkoholu, majú viac voľného času a menej zodpovednosti (Verbeek et al., 2019; Bareham et al., 2019, cit. vo Verbeek et al., 2019; Kelly et al., 2018, cit. vo Verbeek et al., 2019).

5.3 Psychologické faktory

Na psychologické faktory závislosti sa zameriava niekoľko psychologických teórií. Zopár z nich si priblížime.

Prvou z nich je teória fixácie v orálnom štádiu vývoja. Prirovnáva závislého ku kojencovi, ktorý je odkázaný na vonkajší svet a sám nedokáže riešiť konflikty, ale príčinnosť medzi orálnym štádiom vývoja a závislosťou v dospelosti nepredpokladáme (Vaillant, 1980; Hajný, 2015).

Khantzian & Wilson (1993), Khantzian et al. (2005) a Winnicott (1965) závislosť vnímali ako spôsob regulovania emócií u ľudí, u ktorých bola prirodzená schopnosť emočnej regulácie narušená problematickým detstvom a vzťahom s matkou.

Ďalšia zo psychologických interpretácií závislostí je vnímanie drogy a alkoholu ako obranného mechanizmu človeka. Návyková látka sa tak stane niečím, čo človeku pomôže zabudnúť, premiestniť pozornosť niekam inam od problému, ktorý sa tým ale často zväčšuje (Hajný, 2015). V inom prípade nám dávajú pocit eufórie, všemocnosti a môžu sa stať prostriedkom potlačovania nepríjemnej nálady, agresivity či neistoty, pokiaľ s ňou jedinec nevie pracovať prirodzene (Hajný, 2015).

Užívanie a závislosť na alkohole či drogách Hajný (2015) spája aj s attachmentom (Bowlby, 2010). Ten opisujeme ako štýl väzby ku osobám starajúcim sa o dieťa, ktorý dieťa neskôr prenáša na riešenie vlastných procesov a vzťahov (Hajný, 2015). Kým človek s bezpečnou vzťahovou väzbou dokáže problémy a záťažové situácie zniesť sám alebo má

vytvorený systém na zdieľanie pocitov s inou osobou, ostatné väzby často musia kompenzovať nedostatok nástrojov pre riešenie nepohody návykovou látkou (Hajný, 2015).

Nakoniec možno spomenúť, že užívanie návykových látok a závislosť na nich súvisí aj s hraničnou poruchou osobnosti (Hajný, 2015). Drogy a alkohol sú pre ľudí s touto poruchou spôsobom ako zmierňovať napätie a kontrolovať prežívanie plné impulzivity, čiernobieleho myslenia, nestálosti, primitívnych obranných mechanizmov úzkosti a depresie (Hajný, 2015).

5.4 Rodinné faktory

Látkovú závislosť jednotlivca nutno vnímať aj z hľadiska rodinného systému. Závislosť totiž nie je niečo, čo funguje samostatne, ale ovplyvňuje rodinných členov a fungovanie rodinného spoločenstva (Hajný, 2015). Môže sa z nej stať dôležitý prvok, časť rodinnej kultúry, ktorá sa transformuje na jej prirodzený jav. Rovnako naopak, aj rodinný systém, interakcie v rámci neho sa podieľajú na pozitívnom či negatívnom vývoji závislosti (Hajný, 2015).

V spojitosti so závislosťou a rodinou sa často stretáme s pojmom spoluzávislosti (codependency). Označujeme ňou „súhrn motívov, postojov, komunikácie a správania, ktorým rodina či partner alebo partnerka závislosť skôr podporujú, rozvíjajú, alebo naopak sabotujú či zľahčujú snahu o vyliečenie“ (Hajný, 2015, s. 173). Spoluzávislosť predstavuje model, v ktorom rodina vytvára podmienky pre závislé správanie popieraním problémov, neschopnosťou udržať pravidlá, obviňovaním miesto riešenia, odkladaním riešenia, bagatelizáciou, atď. (Hajný, 2015). Spoluzávislý sa cíti neistý a nehodný vyslovenia požiadaviek voči závislému (Hajný, 2015). Členovia rodiny závislého sa v systéme striedavo premiestňujú z role obete do role sudcu (kontroléra) (Hajný, 2015) a v rodinnom prostredí zažívajú pocity excesívnej kontroly, kritiky a perfekcionizmu (Bacon et al., 2020). Často majú zo závislosti vlastný zisk (Hajný, 2015), ktorý vytvára stráviteľnejší zástupný problém. Ten potom púta pozornosť rodiny zdanlivo neriešiteľnou úlohou plniacou rolu pomyselnej clony pred skutočnými, vážnejšími ťažkosťami rodiny (Hajný, 2015).

Ľudia, ktorí sa ocitli v roli spoluzávislého opisujú ťažkosti s vytvorením vlastnej identity, neustálou tendenciou prispôbovať sa a zapadnúť. Ich blízke vzťahy sú charakterizované poddajnosťou, pasivitou a pocitom povinnosti/závazku (obligation) (Bacon et al., 2020). Problémy s vnímaním identity sa prejavujú aj nestabilným a extrémnym

správaním – či už vo forme alkoholu, drog alebo sexu. Tieto extrémny sú útekem z rutinného, prázdneho života (Bacon et al., 2020).

Hajný (2015) uvádza, že u dospievajúcich môže byť jedným z dôvodov užívania návykových látok nenaplnenie podmienok pre separáciu od rodičov. Taký konflikt môže vyústiť do vnútorného konfliktu, pocitu viny a úzkosti, z ktorých môže práve droga poskytovať únik. Užívanie návykových látok v dospievajúcom veku možno brať aj ako vývojové moratórium (Erikson, 1950, cit. v Hajný, 2015) medzi detským a dospelým životom. Problém nastáva, ak človek v tomto stave uviazne (Hajný, 2015). Vaillant (1995) a Pin Heiro et al. (2001) vo svojom výskume ako prediktor závislosti pomenúvajú aj problematický vzťah s otcom – hlavne čo sa týka alkoholu.

Medzi ďalšie vplyvy týkajúce sa rodiny závislého patria napríklad medzigeneračné vzťahy, kde sú nejasné pomenované role a hranice, čo v dieťati spôsobuje dezorientáciu a neistotu, ktorá sa prejavuje aj v dospelých vzťahoch (Hajný, 2015). Najradikálnejším porušením medzigeneračných vzťahov je potom sexuálne zneužívanie vedúce k traumatizácii. Pri závislých ženách môžeme v 9 z 10 prípadov predpokladať históriu psychologického, fyzického alebo sexuálneho zneužitia (Cuskey, 1979; Yates & Wilson, 2001).

Posledným prediktorom, ktorý spomenieme, je prítomnosť závislého v rodine (Steinglass, 1981). Prítomnosť závislého rodiča, ale aj postoj rodiča ku alkoholu boli signifikantným prediktorom aj v štúdiu Bratekovej et al. (2013). Závislosť rodiča ústiaca do sklamaní a nedôvery dieťaťa spôsobí neúspešnosť idealizácie rodiča a prispieva k rezignácii dieťaťa (Hajný, 2015).

Koranda (2015) dodáva, že aj keď je užívanie návykových látok prítomné aj u jedincov z funkčných rodín, častejšie ide práve o ľudí, ktorí pochádzajú z nefungujúcich rodín. Dieťa tak v rodine zažíva subedpriváciu, kde rodina neposkytuje žiadne podnety na jeho rozvoj. Matějček (1989) rozdelil nefunkčné typy rodín na rodiny s nadmernou výchovou a prehnanou starostlivosťou, ktoré vedú k nesamostatnosti a bojzlivosti. Rodiny s perfekcionalistickou výchovou, kde je dieťa preťažované nadmernými nárokmi od rodičov. Rodiny s výchovou v nesprávnom prostredí, kde sa môže vyskytovať rozvod, týranie, časté hádky, alkoholizmus, atď. A rodiny s výchovou v nedostatočne stimulujúcom rodinnom prostredí, teda ak sú rodičia kognitívne hendikepovaní alebo pracovne vyťažení a dieťa nedostáva dostatočnú emocionálnu starostlivosť.

Za pravdu Korandovi (2015) dáva aj výskum Bratekovej et al. (2013), ktorí porovnávali rodinnú štruktúru a vzťah rodiča s dieťaťom medzi skupinami závislých a nezávislých participantov. V závislej skupine bolo signifikantne viac opýtaných z neúplných rodín, necítilo naplnenie svojich potrieb v detstve, nemalo priestor na komunikáciu svojich pocitov, cítilo nezáujem od rodičov a boli fyzicky alebo verbálne osočovaní.

Naopak, správny prístup rodičov vie byť pre mladých protektívnym faktorom voči riziku užívania alkoholu (Nash et al., 2005; Ryan et al., 2010). V práci Nashovej et al. (2005) súvisel záujem rodičov, akceptácia a dobrá komunikácia s dieťaťom s menším počtom rovesníkov a kamarátov, ktorí pijú alkohol a s lepšou rezistenciou voči pokušeniam od nich.

Často sa stáva, že užívanie drogy mladistvého je, popri inom, aj prostriedkom k dosiahnutiu zlepšenia vzťahov medzi rodičmi (Koranda, 2015). Problémy dieťaťa sa tak stávajú jediným spájajúcim aspektom medzi rodičmi, čo dieťa podvedome využíva.

5.5 Priateľské vzťahy

Popri rodinných vzťahoch sú signifikantným faktorom užívania alkoholu či závislosti na ňom aj vzťahy priateľské. Tie naberajú na dôležitosti hlavne v období adolescencie (Vandel, 2000 cit. v Ramirez et al., 2012), od ktorej svojim vplyvom rodinný faktor dokonca prevyšujú (Nash et al., 2005; Groh et al., 2007). Napríklad v štúdiu Ramirezovej et al. (2012) boli kamaráti/rovesníci najpodstatnejším faktorom pre udržanie abstinencie, zatiaľ čo rodinný aspekt nebol štatisticky signifikantný.

Najsilnejším korelátom užívania návykových látok u adolescentov je rovesnícka/kamarátska skupina, ktorá látky užíva (Dishion & Owen, 2002). Tu sa vynára častá otázka spájaná s aspektom vplyvu kamarátskych skupín (nie len v adolescentnom veku), a to či je užívanie jednotlivca v skupine výsledkom vplyvu danej skupiny alebo je členstvo v skupine dôsledkom užívania jednotlivca (Dishion & Owen, 2002; Bullers et al., 2001). Výskumy ukazujú, že oba prístupy ku otázke sú relevantné (Dishion & Owen, 2002), ale efekt sociálnej selekcie, teda vyberania skupín, v ktorých chce jednotlivec tráviť čas, je silnejší (Bullers et al., 2001; Parra et al., 2007). Faktory sociálnej selekcie a sociálneho vplyvu teda nie sú disjunkciou, ale navzájom pôsobiace sily v dynamickom systéme vzťahov (McCrary, 2004).

Áno, priateľské/kamarátske vzťahy sú významným faktorom užívania alkoholu, vyvinutia závislosti i relapsu, avšak, je treba si uvedomiť, že na rôznych ľuďoch pôsobia v rôznych fázach a oblastiach ich života inak (Mohr et al., 2001).

Aspekty, ktoré faktor priateľstva prináša do konzumácie alkoholu 18 – 25 ročných ľudí opísali vo svojej práci Nilandová et al. (2013), kde našli niekoľko hlavných tém. Spoločné pitie je mladými dospelými brané ako zábavná kamarátska aktivita, kde je stav opitosti normalizovaný. Naopak, na pitie o samote, teda bez spoločnosti kamarátov sa pozerá ako na negatívny fenomén, ktorému sa treba vyhýbať. Vyhýbanie sa pitiu v partii sa rovná kazeniu zábavy, skupina teda nepriamo prispieva ku zvýšenej konzumácii alkoholu. Respondenti dodali, že len samotné trávenie času s kamarátmi nie je dostatočné. Tí, ktorí nepijú sa cítia vynechaní z partie. Podobný záver vyslovujú Dishion & Owen (2002), keď opisujú požívanie látok adolescentmi ako posilňovač interakcie s rovesníkmi a vyzdvihujú rolu návykovej látky v prepájaní rovesníkov naprieč rovesníckymi skupinami.

Samozrejme, s užívaním alkoholu sa nesie veľa negatívnych prežitkov (Niland et al., 2013). Mladí dospelí ich vnímajú, ale napriek tomu prevláda pocit, že prevyšujú pozitíva. Všetky zlé skúsenosti v takom stave boli súčasťou celkovo príjemnej skúsenosti. Ďalším fenoménom bol pocit bezpečnosti a opatery v stave opitosti s kamarátmi. Okrem samotnej zábavy teda spoločné pitie prináša aj príležitosť pre dokazovanie vzájomných citov, náklonnosti a starostlivosti. Piehler et al. (2012) zas varujú, že užívanie návykových látok v adolescentnom veku zvyšuje riziko eskalácie užívania v mladej dospelosti. Zdôrazňujú prepojenie medzi raným užívaním látok a podporou pre takéto správanie od priateľov. Ak sa tento vzorec upevní v 16 – 17 rokoch, existuje vysoké riziko vývinu závislosti.

Dôležitosť vplyvu priateľstiev na užívanie alkoholu a závislosti na ňom pretrváva aj v dospelosti a starobe. Aj 28 až 52 roční respondenti škótskej populácie označovali pitie alkoholu za esenciálnu zložku vytvárania a udržiavania kamarátstiev (Emslie et al., 2013). Alkohol respondentom dáva platformu na zdieľanie pocitov a kamarát, ktorý pitie akceptuje, je bezpečnou osobou na zdieľanie starostí (Emslie et al., 2013). Respondenti vyzdvihovali emocionálne a sociálne výhody z rozhovorov po opojení alkoholom a bagatelizovali somatické následky pitia.

McCrary (2004) vo svojej metaanalýze spracovala pozitívne a negatívne aspekty sociálnych vzťahov ľudí s problémovým pitím. Čo sa týka štruktúry ich sociálnej siete, veľa abuzérov má rozsiahlu sieť známych (kamaráti, rodina), ale veľa z nich žije aj izolovane.

Mohr et al. (2001) uvádzajú, že 10 % alkoholikov z ich vzorky priznalo, že nemá žiadnych kamarátov. To potom vplýva na to, či na svoje alkoholické excesy dostávajú spätnú väzbu. Vnímanú sociálnu podporu/základňu však nemusí definovať počet známych/priateľov (Ellis et al., 2004). Podstatnejšie môže byť subjektívne vnímanie dostupnej podpory od svojich sociálnych kruhov (Sarason et al., 2001). Abuzéri majú vo svojich kruhoch známych, čo nepijú aj pijú (Mohr et al., 2001; McCrady, 2004) – to druhé platí hlavne pri mužoch a mladých dospelých (McCrady, 2004).

Vplyv priateľstiev sa prejavuje aj na účinku liečenia závislosti na alkohole. Pozitívnym vplyvom v kamarátskych vzťahoch je poskytovanie podpory, prítomnosť nepijúcich priateľov a motivácia ku abstinencii (McCrady, 2004). S týmito tvrdeniami súhlasí rada ďalších štúdií. V štúdiu 158 závislých žien podpora pre abstinenciu predikovala vyššiu motiváciu ku zmene, čo potom viedlo ku nižšiemu počtu dní, v ktoré respondentky pili 6 mesiacov po liečení (Hunter-Reel et al., 2010). Dobkin et al. (2002) vo svojej práci našli vzťah medzi vnímanou sociálnou podporou, stresom a depresivitou. Pacienti s vyššou sociálnou podporou boli menej depresívni, prežívali menej stresu, bol u nich nižší drop-out z liečenia a významná redukcia abúzu alkoholu. Rolu depresivity skúmali aj McKee et al. (2011), nižšia depresivita bola u nich spojená s nárastom kvality kamarátskych a partnerských vzťahov, čo viedlo ku vyššej pravdepodobnosti udržania abstinence na nasledujúce 2 roky. Priateľské vzťahy teda identifikovali ako akýsi protektívny faktor, s ktorým sa dá pracovať. Rovnako Groh et al. (2007) upozorňujú, že priateľské vzťahy by pri práci so zotavovaním zo závislosti na alkohole nemali byť prehliadané. V ich vzorke mala najväčší vplyv na pitie všeobecná podpora od kamarátov. Výskum na talianskej populácii (Panebianco et al., 2016) porovnával sociálne kruhy osemdesiatich bývalých pacientov, ktorí boli závislí drogách (nie alkohol). Výsledky ukázali, že respondenti, ktorým sa darí abstinovať majú väčšie, jasnejšie, viac heterogénne a recipročné vzťahy. Okrem toho majú priateľov aj s vyšším socio-ekonomickým statusom. Naopak, tí, ktorí zrelapsovali, mali sociálne kruhy postavené hlavne z rodiny a ľudí z liečenia (z pracovníkov, teda asymetrické vzťahy).

Z výskumov jasne vyplýva, že priateľské vzťahy majú významný podiel na manažmente abstinence závislého. Aj keď kamarátstva samé o sebe priamo nevedú k obmedzeniu pitia, asistujú v jeho zvládaní (Mohr et al., 2001). Ellis et al. (2004) dodávajú, že sociálna podpora nestačí na začatie s abstinovaním, ale je základom pre jej udržanie. Stále

veľká miera prevalencie relapsu po liečení nám ukazuje (McKee et al., 2011), že skúmať faktory ovplyvňujúce relaps, teda aj kamarátstva pacientov, je naďalej potrebné.

V našej práci sa nevenujeme len kamarátstvám pred nástupom na liečenie, ale aj zmenám vo vnímaní a fungovaní kamarátstiev počas a po liečení. Taktiež sa mení aj rola sociálnej podpory pred iniciáciou a po iniciácii liečenia (Ellis et al., 2004). Ako pozitívne zmeny v kamarátskych vzťahoch McCrady et al. (2004) identifikujú napríklad kontakt s viac ľuďmi, ktorí nepijú (alebo nepijú škodlivo) a menej kontaktu s ľuďmi, ktorí pijú problémovo. Majorita závislých na alkohole má pijúcich aj nepijúcich priateľov, avšak ich pomer sa po liečení môže zmeniť v prospech nepijúcej časti (Mohr et al., 2001; Neale & Brown, 2015). Zároveň je nepijúcim priateľom prikladaná vyššia dôležitosť (Mohr et al., 2001; McCrady et al., 2004). Zotrvanie v kontakte s priateľmi, ktorí pijú zvyšuje riziko relapsu (McCrady et al., 2004; Neale & Brown, 2015), jedným z negatívnych aspektov je normalizácia alkoholického správania takouto komunitou (Bahl et al., 2023). Pacienti, ktorí po liečení ostali v sociálnych kruhoch tvorených z užívateľov mali 3,5 krát väčšiu šancu na relaps (Ellis et al., 2004). I keď, niektorí respondenti v štúdií Bahlovej et al. (2023) uviedli, že byť v komunite užívateľov ich nijak výrazne neohrozuje.

To, aké a či vôbec nejaké, kamarátske vzťahy vznikajú počas alkoholických liečení medzi pacientmi/klientmi literatúra takmer nepokrýva. Výskumy sa venujú skôr vplyvu peer programov a ich podpory klientom. Peer podporou myslíme interakcie s ľuďmi, ktorí zdieľali podobné skúsenosti s podobnou (alebo rovnakou) diagnózou a tieto skúsenosti využívajú na podporu ľudí trápiačich sa s danou diagnózou v súčasnosti formou inšpirácie, edukácie, trávenia času atď. (SAMHSA, 2017). Nejedná sa však o profesionálnu, klinickú pomoc (Tracy & Wallace, 2016). Štúdie ukazujú, že sociálna podpora od peers, teda pocity blízkosti, podpory pre abstinovanie a celková výpomoc, mala vyššiu účinnosť v porovnaní s poskytovaním od ne-peers (Groh et al., 2008). V tejto štúdií šlo konkrétne o porovnávanie podpory od členov AA klubu a nečlenov AA klubu. Iná práca (Armitage et al., 2010) zas ukázala vyššiu pravdepodobnosť udržania abstinencie a vyššiu spokojnosť klientov s liečebným procesom, v peer skupinách v porovnaní s liečbou, kde peer skupiny neboli k dispozícii.

Napriek spomenutým štúdiám máme za to, že literatúry na tému priateľstiev ľudí závislých na alkohole je stále minimum. Obzvlášť, ak sa chceme pozrieť na to, ako sa

priateľské vzťahy a ich vnímanie mení s nástupom na liečenie. Práve tejto téme sa venuje naša práca.

VÝSKUMNÁ ČASŤ

6 VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Porozumenie dynamike priateľstiev pacientov liečiacich sa na závislosť na alkohole považujeme za dôležité pre lepšie adresovanie liečby závislosti. Ako sme ukázali v teoretickej časti, priateľské vzťahy hrajú významnú úlohu v prežívaní ľudí a formovaní ich skúseností, podporných systémov, či celkovo okolností liečby. Môžu mať protektívny, rizikový i preventívny charakter (v závislosti od podoby vzťahov) na závislého či rizikového užívateľa. Avšak, impakt závislosti a jej liečby na samotné priateľstvá zostáva relatívne nepreskúmanou oblasťou v rámci výskumu závislosti. Náš výskum je špecifický v tom, že sa sústredíme na proces zmeny priateľstiev v kontexte rezidenčnej liečby. Teda, ako sa menia priateľstvá na alkohole závislých klientov pred, počas a po rezidenčnej liečbe v psychiatrickej nemocnici. Konkrétne na tento proces zmeny sa totiž pozerá len minimum výskumov. Na celú problematiku sa dívame pohľadom pacientov, zaujíma nás ich skúsenosť, ich vnímanie priateľských vzťahov. Výskumným problémom našej práce je teda opísať ako sa v kontexte rezidenčnej liečby menia priateľstvá závislých pacientov.

6.1 Ciele výskumu

Základným cieľom bolo zmapovať pohľady závislých pacientov na ich priateľstvá. V rámci tohto všeobecného zamerania nás konkrétnejšie zaujíma podoba priateľských vzťahov našich respondentov pred nástupom na liečenie a ich vplyv na budovanie či udržiavanie závislosti. Očakávania pacientov, týkajúce sa zmeny priateľských vzťahov dôsledkom rezidenčnej liečby. A vnímaný potenciál priateľstiev pre zlepšenie zvládania abstinencie po skončení liečenia. Pre bližšie porozumenie každému respondentovi sme naše otázky smerovali aj na jeho anamnézu – históriu, dôvody pitia.

6.2 Výskumné otázky

Z cieľov výskumu sme formovali nasledujúce výskumné otázky:

1. Aká je podoba a okolnosti vzniku závislosti na alkohole u pacientov na rezidenčnej liečbe?
2. Aký charakter mali priateľské vzťahy pacientov závislých na alkohole pred nástupom na rezidenčnú liečbu?

3. Ako sa zmenili/menia/budú meniť priateľstvá pacientov závislých na alkohole vplyvom absolvovania rezidenčnej liečby?
4. Čo môžu priatelia pacientov závislých na alkohole urobiť, aby im pomohli so zvládaním abstinencie po skončení liečenia?

Prvou výskumnou otázkou sa pýtame skôr na priebeh závislosti respondenta, aby sme lepšie porozumeli jeho skúsenosti. Ďalšími tromi otázkami mapujeme hlavný cieľ našej práce.

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V tejto kapitole si predstavíme metodologickú zložku našej práce. Uvedieme výskumný súbor a kritéria výberu, ktoré museli respondenti splniť. Rovnako opíšeme výskumnú metódu, ktorú sme zvolili pre spracovanie našich dát a etický rámec výskumu.

7.1 Výskumný dizajn

Keďže cieľom našej práce je do hĺbky explorať fenomén priateľstiev ľudí na alkoholickom liečení, zvolili sme si kvalitatívny dizajn. Ten pokladá otvorené výskumné otázky a snaží sa o porozumenie, preskúmanie daného javu (Miovský, 2006).

Konkrétne volíme metódu interpretatívnej fenomenologickej analýzy (IPA). Odôvodnením jej voľby je, že spĺňa hlavný cieľ nášho výskumu a to zameranie na porozumenie skúsenosti človeka s daným fenoménom a významu, ktorý mu prisudzuje (Smith et al., 2009). Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 9) uvádzajú, že „v protiklade s tradičnými kvantitatívnymi výskumnými perspektívami v psychológii vedie IPA ku porozumeniu skúsenosti človeka na idiografickej úrovni so zaujatím pre to, aký význam prisudzuje svojej skúsenosti určitý človek v určitých podmienkach.“ IPA je tiež vhodná pri výskume špecifickej skupiny alebo špecifických okolností zberu dát (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

7.2 Výber výskumného súboru

Vzhľadom na tému a dizajn našej práce sme respondentov hľadali medzi pacientmi psychiatrických nemocníc, na oddeleniach závislých na alkohole.

Z metodologického hľadiska sa jednalo o nepravdepodobnostný, zámerný výber. Potenciálni respondenti totiž museli spĺňať vopred stanovené kritériá, charakteristiky podstatné pre náš výskum. Tento princíp sedí s metódou IPA, ktorej dôležitá podmienka je homogenita vzorky. Dôvodom je snaha zabezpečiť, aby respondenti čo najlepšie reprezentovali skúmaný fenomén (Smith et al., 2009).

Kritériom pre výber respondentov v našej práci bola účasť na rezidenčnej liečbe závislosti na alkohole v psychiatrickej nemocnici (alebo rekondičnom pobyte po

absolvovaní rezidenčnej liečby) v poslednej fáze (respondenti do 14 dní liečenie končili) a ich dobrovoľný súhlas s výskumom. Realizáciu výskumu sme z dôvodu dostupnosti obmedzili na Českú a Slovenskú republiku.

Pre získanie respondentov sme oslovili niekoľko psychiatrických nemocníc v Českej aj Slovenskej republike. Konkrétne sme kontaktovali primárov oddelení pre závislých, prípadne klinických psychológov na týchto oddeleniach. V e-maile sme opísali výskumný dizajn, odoslali otázky do rozhovorov a požiadali o spoluprácu. Zo siedmich oslovených nemocníc nám vyhovel dve – Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela v Pezinku (SR) a Psychiatrická nemocnica v Kroměříži.

7.3 Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor dokopy tvorilo 10 respondentov. Všetci boli pacientmi spomínaných psychiatrických nemocníc a všetci boli v poslednej fáze liečenia (menej než 14 dní do ukončenia liečenia). Jedinou výnimkou bol respondent č. 10, ktorý liečenie už ukončil a účastnil sa len krátkodobého rekondičného pobytu. Pre niektorých respondentov to bolo prvé liečenie, niektorí už predtým rezidenčnú liečbu absolvovali, a to buď v rovnakej alebo inej nemocnici. Pre lepšiu orientáciu v dátach uvádzame tabuľku s prehľadom respondentov.

Tabuľka č. 1: Výskumný súbor

<i>Respondent</i>	<i>Pohlavie</i>	<i>Vek</i>	<i>Partnerský stav</i>	<i>Počet liečení</i>
<i>R1</i>	muž	52	rozvedený	Druhé liečenie
<i>R2</i>	muž	61	ženatý	Prvé liečenie
<i>R3</i>	muž	neuviedol	ženatý	Tretie liečenie
<i>R4</i>	muž	51	rozvedený	Druhé liečenie
<i>R5</i>	žena	67	rozvedená	Druhé liečenie
<i>R6</i>	žena	24	rozvedená	Prvé liečenie
<i>R7</i>	muž	32	slobodný	Štvrté liečenie
<i>R8</i>	žena	32	slobodná	Druhé liečenie
<i>R9</i>	muž	42	v dlhodobom vzťahu	Prvé liečenie
<i>R10</i>	muž	neuviedol	slobodný	Prvé liečenie (teraz rekondičné)

7.4 Zber dát

Zber dát prebiehal v dva termíny v roku 2023. Prvý termín sa konal 18. 7. 2023 na Klinike drogových závislostí v Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela v Pezinku (SR), druhý termín prebehol 22. 11. 2023 na oddelení 8B v Psychiatrickej nemocnici v Kroměříži. Výskum sa konal s asistenciou psychológov na daných oddeleniach. Súčasťou bolo predstavenie sa pacientom (v Pezinku neformálne v spoločenskej miestnosti, v Kroměříži na rannej komunite). Následne boli pacienti oslovení so spoluprácou na výskume a informovaní o jeho zámere a podobe. Tí pacienti, ktorí sa dobrovoľne do výskumu prihlásili, boli potom po jednom volaní do miestnosti, kde sa konali nahrávané rozhovory s výskumníkom, trvajúce celé doobedie. Každý jeden rozhovor mal dĺžku 25 až 50 minút.

Samotné rozhovory boli vo forme pološtruktúrovaného interview, nakoľko tento prístup nám prišiel ideálny pre facilitáciu myšlienok a pocitov týkajúcich sa skúmaného

fenoménu (Smith et al., 2009). V rámci IPA sa tiež jedná o najčastejšie používanú metódu pre zber dát (Smith, 2004). Smith (2004) ho opisuje ako flexibilnú metódu, ktorá dáva respondentovi dostatočnú voľnosť pre zdieľanie vlastných skúseností s fenoménom a zároveň dovoľuje výskumníkovi usmerňovať rozhovor ku vynárajúcim sa témam, či držať ho v rovine skúmaného. Takýto rozhovor by mal smerovať od toho, čo za dôležité pokladá výskumník, ku tomu, čo za dôležité pokladá respondent (Smith et al., 2009). Ukážka pološtruktúrovaného rozhovoru je v prílohách práce ako príloha č. 4.

7.5 Metóda spracovania dát

Analýza v interpretatívnej fenomenologickej analýze identifikuje témy, ktoré zhrňujú podstatu študovaného fenoménu (Willig, 2013). Veľkou výhodou analýzy dát v IPA je flexibilita. Smith et al. (2009) tvrdia, že neexistuje jediný správny postup práce s dátami a spôsob ich spracovania.

Napriek tomu sme postupovali podľa priloženého, obecného návodu na postup analýzy dát (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Smith et al., 2009). Autori ho zhrňujú v nasledovných bodoch:

1. Reflexia výskumníkovej skúsenosti s témou výskumu
2. Čítanie a opakované čítanie
3. Počiatočné poznámky a komentáre
4. Rozvíjanie vznikajúcich tém
5. Hľadanie súvislostí naprieč témami
6. Analýza ďalšieho prípadu
7. Hľadanie vzorcov naprieč prípadmi

Sebareflexia výskumníka prebehla opakovaným vnútorným dialógom a konzultovaním s relevantnými osobami, samozrejme, v rámci etických pravidiel. Prínosnými, z tohto hľadiska, boli aj rozhovory so psychológmi na miestach zberu dát.

Samotná analýza začala prepisovaním nahrávok rozhovorov v softvéri Microsoft Word. S prepísanými rozhovormi sme sa rozhodli pracovať v digitálnej forme. Po opakovanom čítaní sme v tablete elektronickým perom zaznamenali svoje poznámky a komentáre. Z nich bol v softvéri Notion vytvorený interaktívny zoznam, v ktorom sme formovali prvé témy a kategórie. Po spracovaní všetkých rozhovorov sme podobným spôsobom hľadali spoločné témy a kategórie naprieč rozhovormi.

7.6 Etika výskumu

Už pri kontaktovaní nemocníc boli lekári/psychológovia informovaní o dobrovoľnosti, anonymite a zámere výskumu. Psychológovia pacientov o výskume a jeho povahe informovali už pred príchodom výskumníka, pacienti teda poznali dátum, kedy rozhovory prebehnú a mohli si rozmyslieť, či sa ich zúčastnia, prípadne sa na ne pripraviť.

V deň výskumu boli pacienti ešte raz informovaní o jeho anonymite, nepovinnosti a zámere, a to pri rannom stretnutí, aj pred začiatkom každého z rozhovorov. Pred každým z rozhovorov participanti tiež vyplnili informovaný súhlas, taktiež im bolo povedané, že môžu rozhovor hocikedy prerušiť, ukončiť alebo pozastaviť. Zároveň boli respondenti uistení, že poskytnuté dáta budú bezpečne uchované, použité len pre účely diplomovej práce a následne zmazané. Po skončení rozhovoru dostali respondenti možnosť položiť výskumníkovi otázku týkajúcu sa výskumu. Túto možnosť však nevyužili.

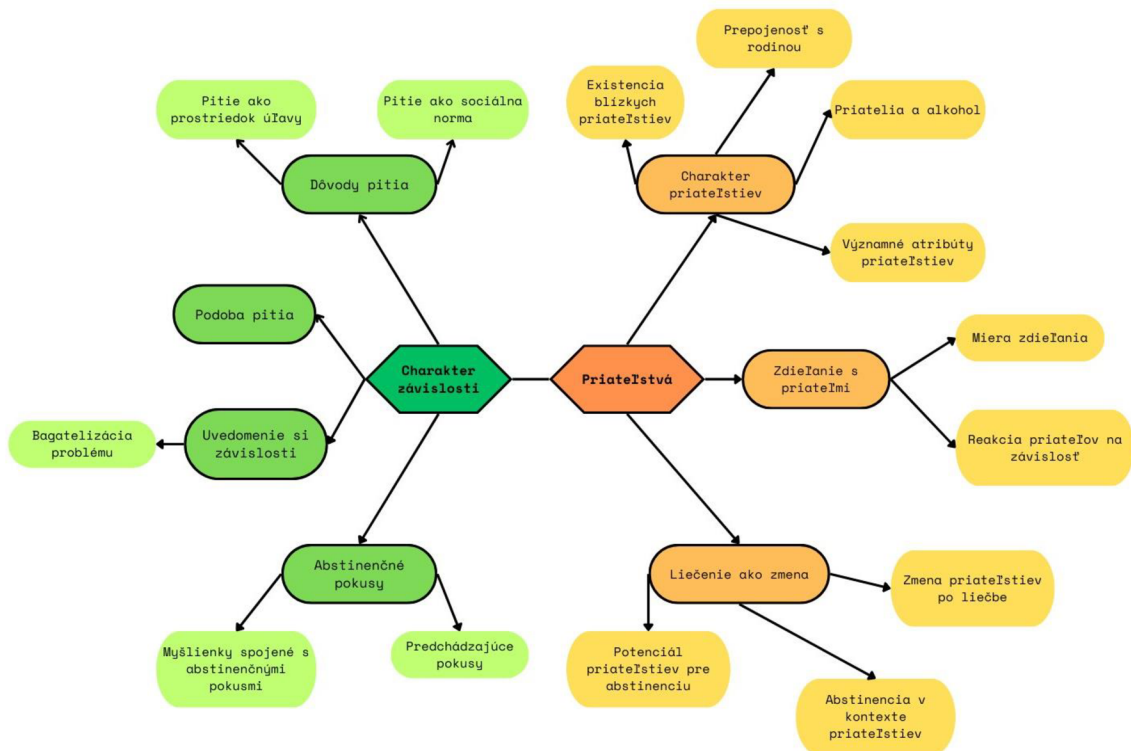
8 ANALÝZA DÁT A VÝSLEDKY

Metódou interpretatívnej fenomenologickej analýzy sme v rozhovoroch s respondentmi identifikovali niekoľko spoločných významných tém. V nasledujúcich riadkoch si opíšeme tie, ktoré sa týkajú priateľstiev ľudí závislých na alkohole i tie, ktoré opisujú podobu závislosti našich respondentov. Nakoniec sa pozrieme, ako sa odpovede respondentov viažu k nami stanoveným výskumným otázkam.

8.1 Významné kategórie a témy

Pri analýze dát sme sa zamerali na dve hlavné oblasti nášho výskumu, vychádzajúc z nami stanovených výskumných otázok. Prvou oblasťou je **charakter závislosti** našich respondentov. Tu sme lokalizovali štyri hlavné kategórie – dôvody pitia, podoba pitia, uvedomenie si závislosti a abstinenčné pokusy. Druhou, pre náš výskum podstatnejšou oblasťou, je **spojitosť priateľstiev so závislosťou na alkohole**. Tu sme pracovali s tromi hlavnými kategóriami – charakter priateľstiev, zdieľanie s priateľmi a liečenie ako zmena v priateľstvách. Každá kategória mala svoje témy, z ktorých boli niektoré ešte bližšie rozvedené užšími subtémami. Keďže pracujeme s osobnými výpoveďami respondentov, jednotlivé témy a subtémy sú doplnené ukázkami odpovedí z rozhovorov.

Obrázok č. 1: Kategórie a témy



8.1.1 Dôvody pitia

Prvou kategóriou charakteru závislosti sú dôvody pitia, teda motivácia za požívaním alkoholu či prechodu do recidívy po období abstinencie. Túto kategóriu rozdeľujeme na tri témy.

Pitie ako sociálna norma

Respondenti vo svojich výpovediach hovoria o požívaní alkoholu ako o bežnej veci, aktivite, ktorá bola pre ich prostredie úplne štandardná. Líšili sa však v tom, kde pitie ako sociálnu normu zažívali.

Najčastejšie spomenutým aspektom bolo normalizované **pitie v primárnej rodine** respondentov. Štyria z respondentov hovoria o tom, že pitie alkoholu videli u svojich rodičov: R2: „Videl som to doma. Mama len pivo, oco aj tvrdšie.“ R5: „Moji rodičia pili doma. Ale ja tým, že som v pätnástich odišla na internát, celý týždeň som nebola doma. Som to nejak potláčala... ale vedela som, že pijú.“ R6: „Rodičia pili predtým. Neznášala som to.“

Skúsenosť s pitím sa nemusí vzťahovať len na primárnu rodinu. Dvaja respondenti spomínajú, že pre nich rizikové prostredie predstavovalo **užívanie návykovej látky v novej**

rodine: R3: „...keď som začal chodiť za mojou manželkou, vtedy ešte priateľkou. A môj svokor je alkoholik, hodne mi nalieval.“ R6: „...on (manžel) mi to potom už aj sám nosil, aby mal pokoj odo mňa. Že on si bude fetovať, ja si budem piť...“

Dvaja z respondentov označili za alkoholické prostredie ich **pracovné miesto:** R2: „Od tých tridsiatich rokov... som mal takú prácu a tam sa dalo aj cez pracovnú dobu piť...“ R6: „Som začala robiť v jednom bare minulý rok a tam sa to spustilo...“

Ďalšia dvojica respondentov hovorí, že pitie alkoholu nebolo charakteristické len pre ich rodinu alebo prácu, ale pre celú **oblasť, región**, v ktorom žili. V oboch prípadoch šlo o dedinské prostredie: R1: „Ja som z vinárskeho kraja, takže každý sme mali pivnicu a predtým, než sme šli na nejakú akciu, vždy sa u niekoho dohodol nejaký zraz. Tam sme si u každého okoštovali víno.“ R10: „Ja som býval na dedine, kde všetko bolo o poľovníctve, šípkach a hasičoch. Takže, výborné alkoholické podhubie, v každom druhom dome sa páčila slivovica a všetci radi dali ochutnať.“

Pitie ako prostriedok úľavy

Pre mnohých bol alkohol spôsobom ako zmierniť nepríjemné pocity alebo spracovať traumatické udalosti.

Pitie alkoholu bolo pre troch respondentov jednoduchým a dostupným prostriedkom na **uvolnenie stresu**. Jeden z respondentov spomína alkohol ako úľavu od pracovného stresu: R9: „Súhrnným faktorom bol stres... hlavne pracovný. Syndróm vyhorenia.“ Ďalší dvaja ako úľavu od úzkosti: R8: „Trpím celý život úzkosťami, takže po prvom napití... proste pohodička, nebála som sa, medzi ľuďmi, všetko jednoduchšie.“ R10: „Som chcel úplne vypnúť hlavu a bolo mi jedno ako to dopadne.“

Najviac respondentov spomenulo ako dôvod, alebo jeden z dôvodov pitia, **rodinné problémy**. V troch prípadoch to bolo rozpadom partnerského vzťahu: R4: „Som sa rozvedol a získal som krídla...“ R5: „U mňa to začalo tým, že manžel si našiel priateľku. Ja, keď som to zistila, lebo však klasika, manželka sa to dozvie posledná, všetci v meste to vedia. Mňa to položilo. Potom som po tom poháriku...“ Jedna respondentka však ako dôvod uvádza skôr životný štýl partnera, respektíve jej nesúhlas s ním: R6: „Manžel je gambler a berie drogy. Už to začal preháňať, mne sa to nepáčilo, tak ja som začala...“ V ďalších dvoch prípadoch šlo dokonca o stratu v rodine: R2: „Mama zomrela skôr a o otca som sa staral. Mal mozgovú príhodu, takže skoro dva roky som s ním bol doma, opatroval som ho.“ R10: „V máji 2020 mi umrela mama.“

Okrem alkoholu ako receptu na stres a úľavy od rodinných problémov, respondenti uvádzali aj **pocit samoty**. Táto samota ale bola následkom spomínaných rodinných problémov, buď rozvodu alebo úmrtia v rodine: R2: „*A keď zomrel (otec), už som ostal v byte sám, žijem aj stále sám.*“ R4: „*Posledné dva tri-roky už bývam sám a teraz nejak prepadlo to úplne.*“

Viacerí respondenti v našej vzorke už liečenie v minulosti absolvovali, ale kvôli recidíve museli liečenie absolvovať znova. Títo respondenti sa podelili o **dôvody a spúšťače ich recidívy**. V drvivej väčšine si respondenti mysleli, že už sa z najhoršieho dostali a **jeden pohárik im neuškodí**: R1: „*Ani neviem prečo, od samej dobroty, k inému záveru som nedospel. Ako bolo mi dobre, problémy bežné, bežní ľudia.*“ R5: „*A ja som si dala pohárik... však mne je dobre.*“ R7: „*Takže som tam získal funkciu, peknú ženu, odsťahoval som sa od našich a vysadil antabus.*“ Jeden z respondentov to krásne reflektoval svojim vyjadrením: R9: „*A potom to začalo tou blbou úvahou, že existuje kontrolované pitie, čo neexistuje.*“

8.1.2 Podoba pitia

Respondentov sme sa pýtali aj na to, ako ich pitie vyzeralo. Väčšina našich respondentov spomenula, že pila **v ťahoch**. Podľa Jellinkovej typológie (2010) by teda napĺňali opis kategórie gamma: R9: „*Ja som bol taký ten gamma typ. Keď bol ťah, šlo to niekoľko dní, prechlastaný vikend.*“ Traja z respondentov opísali svoje pitie ako **hladinkárske**, teda mali kontrolu nad množstvom prijatého alkoholu, ale museli byť neustále pod vplyvom: R4: „*...nemal som koniec. Som fičal celý deň. Išiel som spať o dvanástej, zobudil som sa o druhej, lebo ja som nespával. Nevedel som spať. S tým, že som išiel spať opitý... o pol siedmej šli do roboty ľudia... a už som bol opitý zas.*“

8.1.3 Uvedomenie si závislosti

Čo sa týka uvedomenia si závislosti, medzník, ktorý bol bodom zlomu sa u respondentov výrazne líšil. Dvaja respondenti označili, že pre nich bolo rozhodujúce, keď ich na nadmerné pitie **upozornili blízki**: R4: „*Ale tak som sa sem prihlásil, že to už mi povedali súrodenci, že už by si mal niečo robiť so sebou.*“ R5: „*No, napríklad aj synovia to už videli na mne.*“ Inde to bolo povšimnutie skutočnosti, že človek už **nezvláda robiť svoje záľuby a povinnosti**: R1: „*Už ten organizmus to tak neprijímal.*“ R9: „*Už som sa nedokázal venovať ani tým záľubám... Už som dával prednosť pivu pred bicyklom.*“ R5: „*...už sa šéfka*

sťažovala tomu bývalému manželovi (majiteľ firmy).“ A v dvoch prípadoch to bolo až **hospitalizáciou**: R6: „...mi bola volaná záchranka, mi bolo zle. Tam som si uvedomila, že mama zomrela na cirhózu pečene, mladá, 34 ročná.“ R10: „Prišiel som domov, vyzdvihol urmu, fľašku whisky a začal vlastne svoj prvý kvartál. To som šiel asi dva mesiace vkuse, dostalo ma to do nemocnice.“

Bagatelizácia problému

Jedna téma sa vynorila v oblasti uvedomenia si závislosti – bagatelizácia závislosti. Štyria respondenti uviedli, že ich liečeniu predchádzalo odmietanie priznania si problému s alkoholom, jeho **zľahčovanie či preceňovanie** svojich schopností: R2: „Šak ja keď si dám, si dám. Keď budem chcieť prestať, prestanem... to už som klamal sám seba.“ R3: „...ale ja som bol taký vypatlaný, vymletý, že ja som si nepriznával, že som alkoholik...“ R6: „Ona ma aj posielala liečiť, ja som vravela, že nie som alkoholička, však sa neváľam po kanáloch.“

8.1.4 Abstinenčné pokusy

Predpokladali sme, že súčasné liečenie nebolo prvým a jediným pokusom respondentov o abstinenciu. Na základe toho sme sa pýtali na ich predchádzajúcu snahu prestať s užívaním alkoholu a pocity či myšlienky s tým spojené.

Predchádzajúce pokusy

Všetci respondenti sa pred svojim prvým liečením pokúšali s alkoholom prestať: R10: „Mnohokrát. V podstate po každom kvartále, keď je človeku zle, všetko ho bolí, nemohol som jesť... a to si človek vždy povie, že už nechce... som prisahal, že už nikdy.“ Dvaja respondenti pred svojim prvým rezidenčným liečením vyskúšali ambulantné: R2: „Šiel som ku psychiatrovi a ponúkol mi ambulantné liečenie. Tak som bral Campral a ten som skoro bral 2 roky... aj som nepil.“ R6: „Ja som stále hovorila, že to zvládnem ambulantne.“

Myšlienky spojené s abstinenčnými pokusmi

I keď sme sa na pocity a myšlienky spojené s abstinenčnými pokusmi explicitne nepýtali, respondenti ich sami, prirodzene, počas rozhovoru vyjadrovali. Veľmi často skloňovali úlohu **rodiny**. Tá ich buď dotlačila ku liečeniu, upozornila na nadmerné pitie alebo im bola motiváciou pre vlastnú abstinenčnú iniciatívu: R9: „... som si povedal tak a dost', posledná kvapka. Vtedy moja partnerka otehotnela, čo je moja ďalšia motivácia.“

Objavila sa aj myšlienka **nádeje z doliečovania** na vyliečenie, zlepšenie stavu. Respondenti hovorili, že skúsenosť s ľuďmi z doliečovania im dáva šancu, že aj oni sa raz posunú a budú šťastnejší: R3: „...ale veľmi si ich vážim, lebo vedú ten... nie boj... ale ten život tak ako je a užívajú si abstinenciu. Sú šťastní, toto by som chcel aj ja.“ R6: „...vidím tých ľudí jak sú šťastní a spokojní, keď žijú triezvo. Takže, inak to beriem. A dúfam, že sa to aj mne podarí. Inak to beriem... mi ukázali cestu.“

S tým súvisí aj myšlienka uvedomenia si **dôležitosti doliečovania** po samotnej rezidenčnej liečbe. Siedmi respondenti vidia podcenenie doliečovania ako faktor svojej recidívy: R1: „...prestal som chodiť na doliečovanie. V liečení som začal, fungovalo to... potom som prestal. Teraz už viem prečo, ego – dosť vysoké.“ R2: „A to doliečovanie, tam budem chodiť medzi seberovných. Tam to budem potrebovať, to viem.“

V kontraste s myšlienkami nádeje boli pocity **beznádeje**: R8: „Šla som po ulici a závidela som ľuďom, že oni určite nemusia piť, kým vyjdú z domu.“ Niekedy až **suicidality** a **ľahostajnosti** ku životu: R7: „Nechcelo sa mi žiť, nič. Nechcelo sa mi do vane...“ R4: „...ja som hovoril, že buď sa prepijem k smrti alebo čo ja viem čo.“ Takéto výpovede sme zaznamenali u spomenutých troch respondentov.

Dvaja z respondentov sa zhodli na pociťovaní pocitu **hanby** spôsobenom užívaním alkoholu: R2: „...som sa sám sebe čudoval, že čo stvárať. Pozerám sa do zrkadla, zarastený. Taxikom som si objednával jesť, piť. Reku, kam to speje?“ R7: „Mi ten život proste nevyhovoval, neznášal som ho, seba, že to nedokážem vydržať. Hanbil som sa za to...“

8.1.5 Charakter priateľstiev

Prvú veľkú kategóriu priateľstiev sme pomenovali „charakter priateľstiev.“ Jedná sa o súbor vyjadrení, týkajúcich sa opisu priateľstiev respondentov. Teda ich početnosti, stabilite, spojení s rodinou, vzťahu priateľov ku alkoholu či významných atribútov v priateľstvách, podľa toho, ako ich vnímajú respondenti.

Existencia blízkych priateľstiev

Z desiatich respondentov uviedli ôsmi, že vo svojich životoch majú minimálne jednu osobu, ktorú by označili za blízkeho priateľa mimo rodiny. Väčšina respondentov má okolo seba takých osôb viac, najčastejšie dvoch alebo štyroch. Miera blízkosti týchto priateľstiev môže byť vnímaná veľmi vysoko: R1: „Áno, určite áno. Mám asi dvoch na totálku – na život a na smrť, od detstva.“ R4: „Áno, úplne blízkych.“

Dvaja z respondentov však uviedli, že žiadnych blízkych priateľov nemajú. R2: „*Ani nie.*“ R7: „*Ja už som odstrihol všetkých vlastne.*“ „*A keď sa v tom (v alkohole a drogách) pohybujem od 16-17 rokov, keď som prestal hrať futbal a bol s normálnymi ľuďmi, tak som ani žiadnych kamarátov nikdy nemal.*“

Prepojenosť s rodinou

Čo sa týka prepojenosti priateľských a rodinných vzťahov našich respondentov, jednotlivé výpovede sa líšia. V troch prípadoch sa priatelia a rodina respondenta minimálne poznajú: R1: „*...bývame na tej jednej ulici a ten jeden iba o barák ďalej, tak áno, poznáme sa. Vlastne od detstva, aj rodičia ich poznajú, takže sú tam dobré vzťahy.*“ Alebo stretnutia s priateľmi a rodinami dokonca kombinovali: R4: „*Áno, stretávali sme sa. Aj s deťmi, že aj ženy doniesli... Fazuľovica sa robila...*“ Inde sú v dennodennom kontakte: R6: „*Má sestru (mama), tá nepije, tak tá si nás zobrala do starostlivosti... takže s ňou mám ešte taký dobrý kontakt. Ony spolu robia (s kamarátkou).*“

Ďalší traja respondenti uviedli, že vzťahy s priateľmi a rodinou prepletené mali, ale už tomu tak nie je: R5: „*S tými prvými, čo sme spolu robili v drôtovní sa poznal aj on... Aj s tou (meno). Čiže on ich pozná. Aj moji synovia ich poznali.*“ Padla aj odpoveď, ktorá naznačuje, že hoci tomu tak bolo, nebolo to žiadané: R8: „*Teraz už nie. Manžel ich poznal... ale ja som to vždy chcela mať oddelené.*“ Jeden z respondentov dokonca uviedol, že prepojenie priateľov s rodinou viedlo k dočasnému rozpadu priateľstva: R4: „*Každý sme si našli ženy... potom nás aj ony rozdelili, tie ženy, lebo ony sa nemali medzi sebou rady.*“

Zbytok respondentov prepojenosť rodiny a priateľov vôbec nespomenul alebo odpovedal, že nijak spojení nie sú: R10: „*Ani moc nie. To sú dva odlišné svety.*“ Spôsobené to môže byť aj geografickou vzdialenosťou: R9: „*Vôbec žiadny, ja pochádzam z iného mesta než bývam. Tá rodina ostala na pôvodnom bydlisku.*“

Priatelia a alkohol

Priatelia našich respondentov nie sú abstinenti, ale ani problémoví užívatelia. Respondenti ich označujú za ľudí, ktorí si vypijú len občas a majú to pod kontrolou: R8: „*Pijú tak bežne... málo.*“ R10: „*Sú tam ľudia, ktorí vedia, kedy si môžu dať a kedy nie. Majú ku tomu zdravý vzťah, kontrolujú to.*“

Jedna z respondentiek má priateľov, ktorí s alkoholom zápasili: R5: „*Tá (meno) mala otca alkoholika... A tá (meno), ona hovorí, že niekedy aj ona má také... že koľkokrát aj ona*

sa musela pristihnúť, že si nenáleje.“ Ďalšia respondentka bola dlhú dobu v dvoch sociálnych kruhoch. V jednom sa nachádzali kamaráti, ktorí s ňou pili, v druhom najlepšia kamarátka, ktorá alkohol nenávidí: R6: *„Tí, čo so mnou pili, ma v pití podporovali. A tá kamarátka ma odstavila, že sa so mnou nedá baviť... Ona nepije vôbec, neznáša alkohol.“*

Zaujímavým bol jeden respondent, pre ktorého priateľov je jeho abstinencia vlastne pragmatickou výhodou pre ich vlastnú zábavu: R1: *„Taký spoločenský, opijú sa. Také klasické, že piatok a sobota, ale to zas nie je každý vikend. Vďaka tomu, že majú istotu šoféra (respondent), tak keď sa ideme baviť, tak si vypijú.“*

Významné atribúty priateľstiev

Témou významných atribútov priateľstiev myslíme niekoľko hesiel, ktoré zazneli ako odpovede na otázky, týkajúce sa toho, čo respondenti na svojich priateľstvách považujú za dôležité a čo si na svojich priateľstvách vážia.

Polovica respondentov uviedla, že významným faktorom kamarátskych vzťahov je **dĺžka priateľstva**. Ich priateľstvá siahajú až do detstva, konkrétne na základnú školu. Fakt, že ich priateľstvá trvajú tak dlho prispieva ku pocitu dôvery, blízkosti. Tomu dosvedčujú aj odpovede na otázku pýtajúcu sa, čo respondentov s priateľmi spája a prečo ich ako priateľov vnímajú: R1: *(na otázku, čo ho s priateľmi spája) „Tak je to od detstva, to je v prvom rade.“* R3: *„Spoločná minulosť...“*

Avšak, respondenti, ktorí počas svojho života menili bydlisko si dokázali blízke priateľstvá vybudovať aj v neskoršom veku: R5: *„S jednou ešte z práce... s ďalšou som sa spoznala na kurze angličtiny...“* R8: *„Nie zas tak dlho, asi 5 rokov.“* R10: *„To sú aj ročné známosti, ale tým, že sme v tom krátkom časovom úseku strávili fakt veľa času, tak sa to dá vnímať ako blízke priateľstvo.“*

S externými okolnosťami priateľstva súvisí aj **geografická blízkosť** respondentov s priateľmi. Niektorí respondenti uviedli, že jedným z aspektov ich priateľstiev je to, že bývajú blízko seba. Naopak, jedna respondentka poznamenala, že svoje priateľstvá stratila kvôli tomu, že jej komunikácia na diaľku a len občasné vídanie sa nevyhovuje: R8: *„Ja som sa totiž presťahovala, predtým som žila v inom meste a ja mám strašný problém udržať vzťahy na diaľku. Takže keď s tým človekom nie som často, tak mňa to telefonovanie a dopisovanie nebaví.“*

Najviac menovaným atribútom priateľstiev našich respondentov bola **dôvera**, **spol'ahľivosť** a **vnímaná opora** od blízkych priateľov: R10: „*Sú to ľudia, ktorým verím... môžem sa na nich spoľahnúť.*“ R9: „*Môžem sa na nich spoľahnúť, sú to rovní ľudia.*“ R5: „*Ja im fakt teraz môžem povedať všetko...*“ R1: „*...zodpovední, priateľskí, môžem sa na nich spoľahnúť... Čo si na nich vážim? Trebárs aj teraz ich oporu. Pišeme si, volávame si*“

Nejedná sa však len o psychologickú oporu, ale aj praktickú kamarátsku **pomoc**. R5: *(pred nástupom na liečenie)* „*Sme prešli ešte všetky administratívne veci... peniaze, účty... päť hodín sme to robili z posledných síl.*“ Niekedy mala kamarátska pomoc trochu tvrdšiu tvár: R4: „*Zabavili mi autá... zobrali ich preč. Povedali, bude postarané o autá, ale neexistuje, že budeš mať kľúče ty a auto pod bytom.*“

Spoločné aktivity a záľuby boli druhým najmenovanejším atribútom priateľstiev našich respondentov. Či už ide o kultúrne aktivity, šport alebo cestovanie: R5: „*...aj tie záujmy, koncerty, knihy, kiná. Sme sa aj navštevovali... a výlety... a do kina. Pod' na prechádzku, nebuď sama doma.*“ R8: „*Nás práve spájajú tie výlety a akcie s deťmi...*“ R1: „*...teraz na kávu napríklad.*“

Veľmi podobným aspektom je **spoločné hodnotové nastavenie** respondentov a ich priateľov. Tento atribút spomenuli traja z opýtaných. R9: „*...myšlienky, názory. Názorovo... sú to veci, ktoré vyplývajú z nejakého rácia a obecnej spravodlivosti... myslím, že každý z tých ľudí je dobrý.*“

Posledným často spomenutým aspektom priateľstva je **rešpekt ku priateľom**. Traja z respondentov uviedli, že svojich priateľov rešpektujú, vážia si ich za to, aké životy vedú a ako sa správajú k ľuďom okolo seba: R3: „*Sú pracovití, idú si za svojim cieľom. Spokojné rodiny, šťastné.*“

8.1.6 Zdieľanie s priateľmi

Ako druhú veľkú kategóriu sme identifikovali zdieľanie starostí a pocitov respondentov s priateľmi. Túto kategóriu sme rozdelili na dve časti. Prvou je aktivita zdieľania respondenta voči priateľom, druhou je reakcia, ktorú respondentovi priatelia na zdieľané poskytnú.

Miera zdieľania

Mieru zdieľania našich respondentov sme rozdelili na dve podtémy, keďže sa nám každá z nich zdá dostatočne špecifická, i keď stále spadajúca pod zdieľanie.

Prvou podtémou myslíme mieru zdieľania **osobných problémov**, schopnosť vyrovnávať sa z osobných problémov, starostí – avšak, vynímajúc rozhovory o alkohole alebo závislosti. Len traja respondenti označili, že boli zvyknutí pravidelne zdieľať so svojimi priateľmi svoje pocity a problémy: R1: „*Áno, hlavne s tým jedným. To sme si dokázali všetko povedať. Také to, proste, úplne to najbližšie... s tým jedným na 110 %.*“ R8: „*Áno, zvykla som s nimi zdieľať svoje starosti. Nerobí mi to problém. Riešila som s kamarátkami pozitívne aj negatívne veci... filozofovali sme.*“

Jedna respondentka zaujímavo spomenula, že zdieľanie problémov bolo pre ňu rozdielne v skupine, s ktorou pila: R6: „*Tak, áno... bavili sme sa o tom vždycky... ale to s takými ľuďmi sa nedá baviť. To na srandu obracali. Len také povrchné.*“ A s kamarátkou, ktorá nepila a bola mimo tejto skupiny: R6: „*S ňou áno aj doteraz. Všetko si hovoríme.*“

Iní respondenti priateľstvá ako prostriedok pre zdieľanie svojich ťažôb nevnímali alebo ich na to nevyužívali. Či už z dôvodu charakteru priateľstva: R2: „*Takí na kus reči... ale žiadne veľké navštevovanie... len čisto cez pohárik.*“ Alebo z dôvodu neochoty zdôveriť sa: R3: „*To skôr ja som bol taký introvert, nechcel som sa nejak otvárať im.*“ R9: „*Nie... proste zlé techniky zvládania. Som to v sebe dusil, v tom chlaste sa to rozpustilo a už mi to bolo jedno.*“

Napriek tomu, že traja respondenti uviedli, že so svojimi priateľmi zdieľali osobné problémy, druhá podtéma – **komunikácia pitia** – nebola tak prevalentná. Iba jeden z nich medzi zdieľané témy zaradil aj alkohol a závislosť. R6: „*Ona vedela, že do toho padám. Povedala som jej, že už to nevládam.*“

V niekoľkých prípadoch respondenti svoju závislosť komunikovali až tesne pred alebo po nástupe na liečenie. Aj v týchto prípadoch však šlo len o oznámenie alebo kratší rozhovor, ktorý sa už neopakoval: R1: „*Keď vedeli tu, že čo je so mnou a hlavne po tom liečení. Tak som im to popísal, sa pýtali, samozrejme. A ďalej sme to nerozoberali.*“ R5: „*Vedia, že som tu. Minulý rok som bola prvýkrát na liečení, každej som to povedala.*“ R4: „*Ja som sa vlastne uzavrel do seba, ale napísal som im, že som si vybavil liečenie znovu.*“

Väčšina prípadov však tému alkoholu tabuizovala a nijakým spôsobom ju nezdieľala alebo zdieľala len minimálne: R3: „*Toto som považoval za svoju súkromnú vec, nechcel som sa o to deliť. Sem-tam padla nejaká téma. Aj oni si vypijú, tiež niečo postvárali. Ale nebolo to ako... že by sme to nejak vyhľadávali alebo naschvál otvárali tú tému.*“ R7: „*Nikomu som to nechcel povedať.*“ R5: „*A keď som sa znovu v tom januári, tak o tom nevedeli... ja som*

ani nepovedala, že by som zavolala, že mám chuť na alkohol... že to na mňa prišlo... to som nemala.“

Dvaja respondenti nám poskytli aj odôvodnenia nezdieľania svojho problému s pitím. Zatiaľ čo jeden sa nachádzal v sociálnej skupine, kde bolo pitie akceptovanou aktivitou: R9: *„Takže, s tými som tu tému nemusel preberať... lebo sme boli na jednej lodi. Nevnímali sme to ako niečo mimoriadne.“* Iná respondentka zas vyjadrila sklamanie z predchádzajúcich reakcií na svoje pokusy o zdieľanie ohľadom pitia: R8: *„Nie, nezdôverila som sa... to som až potom u psychiatra. Som sa viackrát presvedčila, že ony to nevedia. Nemá cenu im to vysvetľovať, lebo ony to nikdy nepochopia. Už som sa toľkokrát spálila, keď som sa zdôverila.“*

Reakcia priateľov na závislosť

V rozhovore s respondentmi sme sa pýtali aj na spôsob reagovania ich blízkych kamarátov, keď sa dozvedeli o ich pití a závislosti.

Tu jednoznačne dominovala podtéma **podpory** ako reakcie. Avšak, jej podoba a sila sa v prípade od prípadu líšili. Niektorí respondenti kategóriu podpory vôbec nespomenuli alebo uviedli, že žiadnu podporu nedostali. Jeden z respondentov spomína, že podpora pre závislého je dočasná a labilná: R10: *„Tá trpezlivosť človeka, ktorý nie je rodinou, začne opadať. Zozačiatku sa snažili pomôcť... že na mňa budú dávať pozor... a potom už... už to bolo potom také, že... si debil a tým to haslo. Bol v tom človek viac a viac sám.“*

Traja respondenti sa vyjadrili, že podporu cítili. Jednak vo forme povzbudenia do liečenia: R5: *„Keď som im povedala, že idem, tak ma podporili.“* Alebo aj návštev na liečení a pravidelného kontaktu: R4: *„Cítil som podporu, je to pravda. Nie, že by dali ruky preč. Oni boli aj tu za mnou. Chodili ma pozerat' a povedali, že už vyzeráš lepšie...“*

Podoba podpory od priateľov môže mať aj direktívnejší a tvrdší charakter. Dvaja respondenti spomínajú, že ich priatelia podporili liečbu, i keď oni sami s ňou stotožnení neboli: R4: *„Keď boli prvýkrát, tak ja si pamätám, že... zoberte ma preč... veď ja som bol sám za seba, som mohol ujsť... teda ukončiť to. Ale... oni povedali, že nie... ty tu ostaneš. Sestričkám povedali, nech ma sledujú, že nech nerobím neviem čo...“* R6: *„Ja som koľkokrát chcela aj reverz napísať, čo som tu... že tu nepatrím som si namýšľala.“* (kamarátka ju odhovorila) Respondentka ďalej hovorí, že si podporu od kamarátky musela zaslúžiť získaním dôvery: R6: *„Ona mi vôbec neverila, že to vydržím tie tri mesiace. Tak, po mesiaci som jej zavolala a povedala, že ako to tu je... ako to zvládam a tak. Tu bola aj na návšteve...“*

a už fungujeme normálne. Vidí aj ona na mne zmeny... Podporuje ma, aj čo sa týka tých mítingov (AA), nemá problém povarovať mi vtedy dieťa.“

Ďalšou často spomínanou kategóriou bol **rešpekt ku abstinencii** respondenta zo strany jeho priateľov. Po tom, čo sa priatelia respondentov dozvedeli o ich probléme s alkoholom, im prestali alkohol núkať: R1: *„A rešpektovali to. Ale aj ostatní, čo mám blízkych priateľov, tak vedia o mojej závislosti a rešpektujú to. Môžem sa na nich spoľahnúť, že ma nepomúknú.“* Podobnú skúsenosť zdieľalo niekoľko respondentov. Avšak jedna z respondentiek uvádza opačnú skúsenosť: R8: *„A jednak už sa mi stalo, že na poslednej dovolenke, kde som išla s kamarátkou, ktorej som povedala všetko ako to mám, aj keď som tu primárne s liekmi a nie s alkoholom. Tak k tomu povedala, že „tak si daj“. Tak to bolo hneď prvý deň dovolenky... Ďalšia kamarátka mi dokonca zháňala tie lieky u známeho doktora... čo som si objednala, to mi potom dodala.“* V tomto prípade sú priateľky respondentky síce podporné, ale podporné voči závislosti.

Traja respondenti v rozhovoroch hovorili o **šoku a prekvapení** svojich priateľov ohľadom ich pitia. Šlo buď o prekvapenie z miery konzumovaného alkoholu: R3: *„Bol mi pomáhať kamarát a ten svokor nalieval, nalieval a on si nedal. A potom neskôr mi hovoril, že len pozeral, koľko som vypil.“* Z faktu, že stav respondenta je tak zlý, že vyžaduje liečenie: R2: *„...oni boli šokovaní. To si v takom stave, že musíš ísť?“* Alebo z recidívy: R5: *„A hovorí, že jak sa ti to zas mohlo stať, že si do toho spadla?“*

Pri dvoch respondentoch sa vyplavila aj kategória **nepochopenia**. Vyššie, v kategórii komunikácie pitia sme si už spomenuli pohľad respondentky č. 8: R8: *„Som sa viackrát presvedčila, že ony to nevedia. Nemá cenu im to vysvetľovať, lebo ony to nikdy nepochopia. Už som sa toľkokrát spálila, keď som sa zdôverila.“* Neskôr respondentka dodáva: *„...odkedy som tu, robí mi veľký problém komunikovať s hocikým z vonku. Jednak tí ľudia to nikdy nepochopia...“* Druhý respondent za upozorňuje na nepochopenie komplexnosti jeho problému a pocitované pokrytectvo od svojho kamaráta: R7: *„Šiel som za kamošom, ten mi hovorí „nechlastaj.“ Sám tam sedí na vozíku zhúlený. Rozsekal sa na motorke na piku a kára ma za jedno pivo.“*

8.1.7 Liečenie ako zmena

Tretia a z nášho pohľadu najdôležitejšia kategória sa týka vnímania liečenia ako zdroja zmeny pre podobu priateľských vzťahov. Zamerali sme sa na ňu v poslednej časti rozhovoru a bližšie ju rozdeľujeme na tri témy.

Zmena v priateľstvách po liečbe

V rámci zmien v priateľstvách respondentov po liečení sa vynorili štyri podtémy. Týkajú sa zmien v štruktúre priateľských vzťahov, v správaní v priateľských vzťahoch a vo vnímaní priateľských vzťahov. Posledná podtéma sa týka priateľov, ktorých respondenti spoznali na liečení.

Väčšina respondentov **štruktúru** svojich priateľských sietí po liečení nijak nemení. Avšak, všetko sú to respondenti, ktorí medzi svojimi priateľmi nemajú ľudí, s ktorými pili. Takí, ktorí v kamarátskych kruhoch mali ľudí, s ktorými pili, majú, reportujú razantné zmeny: R7: *„Tí kamaráti, už nemám nikoho z nich. Volajú, neberiem to... volali mi dva roky, až potom prestali.“* R10: *„Po odchode z liečenia u mňa prebehla výrazná sortácia, kde som ich pretriedil, ten kruh priateľov a došlo k vyradovaniu. Takže, ostali už len lepší priatelia.“* R6: *„Už som ich odstránila... čo so mnou pili. Tých ľudí odstavím, čo sme spili spolu, nemám čo s nimi. Len tú kamarátku si budem u seba držať...“*

Jeden zo spomenutých respondentov hovorí, že pre neho tie priateľstvá už nemajú zmysel: R10: *„Nie, že by to bolo rizikové, ale pre mňa to stráca zmysle. Už tým nechcem zabíjať zbytočný čas.“* Spomenutá respondentka zas dodáva, že odstrihnutie kontaktu niekedy nie je dostatočné, niekedy je nutné úplne zmeniť prostredie: R6: *„No práveže sa tam nevrátim. Ja sa presťahujem do (iné mesto). Oni ma vyhľadávať nebudú, lebo však už zo mňa nebudú nič mať... už mi ani nenapišu.“*

S touto respondentkou dospel rozhovor aj ku otázke hľadania si nových priateľov. Tam sa vyjadrovala opatrne a zdržanlivo: R6: *„Na začiatku neviem, či plánujem hľadať nových kamarátov. Možno časom. Najprv sa musím dať dokopy... ale nebránim sa tomu.“*

Ďalším aspektom bola **zmena vnímania priateľstiev**. Štyrom respondentom sa ich pozitívny pohľad na už existujúce priateľstvá nezmenil. Vyjadrili, že ich priatelia podržali a boli im oporou (ako sme spomínali už v predchádzajúcich témach): R5: *„Nechýbalo mi nič. Ostalo to také isté. Ja som rada, že ich mám. Vyhovuje mi to tak ako to je.“* R9: *„Nechýbalo asi nič... každý má niečo, navzájom sa doplňujú. Nemožno očakávať, že od jedného človeka dostanete všetko.“* V dvoch z prípadov však účasť na liečení viedla ku zlepšeniu už tak pozitívneho pohľadu na priateľstvo: R1: *„Tá súdržnosť. Ja na tom liečení som myslel, že ma zo začiatku nejak odsunú... alebo neviem. Ma podržali, boli mi oporou.“* R6: *„Viac si ju vážim... dám si viac povedať od nej.“*

Pár respondentov uviedlo, že absolvovanie liečenia u nich viedlo k ešte silnejšej izolácii: R7: „Zrušil som si Facebook. Úplne odstrihnutý. Keď idem za mamou, pozdravím chalanov z futbalu, pozdravím kamarátky, spolužiačky. Nechcel som ísť za kamošom z futbalu a povedať, že som v hovnách. A ani neviem komu by som...“ Alebo aspoň obmedzeniu zdieľania s priateľmi: R8: „Ja už nebudem sa každému zdôverovať... tým ľuďom, ktorí si to nezažili už... nie, že neverím, ale načo im to budem vykladať?“ Ani pre túto respondentku však kamarátstvo nestráca zmysel: R8: „Ja si tých kamarátov nechám na zábavu, ale na tie starosti nie. Ja ani neviem, ako na to (na respondentku po liečení) budú reagovať, či ich to bude zaujímať. Uvidím.“

Jediný respondent sa na liečení utvrdil v tom, že bližší sociálny kontakt a kamarátstvo potrebuje: R3: „Potrebujem sa socializovať, ja som pil sám v pivnici zavretý. Len fľaška a ja.“

Na otázku, či respondenti po liečení menili alebo budú meniť svoje **správanie v prítomnosti priateľov**, sme, až na jeden prípad (R8, spomenutý v kategórii vnímania priateľstiev), dostali od všetkých respondentov, ktorí na túto tému narazili, rovnakú odpoveď. A to, že v rámci správania chcú s priateľmi tráviť viac času: R3: „Viac sa stretávať. Zbliženie tých rodín, lebo on má malé deti... na návštevu... tam by bol priestor aj na to porozprávanie sa, otvorenie.“ Viac s nimi zdieľať svoje starosti a problémy: R9: „Nie, že by som to v sebe tultal na 100 %, ale určite by som to viac komunikoval s nejakými relevantnými ľuďmi.“ R5: „Budem už aj ja skúsenejšia, že viem, že zavolať, keď cítim to nutkanie...“ R3: „Skôr to, že by som načas tú debatu, zdieľal a porozprával sa o tom. Otvoril sa pred nimi.“

V rozhovoroch sme sa dotkli aj toho, či respondenti nadviazali nejaké **nové priateľstvá priamo na liečení**. Niektorým z nich sa podarilo na liečení získať blízke vzťahy: R8: „V súčasnosti najviac priateľov mám tu... medzi ľuďmi, ktorí mi rozumejú. S tými sa dá rozprávať o všetkom.“ R10: „S kamarátmi z liečenia sa o alkohole bavím. Sme na rovnakej note, je tam o čom sa baviť. Mimo liečenie vyložene o závislosti nie.“ Mieru blízkosti, ktorú priateľstvo z liečenia môže nabráť, vyjadruje odpoveď respondenta na otázku, komu by volal v prípade pocitu cravingu: R10: „Hneď ako prvému kamarátovi z liečenia.“

Jeden respondent hovorí o nadviazaní kamarátskeho vzťahu, avšak naznačuje, že sa jedná o nie veľmi blízke kamarátstvo: R1: „*S jednou na prvom, nikdy sme sa nestretli, ale pravidelne si volávame, tak sa tiež podporujeme. Ale teraz nie. To je také, tri mesiace a...*“

Ďalší respondenti sú na druhej strane spektra a hovoria o tom, že na trojmesačnom liečení sa žiadne normálne kamarátstvo ani nadviazať nedá: R3: „*To by som neoznačoval za kamarátov. Tu sa v podstate spojili dve čiary na nejaký mesiac a zas sa oddelia.*“ R7: „*Ja si myslím, že tu ani to kamarátstvo nejde, že to je len taká slabá chvíľka pre tých, ktorí na to nemajú sami.*“

Abstinencia v kontexte priateľstiev

Reakcie respondentov na to, ako budú zvládať vyhýbať sa alkoholu v prítomnosti priateľov a spoločných akcií sa líšili. Traja respondenti vyjadrujú, že sa necítia ohrozene, lebo vedia, že ich priatelia nebudú ponúkať, i keď sa spoločných akcií zrejme stále budú účastniť: R1: „*Oni to rešpektujú, nikdy ma nemúkali. Aj keď boli akokoľvek opití, že to prehnali... nikdy sa nestalo, ako tuto som počúval, že by mi niečo naliali niekam, viete jako to chodí... rešpekt z oboch strán tam bol.*“

Ostatní respondenti vyjadrujúci sa k tejto téme hovoria o inej stratégii. A to, že sa akýmkoľvek akciám s priateľmi, kde bude aj alkohol, budú vyhýbať: R3: „*No s kamarátmi nepôjdem. Keď som triezvy, nemám rád opitých ľudí. Keď začne brblat' to svoje, lezie mi to na nervy...*“ R10: „*Ja s nimi nechodím... do baru alebo keď sa na izbe otvorí fľaša, tak tam proste nejdem. Mi funguje to kráľovské odmietnutie. Hovorím, že sorry, boli časy, keď som sa takmer upil... mne to funguje najlepšie.*“

Potenciál priateľstiev pre abstinenciu

Posledná otázka, ktorú sme respondentom pokladali sa týkala ich vízie do budúcnosti. Konkrétne, čo by si od svojich priateľov priaľi, aby mohli svoju abstinenciu lepšie zvládať. Veľa z nich spomenulo, že si od svojich priateľov neprajú nič iné, než to, čo už dostávajú: R1: „*Nič... nie je to ich chyba, že som sa sem dostal.*“ R4: „*Chcem, aby boli takí, akí sú.*“

Napriek tomu z odpovedí vysvitli niektoré momenty, v ktorých respondenti potenciál pre zlepšenie zvládania abstinencie videli. V jednom prípade šlo o pranie dôvery a spoločného času: R6: „*Určite viac času, aby sme spolu trávili. Nejaké výlety a tak, aby som nemyslela na ten alkohol... a možno, aby mi viac verila.*“ V inom prípade sa jednalo o celkový postoj ku ľuďom so závislosťou: R9: „*A viac empatie... aby nad tým premýšľali*

a brali to ako holý fakt a nie ako postihnutie. Aj keď, ja to vnímam ako stigmatizovanú vec. Keby mi niekto pred tromi rokmi povedal, že je liečený alkoholik, tak, aj keby mám voči nemu úctu, už by som mal taký zdvihnutý prst.“ A v poslednom prípade šlo o pranie pozitívnej reakcie na prípadný relaps: R10: *„...že ak tú abstinenciu nezvládnem a zavolám im a usúdim, že tú pomoc potrebujem, že tam nejaká pomoc bude. Aj keď sa napijem a budem sa o tom chcieť rozprávať, tak aby nepovedali to, čo hovorili ľudia predtým... ale aby počúvali.“*

Jeden z respondentov, ktorý uviedol, že nikoho za blízkeho priateľa nepovažuje, si zas praje spoznať niekoho, kto mu blízky bude: R7: *„Niekoho s mojou skúsenosťou, čo zažíva to, čo ja. Nechcem o tom hovoriť s niekým, kto to nepozná.“*

8.2 Zhrnutie výsledkov

Po analýze výpovedí respondentov sa v nich pokúsime nájsť odpovede na nami dané výskumné otázky stanovené v kapitole 6.2. Ku každej z otázok priradíme tiež témy a podtémy, ktorú ju zodpovedajú.

1. Aká je podoba a okolnosti vzniku závislosti na alkohole u pacientov na rezidenčnej liečbe?

Respondenti vo svojich odpovediach medzi dôvody svojej závislosti uvádzajú život v prostredí, v ktorom sa alkohol pije a užívanie alkoholu ako prostriedku ku úľave od negatívnych pocitov. V rámci prvého spomínaného aspektu sa najviac respondentov s pravidelným požívaním alkoholu stretlo vo svojej primárnej rodine, u rodičov. Spomenuli však aj svoje nové rodiny, pracovné prostredie alebo oblasť, z ktorej pochádzajú. Čo sa týka druhého spomenutého aspektu, najviac respondentov alkoholom riešilo svoje rodinné problémy, do ktorých spadalo všetko od životného štýlu, cez rozvod, až po úmrtie v rodine. Okrem nich si alkoholom uľavovali od pracovného stresu, úzkostí i pocitov samoty. Tí respondenti, ktorí zažili recidívu, označili za dôvod svojej recidívy pocit, že sú v poriadku a môžu si dovoliť kontrolované pitie.

Svoju závislosť si uvedomovali rôznymi spôsobmi, ktoré boli takmer rovnomerne rozložené. Boli upozorení svojimi blízkymi, povšimli si, že kvôli alkoholu nezvládajú vykonávať svoje povinnosti a záľuby alebo si svoj problém uvedomili až po zažití hospitalizácie. U takmer polovice respondentov sme sa stretli s bagatelizáciou problému závislosti a s počiatočnou neschopnosťou priznať si závažnosť problému.

Samotné pitie u našich respondentov prebiehalo dvomi spôsobmi. Väčšina respondentov pila v ťahoch bez kontroly množstva vypitého a s následnými pokusmi o abstinenciu. Traja z respondentov pili s kontrolou, avšak bez akejkoľvek abstinencie – udržiavali si hladinu.

U všetkých respondentov sme zaznamenali pokusy prestať s pitím alkoholu. Najčastejšie ich k tomu motivovala rodina. Ohľadom pokusov o abstinenciu tiež respondenti skloňovali pocity hanby, beznádeje a ľahostajnosti ku svojmu životu. Z pozitívneho hľadiska zas vyzdvihovali dôležitosť doliečovania po rezidenčnej liečbe a nádej, ktorú im zážitky z doliečovania dávajú.

Odpovede na prvú výskumnú otázku nám dali kategórie 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 a 8.1.4.

2. Aký charakter mali priateľské vzťahy pacientov závislých na alkohole pred nástupom na rezidenčnú liečbu?

Až na dvoch respondentov uviedli všetci opýtaní, že blízkych priateľov vo svojom živote majú. Zhruba tretina respondentov mala svoje priateľské vzťahy prepojené s rodinnými, ďalšia tretina to tak mala v minulosti, ale v súčasnosti to už neplatí a zbytok prepojenosť rodiny s priateľmi nespomenul alebo uviedol, že nijak prepojení nie sú.

Čo sa týka užívania alkoholu, okrem dvoch výnimiek, priatelia našich respondentov nemajú problematický vzťah s pitím (aspoň podľa výpovedí respondentov). V jednom z výnimočných prípadov ide o partiu, ktorá s respondentkou zvykla piť, v druhom ide o kamarátku, ktorá sa, podľa slov respondentky, musí kontrolovať.

To, ako respondenti vnímajú charakter svojich priateľských vzťahov a prečo ich považujú za dôležité, sa vyjavilo v niekoľkých podtémach. Najdôležitejším atribútom priateľských vzťahov pre nich bola prítomnosť podpory, spoľahlivosti a vnímanej opory od priateľov. Nešlo len o psychologickú podporu, ale aj o materiálnu, skutkovú pomoc. Druhým najdôležitejším aspektom pre nich boli spoločné aktivity a záľuby. Medzi ďalšími spomenutými podtémami bola dĺžka priateľstva, geografická blízkosť, spoločné hodnoty a rešpekt ku priateľom. Pri dĺžke priateľstiev niektorí respondenti vyzdvihujú svoje dlhotrvajúce kamarátske zväzky, avšak iní respondenti hovoria, že si veľmi pevné priateľstvá vytvorili aj v nedávnom čase s ľuďmi, ktorých poznali oveľa kratšie. Pod geografickou blízkosťou myslíme vzdialenosť od bydliska priateľov. Jedna z respondentiek uvádza, že práve tento faktor je pre ňu v priateľstvách limitujúci. Spoločné hodnotové nastavenie omieľajú traja respondenti. S priateľmi sa zhodujú v názoroch, myšlienkach,

pohľade na svet. Rešpekt ku priateľom sa u našich respondentov prejavoval obdivom, vážením si kamarátov – či už za to, čo v živote dosiahli alebo za to ako sa správajú k ľuďom okolo seba.

Aj keď naši respondenti prežívali blízke priateľstvá, zdieľanie vlastných problémov a starostí v nich nebolo bežné. Iba traja respondenti uviedli, že sa o svoje negatívne pocity s kamarátmi pravidelne delili. Ostatní respondenti svoje ťažkosti nezdieľali – buď pre nich priateľský vzťah znamenal niečo iné alebo jednoducho neboli ochotní sa zdôverovať. Svoje problémové pitie komunikoval s priateľmi len jediný respondent. Traja respondenti tému pitia otvorili až tesne pred alebo po nástupe na liečenie. Pre väčšinu respondentov však bolo ich pitie tabu.

Po obdržaní informácie o závislosti respondentov ich priatelia reagovali rôzne. Najčastejšie spomenutým heslom tu bola podpora. Väčšina respondentov podporu od svojich priateľov cítila, v niektorých prípadoch ich na liečení dokonca aj navštevovali. Podpora od priateľov nebola len vo forme povzbudenia, ale aj praktických riešení – či už šlo o odobratie áut u jedného respondenta alebo tlak na nepodpísanie reverzu u druhého. Jeden respondent opisuje, že podporu cítil, ale časom rapidne slabla. Okrem podpory priatelia respondentov reagovali rešpektujúcim postojom ku ich abstinencii. Niekoľko respondentov uviedlo, že ich priatelia nenúkali alkoholom a chápali ich stav. Jedna z respondentiek však spomína prípad, keď jej kamarátka hovorila, nech si vypije. Respondenti zažili aj reakciu šoku a prekvapenia. Jednak z miery konzumovaného alkoholu a tiež z dozvedenia sa o tom, v akom zlom stave respondent je. Poslednou opakujúcou sa formou reakcie, i keď len u dvoch respondentov, bolo nepochopenie. Respondenti opisujú, že od niektorých priateľov jednoducho nedostávali pochopenie, ktoré by si priali.

Odpovede na druhú výskumnú otázku nám dali kategórie 8.1.5 a 8.1.6.

3. Ako sa zmenili/menia/budú meniť priateľstvá pacientov závislých na alkohole vplyvom absolvovania rezidenčnej liečby?

Priateľstvá našich respondentov sa vo svojej štruktúre či svojom obsadení po liečení nijak výrazne nemenia. Je to však dané aj tým, že tí respondenti, ktorí mali medzi priateľmi ľudí, s ktorými pili, týchto priateľov už pred alebo hneď po nástupe na liečenie odstránili zo svojho kruhu. Takíto respondenti boli traja.

Väčšina respondentov počas liečenia nestratila svoj pozitívny pohľad na priateľstvá, nakoľko od nich cítili spomenutú podporu a pomoc. V dvoch z prípadov sa blízkosť

priateľstiev ešte viac prehĺbila. Jeden z respondentov, ktorý uviedol, že blízkych kamarátov nemá, počas liečenia došiel k záveru, že priateľstvo potrebuje. U dvoch respondentov sme sa však stretli s opačným vývojom. Zdieľanie svojich starostí priateľom pred liečenia obmedzia.

Až na jednu výnimku uviedli všetci respondenti, že po liečení chcú s priateľmi a kamarátmi tráviť viac času a viac s nimi zdieľať svoje pocity a ťažkosti. V porovnaní s mierou zdieľania pred liečením je to významná zmena.

Pre niektorých respondentov je rezidenčná liečba miestom pre získanie nových priateľov. Takéto prípady boli tri, z toho v dvoch ide, podľa výpovedí respondentov, o veľmi blízke priateľstvá. Avšak, dvaja iní respondenti zastávajú opačný pohľad a tvrdia, že priateľstvá sa na liečení nadviazať nedajú, zhadzujú ich potenciál.

Odpovede na tretiu výskumnú otázku nám dala kategória 8.1.7.

4. Čo môžu priatelia pacientov závislých na alkohole urobiť, aby im pomohli so zvládaním abstinencie po skončení liečenia?

Respondenti nevnímajú svojich priateľov ako rizikový kontakt s potenciálom privodenia relapsu. Traja z respondentov hovoria, že sú si istí, že ich priatelia alkoholom nebudú núkať, aj keď spolu budú na nejakej akcii. Stratégia ostatných spočíva skôr vo vyhýbaní sa akejkolvek udalosti s priateľmi, kde alkohol bude.

Čo sa týka možností priateľov pre zlepšenie zvládania abstinencie respondentov, väčšina z nich spomenula, že sú spokojní s tým, čo im priatelia dávajú a nepožadovali by nič. Po dlhšom zamyslení sa však niektorí dopracovali ku niekoľkým prániam. V jednom prípade šlo o pranie väčšej dôvery vo vzťah a viac spoločného času. Ďalší respondent by si priať, aby sa u jeho priateľov zmenil pohľad na závislosť ako takú, aby nebola v ich očiach tak stigmatizovaná. Iný respondent dúfa v pozitívnu a úprimne podpornú reakciu od priateľov v prípade, že u neho dôjde ku relapsu. Jeden z respondentov, ktorý na začiatku uviedol, že blízkych priateľov nemá, si zas praje niekoho blízkeho spoznať.

Odpovede na štvrtú výskumnú otázku nám dala kategória 8.1.7.

9 DISKUSIA

V tejto kapitole sa vrátíme k nášmu výskumnému problému, preberieme výsledky, ktoré vyšli z našich výskumných otázok a konfrontujeme ich s teóriou. Zároveň pomenujeme limity práce.

V našej práci sme sa zamerali na porozumenie priateľským vzťahom ľudí závislých na alkohole, ktorí podstupujú rezidenčnú liečbu závislosti. Stanovený cieľ sme rozdelili na štyri výskumné otázky. V prvej sme sa pýtali na podobu a okolnosti vzniku závislosti na alkohole. V druhej sme sa pýtali na podobu, charakter priateľských vzťahov našich respondentov pred liečením. Tretia otázka smerovala na prípadnú zmenu v priateľstvách našich respondentov, privedenú absolvovaním liečenia. Poslednou otázkou sme sledovali myšlienky našich respondentov ohľadom toho, čo by ich priatelia mohli urobiť, aby im pomohli so zvládaním abstinencie po absolvovaní liečenia. V nasledujúcich riadkoch si pripomenieme a zosumarizujeme významné zistenia našej práce, viažuce sa k výskumným otázkam.

Naši respondenti pochádzajú z prostredia, kde je požívanie alkoholu normou. Najviac z nich sa s alkoholom stretlo už pri svojich rodičoch. Táto skutočnosť je v súlade s výskumami, ktoré hovoria o vyššej pravdepodobnosti rozvinutia závislosti u ľudí, ktorí mali pijúcich rodičov (Bratek et al., 2013). Ďalšími, menej častými, podtémami bolo pitie na pracovisku, v novej rodine alebo žitie v regióne, kde bolo pitie bežné.

Ďalšou veľkou témou bolo užívanie alkoholu ako prostriedku na úľavu. Tu sa znovu dostávame ku rodinnému aspektu – väčšina respondentov spomenula medzi dôvodmi pitia rodinné problémy. Ako píšeme vo výsledkoch, rodinné problémy zahrňovali nespokojnosť so životným štýlom partnera, rozvod i úmrtie v rodine. Literatúra súhlasí s našimi zisteniami, prechod z manželstva do rozvodu zvyšuje množstvo i frekvenciu pitia alkoholu u mužov aj žien (Bachman et al., 1997). Rovnako zvyšuje šancu objavenia závislosti na alkohole a iných s alkoholom súvisiacich ťažkostí (Horwitz et al., 1996). Dôvodom zvýšeného pitia po rozvode môže byť okrem stresu (Horwitz et al., 1996) aj zníženie pocíťovanej zodpovednosti (voči rodine) a zmena v sociálnych vzťahoch (Leonard & Rothbard, 1999). Riziko nárastu pitia sa dvíha aj pri úmrtí v rodine. Hamdan et al. (2013) reportujú až 2,4 krát väčšie riziko abúzu alebo závislosti na návykových látkach u mladých,

ktorí prežili smrť rodiča. Pitman et al. (2020) však dodávajú, že významným faktorom môže byť to, či bola smrť prirodzená alebo neprirodzená (napr. samovražda). Medzi ostatné, menej udávané dôvody pitia patril napr. pocit samoty, prítomnosť pracovného stresu alebo úzkosti.

Šiesti z našich respondentov rezidenčnú liečbu už minimálne raz absolvovali, avšak došlo u nich ku recidíve. V teoretickej časti sme menovali najčastejšie príčiny relapsu. U našich respondentov nim vo väčšine prípadov bol pocit, že závislosť prekonali a vypitie malého množstva alkoholu im neuškodí. Vystavenie sa malým dávkam alkoholu je známy zdroj relapsu (Becker, 2008; Marlatt & Gordon, 1984). Toto zistenie ukazuje dôležitosť edukácie pacientov o náture závislosti a relapsu, aby lepšie porozumeli mechanizmu fungovania závislosti a krehkosti abstinencie po liečení. Riešením môže byť väčší dôraz na doliečovanie po samotnej rezidenčnej liečbe.

Medzník uvedomenia si závislosti a iniciácie liečby sa v našej práci sústredil okolo troch hlavných podtém. Prvou bolo upozornenie od blízkych (priateľov či rodiny), druhou bolo uvedomenie si nezvládania povinností a obľúbených aktivít, treťou bola hospitalizácia. Vyjadrenia našich respondentov zapadajú do výsledkov literatúry, napríklad v práci Zakrzewkeho a Hectora (2004) respondenti za „turning point“ (bod, kedy sa rozhodli pre liečbu) označovali momenty trápnosti, momenty ohrozenia života, ale aj nekonkrétne stavy, kedy už boli unavení a na dne svojich síl. Z našich výsledkov vyvodzujeme, že je potrebná edukácia ľudí o prejave závislosti a nadmerného pitia, lebo môže viesť ku identifikácii a upozorneniu závislého užívateľa od priateľov či rodiny, čo sa môže prejaviť zvedomením závislosti, ideálne aj nárastom motivácie ku liečbe. S uvedomením si závislosti súvisela téma bagatelizácie závislosti u našich respondentov. Takéto zľahčovanie kondície alebo jej úplné popieranie je bežnou súčasťou skúsenosti závislého klienta (Pickard, 2016; Emslie et al., 2013; Martinez-Gonzalez, 2016).

Podoba závislosti našich respondentov nebola rovnaká. Siedmi z desiatich svoje pitie charakterizovali ako ťahové, bez schopnosti udržať kontrolu nad množstvom vypitého a následnou krátkou abstinenciou. Tento typ by sme podľa Jellinkovho (2010) delenia označili za gamma typ. Traja z respondentov svoje pitie opisali ako „hladinkárske“, teda bez straty nad množstvom vypitého, ale s potrebou neustáleho opojenia alkoholom. Podľa Jellinka (2010) by sme tento typ závislosti označili za delta typ. Ak by sme chceli spomenúť aj iné typológie, podľa Moss et al. (2016) by naši respondenti spadali do prvých troch clustrov a podľa Leschovej (Schlaff et al., 2011) by väčšina spadala do prvého a druhého typu závislosti.

Hoci naši respondenti často bagatelizovali svoj problém s alkoholom a k uvedomeniu závislosti u nich došlo rôznymi spôsobmi, pri každom jednom respondentovi sme zaznamenali pokus abstinovať, prestať s alkoholom. U väčšiny šlo o vlastné pokusy bez vonkajšej pomoci, niektorí siahli po ambulantnej liečbe. V spojitosti s abstinенčnými pokusmi sa vynorili podtémy pocitov hanby, beznádeje, ľahostajnosti voči svojmu životu, ale hlavne uvedomenie si dôležitosti doliečovania a pocit nádeje, ktorú im zážitky z doliečovania dali. Vzhľadom na efektivitu doliečovania pri udržiavaní abstinencie závislých klientov (Arbour et al., 2011; Burlerson et al., 2012; Humphreys et al., 2014; Litt et al., 2016) považujeme vynorenie tejto podtémy za dôležité, pozitívne zistenie.

V ďalších riadkoch sa už dostávame do oblasti priateľstiev. Z našich respondentov uviedli takmer všetci (8 z 10), že blízkych priateľov majú. Podobné výsledky vo svojej práci mali aj Mohr et al. (2001). Šiesti z nich mali priateľstvá aspoň trochu prepojené s rodinou, teda sa minimálne poznali. U troch z nich sa tento stav nezmenil a rodinné a priateľské kruhy ostali prepojené. Len dvaja z našich respondentov uviedli, že ich priatelia majú alebo mali nejaký problém s pitím. V jednom prípade má daná osoba svoj potenciálny problém pod kontrolou. V druhom prípade už respondentka z danej partie vystúpila a kamarátstvo, ktoré aj tak neoznačovala za blízke, skončilo. Jej výpoveď sedí so zisteniami štúdie Cheadle et al. (2013), ktorá opisuje alkoholické priateľstvá ako povrchné a situačné. Takýto nízky počet pijúcich problémovo pijúcich priateľov môže byť prekvapivý, avšak pozitívny faktor. Prítomnosť ťažko pijúcich kamarátov totiž jasne zvyšuje množstvo vypitého alkoholu u jedinca (Rosenquist et al., 2015). Barraco et al. (2012) dodávajú, že viac než veľké množstvo pijúcich priateľov môže mať efekt skôr nízky počet významných pijúcich priateľov. Samozrejme, musíme myslieť aj na možnosť, že respondenti vedome alebo nevedome neodhadli závažnosť pitia svojich priateľov.

Spomedzi atribútov svojich priateľstiev respondenti vyzdvihli hlavne podtémy podpory, spoľahlivosti, opory a pomoci (psychologickej aj materiálnej) od priateľov, podobne ako v práci Neale & Brown, (2015). Prítomnosť týchto aspektov v priateľských vzťahoch pozitívne ovplyvňuje zvládanie závislosti na alkohole (McCrary, 2004; Hunter-Reel et al., 2010; Dobkin et al., 2002; Groh et al., 2007; Longabaugh et al., 2010). Druhým najdôležitejším atribútom boli spoločné aktivity a záľuby s priateľmi (Neale & Brown, 2015). Tie majú, podľa respondentov, voči užívaniu alkoholu protektívny faktor. Ďalšie spomenuté atribúty boli napríklad geografická blízkosť s priateľmi, spoločné hodnoty a pociťovaný rešpekt, úcta ku priateľom. Jedným z atribútov bola aj dĺžka trvania

priateľstva. Polovica respondentov uviedla, že svojich priateľov pozná alebo poznala od základnej školy, a práve dĺžka trvania tohto kontaktu pre nich bola vo vzťahu dôležitá. Druhá polovica získala svojich blízkych priateľov až v práci, na liečení alebo pri spoločných záľubách v dospelosti. V porovnaní so štúdiou Mohr et al. (2001), kde priateľstvá respondentov v priemere trvali 9,3 rokov, boli priatelia našich respondentov dlhšie trvajúcejšie.

Napriek existencii priateľstiev a pociťovanej podpore respondenti svoje starosti nemali vo zvyku zdieľať. Len traja uviedli, že sa pravidelne s kamarátmi zhovárali o svojich ťažkostiach. Nakoľko sme čakali, že alkohol môže byť katalyzátor zdieľania medzi priateľmi (Emslie et al., 2013), výsledky nás prekvapili. Aj tí respondenti, ktorí nejakým spôsobom spomenuli zdieľanie svojich pocitov pri pití, jasne komunikovali, že to bolo veľmi povrchné alebo že alkohol zapôsobil ako tlmič prežívaného a človek po napití už nemal potrebu otvoriť sa. Samotné nadmerné pitie s priateľmi komunikoval len jeden respondent. Pre ostatných bola táto téma v kamarátskych rozhovoroch tabu. Nabádanie ku komunikácii vlastných pocitov medzi priateľmi vnímame ako potenciálny priestor pre rozvoj interpersonálnych schopností závislých klientov, čo im môže pomôcť v celkovom zvládaní abstinencie.

Keď sa priatelia dozvedeli o závislosti respondentov, najčastejšie reagovali vyjadrením podpory ku liečeniu a zmene. I keď jeden z respondentov vyzdvihol, že miera podpory s časom rapídne klesala. Tak prevalentná prítomnosť podpory ku liečeniu je pozitívnym zistením, keďže je jedným z prediktorov zvládania abstinencie (Groh et al., 2007; Longabaugh et al., 2010; Ellis et al., 2004). Okrem podpory sa ukázali aj reakcie rešpektu voči abstinencii, šoku a prekvapenia z miery konzumovaného alkoholu alebo zo zdravotného stavu respondenta a nepochopenia respondenta zo strany priateľov.

Čo sa týka zmien v priateľstvách spôsobených absolvovaním liečenia, zistenia boli rôzne. Štrukturálne sa priateľstvá počas liečenia zmenili u troch respondentov. Zmenou v štruktúre myslíme odstrihnutie starých priateľov, nájdenie nových, zmenu partie, atď. Traja respondenti teda prerušili kontakt so svojimi priateľmi pred liečenia, s ktorými zvykli piť. Zníženie kontaktu závislého človeka po liečení s pijúcimi kamarátmi je častým javom (Mohr et al., 2001; McCrady, 2004).

Zmena vo vnímaní priateľstiev nastala u štyroch respondentov. Ostatní štyria uviedli, že im súčasná podoba priateľstiev vyhovuje, čo dáva zmysel, vzhľadom na reportovanú

mieru podpory od priateľov. Zmeny nastali na obe strany. Dvaja z respondentov uviedli, že si po liečení ešte viac vážia svojich priateľov a cítia väčšiu súdržnosť. Ďalší dvaja, naopak, po liečení obmedzili kontakt a zdieľanie, viac sa izolovali. V jednom z týchto prípadov bolo dôvodom sklamanie z reakcie priateľov. Okrem jediného prípadu chcú však všetci respondenti zmeniť svoje správanie v smere častejšieho trávenia spoločného času s priateľmi a častejšieho zdieľania starostí a problémov. V porovnaní s mierou zdieľania pred liečením je to významná zmena. Možno teda predpokladať, že rezidenčná liečba, podobne ako svojpomocné doliečovacie skupiny (Humphreys & Noke, 1997; Kelly et al., 2011; Kuuluvainen & Isotalus, 2013) pomáha pri zdravšej reorganizácii postojov ku charakteru priateľstiev.

Rezidenčná liečba dokonca priniesla nové priateľstvá a blízke vzťahy. Takúto skúsenosť majú traja z našich respondentov. Aj v tomto môže mať rezidenčná liečba podobný afekt ako doliečovacie kluby, kde je získavanie nových vzťahov jedným z mechanizmov zmeny (Vaillant, 2005). Avšak, objavili sa aj dva opačné názory, a to že normálne priateľstvá sa na liečení nadviazať z princípu nedajú.

Abstinencia v kontexte priateľstiev nie je vnímaná ako riziko. Zopár respondentov s istotou hovorí, že ich nikto núkať nebude. Plán ostatných spočíva skôr vo vyhýbaní sa udalostiam s priateľmi, kde by bol prítomný alkohol. Komunikácia vlastnej abstinencie z dôvodu závislosti je málo preskúmaná téma, ktorá si zaslúži viac pozornosti. Na rozdiel od abstinenciu ohrozujúcich situácií s kolegami, cudzími ľuďmi alebo známymi, kde je bežné schovávať svoju abstinenciu a vyjadriť ju len po priamej otázke – aj to so zľahčujúcim vysvetlením motivácie (Romo et al., 2015), respondenti pred priateľmi nemajú, podľa vlastných slov, problém vyjadriť svoj odmietavý postoj ku pitiu.

Medzi potenciálne zmeny, ktoré by respondenti privítali vo svojich priateľstvách od svojich priateľov, patrí pranie väčšej dôvery a viac spoločného času, pranie pozitívnej reakcie v prípade relapsu a pranie nových priateľstiev. Spomína sa aj pranie menšej stigmatizácie závislosti na alkohole – k tomu Killian et al. (2021) dodávajú, že stigmatizujúce presvedčenia a správanie voči ľuďom s alkoholovou závislosťou sú bežnejšie a výraznejšie než voči osobám s inými poruchami. Na alkohole závislí ľudia sú vnímaní ako nebezpečnejší, zodpovednejší za svoj stav a čelia väčšej sociálnej izolácii a diskriminácii. Napriek vypísaním praniam respondentov celkovo prevláda spokojnosť so súčasnou podobou ich priateľstiev.

Medzi limity našej práce by sme zaradili hlavne široký záber výskumu. Pýtali sme sa otázky na závislosť jednotlivých respondentov, na podobu ich priateľstiev, transformáciu ich priateľstiev i vnímanie priateľstiev. Tak široký záber spôsobil, že sme pri žiadnej z tém nešli úplne do hĺbky, zmapovali sme však základné témy a podtémy skúmaných kategórií. Ďalší výskum by sa preto mohol zamerať práve na identifikované témy a ich bližšie rozpracovanie.

Taktiež našu vzorku tvorilo len desať respondentov z dvoch psychiatrických nemocníc, preto musíme naše výsledky generalizovať s veľkou mierou opatrnosti.

Limitom je aj skreslenie zo strany výskumníka. Napriek snahe čo najviac ho minimalizovať, už z princípu interpretatívnej fenomenologickej analýzy musíme rátať s tým, že isté skreslenie, hlavne pri interpretácii výsledkov, v práci je. Samozrejme, aj osoba výskumníka má v rámci IPA vo výskume svoje miesto a jej postoje, názory či pocity sa prirodzene reflektujú do vnímania odpovedí respondentov. Túto skutočnosť preto nepovažujeme za negatívnu, ale za niečo, na čo pri čítaní práce treba myslieť.

Máme za to, že naša práca zmapovala charakter závislosti klientov rezidenčnej liečby a nedostatočne preskúmanú oblasť priateľských vzťahov ľudí na rezidenčnej liečbe, kvôli závislosti na alkohole. Za najdôležitejšie prínosy do praxe považujeme nasledovné. Klienti na rezidenčnej liečbe, podľa vlastných slov, nie sú dostatočne edukovaní o fungovaní závislosti a nemajú dostatok informácií o signifikancii a dostupnosti doliečovania po ukončení rezidenčnej liečby. Informovanosť a edukácia v tejto oblasti je teda kritická. Väčšina klientov má blízke priateľské vzťahy, tie majú potenciál fungovať ako externý indikátor zvýšeného užívania alkoholu. Priateľstvá sú pre klientov rezidenčnej liečby dôležitým zdrojom podpory a pomoci v boji proti závislosti. Zapájanie priateľov závislých do liečby by sa preto malo stať väčšou prioritou.

10 ZÁVER

Táto diplomová práca hľadala odpovede na štyri výskumné otázky. Pýtali sme sa na podobu a okolnosti vzniku závislosti na alkohole u pacientov na rezidenčnej liečbe. Na charakter, ktorý mali ich priateľské vzťahy pred nástupom na rezidenčnú liečbu. Na to, ako sa menili, menia alebo budú meniť ich priateľstvá vplyvom absolvovania liečenia. Taktiež na možnosti, ktorými môžu priatelia závislých na alkohole pomôcť so zvládaním abstinencie po skončení liečenia. Z praktickej časti nášho výskumu vyplynulo nasledujúce.

Respondenti, z radov ľudí závislých na alkohole, pochádzajú z prostredia, kde je konzumácia alkoholu normálna a bežná. Väčšina z nich sa s jeho užívaním stretla už v rodine. Práve rodinné problémy boli častým dôvodom pitia alkoholu. Konkrétne boli spomenuté rozvody, úmrtia v rodine a nespokojnosť so životným štýlom partnera. Na odpovediach respondentov teda vnímame spojitosť medzi stresom z rodinných udalostí a zvýšeným príjmom návykovej látky vo forme alkoholu.

Svoju závislosť si respondenti uvedomili v reakcii na rôzne udalosti, vrátane upozornenia od blízkych i vlastných zlyhaní v plnení povinností. Častá bola bagatelizácia problému a nízke povedomie o závažnosti, v ktorej sa respondenti nachádzali. Všetci respondenti sa pred liečením pokúšali o abstinenciu svojvoľne, i keď neúspešne. Viac respondentov rezidenčnú liečbu opakovalo, dôvodom ich recidívy bola hlavne nedostatočná edukácia o závislosti a spúšťačoch relapsu.

Čo sa týka priateľstiev, naši respondenti, vo väčšine, mali blízkych priateľov a cítili od nich dostatočnú podporu, oporu, spoľahlivosť a pomoc. Napriek tomu s nimi len málo komunikovali o vlastnom užívaní alkoholu, prípadne o závislosti samotnej. Ak náhodou áno, tak len veľmi povrchno. Téma alkoholu bola väčšinou tabu. Po dozvedení sa o závislosti alebo zvýšenom pití respondentov reagovali ich priatelia podporou ku liečbe a náprave. Časté boli aj reakcie šoku a nepochopenia.

V priebehu liečenia došlo k rozhodnutiu ku štrukturálnym zmenám v priateľstvách. Týkali sa hlavne zníženia kontaktu s pijúcimi priateľmi. Niektorí hľadali nové, zdravšie vzťahy. Pre väčšinu respondentov sa ich funkčné priateľstvá stali dôležitejšími. Sú s nimi spokojní.

11 SÚHRN

Naša práca skúma charakteristiku priateľských vzťahov ľudí na protialkoholickom liečení. Teoretická časť práce začína poukázaním na problematiku alkoholu v európskom regióne a obzvlášť v krajinách Česka a Slovenska. Následne predstavujeme pojem alkoholu. Jeho charakteristiku, rozšírenie užívania a kultúrne rozdiely v užívaní (Makela et al., 2006; Bloomfield et al., 2003; Iontchev, 1998). Potom opisujeme spôsoby aplikácie, účinky alkoholu a pojem bezpečného pitia.

V druhej kapitole už postupujeme na diagnózu syndrómu závislosti. Vysvetľujeme jej základné biologické mechanizmy, v kontexte dopamínovej hypotézy a systému odmien (Dvořáček, 2008; Hyman, 2005; Orel & Šimonek, 2020). Po objasnení pojmov úzu, abúzu, závislosti a abstinencie predstavujeme diagnostické kritéria z pohľadu MKN-10 (WHO, 1992) i DSM-5 (APA, 2013). Prejavy závislosti na alkohole sú rôzne a opisujú ich rôzne typológie. V našej práci sme siahli po typológiách Jellinka (2010), Mossovej et al. (2007) a Lescha (Schlaff et al., 2011). Samotné podkapitoly potom venujeme jednotlivým podtémam týkajúcich sa závislosti. Medzi ne patrí craving, teda nutkavá túžba po získaní návykovej látky (Popov, 2020; Dvořáček, 2008; Šustková, 2015), odvykací stav a jeho komplikácie (Popov, 2020; Minařík & Kmoch, 2015; Becker, 2008), ktoré môžu prerásť až do najzávažnejšieho stavu – delíria. V podkapitolách psychopatológie komplikácií, duálnych diagnóz, somatického poškodenia a sociálnych následkov zas informujeme o možných somatických, psychických i sociálnych kondíciách a stavoch, ktoré môžu na diagnózu závislosti nasadať alebo sa vyskytovať spolu s ňou.

Tretiu kapitolu venujeme fenoménu relapsu. Definujeme jeho význam (Jeřábek, 2015a), rozoberáme jeho fyziologickú aj psychologickú zložku a faktory, ktoré ho spúšťajú či zvyšujú riziko jeho výskytu (Becker, 2008; Sliedrecht et al., 2019). V rámci prevencie relapsu v skratke opisujeme niekoľko základných prístupov, ktorými s relapsom pracujeme (Marlatt & George, 1984; Gorski, 1990; Bowen et al., 2021).

Predposledná kapitola sa už pozerá na prácu so závislými klientmi pomocou terapie. Osvetľujeme pojem autoremisie a fenomén vyličenia závislosti bez externej pomoci (Granfield & Cloud, 2001; Kelly et al., 2017). Viac sa ale zaoberáme liečbou v kontexte zdravotníckych zariadení. V Českej a Slovenskej republike máme systém ambulantnej,

krátkodobej alebo dlhodobej rezidenčnej liečby a nasledujúcej starostlivosti (Státní zdravotní ústav, 2022), každý z nich krátko charakterizujeme. Okrem systémov liečby v tejto kapitole približujeme aj farmakoterapiu pri liečbe závislosti a aspekty konkrétnych psychoterapeutických smerov a techník v nich používaných. Koniec kapitoly je určený rezidenčnej liečbe, keďže práve v nej sa nachádzajú respondenti našej práce (Mravčík et al., 2012; Adameček & Radimecký, 2015).

Posledná pasáž teoretickej časti pojednáva o vnútorných a vonkajších faktoroch závislosti. Medzi spomenuté patrí dedičnosť, vek, psychologické aspekty, rodinné faktory a hlavné ťažisko našej práce – priateľské vzťahy. V nich bližšie predstavujeme výskumy týkajúce sa vplyvu priateľstiev na užívanie alkoholu (Ramirez et al., 2012; Dishion & Owen, 2002; Mohr et al., 2001; Niland et al., 2013, Emslie et al., 2013) a na charakter priateľských vzťahov závislých klientov (McCrary, 2004; Groh et al., 2007; McKee et al., 2011, Ellis et al., 2004; Bahl et al., 2023).

Výskumnú časť otvárame stanovením výskumného problému, cieľov a formuláciou výskumných otázok. Tie sme postavili štyri. Pýtali sme sa na podobu a okolnosti vzniku závislosti na alkohole u pacientov na rezidenčnej liečbe. Na charakter priateľských vzťahov pacientov závislých na alkohole pred nástupom na liečbu. Na to, ako sa zmenili/menia/budú meniť priateľstvá pacientov závislých na alkohole vplyvom absolvovania liečby. A v neposlednom rade na to, čo môžu priatelia závislých urobiť, aby im pomohli so zvládaním abstinencie po liečení.

Dizajn práce spočíval v kvalitatívnom výskume formou pološtruktúrovaných rozhovorov s pacientmi v psychiatrických nemocniciach. Po oslovení viacerých nemocníc sme nadviazali spoluprácu so psychiatrickou nemocnicou v Kroměříži (ČR) a v Pezinku (SR). Našimi respondentmi boli desiaty liečení, ktorí po oslovení a informovaní o úskaliach práce dobrovoľne vstúpili do výskumu. Rozhovory sme nahrávali, prepisovali a následne interpretovali pomocou interpretatívnej fenomenologickej analýzy.

Naše výsledky sa dotýkali dvoch základných kategórií – charakteru závislosti respondentov a ich priateľstiev. V rámci prvej kategórie sme identifikovali tému dôvodov pitia, podoby pitia, okolností uvedomenia si vlastnej závislosti a predchádzajúcich abstinčných pokusov. Ku kategórii priateľstiev sa viazali témy charakteru priateľstiev, zdieľania pocitov, myšlienok a starostí s priateľmi a vnímania liečenia ako zmeny

v priateľstvách. Každá zo spomenutých tém mala vlastné podtémy, ktoré ju rozvíjali a boli bližšie rozobraté vo výsledkoch.

Hlavnými zisteniami práce bolo poukázanie na alkoholické prostredie, ktoré pre našich respondentov bolo normou a na rodinné problémy ako potenciálny zdroj zvýšeného príjmu alkoholu. Častá bola bagatelizácia problému s alkoholom a nedostatočná informovanosť o dôležitosti a dostupnosti doliečovania. Čo sa týka priateľstiev, respondenti nemali vo zvyku rozprávať o svojom pití, ale cítili od svojich priateľov podporu, a to aj po dozvedení sa o ich závislosti.

LITERATÚRA

Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 446–466). Grada.

Agarwal, D. P. (2002). Cardioprotective Effects of Light-Moderate Consumption of Alcohol: A Review of Putative Mechanisms. *Alcohol and Alcoholism*, 37(5), 409–415. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.5.409>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5(5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anton, R. F., & Becker, H. C. (1995). Pharmacotherapy and Pathophysiology of Alcohol Withdrawal. In H. R. Kranzler (Ed.), *The Pharmacology of Alcohol Abuse* (pp. 315–367). Springer Berlin.

Anttila, T., Helkala, E.-L., Viitanen, M., Kåreholt, I., Fratiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A., & Kivipelto, M. (2004). Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ*, 329(7465), 539. <https://doi.org/10.1136/bmj.38181.418958.BE>

Arbour, S., Hambley, J., & Ho, V. (2011). Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment. *Substance Use & Misuse*, 46(10), 1275–1287. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.572941>

Armitage, E. V., Lyons, H., & Moore, T. L. (2010). Recovery Association Project (RAP), Portland, Oregon. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(3), 339–357. <https://doi.org/10.1080/07347324.2010.488539>

Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (1997). *Smoking, drinking, and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities* (1st ed.). L. Erlbaum Associates.

Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F., & McIntyre, A. (2018). The Lived Experience of Codependency: an Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 754–771. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9983-8>

Bahl, N. K. H., Øversveen, E., Brodahl, M., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Landheim, A. S., & Tømmervik, K. (2023). Multiple psychological senses of community and community influences on personal recovery processes from substance use problems in later life: a collaborative and deductive reflexive thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2190200>

Bayard, M., McIntyre, J., Hill, K. R., & Woodside Jr., J. (2004). Alcohol withdrawal syndrome. *American Family Physician*, 69(6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15053409/>

Becker, H. C. (2008). Alcohol Dependence, Withdrawal, and Relapse. *Alcohol Research & Health*, 31(4), 348–361. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584009/>

Behr, H., & Hearst, L. (2008). *Group-Analytic Psychotherapy*. John Wiley & Sons.

Bellis, M. A., Phillips-Howard, P. A., Hughes, K., Hughes, S., Cook, P. A., Morleo, M., Hannon, K., Smallthwaite, L., & Jones, L. (2009). Teenage drinking, alcohol availability and pricing: a cross-sectional study of risk and protective factors for alcohol-related harms in school children. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-380>

Bleich, S., Degner, D., Sperling, W., Dominikus Bönsch, Thürauf, N., & Johannes Kornhuber. (2004). Homocysteine as a neurotoxin in chronic alcoholism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(3), 453–464. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2003.11.019>

Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G., & Rehn, N. (2003). International Comparisons of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*, 27(1), 95–109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676703/>

Bowen, S., Chawla, N., Grow, J. C., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors : a clinician's guide*. The Guilford Press.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

Bowlby, J. (2010). Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Portál.

Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and Relapse Prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 257–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>

Bratek, A., Beil, J., Banach, M., Jarzabek, K., & Krysta, K. (2013). The Impact of Family Environment on the Development of Alcohol Dependence. *Psychiatria Danubina*, 25, 74–77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23995149/>

Brill, D. B. (2011, May 8). Tampons, computer cleaner among teens' tools to get buzzed, Hunterdon County official says. *Lehighvalleylive.com*. https://www.lehighvalleylive.com/hunterdon-county/express-times/2011/05/tampons_computer_cleaner_among.html

Bullers, S., Cooper, M. Lynne., & Russell, M. (2001). Social network drinking and adult alcohol involvement. *Addictive Behaviors*, 26(2), 181–199. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00099-x](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00099-x)

Burleson, J. A., Kaminer, Y., & Burke, R. H. (2012). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.07.001>

Cheadle, J. E., Stevens, M., Williams, D. T., & Goosby, B. J. (2013). The differential contributions of teen drinking homophily to new and existing friendships: An empirical assessment of assortative and proximity selection mechanisms. *Social Science Research*, 42(5), 1297–1310. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2013.05.001>

Chomynová, P., Černíková, T., & Mravčík, V. (2021). CURRENT SITUATION, TRENDS AND CONSEQUENCES OF ALCOHOL CONSUMPTION IN THE CZECH REPUBLIC. *Profese Online*, 14(1), 57–73. <https://doi.org/10.5507/pol.2021.002>

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*, 6(5), 1–20.

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A., & Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10), 1505–1523. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.951015056.x>

Cuskey, W. R., Richardson, A. H., & Bergen, L. H. (1979). Specialized Therapeutic Community Program for Female Addicts (pp. 1–21). National Institute on Drug Abuse.

Davies, B. (2010, May 15). “Drinking” neat vodka through your EYE for a quick buzz? It sounds insane, but countless young people are risking their sight in this new craze. *Mail Online*. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-1278583/Young-people-drinking-neat-vodka-EYE-quick-buzz.html>

de Moor, M. H. M., Vink, J. M., van Beek, J. H. D. A., Geels, L. M., Bartels, M., de Geus, E. J. C., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2011). Heritability of Problem Drinking and the Genetic Overlap with Personality in a General Population Sample. *Frontiers in Genetics*, 2. <https://doi.org/10.3389/fgene.2011.00076>

- Denny, L., Coles, S., & Blitz, R. (2017). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Family Physician*, 96(8), 515–522.
- Dishion, T. J., & Owen, L. D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: Bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 38(4), 480–491. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.4.480>
- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Doubek, P., & Jiráček, R. (2020). Delirium. In *Psychiatrie* (pp. 197–207). Karolinum.
- Ducci, F., & Goldman, D. (2012). The Genetic Basis of Addictive Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 495–519. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.010>
- Dvořáček. (2015). Emergentní adiktologie 1 - akutní intoxikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 327–343). Grada.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (pp. 25–39). Grada.
- Dvořáček, J., & Kalina, K. (2015). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 363–375). Grada.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.011>
- Emslie, C., Hunt, K., & Lyons, A. (2013). The role of alcohol in forging and maintaining friendships amongst Scottish men in midlife. *Health Psychology*, 32(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/a0029874>

Epps, C., & Wright, E. L. (2012). The Genetic Basis of Addiction. *Perioperative Addiction*, 35–50. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0170-4_2

Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka* (J. Šimek, Trans.). Portál.

Fan, A. Z., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., & Grant, B. F. (2019). Prevalence and Correlates of Past-Year Recovery From DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(11), 2406–2420. <https://doi.org/10.1111/acer.14192>

Frouzová, M., & Kalina, K. (2008). Rodinná terapie a práce s rodinou. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Grada.

Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Abyu, G. Y., Adedeji, I. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Agrawal, A., Agrawal, S., Ahmadieh, H., & Ahmed, M. B. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345–1422. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32366-8)

Gorski, T. T. (1990). The Cenaps Model of Relapse Prevention: Basic Principles and Procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 125–133. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472538>

Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social Context and “Natural Recovery”: The Role of Social Capital in the Resolution of Drug-associated Problems. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1543–1570. <https://doi.org/10.1081/ja-100106963>

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386–396. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000338>

Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., & Adetokunboh, O. O. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31310-2)

Groh, D. R., Jason, L. A., Davis, M. I., Olson, B. D., & Ferrari, J. R. (2007). Friends, Family, and Alcohol Abuse: An Examination of General and Alcohol-Specific Social Support. *American Journal on Addictions*, 16(1), 49–55. <https://doi.org/10.1080/10550490601080084>

Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 172–187). Grada.

Hamdan, S., Melhem, N. M., Porta, G., Song, M. S., & Brent, D. A. (2013). Alcohol and Substance Abuse in Parentally Bereaved Youth. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 828–833. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08391>

Hopfer, C. J., Stallings, M. C., & Hewitt, J. K. (2001). Common genetic and environmental vulnerability for alcohol and tobacco use in a volunteer sample of older female twins. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 717–723. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.717>

Horák, M., & Somerlíková, K. (2017). Rozdíly v motivaci k léèbì závislosti mezi interními pacienty psychiatrických nemocnic a terapeutických komunit. *Adiktologie*, 17(3), 198–207.

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24–34. <https://doi.org/10.1080/10673220902724599>

Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 895. <https://doi.org/10.2307/353978>

Huang, W., Qiu, C., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Alcohol consumption and incidence of dementia in a community sample aged 75 years and older. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(10), 959–964. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(02\)00462-6](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(02)00462-6)

Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M. A., van Hasselt, N., Calafat, A., Kosir, M., Juan, M., Duch, M., & Voorham, L. (2011). Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-918>

Humphreys, K., Blodgett, J. C., & Wagner, T. H. (2014). Estimating the Efficacy of Alcoholics Anonymous without Self-Selection Bias: An Instrumental Variables Re-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(11), 2688–2694. <https://doi.org/10.1111/acer.12557>

Humphreys, K., & Noke, J. M. (1997). The Influence of Posttreatment Mutual Help Group Participation on the Friendship Networks of Substance Abuse Patients. *American Journal of Community Psychology*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.1023/a:1024613507082>

Hunter-Reel, D., McCrady, B. S., Hildebrandt, T., & Epstein, E. E. (2010). Indirect Effect of Social Support for Drinking on Drinking Outcomes: The Role of Motivation*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 930–937. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.930>

Hupková, I. (2017). Alkohol – droga číslo jeden na Slovensku. *Sociálna Prevencia*, 1, 24–27.

Hyman, S. E. (2005). Addiction: A Disease of Learning and Memory. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1414–1422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1414>

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Oddrun Samdal, Torbjørn Torsheim, Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A. Y., Molcho, M., Weber, M. W., Barnekow, V., & World

Health Organization. Regional Office For Europe. (2016). Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study : international report from the 2013/2014 survey. World Health Organization Regional Office For Europe.

Iontchev, A. (1998). Central and Eastern Europe. In *Alcohol And Emerging Markets: Patterns, Problems, And Responses* (pp. 177–201). Taylor & Francis.

Jayasekara, H., English, D. R., Room, R., & MacInnis, R. J. (2014). Alcohol Consumption Over Time and Risk of Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 179(9), 1049–1059. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu028>

Jellinek, E. M., & Smithers, C. D. (2010). *The disease concept of alcoholism*. Martino Publishing.

Jeřábek. (2015a). Psychopatologie závislostí. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 190–206). Grada.

Jeřábek, P. (2015b). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 247–253). Grada.

Kalina. (2015a). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 101–124). Grada.

Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevencia léčbě závislostí. Inverze - SANANIM*.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Grada.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada Publishing a.s.

Kalina, K. (2015b). Kognitivně-behaviorální přístupy. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 408–417). Grada.

Kalina, K. (2015c). Skupinové terapie. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 432–443). Grada.

Kalina, K., & Hajný, M. (2015). Psychodynamické a integrované přístupy. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 419–427). Grada.

Kalina, K., & Mladá, K. (2015). Behaviorální terapie. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 395–404). Grada.

Kalina, & Minařík. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 211–227). Grada.

Kalmijn, S., van Boxtel, M. P. J., Verschuren, M. W. M., Jolles, J., & Launer, L. J. (2002). Cigarette Smoking and Alcohol Consumption in Relation to Cognitive Performance in Middle Age. *American Journal of Epidemiology*, 156(10), 936–944. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf135>

Kelly, J. F., Bergman, B., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C., & White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028>

Kelly, J. F., Hoepfner, B., Stout, R. L., & Pagano, M. (2011). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction*, 107(2), 289–299. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03593.x>

Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2003). Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, and Opiates in Male Twins. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 687–695. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.687>

Khantzian, E. J., Podes, L., & Brehm, N. M. (2005). Psychodynamics. In Ruiz & Strain (Eds.), *Substance Abuse: A comprehensive Textbook*. Lippincot-Williams & Wilkins.

Khantzian, E. J., & Wilson, A. (1993). Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering. In A. Wilson & J. E. Gedo (Eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis. Theory, research, and clinical practice*. (pp. 263–283). Guilford Press.

Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899–911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>

Klingemann, H. (1992). Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions*, 27(12), 1359–1388. <https://doi.org/10.3109/10826089209047356>

Koob, G. F. (2000). Neurobiology of Addiction: Toward the Development of New Therapies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909(1), 170–185. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb06682.x>

Koob, G., & Le Moal, M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/s0893-133x\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/s0893-133x(00)00195-0)

Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Krajský úrad Středočeského kraje.

Koranda. (2015). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 545–555). Grada.

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Krombholz, & Drástová. (2010). Závislosti ve stáří. *Psychiatria Pre Prax*, 11(3), 95–98.

Kuda, A. (2008). Prevence a zvládání relapsu. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Grada.

Kuuluvainen, V., & Isotalus, P. (2013). Communication of Support in Mutual-Aid Group Meetings for Alcoholics' Friends and Relatives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(5), 425–444. <https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0036>

Lau-Barraco, C., Braitman, A. L., Leonard, K. E., & Padilla, M. A. (2012). Drinking buddies and their prospective influence on alcohol outcomes: Alcohol expectancies as a mediator. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 747–758. <https://doi.org/10.1037/a0028909>

Leonard, K. E., & Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, s13, 139–146. <https://doi.org/10.15288/jsas.1999.s13.139>

Leroi, I., Sheppard, J. M., & Lyketsos, C. G. (2002). Cognitive Function after 11.5 Years of Alcohol Use: Relation to Alcohol Use. *American Journal of Epidemiology*, 156(8), 747–752. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf107>

Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G. B., & McDowell, I. (2002). Risk Factors for Alzheimer's Disease: A Prospective Analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *American Journal of Epidemiology*, 156(5), 445–453. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf074>

Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'malley, S. S. (2010). Network Support as a Prognostic Indicator of Drinking Outcomes: The COMBINE Study*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 837–846. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.837>

Makela, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., & Room, R. (2006). Drinking Patterns and their Gender Differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl071>

Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *Addiction*, 79(4), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x>

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guildford Press.

Martinchak, J. S., & Morgan, T. J. (2013). *Behavioral Treatment Techniques for Psychoactive Substance Use Disorders*. In S. T. Walters & F. Rotgers (Eds.), *Treating Substance Abuse*. Guilford Press.

Martínez-González, J. M., Vilar López, R., Becoña Iglesias, E., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, 28(1), 13–19. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.139>

Martinotti, G., Di Nicola, M., Reina, D., Andreoli, S., Focà, F., Cunniff, A., Tonioni, F., Bria, P., & Janiri, L. (2008). Alcohol Protracted Withdrawal Syndrome: The Role of Anhedonia. *Substance Use & Misuse*, 43(3-4), 271–284. <https://doi.org/10.1080/10826080701202429>

Mayer, P., & Höllt, V. (2005). Genetic disposition to addictive disorders — current knowledge and future perspectives. *Current Opinion in Pharmacology*, 5(1), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2004.08.009>

Mbarek, H., Milaneschi, Y., Fedko, I. O., Hottenga, J.-J., de Moor, M. H. M., Jansen, R., Gelernter, J., Sherva, R., Willemsen, G., Boomsma, D. I., Penninx, B. W., & Vink, J. M. (2015). The genetics of alcohol dependence: Twin and SNP-based heritability, and genome-wide association study based on AUDIT scores. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(8), 739–748. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32379>

McCrary, B. S. (2004). To Have But One True Friend: Implications for Practice of Research on Alcohol Use Disorders and Social Network. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 113–121. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.18.2.113>

McKee, L. G., Bonn-Miller, M. O., & Moos, R. H. (2011). Depressive Symptoms, Friend and Partner Relationship Quality, and Posttreatment Abstinence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(1), 141–150. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.141>

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2nd ed.). The Guilford Press.

Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.*

Minařík, J., & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 232–242). Grada.

Minařík, & Kmoch. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 49–81). Grada.

Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (pp. 75–83). Grada.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Grada.

Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup.* NMS - Úřad vlády ČR.

Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). The Effects of ADHD on Particular Psychological Functions and Life Skills among Clients Undergoing Addiction Treatment in Therapeutic Communities. *Adiktologie*, 13(2), 130–143.

Miovský, M., Miloš Táborský, Popov, P., Linhart, A., & Zima, T. (2019). Alcohol Use in the Czech Republic - Joint Statement of the Society for Addiction Medicine of the J. E. Purkyně Czech Medical Association and the Czech Society of Cardiology. *Central European Journal of Public Health*, 27(Supplement), S3–S5. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5972>

Mladá, K. (2011). *Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR [Diplomová práce].*

Mohr, C. D., Averno, S., Kenny, D. A., & Del Boca, F. K. (2001). "Getting by (or getting high) with a little help from my friends": an examination of adult alcoholics' friendships. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 637–645. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.637>

Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Treated and untreated individuals with alcohol use disorders: Rates and predictors of remission and relapse. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 513–526.

Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. (2007). Subtypes of Alcohol Dependence in a Nationally Representative Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). Zpráva o alkoholu v České republice 2019. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., & Fidesová, H. (2021). Zpráva o alkoholu v České republice 2021 (pp. 175–179). Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Vopravil, J., & Jurystová, L. (2012). Zpráva o alkoholu v České republice 2011. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, 37(1), 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.004>

Neale, J., & Brown, C. (2015). "We are always in some form of contact": friendships among homeless drug and alcohol users living in hostels. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 557–566. <https://doi.org/10.1111/hsc.12215>

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost* (4th ed.). Portál.

Nielsen, D. A., Utrankar, A., Reyes, J. A., Simons, D. D., & Kosten, T. R. (2012). Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149–1160. <https://doi.org/10.2217/pgs.12.94>

Niland, P., Lyons, A. C., Goodwin, I., & Hutton, F. (2013). “Everyone can loosen up and get a bit of a buzz on”: Young adults, alcohol and friendship practices. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 530–537. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.013>

Nováková, E., & Mravčík, V. (2020). Dopady užívání alkoholu na okolí uživatele: Alcohol’s harms to others. *HYGIENA*, 65(1), 10–16. <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1730>

Orel, M., & Šimonek, J. (2020). Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In M. Orel (Ed.), *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Grada.

Panbianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146–153. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.09.009>

Parra, G. R., Krull, J. L., Sher, K. J., & Jackson, K. M. (2007). Frequency of heavy drinking and perceived peer alcohol involvement: Comparison of influence and selection mechanisms from a developmental perspective. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2211–2225. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.02.013>

Pavlovská, A. (2015). Prevence a zvládnání relapsu. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 480–490). Grada.

Penberthy, J. K., Konig, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Worthington-Stoneman, D., Kersting, K., & Natanya, E. (2013). Mindfulness-Based Relapse Prevention: History, Mechanisms of Action, and Effects. *Mindfulness*, 6(2), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>

Pickard, H. (2016). Denial in Addiction. *Mind & Language*, 31(3), 277–299. <https://doi.org/10.1111/mila.12106>

Piehlner, T. F., Véronneau, M.-H., & Dishion, T. J. (2012). Substance Use Progression from Adolescence to Early Adulthood: Effortful Control in the Context of Friendship Influence and Early-Onset Use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(7), 1045–1058. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9626-7>

Pitman, A., Stevenson, F., King, M., & Osborn, D. (2020). Self-Reported Patterns of Use of Alcohol and Drugs After Suicide Bereavement and Other Sudden Losses: A Mixed Methods Study of 1,854 Young Bereaved Adults in the UK. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01024>

Popov, P. (2003). Alkohol. In *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. NMS - Úřad vlády ČR.

Popov, P. (2008). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek, substituční léčba. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (pp. 145–152). Grada.

Popov, P. (2020). Návykové nemoci. In J. Raboch & P. Pavlovský (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 208–222). Karolinum.

Puddey, I. B., Rakic, V., Dimmitt, S. B., & Beilin, L. J. (1999). Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors—a review. *Addiction*, 94(5), 649–663. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9456493.x>

Ramadas, E., Lima, M. P. de, Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. dos A. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 11(10), 133. <https://doi.org/10.3390/bs11100133>

Ramirez, R., Hinman, A., Sterling, S., Weisner, C., & Campbell, C. (2012). Peer Influences on Adolescent Alcohol and Other Drug Use Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01437.x>

Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., Room, R., Samokhvalov, A. V., Scafato, E., Trapencieris, M., Wiers, R. W., & Gmel, G. (2013).

Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use? *Alcohol and Alcoholism*, 48(6), 633–640. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt127>

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* (London, England), 373(9682), 2223–2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., & Frick, U. (2003). The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking. *European Addiction Research*, 9(4), 147–156. <https://doi.org/10.1159/000072221>

Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., & Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.001>

Ricardo Tavares Pinheiro, Paulo, Henrique, R., Hallal, P. C., Machado, R., & Fleming, M. (2001). Cocaine addicts and their families: An empirical study of the processes of identification. *The International Journal of Psychoanalysis*. <https://doi.org/10.1516/v04m-d744-gklt-j7g7>

Roerecke, M., & Rehm, J. (2010). Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), 633–644. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp451>

Romo, L. K., Dinsmore, D. R., & Watterson, T. C. (2015). “Coming out” as an alcoholic: how former problem drinkers negotiate disclosure of their nondrinking identity. *Health Communication*, 31(3), 336–345. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.954090>

Room, R. (2000). Concepts and items in measuring social harm from drinking. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2), 93–111. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(00\)00043-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(00)00043-2)

Rosenquist, J. N., Murabito, J., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2010). The Spread of Alcohol Consumption Behavior in a Large Social Network. *Annals of Internal Medicine*, 152(7), 426. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-7-201004060-00007>

Ruitenbergh, A., van Swieten, J. C., Witteman, J. C., Mehta, K. M., van Duijn, C. M., Hofman, A., & Breteler, M. M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *The Lancet*, 359(9303), 281–286. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)07493-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)07493-7)

RUK. (2021). V súvislosti s alkoholom má Slovensko aj jedno smutné prvenstvo, zistili odborníci z Univerzity Komenského. *Uniba.sk*. https://uniba.sk/spravodajsky-portal/detail-aktuality/back_to_page/univerzita-komenskeho/article/v-suvislosti-s-alkoholom-ma-slovensko-aj-jedno-smutne-prvenstvo-zistili-odbornici-z-univerzity/

Ryan, S. M., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Parenting Factors Associated with Reduced Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 774–783. <https://doi.org/10.1080/00048674.2010.501759>

SAMHSA. (2017). Peer Support [Infographics]. SAMHSA. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/peer-support-2017.pdf SAMHSA, 2017

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. (2001). Close personal relationships and health outcomes: a key to the role of social support. In B. R. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology* (pp. 15–41). John Wiley & Sons Ltd.

Schlaff, G., Walter, H., & Otto Michael Lesch. (2011). The Lesch alcoholism typology - psychiatric and psychosocial treatment approaches. *PubMed*, 24.

Seitz, H. K., Stickel, F., & Homann, N. (2004). Pathogenetic mechanisms of upper aerodigestive tract cancer in alcoholics. *International Journal of Cancer*, 108(4), 483–487. <https://doi.org/10.1002/ijc.11600>

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky.

Shamil Wanigaratne, Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. D. T. (1990). *Relapse prevention for addictive behaviours : a manual for therapists* (1st ed.). Wiley-Blackwell.

Skála, J., & kolektiv. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum.

Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278(1), 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE.

Smith, J. D. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39–54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>

Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749–764. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95574911.x>

Státní zdravotní ústav. (2022). *Závislost na alkoholu: léčba*. Nzip.cz. <https://www.nzip.cz/clanek/775-zavislost-na-alkoholu-lecba>

Steinglass, P. (1981). The Alcoholic Family at Home. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 578. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780300090011>

Stickel, F., Schuppan, D., Hahn, E. G., & Seitz, H. K. (2002). Cocarcinogenic effects of alcohol in hepatocarcinogenesis. *Gut*, 51(1), 132–139. <https://doi.org/10.1136/gut.51.1.132>

Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., & Chikritzhs, T. (2016). Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 185–198. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>

Stogner, J. M., Eassey, J. M., Baldwin, J. M., & Miller, B. L. (2014). Innovative alcohol use: Assessing the prevalence of alcohol without liquid and other non-oral routes of alcohol administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.026>

Šustková. (2015). Neurobiologie závislostí. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (pp. 140–167). Grada.

Sysko, R., & Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1002/erv.906>

SZÚ. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*.

TCC. (2006). *Therapeutic Community Curriculum. Trainers Manual*. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Thatcher, D. L., & Clark, D. (2008). Adolescents at risk for substance use disorders: role of psychological dysregulation, endophenotypes, and environmental influences. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 168–176.

Tracy, K., & Wallace, S. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 7(7), 143–154. <https://doi.org/10.2147/sar.s81535>

Tucker, J. A. (2002). Natural Resolution of Alcohol-Related Problems. In M. Galanter (Ed.), *Research on Alcoholism Treatment* (pp. 77–90). Springer.

Tucker, J. A., Chandler, S. D., & Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(3). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.02>

Turček, M., Kamendy, Z., Grohol, M., Višňovský, E., Bodnár, B., Somora, M., & Okruhlica, Ľ. (2021). Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu. Ministerstvo zdravotníctva SR. https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-5-2021/15_1_KM-pacienta-so-zavislostou-od-alkoholu-Medicina-drogovych-zavislosti.pdf

Vaillant, G. (1980). Natural history of male psychological health: VIII. Antecedents of alcoholism and “orality.” *American Journal of Psychiatry*, 137(2), 181–186. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.2.181>

Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (2005). Alcoholics Anonymous: Cult or Cure? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 431–436. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01600.x>

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–22. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>

Veerbeek, M. A., ten Have, M., van Dorsselaer, S. A., Oude Voshaar, R. C., Rhebergen, D., & Willemsse, B. M. (2019). Differences in alcohol use between younger and older people: Results from a general population study. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.023>

Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2014). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine*, 45(5), 1061–1072. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002165>

- Wachtel, P. L. (2000). Integrative Psychotherapy. In *Encyclopedia of Psychology*. APA.
- Wakeman, G. (2013, June 27). Vodka Tampon Leads To Teenager Collapse. *The Inquisitr*.
<https://www.inquisitr.com/818124/vodka-tampon-leads-to-teenager-collapse>
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.
- Wiener, J. (2009). *The therapeutic relationship*. Texas A & M University Press, Cop.
- Wilkinson, S., & Wilkinson, C. (2019). Young men's alcohol consumption experiences and performances of masculinity. *International Journal of Drug Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.08.007>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (3rd ed.). Open University Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. International University Press.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>
- Witkiewitz, K., G. Alan Marlatt, & Walker, D. (2003). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *J Cogn Psychother*, 19(3), 211–228.
<https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders = ICD-10 : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 820–843. <https://doi.org/10.1177/000306517402200407>

Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Jessica Kingsley Publ.

Ystrom, E., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2011). Alcohol Dependence in Men: Reliability and Heritability. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(9), no-no. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01518.x>

Zakhari, S. (2006). Overview: How Is Alcohol Metabolized by the Body? *Alcohol Research & Health*, 29(4), 245–254.

Zakrzewski, R. F., & Hector, M. A. (2004). THE LIVED EXPERIENCES OF ALCOHOL ADDICTION: MEN OF ALCOHOLICS ANONYMOUS. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(1), 61–77. <https://doi.org/10.1080/01612840490249028-24>

Záleský, R. (2007). KBT závislostí. In J. Praško (Ed.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.

Zdeněk Matějček. (1989). *Rodiče a děti*. Avicenum.

Zhao, J., Stockwell, T., Naimi, T., Churchill, S., Clay, J., & Sherk, A. (2023). Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses. *JAMA Network Open*, 6(3), e236185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>

Zimmermann, P., Wittchen, H.-U. ., Hofler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33(7), 1211–1222. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008158>

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt v slovenskom jazyku
2. Abstrakt v anglickom jazyku
3. Informovaný súhlas (slovenský)
4. Informovaný súhlas (český)
5. Otázky v pološtruktúrovanom interview

Príloha 1: Abstrakt diplomovej práce v slovenskom jazyku

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Charakteristika priateľských vzťahov ľudí na protialkoholickom liečení

Autor práce: Bc. Michal Bartoš

Vedúca práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet strán a znakov: 111 strán, 214 040 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 209

Abstrakt (800–1200 zn.):

Práca skúma charakteristiku priateľských vzťahov ľudí na rezidenčnom protialkoholickom liečení. Jej cieľom bolo opísať charakter závislosti, priateľstvá závislých a zmeny v nich, v kontexte liečby. Dáta boli získané pološtruktúrovanými rozhovormi v dvoch psychiatrických nemocniciach v Českej a Slovenskej republike. Celkovo sa výskumu zúčastnilo desať respondentov. Výsledky približujú okolnosti vývinu závislosti na alkohole, kde zdôrazňujú aspekt rodinných problémov a problematiku nedostatočnej informovanosti o doliečovaní. Čo sa týka priateľstiev, závislí klienti svojich priateľov vnímajú zväčša ako podporujúcich a pomáhajúcich, napriek tomu s nimi nie vždy zdieľajú svoje starosti a len veľmi zriedka s nimi zdieľajú myšlienky spojené so závislosťou.

Kľúčové slová: alkohol, priateľstvá, závislosť, rezidenčná liečba

Príloha 2: Abstrakt diplomovej práce v anglickom jazyku

ABSTRACT OF THESIS

Title: Friendship characteristics of patients in alcohol rehabilitation programs

Author: Bc. Michal Bartoš

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 111 pages, 214 040 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 209

Abstract (800–1200 characters):

This thesis examines the characteristics of friendship relationships of people in residential alcohol treatment. Its aim was to describe the nature of addiction, the friendships of addicted people, and the changes in them, in the context of treatment. Data were collected by semi-structured interviews in two psychiatric hospitals in the Czech and Slovak Republics. A total of ten respondents participated in the research. The results describe the circumstances of the development of alcohol dependence, highlighting the aspect of family problems and the issue of lack of information about aftercare. Regarding friendships, addicted clients perceive their friends as mostly supportive and helpful, yet they do not always share their worries with them and very rarely share addiction-related thoughts with them.

Key words: alcohol, friendships, addiction, residential treatment

Príloha 3: Informovaný súhlas (slovenský)

INFORMOVANÝ SÚHLAS S ÚČASŤOU NA VÝSKUME

Výskum: Charakteristika priateľských vzťahov ľudí na protialkoholickom liečení

Vážená pani, vážený pán,

obraciame sa na Vás so žiadosťou o účasť na výskumnom projekte s názvom *Charakteristika priateľských vzťahov ľudí na protialkoholickom liečení*.

Cieľom práce je objasniť vnímanie priateľských vzťahov človeka závislého na alkohole, vo fáze liečenia, z jeho vlastného pohľadu. Na základe toho formulujeme tri okruhy, ktorých sa v pološtruktúrovanom interview chceme dotknúť v otázkach. Tri okruhy môžeme definovať ako:

- A. Priateľské vzťahy pred nástupom na liečenie a ich vplyv na vývoj závislosti.
- B. Očakávania pacienta týkajúce sa zmeny týchto vzťahov dôsledkom absolvovania liečenia.
- C. Čo by mohli priatelia urobiť pre to, aby pomohli pacientovi so zvládaním abstinencie po ukončení liečenia.

V našej práci by sme chceli kvalitatívne preskúmať vplyv priateľstva na závislosť pacienta z jeho pohľadu a porozumieť tak tomu, čo pro neho jeho priateľské vzťahy znamenajú, ako ho ovplyvňujú a ako interagujú s jeho závislosťou. Taktiež sa pozrieť na priateľské vzťahy ako na rizikový a protektívny faktor pri liečbe závislosti.

Účasť na výskume je dobrovoľná a anonymná a máte plné právo vyjadriť svoj nesúhlas tým, že nepodpíšete tento dokument.

V rozhovore zbierame iba anonymné odpovede, nepýtame sa na citlivé osobné údaje.

Rozhovor bude prepísaný a audiozáznam bude ihneď zmazaný. Účastník má právo na otázku neodpovedať alebo od výskumu kedykoľvek odstúpiť.

V prípade otázok ohľadom výskumu či Vašich práv môžete kontaktovať autora výskumu.

Prehlasujem, že súhlasím s účasťou v uvedenom výskume. Riešiteľ výskumu ma informoval o jeho obsahu. Súhlasím s tým, že všetky získané údaje budú použité len pre účely výskumu a že výsledky výskumu budú anonymné. Som informovaný/á o možnosti kedykoľvek od spolupráce na výskume odstúpiť (svoj súhlas odvolať v priebehu zberu dát), a to i bez udania dôvodu.

Meno a priezvisko

.....

Dátum

Podpis

Príloha 4: Informovaný súhlas (český)

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU

Výzkum: Charakteristika přátelských vztahů lidí na protialkoholním léčení

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s žádostí o účast na výzkumném projektu s názvem *Charakteristika přátelských vztahů lidí na protialkoholním léčení*.

Cílem práce je objasnit vnímání přátelských vztahů člověka závislého na alkoholu ve fázi léčení z jeho vlastního pohledu. Na základě toho formulujeme tři okruhy, kterých se v polostrukturovaném interview chceme dotknout v otázkách. Tři okruhy můžeme definovat jako:

- A. Přátelské vztahy před nástupem na léčení a jejich vliv na vývoj závislosti.
- B. Očekávání pacienta týkající se změny těchto vztahů důsledkem absolvování léčení.
- C. Co by mohli přátelé udělat pro to, aby pomohli pacientovi se zvládnutím abstinence po ukončení léčení.

V naší práci bychom chtěli kvalitativně přezkoumat vliv přátelství na závislost pacienta z jeho pohledu a porozumět tak tomu, co pro něj jeho přátelské vztahy znamenají, jak ho ovlivňují a jak interagují s jeho závislostí. Podívat se na přátelské vztahy jako na rizikový a protektivní faktor při léčbě závislosti.

Účast na výzkumu je dobrovolná a anonymní a máte plné právo vyjádřit svůj nesouhlas tím, že nepodepíšete tento dokument.

V rozhovoru sbíráme pouze anonymní odpovědi, neptáme se na citlivé osobní údaje.

Rozhovor bude přepsán a audiozáznam bude ihned smazán. Účastník má právo na otázku neodpovědět nebo od výzkumu kdykoliv odstoupit.

V případě otázek ohledně výzkumu či Vašich práv můžete rovněž kontaktovat autora výzkumu. Prohlašuji, že souhlasím s účastí v uvedeném výzkumu. Řešitel výzkumu mne informoval o jeho obsahu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu budou anonymní. Jsem informován/a o možnosti kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit (svůj souhlas odvolat, v průběhu sběru dat), a to i bez udání důvodu.

Jméno a příjmení

.....

Datum.....

Podpis

Príloha 5: Otázky v pološtruktúrovanom interview

1. Máte, mimo liečebne, kamarátov, ktorí nie sú súčasťou vašej rodiny? Označili by ste niektorých z nich za blízkych priateľov?
2. Odkedy sa poznáte? Čo vás spája, prečo ich vnímate ako kamarátov?
3. Ako by ste ich v skratke opísali? Aký majú postoj k alkoholu?
4. Ako ste sa dostali k alkoholu? Začali ste piť s kamarátmi? Ako prebiehali akcie, na ktorých ste pili?
5. Kedy a ako ste si uvedomili, že je pre vás pitie alkoholu problém? Ako dlho pijete?
6. Pokúšali ste sa s alkoholom prestať? Ako na to reagovali vaši priatelia?
7. Máte skúsenosti s liečbou? Boli ste už na podobnom liečení? Dokončili ste ju?
8. Zvykli ste so svojimi priateľmi zdieľať vaše pocity, starosti? Ako ste sa pri tom cítili?
9. Zvykli ste sa s priateľmi rozprávať o alkohole, závislosti?
10. Čo vám u vašich priateľov chýbalo a čo ste si, naopak, veľmi vážili?
11. Aký vzťah má s vašimi priateľmi vaša rodina?
12. Zmenilo sa vaše vnímanie priateľských vzťahov počas liečenia?
13. Plánujete nejako zmeniť svoje priateľstvá (zmeniť správanie, obmedziť kontakt atď.)? Ako? Ste so svojimi priateľmi stále v kontakte?
14. Ako sa plánujete vyvarovať požívaniu alkoholu medzi priateľmi?
15. Ako vám priatelia pomáhajú/škodia v dodržiavaní abstinencie?
16. Čo by ste od svojich priateľov potrebovali, aby ste lepšie zvládali abstinenciu?